



COMUNIDAD Y DROGAS  
(Publicación trimestral)

Precio del ejemplar: 500 pts. (IVA incluido).  
Suscripción anual: 2.000 pts. (4 números) (IVA incluido).  
(Extranjero: 25 dólares USA).

Edita y distribuye:  
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO  
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas  
Publicaciones, Documentación y Biblioteca  
Paseo del Prado, 18-20. 28014 MADRID.

ISSN: 0213-5884  
NIPO: 351-87-001-0  
Depósito Legal: M-31.656-1986.

Imprime:  
Rumagraf, S. A.  
Nicolás Morales, 34. 28019 MADRID

Director

**D. Miguel Solans**

Consejo de Redacción

**D.ª Pilar Alvarez**

**D. Carlos Alvarez**

**D. Jaime Funes**

**D.ª M.ª Jesús Manovel**

**D. Ramón Mendoza**

**D. José Navarro**

**D. Pedro Oñate**

**D. Armando Peruga**

**D. Santiago de Torres**

Secretario de Redacción

**D. Francisco de Asis Rábago**

## **EDITORIAL**

## **ESTUDIOS Y EXPERIENCIAS**

- 9 El Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías.
- 39 Patrones de consumo de alcohol en la Comunidad de Madrid.
- 63 La formación de profesionales en materia de drogodependencias.
- 83 Consumo de alcohol y tabaco en los escolares españoles.

## **DOCUMENTACION**

- 105 Plan Amplio y Multidisciplinario de actividades futuras en torno del problema del uso indebido y del tráfico ilícito de drogas.
- 143 Estudio «multi-ciudades» sobre el consumo indebido de drogas.

## **MISCELANEA**

## **NOTAS BIBLIOGRAFICAS**

### **Nota a los colaboradores**

Los artículos deberán dirigirse a: Secretario de Redacción de COMUNIDAD Y DROGAS. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Paseo del Prado, 18-20. 28014 MADRID.

Los artículos se enviarán mecanografiados a doble espacio, por un solo lado, sin exceder de 40 folios. Se enviará también un resumen de 8-10 líneas de extensión. Las notas se mecanografiarán a un solo espacio, numeradas y colocadas, bien a pie de página, bien al final del artículo.

Los artículos serán inéditos, de forma preferente; en caso de no ser así, se hará constar lugar y fecha de publicación.

El nombre y un breve «currículum» del autor deberán ir mecanografiados en hoja aparte.

---

La responsabilidad por las  
opiniones expresadas en los  
artículos publicados por  
COMUNIDAD Y DROGAS recae  
únicamente sobre sus autores.

---

# Editorial

## **Nuevos hábitos en el consumo de bebidas alcohólicas**

5

Está de más que una revista como ésta, recuerde que entre las drogas también se encuentra el alcohol. En cambio, sí conviene recordar que, aunque no siempre aparezca así ante la opinión pública, el consumo de bebidas alcohólicas debe volver a ser objeto prioritario de investigación, estudio y atención.

Como es obvio, no se trata ni de establecer índices de peligrosidad entre las drogas, ni tan siquiera de señalar una gradación de costos sociales. La preocupación reflexiva, a nuestro juicio, debe situarse en el terreno de conocer si algo está cambiando en los patrones de consumo de alcohol, si podemos prever la aparición de nuevos y mayores problemas sanitarios y sociales, si convienen y son posibles acciones preventivas y modificadoras de los patrones culturales, etc...

Como se anota en un artículo de este número de «Comunidad y Drogas», en determinadas zonas del Estado, el patrón dominante de consumo de alcohol, que era el de uso habitual pero moderado, está pasando a ser en las nuevas generaciones un consumo igual de habitual pero excesivo. La condición joven, fundamentalmente entre los que no han logrado acceder a la condición de adulto laboralmente activo, parece tener mucho que ver con modelos de vida en los que, de manera significativa, se da la presencia de un consumo desmesurado de alcohol.

Persiste la duda de si la progresiva entrada en la vida adulta puede suponer la morigeración en la bebida, o si, por el contrario, en un futuro próximo el patrón de consumo adulto dominante pasará a ser también el de consumo habitual excesivo.

Parece existir acuerdo en que la imagen del grupo adolescente enganchado a su «litrona» nos transmite unos patrones de conducta ante el alcohol poco descritos en la clínica, la antropología o la sociología del alcoholismo. A la vez, puede ser poco útil invitar a mantener y conseguir la salud con imágenes de copas de coñac en la sobremesa si el grupo de mayor riesgo utiliza combinados en un contexto de música y «colegas».

Como para todas y cada una de las drogas, los usos, los abusos y los conflictos se circunscriben a contextos culturales, espacios geográficos, estilos de vida, presiones de conformidad, necesidad de pertenencia, etc... Ante el alcohol, ahora debemos volver a pensar en nuevos diseños de investigación, en nuevas intervenciones sobre la sociedad, resituándolo por honestidad científica entre los principales objetivos de trabajo del Plan Nacional sobre Drogas y de esta revista.

# Estudios y experiencias



Josep Roca, Josep M.<sup>a</sup> Antó\*

# El Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías

## RESUMEN

*La toma de decisiones en el campo del abuso de drogas precisa de una información mínima sobre el número de adictos y de sus características. Al ser difícil medir directamente esta cifra, se recurre a métodos indirectos y en particular a indicadores. Estos no permiten estimar la prevalencia de una manera exacta, pero recogidos continuamente en el marco de un sistema de notificación reflejan su tendencia. El Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT), pretende monitorizar la evolución de la magnitud de la prevalencia y de la incidencia del abuso de opiáceos y cocaína, a través de los valores de tres indicadores: inicios de tratamiento por adicción, urgencias relacionadas y mortalidad por drogas.*

## SUMMARY

### *State information system for drug addiction*

*The making of decisions in the field of drug abuse requires a minimum information about the number of addicts and their characteristics. Since it is difficult to measure this figure directly, one must resort to indirect methods and particularly to indicators. These do not allow for estimation of prevalence in an exact manner, but by being collected continuously within the frame of a notification system, they reflect its tendency. The State Information System for Drug Addiction (SEIT), intends to monitor the evolution of the magnitude of prevalence and incidence of the abuse of opiates and cocaine. This would be done through the values of three indicators: initiation of treatment for addiction, related emergencies, and fatality due to drugs.*

**E**n las últimas décadas el problema del consumo de drogas ilegales se ha agudizado en las sociedades occidentales y en muchos países en vías de desarrollo. En nuestro país, aunque el consumo se inició tardíamente en relación a los países europeos (Comas, 1985, p. 70), el abuso de drogas supone actualmente una de las principales preocupaciones sanitarias y sociales. Por ello, parece razonable la necesidad de obtener de una manera continua datos fiables que puedan ser utilizados para monitorizar las

tendencias del consumo, tanto para desarrollar programas de atención al toxicómano como para diseñar una política de prevención eficaz.

El desarrollo y evaluación de programas de atención y prevención en el campo de las toxicomanías exigen la implantación de sistemas de registro que permitan monitorizar las características del consumo y la eficacia de las intervenciones.

El Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) es un programa de captación, análisis y difusión

(\*) Correspondencia: Instituto Municipal de la Salud. Pza. Lesseps, 1. 08028 Barcelona.



de información acerca del abuso de opiáceos y cocaína. Está basado en indicadores similares a los utilizados en USA por el *Client Oriented Data Process* (CODAP) y el *Drug Abuse Warning Network* (DAWN); urgencias relacionadas, inicios de tratamiento y muertes relacionadas, aunque integrará información proveniente de otras fuentes. Está gestionado por la Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, en colaboración con los Gobiernos Autonómicos y con el soporte técnico del Servicio de Estudios Epidemiológicos del Ayuntamiento de Barcelona. Está formado por los Sistemas Autonómicos de Información sobre Toxicomanías (SAIT), una Unidad de Gestión, ubicada en la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, y una Unidad de Análisis situada en Barcelona (figura 1). El sistema se nutre de la información proporcionada por cada SAIT. En este artículo se presentan las bases teóricas del sistema y el funcionamiento del mismo.

#### MEDIDA DE LA PREVALENCIA DEL ABUSO DE DROGAS

En esta parte del artículo se analizan las dificultades que entraña la medición del problema de las drogas. Se presentan someramente los métodos propuestos, para concluir que el método más adecuado sería utilizar indicadores indirectos. Finalmente se exponen las dificultades que surgen al intentar validarlos.

##### Dificultades para definir el problema

Antes de entrar en el análisis de las diferentes metodologías para medir el problema del abuso de drogas, es necesario definir con precisión qué es lo que se quiere medir y en qué consiste

el problema. Esto es particularmente importante en el campo de las drogas debido a que no hay una definición unánimemente aceptada de lo que significa «problema de las drogas».

La dificultad reside en que este concepto engloba toda una serie de problemas más elementales o derivados, tanto médicos como sociales y legales (Person, 1976b). En primer lugar, el abuso se acompaña de problemas de salud (infecciones, malnutrición, sobredosis, etc.), derivados en parte del deterioro físico que comporta el consumo y de las características del mismo. A nivel social, el abuso se concentra especialmente en grupos marginales, agravando los problemas de todo tipo característicos de estos grupos. Se ha visto, por otra parte, que en muchas ocasiones la adicción conduce a situaciones de marginación social. Finalmente, otros problemas son todos aquellos relacionados con el hecho de que el tráfico de estas drogas es ilegal o el hecho de que los adictos en ocasiones roban para comprar la droga.

A menudo se habla del «problema de la droga» sin especificar a qué tipo de problema nos referimos. La definición que se adopte debería englobar toda esta serie de problemas, o bien especificar a cuál de ellos se hace referencia.

La terminología más amplia y elaborada en el campo de la drogadicción quizás sea la propuesta en la DSM-III, diseñada para clasificar las enfermedades mentales en la clínica. Esta clasificación puede ser muy útil en el campo de la epidemiología analítica y experimental para definir los criterios de inclusión. Sin embargo, en el marco de la epidemiología descriptiva su utilidad es limitada, ya que no se adapta a las fuentes de información utilizadas en estos estudios (historias clínicas, regis-

tros de urgencias, informes de autopsias, estadísticas de detenidos, etc.); estas fuentes de información utilizan criterios y definiciones propios. Por esta razón la clasificación DSM-III no será utilizada en este trabajo.

Desde una perspectiva epidemiológica, podría definirse como «problema de las drogas» el hecho de que una parte de la población abuse de ellas, entendiendo por abuso el consumo de las mismas sin justificación médica. Este concepto engloba a todos los problemas sociológicos, económicos y sanitarios mencionados anteriormente. Es la definición adoptada en el DAWN de USA.

Esta definición no está exenta de problemas, ya que incluye comportamientos que pueden asociarse o no con efectos adversos, pero es útil en los estudios epidemiológicos y será utilizada en este trabajo.

#### Medidas de la frecuencia. Dificultades metodológicas

Para la toma de decisiones encaminadas a solucionar el problema de las toxicomanías se requiere información sobre la magnitud del abuso. La determinación de la misma es fundamental de cara a establecer las necesidades y prioridades en el proceso de planificación (Spiegel, 1978, cap. 5). Se dispone de tres medidas para cuantificar la magnitud del problema en el campo de las drogas: la incidencia del primer consumo, la prevalencia y la frecuencia e intensidad del consumo (Hunt, 1977, p. 61). Este trabajo se centrará sobre todo en la prevalencia del abuso, por la importancia que tiene en la planificación de los servicios sanitarios.

Hay dos tipos de medidas básicas para cuantificar la prevalencia de una

enfermedad: la prevalencia puntual y la prevalencia en un periodo. La más utilizada es la prevalencia puntual, que es la probabilidad de que un individuo de una población tenga la enfermedad en un momento dado (Kleinbaum, 1982, p. 118). La prevalencia en un período se utiliza con menos frecuencia y es la probabilidad de que un individuo de la población tenga la enfermedad durante un período de tiempo. Esta medida se utiliza cuando se desconoce el momento exacto en que comienza la enfermedad, y suele ser de mayor utilidad en el estudio de las enfermedades psiquiátricas (Kleinbaum, 1982, pp. 118-119). En el campo de las drogas se obtienen prevalencias puntuales cuando la medición se realiza mediante encuestas transversales. Si la medición se realiza contabilizando los adictos registrados en diversas fuentes de información (médicos forenses, centros de urgencias, etc.), se obtienen prevalencias en un período.

La estimación de la prevalencia en el campo de la drogadicción es difícil por varias razones:

- Hay una ocultación del abuso por ser éste ilegal y no estar socialmente aceptado (De Alarcón, 1974; Robins, 1977b p. 26; Cohen, 1978).
- Sólo una proporción de los adictos contacta con el sistema sanitario o con la justicia, las dos fuentes de información más utilizadas (De Alarcón, 1974).
- El hecho de que la prevalencia sea baja (alrededor de un 0,15% de adictos en la población) hace que las estimaciones puedan variar de un estudio a otro sin que sea posible determinar si las diferencias son debidas a cambios

en la prevalencia o a la variabilidad muestral (Robins, 1977b, p. 26; Cohen, 1978).

- 12
- Los estudios en muestras de la población presentan sesgos derivados del hecho que los adictos tienen, en relación a la población general, una menor probabilidad de ser seleccionados en la muestra. Para extrapolar a la población los resultados obtenidos en una muestra, es necesario que todas las unidades de muestreo tengan una probabilidad conocida de entrar en ella y de ser encuestados. Los adictos suelen tener una menor probabilidad de ser seleccionados en una muestra, a lo cual debe añadirse una mayor probabilidad de ser «no respuesta» en el caso de resultar incluidos en dicha muestra. Esto se debe a que tienen menor esperanza de vida, mayor probabilidad que la población general de no tener una residencia fija, de vivir en pensiones, de estar en el hospital o en la cárcel, de no ir a la escuela, etc. El problema consiste en que no se conoce la reducción de representatividad que comportan estos factores y por lo tanto no puede ajustarse por ellos (Robins, 1977b, p. 26; Cohen, 1978).
  - Existen dificultades para definir lo que es un adicto (Robins, 1977a, p. 12). ¿Es el consumidor diario de drogas? ¿Son aquellos que dicen necesitarla? ¿O son aquellos que presentan un test positivo en orina? Además no existe una pauta de abuso continuada y es difícil saber cuándo empieza la enfermedad (Gould, 1977, p. 88).

En la medida de la prevalencia hay que considerar dos aspectos: la esti-

mación en un momento dado (¿cuál es la prevalencia ahora?) y la estimación de la tendencia de la misma (¿la prevalencia ahora es mayor o menor que antes?). A continuación se presentan algunos métodos propuestos para estudiar estos dos aspectos (tabla 1).

### 1. Métodos para estimar la prevalencia

Se han propuesto varios métodos para medir la prevalencia del abuso (Hartnoll 1985a, 1985b; Hunt, 1977, pp. 62-63), que pueden ser agrupados en dos categorías: métodos directos e indirectos (Hartnoll, 1985a).

Hay fundamentalmente dos tipos de métodos directos: (a) la identificación de casos (ya sea en estadísticas rutinarias, registros de las instituciones médicas o sociales o en la propia comunidad); (b) las encuestas poblacionales.

La identificación de casos, en general, sólo suele ser útil en comunidades pequeñas. Si se quiere utilizar los registros para estimar la prevalencia, debe tenerse en cuenta que, por construcción, son incompletos y sesgados, puesto que incluyen sólo los adictos que han contactado con las fuentes de información utilizadas (Hunt, 1977, p. 62). Actualmente las estadísticas rutinarias proporcionan poca o ninguna información sobre el abuso de drogas.

Las encuestas poblacionales son el método más utilizado, y a menudo son el único disponible para conocer las características de los adictos. Sin embargo, presentan numerosos problemas de medida (Cohen, 1978), siendo difícil obtener muestras representativas, por lo que «constituyen una metodología limitada para acceder al grupo segregado de toxicómanos» (Comas, 1985,

p. 193). La mayoría de puntos enumerados en la página anterior sobre las dificultades de medir la prevalencia son aplicables a las encuestas (fundamentalmente los puntos 3, 4 y 5).

Se puede concluir que, en la práctica, no existe una metodología completamente satisfactoria para poder conocer de una manera directa el número de adictos en una comunidad (Person, 1976b; Korczak, 1981). La mayoría de los problemas surgen del hecho de que existe una población oculta de consumidores difícil de cuantificar, lo que imposibilita realizar medidas directas de la prevalencia.

Los métodos indirectos fundamentalmente son tres: (a) los métodos inferenciales; (b) las técnicas nominativas y (c) los indicadores indirectos.

Los métodos inferenciales pretenden estimar el valor de la prevalencia mediante la manipulación matemática de datos sobre el abuso. Se han desarrollado varios métodos inferenciales para estimar la prevalencia, entre los que destacan la estimación a partir de la mortalidad, el método de captura y recaptura y el HPI (*Heroin Problem Index*). Se basan en asunciones matemáticas que no siempre se puede garantizar que se cumplan.

Mediante la letalidad estimada en los adictos y el número anual de fallecidos por drogas, se puede calcular de manera sencilla el número de adictos en una comunidad. Los problemas derivados de este método surgen de la validez de las estimaciones de la letalidad. Obtenidas en cohortes de adictos durante períodos determinados, no pueden ser extrapolados automáticamente a otras situaciones y a otros momentos.

El método de captura y recaptura proviene de las ciencias biológicas y se desarrolló para calcular el número de individuos de una especie que hay en un determinado ecosistema. Utiliza el número de adictos localizados o bien por dos fuentes distintas en un momento dado o por la misma fuente en momentos distintos (Ilmaremos  $n_1$  y  $n_2$  al número de adictos de cada muestra). A partir del número de adictos comunes a las dos muestras ( $x$ ), se puede conocer el número total de adictos en la comunidad ( $N$ ). Es fácil deducir intuitivamente la forma de obtener el valor de  $N$ , aunque formalmente no sea estrictamente rigurosa. Si se asume que las dos muestras son independientes, que todos los adictos tienen la misma probabilidad de pertenecer a las dos muestras y que  $N$  es constante, tenemos que la probabilidad de que un toxicómano pertenezca a las dos muestras es, por definición de independencia,  $P(n_1 \cap n_2) = P(n_1) P(n_2)$ . Esto se puede expresar como  $x/N = n_1/N \cdot n_2/N$ , por lo que  $N = n_1 n_2/x$ . El principal problema que presenta este método son las asunciones sobre las que se basa: la independencia y aleatoriedad de las muestras y la constancia de la  $N$ . Para eliminar parcialmente estos problemas se ha propuesto utilizar tres muestras en lugar de dos (Woodward, 1984). Entonces se puede derivar el estimador máximo verosímil de  $N$  para una serie de modelos que no están basados en la asunción de independencia de las muestras.

La metodología más elaborada para estimar la prevalencia ha sido el HPI (*Heroin Problem Index*) desarrollada por Person y cols. (1976b), pero la línea de investigación parece haber sido abandonada y uno de los autores está evaluando otros métodos de estimación inferenciales (Woodward, 1984). El HPI se calcula para cada comunidad a partir

del valor de una serie de indicadores (precio de la heroína en la calle, pureza de la heroína en la calle, admisiones de heroínómanos en centros de tratamiento, número de urgencias en los hospitales generales por problemas relacionados con la heroína y número de muertes relacionadas con la heroína). A partir del valor del HPI se puede estimar la prevalencia. El HPI ha sido analizado recientemente por Comas (Comas, 1986), por lo que no será descrito en este artículo.

Las técnicas nominativas pretenden conocer el porcentaje de adictos que han contactado con los centros de tratamiento y así poder estimar la población de adictos que no tiene contacto con los centros. Se trata de identificar a partir de las personas en tratamiento a otros adictos con los que no se mantiene contacto. Este método de estimación de la prevalencia no es exacto ni preciso, pero proporciona una idea del tamaño de la población adulta. Utilizado en comunidades pequeñas puede dar buenas estimaciones de la prevalencia.

Los indicadores indirectos han sido propuestos por varios autores como el método más idóneo para estimar la prevalencia (Andima, 1973; Dupont, 1973; Green, 1974; Person, 1976b; Person, 1977; Hartnoll, 1981). Se entiende por indicador indirecto a cualquier información sobre un suceso que se sabe o se asume que está razonablemente relacionado con el fenómeno de interés. Generalmente, cuando un fenómeno no puede medirse directamente, se monitoriza información relacionada con él (o que se suponga que está relacionada) y que sea más accesible. Entre estos indicadores tenemos el número anual de fallecidos por sobredosis, número de urgencias por drogas, cantidad de droga decomisada, etc.

Desde que se iniciaron los primeros estudios de prevalencia del consumo de heroína en los EEUU, la mayoría de autores (Andima, 1973; Green, 1974b; Person, 1976a; Person, 1977) asumen que el problema del abuso de drogas puede ser conocido y definido a través de la observación de las manifestaciones del problema, las cuales pueden contabilizarse y acumularse para un período de tiempo determinado (Monteis, 1986). La ventaja de los indicadores es que tienen en cuenta la población oculta y soslaya muchos de los problemas derivados de utilizar encuestas poblacionales.

Los indicadores indirectos no permiten una estimación precisa de la prevalencia del problema (Smart, 1974; Rootman, 1977; De Alarcón, 1974), pero son útiles para realizar estimaciones mínimas sobre la magnitud del mismo y de su distribución social y demográfica (Rootman, 1977). Además permiten realizar estudios retrospectivos sobre la evolución del problema.

## 2. *Métodos para estimar las tendencias temporales de la prevalencia*

Dadas las dificultades que presenta estimar la prevalencia, se han desarrollado métodos para poder estimar al menos la tendencia de ésta.

Para realizar estimaciones de las tendencias temporales, según Hartnoll (Hartnoll, 1985b), se pueden utilizar los métodos descritos anteriormente. Por ejemplo, se pueden realizar encuestas repetidas o estudios repetidos de la prevalencia. Sin embargo, para monitorizar la tendencia hay metodologías específicas, como son los sistemas de notificación, que recojan una serie de indicadores indirectos.

Los sistemas de notificación son presentados más adelante como uno de los métodos para recoger información sobre el abuso. La discusión siguiente se centrará en la utilización de indicadores indirectos para estimar la prevalencia y las tendencias en el consumo de drogas.

#### Definiciones y tipos de indicadores indirectos

Se han propuesto múltiples definiciones de indicador (Hansluwka, 1985). En el contexto de este trabajo se entiende por indicador el suceso que se asocia a la drogadicción y que es más fácilmente accesible que el propio adicto. Estos indicadores estarían relacionados con la magnitud del problema del abuso y pueden utilizarse como base de un sistema de notificación para seguir la evolución del problema (Kavaler, 1967; De Alarcón, 1974; Person, 1976a; Rootman, 1983). Aunque se hace la distinción entre indicador directo (número de urgencias por drogas, por ejemplo) e indirecto (gramos de droga decomisada), en este trabajo, bajo el término de indicador indirecto, se entiende todo tipo de indicador utilizado en el campo de la drogadicción, ya que incluso los indicadores directos son una medida indirecta de la prevalencia.

Se han propuesto varios indicadores (Person, 1976b; Dupont, 1973; Hartnoll, 1981):

#### 1. *Indicadores de incidencia*

- Año del primer consumo entre los adictos en tratamiento. Si el año de inicio del primer consumo en los adictos en tratamiento se mantiene constante a lo largo del tiempo, suele asumirse que la incidencia es baja.

El principal indicador utilizado en USA para monitorizar la evolución de la epidemia de heroína es la incidencia basada en el año del primer consumo (National Institute on Drug Abuse, 1985b, p.48). Si se coloca en ordenadas el número de inicios de tratamiento y en abscisas el año del primer consumo, se obtiene la curva de la evolución de la epidemia.

- La edad media de los adictos en tratamiento. Si la edad media de la población en tratamiento aumenta, la incidencia puede estar disminuyendo, puesto que la edad de inicio del consumo suele ser constante (entre 15 y 25 años).

#### 2. *Indicadores de prevalencia*

- Número anual de fallecidos por sobredosis de drogas. Hay una relación entre la mortalidad y el número total de adictos. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que otros factores pueden influir en este indicador.
- Número de detenciones por delitos relacionados con las drogas. Puede haber una relación entre el número de detenciones y el número de adictos.
- Número de adictos que inician tratamiento. El número de adictos en tratamiento está relacionado con el tamaño de la población adicta. Este número no tiene en cuenta la población adulta de adictos no tratados. Se han utilizado métodos nominativos para estimar a este subgrupo.
- Número de urgencias relacionadas con las drogas. Esta cifra está en relación con el número de adictos que existen en la comunidad. Su utilidad

se centra fundamentalmente en que puede servir como indicador de alerta, para detectar nuevos tipos de urgencias, por cambios en las drogas o en las modalidades de consumo.

- Test de orina positivos a droga entre los detenidos. Este indicador puede proporcionar información sobre las fluctuaciones de la prevalencia de la adicción en los detenidos y en la población general. Podría ser útil para llegar a la población más marginal y que probablemente no entre en contacto con los servicios sanitarios.

En Suecia se utiliza un indicador íntimamente relacionado. Desde 1965 todas las personas detenidas en Estocolmo son examinadas por una enfermera para determinar si presentan señales de venopunciones (Rootman, 1983, p. 67).

### 3. *Indicadores de disponibilidad de heroína*

- Cantidad de heroína decomisada. Esta cantidad se correlaciona directamente con la heroína disponible en el mercado y, por lo tanto, con las fluctuaciones del consumo. El indicador puede estar influido por otros factores, como la presión social, política y policial sobre el problema.
- La riqueza de la heroína comercializada. La cantidad de miligramos que hay en la papelina varía con la disponibilidad y con la demanda. Cuando la demanda aumenta o disminuye la disponibilidad, la riqueza de la heroína disminuye. La heroína decomisada es poco útil para seguir la riqueza, pues ésta varía también en función del nivel en que es decomi-

sada. La heroína sufre un proceso de disminución de la riqueza desde que es elaborada hasta que llega al adicto. En función de a qué nivel se realice el decomiso, la riqueza variará. Además, al estudiar la relación entre riqueza y prevalencia, debe tenerse en cuenta que cuando la primera disminuye mucho, el adicto puede buscar otras drogas.

- Coste por miligramo de heroína. El precio varía en función de la disponibilidad y de la demanda (aunque en períodos cortos, el precio se mantiene constante y lo que varía es la riqueza). Además, cuando el precio aumenta, el consumo se desplaza hacia otras drogas.
- Número de muestras positivas en orina en los adictos en tratamiento. La disminución de la disponibilidad de la heroína disminuye el número de muestras positivas.
- Opiniones de los adictos sobre la calidad y disponibilidad de la heroína. Las encuestas sobre pacientes en tratamiento pueden proporcionar alguna indicación sobre la escasez, coste y cantidad de heroína comercializada.

### 4. *Otros indicadores*

- Número de casos de hepatitis B. El número de casos de hepatitis B declarados en el marco de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) estaría en relación con la prevalencia del abuso.
- Número de delitos contra la propiedad. A partir de las estadísticas policiales y judiciales se puede obtener este indicador. Aunque es un indicador muy indirecto, puede ser útil como complemento a otros.

## Calidad de los indicadores

La selección de los indicadores requiere un proceso riguroso para determinar la «calidad» de los mismos. Fundamentalmente ésta se demuestra comprobando si el indicador cumple una serie de condiciones; se debe evaluar si el indicador es (OMS 1971, pp. 21-22):

1. Accesible. El indicador puede ser utilizado sin necesidad de realizar investigaciones complejas. Este concepto engloba dos características: la disponibilidad de los datos necesarios y la sencillez de los cálculos.
2. Preciso (repetible). A igualdad de condiciones, los datos proporcionados por el indicador no deben variar significativamente ni en el tiempo ni en el espacio. El indicador debe dar resultados idénticos aunque lo empleen especialistas diversos en condiciones y momentos diferentes.
3. Exacto (válido). El indicador debe medir aquello que realmente se quiere que mida.
4. Sensible. El indicador debe ser capaz de detectar los cambios en el fenómeno medido.
5. Específico. El indicador sólo debe detectar los cambios producidos en el fenómeno medido, y no medir cambios de otros fenómenos. Estos dos últimos conceptos se engloban normalmente en la validez.

El punto fundamental es comprobar que el indicador mida aquello que realmente se pretende que mida (validez del indicador). En el caso presente se trataría de determinar si el indicador mide la prevalencia del abuso.

La validación de indicadores constituye un proceso metodológicamente

complejo. Se han descrito tres tipos fundamentales de validez (Read, 1987): la validez de criterio, la validez de contenido y la validez de construcción. La validez de criterio se establece comparando el valor de la medida obtenida con el indicador con la que proporciona un método exacto o «criterio». Se habla de validez de contenido cuando el indicador contempla todos los aspectos (o dimensiones) que presenta el fenómeno que se mide. La validez de construcción se establece comparando los resultados obtenidos con el indicador propuesto con otras medidas relacionadas con el fenómeno de interés. Este tipo de validación debe reservarse cuando no existe un criterio. Se han descrito dos tipos de validez de construcción: la convergente y la discriminativa. La validez de construcción convergente se demuestra cuando la medida obtenida con el indicador es similar a otras medidas relacionadas por construcción. La validez discriminativa se comprueba si el indicador proporciona medidas que se correlacionan mejor con una segunda medida que se acepta como más íntimamente relacionada con el fenómeno medido que una tercera que no está relacionada.

En el caso de los indicadores de prevalencia del abuso de drogas no es posible demostrar la validez de criterio por no existir una medida suficientemente válida como para actuar de referencia. Puede pensarse en realizar una validación de criterios relativa, es decir, contrastar el valor del indicador con el valor proporcionado por otro método de medida que, aunque no esté validado, se acepte como más válido (Block, 1982). Sin embargo, en el campo de las drogodependencias no se conoce un método más válido.

Los indicadores, tomados uno a uno, tampoco tienen una validez de conteni-



do, pues ninguno contempla de una manera global ni el problema de las drogas ni el de la prevalencia. El indicador «urgencias relacionadas con el abuso de drogas», por ejemplo, sólo tiene en cuenta los casos prevalentes que acuden a los servicios de urgencias. Una manera de aumentar la validez de contenido sería tener en cuenta varios indicadores que se obtienen de diversas fuentes; sin embargo, siempre existe una parte de la prevalencia oculta.

Finalmente, es posible realizar una validación de construcción convergente comprobando si la tendencia de la prevalencia obtenida con un indicador es similar a la obtenida con otros indicadores. Este tipo de validación se ha realizado con los indicadores recogidos para el HPI. Se comprobó (Person, 1976b; National Institute on Drug Abuse, 1979) que estos indicadores en una comunidad dada evolucionan concomitantemente. Esto sugiere que todos fluctúan de acuerdo con un fenómeno común que sería la prevalencia.

Se han propuesto métodos para estimar la prevalencia del consumo de drogas a partir de indicadores. Ninguna de estas metodologías es satisfactoria y actualmente se acepta que los indicadores no permiten realizar una estimación precisa de la prevalencia (Smart, 1974; Rootman, 1977; De Alarcón, 1974). Pero sí que son útiles, como mínimo, para medir las tendencias temporo-espaciales, así como para comprobar cambios en el abuso (Hartnoll, 1981).

En resumen, aunque el conocimiento de la prevalencia es relativamente importante de cara a la planificación de medidas, su cálculo es difícil y los métodos para la obtención de los datos necesarios son complejos y costosos, lo que comporta que en la práctica no

exista una metodología satisfactoria para conocer la prevalencia. Por esta razón se tiende a utilizar los indicadores no para estimar una cifra exacta de la prevalencia, sino para seguir las tendencias evolutivas de la misma.

## MÉTODOS DE RECOGIDA DE LA INFORMACION

Para obtener información sobre el abuso de drogas, el planificador dispone de varios métodos: (a) análisis de datos preexistentes; (b) encuestas; (c) investigación intensiva de casos; (d) información de personas especialmente informadas y (e) sistemas de información (Rootman, 1983, p. 7). Rootman (1983) ha comparado extensamente estas metodologías; a continuación se presenta un breve resumen de las conclusiones de este autor, sin pretender ser de ninguna manera exhaustivos.

Los datos preexistentes no son necesariamente los que se precisan. Además en nuestro medio la información preexistente sobre el problema es escasa y de fiabilidad desconocida.

Las encuestas para monitorizar el problema del abuso de drogas presentan una serie de problemas, además de los enumerados anteriormente: (a) no tienen en cuenta la población oculta de adictos; (b) la información proporcionada sólo se refiere a un momento dado y puede quedar fácilmente desfasada; (c) no proporcionan la retroalimentación («feedback») periódica necesaria para controlar los cambios, evaluar el impacto relativo de las diversas intervenciones y comparar las tendencias en las distintas colectividades; (d) metodológicamente son complicadas y deben ser realizadas por un equipo de investigación especializado.

Las investigaciones intensivas de casos, en donde los esfuerzos se dirigen a identificar todos los toxicómanos de una comunidad en un período determinado, es una práctica cara, larga y difícil de aplicar a gran escala. Además está limitada tanto por los problemas de confidencialidad como por el hecho de que en muchos países el abuso es ilegal y socialmente reprobado. Esta metodología es demasiado costosa para ser válida a largo plazo en el plano nacional (Rootman, 1983, p. 58).

La información de personas especialmente informadas es poco apropiada para grandes comunidades. Las observaciones de informadores claves comportan una fuerte carga subjetiva y dependen de la perspicacia del observador (Rootman, 1983, p. 58).

Además todas estas metodologías presentan una serie de limitaciones si se comparan con los sistemas de notificación (Rootman, 1983, p. 58): (a) los resultados sólo son válidos para un período de tiempo determinado, pudiendo quedar rápidamente desfasados, mientras que los sistemas de notificación permiten un seguimiento continuo; (b) presentan problemas para identificar los casos más graves del abuso de drogas, que constituyen la población a intervenir más importante.

Para obtener información continuada del problema, el método de elección sería un sistema de notificación que recogiera sistemáticamente y de forma continuada información sobre varios indicadores a fin de mantener un registro de drogadictos.

Un registro de drogadictos es un fichero acumulativo y de casos de adicción. Es uno de los instrumentos utilizados en la investigación y planificación en el campo de las drogas. Es el

método de elección si se desea medir de modo permanente las consecuencias del consumo de drogas.

Un registro de casos sería particularmente útil para (Rootman, 1983, pp. 55-56):

- Estimar las tendencias de la incidencia y la prevalencia del abuso de drogas. Se pueden realizar estimaciones a partir del número de adictos registrados y sus características (edad, edad de inicio del consumo, etc.). El registro permite estimar la evolución de la epidemia y las características de los drogadictos. Los registros son más eficaces que otros métodos de control de tendencias, ya que señalan de una manera relativamente precoz los cambios que se producen tanto en las drogas consumidas como en los modos de consumo. De hecho estos sistemas realizan continuamente un «muestreo» de la población de adictos, mientras que las encuestas, a lo sumo, podrán hacerlo una vez al año. Esto es importante a la hora de enfrentarse a la propagación de nuevas drogas en la comunidad o a los efectos graves de nuevas modalidades de consumo o a la extensión del abuso a nuevos grupos de la población.
- Conocer las características de los adictos que acuden a los centros colaboradores con el sistema. Esto permite realizar estimaciones de las características de los adictos de la ciudad.
- Medir permanentemente las consecuencias del abuso de drogas. Las consecuencias más graves del abuso son detectadas en los servicios de urgencias, los programas de tratamiento, los médicos forenses, la

policía y los jueces. Es más fácil, pues, detectar estos problemas mediante un sistema de notificación que utilice estas fuentes de información que con encuestas poblacionales. Los sistemas de información pueden ser, pues, particularmente útiles para monitorizar aquellos grupos de adictos de mayor riesgo.

- Identificar y describir los grupos de riesgo.
- Estudiar el problema del abuso de drogas en grandes comunidades y de una manera continuada.
- Evaluar de una manera continua las acciones realizadas para tratar y prevenir el abuso de drogas.
- Seguir los contactos de un individuo con diversos servicios de tratamiento. Esto permite estimar el impacto de los distintos tipos de tratamiento. Los registros están particularmente indicados cuando se desea conocer cómo se utilizan los servicios comunitarios y cómo evoluciona la tendencia de esta utilización.

Los sistemas de notificación, a pesar de ser la metodología más idónea para monitorizar el abuso de drogas de una manera continua, tienen una serie de limitaciones:

- Sólo detectan una parte de la población de adictos. No obstante, debe tenerse en cuenta que la subpoblación detectada es la que presenta más problemática médica y social, y que por lo tanto es la población de más interés.
- Por la razón anterior, no proporcionan una estimación precisa de la prevalencia del consumo ni tampoco de las características de todos los adictos. Sin embargo, esta es

una limitación de todos los métodos de estudio sobre drogas.

- Sólo proporcionan datos descriptivos y no permiten realizar estudios analíticos o de motivaciones. Los sistemas de notificación son útiles para establecer hipótesis, pero no para confirmarlas o rechazarlas.

Según el tipo de notificación, se pueden distinguir tres tipos de sistemas: notificación de episodios, notificación de casos y registro de casos (Rootman, 1983). En un Sistema de Notificación de Episodios se notifican todos los episodios (tales como urgencia relacionada con la heroína) aunque se den en la misma persona. En un Sistema de Notificación de Casos los organismos sólo notifican los episodios que se dan en personas distintas. Si varios episodios se dan en una misma persona sólo se notifica el primero. Los casos repetidos en un mismo centro se eliminan a nivel de éste, lo que quiere decir que los episodios que se dan en un mismo individuo, pero en centros diferentes, son notificados como casos diferentes. En un Sistema de Registro de Casos se eliminan los episodios notificados por los diversos organismos referentes al mismo individuo. Se precisa algún método para identificar al individuo.

## INDICADORES DEL SEIT

Como indicadores del SEIT se han escogido aquellos que reflejan las consecuencias médicas del abuso de drogas. Dado que un solo indicador no refleja más que una sola faceta de un cuadro más complejo, se utilizan tres indicadores con tres fuentes de información distintas. Esto permitirá además realizar una validación cruzada de los indicadores.

Los indicadores incluidos en el SEIT son:

- a) Inicios de tratamiento por abuso de opiáceos y cocaína, sea o no el primer tratamiento recibido por el adicto. No se consideran inicios de tratamiento los contactos personales o telefónicos que se establecen para pedir información o para solicitar tratamiento.
- b) Urgencias provocadas o relacionadas con el abuso de opiáceos o de cocaína. Se entiende por urgencia provocada aquella en la que el motivo de consulta es el resultado directo del abuso (sobredosis, síndrome de abstinencia, etc.). Se entiende por urgencia relacionada aquella en la que el abuso de drogas ha sido un factor contribuyente, pero no el único: urgencia por un problema médico que se presume es secundario a la droga (infecciones, accidentes, problemas psicopatológicos, etc.).
- c) Fallecimiento provocado por el abuso de drogas: muerte por reacción aguda consecutiva al consumo de cocaína u opiáceos, en la que el abuso de estas drogas ha sido la única causa determinante de la muerte (muerte por sobredosis, reacción tóxica por algún adulterante, reacción alérgica, etc.).

Estos indicadores han sido propuestos por varios autores como un medio para monitorizar el problema del abuso de drogas (Dupont, 1973; Cohen, 1978; Hartnoll, 1981, 1985a, 1985b; Person, 1976a, 1976b, 1977). Son utilizados en varios países para seguir la evolución del consumo de drogas (Rootman, 1983). Son los que se utilizan en los

programas *Client-Oriented Data Acquisition Process (CODAP)* y el *Drug Abuse Warning Network (DAWN)* del National Institute on Drug Abuse (NIDA) de USA, para seguir las tendencias del programa (Person, 1976a). También han sido indicadores utilizados por Person (1976b, 1977) para la construcción del índice de prevalencia HPI (Heroin Problem Index).

#### Indicador demanda asistencial

Este indicador es utilizado en varios países para seguir la evolución del consumo de drogas (Rootman, 1983). Es utilizado por el ministerio de Sanidad del Canadá junto con las notificaciones procedentes de la policía y los farmacéuticos.

Tiene la ventaja de ser relativamente fácil de recoger si en el país está en funcionamiento un mínimo programa de atención al toxicómano.

La relación del indicador con la prevalencia del problema no es probablemente lineal (Hartnoll, 1985a; Person, 1976b). A bajos niveles de prevalencia, el valor del indicador será muy próximo a cero. A altos niveles de prevalencia el indicador se «satura», pues las tasas de admisión a tratamiento se estabilizarán cuando los servicios adquieran la máxima capacidad. También existe un desfase entre el momento en que se inicia el problema y el momento en que el indicador empieza a detectarlo. Esto es debido a que un drogadicto tarda unos años en solicitar tratamiento. El indicador también estaría influido por aquellos factores que modulan la demanda de servicios sanitarios, como puede ser la oferta de los mismos.

Las fuentes de información que deberían utilizarse para este indicador

son todos los centros de tratamiento. La recogida del indicador puede realizarse de una manera activa (personal remunerado para realizar la recogida de los datos a través de los registros del centro) o mediante notificación. El primer sistema tiene el inconveniente de un coste económico elevado. Es el sistema adoptado por el DAWN en USA, en donde los datos son recogidos por una empresa privada (Birch & Davis Associates Inc.). Además hay algunos tipos de centros en los que difícilmente podría realizarse un recogida activa a partir de las historias. Así, por ejemplo, en las comunidades terapéuticas no profesionales no siempre existen historias clínicas ni registros de pacientes. Por otra parte es poco probable que los centros de tratamiento privados no subvencionados realicen la notificación si no se les ofrece algún tipo de compensación. Por todo ello, en un sistema de notificación la fuente de información a utilizar serían los centros de tratamiento públicos o privados subvencionados.

#### Indicador urgencias

El indicador es especialmente sensible para el subgrupo de adictos con más problemas y con poliadicción. Además, refleja de una manera precoz la introducción en la comunidad de aquellas drogas que provocan un aumento de la morbilidad. Tanto el indicador de inicios de tratamiento como el de mortalidad presentan un tiempo de latencia, pudiendo transcurrir meses o años entre la introducción de una droga en la comunidad y la aparición de los primeros inicios de tratamiento o fallecimientos. Este periodo de latencia es mucho más corto en el caso del indicador urgencias, que puede ser la única manifestación de que está aumentando el consumo de una droga.

Las urgencias por drogas se asume que reflejan la prevalencia del abuso de una manera aproximadamente lineal (Hartnoll, 1985, p. 61). Sin embargo, es relativamente fácil que existan falsos negativos, pues no siempre se conoce (o se registra) si la urgencia está o no relacionada con el abuso de drogas. Este fenómeno sería más intenso a bajos niveles de prevalencia. Person (1976b) asume que la relación entre el número de urgencias y el valor del indicador es lineal a niveles medios y altos de prevalencia, pero a niveles bajos el indicador la subestima.

Como la mayoría de indicadores, está influido por cambios en las características sociales de los adictos y los cambios en los modos de consumo. El número de urgencias, por ejemplo, dependerá de si la droga es fumada o inyectada.

Este indicador no es útil para realizar estimaciones precisas de la prevalencia o de la incidencia. Tampoco sirve para monitorizar el abuso de cannabis o LSD y otras drogas que se asocien con baja morbilidad.

#### Indicador mortalidad

La principal ventaja de este indicador es que la mortalidad es un fenómeno universal y relativamente fácil de monitorizar. Tiene la ventaja adicional de que tiene en cuenta población «oculta» de heroinómanos que no tiene contacto con los servicios sanitarios y que no es identificada por otros indicadores. En este sentido es más representativo del consumo que otros indicadores recogidos en los servicios sanitarios. Además la mortalidad quizá sea el reflejo más definitivo de la importancia del abuso de drogas como problema de salud pública (Barr, 1984).

La curva que relaciona la mortalidad y la prevalencia del consumo no está del todo definida. Hartnoll (1985a) postula que la relación es aproximadamente lineal, aunque a niveles bajos de prevalencia puede haber una subvaloración del indicador. Person (1976b) hace la hipótesis de que a niveles bajos de prevalencia los valores del indicador son nulos y que la pendiente de la curva va disminuyendo a medida que la prevalencia aumenta. Sería pues un indicador saturable, al igual que el de inicios de tratamiento.

No es un indicador específico, pues puede estar influido por otros factores aparte de la prevalencia. La tasa de mortalidad en drogadictos podría estar influida por cambios en la concentración de la droga (Huber, 1974a, 1974b), contaminantes (Cherubin, 1972), cambios en los patrones o hábitos del consumo (Ruttenber, 1984), aumento de consumidores neófitos (Huber, 1974a; Gardner, 1970), cambios en la accesibilidad a otras drogas y psicofármacos (Hartnoll, 1985a).

No se conocen de una manera exacta los factores que influyen en las variaciones de la mortalidad por drogas. En la serie temporal del número de muertes que se dan en una comunidad se pueden identificar dos componentes: la tendencia y el movimiento irregular. La tendencia refleja las variaciones a largo plazo y el movimiento irregular sería el componente de la serie no sujeto a ninguna periodicidad en el tiempo (Uriel, 1985, pp. 15-16). Factores como cambios en la pureza o riqueza de la droga influirían fundamentalmente en el movimiento irregular y difícilmente repercutirían en la tendencia. La tendencia estaría influida por el nivel de abuso, los cambios en los hábitos de consumo y los cambios en la población adicta. El nivel de abuso influiría

en todo tipo de mortalidad relacionada (sobredosis, infecciones, etc.). Los cambios en los hábitos de consumo y de la población adicta influirían en los fallecimientos relacionados con el hecho de inyectarse sin las debidas condiciones higiénicas. Si las formas y métodos de consumo varían, puede variar la mortalidad sin variar el nivel de consumo. Si esto ocurre, la mortalidad deja de ser un buen indicador del consumo, pero sí lo será de los problemas médicos que este consumo comporta y seguirá siendo un indicador de interés. Esta es una de las ventajas del indicador mortalidad. Aunque no mida el consumo, sí mide los problemas provocados por éste. Al igual que en el caso del alcohol, el consumo no es sinónimo de problema (Hartnoll, 1985a; Johnson, 1977; Lukoff, 1977 p. 197). Para desarrollar adicción a la heroína se requiere un período largo de uso frecuente (West, 1985, p. 130) y puede haber consumo sin problema. La mortalidad sólo mide las problemas y no el consumo que no comporta problemas sanitarios. De hecho es la parte que más interesa medir. Los consumidores socialmente estables y sin problemas médicos no representan, al menos en una primera lectura, un problema mayor.

## ESTUDIOS PILOTOS

Como un paso previo para el desarrollo del SEIT, se desarrollaron durante el año 1985 una serie de estudios pilotos en Madrid y Barcelona. Estos estudios tenían la finalidad de estudiar la factibilidad del sistema, conocer los circuitos de información de los tres indicadores seleccionados, determinar qué variables podían ser incluidas en el sistema y realizar una primera estimación del valor de los indicadores.

### Demanda asistencial en Madrid (Benito, 1986)

Se ha realizado un estudio epidemiológico descriptivo sobre demanda asistencial, con dos etapas: una recogiendo los datos retrospectivamente en un período de seis meses («estudio retrospectivo») y otra prospectiva de un mes de duración («estudio prospectivo»). El estudio con datos retrospectivos ha permitido realizar una estimación de la magnitud del indicador. El prospectivo ha permitido realizar una evaluación del grado de cumplimentación de un modelo de hoja de notificación normalizada por parte de los centros asistenciales. En el estudio retrospectivo los datos fueron recogidos en tres centros asistenciales de la provincia de Madrid, dos públicos y uno privado. El prospectivo se realizó en cinco centros situados en la provincia de Madrid, dos de ellos públicos y el resto privados (pero subvencionados en mayor o menor medida por fondos públicos).

En el período de seis meses (del 1 de julio de 1985 al 31 de diciembre de 1985) iniciaron tratamiento 214 heroínómanos. En el estudio prospectivo de un mes, aunque los centros se comprometieron a llenar la hoja de registro normalizado, en la práctica la respuesta ha sido muy desigual. Dos centros devolvieron los protocolos total y correctamente cumplimentados, mientras que en los tres restantes fue necesario recurrir a sus registros habituales para rellenar la hoja normalizada. El total de protocolos recogidos fue de 67. Este estudio puso en evidencia la necesidad de utilizar una hoja de notificación con el mínimo de ítems y de instrucciones posibles.

### Demanda asistencial en Barcelona (Pomarol, 1986)

Al igual que en Madrid, se realizaron dos tipos de estudios, uno retrospectivo

de un período de 6 meses (entre el 1 de junio de 1985 y el 31 de noviembre de 1985) y otro prospectivo de un mes de duración (diciembre de 1985). Los datos fueron recogidos en cuatro centros asistenciales públicos de Barcelona. Para la recogida y registro de los datos se utilizó la misma hoja normalizada utilizada en el trabajo de Madrid que fue distribuida a los centros.

En el estudio retrospectivo se recogieron 369 historias clínicas de inicio de tratamiento (5,92 por 10.000 habitantes residentes en Barcelona entre 15 y 30 años). En el prospectivo se notificaron 46 inicios de tratamiento (0,74 por 10.000 residentes en Barcelona de 15 a 39 años).

Las conclusiones de este estudio fueron muy similares a las del estudio de Madrid.

### Urgencias relacionadas con la heroína (Monteis, 1986)

Se considera como urgencia relacionada con la heroína (URH) o «caso», aquellos episodios cuyo motivo de atención es un abuso de heroína o una condición relacionada con el consumo o abuso de dicha droga. Se analizaron todas las urgencias que se habían producido en cuatro hospitales públicos de Barcelona durante una semana de 1985 con los días elegidos al azar, a fin de estimar el valor del indicador y las variables que podrían incluir el sistema.

Se revisaron 5.018 informes de urgencias. De éstos, 90 (1,8% de total de urgencias revisadas) eran urgencias relacionadas con la heroína. Hay que destacar que 42 (46,6%) de las personas atendidas estaban detenidas por la policía en el momento de ser atendidas en el servicio de urgencias. También

debe destacarse que el 50% de las urgencias relacionadas con la heroína se han detectado en un solo hospital, que cubre menos del 20% del total de urgencias. Esta concentración se da probablemente por ser el centro hospitalario más cercano al centro-ciudad, por la existencia de una unidad de desintoxicación y porque durante años ha sido el único hospital con consultas externas específicas para toxicomanías.

Se concluyó a partir de este estudio que: (a) con los datos existentes en los servicios de urgencia se puede establecer un sistema de notificación; (b) que sería indispensable incluir en el sistema aquellos centros que denoten tener una mayor afluencia de adictos, así como extenderlo a las comisarías y centros penitenciarios, puesto que casi la mitad de los heroínómanos estaban detenidos en el momento de ser atendidos.

#### Mortalidad por opiáceos en Madrid (Marzana, 1986)

Se realizó una investigación retrospectiva de las muertes no tumorales de 15 a 39 años y que hubiesen fallecido en un hospital de Madrid o que hubiesen sido autopsiados en el Instituto Anatómico Forense (IAF) de Madrid en un período de 12 meses (1 de agosto de 1984 al 31 de julio de 1985). Con esta investigación se pudo determinar el número de fallecidos relacionados con la heroína y determinar qué fuente de información era la más óptima.

Se localizaron en el Instituto Anatómico Forense 77 casos de sobredosis. Esta fuente de información se ha considerado la más idónea para el SEIT. Las investigaciones mostraron que los registros hospitalarios (historias clínicas) no son una fuente accesible por

problemas relacionados con la descentralización de los archivos, no informatización, historias incompletas y a veces ilegibles.

#### Mortalidad por opiáceos en Barcelona (Roca, 1986)

Se realizó un estudio retrospectivo sobre la mortalidad por opiáceos en la población residente en Barcelona entre 15 y 39 años. El estudio abarca un período de 12 meses (1 de agosto de 1984 al 31 de julio de 1985). Se ha considerado como muerte por opiáceos el fallecimiento por «sobredosis» (reacción aguda consecutiva al consumo de heroína), sea o no una verdadera sobredosis farmacológica, así como el fallecimiento por complicaciones orgánicas del consumo de heroína.

La población de estudio abarca a los fallecidos residentes en Barcelona durante el período y edad considerados, según datos municipales confeccionados a partir de los Boletines Estadísticos de Defunción (BED) y el Padrón Municipal. Para la comprobación de la causa de muerte se investigó la documentación disponible en el Instituto Anatómico Forense (IAF) y/o los hospitales. En los casos cuya casusa de defunción era tumoral (según el BED), se aceptó este diagnóstico como válido y no se realizaron indagaciones adicionales.

De los casos investigados, 26 habían fallecido por «sobredosis» de opiáceos y 4 por complicaciones orgánicas del consumo. Esto representa una tasa de mortalidad de 4,81 por 100.000 habitantes entre 15 y 39 años (8,3% de los fallecidos en esta edad). Además se ha localizado un fallecido de 42 años, uno por intoxicación por flunitracepán y seis casos dudosos (fallecidos registra-



dos en el IAF que sólo cumplían alguno de los criterios de muerte por opiáceos). El 66,8% de la población de estudio estaban registrados en el IAF; esta fuente ha permitido identificar a 25 de las 30 defunciones por opiáceos detectadas, por lo que apareció como de especial importancia para monitorizar la mortalidad por esta causa.

## FUNCIONAMIENTO DEL SEIT

El Sistema pretende monitorizar la evolución de la magnitud de la prevalencia y de la incidencia del abuso de opiáceos y cocaína a través de las variaciones en los valores de los indicadores tratamiento, urgencias y mortalidad. También monitoriza las tendencias evolutivas de las características de la población de drogadictos y el tipo de drogas consumidas secundariamente. Los datos del SEIT también permitirán estimar la morbilidad y mortalidad asociada al consumo. No pretende conocer el número exacto de adictos que existen en la comunidad ni obtener una relación nominal de los mismos. A nivel central no recoge, pues, ningún tipo de identificación del drogadicto, obviando todo problema de confidencialidad. No es, pues, un registro acumulativo de drogadictos como puede serlo el «Home Office Index of Addictis» de Gran Bretaña, el «Central Registry of Drug Abuse» de Hong Kong (Wat, 1985) o el «Registro Acumulativo de Drogodependientes» de la Comunidad Autónoma de Madrid (Muñoz, 1986).

Previamente a la implantación de este Sistema algunas Comunidades Autónomas ya habían desarrollado su propio sistema de notificación, basándose principalmente en el indicador tratamiento. A fin de no superponer el SEIT con los Sistemas Autonómicos de Información, se ha establecido un nú-

mero mínimo de variables a recoger por todas ellas. Esta variable se ha definido consensuadamente a fin de que fuesen adoptadas con el mismo criterio por todas las Comunidades Autónomas. A la hora de determinar el conjunto mínimo de variables para cada indicador, se han tenido en cuenta las variables recogidas por los Sistemas Autonómicos y por sistemas similares de otros países. Paralelamente a esta serie mínima de variables, cada Comunidad Autónoma puede ampliar la recogida de variables y realizar una explotación de las mismas en función de sus particulares necesidades de información. El SEIT sería la intersección común de todos los Sistemas Autonómicos de Información, siendo estos últimos más complejos en cuanto a la cantidad de información recogida. En las figuras 2 a 7 se presenta de manera esquemática y para cada indicador el circuito de información y el procesamiento de los datos.

El indicador tratamiento se obtiene en todos los centros ambulatorios de atención al toxicómano (hospitalarios o no), públicos o privados subvencionados. No se monitorizan las comunidades terapéuticas no profesionales, por mostrar los estudios pilotos que éstas, frecuentemente, no realizan ningún tipo de historia ni registro médico de las personas atendidas. Se notifica cada inicio de tratamiento, independientemente de si anteriormente el adicto ha iniciado otros tratamientos. Es un registro de casos a nivel autonómico (no hay casos duplicados a este nivel), pero a nivel central es un sistema de notificación de casos (puede haber casos repetidos si los adictos son tratados en más de una Comunidad Autónoma).

El indicador urgencias se recoge en los servicios de urgencias de todos los hospitales que tengan adscrita una uni-

dad de desintoxicación subvencionada por el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD). Está previsto ampliar la cobertura de este indicador a los centros de urgencias de los principales hospitales del país. Es un sistema de notificación de episodios. Se notifica toda urgencia provocada o relacionada con el abuso de opiáceos o cocaína.

La fuente de información del indicador mortalidad son todos los médicos forenses del Estado; éstos deben notificar los casos de muerte en los que se sospecha que el fallecimiento ha sido directamente provocado por el abuso de opiáceos o cocaína. Esta información posteriormente se completa con los resultados del estudio toxicológico y, eventualmente histológico, realizados por los tres departamentos del Instituto Nacional de Toxicología. Se ha elegido esta fuente de información para el indicador de mortalidad tras demostrarse, en estudios preliminares, que todas las muertes agudas por sobredosis identificables eran muertes judiciales.

Las fuentes de información notifican los casos a las Comunidades Autónomas, excepto en el caso del Instituto Nacional de Toxicología, que lo hace directamente a la Unidad de Gestión. La notificación se realiza en dos tipos de formularios. En uno se notifican los casos (un formulario por caso) y en el otro (hoja de resumen) el número total de formularios que se envían y el período a que corresponden. La periodicidad de la notificación la establece cada Comunidad Autónoma. El PNSD ha diseñado unos formularios que incluyen el *set* mínimo de variables, pero cada Comunidad Autónoma se provee de sus propios ejemplares, que pueden ser iguales o no al modelo propuesto. En las Comunidades que tengan en funcionamiento un Sistema de Informa-

ción que incluya más variables que el SEIT, se pretende que las variables del SEIT estén incluidas en las hojas de notificación de la Comunidad, a fin de que las fuentes de información sólo tengan que rellenar un solo formulario. Las Comunidades Autónomas proporcionan las hojas de notificación a sus respectivos centros. Los datos que deben enviarse a nivel central por las Comunidades Autónomas se especifican en el anexo.

Cada Comunidad envía trimestralmente en soporte magnético a la Unidad de Gestión los datos mínimos acordados para cada indicador. Los inicios de tratamiento que se refieren al mismo individuo son eliminados antes de enviar los datos. Los casos se identifican mediante un código formado por las iniciales de los apellidos y la fecha y provincia de nacimiento. Este código no es enviado a la Unidad de Gestión.

En la Unidad de Gestión se comprueba la coherencia interna de los ficheros, y en el caso de detectarse errores, se solicita la información necesaria a la Comunidad Autónoma correspondiente. Este proceso de identificación de errores se realiza mediante un programa informático, que termina produciendo para cada Comunidad una relación de los errores detectados. Una vez depurados los archivos, éstos se envían a la Unidad de Análisis.

En la Unidad de Análisis se construye una base de datos para cada indicador que servirá para realizar la explotación estadística. Este archivo está formado por todos los casos notificados por las distintas fuentes de información. Trimestralmente, y en cuanto se poseen los datos de las 17 Comunidades Autónomas, se edita dicha explotación, que es enviada a cada una de ellas y a la Delegación del Gobierno para el PNSD.

A partir de los datos recogidos se realiza una explotación en la que se obtienen los valores de los indicadores, se analizan las características de los individuos notificados y el tipo de drogas consumidas secundariamente a los opiáceos y cocaína.

En la explotación se obtienen tres medidas básicas de prevalencia del abuso de opiáceos y cocaína: el número de adictos que están en tratamiento, el número de urgencias relacionadas con las drogas y el número de fallecidos por sobredosis. Estas medidas permitirán estimar la evolución de la magnitud de la epidemia.

También se obtienen medidas de incidencia, a saber, el año del primer consumo y la edad media de los adictos en tratamiento. Las medidas de incidencia son más adecuadas que las de prevalencia para monitorizar la progresión de la epidemia. Esta se puede expresar gráficamente representando en ordenadas el número de inicios de tratamiento y en abscisas el año del primer consumo. Este método de seguimiento del progreso de la epidemia ha sido utilizado por el NIDA para describir las epidemias del abuso de heroína que se han dado en las últimas décadas en los EEUU (National Institute on Drug Abuse, 1985, p. 48).

El procesamiento de los datos se ha diseñado para que pueda ser realizado mediante un ordenador personal (PC). La transferencia de la información se realiza mediante *diskettes* de 5,25", y en ficheros en código ASCII. Se ha elegido el *standard* PC por ser económicamente accesible, de fácil utilización por personal no especializado y ser el más extendido y con la gama de programas más extensa. Esto permite, por una parte, realizar una gestión descentralizada de los datos, y, por otra, que

ésta sea factible en aquellas Comunidades Autónomas sin recursos informáticos complejos.

Para garantizar la calidad de los datos notificados se realizarán estudios para conocer su fiabilidad y validez. En el caso de los sistemas de notificación, se entiende por fiabilidad la capacidad del Sistema para recoger y transmitir la información de una manera coherente, y por validez, la conformidad de la información con la realidad (Rootman, 1973, pp. 51-52).

La fiabilidad del Sistema se controlará mediante estudios específicos para comprobar la concordancia entre los datos registrados a nivel central y autonómico y los datos registrados en las fuentes de información.

Los estudios de validez se realizarán contrastando los casos notificados con los casos que realmente se hayan producido. Estos estudios están orientados, principalmente, a valorar las subnotificaciones.

El SEIT es particularmente útil, ya que proporciona de una manera continua información actualizada sobre el problema del abuso de opiáceos y cocaína, tanto a nivel estatal como a nivel autonómico. La información del SEIT puede ser utilizada para la toma de decisiones a estos dos niveles. Además la explotación de los datos es útil para los centros asistenciales y para los investigadores que trabajan en el campo del abuso de drogas.

El Sistema de Notificaciones permitirá obtener información acerca de la evolución del consumo en el conjunto del Estado y en las diferentes Comunidades Autónomas, con lo que podrán adoptarse medidas de intervención glo-

bales y otras específicas adaptadas a cada región. A través del propio Sistema de Notificaciones será posible obtener datos que permitan realizar un seguimiento de la eficacia de los programas antidrogas instaurados.

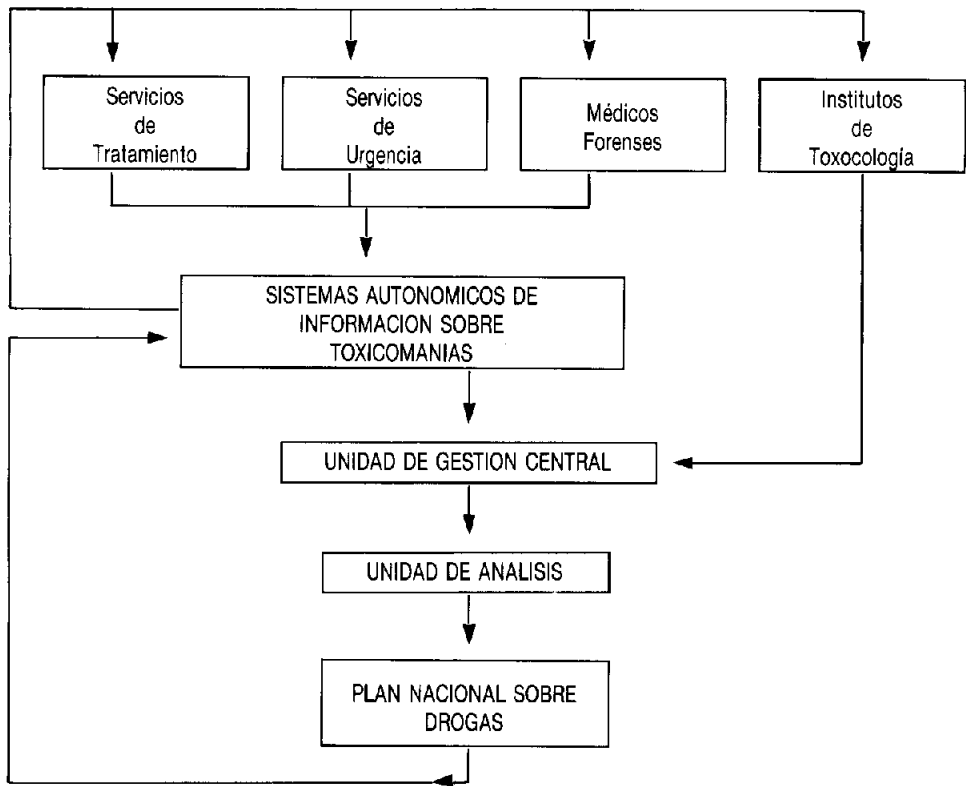
Por otro lado, el Sistema está concebido para poder ser comparado con los de otros países, con lo que la experiencia podrá ser valorada conjuntamente en función de patrones similares.

Finalmente, la implantación del SEIT es un hecho relevante en el contexto global de la Salud Pública. Si bien en los últimos años se han implantado sistemas de notificación a nivel autonómico, este sistema, junto con el de las EDO, es el único implantado a nivel estatal. La experiencia adquirida en el diseño, implantación y funcionamiento de éste podrá aplicarse en el futuro para la implantación de otros sistemas de notificación específicos.

## BIBLIOGRAFIA

- ANDIMA, H.; KRUNG, D.; BERGNER, L.; PATRICK, S.; WHITMAN, S. A prevalence estimation model of narcotic addiction in New York city. *Am J Epidemiol* 1973; 98: 56-62.
- BARR, H. L.; ANTES, OTTENBERG, D. J.; ROSEN, A. Mortality of treated alcoholics and drug addicts: the benefit of abstinence. *J. Stud Alcohol* 1984; 45: 440-52.
- BENITO, T. *Estudio para la construcción de un indicador de abuso de drogas basado en la demanda asistencial en Madrid*. Madrid, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas 1986 (documento mimeografiado).
- BLOCK, G. A review of validations of dietary assessment methods. *Am J Epidemiol* 1982; 115: 492-505.
- CHERUBIN, CH.; MCCUSTER, J.; BADEN, M.; KAVALER, F.; AMSEL, Z. The epidemiology of death in narcotic addicts. *Am J Epidemiol* 1972; 96: 11-22.
- COHEN, S. Narcotism: dimension of the problem. *Ann NY Acad Sci* 1978; 311: 4-9.
- COMAS, D. *El uso de drogas en la juventud*. Barcelona. Publicaciones de Juventud y Sociedad, S. A. 1985.
- COMAS, D. La medida de la incidencia, prevalencia y problemas causados por drogas ilegales. *REIS* 1986; (34): 57-81.
- DE ALARCÓN, R. Epidemiología del abuso de drogas. En: Colectivo. *Tribuna Médica Revisión: Epidemiología*. Madrid, Antibióticos, S. A. 1974.
- DUPONT, R.; GREENE, M. The dynamics of a heroin addiction epidemic. *Science*, 1973; 181: 716-22.
- GARDNER, R. Deaths in United Kingdom Opioid users 1965-69. *Lancet* 1970; 2: 650-3.
- GOULD, L. C.; THOMPSON, W. D. A critique of: Leon Gibson Hunt «Prevalence of active heroin use in the United States.» En: RITTENHOUSE, J. D. (Ed.) *The epidemiology of heroin and other narcotics*. Rockville, Maryland, USDHEW, NIDA 1977; 87-95.
- GREEN, M. H.; LUKE, J. L.; DUPONT, R. L. Opiate «overdose» deaths in the district of Columbia. *Med Ann DC*. 1974a; 43: 175-81.
- GREEN, M. H. Estimating the prevalence of heroin use in a community. *Monografía serie A, n.º 4*. Washington, DC. Special Action Office for Drug Abuse Prevention 1974b.
- HANSLUWKA, H. E. Measuring the health of populations, indicators and interpretations. *Soc Sci Med* 1985; 12: 1.207-24.
- HARTNOLL, R.; BRYER, S.; LEWIS, R.; MITCHENSON, M. *Monitoring problematic drug use: Interim report of the north east London drug indicators project to the client group of the Department of Health and Social Security*. Londres, National Temperance Hospital, 1981.
- HARTNOLL, R.; DAVIAUD, E.; LEWIS, R.; MITCHENSON, M. *Drug problems: Assessing needs. London drugs indicators project*. Londres, Birkbeck College, University of London 1985a.
- HARTNOLL, R.; LEWIS, R.; MITCHENSON, M.; BRYER, S. Estimating the prevalence of opioid dependence. *Lancet* 1985b; 1: 203-5.
- HUBER, D. H.; STIVERS, R. R.; HOWARD, L. B. Heroin-overdose deaths in Atlanta. An epidemic. *JAMA* 1974a; 228: 319-22.
- HUBER, D. H. Heroin deaths. Mystery or overdose? *JAMA* 1974b; 229: 689-90.
- HUNT, L. G. Prevalence of active heroin use in the United States. En: RITTENHOUSE, J. D. (Ed.). *The epidemiology of heroin and other narcotics*. Rockville, Maryland, USDHEW, NIDA 1977: 61-86.
- JOHNSON, B. D. The race, class, and irreversibility hypotheses: myths and research about heroin. En: RITTENHOUSE, J. D. (Ed.). *The epidemiology of heroin and other narcotics*. Rockville, Maryland, USDHEW, NIDA 1977: 51-57.
- KAVALER, F.; DENSEN, P.; KRUG, D. C. The narcotics register project: Early development. *Br J Addict* 1967; 63: 75-81.
- KLEINBAUM, D. G.; KUPPER, L. L.; MORGENSTERN, H. *Epidemiologic research: Principles and quantitative methods*. Nueva York. Lifetime Learning Publication, 1982.
- KORCZAK, D. Drug abuse trends among german youth. *Drug Alcohol Dep* 1981; 7: 257-64.
- LUKOFF, I. F. Consequences of use: heroin and other narcotics. En: RITTENHOUSE J. D. (Ed.) *The epidemiology of heroin and other narcotics*.

- Rockville, Maryland, USDHEW, NIDA 1977: 195-227.
- MARZANA, G. *Mortalidad por drogas en Madrid*. Madrid, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas 1986 (documento mimeografiado).
- MONTEIS, J. *Estudio de factibilidad para la utilización de las urgencias relacionadas con la heroína como indicador indirecto en estudios de prevalencia*. Barcelona, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas e Instituto Municipal de Investigación Médica del Ayuntamiento de Barcelona 1986 (documento mimeografiado).
- MUÑOZ, P. E.; CABALLERO, L.; MEGIAS, E. El registro acumulativo de drogodependientes de la Comunidad de Madrid. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1986; 14: 379-88.
- NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. *Heroin indicators trend report-a update 1976-1978*. Rockville, Maryland, USDHEW, NIDA 1979.
- NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. Data from the Drug Abuse Warning Network (DAWN)-Annual data 1984. *Statistical series, serie I, n.º 4*. Rockville, Maryland, USDHEW, NIDA 1985a.
- NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. *Epidemiology of heroin: 1964-1984*. Rockville, Maryland, USDHEW, NIDA 1985b.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. *Indicadores estadísticos para la planificación y la evaluación de programas de salud pública*. 14 informe del Comité de Expertos de la OMS en Estadística Sanitaria. Ginebra, OMS 1971.
- PERSON, P. H. *The Drug Abuse Warning Network (DAWN): A statistical perspective*. Public Health Rep 1976a; 91: 395-402.
- PERSON, P. H.; RETKA, R. L.; WOODWARD, J. A. *Toward a Heroin Problem Index. An analytical model for drug abuse indicators*. Rockville, Maryland, USDHEW, NIDA 1976b.
- PERSON, P. H., RETKA, R. L., WOODWARD, J. A. *A method for estimating heroin use prevalence*. Rockville, Maryland, USDHEW, NIDA 1977.
- POMAROL, G. *Estudio sobre la validación de indicadores en toxicomanías: Indicador de la demanda asistencial en Barcelona*. Madrid, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas 1986 (documento mimeografiado).
- READ, J. L.; QUINN, R. J.; HOEFER, M. A. Measuring overall health: An evaluation of three important approaches. *J Chron Dis* 1987; 40 (Suppl 1): 78-198.
- ROBINS, L. N. Brief terms of reference. En: RITTENHOUSE, J. D. (Ed.). *The epidemiology of heroin and other narcotics*. Rockville, Maryland, USDHEW, NIDA 1977a: 12-4.
- ROBINS, L. N. Estimating addiction rates and locating target populations: how descomposition into stages helps. En: RITTENHOUSE, J. D. (Ed.). *The epidemiology of heroin and other narcotics*. Rockville, Maryland, USDHEW, NIDA 1977b: 25-39.
- ROGA, J.; ANTÓ, J. M. *Mortalidad por heroína en Barcelona: Estudio exploratorio sobre el indicador mortalidad por heroína*. Madrid, Delegación del Gobierno para el plan Nacional Sobre Drogas 1986.
- ROOTMAN, I. Registers as contributors to estimation. En: RITTENHOUSE, J. D. (Ed.). *The epidemiology of heroin and other narcotics*. Rockville, Maryland, USDHEW, NIDA 1977: 117-21.
- ROOTMAN, I.; HUGHES, P. H. *Abus des drogues: systemes de notification*. Publication Offset de l'OMS n.º 55. Ginebra, OMS 1983.
- RUTTENBERG, A. J.; LUKE, J. L. Heroin-related deaths: New epidemiologic insights. *Science* 1984; 226: 14-20.
- SMART, R. G.; OGBORNE, A. Losses to the Addiction Notification System. *Br J Addict* 1974; 69: 225-39.
- SPIEGEL, A. D.; HYMAN, H. H. *Basic Health planing methods*. Germantown, Maryland, Aspen System Corp. 1978.
- URIEL, E. *Análisis de series temporales, modelos ARIMA*. Madrid, Paraninfo 1985.
- WAT, S. Central Registry of Drug Abuse. *Int J Addict* 1985; 20: 279-98.
- WEST, L. J. COHEN, S. Provisions for dependence disorders. En: HOLLAND, W. W., DEST, L. J.; CNOX, G. (Ed.) *Oxford textbook of public health*. Oxford, Oxford University Press 1985; 2: 106-37.
- WOODWARD, J. A.; RETKA, R. L.; NG, L. Construct validity of heroin abuse estimators. *Int J Addict* 1984; 19: 93-117.



**Figura 1. Elementos del SEIT y principales flujos de información.**

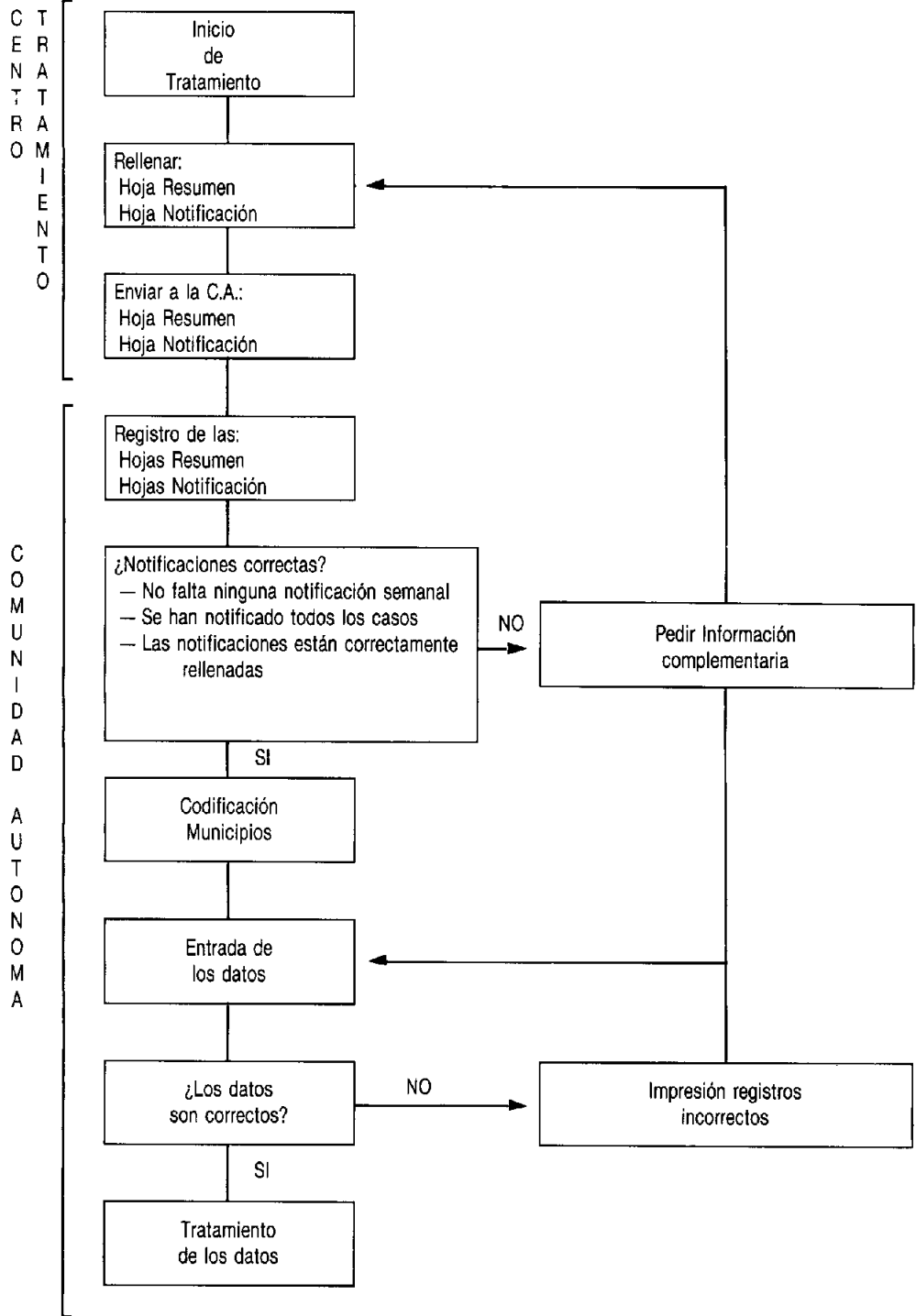
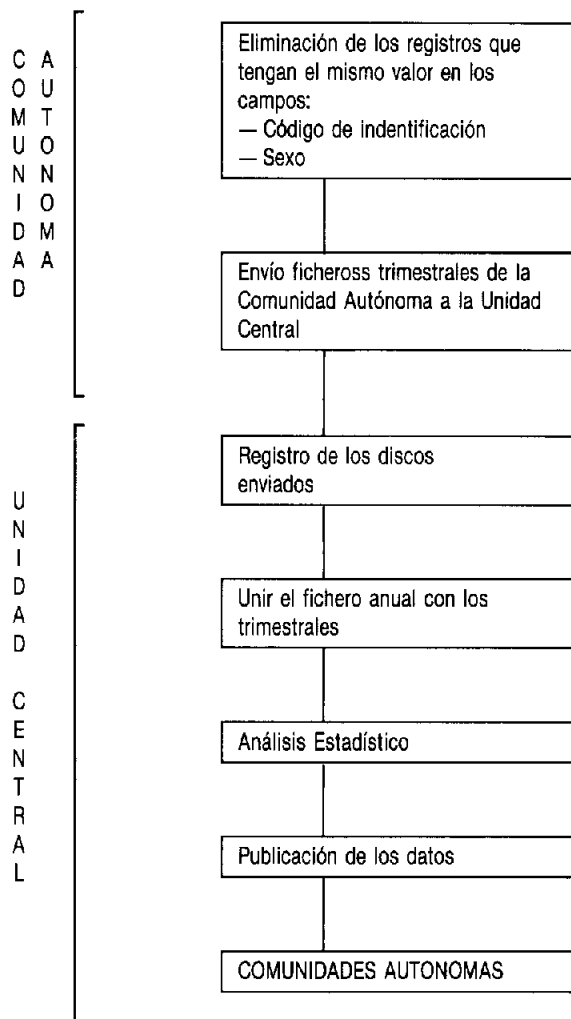


Figura 2. Recogida de los datos del indicador tratamiento.



**Figura 3. Procesamiento de los datos del indicador tratamiento.**



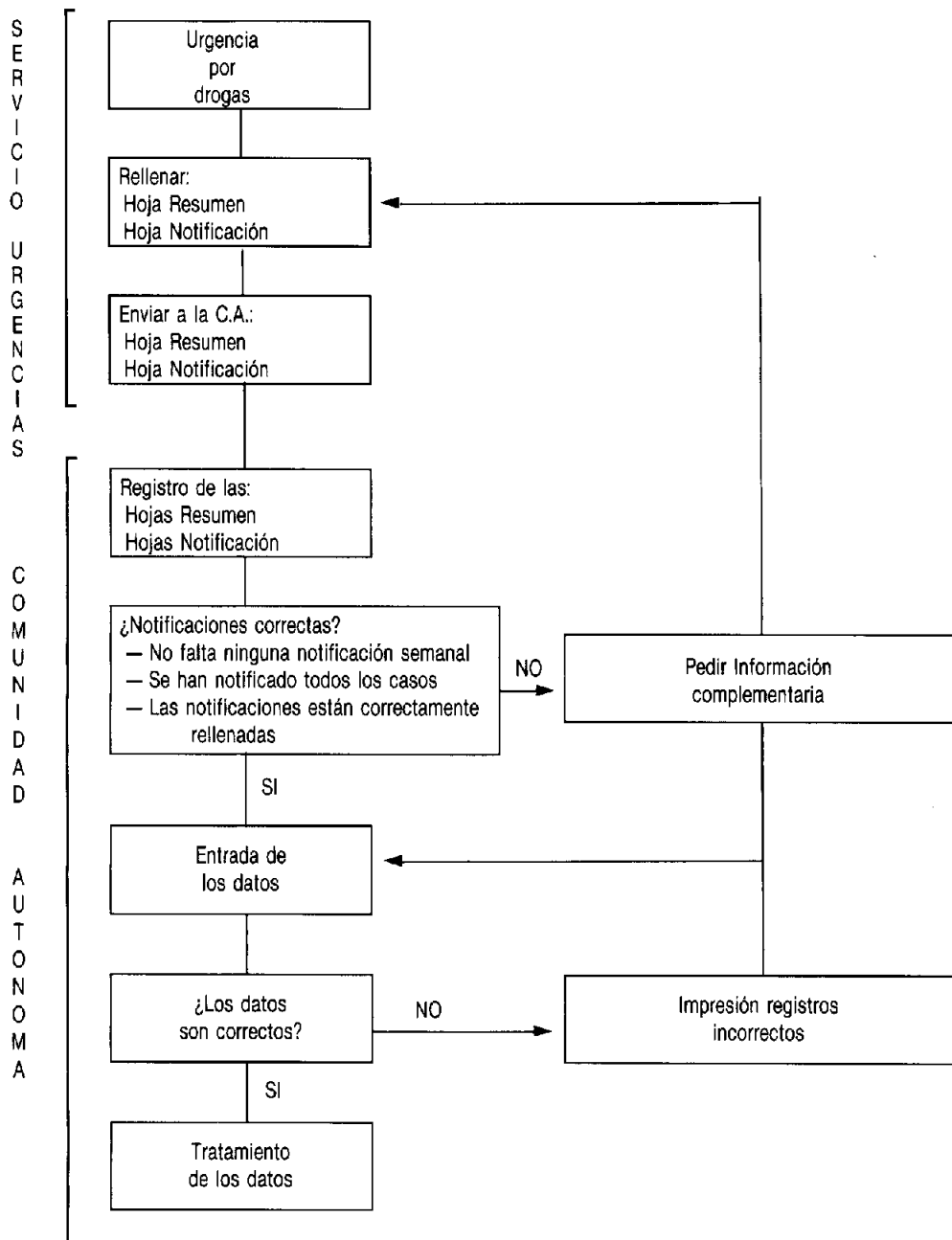
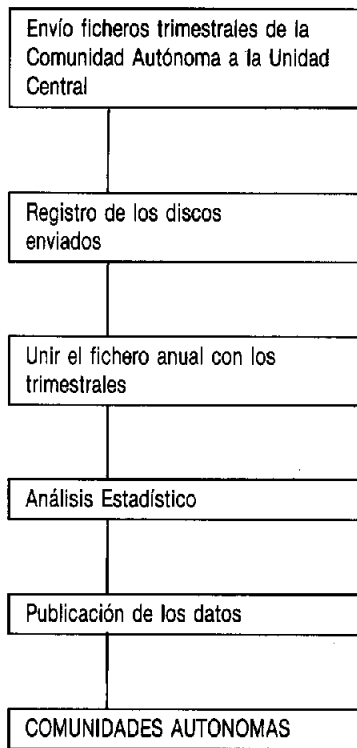


Figura 4. Recogida de los datos del indicador urgencias.



**Figura 5. Procesamiento de los datos del indicador urgencias.**

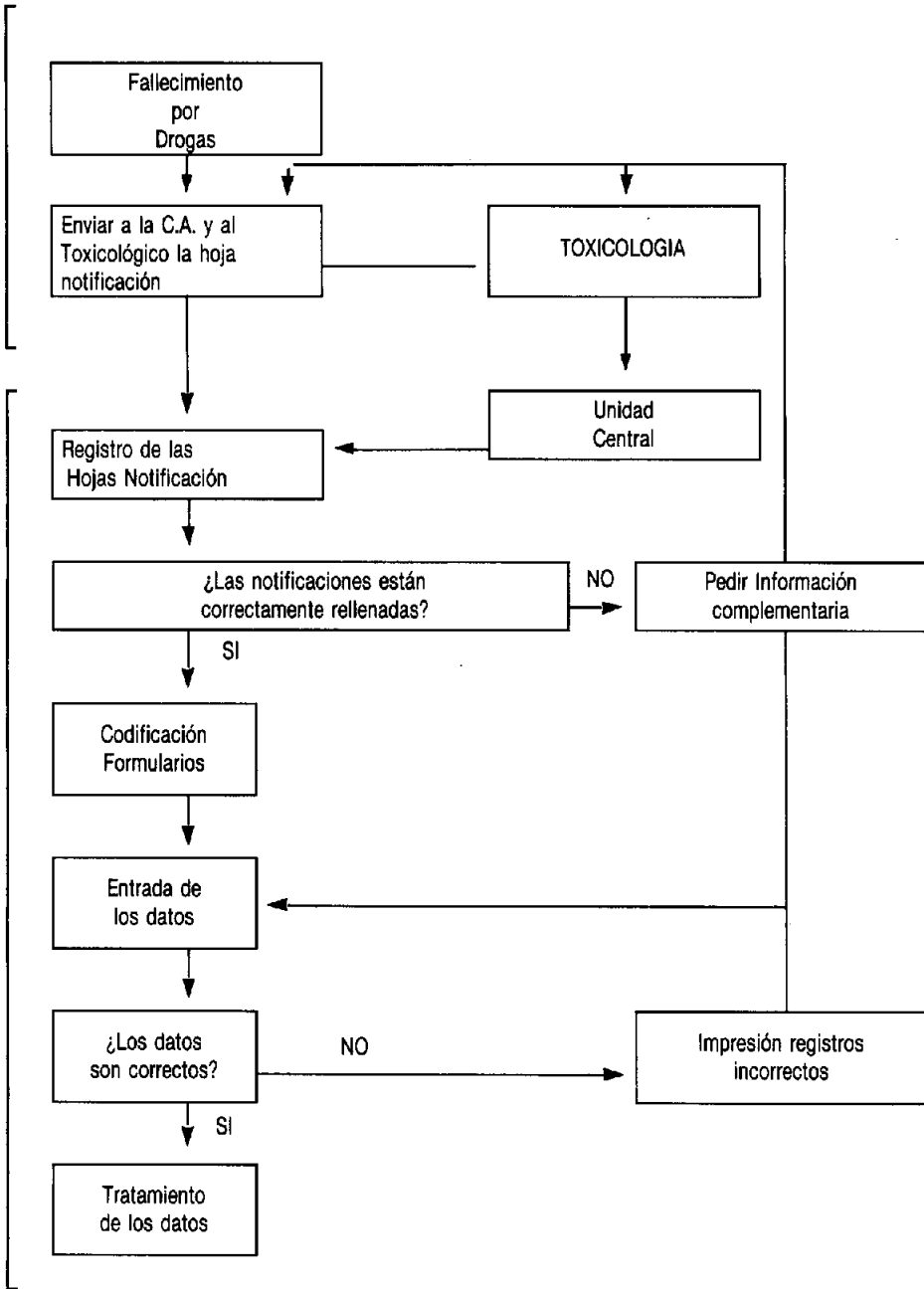
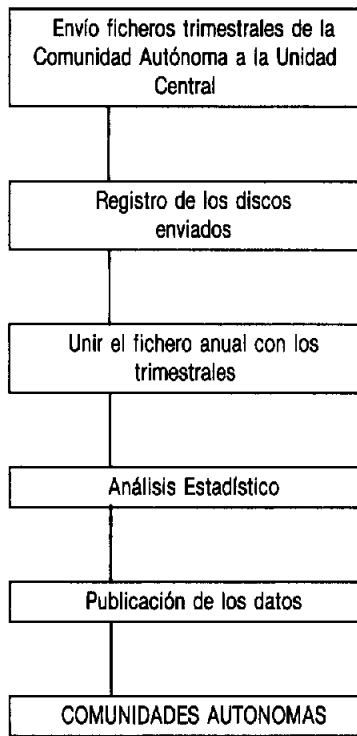


Figura 6. Recogida de datos del indicador mortalidad.



**Figura 7. Procesamiento de los datos del indicador mortalidad.**

**Tabla 1. Medida de la prevalencia del abuso de drogas**

1. Métodos para estimar la prevalencia	
Directos	— Identificación de casos — Encuestas
Indirectos	— Métodos inferenciales
	• Mortalidad
	• Captura y recaptura
	• <i>Heroin Problem Index (HPI)</i>
	— Técnicas nominativas
	— Indicadores Indirectos
2. Métodos para estimar la tendencia de la prevalencia	
	Medias repetidas de prevalencia
	Sistemas de Notificación

**Anexo: Variables utilizadas por el SEIT**

1) INDICADOR TRATAMIENTO

- \* fecha inicio tratamiento
- \* fecha de nacimiento
- \* sexo
- \* provincia y municipio de residencia
- \* droga por la que se inicia el tratamiento
- \* otras drogas consumidas secundariamente
- \* año del primer consumo de la droga primaria

2) URGENCIAS

- \* fecha de la urgencia
- \* edad
- \* sexo
- \* motivo de consulta
- \* drogas que motivan demanda asistencial
- \* condición legal del paciente

3) MORTALIDAD

- \* fecha de defunción
- \* municipio de residencia
- \* edad
- \* sexo
- \* causa de muerte
- \* droga presumiblemente consumida
- \* vía de consumo
- \* drogas detectadas
- \* resultados

Rosa María Martínez, Luisa Martín\*

# Patrones de consumo de alcohol en la Comunidad de Madrid\*\*

## RESUMEN

*Se presentan los patrones de consumo de alcohol en la Comunidad de Madrid a partir de un estudio transversal. Entre los resultados destaca que el patrón más frecuente de consumo de esta población es el de un consumo habitual de cantidades moderadas de alcohol. No obstante, se comienza a observar, sobre todo entre los jóvenes (18-29 años), un nuevo estilo de beber, consistente en el consumo habitual de alcohol, pero en cantidades excesivas. Dicho consumo se inicia a unas edades cada vez más precoces y con una preferencia hacia la cerveza en vez del clásico consumo de vino de los bebedores de mayor edad. Además, los jóvenes también muestran tener las tasas de problemas relacionados con el consumo de alcohol más altas de todos los grupos de edad.*

## SUMMARY

*The results of a large cross-sectional study on alcohol drinking patterns in Madrid are presented. The findings indicate a common pattern of frequent moderate alcohol consumption. However, age-specific rates demonstrate that young adults (18-29 years) begin to show a new pattern of drinking; that of frequent consumption of excessive quantities of alcohol. It is also shown that the young begin to drink at an earlier age and have substituted the traditional drink, wine, for beer. In addition, young adults also have the highest rates of alcohol-related problems.*

39

## 1. INTRODUCCION

**E**L consumo de bebidas alcohólicas constituye un comportamiento bien difundido en el mundo, que ha persistido a través del tiempo. Se reconoce que el uso de bebidas fermentadas ha estado presente desde el comienzo de la historia, desde que se descubrieron recipientes para cerveza que datan del período neolítico (1).

Aunque el hábito de beber es antiquísimo, el interés por conocer los patrones de consumo, así como las actitudes relacionadas con el consumo de alcohol, es un fenómeno reciente, que ha sido estimulado por el aumento de la problemática social asociada con el uso indebido o el abuso del alcohol (2). Durante muchos años el campo de la investigación sobre el alcohol fue dominado por una orientación que consideraba únicamente los efectos dañinos del mismo o las consecuencias del comportamiento social «desviado» de quienes lo consumían en exceso. Desde los trabajos etnográficos pioneros de Horton (3) sobre el consumo en una muestra de 56 sociedades, se ha demostrado que los estudios sobre el alcohol no se pueden limitar únicamente

(\*) Correspondencia: Instituto Regional de Estudios. Consejería de Salud. O'Donnell, 50, 2.ª planta. 28009 Madrid.

(\*\*) Este trabajo fue subvencionado con una beca de investigación del comité Conjunto Hispano-Norteamericano para las Ciencias Aplicadas y la Cooperación Tecnológica.

a un marco teórico basado en los problemas relacionados con el alcohol, tales como el alcoholismo u otras conductas desviadas. Así, Bacon (4) cuenta que *«es cada día más claro que el consumo de alcohol no puede ser comprendido únicamente desde un marco teórico de enfermedad o desviación, debe de ser estudiado desde un contexto más amplio de variación cultural, integración y uniformidad social... El consumo es un complejo de comportamientos sociales aprendidos que rodean la ingestión oral del alcohol... El consumo ocurre dentro de una amplia gama de contextos culturales con diferentes patrones de consumo y abuso, de función social y de ajuste cultural. El consumo debe ser entendido como un comportamiento social persistente y permanente y los problemas relacionados con el alcohol deben ser estudiados a la luz del contexto social.»*

Basándose en la perspectiva de Bacon, los investigadores Ullman y Blacker (5) desarrollaron un marco teórico que permite analizar el consumo de alcohol desde el contexto social en que se desenvuelve. El modelo se puede resumir de la forma siguiente: *«si en cualquier sociedad en la que las costumbres, los valores y las sanciones —conjuntamente con las actitudes de todos los segmentos de la sociedad— están bien establecidas, son conocidas y compartidas, y son consistentes con el resto de la cultura, ésta estará caracterizada por normas prescriptivas del consumo moderado y proscriptivas del consumo excesivo, y en consecuencia la tasa de alcoholismo será baja.»*

Este modelo es de gran utilidad, ya que permite, desde un punto de vista preventivo, identificar los factores sociales que influyen sobre la prevalencia de los problemas relacionados con el alcohol para su posterior modificación

o intervención sobre ellos. En este trabajo se examinan primero los patrones de consumo de alcohol en la Comunidad Autónoma de Madrid, y luego, se analizan éstos utilizando el marco teórico de Ullman y Backman.

Los datos que se presentan son el resultado de un amplio proyecto de estudio conjunto entre el Instituto Regional de Estudios de la Consejería de Salud y el Instituto Nacional del Abuso de Alcohol y Alcoholismo de los Estados Unidos y sus colaboradores, del Grupo de Investigación sobre el Alcohol de Berkeley, la Clínica Mayo y la Escuela de Salud Pública de Johns Hopkins. El estudio tenía como objetivo conocer la prevalencia del consumo de alcohol en la población general, así como las actitudes y opiniones de ésta sobre la bebida.

Los datos se recogieron en octubre de 1985 a través de entrevistas personales estructuradas, con una muestra de 1.683 hombres y 1.862 mujeres de 18 y más años de edad, residentes en la Comunidad de Madrid. Los individuos del estudio se seleccionaron por medio de una muestra aleatoria estratificada polietápica. Se utilizó el método de rutas aleatorias para la localización de unidades de vivienda y el método KISH para la identificación de los entrevistados.

El instrumento usado para la recogida de datos fue desarrollado por el Grupo de Investigación de Alcohol (Cahalan, 1974) (6) y adaptado para su uso en la población española. Entre las ventajas de utilizar este instrumento se puede citar la experiencia acumulada en el uso de muchas de estas preguntas sobre el consumo de alcohol y la posibilidad de realizar comparaciones internacionales sobre las pautas de consumo, actitudes y problemas relacionados con el consumo de alcohol.

## 2. PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL SEGUN LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA POBLACION

Para la clasificación de los patrones de consumo se ha aplicado la tipología desarrollada por el Grupo de Investigación sobre el Alcohol de Berkeley en su análisis de la Encuesta Nacional Americana de Consumo de Alcohol y Problemas con la Bebida de 1984. Esta tipología está basada en la combinación de información relacionada con la cantidad y con la frecuencia del consumo de alcohol (6). En la Tabla 1 se encuentra una descripción de los patrones de consumo a los que se hará referencia a lo largo de este trabajo.

Los resultados que aquí se presentan indican que el patrón de consumo de alcohol que mejor describe la región de Madrid es el consumo habitual de cantidades moderadas. Este patrón lo conforman los individuos que beben al menos una vez a la semana pero nunca toman más de cinco copas en cada ocasión, y supone un 43% de la muestra estudiada. En cambio, sólo el 11% de los entrevistados afirman ser abstemios o no bebedores. En el extremo contrario del espectro del consumo de alcohol se encuentra la categoría de bebedores habituales de cantidad excesiva, o entrevistados que beben al menos una vez a la semana más de cinco copas en cada ocasión. Esta práctica de consumo caracteriza al 9% de los estudiados. No lejos de este grupo se encuentran los bebedores habituales de cantidades elevadas, con un 12% del total de la población.

### Patrones de consumo de alcohol por sexo

Si se examinan las pautas de consumo de alcohol según el sexo (Tabla 2),

se pueden observar algunas diferencias en la distribución de las mismas. Pocos hombres (4%) afirman ser abstemios, en comparación con un 17% de las mujeres. En general, las mujeres se encuentran más representadas entre los no bebedores y entre los bebedores ocasionales moderados. Por el contrario, los hombres tienden más a encontrarse entre los bebedores habituales moderados y entre los bebedores habituales excesivos. En esta última categoría de consumo de alcohol, se encuentran más de cinco hombres por cada mujer (16% y 3%, respectivamente).

### Patrones de consumo de alcohol según la edad

Si se considera la distribución por edad (Tabla 3) se encuentra un descenso de la frecuencia de bebedores habituales excesivos con el aumento de la edad. Así, la mayor prevalencia de bebedores excesivos se observa entre los varones de 18 a 29 años, alcanzando el 24% en este grupo de edad, mientras que entre los mayores de 60 años, sólo el 10% es bebedor habitual excesivo.

Aunque la pauta de bebedores habituales excesivos caracteriza sólo al 3% de las mujeres estudiadas, se percibe también un descenso en la frecuencia de este patrón de consumo con el aumento de la edad. Entre las mujeres de 18 a 29 años el 6% se considera bebedora habitual excesiva, en comparación con el 0,5% entre las de 60 años y más.

Si se examina la categoría de abstemias, se encuentra un notable crecimiento de éstas con la edad. Solamente el 10% de las mujeres jóvenes son abstemias, mientras que entre las de 50 a 59 años hay un 17% y un 35% en-



tre las mayores de 60 años. Existe, igualmente, una tendencia creciente de la proporción de bebedoras que consumen esporádicamente cantidades moderadas de alcohol al aumentar la edad. Sin embargo, no se observa un aumento de abstemios entre los hombres entrevistados. Entre los jóvenes de 18 a 29 años sólo un 4% declara ser no bebedor. Esta tasa de abstemios cambia poco a medida que avanza la edad.

Resumiendo los resultados de la distribución de consumo de alcohol por grupos de edad cabe destacar que, entre los hombres que beben hay una disminución en la proporción de bebedores habituales de consumo elevado y excesivo según avanza la edad, reflejándose esto en el aumento de las proporciones de bebedores esporádicos y ocasionales aparecido en los grupos de edades más avanzadas. Por otro lado, entre las mujeres se observa un aumento en la proporción de abstemias en las mayores de 60 años, así como un incremento de las bebedoras esporádicas en los grupos de mayor edad, resultado que puede ser explicado en parte por un efecto cohorte, el cual no puede ser analizado en este estudio transversal.

#### Patrones de consumo de alcohol según el nivel de ingresos

Estudios realizados con muestras de la población general (7) indican que entre los que tienen bajos ingresos familiares se encuentran pocos bebedores, aunque son mayoritariamente bebedores excesivos, encontrándose patrones distintos en nuestro estudio. En la Tabla 4 se presenta la distribución de los patrones de consumo de alcohol por ingresos económicos.

Los entrevistados con ingresos bajos tienden a beber menos que los de grupos de ingresos altos y moderados. Esto se nota particularmente en el porcentaje de abstemios, donde los entrevistados con ingresos bajos muestran una prevalencia del 17% en comparación al 9% de los de ingresos moderados y al 6% de los del grupo de ingresos altos. Estos individuos con ingresos bajos tienden también a estar más representados entre los que beben menos frecuentemente en comparación a otros grupos de ingresos.

En lo que se refiere a la prevalencia de bebedores habituales considerados excesivos (suma de las categorías de bebedores habituales de consumo elevado y excesivo), entre los entrevistados con ingresos bajos ésta no es tan alta como se ha sugerido en otros estudios. Sólo un 15% de este grupo de ingresos afirma consumir grandes cantidades de alcohol, en comparación con el 25% y 26% de los de grupos de ingresos más altos. Por otro lado, debe resaltarse la gran similitud entre la distribución de los patrones de consumo de alcohol en los grupos de ingresos moderados y altos.

Dado que un 8% de la población estudiada se negó a responder a esta pregunta, se ha incluido en la Tabla 4 la distribución de los patrones de consumo de los mismos para detectar cualquier diferencia significativa. En general, los patrones de consumo de este subgrupo se encuentran a medio camino entre los de los grupos de ingresos bajos y moderados.

#### Patrones de consumo de alcohol según la situación laboral

Hay una prevalencia mayor de bebedores habituales excesivos entre los

varones jóvenes/estudiantes (24%) o los parados (24%) que entre los activos (15%) o los jubilados (10%) (Tabla 5). Se consideran jóvenes/estudiantes aquellos individuos que han terminado de estudiar y que están buscando su primer empleo y los estudiantes que no han terminado todavía sus estudios.

Entre los jubilados, la distribución de las pautas de consumo de alcohol es casi idéntica a la observada previamente en los hombres mayores de 60 años de edad. Existe también semejanza entre las pautas de los parados, de los jóvenes/estudiantes y las de los varones de 18 a 39 años de edad, por lo que el efecto edad juega un papel fundamental en la distribución de patrones de consumo de alcohol según la situación laboral.

Entre las mujeres, los mayores niveles de abstemias se alcanzan entre las jubiladas (29%) y las amas de casa (20%), en comparación con el resto de las categorías de ocupación. No obstante, las mujeres jubiladas y las amas de casa tienden a ser bebedoras moderadas ocasionales o habituales. Por otra parte, los niveles más altos de bebedoras habituales excesivas se encuentran entre las mujeres en paro (9%) y las jóvenes/estudiantes (9%). No se observa claramente entre las mujeres el efecto edad anteriormente comentado para los hombres. Así, la tasa de bebedoras habituales es mucho más alta entre las mujeres en paro, y las jóvenes/estudiantes que entre los grupos de edad de 18 a 29 años (6%) y 30 a 39 años (3%), que normalmente incluyen algunas de estas mujeres.

#### Patrones de consumo de alcohol según el nivel de estudios

Los estudios internacionales (8) indican, generalmente, una variación en las

pautas de consumo de alcohol según el nivel de educación. La proporción más alta de abstemios suele encontrarse entre los individuos con un nivel de educación bajo. Se observa también que el consumo de alcohol aumenta con cada nivel de estudios alcanzado. En la Tabla 6 se encuentra la distribución de las frecuencias relativas de los patrones de consumo según el nivel educativo alcanzado.

En general, los varones sin estudios o que sólo tienen estudios primarios tienden a estar sobrerrepresentados entre los bebedores moderados esporádicos y habituales. Por el contrario, los individuos con el bachillerato superior terminado tienden a ser más prevalentes entre los bebedores habituales excesivos. Entre los varones no se observa un crecimiento lineal del consumo de alcohol en relación con el aumento del nivel de estudios. De este modo, los universitarios tienen, por ejemplo, una tasa de bebedores excesivos que es intermedia entre los que tienen estudios primarios y los que han completado los estudios de bachiller elemental.

Por otra parte, se observa entre las mujeres una tendencia al mayor consumo de alcohol a medida que se incrementa el nivel educativo, tal y como se señala en la literatura sobre el tema. Entre las mujeres que no tienen estudios se encuentran casi tres veces más abstemias que entre las universitarias (26% y 9%, respectivamente). Si se examina la clasificación de las bebedoras habituales elevadas o excesivas, se observa la tendencia esperada. En estos dos grupos de bebedoras las tasas se incrementan con cada incremento del nivel de educación. Entre las mujeres sin estudios, sólo el 1% se pueden clasificar como bebedoras habituales de consumo elevado en comparación con el 14% de las mujeres con estu-

dios universitarios. Esta misma diferencia se observa para la categoría de bebedoras habituales excesivas (1% y 6%, respectivamente).

Patrones de consumo de alcohol según grado de urbanización de la residencia

También se han examinado las diferencias entre las poblaciones de más y menos de 50.000 habitantes respecto a los patrones de consumo de alcohol, con la intención de determinar si el grado de urbanización influenciaba la distribución de los hábitos de consumo de alcohol en la población. La Tabla 7 presenta la distribución en porcentajes de los hábitos de consumo de alcohol según el grado de urbanización. En general, los datos sugieren que los varones entrevistados residentes en poblaciones de menos de 50.000 habitantes tienen una prevalencia mayor de bebedores de cantidad moderada y ligeramente menor de bebedores habituales de cantidad elevada o excesiva que los residentes en poblaciones mayores. No obstante, las diferencias observadas no son estadísticamente significativas ( $\chi^2 = 9,1$ ,  $gl = 6$ ,  $p > 0,05$ ).

Las características especiales de Madrid, como centro de atracción para muchos inmigrantes de otras regiones de España, hace que presente una serie de características sociales y culturales diversas e interesantes, entre las que cabe citar el origen geográfico de sus habitantes. Se demostró que el 46% de la población estudiada no ha nacido en la provincia de Madrid. Por esta razón se examinó la influencia de haber vivido antes de los 16 años en una población mayor o menor de 50.000 habitantes (Tabla 7). Una vez más, no se encontraron diferencias significativas en los patrones de consumo

de alcohol de hombres para los dos niveles de urbanización.

Si se encontraron, por el contrario, diferencias significativas entre las pautas femeninas de consumo de alcohol según el grado de urbanización (Tablas 7 y 8). Por ejemplo, hay un 3% más de mujeres que residen en poblaciones menos urbanizadas entre las abstemias y un 6% más entre las bebedoras habituales de moderado consumo. Por otro lado, las mujeres residentes en poblaciones de más de 50.000 habitantes tienen una prevalencia dos veces más alta entre las bebedoras habituales de consumo elevado y tres veces más alta entre las bebedoras habituales de consumo excesivo que en las mujeres de áreas menos urbanizadas. Estas diferencias en las pautas de consumo de alcohol según el grado de urbanización son significativas con una probabilidad de error menor de 0,05. Se encontraron también diferencias significativas entre los patrones de consumo de alcohol de las mujeres según el grado de urbanización de su residencia antes de los 16 años. Aquellas que antes de los 16 años vivieron en áreas menos urbanas, presentan una proporción de abstemias un 9% superior a las que residieron en áreas metropolitanas, mientras que las mujeres residentes en poblaciones de más de 50.000 habitantes tienen una prevalencia de bebedoras habituales de elevado consumo dos veces mayor que en las que han vivido en áreas no metropolitanas. Estas diferencias son significativas con una probabilidad de error inferior al 0,001 ( $\chi^2 = 41,7$ ;  $gl = 6$ ).

### 3. PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

Aunque el patrón general en la región de Madrid es el de un consumo habitual de cantidades moderadas de alco-

hol, no es una población que esté exenta de problemas relacionados con el mismo. Las Tablas 9 a 12 presentan datos sobre la prevalencia de los problemas relacionados con el alcohol durante el año anterior a la encuesta en la población general. Los resultados reflejan el porcentaje de entrevistados que afirman tener al menos uno de los problemas de las escalas de problemas consideradas.

Los resultados muestran, en conjunto, una baja prevalencia de problemas relacionados con el alcohol (Tabla 9). Sin embargo, las tasas específicas por sexo indican que para cada escala de problemas, las tasas son más altas en los varones que en las mujeres. Esto puede percibirse especialmente en las escalas que identifican una posible dependencia del alcohol. Por otra parte, de entre estos problemas los considerados como sociales o sus consecuencias son poco prevalentes en ambos sexos, aunque ligeramente más altos en los varones. Debe prestarse especial atención a las escalas de problemas sociales, como los problemas con la policía, los problemas en el trabajo, los accidentes de tráfico o la violencia relacionada con el consumo de alcohol. La baja prevalencia encontrada para estos problemas puede reflejar una tolerancia general de la sociedad, que minimiza los problemas sociales y sus consecuencias en relación al consumo de alcohol. Por ejemplo, los accidentes de tráfico debidos al alcohol no se han registrado con rigor como tales hasta hace muy poco; por otro lado, los conductores que conducían bajo los efectos del alcohol tampoco eran sancionados o arrestados. Con respecto a la prevalencia de problemas laborales, a menos que el trabajador se muestre continuamente embriagado o en una situación muy extrema, raramente será sancionado.

En consecuencia, si la estructura social es poco exigente en la identificación y sanción de los problemas relacionados con el alcohol, los individuos también identificarán poco la relación entre el consumo de alcohol y sus consecuencias sociales, y naturalmente informarán menos de ello, aun habiendo experimentado o sufrido tales problemas. Por este motivo, hay que preguntarse si la prevalencia de los problemas relacionados con el alcohol en la sociedad es baja o si la sociedad no identifica como tales los problemas relacionados con el alcohol.

Cuando los problemas relacionados con el alcohol se estudian en función de los grupos de edad (Tabla 10), se observa un efecto etario significativo. En ocho de las once escalas de problemas examinadas, más del 60% de los individuos que afirman tener problemas tienen entre 18 y 29 años de edad. Los problemas de salud son, sin embargo, una de las excepciones a esta observación. Así, sólo el 49% de los que tienen problemas de salud pertenecen al grupo de 18 a 29 años de edad, mientras que los grupos de edad entre los 30 y 59 años representan el 38% de los que afirman tener problemas de salud. Estos resultados eran de esperar, ya que algunos problemas de salud relacionados con el alcohol aparecen después de muchos años de consumo continuado del mismo.

En la Tabla 11 se observa la prevalencia de problemas relacionados con el alcohol para cada patrón de consumo. Una revisión rápida de esta tabla muestra una mayor prevalencia de estos problemas en la categoría de bebedores habituales de cantidad excesiva. En todas las escalas de problemas, los bebedores habituales excesivos presentan la prevalencia más alta de problemas, seguidos, en segundo lugar,

por los bebedores habituales de elevado consumo. Estos resultados apoyan la asociación entre el consumo habitual excesivo y los problemas relacionados con el alcohol que se encuentran en la literatura sobre el alcoholismo (9).

Si se considera la distribución de los problemas relacionados con el alcohol a través de los patrones de consumo (Tabla 12), se encuentra una tendencia similar a la anteriormente comentada respecto a la prevalencia. Así, los problemas relacionados con el alcohol se observan más a menudo entre los bebedores habituales excesivos y los bebedores habituales de elevado consumo, de forma que los individuos en estas dos categorías suman más del 80% de cada una de las escalas de problemas.

Una vez descrita la distribución de las escalas de problemas, se puede sugerir que la prevalencia de problemas relacionados con el alcohol está altamente influida por las pautas de consumo de los individuos de 18 a 29 años de edad. Así, si tenemos en cuenta que el 55% de los que están en este grupo de edad fueron categorizados como bebedores habituales excesivos, no es raro encontrar una prevalencia alta de problemas relacionados con el alcohol en los mismos.

Como otros investigadores han apuntado (10), la interpretación de estas asociaciones debe hacerse con precaución. Una prevalencia alta de problemas relacionados con el alcohol en este grupo de edad puede no ser indicativa de dependencia alcohólica, sino de una sintomatología relacionada con consecuencias físicas agudas debidas a episodios de consumo excesivo de alcohol, que son más frecuentes en este grupo de edad. Estos problemas y

síntomas no indican necesariamente la aparición de cambios perdurables o de dependencia futura del alcohol, pero sí son buenos indicadores de un consumo excesivo.

#### 4. ACTITUDES HACIA EL CONSUMO DE ALCOHOL

Teniendo en cuenta la hipótesis de que las actitudes de la población juegan un papel importante en la determinación de los patrones de consumo de alcohol, se ha elaborado una serie de frases para determinar las actitudes de la población hacia este consumo, la embriaguez y hacia los alcohólicos. Dado que el patrón de bebida que mejor describe la región de Madrid es el consumo habitual de cantidades moderadas de alcohol, puede esperarse que las actitudes de la población en relación al consumo de alcohol sean permisivas y liberales además de proscriptivas hacia la embriaguez.

En la Tabla 13, se encuentra la distribución de los porcentajes de acuerdo y desacuerdo con las frases sobre actitudes hacia el consumo de alcohol. Un tercio del total de la población considera que «tomar una copa es una de las cosas más agradables de la vida». La distribución específica por sexos indica que los varones (41%) están más de acuerdo con este juicio que las mujeres (29%). Considerando la frecuencia con la que la población suele tomarse una copa, no es sorprendente que el porcentaje de población que está de acuerdo no sea más alto. Dado que el consumo de alcohol está tan integrado en los comportamientos comunes, como el dormir o el comer, cuando se compara con otras conductas menos comunes e infrecuentes puede no ser caracterizado como uno de los placeres de la vida.

Cuando se pregunta si «tomarse una copa con un amigo es una manera de expresar amistad», se observa que el 50% del total de la población está de acuerdo con este juicio. Otras veces se encuentra que las tasas de acuerdo de los varones son más altas que las tasas de las mujeres. Esta alta tasa de acuerdo puede reflejar la naturaleza social de lo que significa beber en la sociedad española, donde una gran parte de las relaciones sociales se hacen en bares y cafeterías.

Por otra parte, se detecta una actitud negativa hacia el consumo de alcohol en las frases que sugieren que «la bebida hace que la gente haga cosas que no debería hacer» y «que saca las peores cualidades de las personas». El 90% de la población está de acuerdo con la primera frase y el 72% de los entrevistados están de acuerdo con la segunda. En ambos casos, se observa que las tasas específicas de las mujeres son más altas, es decir, sus opiniones son más severas que las de los hombres en lo que se refiere a estas actitudes. Los resultados de estas dos frases indican una actitud muy negativa con relación al consumo de alcohol, que no es del todo congruente con las primeras frases examinadas y tampoco lo es con los patrones de consumo de alcohol observados en la población. Podría sugerirse que el término «beber» (que por sí mismo no tiene ninguna connotación implícita de la cantidad de alcohol consumido), sea interpretado como «consumo excesivo» o «intoxicación» por un gran número de las personas entrevistadas. Considerando que el 43% de la población bebe habitualmente de forma moderada, «el beber» debe significar para estos entrevistados tomar cantidades de alcohol mayores de las que ellos están acostumbrados; o en otras palabras, un consumo excesivo de alcohol. Si estas frases hu-

bieran sido hechas sobre una escala de número de copas, quizás el porcentaje de entrevistados en desacuerdo hubiera variado.

### Actitudes hacia la embriaguez

En relación con las frases formuladas acerca de actitudes hacia la embriaguez (Tabla 14) los resultados tampoco son muy congruentes. El 41% de la población estudiada está de acuerdo con que «la gente cuando se emborracha puede ponerse muy graciosa», que indica una actitud permisiva hacia la intoxicación. Por otro lado, el 93% de los encuestados afirman que «es desagradable ver una persona borracha», actitud negativa hacia la intoxicación. Finalmente, el 13% de los entrevistados está de acuerdo en que «a algunas personas les sienta bien emborracharse de vez en cuando», indicando así una actitud liberal hacia la embriaguez.

El significado de estos resultados no es sencillo de explicar. Una de las claves puede estar en cómo la población interpreta la palabra «emborracharse». Se sugiere que la intoxicación (emborracharse) se interpreta según los diferentes niveles de afectación de una persona. El primer tipo puede estar representado por el «estado gracioso» y el último como la «pérdida de control». Parece ser que los entrevistados son permisivos hacia el primer nivel de intoxicación pero son casi unánimemente intolerantes ante el último nivel de intoxicación.

Ante el juicio de que «una persona que está siempre borracha debe ser castigada por la ley», se encuentra un alto nivel de entrevistados en desacuerdo (77%). Esto refleja el alto grado de tolerancia social en relación a los problemas relacionados con la bebida an-

teriormente mencionados y la casi inexistente tradición de imponer sanciones legales a los comportamientos alcohólicos.

### El alcoholismo como enfermedad

También se han examinado algunas preguntas en relación a la naturaleza del alcoholismo (Tabla 15). Los resultados de la primera pregunta indican que es aceptado por la mayor parte de la población que «cualquier persona que bebe puede llegar a ser un alcohólico», ya que el 73% del total de los entrevistados está de acuerdo con esta frase. Estos resultados están reforzados más adelante por los resultados de la segunda pregunta sobre si «el alcoholismo es una enfermedad»; aquí el 95% de la población afirma que esto es cierto. Este dato también puede apoyar los resultados que demuestran el desacuerdo hacia la penalización legal de las personas que se encuentran siempre borrachas, ya que éticamente es más difícil castigar a alguien por una enfermedad.

Los resultados de las preguntas siguientes son igualmente difíciles de interpretar debido a la naturaleza de las respuestas. El 82% de la población cree que «para que un alcohólico se recupere, tiene que dejar de beber para siempre». Esta actitud la sostienen más las mujeres que los hombres (86% y 77%, respectivamente). Al mismo tiempo, sin embargo, más de la mitad de los encuestados está de acuerdo en que «muchos alcohólicos logran disminuir la cantidad de bebida y pueden controlar la cantidad de consumo de alcohol». Para aumentar la confusión, el 43% de los entrevistados está de acuerdo en que «la mayoría de los alcohólicos beben porque quieren». Estos resultados sugieren que aunque el

95% de la población total cree que el alcoholismo es una enfermedad, su conocimiento acerca de lo que debe hacerse, y si un alcohólico puede recuperarse y beber moderadamente otra vez, no está claro, o puede también reflejar diferentes conceptualizaciones que tiene la población sobre el alcoholismo como una enfermedad.

### Actitudes hacia los alcohólicos

La cantidad de entrevistados que se muestra a favor de que «la mayoría de los alcohólicos beben porque quieren» es contraria al modelo del alcoholismo como enfermedad. Si se considera la frase «el alcohólico bebe porque moralmente es una persona débil» se observa que el 89% del total de la población tiene esta actitud hacia los alcohólicos (Tabla 16). Por otra parte, se observa que la población en general siente simpatía por los alcohólicos rehabilitados. Esto lo demuestra un 97% de la población que afirma que «una persona que ha logrado rehabilitarse de un problema de alcoholismo merece mucho respeto». Sin embargo, el 45% está de acuerdo en que les daría vergüenza decirle a alguien que tiene un problema con el alcohol. Esto puede indicar que una gran parte de los entrevistados son conscientes de los estigmas sociales atribuidos a los alcohólicos.

## 5. DISCUSION

Como se ha señalado anteriormente, el objetivo de este trabajo es examinar los patrones de consumo de alcohol y los problemas relacionados con el mismo a la luz del contexto social en el cual se enmarcan. Se puede decir, atendiendo a los datos presentados, que el patrón más frecuente y que mejor define las pautas de consumo de al-

cohol en esta población es el de un consumo habitual de cantidades moderadas de alcohol. Los datos también muestran que el consumo de alcohol habitual excesivo es más frecuente entre los hombres que entre las mujeres.

El análisis de los patrones de consumo de alcohol según las variables sociodemográficas revela que los jóvenes de 18 a 29 años consumen alcohol de forma habitual y en cantidades excesivas, a diferencia de los individuos que son mayores, que beben menos. Se observa también que los patrones femeninos de consumo de alcohol cambian de un consumo de alcohol habitual moderado durante la juventud a la abstinencia en la edad madura. Por otra parte, la tendencia de cambio con la edad para los hombres va desde un consumo habitual de cantidades elevadas a unos niveles más moderados.

Atendiendo a los ingresos económicos y al nivel de educación, se aprecia que la distribución de los patrones de alcohol no sigue las tendencias observadas en otros estudios internacionales. Por ejemplo, los entrevistados con bajos ingresos no tienen tanta prevalencia de bebedores habituales excesivos como otros estudios han sugerido. Con respecto al nivel de educación, no se ha observado un ascenso en el consumo de alcohol con el aumento de niveles de educación, aunque la tendencia para las mujeres, en comparación a la de los hombres, refleja más semejanza con las tendencias internacionales antes mencionadas.

Por otro lado, la prevalencia de los problemas relacionados con el alcohol en la población total es, en general, baja. Este resultado se esperaba, ya que está de acuerdo con el patrón general de consumo habitual de cantidades moderadas. Sin embargo, existen dos grupos en particular que son la ex-

cepción a estos resultados: los bebedores habituales de cantidades excesivas y los jóvenes de 18 a 29 años de edad. En estos dos grupos la prevalencia de problemas es claramente más alta. Se recuerda que los bebedores habituales de cantidades excesivas están en gran parte representados por jóvenes de 18 a 29 años. Como los jóvenes parecen tener un patrón de consumo y prevalencia de problemas relacionados con el alcohol que no se ajusta a lo esperado dentro del marco teórico de Ullman y Blackman sobre el consumo integrado, en el que se prescribe el consumo moderado y se proscriben el consumo excesivo y la embriaguez, se estudió la edad de comienzo de consumo, así como el tipo de bebida con la que se comenzó a beber a fin de averiguar si existe algún cambio en estos patrones a través de las generaciones que podrían indicar cambios recientes en el modo de beber.

En la Tabla 17 se encuentra la edad de comienzo de consumo de alcohol según el grupo de edad de los entrevistados. Se puede observar claramente que la edad en la cual se inició el consumo de alcohol ha bajado entre los más jóvenes. Por ejemplo, el 50% de los bebedores de 18 a 29 años comenzó a beber antes de los 16 años, en comparación al 23% de los que ahora tienen 60 años o más. Igualmente, sólo el 7% de los jóvenes de 18 a 29 años no ha bebido nunca, en comparación con el 17% de los mayores de 60 años.

También se encuentran importantes diferencias generacionales en el tipo de bebida con la que comenzó el consumo de alcohol. En la Tabla 18 se observa que el 60% de los entrevistados que tenían 60 años o más en el día de la entrevista comenzaron su consumo de alcohol con el vino. En contraste, los jóvenes de 18 a 29 años comenzaron



su consumo de alcohol con la cerveza (59%).

Por último, en la Tabla 19 se encuentran los patrones de consumo de alcohol según la edad de comienzo de dicho consumo. En esta Tabla se observa que los individuos que comenzaron a beber antes de los 16 años se encuentran más frecuentemente entre los bebedores habituales de consumo elevado y entre los bebedores habituales excesivos, en comparación con los que comenzaron a beber a una edad más avanzada.

Estos últimos datos ofrecen una información valiosa para poder entender el por qué los jóvenes se desvían de las pautas generales de consumo habitual de cantidades moderadas y sin consecuencias sociales. La contestación puede estar en los cambios que se están produciendo en el consumo de alcohol en las generaciones más recientes. Los datos que demuestran un cambio hacia la bebida a edades más tempranas y a beber cerveza en vez de vino traen a la mente las escenas cotidianas de jóvenes bebiendo «litronas» de cerveza por las calles de Madrid. Parece ser que la tradición del consumo de

vino como parte de la alimentación o como acompañante de la comida va alejándose cada día más. También es importante observar que los que comienzan a beber más tempranamente se encuentran entre los grupos que tienen una elevada probabilidad de desarrollar problemas relacionados con el alcohol. Todo esto apoya la idea de que los jóvenes de 18 a 29 años son un grupo de riesgo especial.

Finalmente, puede preocupar la idea de que sean los jóvenes el grupo de especial riesgo, ya que en un futuro próximo estos jóvenes podrían implantar su modo de beber, y convertir el actual patrón de consumo de alcohol reinante en la Comunidad de Madrid, consumo habitual pero de cantidades moderadas, en un patrón habitual de consumo excesivo. Sin embargo, esto no tiene por qué ser así. Es posible que este grupo de jóvenes, al asumir los papeles o roles de los adultos adquieran igualmente las pautas de consumo de éstos. Por todo esto es de especial importancia la necesidad de estudiar prospectivamente los patrones de consumo de alcohol a través del tiempo. Únicamente así se podrá determinar la permanencia o no de este patrón de consumo.

50

#### BIBLIOGRAFIA

1. POZANSKI, A. Our drinking heritage. En: MCCARTHY, R. G. (Ed.). *Drinking and intoxication*. Nueva Jersey, College University Press. 1949; 42-3.
2. BACON, M. Cross-cultural studies of drinking. En: FOX, R.; BOURNE, P. (Ed.). *Alcoholism: Progress in research and treatment*. Nueva York, Academic Press 1973; 171-94.
3. HORTON, D. Primitive Societies. En: MCCARTHY R. G. (Ed.). *Drinking and intoxication*. Nueva Jersey, College University Press 1959; 241-62.
4. BACON, M. Cross-cultural studies of drinking. En: FOX, R.; BOURNE, P. (Ed.). *Alcoholism: Progress in research and treatment*. Nueva York, Academic Press 1973; 172.
5. FRANKEL, G.; WHITEHEAD, P. Drinking and damage. En: *Theoretical advances and implications for prevention*. Nueva Jersey, Rutgers Center for Alcohol Studies 1981; 33.
6. CAHALAN, D. et al. Alcohol problems and their prevention: Public attitudes in California. En: ROIZEN, R.; SHEFFIELD, S. (Ed.) *The prevention of alcohol problems-Report of a Conference*. California, Office of Alcoholism, Health and Welfare Agency 1974; 354-403.
7. WALSH, D. *Alcohol related medicosocial problems and their prevention*. Public Health in Europe. N.º 17. Ginebra, OMS 1982; 28.
8. WALSH, D. *Alcohol related medicosocial problems and their prevention*. Public Health in Europe. N.º 17. Ginebra, OMS 1982; 21-34.
9. ALCOHOL, DRUG ABUSE AND MENTAL HEALTH ADMINISTRATION. *Alcohol and Health*. Washington, DC. U. S. Department of Health and Human Services 1983.
10. CLARK, W.; MIDANIK, L. Alcohol use and alcohol problems among U. S. adults: Results of the 1979 national survey. En: *Alcohol consumption and related problems*. Alcohol and Health, Monografía n.º 1. Washington DC, U. S. Government Printing Office. Department of Health and Human Services. (ADM) 82-1.190, 1982: 3-52.

**Tabla 1. Patrones de consumo de alcohol (en porcentajes) (n = 3.500).**

Cantidad \ Frecuencia	Moderado (Menos de 5 copas)	Elevado (5 copas o más al menos 1 vez al año)	Excesivo (5 copas o más al menos una vez a la semana)
<b>HABITUAL</b> (Al menos 1 vez a la semana)	BEBEDOR HABITUAL MODERADO CONSUMO 43%	BEBEDOR HABITUAL ELEVADO CONSUMO 12%	BEBEDOR HABITUAL EXCESIVO 9%
<b>OCASIONAL</b> (Al menos 1 vez al mes)	BEBEDOR OCASIONAL MODERADO CONSUMO 14%	BEBEDOR OCASIONAL ELEVADO CONSUMO 1%	
<b>ESPORADICO</b> (Al menos 1 vez al año)	BEBEDOR ESPORADICO MODERADO CONSUMO 11%	BEBEDOR ESPORADICO ELEVADO CONSUMO 0%	
<b>NO BEBEDOR</b> (Menos de una vez al año)	ABSTEMIOS 11%		

(Se toma como «copa» la cantidad aproximada de 9 gramos de alcohol absoluto).

51

**Tabla 2. Patrones de consumo de alcohol por sexo (en porcentajes) (n = 3.500).**

Cantidad \ Frecuencia	Moderado (Menos de 5 copas)	Elevado (5 copas o más al menos 1 vez al año)	Excesivo (5 copas o más al menos una vez a la semana)
<b>HABITUAL</b> (Al menos 1 vez a la semana)	BEBEDOR HABITUAL MODERADO CONSUMO Hombres 46% Mujeres 41%	BEBEDOR HABITUAL ELEVADO CONSUMO Hombres 18% Mujeres 6%	BEBEDOR HABITUAL EXCESIVO Hombres 16% Mujeres 3%
<b>OCASIONAL</b> (Al menos 1 vez al mes)	BEBEDOR OCASIONAL MODERADO CONSUMO Hombres 8% Mujeres 19%	BEBEDOR OCASIONAL ELEVADO CONSUMO Hombres 0.5% Mujeres 0.7%	
<b>ESPORADICO</b> (Al menos 1 vez al año)	BEBEDOR ESPORADICO MODERADO CONSUMO Hombres 8% Mujeres 13%	BEBEDOR ESPORADICO ELEVADO CONSUMO Hombres 0% Mujeres 0%	
<b>NO BEBEDOR</b> (Menos de una vez al año)	ABSTEMIOS Hombres 4% Mujeres 17%		

**Tabla 3. Patrones de consumo de alcohol por edad y sexo (en porcentajes).**

Varones					
Patrones de consumo \ Edad	18-29 (n = 440)	30-39 (n = 321)	40-49 (n = 290)	50-59 (n = 278)	60 + (n = 308)
Abstemios .....	4	2	3	6	5
Bebedores esporádicos moderado consumo .....	2	4	6	14	15
Bebedores ocasionales moderado consumo .....	6	6	10	9	12
Bebedores habituales moderado consumo .....	33	49	51	50	53
Bebedores habituales elevado consumo .....	30	20	15	13	6
Bebedores habituales excesivos .....	24	19	15	9	10
Total .....	100	100	100	100	100

52

Mujeres					
Patrones de consumo \ Edad	18-29 (n = 499)	30-39 (n = 398)	40-49 (n = 326)	50-59 (n = 274)	60 + (n = 364)
Abstemios .....	10	12	15	17	35
Bebedores esporádicos moderado consumo .....	7	8	12	21	25
Bebedores ocasionales moderado consumo .....	19	22	18	24	13
Bebedores habituales moderado consumo .....	42	49	48	35	26
Bebedores habituales elevado consumo .....	15	6	4	2	1
Bebedores habituales excesivos .....	6	3	2	1	*
Total .....	100	100	100	100	100

**Tabla 4. Patrones de consumo de alcohol según ingresos económicos (en porcentajes).**

Patrones de consumo \ Nivel de ingresos	Bajo (n = 1.000)	Moderado (n = 1.528)	Alto (n = 681)	No respuesta (n = 291)
Abstemios .....	17	9	6	13
Bebedores esporádicos moderado consumo .....	17	8	7	12
Bebedores ocasionales moderado consumo .....	14	14	13	13
Bebedores habituales moderado consumo .....	37	44	48	45
Bebedores habituales elevado consumo .....	7	14	15	9
Bebedores habituales excesivos .....	7	10	11	7
Total .....	100	100	100	100

**Tabla 5. Patrones de consumo de alcohol según situación ocupacional (en porcentajes).**

Varones				
Situación ocupacional / Patrones de consumo	Activos (n = 956)	Desempleados (n = 188)	Jóvenes/estudiantes (n = 159)	Jubilados (n = 314)
Abstemios .....	4	2	4	4
Bebedores esporádicos moderado consumo .....	5	9	4	17
Bebedores ocasionales moderado consumo .....	8	5	9	12
Bebedores habituales moderado consumo .....	48	42	29	51
Bebedores habituales elevado consumo .....	20	16	30	6
Bebedores habituales excesivos .....	15	24	24	10
Total .....	100	100	100	100

54

Mujeres					
Situación ocupacional / Patrones de consumo	Activos (n = 358)	Desempleados (n = 79)	Jóvenes/estudiantes (n = 158)	Jubilados (n = 150)	Amas de casa (n = 1.087)
Abstemios .....	9	6	11	29	20
Bebedores esporádicos moderado consumo .....	9	7	6	24	15
Bebedores ocasionales moderado consumo .....	19	22	16	19	20
Bebedores habituales moderado consumo .....	48	38	35	26	41
Bebedores habituales elevado consumo .....	10	16	21	2	3
Bebedores habituales excesivos .....	4	9	9	0	1
Total .....	100	100	100	100	100

**Tabla 6. Patrones de consumo de alcohol según nivel educativo (en porcentajes).**

Varones					
Patrones de consumo \ Nivel educativo	Sin estudios (n = 280)	Estudios primarios (n = 482)	Bachiller elemental (n = 244)	Bachiller superior (n = 277)	Universitarios (n = 355)
Abstemios .....	5	3	5	4	5
Bebedores esporádicos moderado consumo .....	14	9	5	4	5
Bebedores ocasionales moderado consumo .....	7	10	6	5	12
Bebedores habituales moderado consumo .....	52	49	41	41	44
Bebedores habituales elevado consumo .....	10	13	24	27	18
Bebedores habituales excesivos .....	12	15	18	19	16
Total .....	100	100	100	100	100

55

Mujeres					
Patrones de consumo \ Nivel educativo	Sin estudios (n = 462)	Estudios primarios (n = 583)	Bachiller elemental (n = 314)	Bachiller superior (n = 250)	Universitarios (n = 254)
Abstemios .....	26	19	13	11	9
Bebedores esporádicos moderado consumo .....	21	15	6	9	11
Bebedores ocasionales moderado consumo .....	18	20	20	18	19
Bebedores habituales moderado consumo .....	33	40	48	47	40
Bebedores habituales elevado consumo .....	1	3	10	11	14
Bebedores habituales excesivos .....	1	3	3	3	6
Total .....	100	100	100	100	100

**Tabla 7. Patrones de consumo de alcohol según nivel de urbanización de la residencia (en porcentajes).**

Varones		
Patrones de consumo \ Nivel de urbanización	> 50.000 habitantes (n = 1.459)	< 50.000 habitantes (n = 179)
Abstemios .....	4	4
Bebedores esporádicos moderado consumo .....	7	10
Bebedores ocasionales moderado consumo .....	9	8
Bebedores habituales moderado consumo .....	45	50
Bebedores habituales elevado consumo .....	18	13
Bebedores habituales excesivos .....	16	15
Total .....	100	100

56

Mujeres		
Patrones de consumo \ Nivel de urbanización	> 50.000 habitantes (n = 1.677)	< 50.000 habitantes (n = 183)
Abstemios .....	17	21
Bebedores esporádicos moderado consumo .....	14	9
Bebedores ocasionales moderado consumo .....	19	20
Bebedores habituales moderado consumo .....	40	46
Bebedores habituales elevado consumo .....	7	3
Bebedores habituales excesivos .....	3	1
Total .....	100	100

**Tabla 8. Patrones de consumo de alcohol según nivel de urbanización de la residencia antes de los 16 años (en porcentajes).**

Varones		
Patrones de consumo \ Nivel de urbanización	> 50.000 habitantes (n = 975)	< 50.000 habitantes (n = 622)
	Abstemios .....	4
Bebedores esporádicos moderado consumo .....	7	8
Bebedores ocasionales moderado consumo .....	8	10
Bebedores habituales moderado consumo .....	45	48
Bebedores habituales elevado consumo .....	19	16
Bebedores habituales excesivos .....	17	14
Total .....	100	100

57

Mujeres		
Patrones de consumo \ Nivel de urbanización	> 50.000 habitantes (n = 1.086)	< 50.000 habitantes (n = 725)
	Abstemios .....	14
Bebedores esporádicos moderado consumo .....	12	16
Bebedores ocasionales moderado consumo .....	20	21
Bebedores habituales moderado consumo .....	43	35
Bebedores habituales elevado consumo .....	8	4
Bebedores habituales excesivos .....	3	1
Total .....	100	100



**Tabla 9. Distribución de problemas relacionados con el alcohol por sexo (porcentajes ponderados).**

Escala de problemas de alcohol	Sexo	
	Varones (n = 1.638)	Mujeres (n = 1.862)
1. Necesidad imperante de tomar alcohol .....	6	1
2. Deterioro en el control del consumo de alcohol .....	4	1
3. Síndrome de abstinencia .....	3	*
4. Escala de dependencia de alcohol .....	8	1
5. Conducta característica por consumo de alcohol .....	9	2
6. Conducta violenta por consumo de alcohol .....	1	*
7. Problemas con la policía a causa del alcohol .....	*	0
8. Accidente debido al consumo de alcohol ..	*	*
9. Pérdida de control bebiendo .....	5	1
10. Problemas de salud .....	7	1
11. Problemas laborales .....	1	*

\* Menos de 0,5%.

58

**Tabla 10. Distribución de problemas relacionados con el alcohol según la edad (porcentajes ponderados).**

Escala de problemas de alcohol	N	Grupos de edad				
		18-29	30-39	40-49	50-59	60 o más
1. Necesidad imperante de tomar alcohol .....	111	68	15	8	2	6
2. Deterioro en el control del consumo de alcohol .....	71	65	20	10	3	3
3. Síndrome de abstinencia .....	50	56	18	20	0	6
4. Escala de dependencia del alcohol .....	160	63	19	12	2	4
5. Conducta característica por consumo de alcohol .....	168	67	17	9	2	4
6. Conducta violenta por consumo de alcohol .....	25	84	*	16	0	0
7. Problemas con la policía a causa del alcohol .....	8	—	—	—	—	—
8. Accidente debido al consumo de alcohol .....	9	—	—	—	—	—
9. Pérdida de control bebiendo .....	103	62	20	7	3	8
10. Problemas de salud .....	128	49	15	20	3	14
11. Problemas laborales .....	15	57	14	29	0	0

\* Menos de 0,5%.

**Tabla 11. Prevalencia de problemas relacionados con el alcohol según los patrones de consumo (porcentajes ponderados).**

Escala de problemas de alcohol	Patrones de consumo					
	Bebedores esporádicos consumo moderado	Bebedores ocasionales consumo moderado	Bebedores ocasionales consumo elevado	Bebedores habituales consumo moderado	Bebedores habituales consumo elevado	Bebedores habituales excesivos
	(n = 373)	(n = 491)	(n = 21)	(n = 1.504)	(n = 409)	(n = 311)
1. Necesidad imperante de tomar alcohol	*	0	19	1	8	20
2. Deterioro en el control de consumo de alcohol .....	*	*	5	*	5	14
3. Síndrome de abstinencia .....	*	0	10	*	2	12
4. Escala de dependencia del alcohol .....	*	1	24	*	11	29
5. Conducta característica por consumo de alcohol .....	*	0	33	1	13	29
6. Conducta violenta por consumo de alcohol .....	*	0	5	0	2	5
7. Problemas con la policía a causa del alcohol .....	*	0	0	0	*	2
8. Accidente debido al consumo de alcohol	*	0	0	0	1	1
9. Pérdida de control bebiendo .....	*	*	10	1	8	19
10. Problemas de salud .....	2	1	29	1	7	22
11. Problemas laborales .....	0	*	0	0	0	4

\* Prevalencia menor de 0,5%.

59

**Tabla 12. Distribución de problemas relacionados con el alcohol según los patrones de consumo (porcentajes ponderados).**

Escala de problemas de alcohol	N	Patrones de consumo					
		Bebedores esporádicos consumo moderado	Bebedores ocasionales consumo moderado	Bebedores ocasionales consumo elevado	Bebedores habituales consumo moderado	Bebedores habituales consumo elevado	Bebedores habituales excesivos
1. Necesidad imperante de tomar alcohol .....	111	1	0	4	8	31	56
2. Deterioro en el control de consumo de alcohol .....	71	1	1	1	7	28	63
3. Síndrome de abstinencia .....	50	2	0	4	4	16	76
4. Escala de dependencia del alcohol .....	160	1	2	3	9	29	57
5. Conducta característica por consumo de alcohol .....	168	1	0	4	10	33	53
6. Conducta violenta por consumo de alcohol .....	25	4	0	4	0	28	64
7. Problemas con la policía a causa del alcohol .....	8	—	—	—	—	—	—
8. Accidente debido al consumo de alcohol .....	9	—	—	—	—	—	—
9. Pérdida de control bebiendo .....	103	1	1	2	9	30	58
10. Problemas de salud .....	128	5	4	5	13	21	52
11. Problemas laborales .....	15	0	13	0	0	0	87

**Tabla 13. Actitudes hacia el consumo de alcohol según el sexo (porcentajes ponderados).**

Actitudes hacia el consumo de alcohol		Sexo		
		Hombres (n = 1.638)	Mujeres (n = 1.862)	Total (n = 3.500)
1. Tomarse una «copita» es una de las cosas más agradables de la vida.	Acuerdo	41	29	34
	Desacuerdo	59	71	66
2. Tomarse una «copita» con un amigo es una manera de expresar amistad	Acuerdo	58	42	50
	Desacuerdo	42	58	50
3. La bebida es una de las causas fundamentales que inclina a que la gente haga cosas que no debe hacer.	Acuerdo	88	91	90
	Desacuerdo	12	9	10
4. La bebida saca las peores cualidades de las personas.	Acuerdo	67	77	72
	Desacuerdo	33	23	28

**Tabla 14. Actitudes hacia la embriaguez según el sexo (porcentajes ponderados).**

Actitudes hacia la embriaguez		Sexo		
		Hombres (n = 1.638)	Mujeres (n = 1.862)	Total (n = 3.500)
1. Cuando una persona se emborracha puede ponerse muy graciosa.	Acuerdo	46	36	41
	Desacuerdo	54	64	59
2. A algunas personas les sienta bien emborracharse de vez en cuando.	Acuerdo	16	10	13
	Desacuerdo	84	90	87
3. Es desagradable ver una persona borracha.	Acuerdo	90	95	93
	Desacuerdo	10	5	7
4. Una persona que está a menudo borracha debe de ser castigada por la ley.	Acuerdo	22	24	23
	Desacuerdo	78	76	77
5. Me sentiría avergonzado si alguien de mi familia se emborrachara.	Acuerdo	53	60	56
	Desacuerdo	47	40	44

**Tabla 15. Actitudes hacia el alcoholismo como enfermedad según el sexo (porcentajes ponderados).**

Alcoholismo como enfermedad		Sexo		
		Hombres (n = 1.638)	Mujeres (n = 1.862)	Total (n = 3.500)
1. Cualquier persona que bebe puede convertirse en un alcohólico.	Acuerdo	69	77	73
	Desacuerdo	31	23	27
2. El alcoholismo es una enfermedad.	Acuerdo	94	96	95
	Desacuerdo	6	4	5
3. Para poder recuperarse una persona alcohólica tendría que dejar de beber el resto de su vida.	Acuerdo	77	86	82
	Desacuerdo	23	14	18
4. Muchos alcohólicos logran disminuir la cantidad de bebida que beben y pueden volver a controlar el consumo.	Acuerdo	54	51	52
	Desacuerdo	46	49	48
5. La mayor parte de los alcohólicos beben porque quieren.	Acuerdo	39	47	43
	Desacuerdo	61	53	57

**Tabla 16. Actitudes hacia los alcohólicos según el sexo (porcentajes ponderados).**

Actitudes hacia los alcohólicos		Sexo		
		Hombres (n = 1.638)	Mujeres (n = 1.862)	Total (n = 3.500)
1. Si yo tuviese algún problema de alcoholismo me daría vergüenza contárselo a alguien.	Acuerdo	41	48	45
	Desacuerdo	59	52	55
2. El alcohólico es una persona moralmente débil.	Acuerdo	88	90	89
	Desacuerdo	12	10	11
3. Una persona que ha logrado rehabilitarse de un problema de alcoholismo merece mucho respeto.	Acuerdo	97	98	97
	Desacuerdo	3	2	3

**Tabla 17. Edad de comienzo de consumo de alcohol por edad (porcentajes ponderados).**

Edad de los entrevistados (años)	Edad de comienzo (años)				
	18-29 (n = 940)	30-39 (n = 720)	40-49 (n = 616)	50-59 (n = 553)	60 + (n = 672)
Menos de 13 .....	8	4	4	4	6
14-16 .....	42	24	19	15	17
17-18 .....	31	37	30	27	17
19 + .....	10	24	35	41	35
Nunca ha bebido .....	7	8	8	9	17
NS/NC .....	2	3	4	4	8
Total .....	100	100	100	100	100

61

**Tabla 18. Tipo de bebida con la que comienza el consumo de alcohol por edad (porcentajes ponderados).**

Tipo de bebida	Edad (años)				
	18-29 (n = 940)	30-39 (n = 720)	40-49 (n = 616)	50-59 (n = 553)	60 + (n = 672)
Vino .....	17	34	41	54	60
Vinos-aperitivos .....	4	5	6	8	6
Cerveza .....	59	46	40	28	14
Sidra/champán .....	3	2	3	2	3
Whisky/destilados .....	12	9	4	2	4
Nunca ha bebido .....	7	7	7	9	16
NS/NC .....	3	3	5	5	6
Total .....	105	106	106	108	109

**Tabla 19. Patrones de consumo de alcohol según la edad de comienzo de dicho consumo (porcentajes ponderados).**

Patrones de consumo	Edad de comienzo (años)				
	Menos de 13 (n = 184)	14-16 (n = 884)	17-18 (n = 997)	19 + (n = 945)	NS/NC (n = 147)
Abstemios .....	5	1	2	3	16
Bebedores esporádicos de moderado consumo .....	8	9	8	16	22
Bebedores ocasionales de moderado consumo .....	11	12	17	19	17
Bebedores habituales de moderado consumo .....	46	49	52	48	36
Bebedores habituales de elevado consumo .....	13	17	12	7	7
Bebedores habituales excesivos .....	16	11	9	6	1
Total .....	100	100	100	100	100

Xavier Ferrer, Miquel Sánchez\*

# La formación de profesionales en materia de drogodependencias

## RESUMEN

*Los autores revisan la evolución y la situación actual de la formación de los profesionales en materia de drogodependencias en España y en otros países, las razones que apoyan la necesidad de tal formación y el tipo de profesionales que la precisan. Se analizan los problemas que dificultan la formación, los objetivos que ésta debe perseguir, sus posibles modalidades y contenidos, así como la relación entre aprendizaje teórico y práctico. Se constata la diversidad de instituciones implicadas en la formación, así como las necesidades de profesorado, evaluación y acreditación de los cursos formativos, y se discute la necesidad de una especialización en drogodependencias legalmente reconocida.*

## SUMMARY

### *The training of professionals in drug dependency matters*

63

*The authors revise, the evolution and present situation of the training of professionals in drug dependency matters in Spain and other countries; the reasons which support the need for such training, and the type of professionals that require it. They analyse the problems that hinder the training, objectives it should seek, its possible modes and contents, as well as the relationship between theoretical and practical learning. They establish the diversity of the institutions involved in the training, as well as the professorate needs, evaluation and accreditation of the training courses, and they debate the need for a legally acknowledged specialisation in drug dependencies.*

**E**N este artículo hemos pretendido analizar las necesidades formativas de los profesionales llamados a intervenir en la atención de las toxicomanías o en su prevención. Para ello ha sido necesario revisar un cierto número de experiencias, tanto en España como en otros países. Del análisis de las necesidades y su comparación con los diferentes modelos de formación revisados, se deducen finalmente una serie de propuestas tenden-

tes, a nuestro entender, a mejorar hasta un nivel óptimo la actual formación que reciben los profesionales en nuestro país.

## NECESIDAD DE UNA FORMACION SOBRE DROGAS

Puede parecer innecesario en este contexto responder a la pregunta: ¿es necesaria una formación en drogodependencias? Sin embargo, creemos útil revisar los argumentos que apoyan una respuesta afirmativa a tal interrogante.

En primer lugar, recalcaremos una

(\*) Correspondencia: Universidad de Barcelona. Dpto. de Psiquiatría y Psicobiología Clínica. Master de especialización en drogodependencias. C/ Adolfo Florensa, s/n. 08028 Barcelona.

vez más la importancia del problema y la dimensión epidémica que éste ha asumido. Sólo en España, son ya millones los ciudadanos afectados directa o indirectamente; la mortalidad a causa de la dependencia tabáquica puede cifrarse en varias decenas de miles de españoles al año; la derivada del consumo excesivo de alcohol, en varios miles, y la ocasionada por abuso de heroína, en más de un centenar. A ello deben añadirse, sin duda, el resto de secuelas que se derivan, tales como la morbilidad, malestar social, delincuencia, costes económicos para la colectividad, etc.

Frente a un problema tan ingente, la formación de los profesionales para enfrentarlo, tanto en lo que se refiere a la prevención como al tratamiento, resulta en general muy escasa; quizá ello puede explicarlo lo reciente (históricamente hablando) de la eclosión del consumo masivo de drogas no institucionalizadas, así como la también reciente conciencia social del daño que producen nuestras «drogas de cada día». Esta escasa formación de los profesionales puede llevar a una intervención excesivamente tardía en el caso de muchas de las drogodependencias. Sabido es que hasta hace poco, y aún en nuestros días, un dependiente del alcohol o la nicotina puede recibir únicamente atención para los trastornos hepáticos o pulmonares derivados de su respectiva dependencia, sin que ésta —núcleo de la aparición del trastorno de salud posterior y probable causa de su reaparición próxima— sea abordada en absoluto. Se ha señalado también la escasa capacitación de algunos profesionales para detectar los casos de dependencia que se les presentan; así, en un estudio de REID y otros (1) se halló que los médicos generales identificaban correctamente sólo al 27,5% de los bebedores de alto

riesgo. Por supuesto, esa identificación no implicaba una actuación correcta posterior. Ello resulta especialmente preocupante, por cuanto la creciente prevalencia de los trastornos por uso de alcohol y otras drogas hace extremadamente probable que profesionales de la salud, la educación o el derecho encuentren tales problemas en su práctica diaria. GOOS (2) cita un estudio realizado en el Reino Unido en el que se estimó que entre los 2.500 pacientes de un médico de familia había generalmente de 25 a 45 dependientes del alcohol, de los cuales sólo dos a siete eran conocidos por el facultativo (WILKINS, 1976) (3); sin duda, estas cifras serían muy superiores en nuestro medio. En nuestra práctica, hemos hallado asimismo que los profesionales de la salud en España se hallan sumamente desorientados sobre la respuesta más correcta a dar ante los usuarios de drogas no institucionalizadas que exigen la prescripción de opiáceos u otras sustancias psicoactivas (especialmente determinadas anfetaminas y benzodiazepinas).

Los profesionales de la educación, por otro lado, se hallan en una posición privilegiada para contribuir a la prevención del abuso de drogas, pero se hallan asimismo desorientados acerca de las medidas que puedan resultar eficaces para ello. Tal desorientación aumenta cuando se trata de enfrentarse a casos del consumo de drogas no institucionalizadas por parte de algunos de sus alumnos.

Las actitudes negativas ante los dependientes de drogas, que a menudo no son vistos como enfermos por los profesionales, el propio consumo de drogas legales y en ocasiones ilegales por parte de éstos, además de otros factores, han condicionado a menudo una actitud de abstencionismo en la in-

tervención con este tipo especialmente difícil de pacientes (2); ello ha facilitado la irrupción en este campo de una serie de paraprofesionales (ex-drogadictos actuando como terapeutas, alcohólicos anónimos, etc.) que postulaban el único requisito de una sintonía personal con los afectados para proceder a su rehabilitación. Han proliferado sectas y mesías variados, aunque como señala SPRINGER (4), a estas alturas resulta ya evidente que la mera experiencia personal no es suficiente para resolver un problema de tal magnitud, que requiere la posesión de técnicas específicas y un entrenamiento prolongado. Las actitudes negativas y la implicación personal en el consumo por parte de los profesionales a la que nos venimos refiriendo, pueden también observarse en el hecho de que se conceda gran importancia a ciertos problemas sociopatológicos (como en el caso del SIDA), con respecto a otros problemas más antiguos e importantes, que a menudo son preteridos (VIEFHUES, 1987) (5).

Ante la situación que venimos refiriendo, los profesionales motivados por el tema de las toxicomanías han debido recurrir al principio a una formación autodidacta fundada a menudo en la mera experiencia clínica, lo que ha conducido a la creación de diversas escuelas y subescuelas que no comparten lenguajes ni postulados, y entre las cuales la comunicación es difícil; creemos que el saber acumulado y estructurado hasta la fecha hace ya injustificable el proseguir esta dinámica autodidacta; de hecho, la necesidad sentida por los profesionales de agruparse para encontrar su identidad, romper el aislamiento impuesto por el trabajo en diferentes instituciones y satisfacer sus necesidades de información y de formación, ha estado en el origen de algunos programas de especialización en

drogodependencias como en el caso del Certificado en Toxicomanías de la Universidad de Montreal (6). La situación de la formación universitaria de base en el tema drogodependencias, no parece ser excesivamente halagüeña en ningún país. En un estudio realizado en 1984 en las Facultades de Medicina inglesas, se halló que la mayor parte de ellas impartían un total aproximado de cinco horas lectivas sobre alcoholismo en cinco años de carrera, lo que evidentemente está muy descompensado con respecto a la importancia del problema en la práctica clínica posterior de los médicos (PATON, 1986) (7).

La situación en las Facultades de Medicina españolas no es probablemente muy diferente, y así, AIZPIRI (8) afirmaba que sobre las drogas, tanto legales como ilegales, «en toda la carrera de Medicina puede que haya menos de 30 líneas».

En el otro caso que conocemos, el de las Facultades de Psicología, la situación no es probablemente mucho mejor; cabe estimar que en las diferentes asignaturas relacionadas con el tema (Psicopatología, Psicoterapia, Psicobiología, Modificación de Conducta, etc.) no se imparten generalmente más de 10 horas de formación específica sobre el tema de las drogodependencias, si bien numerosas técnicas de terapia grupal, familiar o individual que son objeto de enseñanza más detallada, pueden aplicarse en el caso de la terapia de las drogodependencias. En algunos casos se da una atención mayor, en el marco de ciertas asignaturas optativas, pero dependiendo del interés y la voluntad de determinados profesores. La conciencia de esta situación ha llevado a numerosos profesionales interesados a organizar, ya desde hace algunos años, una serie de cursos de reciclaje, seminarios, jornadas, etc., aspecto que revisaremos más adelante.



En los últimos tiempos las Instituciones públicas, han comenzado asimismo a sensibilizarse ante esta necesidad, en forma tal que los objetivos de formación están recogidos en el Plan Nacional sobre Drogas y, por ejemplo, en la Ley 20/85 aprobada por el Parlamento de Cataluña, en su artículo 13 se ordena explícitamente la promoción de la formación de los profesionales en materia de drogodependencias. De hecho, ya en 1980 el Ayuntamiento de Barcelona organizó unas «Jornadas para la unificación de criterios en la educación sobre las drogas», en el transcurso de las cuales se trató en profundidad la formación necesaria en la Universidad y la necesidad de una especialización posterior (FERRER, 1981) (10).

Esta situación de déficit en la formación universitaria de los profesionales ha sido asimismo origen de la puesta en marcha de numerosos cursos de formación por parte de Instituciones públicas y privadas, con contenidos y niveles de calidad muy diferentes, por lo cual parece necesario que la Universidad, en tanto que institución responsable ante la comunidad de la formación de profesionales, proceda a estructurar programas de capacitación, con una homologación de los *estándars* de formación necesarios para trabajar eficientemente en los aspectos preventivos y terapéuticos del abuso de drogas (SANCHEZ TURET, 1987) (9).

Otro punto de vista a tener en cuenta al planteamos el porqué de la formación, es el de los alumnos que la solicitan. Así, NADEAU y BOIVIN (1985) (11) hacen un análisis de las motivaciones de los alumnos matriculados en el Certificado de Toxicomanías de la Universidad de Montreal. Muchos son profesionales que intervienen en el campo de las toxicomanías, que desean per-

feccionarse, ampliar su base teórica y conocer prácticas diferentes a la suya; otros, especialmente profesionales de la salud que no trabajan de forma especializada en drogodependencias, intentan adquirir conocimientos que les ayuden a comprender y tratar mejor a sus pacientes; otros provienen de empresas o instituciones donde están en vías de elaboración Programas de Prevención o Ayuda a los empleados drogodependientes, donde la formación específica adquirida en el Certificado de Toxicomanías les permitiría constituirse en persona-recurso, haciéndose reconocer una competencia particular en su lugar de trabajo.

Lo mismo cabe decir de trabajadores del medio penitenciario, que pueden adquirir una formación que les capacite para enfrentarse mejor a las drogodependencias, tan prevalentes entre la población reclusa. Por último, algunos de los alumnos han sufrido personalmente una experiencia de dependencia de una sustancia psicoactiva, y poseyendo una motivación benévola que les impulsa a ayudar a otras personas en su anterior situación, buscan adquirir en esta formación especializada los elementos técnicos que deben completar a los vocacionales.

#### ¿QUIEN PRECISA UNA FORMACION ESPECIFICA SOBRE TOXICOMANIAS?

Una respuesta muy amplia y general a esta pregunta, pero no por ello menos cierta, sería que tal formación es necesaria a todos aquellos profesionales que pueden desempeñar acciones de prevención de las drogodependencias, atención a los afectados o investigación básica del problema. Tampoco conviene olvidar a los gerentes y administradores de programas, gestores políticos o sanitarios, etc., quienes a menudo poseen un importante poder de

decisión que no se ve acompañado de un enfoque del tema drogas más correcto que el de la población general, con quienes se comparten errores, estereotipos y una visión superficial del problema y su resolución. Ello nos sitúa, pues, en una amplísima perspectiva, en la que el número de profesionales necesitados de una formación en drogodependencias resulta muy extenso. Tales profesionales podrían ser divididos fundamentalmente en función de tres criterios: su área de intervención (la salud, los servicios sociales, el derecho, la educación, etc.), su nivel educativo y el nivel de dedicación/especialización que van a alcanzar en su trabajo en el área de las drogodependencias. A continuación desarrollaremos brevemente estos tres criterios.

En lo relativo al primer criterio arriba enunciado, el del *área de intervención*, podríamos distinguir entre:

- a) *Profesionales de la Salud*: este es el colectivo más frecuentemente citado como tributario de formación específica sobre drogas, existiendo un amplio consenso entre diversos autores en cuanto a quiénes son los profesionales encuadrables en este ámbito: médicos, especialmente psiquiatras, psicólogos, especialmente clínicos, diplomados en enfermería, farmacéuticos, auxiliares psiquiátricos y de farmacia son los profesionales mencionados (28, 10, 12).
- b) *Profesionales del Trabajo Social*: hemos hallado menos experiencias de formación de este tipo de profesionales, aun cuando parece indiscutible que su necesidad de formación no es menor que la de los profesionales de la Salud antes mencionados; en este gru-

po deberían encuadrarse los asistentes sociales, psicólogos sociales, educadores de calle, trabajadores familiares, monitores de grupos juveniles, etc.

- c) *Profesionales del Derecho y la Justicia*: este grupo es asimismo citado en algunas ocasiones (8, 9, 10, 13, 14). Los profesionales encuadrados en este grupo serían abogados, jueces, fiscales, policías nacionales y municipales, funcionarios de prisiones y centros de reforma de menores, etc.
- d) *Profesionales de la Educación*: este grupo ha sido objeto de mayor atención que los dos precedentes, existiendo numerosas experiencias y publicaciones que lo citan como sujeto de formación (9, 10, 14, 15, 16, etc.). De este colectivo formarían parte maestros, pedagogos, psicólogos escolares, educadores especializados, profesores de bachillerato y Formación Profesional, etc.
- e) *Investigadores*: menos a menudo son citados determinados profesionales, generalmente investigadores de Ciencias Básicas, en cuanto a su necesidad de una formación en drogodependencias que les capacite para una mayor profundización en este ámbito. A este grupo pertenecerían antropólogos, biólogos, sociólogos e historiadores (9, 10, 14).
- f) *Otros profesionales*: cabría situar aquí a los profesionales de las Ciencias de la Información (periodistas), ingenieros de Higiene y Seguridad en el Trabajo, sacerdotes y políticos, así como también a monitores ocupacionales, técnicos agrícolas o personal volun-

tario llamado a desarrollar tareas profesionales en la rehabilitación de drogodependientes, por ejemplo, en comunidades terapéuticas.

El segundo criterio al que antes nos referimos era el del nivel educativo. Al respecto cabe señalar que es preciso asegurar una adecuada educación sobre drogodependencias, tanto en la formación profesional (auxiliares psiquiátricos, auxiliares de clínica, etc.) como para los estudiantes universitarios de 1.º, 2.º y 3.º ciclo (doctorado o especialización). Aun posteriormente, se precisa una acción continuada de reciclaje y formación permanente. En algunos casos se exige a determinados profesionales varios años de experiencia previa en el trabajo generalista antes de acceder a cursos de especialización en drogodependencias (EDWARDS, 1985) (12). Por otro lado, en ocasiones se propugna una formación de postgrado conjunta o parcialmente conjunta para profesionales de grado superior y medio (8, 9, 10), mientras que en otros casos se insiste en la conveniencia de que tal formación sea diferenciada (17).

En lo que se refiere al último criterio antes enunciado, el del *nivel de dedicación o especialización*, FERRER (1981) (10) señalaba que debería distinguirse al respecto entre los profesionales que desean centrar su actividad en el tema, «están en primera línea», y aquellos que precisan de un cierto nivel de conocimientos, pero van a afrontar los problemas derivados de las farmacodependencias entre muchos otros de igual o mayor importancia; en consecuencia, divide a los profesionales que precisan formación en dos grupos, en función de que su dedicación a las toxicomanías sea a tiempo completo o parcial, lo que al interactuar con el Nivel Educativo al que antes nos refe-

riamos produce seis tipos de profesiones a formar. AIZPIRI (1984) (8) efectúa una clasificación similar, que etiqueta como de profesionales de nivel «Básico», «Básico Complementario» o «Complementario».

Generalmente, el primer grupo o nivel corresponde a profesionales que se dedicarán al tratamiento de la dependencia propiamente dicha o bien a la prevención del abuso de drogas. Entre ellos se hallarán determinados médicos, especialmente psiquiatras, psicólogos, diplomados en enfermería, asistentes sociales, farmacéuticos y educadores, así como profesionales auxiliares a dedicación completa en este campo. Estos profesionales precisarían de una auténtica especialización en el tema, asunto que abordaremos más adelante.

En el segundo grupo se hallarían por tanto el resto de los psicólogos, médicos, diplomados en enfermería, trabajadores sociales, etc., que no trabajen de forma centrada en la toxicomanía, pero en cuya labor cotidiana existe, como antes señalábamos, una alta probabilidad de entrar en contacto con drogodependientes. También cabría encuadrar en este punto a abogados, maestros, jueces, policías, periodistas, etc., es decir, personas que precisan de una formación básica en drogodependencias adaptada a una respectiva profesión, pero generalmente no de una especialización en sentido estricto.

Por último, y al margen de lo anteriormente expuesto, algunos autores, como SPRINGER (4), señalan que la formación en el campo concreto de los profesionales de la salud debe tener en cuenta no sólo las necesidades de las Instituciones especializadas, sino también la formación de aquellos profesionales que intervendrán en la práctica

privada, a los que pueden acudir muchos usuarios en busca de ayuda.

## OBJETIVOS DE LA FORMACION SOBRE DROGODEPENDENCIAS

En la revisión que hemos efectuado hallamos básicamente, por un lado, unos objetivos generales que son de aplicación común a la práctica totalidad de los profesionales que se pretende instruir, y, por otro, unos objetivos específicos de cada profesión o de diversos niveles de intervención, según éstos sean eminentemente prácticos o requieran de capacidad docente o investigadora.

En cuanto a los *objetivos generales*, hay consenso en que se debe ayudar a los educandos a adquirir una formación básica en materia de drogodependencias; así, en el caso del Certificado en Toxicomanías de la Universidad de Montreal (6) se pretende que los alumnos:

- comprendan el contexto social, político y económico en el que se inscribe el uso de sustancias psicoactivas;
- sean capaces de analizar el tema desde un punto de vista multifactorial;
- conozcan los diferentes modelos que permiten explicar las toxicomanías.

Otro objetivo general, comúnmente señalado, es el de capacitar a los educandos para el ejercicio práctico de su función profesional en relación con las drogodependencias (detección, diagnóstico, terapia, prevención, etc.), proporcionándoles para ello las habilidades necesarias.

Asimismo, se cita a menudo como objetivo el dar a conocer los recursos

disponibles en la comunidad y orientar para su correcta utilización. Es en cambio menos frecuente, aunque a nuestro entender no menos importante, pretender un cambio de actitudes y, en su caso, una modificación del consumo de determinadas drogas entre los profesionales en formación.

Por último, otros objetivos generales señalados en ocasiones son los de aumentar la receptividad y capacidad para un análisis crítico por parte de los alumnos, que debe permitirles adaptarse a las necesidades cambiantes y la de prepararles para el trabajo en equipo multidisciplinar (10, 12). Entre los *objetivos específicos* que se mencionan, es evidente que determinados profesionales deben poseer un nivel de metodología científica tal que les posibilite realizar investigaciones aplicadas y que, por tanto, permitan el progreso objetivo del que tan necesitado está este ámbito de intervención (10). Por otro lado, algunos programas señalan la necesidad de preparar a los alumnos para que sean capaces de diseñar y organizar recursos y programas de intervención terapéutica o preventiva (2). Por último, se señala también en ocasiones la necesidad de capacitar a los futuros profesionales para poder formar a otros profesionales y al público en general en lo relativo a las drogodependencias. Por otro lado, en lo que se refiere a los objetivos específicos en la formación de los médicos en este campo, podría ser su educación para la prescripción responsable de psicótopos y capacitarlos para manejar las presiones que pueden recibir por parte de usuarios de drogas no institucionalizadas para obtener los fármacos que desean.

Como puede observarse, los objetivos que hasta ahora hemos enumerado lo son con respecto a las necesidades de los alumnos de cursos de for-

mación en su futura práctica profesional. Sin embargo, cabe señalar aquí, de nuevo, que existen unos objetivos de la formación referidos al conjunto de instituciones y dispositivos sociales capaces de intervenir ante el problema de las drogodependencias, como pueden serlo la necesidad de acreditar ante la comunidad y ante posibles usuarios individuales de servicios de todo tipo, que un determinado profesional está en condiciones de entender y atender un problema de drogodependencias en forma especialmente cualificada.

#### PROBLEMAS QUE SE OPONEN AL CORRECTO DESARROLLO DE PROGRAMAS DE FORMACION

Existen diferentes problemas que dificultan la formación de los profesionales en drogodependencias, que a grandes trazos cabría tipificar como problemas institucionales, relativos al profesorado y al alumnado.

Los *problemas institucionales* difieren según nos hallemos dentro del campo de la Salud, la Educación u otros, pero en general hallamos programas de estudio sobrecargados, en ocasiones con materias y contenidos poco relevantes, pero en los que hay dificultad para introducir nuevos contenidos. Esto se agrava si se trata de modificar tales planes de estudio para introducir asignaturas específicas de toxicomanías, como en ocasiones se ha sugerido. A pesar de la más que probable demanda y buena acogida por parte de los alumnos, no hay que olvidar la serie de intereses corporativos que contribuyen a la rigidez de estos planes.

Por otro lado, algunas Facultades sufren graves problemas de masificación

que dificultan una correcta formación de sus alumnos, especialmente en el terreno de la práctica. Por último, las dificultades inter e intrainstitucionales para alcanzar acuerdos, compartir y distribuir competencias, así como la inexistencia de formas de financiación estables para las actividades de formación en drogodependencias dificultan en gran medida una correcta actuación en este campo.

En lo relativo al *profesorado*, se ha señalado que las actitudes hacia las drogas legales e ilegales, en ocasiones ambivalentes por parte del profesorado, desorientan a los alumnos, y que su propio consumo de determinadas sustancias los hace menos sensibles a la necesidad de educar sobre los aspectos relacionados con el consumo de drogas (15). Por otro lado, sucede a menudo que profesores bien cualificados desde el punto de vista pedagógico, carezcan de una experiencia práctica en el campo e, inversamente, que profesionales con una amplia práctica en drogodependencias carezcan de tal capacidad pedagógica.

En lo que respecta al *alumnado*, se han señalado asimismo los problemas actitudinales y de consumo de sustancias, por lo que no insistiremos en ello. Sí, en cambio, conviene señalar que la institucionalización insuficiente de la formación de postgrado dificulta a muchos el compaginar sus horarios de trabajo con los estudios y prácticas (NADEAU Y BOIVIN, 1985) (11). En nuestra propia experiencia hemos observado que estas dificultades se acrecientan en el caso de los alumnos que deben desplazarse desde distancias medias o largas, y que no disponen de becas u otros sistemas que garanticen una dedicación exclusiva o al menos suficiente a su formación.

## MODALIDADES DE FORMACION DE PROFESIONALES

Existen diferentes modalidades de formación, especialmente en función del tiempo de duración de los cursos y de su carácter uni o pluridisciplinar, así como de su ubicación en distintos contextos y su extensión en el tiempo. Analizaremos con cierto detalle estos aspectos.

En primer lugar, en lo que respecta a la *duración total de la formación* media en *horas de clase o prácticas*, GOOS (2) las divide en *actividades menores* de formación, que pueden consistir en una o dos clases sobre el tema, y *actividades mayores* de formación, que pueden llegar a estar compuestas por un conjunto más o menos numeroso de clases (10, 20, 40, horas de formación). A nuestro entender, cabría añadir las actividades de especialización, que pueden alcanzar en algunos programas las 400, 700, o más horas de formación.

Las actividades «menores» antes citadas suelen corresponder a clases impartidas en determinadas asignaturas del *currículum* formativo, mientras que las actividades «mayores» pueden consistir en asignaturas específicas o seminarios sobre el tema (en el caso de estar insertos en el *currículum*) o bien en unos cursos o seminarios paralelos sin una validez en el *currículum* académico. GOOS (2) cita asimismo una encuesta llevada a cabo por la O.M.S. (Oficina Regional Europea) en nueve países, de la que se deduce cierta negligencia en la inclusión de los contenidos de toxicomanías en los programas de pregrado, así como que en la mayor parte de los casos tal formación se imparte sólo a nivel de postgrado. Existe un amplio consenso en la necesidad de un «profundo entrenamiento de postgrado» (4), para lo que en ocasiones se señala que podría resultar

útil reducir el tiempo de licenciatura, intensificando en cambio la formación de postgrado (5). No hay que olvidar, por ejemplo, que la mayor parte de contenidos sobre enfermedades tropicales, traumatología y tantas otras disciplinas resultarán casi totalmente inútiles para un médico que trabaje en drogodependencias. Probablemente, tal formación podría ser reducida a niveles básicos, aumentándose en cambio la cualificación en cada campo concreto mediante una cierta optatividad; ésta parece ser una tendencia europea general para distintas disciplinas (5).

En lo que se refiere a los cursos monográficos de postgrado, hallamos experiencias como el «Diploma in Addiction Behaviour» impartido en el Instituto de Psiquiatría de la Universidad de Londres, que comprende 200 horas teóricas, más un sistema de visitas a centros y una práctica de un curso en Instituciones Terapéuticas para Alcohólicos y otros Toxicómanos; también el Certificado de Toxicomanías de la Universidad de Montreal, que comprende 450 horas de formación teórica y 135 de práctica optativa, y el Master de Drogodependencias de la Universidad de Barcelona, que consta de 200 horas teóricas y un mínimo de 200 horas prácticas (aun cuando optativamente los alumnos pueden realizar un tiempo mayor, que actualmente está situado en un promedio cercano a las 800 horas/alumno de prácticas). Un seminario de especialización en toxicomanías desarrollado en la Universidad Complutense de Madrid constaba de 96 horas de formación, y algunos cursos intensivos organizados por gobiernos autónomos de Cataluña, el País Vasco, y la Sociedad Científica Sociodrogalcohol de 34-40 horas lectivas, que según el Programa presentado en los VII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol (AIZPIRI Y FREIXA, 1892) (18) debían ser

complementadas por seis meses de prácticas en una Unidad Terapéutica. Aunque este último programa no llegó a ser llevado a cabo en la forma prevista, al realizarse algunos cursos sin ser seguidos de tal período de prácticas, sí en cambio, posteriormente, el Centro Coordinador de las Drogodependencias (DAK) del Gobierno vasco, organizó un programa de formación en drogodependencias en el que los diversos profesionales de la salud admitidos podían realizar de dos a cuatro años de prácticas remuneradas en Instituciones públicas.

Dejando ya los cursos monográficos de especialización, y si nos fijamos ahora en los *cursos monográficos de reciclaje* para profesionales en ejercicio, observamos que éstos son generalmente organizados atendiendo a la profesión de los destinatarios; así, los Servicios de Prevención de las Drogodependencias del Área de Servicios Sociales, del Ayuntamiento de Barcelona, han organizado diversos cursos de reciclaje para educadores especializados, maestros, policías municipales, trabajadores sociales, etc. (13, 16). MENDOZA (15) sugería que en el caso de los *educadores*, este reciclaje debía ser realizado separadamente según el nivel educativo en el que tales profesionales trabajan (EGB, Formación Profesional, Bachillerato). Asimismo, distinguía entre los *cursos prolongados*, en los que, por ejemplo, 20 horas lectivas pudieran realizarse a lo largo de 10 semanas, y los *cursos intensivos* (en los que estas 20 horas pudieran realizarse en un fin de semana, o una o dos semanas). Este autor señala al respecto que los cursos prolongados ofrecen la posibilidad de que los alumnos obtengan una mejor y más profunda formación, al permitir la lectura paralela de bibliografías, la realización de trabajos individuales o en grupo, etc., en cam-

bio, los cursos intensivos serían deseables en los casos que se convenga posibilitar al máximo la asistencia de los educadores y los profesores encargados de su reciclaje (por ejemplo, si se trata de organizar un curso con educadores que trabajan en una comarca donde las distancias son grandes).

Si nos ocupamos ahora de la *interdisciplinariedad* de la formación, observamos que la práctica totalidad de las *actividades de especialización* que hemos citado revisten carácter pluridisciplinar. En el caso del Diploma en Conductas Adictivas de la Universidad de Londres, se señala que ésta ha sido concebida básicamente para personal médico, pero que otras profesiones con experiencia clínica son asimismo admitidas. Quizá la única excepción hallada al respecto es la de la Unión Soviética (20) donde la especialización en «Narcología» parece estar dirigida únicamente a los psiquiatras (desconocemos no obstante, el alcance de esta especialización en cuanto a horas lectivas, tiempo requerido, etc.). En segundo lugar, las *actividades menores de formación* a las que antes nos referimos suelen ser dirigidas únicamente a un determinado tipo de profesionales cuando se realizan en el contexto de la educación universitaria de 1.º y 2.º ciclo, mientras que suelen revestir carácter interdisciplinar cuando se realizan en el marco de la Formación Permanente.

En varias ocasiones, y especialmente en los cursos de mayor entidad, se combina una *formación común inicial* para todos los participantes con una posibilidad posterior de *profundización en aquellos temas más relacionados con la profesión y las motivaciones de cada cual* (6, 12, 14, 19).

A nuestro entender, la fórmula que combina una formación básica similar

para diversos profesionales con una posibilidad posterior de profundización es la más aconsejable, por cuanto tal aprendizaje conjunto colabora a conseguir varios de los objetivos básicos antes señalados (capacidad para analizar la problemática desde un punto de vista multifactorial, preparación para el trabajo en equipo, etc.).

Por último, y en lo que se refiere a modalidades de formación, señalemos que no deben olvidarse, en aras de una formación de patrones académicos, mecanismos tan importantes como las *Jornadas de encuentro* entre profesionales, los *Congresos*, la lectura de *revistas especializadas* o la *supervisión* de quienes comienzan por parte de profesionales más experimentados y preparados para ello (12).

#### CONTENIDOS DE LA FORMACION EN DROGODEPENDENCIAS

Sería muy largo y probablemente poco útil transcribir aquí un programa detallado de los contenidos que nos parecen necesarios para una correcta formación, especialmente teniendo en cuenta que tales contenidos serían diferentes en función del público al que se dirija el programa formativo. No obstante, sí parece conveniente mencionar que en el caso concreto de los Profesionales de la Salud casi todos los programas revisados coinciden ampliamente, con diferencias menores de terminología o compartimentación de los contenidos a transmitir. Como ejemplo, señalamos que en el Programa del «Master en Drogodependencias» de la Universidad de Barcelona (SANCHEZ, FERRER Y SALVADOR, 1986) (14) figuran:

- Aspectos históricos y culturales de las drogodependencias.
- Epidemiología.

- Factores etiológicos.
- Bases bioquímicas, Metabolismo, Farmacología y Patología derivada del consumo de las diversas sustancias.
- Efectos indirectos sobre los no consumidores y la sociedad en su conjunto.
- Diagnóstico y Evaluación Clínica.
- Desintoxicación, Deshabitación y Reinserción.
- Programas de mantenimiento con
- Técnicas y Recursos Terapéuticos.
- Evaluación de necesidades y prioridades.
- Prevención: aspectos generales.
- Medidas para el control de la oferta y la demanda.
- Métodos de detección y orientación precoz.
- Intervención comunitaria y desde los Servicios Sociales.
- Prevención en las Instituciones Educativas.
- Prevención en el Sistema Sanitario, en el marco de la Asistencia Primaria de Salud.
- Prevención en el lugar de trabajo.
- Prevención mediante los medios de comunicación.
- Evaluación de la eficacia y eficiencia de programas.
- Acogida y orientación de los drogodependientes y su familiares.
- Planificación de recursos y programas.
- Conocimientos de los recursos disponibles en la comunidad y de los planes de intervención institucionales.

(Todo ello referido a alcoholismo, tabaquismo, dependencia de medicamentos y de drogas no institucionalizadas.)

Algunas aportaciones originales al respecto son realizadas por BABAIAN Y LEPAKHIN (20), que recalcan la im-



portancia de entrenar a los psiquiatras-narcólogos en las técnicas analíticas para la detección de drogas en los humores orgánicos (tarea que en nuestro medio suele confiarse a especialistas en análisis clínicos), así como las aportaciones de SPRINGER (21), que insiste en la necesidad de que un terapeuta posea desarrolladas habilidades tales como la capacidad de introspección, de definir los límites de sus propias competencias o de comprender de una forma amplia la sociedad en la que vive. En la misma línea, AIZPIRI (8) señalaba la necesidad de tener en cuenta las condiciones de personalidad más adecuadas para ejercer en un campo poco gratificante, donde las tensiones e implicaciones personales ponen a prueba a menudo el equilibrio del profesional. Una última aportación original de interés en lo que se refiere a contenidos proviene del Diploma en Conductas Adictivas de la Universidad de Londres, donde se dedica una lección a la Adicción al Juego, problemática creciente en nuestro país y con interesantes similitudes con la dependencia de las drogas.

Resulta curioso constatar la coincidencia entre la práctica totalidad de los programas de formación universitaria en el *tratamiento conjunto* de los problemas del *alcoholismo*, *tabaquismo*, y *las otras drogodependencias*, así como en la importancia relativa concedida a las drogas institucionalizadas. Tal parece que este acuerdo científico y universitario penetra sólo lentamente en las instancias políticas, que prefieren mantener discursos separados según el *status* social de la sustancia. De hecho, dos tercios de los programas europeos de formación revisados por GOOS (2) se referían conjuntamente a todas las drogodependencias, mientras que el resto lo hacían básicamente sólo al alcoholismo.

Los programas formativos de mayor entidad suelen presentar a sus alumnos una visión amplia de los modelos terapéuticos y explicativos de las drogodependencias, pese a lo cual parece haber cierta identidad de criterios (por ejemplo, entre los programas de Montreal, Londres y Barcelona) (6, 12, 14) en primar los considerados «enfoques científicos fundamentales» (12), en detrimento de otras aproximaciones más especulativas.

Por último, señalemos el interés de aplicar a los alumnos de programas de formación *cuestionarios previos* acerca de sus conocimientos, actitudes, consumo de diversas sustancias o preocupaciones con respecto a su práctica futura, lo que puede resultar de gran utilidad para adaptar los contenidos de cada curso al nivel previo y características de la audiencia, deseos y motivaciones de la misma, etc. (13, 15, 16).

#### LA DIFÍCIL RELACION ENTRE TEORIA Y PRACTICA

Si nos preguntamos cómo transmitir los contenidos señalados en el apartado anterior, la respuesta más lógica será que debe hacerse mediante una combinación de enseñanza teórica y práctica.

El riesgo principal de todo curso formativo es el de transmitir contenidos teóricos sin mostrar suficientemente cómo adaptarlos a la práctica profesional de cada cual, y ello suele constituir la queja más frecuente de los asistentes a diferentes tipos de seminarios y cursos de reciclaje.

En la encuesta realizada entre los alumnos del Certificado de Toxicomanías de Montreal (11), éstos solicitaban un mayor equilibrio entre la teoría y los

ejemplos de aplicación de la misma proporcionados en la clase, entre las clases magistrales y los talleres, así como en la utilización de diferentes instrumentos pedagógicos.

Parece aconsejable emplear en la formación una cierta variedad de métodos didácticos, no sólo por cuanto ello mejora la captación de contenidos teóricos, sino por cuanto supone una técnica más apropiada para entrenar a los profesionales en determinadas habilidades. Al mismo tiempo, les capacita para uno de los objetivos antes señalados, el de que ellos a su vez puedan formar a otros profesionales o a público diverso en el futuro. Sin embargo, las condiciones en las que se desarrolla la formación (locales, número de alumnos, etc.) no siempre permiten utilizar esta variedad deseable de métodos pedagógicos.

Como ejemplo, citemos los métodos didácticos que se proponían en uno de los programas formativos antes citado (FERRER, 1981) (10):

- Exposiciones del profesor seguidas de coloquio.
- Estudio de la bibliografía recomendada.
- Trabajos de investigación empírica o teórica.
- Análisis y discusión de temas de actualidad relacionados con la problemática.
- Prácticas simuladas.
- Observación de entrevistas o reportajes en vídeo.
- Prácticas reales (observación «in vivo» de la actuación de un profesional).
- Prácticas reales (actuación del alumno observado por un profesional).
- Prácticas reales (actuación del alumno supervisado periódicamente

por un profesional, pero sin la presencia de éste).

En algunos casos, las prácticas se prevén por un período de nueve meses (12) haciendo constar que la mitad de ellas deben ser destinadas al alcoholismo y el resto a las otras toxicomanías. Tales prácticas incluyen las sesiones clínicas y la presencia en las presentaciones de investigaciones realizadas en la Unidad (en el caso de Londres). En el caso del Master del Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica de la Universidad de Barcelona, se combina un sistema rotatorio, en el que todos los alumnos, independientemente de su profesión, ocupan un tiempo mínimo estimado como suficiente para conocer los diversos recursos de tratamiento y prevención (Comunidades Terapéuticas, Centros Ambulatorios, Talleres de Reinserción, Centros Antitabacismo, Prevención Escolar, Laboral, etc.), con un segundo año de estancia fija en un centro, asignado en lo posible según las demandas del alumno.

Con posterioridad a la formación especializada, SPRINGER (21) señala la utilidad de disponer de una supervisión, ya sea individualizada o en el seno de los conocidos como «grupos de BALINT».

#### ¿QUIEN DEBE FORMAR A LOS PROFESIONALES?

La revisión de la literatura efectuada, unida a nuestra experiencia previa en el campo, nos ofrecen un variadísimo panorama de instituciones de todo tipo que desarrollan tareas de formación de profesionales para su intervención en la problemática de las toxicomanías. Entre estas instituciones destacaremos:

1. *Las Universidades:* Escuelas, Facultades, Departamentos, como en los casos de Montreal, Barcelona o Madrid (6, 14, 19), destacando la originalidad del caso de Montreal, donde el Certificado de Toxicomanías se enmarca en el seno de una Facultad específica concebida para la educación permanente; los Institutos dependientes de esas mismas Universidades, como el Instituto de Psiquiatría de la Universidad de Londres (12), los Institutos de Formación Médica Avanzada en la Unión Soviética (20) o los Institutos de Ciencias de la Educación que forman a los maestros en educación sobre las drogas en nuestro país (15).
2. *Instituciones y empresas que emplean a profesionales en ejercicio.* Tal es el caso de los cursos de formación y reciclaje de maestros potenciados desde el Ministerio de Educación, la Consejería de Enseñanza de la Generalidad de Cataluña o desde sus respectivos centros docentes. Lo mismo cabría decir con respecto a la formación de profesionales clínicos facilitado u organizado por sus instituciones (Instituto Nacional de la Salud, Hospitales, Centro de Estudios del Departamento de Justicia de la Generalidad, etc.).
3. *Instituciones privadas de formación.* Algunas instituciones privadas, dedicadas en ocasiones a la investigación y a la formación, en otros a la intervención en la problemática de drogodependencias, han organizado cursos y seminarios diversos, como en los casos de A.M.A.T. en Madrid o el Institut del Treball Social i Serveis Socials (INTRESS) y el Grupo IGIA en Barcelona.
4. *Sociedades científicas y Asociaciones profesionales.* Tal es el caso de los cursos y actividades organizados por la Sociedad Científica Española sobre el Alcoholismo y las otras drogodependencias (Socidrogalcohol), la Sociedad Española de Psicología, la Asociación de Maestros «Rosa Sensat» (por medio de sus Escuelas de Verano), etc.
5. *Los centros públicos especializados en la prevención y el tratamiento de drogodependencias.* Nos referimos aquí a cursos que no se dirigen hacia los propios trabajadores de tales instituciones, sino que tienen como objeto formar a otros profesionales en la materia. Numerosos Centros de Tratamiento, Hospitales y, especialmente, Servicios de Prevención han organizado cursos para educadores, personal voluntario, policías municipales, personal sanitario de Atención primaria, etc.
6. *Centros internacionales de formación.* Tal es el caso del Diploma en Conductas Adictivas de la Universidad de Londres, abierto a alumnado internacional. En la misma forma, resulta habitual en los cursos impartidos en España la asistencia de algunos alumnos de los países sudamericanos, aun cuando la enseñanza no se halla explícitamente programada para un público internacional.

Con referencia a este último apartado, EDWARDS (12) señala el interés de establecer centros regionales o internacionales de formación, que puedan ser utilizados por países que no posean inicialmente suficientes recursos. Ello debería ir acompañado de una *coordinación* entre los programas de formación locales, nacionales e internacionales.

En algunos casos se señala que las empresas o la Administración que de-

sean formar a sus cuadros pueden optar no por organizar cursos propios, sino por alentar y financiar la participación de sus trabajadores en cursos organizados por Universidades u otros centros. Así, NADEAU y BOIVIN (11) señalaban que los trabajadores del medio penitenciario eran pagados por acudir al curso y liberados de diversas tareas para poder profundizar mejor en su formación. Desgraciadamente, éste no es un mecanismo generalizado.

En algunos casos, como en los programas de especialización de Londres y Barcelona (12, 14) se ha creado un comité asesor, compuesto por profesionales relevantes de la Universidad y la práctica del campo de las drogodependencias, para aprobar el currículum del Programa de Formación, seleccionar a los estudiantes y calificar su rendimiento. Otra de sus funciones consistiría en la aprobación de los criterios de convalidación del Diploma para los profesionales que ya están ejerciendo en el momento de iniciarse los estudios formales de postgrado de esta disciplina.

Hasta ahora nos hemos referido al tipo de instituciones que pueden acoger la formación de profesionales en drogodependencias. Parece conveniente también reflexionar sobre *quiénes deben ser los profesores de tales estudios*.

En lo que respecta al número ideal de profesores, se han señalado dos alternativas (MENDOZA, 1981) (15): en primer lugar, el que un curso se realice entre un número muy reducido de profesores (dos o tres) intensamente coordinados entre sí. Se arguye que si el número de profesores es grande, la desorganización (con lagunas conceptuales, superposición en algunos temas, etc.) aumenta, existe un escaso contacto

personal con los alumnos, se tiende a realizar clases excesivamente magistrales y el trabajo en grupo con los alumnos resulta difícil. En nuestra opinión, ello se aplica especialmente a casos en que el número de alumnos es reducido, ya que un número elevado es causa de los mismos problemas, aún con un reducido número de profesores. Por lo demás, también cabe señalar que aumentando el número de profesores se puede elegir personas intensamente especializadas en temas concretos, lo que redundará en beneficio de la calidad de los contenidos a transmitir. En este caso, sería necesario para compensar en la medida de la posible los problemas justamente antes señalados, que alguien realice una función de coordinación y, en su caso, de tutoría de los alumnos.

Se ha señalado asimismo la conveniencia de que el profesorado sea multidisciplinar, incluyendo no sólo a profesionales, sino también alguna intervención realizada por ex-drogodependientes y alcohólicos rehabilitados. Las demandas de los alumnos al respecto son frecuentes, ya que parece que sienten especial interés por tener un contacto próximo con este aspecto humano del problema (15).

Por otro lado, resulta interesante combinar entre el profesorado a *docentes procedentes del mundo universitario* con otros procedentes de *hospitales, clínicas o servicios especializados* actuando como *profesores invitados* o a tiempo parcial (5). Parece evidente que los profesores deben conjugar, en la medida de lo posible, la experiencia en el tema con una formación teórica suficiente y una buena capacidad pedagógica y de comunicación con los alumnos. En la encuesta antes citada, realizada entre los alumnos de Montreal, se definía al «buen profesor»

como un buen conocedor de los recursos existentes en materia de toxicomanías, capaz de adaptarse tomando en consideración las críticas de los estudiantes, con capacidad de escucha, un buen conocimiento de las teorías sobre toxicomanías y una disciplina personal (puntualidad, cumplimiento del programa, etc.) que se interpreta como manifestación de respeto hacia los estudiantes (11). En el caso de Londres, cada alumno es atendido por un tutor (12), sistema difícil de generalizar, no obstante, con grupos numerosos.

En varios casos (10, 18), se hace referencia a la necesidad de una *evaluación permanente del profesorado*, que debe complementar a una no menos necesaria evaluación, por parte de los alumnos, del programa y la organización del curso.

#### EVALUACION, ACREDITACION Y CONVALIDACION

Parece existir consenso, por lo menos en lo que se refiere a los cursos de mayor importancia, en la necesidad de realizar una evaluación del aprendizaje de los alumnos como requisito para acceder al diploma final. Ello no es sin embargo frecuente en cursos de menor duración, en los que suele bastar la inscripción o la asistencia regular a las sesiones, sin que se exija demostrar un rendimiento concreto.

En el caso de una auténtica especialización, sin embargo, y dada la función de acreditación ante la sociedad que tendrá el diploma extendido en esos casos, nos parecía evidente que no podía entregarse el mismo sin un control real de la cualificación obtenida, tanto en lo teórico como en el desempeño práctico de las funciones profesionales.

En el caso del Diploma de Londres se utilizan métodos de evaluación múltiples, cada uno de los cuales tiene un peso específico determinado en la nota final; así, el informe del tutor (20%), un libro registro de casos (10%), protocolos de investigación (20%), trabajos escritos (20%) examen escrito (15%) y un examen práctico y clínico (15%). La evaluación de cada alumno es realizada por su tutor y otro calificador independiente. Se exige un 50% de la nota para obtener el Diploma y un 70% para obtener una distinción. En el caso de la Universidad Complutense de Madrid se realizaba una evaluación periódica (al final de cada módulo de formación) completada con otra evaluación final y una autoevaluación del propio alumno. En el caso del Master de la Universidad de Barcelona se realiza un examen final objetivo, completado con las apreciaciones de los tutores de prácticas. El examen correspondiente al primer año se sometió previamente a la consideración de diversos profesionales ejercientes en el campo de las toxicomanías para que opinaran sobre la procedencia de las cuestiones, la corrección de las respuestas y la adecuación del nivel de exigencia. Un 70% de cuestiones correctas fue exigido para pasar al 2.º Curso.

Por otro lado, cabe plantearse el interés de una acreditación a nivel nacional e internacional de estos cursos especializados de formación, que podrían realizar las instituciones internacionales implicadas en la materia, como la OMS la UNESCO, o la División de Estupefacientes de las Naciones Unidas. Una intervención de estas entidades o en su defecto otras científicas de nivel internacional (ICAA), sería útil para homologar y acreditar internacionalmente unos determinados *estandards* de formación. En estas condiciones, sería interesante que las instituciones contra-

tantes comenzaran a exigir esa titulación para el trabajo especializado en el campo de las drogodependencias.

Sin embargo, como sea que la formación institucionalizada y legalmente reconocida en drogodependencias es muy reciente (en Montreal funciona desde 1979, en Londres desde 1986, al igual que en Barcelona) se dará la contradicción de que determinados profesionales vean reconocida legalmente su especialización mientras que otros —entre ellos sus profesores y tutores— no poseerán este diploma. Por ello, parece imprescindible arbitrar mecanismos de convalidación que aseguren la concesión de la titulación oportuna a los profesionales que ya llevan tiempo trabajando en este área. Tal convalidación debería realizarse con arreglo a criterios objetivos y operativos, en la medida de lo posible con la participación de representantes de Colegios Profesionales, de la Administración y de los organizadores de la formación especializada.

#### ¿PERO ES NECESARIA UNA ESPECIALIZACION EN DROGODEPENDENCIAS?

A lo largo de este artículo se ha aludido en diferentes ocasiones a la especialización en drogodependencias y se han expuesto experiencias de diversos países tendentes a lograrla. Parece evidente que ni todos los profesionales de la Salud Mental ni, por ejemplo, todos los educadores precisan de un nivel de especialización en el tema que nos ocupa. Pero también parece evidente que ello no se opone en absoluto a que existan determinadas personas que sí posean una capacitación lo bastante amplia y profunda en toxicomanías como para merecer la calificación de especialistas, constituyéndose por lo

tanto en una persona-recurso al respecto ante los usuarios, sus colegas y la comunidad.

El tema de la especialización y su relación con una formación de tipo más general es muy extenso e interesante, y sería en sí mismo merecedor de uno y aún de varios artículos. Lo cierto es que el desarrollo de las ciencias en la segunda mitad del siglo XX está alcanzando una intensidad tal que hace imposible el que una persona pueda dominar de forma práctica y digna todo el caudal de conocimientos de una determinada profesión como la Psicología, la Medicina, el Trabajo Social, etc.

Así, en el campo de la Medicina se ha operado un progresivo proceso de división del trabajo, que ha llevado a la existencia de gran número de especialidades y subespecialidades. Este no es un proceso cerrado, ya que el cuadro de especialidades médicas sigue ampliándose y transformándose continuamente (la última ley de especialidades médicas tiene menos de siete años de existencia). En el caso de la Psicología, las especialidades tienen todavía un escaso reconocimiento legal, constando únicamente a nivel de *currículum*. Sin embargo, existen en la actualidad esfuerzos para definir las diferentes áreas de especialización en el 3.º Ciclo, lo que incluye una coordinación a nivel europeo para homologar estas especialidades, en el seno del «Proyecto ERASMUS». La especialización en drogodependencias será probablemente una de las propuestas para ser adoptada internacionalmente.

La especialización como fenómeno supone un importante beneficio para la comunidad en tanto que permite una mejor cualificación de los profesionales, lo que redundará en mayores garantías para los usuarios. Por supuesto,

hay que combinar esta dinámica de especialización con el necesario mantenimiento de las figuras de profesionales generalistas que contribuyan a dar unidad al trabajo desarrollado por los diversos especialistas, pero la existencia de unos no se opone a la de otros, y aún los más acérrimos teóricos de la importancia de los profesionales generalistas no dudarán en recurrir a un especialista cuando lo precisen personalmente o para algún familiar o amigo.

La dinámica de especialización por lo demás, resulta imparable en el curso de la historia y, de hecho, no se trata ya de discutir sobre la especialización de profesionales en drogodependencias (hace tiempo ya que existe un buen número de tales especialistas) sino más bien sobre el reconocimiento legal de tal realidad social.

En efecto, como señala AIZPIRI (8) la especialización surge de la práctica y no al revés, y se crea en función de la magnitud del problema, del hallazgo de técnicas adecuadas para resolverlo y, en definitiva, de la dedicación exclusiva de determinados profesionales a enfrentarlo. No obstante, existen todavía resistencias a abandonar la definición generalista del profesional de la Salud Mental (Psicólogo Clínico, Psiquiatra...), lo que puede resultar lógico teniendo en cuenta que mientras la atención de la salud física se ha abordado científicamente desde hace bastantes decenios, el interés por algo tan «superfluo y lujoso» como la salud mental y el bienestar social es relativamente reciente, y ni siquiera ha sido incluido en los beneficios que puede recibir un ciudadano adscrito a la Seguridad Social, quedando a merced de la «beneficencia» de Ayuntamientos y Diputaciones. En tal situación anacrónica, parece aún pronto para hablar de especialización

en este área, pero lo cierto es que ya hace años que existen profesionales dedicados única y exclusivamente a las drogodependencias, la sexología, la atención a psicóticos o el trabajo con delincuentes juveniles, a quienes es aconsejable acudir en caso de padecer uno de estos problemas y no así en caso de padecer otros. La sociedad ha comprendido perfectamente esta realidad, y comienza a ser frecuente observar demandas de trabajo en las que se solicita inequívocamente «especialistas en drogodependencias» para atender diversas responsabilidades relacionadas con la prevención y el tratamiento de tales trastornos.

Ello supondría, además, una homologación de los profesionales españoles con sus colegas europeos o norteamericanos que poseen un reconocimiento institucional de su especialización, con lo cual pueden acreditar una formación más adecuada a las demandas y las necesidades actuales de las empresas o la Administración. Por otro lado, al no existir todavía una acreditación oficial de la formación en drogodependencias y una exigencia formal de la misma, en variadas ocasiones se ha dado el caso de que profesionales preparados en el tema y con una formación teórico-práctica prolongada se hayan visto postergados en la selección para puestos de trabajo con respecto a otros candidatos con *currícula* en campos muy distintos, que han sido escogidos por motivos aleatorios, de ignorancia sobre el tema o de proximidad con la parte contratante. Tal título de especialización debería ser exigido a nuestro entender para trabajar en instituciones especializadas en drogodependencias, y valorado para el trabajo en dispositivos de carácter más general (de Salud Mental, Administración de Justicia, Educación, etc.).

## CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Intentaremos a continuación, aun cuando nuestra opinión puede probablemente deducirse de la lectura de las páginas anteriores, efectuar una sistematización de las conclusiones que se deducen de nuestras experiencias y reflexiones.

1. Deberían *aumentarse las horas lectivas* sobre los *problemas derivados del consumo de drogas* en los *estudios universitarios de pregrado* (de 1.º y 2.º ciclo) en toda la serie de profesiones relacionadas con el tema antes enumeradas (véase el apartado *¿A quién es necesario formar?*).
  2. Debería procurarse, al nivel de cada Universidad, una coordinación de los contenidos que se introducen en las diversas carreras, coordinación que podría dinamizar el Departamento o Facultad encargada de los estudios interdisciplinarios de especialización en la materia (como en el caso de la Universidad de Lieja, Bélgica, donde el Departamento de Psicología ha recibido un encargo formal de coordinar la inclusión de la formación sobre drogodependencias en todas las carreras universitarias susceptibles de ello). La Universidad debiera encargarse asimismo, por medio de una Escuela Profesional o programa específico, de desarrollar cursos de formación y especialización de postgrado (3.º ciclo). Determinados profesionales precisarían únicamente un cuerpo básico de conocimientos multidisciplinar seguido de una breve capacitación práctica, lo que podría corresponder al nivel de Diploma (un año de estudios). Otros profesionales precisarían de una especialización mayor, lo que podría corresponder al caso
- de quienes prevean dedicarse en forma preferente a las toxicomanías, en un nivel de Master o Especialización.
3. A nivel estatal, sería conveniente que tales estudios de especialización pudieran cursarse en varias Universidades, cuyo número conveniría no obstante limitar a fin de adaptarse a las necesidades de la demanda social. En tal caso, convendría asegurar la coordinación y homologación de la formación impartida por tales centros docentes.
  4. Si bien los estudios de 1.º y 2.º ciclo deberían enfocarse desde una vertiente unidisciplinar, nos parece deseable que los de 3.º ciclo se realicen atendiendo a un enfoque pluridisciplinar, lo que no obsta para una profundización posterior de cada cual en función de su profesión e intereses, profundización que puede constituir la última parte del proceso de formación.
  5. La formación obtenida en tales cursos universitarios debiera ser convenientemente acreditada, y la posesión del diploma correspondiente valorada y aún exigida para el desempeño de determinadas funciones.
  6. No obstante el interés que presenta la inclusión de contenidos sobre toxicomanías en el *currículum* de 1.º y 2.º ciclo, los problemas de orden práctico que se oponen a ello son numerosos y por ello puede resultar aconsejable, inicialmente, impulsar especialmente la formación de postgrado.
  7. Las Instituciones públicas, especialmente aquellas interesadas en la promoción de la Salud y el Bienestar Social y en la lucha contra las



drogodependencias, deberían facilitar en la mayor medida posible la aplicación de estas recomendaciones potenciando los programas de formación y suministrándoles apoyo económico (ayudas, becas, etc.).

## 8. Una vez conseguida la formación de

base y la especialización, el reciclaje o formación permanente puede ser desarrollado básicamente por los colegios profesionales, sociedades e instituciones científicas, sin que deba desestimarse por ello el concurso de la Universidad en esta tarea.

## BIBLIOGRAFIA

1. REID, A. L. A., et al.: Detection of patients with high alcohol intake by general practitioners. *Br Med J* 1986; 293: 427-30.
2. GOOS, C. *Educating health professionals about alcohol and drug problems: some considerations on its relevance and a report on an enquiry into its practice, with a proposal for EURO action*. Informe presentado a la «Consultation on Substance Abuse Education for Health Professionals», Viena, 20-22 mayo 1987. OMS Oficina Regional Europea, documento mecanografiado, 5 p.
3. WILKINS, R. H. Waarom moeite doem om potentiele alkoholisten op et sporen? *T Alc Drugs* 1976; 2, 4: 44-6.
4. SPRINGER, A. *Substance abuse aducation for health professionals in Austria*. Informe presentado a la «Consultation...» (vid. ref. n.º 2). Mecanografiado, 6 p.
5. VIEFHUES, H. «Structural conditions re implementing substance abuse education in medical schools. Informe presentado a la «Consultation...» (vid. ref. n.º 2). Mecanografiado, 3 p.
6. ANONIMO. Le Certificat en Toxicomanies de l'Université de Montréal. *Psychotropes* 1983; I, 1: 129-30.
7. PATON, A. Alcohol Education for Doctors. *Postgraduate Med J* 1986; 62: 983-4.
8. AIZPIRI DIAZ, J. *La formación de los profesionales en el campo de las drogodependencias*. Documentos mecanografiado, D. A. K., Gobierno Vasco, 1984. 52 p + XI (Anexo programa).
9. SÁNCHEZ TURET, M. *Substance abuse education for health professionals in Spain*. Informe presentado a la «Consultation...» (vid. ref. n.º 2). Mecanografiado, 4 p.
10. FERRER PÉREZ, X. La educación sobre las drogas en la Universidad y escuelas especiales para los profesionales implicados *Drogalcohol* 1981; VI, 2: 117-26.
11. NADEAU, L.; BOIVIN, D. Le certificat de toxicomanies de l'Université de Montréal: la clientèle et ses attentes. *Psychotropes* 1985; II, 3, 4 p.
12. GRIFFITH, E. *Substance abuse education in post-graduate training programmes*. Informe presentado a la «Consultation...» (vid. ref. n.º 2). 6 p. (Anexo: First Draft of «Diploma in Addiction Behaviour at the Institute of Psychiatry.» Proposal for a School-Based. Octubre 1985).
13. ORTIZ, D.; SUÁREZ, R. M. *Información, actitudes e intervenciones de la Guardia Urbana en materia de drogodependencias. Propuesta de Formación Profesional*. Serveis de Prevenció de Drogodependències, Area de Serveis Socials. Ayuntamiento de Barcelona. Octubre 1986. Documento mecanografiado. 50 p.
14. SÁNCHEZ I TURET, M.; FERRER I PÉREZ, X.; SALVADOR I LLIVINA, T. *Curs de Post-Grau en Drogodependències*. Programa del 1.º curso, enero-junio 1987, 21 p.
15. MENDOZA BERJANO, R. Propuesta para la formación en farmacodependencias de los maestros y otros educadores. *Drogalcohol*, 1981; VI, 2: 107-17.
16. BIMBELA, J. L.; CALVO, A.; FERRER, X. *Informe final sobre el 2.º Seminario de formación en drogodependencias para estudiantes de Magisterio de la Universidad Autónoma de Barcelona*. Servicios de Prevención de las Drogodependencias, Ayuntamiento de Barcelona. Mecanografiado, 27 p.
17. SÁNCHEZ I TURET, M. *Informe de la reunión internacional de expertos en Formación en Drogodependencias para profesionales de la salud*. Documento mecanografiado. Barcelona, junio 1987. 4 p.
18. AIZPIRI, J.; FREIXA, F. *Criterios de formación en alcoholismo y drogadicción*. Ponencia presentada en las VII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. Gandia, septiembre 1980. Libro de Ponencias, 1.ª parte. Valencia, Diputación Provincial, 1982; 106-23.
19. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID Y A.M.A.T. *Programas del III y IV Cursos de Especialización en toxicomanias*. Offset, 30 p. 1986.
20. BABAIA, E. A.; LEPAKHIN, V. K. *Substance abuse for health professionals in U.S.S.R*. Informe presentado a la «Consultation...» (vid. ref. n.º 2). Mecanografiado, 3 p.
21. SPRINGER, A. *Skill training and intervention techniques*. Informe presentado a la «Consultation...» (vid. ref. n.º 2). Mecanografiado, 6 p.

Ramón Mendoza\*

# Consumo de alcohol y tabaco en los escolares españoles\*\*

## RESUMEN

*En 1986 se realizó en diez países europeos por segunda vez el «Estudio sobre los hábitos de los escolares en relación con la salud». España ha participado en dicho estudio con una muestra de 2.835 escolares de 6.º y 8.º de EGB de todo el país. Se han estudiado diversas variables del estilo de vida relevantes desde una perspectiva de promoción de la salud. Este artículo incluye una descripción de la finalidad del estudio, su metodología y un resumen de los resultados, con especial énfasis en los datos relativos al alcohol y al tabaco.*

## SUMMARY

### *Alcohol and tobacco consumption among Spanish schoolchildren*

*The second «Health Behaviour School Children Survey» was carried out in ten european countries in 1986. The Spanish sample was 2835 schoolchildren belonging to the 6th and 8th grades of the primary school. This survey focuses on lifestyle variables from a health promotion view. This article includes a description of the goals of the survey, its methodology, and a summary of the results stressing the data on tobacco and alcohol consumption.*

## 1. INTRODUCCION

**E**n discusiones informales mantenidas por algunos de los participantes en la Conferencia Internacional sobre el Tabaco y la Juventud (Venecia, 1981) surgió la idea de hacer un estudio internacional sobre el consumo de tabaco entre los escolares. Posteriormente la idea fue evolucionan-

do hacia la de un estudio sobre los estilos de vida de los escolares en relación con la salud, en el que el consumo de tabaco sería sólo un aspecto. La necesidad de este estudio se basaba fundamentalmente en la constatación de que no había datos disponibles para hacer comparaciones fiables entre los diferentes países europeos en lo que se refería a los estilos de vida. La investigación fue apoyada por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud.

El «Estudio sobre los hábitos de los escolares en relación con la salud» se realizó por primera vez en el invierno de 1983/84 con la participación de cuatro países: Austria, Finlandia, Inglaterra y

(\*) Correspondencia: Sección de Educación para la Salud. Consejería de Salud. Avda. República Argentina, 21. Sevilla 41011.

(\*\*) Este artículo constituye un avance de resultados del «Estudio europeo sobre los hábitos de los escolares en relación con la salud», realizado en nuestro país por un equipo constituido por Ramón Mendoza, Javier Blanco, Pedro Martín de la Concha, Esperanza Morales, Josefa Ruiz, M. Reyes Sagrera y Joan M. Batista.

Noruega. Hasta la fecha han aparecido diversas publicaciones que recogen sus resultados (gran número de ellas están citadas en el artículo de L. E. Aaro et al.) (1). Este primer estudio fue coordinado por el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad de Jyväskylä.

El segundo estudio, en el que han participado oficialmente 10 países de la Región Europea de la OMS, ha tenido lugar en 1986. Estos países son los siguientes: Austria, Bélgica, España, Finlandia, Hungría, Israel, Noruega, Reino Unido (sólo Escocia y Gales), Suecia y Suiza. Algunos de estos países participantes han publicado ya sus respectivos informes (2, 3, 4), pero la publicación internacional de sus resultados, incluyendo datos comparativos entre los diferentes países, está aún en fase preparatoria. El segundo estudio ha sido coordinado por el Departamento de Psicología Social de la Universidad de Bergen. Se prevé que esta investigación se repita cada tres años en los países participantes.

Este artículo contiene una síntesis del planteamiento y la metodología del estudio, así como un avance de los resultados relativos a nuestro país, con especial énfasis en los datos referentes al consumo de alcohol y tabaco. Están en preparación diversas publicaciones nacionales e internacionales que completarán ampliamente la información que aquí se ofrece.

## 2. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL ESTUDIO EUROPEO

### Finalidad

El objetivo básico de esta investigación es *estudiar el estilo de vida de los escolares* desde una perspectiva de

promoción de la salud, con datos recogidos en todos los países con una metodología similar. Se pretende con ello establecer *comparaciones fiables* entre los diferentes países participantes y, a la luz de los datos obtenidos, *facilitar la elaboración de estrategias apropiadas de promoción de la salud* en su seno. Se espera también que el estudio sirva para *que se constituyan equipos nacionales de investigación* que estudien esta temática.

Para cualquiera de los países participantes, las ventajas de formar parte de este estudio se pueden resumir así:

- a) Se dispondrá de una visión periódica (trianual, en principio) de hábitos que influyen positiva o negativamente la salud en el conjunto de los escolares del país, así como de otros aspectos claves del estilo de vida. Estos datos serán útiles para la elección de prioridades en la promoción de la salud o en la prevención de problemas sanitarios, dentro y fuera del entorno escolar. Aunque el estudio no tenga una finalidad evaluadora, sus datos pueden arrojar también alguna luz para detectar globalmente el impacto que diversas medidas educativas, legislativas o sociales tengan sobre el estilo de vida de los escolares.
- b) El estudio permitirá comparar las tendencias en el estilo de vida de los escolares no sólo dentro de cada país a lo largo del tiempo, sino también entre los diferentes países participantes. Es muy útil constatar periódicamente cómo diferentes culturas y marcos geográficos y socio-económicos, así como quizá diferentes políticas, implican diferencias en el estilo

de vida de los escolares y, más concretamente, en sus hábitos de vida relacionados con la salud.

- c) El estudio puede servir para fomentar el desarrollo de esta línea de investigación u otras similares en el seno del propio país, así como para aumentar la vinculación de cada país participante en la cooperación científica inter-europea en el campo de la promoción de la salud.

Este último punto es obviamente más importante para los países que no tienen una amplia tradición de investigación y de cooperación internacional en estos temas. Este no es el caso de algunos de los países participantes en este estudio, en especial los nórdicos, que desde hace años realizan encuestas periódicas de ámbito nacional sobre los hábitos de los jóvenes en relación con la salud (6).

En último término, el estudio pretende conocer y explicar el estilo de vida de los jóvenes con el contexto del marco social y geográfico en que se desarrolla. Sin duda alguna, el hecho de que el estudio se realice con una metodología similar en diez países, algunos de ellos muy diferentes entre sí, facilita enormemente detectar qué elementos del estilo de vida son comunes a los jóvenes europeos y cuáles son específicos de cada país o de cada una de las culturas de un país —piénsese en el caso de Suiza, con tres poblaciones culturalmente distintas—. Este carácter internacional del estudio facilita también conocer si hay o no patrones de asociaciones de variables comunes entre los distintos países (por ejemplo, si los estudiantes con mayor consumo de tabaco tienen en general menor rendimiento escolar) o, lo que está relacionado con lo anterior, si los *predictores*

de determinadas conductas son similares dentro de Europa.

El término «estilo de vida» se entiende aquí como «la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales», según se recoge en el *Glosario de promoción de la salud* editado recientemente por la OMS (5). El mismo glosario recalca que «en el ámbito de la promoción de la salud son de vital importancia tanto la gran influencia de los estilos de vida sobre la salud como el potencial de cambio de dichos estilos de vida. El modo de vida de una persona puede dar lugar a patrones de conducta que son beneficiosos o perjudiciales para la salud. De la comprensión de la influencia de los estilos de vida en la salud resulta evidente que, si hay que mejorar el estado de salud mediante la modificación de dichos estilos de vida, hay que actuar tanto sobre la persona como sobre los factores del entorno global que influyen en los estilos de vida. Sin embargo, es importante tener en cuenta que, de igual modo que no existe un estado ideal de salud, no hay tampoco estilos de vida prescritos como “óptimos” para todo el mundo.»

#### Sistema de trabajo

El estudio se rige en todos los países participantes por una misma normativa, con vistas a asegurar la comparabilidad de los datos. La normativa de este segundo estudio viene recogida en su protocolo administrativo y en su protocolo técnico, que recogen la experiencia del primer estudio y los acuerdos adoptados en las reuniones de coordinación que periódicamente se

celebran con la participación de funcionarios de la OMS, los responsables de los equipos nacionales e investigadores de otros países con experiencia en este terreno.

El elemento clave de esta investigación lo constituye una encuesta periódica a muestras representativas de un número creciente de países europeos. Está establecido en el protocolo científico que la recogida de información tenga lugar en todos los países en una misma época de un mismo año —la estación del año influye enormemente en los estilos de vida— y que la encuesta se haga a estudiantes que tengan la misma edad en el momento de administración del cuestionario. Dicho cuestionario es traducción de una versión *estándar* internacional (en inglés). Igualmente, la muestra ha de ser seleccionada sobre unas bases comunes con vistas a facilitar la comparabilidad de los resultados del estudio. Por la misma razón se utilizan procedimientos similares en el proceso de datos, aunque cada equipo nacional profundiza con libertad en los aspectos que más le interesan.

La *población* objeto de estudio la constituyen los estudiantes de 11, 13 y 15 años de edad. La *muestra* ideal está compuesta por estudiantes que tengan 11,5, 13,5 y 15,5 años en el momento de la administración del cuestionario. Como en todos los países hay una cierta variabilidad de la edad dentro de cada clase escolar, la normativa del estudio establece que al menos el 90% de los alumnos ha de estar dentro del intervalo de edad de más/menos medio año y ninguno de ellos debe estar fuera del intervalo de más/menos un año respecto a la edad media prevista para el curso al que pertenece en el momento de la recogida de la información.

La muestra ha de ser representativa del conjunto del país. El tamaño mínimo de la muestra es de 1.000 sujetos para cada curso, es decir, 3.000 alumnos en los tres cursos. La unidad de muestreo no es el alumno, sino la clase. Ha de encuestarse a todos los alumnos de cada clase elegida aleatoriamente que estén presentes el día de la administración de la encuesta.

El *instrumento de recogida de la información* es un cuestionario que debe ser autocumplimentado por los alumnos. El cuestionario está compuesto por preguntas cerradas, previamente categorizadas. Estas preguntas corresponden a tres tipos de *variables*: a) las comunes a todos los países en todas las ediciones del estudio; constituyen el «corazón» de la investigación; b) las que responden a una temática especial que se quiere profundizar en una de las ediciones del estudio en todos los países participantes (en la primera edición se profundizó en el consumo de tabaco; en la segunda, en el ejercicio físico); c) las que cada país añade libremente (al final del cuestionario, para no interferir las respuestas a las preguntas comunes a todos los países), siempre que la duración total del cuestionario no supere la de una clase escolar.

El primer grupo está compuesto básicamente por variables demográficas (sexo, año y mes de nacimiento, curso, lugar de residencia, trabajo de los padres) y por hábitos relacionados con la salud (consumo de tabaco y de alcohol, higiene dental, hábitos alimentarios, uso de cinturones de seguridad, horas de dormir y algunos ítems de actividad física).

El segundo bloque de variables, en este segundo estudio, ha versado principalmente sobre la práctica del ejercicio físico por parte de los propios alum-

nos y de algunas personas significativas para ellos (familiares y amigos). Ha incluido también, entre otras variables, el consumo de medicamentos, las actividades de tiempo libre y la percepción de sus relaciones con el medio escolar y familiar.

El tercer bloque de variables es específico de cada país. En Hungría, por ejemplo, ha versado sobre sexualidad y contracepción. Este tercer bloque de variables es importante para armonizar los intereses generales de todos los investigadores con los específicos de cada país o grupo de países.

La *administración del cuestionario* debe hacerse simultáneamente sobre el conjunto de la clase mediante un sistema que asegure el anonimato de las respuestas y facilite la sinceridad de los alumnos. Este sistema ha variado bastante de unos países a otros. Hay países donde el equipo investigador ha enviado los cuestionarios por correo a las escuelas/aulas elegidas, junto con las instrucciones oportunas, y éstos les han sido devueltos en un sobre lacrado enviado por los propios alumnos. En otros países, las encuestas han sido pasadas por los profesores, debidamente instruidos. Finalmente, en otros, como España, ha parecido más oportuno contar con la colaboración de encuestadores ajenos al centro docente y específicamente entrenados para este fin.

Hay un doble *proceso de los datos*: el nacional y el internacional. El nacional es realizado por el equipo de investigadores de cada país, utilizando un sistema de codificación común a todos los países. En las comparaciones entre países se utiliza una cinta que recoge los datos «limpios» de todos ellos, preparada por el centro coordinador. Cada equipo investigador, previo acuerdo for-

mal con los responsables del estudio, puede trabajar sobre los datos de los otros países participantes, lo que enriquece enormemente el análisis internacional y acelera la obtención de conclusiones del estudio. La publicación internacional de los resultados del estudio sólo puede hacerse tras acuerdo entre los países participantes, el centro coordinador y la propia OMS.

Existe el compromiso de los investigadores de los países participantes de potenciar al máximo la *difusión de los datos* del propio país dentro de éste, con vistas a facilitar la sensibilización progresiva de la sociedad por los temas relativos a la promoción de la salud entre los jóvenes y favorecer la adopción de medidas que la potencien.

87

### 3. CARACTERISTICAS ESPECIFICAS DEL ESTUDIO EN ESPAÑA

El estudio en nuestro país ha sido realizado por un equipo multidisciplinario compuesto por tres médicos, dos psicólogos, un sociólogo y un estadístico. Esta variedad profesional ha supuesto una enorme fuente de riqueza y autoformación a la hora de desarrollar la investigación y analizar los resultados.

#### Población y muestra

En la casi totalidad de los países participantes en el estudio, la población a encuestar está constituida por los escolares de 11,5, 13,5 y 15,5 años, como ya se ha indicado. En estos países la escolaridad es obligatoria hasta los 16 años, lo que no ocurre en España todavía. Ante esta diferencia, el criterio adoptado en las reuniones internacionales de coordinación fue que en España sólo se estudiara la población de 11 y 13 años.

Las razones en las que se fundamenta esta decisión son básicamente dos: 1) Existen grandes diferencias entre el estilo de vida de los escolares de FP y BUP y los jóvenes que dejan de estudiar definitivamente una vez acabada la EGB, por lo que una muestra de la población escolarizada a los 15 años no representaría el total de la población de esa edad. 2) En el caso de que se incluyera una muestra de la población no escolarizada a los 15 años, la metodología de recogida de los datos tendría que ser forzosamente distinta, el cuestionario tendría que adaptarse a esa nueva población y sería escasa la comparabilidad de los datos entre unas edades y otras, así como entre los datos españoles y los correspondientes a alumnos de otros países.

Así pues, en España la población objeto de estudio está compuesta por los escolares de 11,5 y 13,5 años de edad. Como la encuesta se realizó en la primera quincena de diciembre de 1986, momento en el que la edad media de los niños de 6.º y de 8.º de EGB tiende a coincidir en España con la de 11,5 y 13,5, respectivamente, el estudio se ha centrado en los escolares de esos dos cursos.

A pesar del criterio internacional según el cual ningún alumno de la muestra debe estar fuera del intervalo de más/menos un año respecto a la edad media prevista para el curso al que pertenece en el momento de recogida de la información, en España, debido al alto índice de repetidores que tradicionalmente se da al final de la EGB, se estimó más oportuno no excluir a aquellos alumnos cuyas edades estuvieran por encima del rango aceptado. Prescindir de los alumnos repetidores hubiera significado renunciar a conocer una parte importante de la realidad de los escolares del último ciclo de la

EGB. En las comparaciones de los datos de España con los de otros países sí que se está aplicando estrictamente este criterio, porque en el estudio de fenómenos de este tipo resulta clave homogeneizar el factor edad.

La población escolarizada en 6.º y 8.º de EGB es de aproximadamente 1.300.000 escolares. Para esta población, una muestra de 2.500 escolares elegidos por un sistema de muestreo aleatorio simple daría lugar a datos con un margen de error de  $\pm 2\%$  ( $e = 0,02$ ) dentro de un riesgo  $\alpha = 0,05$ . Sin embargo, como por razones prácticas la muestra ha sido elegida por conglomerados (colegios, clases), lo que aumenta el margen de error, se ha incrementado también el número de sujetos a encuestar, situándolo alrededor de los 3.000 alumnos. Ello está, por otra parte, dentro de la normativa internacional del estudio, que establece un mínimo de 1.000 alumnos por curso.

En nuestro país la muestra se ha elegido estratificadamente en función de dos criterios: el curso en el que estaban matriculados los alumnos (6.º y 8.º de EGB) y el área geográfica en la que habitaban.

Las áreas geográficas fueron establecidas por los investigadores atendiendo a criterios de población (se pretendía un total aproximado de 6.000.000 de habitantes en cada una de ellas) y de proximidad geográfica y cultural. Así fueron establecidas seis áreas geográficas, en las que se determinó la población a encuestar y la correspondiente cuota proporcional de muestra (ver figura 1).

Partiendo del supuesto de que en cada aula hay 35 alumnos y de que el número de alumnos matriculados en 6.º y en 8.º es prácticamente el mismo,

se estableció el número de aulas a encuestar en cada área en función de su población encuestable. En total se determinó encuestar 86 aulas, de las cuales 43 fueran de 6.º curso e igual número de 8.º curso.

La selección de las aulas dentro de cada área se realizó mediante un proceso en el que, por razones prácticas, se convino en elegir primero los municipios en los que estarían situadas dichas aulas y posteriormente los centros docentes a los que pertenecían. Así sólo se hizo necesario disponer de la lista de los centros docentes que están ubicados en aquellos municipios que previamente habían sido elegidos de manera aleatoria.

El procedimiento elegido, tanto para la elección de los municipios como de los centros docentes, se realizó atendiendo a criterios de proporcionalidad y aleatoriedad, de tal forma que todos los niños españoles escolarizados en 6.º y 8.º de EGB tuviesen las mismas posibilidades de salir elegidos en la muestra, independientemente del tamaño del municipio donde estuviera ubicado su centro docente o del número de alumnos de éste. Este tipo de sorteo proporcional provocó, lógicamente, que en las grandes ciudades hubiera que encuestar más de un aula, por lo que las 86 aulas antes citadas corresponden a sólo 72 municipios.

De los 2.904 cuestionarios recogidos se eliminaron 8 por una evidente falta de sinceridad en las respuestas; 25, por omisión de respuestas a variables esenciales, como sexo y edad; 36, finalmente, fueron eliminados al azar entre aquellos casos en los que, por estar los alumnos de un centro clasificados en aulas según algún criterio selectivo (nivel de maduración, rendimiento o edad), hubo que entrevistar a más de

un aula. La muestra definitiva está compuesta por 2.835 alumnos (tabla 1). No se contabilizaron en cada aula los que faltaban por enfermedad u otra razón. Tampoco se ha recogido en la muestra, como se deduce de todo lo anterior, a los alumnos de estas edades que no están escolarizados. Entre los alumnos encuestados no hubo ninguna negativa a responder el cuestionario.

### Cuestionario y estudio piloto

En lo que se refiere a las variables comunes a todos los países participantes en esta segunda edición del estudio, el cuestionario español es una traducción del original inglés. Para ello se siguió el proceso de traducción inglés-castellano por dos personas bilingües distintas y posteriormente se comparó y comprobó la calidad de ambas traducciones, eligiéndose en cada ítem la fórmula que parecía más adecuada.

El estudio piloto mostró que el cuestionario internacional resultaba relativamente largo para los alumnos españoles de 6.º y 8.º (unos 45 minutos), por lo que se decidió añadir muy pocas preguntas específicas del cuestionario español. Estas preguntas se refieren a un hábito de higiene (lavado de manos antes de comer), al dolor de muelas y a la situación laboral del padre.

El cuestionario definitivo a administrar a los alumnos estaba compuesto de 65 preguntas, de las cuales sólo tres no estaban pre-codificadas. Estas preguntas eran las referentes a la profesión del padre, a la de la madre y al número de cigarrillos consumidos durante la semana. Las dos primeras preguntas se codificaron posteriormente con criterios precisos. La tercera se mantuvo tal cual para aprovechar al máximo



la información. Las demás preguntas del cuestionario se presentaron de forma cerrada, formuladas en términos comprensibles por los alumnos de estas edades.

En el estudio piloto se comprobó especialmente que el cuestionario era fácilmente comprendido por los alumnos que residían en Comunidades Autónomas con lengua autóctona, así como por los que vivían en diferentes tipos de hábitat.

Para favorecer la correcta cumplimentación del cuestionario definitivo se optó por realizar algunos cambios en los términos empleados que habían presentado más dificultad de comprensión y en la presentación de las preguntas multivariantes, modificando la forma y el tamaño de los cuadros, de manera que fueran más homogéneos y fáciles de rellenar.

#### Trabajo de campo

Una vez elegidos los centros docentes y establecida el aula (6.º u 8.º) a encuestar, el equipo investigador enviaba una carta al director del mismo en la que se le explicaba el origen del estudio, su objetivo y su condición de centro elegido al azar, al tiempo que se le solicitaba su colaboración.

Las principales dificultades para aceptar la colaboración en el estudio surgen en los centros privados, religiosos y femeninos. En los demás centros elegidos apenas surgen problemas de este tipo. En los pocos casos que hubo de negativa a colaborar, los centros fueron sustituidos al azar por otros del mismo municipio.

En otros casos las dificultades estribaron en la localización de los centros.

A pesar de que se trabajó con listas facilitadas por organismos oficiales, algunos colegios no existían en el domicilio que constaban. Otros se habían trasladado a las afueras de la ciudad y pertenecían ya a otro municipio. En general, la colaboración de los centros fue unánime, facilitando al máximo la tarea al entrevistador.

En la entrevista con el director del centro, previa a la administración del cuestionario, se averiguaba si en el curso elegido existían varios grupos y los criterios que habían llevado a la formación de éstos, para descartar que el aula seleccionada estuviera influida por alguna variable que pudiera alterar los resultados.

Asimismo se solicitaba a la dirección del centro que no informara a los alumnos previamente sobre el desarrollo y contenido de la encuesta, evitando así que se generara un clima de expectación que influyera en los resultados. Por otro lado, para garantizar al alumnado el anonimato, se rogaba al centro que favoreciera las condiciones para lograrlo (ausencia del profesor en el aula durante la administración del cuestionario, desdoble de los alumnos, etcétera).

La administración de la encuesta fue precedida de una breve explicación a los alumnos, igual para todos los centros, motivando su participación y sinceridad en las respuestas.

#### Análisis y difusión de los resultados

La gran cantidad de información generada por este estudio, tanto en su aspecto nacional como internacional, lleva forzosamente a realizar el análisis de los datos en varias fases. Por otra parte, la difusión de los resultados del

estudio entre los interesados no puede postergarse hasta que hayan finalizado todas estas fases (la última, la comparación internacional entre asociaciones de variables o de índices). Por ello, en España, al igual que en otros países participantes, la difusión de los resultados del estudio se está haciendo progresivamente, a medida que se va avanzando en el análisis de la información obtenida.

La finalidad del estudio, que, como se ha indicado, va más allá de la obtención de unos datos para su conocimiento por la comunidad científica, lleva a diseñar desde su inicio una cuidadosa estrategia de difusión de sus resultados, que parte de un análisis de cuáles son los destinatarios potenciales de esta información.

En cualquiera de los países participantes, estos destinatarios son básicamente los siguientes:

- políticos de la salud, de la educación y de sectores que influyen en el estilo de vida de los jóvenes;
- funcionarios responsables de los programas sanitarios y educativos o de otros programas que influyen en el estilo de vida de niños y adolescentes;
- profesionales de base que trabajan en el sector salud, educación, juventud o en sectores relacionados;
- investigadores y profesores universitarios relacionados con estos temas;
- periodistas;
- dirigentes de asociaciones de padres y otras asociaciones ciudadanas;
- los propios escolares;
- grupos de la población general interesados en esta temática.

La heterogeneidad de estos grupos nos lleva forzosamente a prever diferentes publicaciones para diferentes grupos de destinatarios de la información. En concreto, tras una rueda de prensa y la publicación y amplia distribución de un folleto que resume los principales resultados del estudio, está prevista la publicación del informe oficial del estudio en nuestro país. Con posterioridad se trabajará en la publicación de artículos en revistas especializadas o de comunicaciones para reuniones científicas.

#### 4. BREVE AVANCE DE LOS RESULTADOS GENERALES DEL ESTUDIO

##### La vida cotidiana

Según los datos del estudio, los niños españoles escolarizados en 6.º y 8.º de EGB duermen, durante el curso escolar, un promedio de nueve horas y media.

La mayoría (el 78% de los encuestados) se desplaza andando hasta su colegio y emplean por término medio en cada desplazamiento unos 12 minutos. Los que van a las escuelas privadas, los de los niveles socioeconómicos más elevados y los escolares que habitan en las zonas rurales, son los que tardan más proporcionalmente en llegar hasta su centro de estudios.

La contemplación de la televisión es una actividad que ocupa a los escolares españoles por término medio una hora y cincuenta y dos minutos diarios (es decir, dos horas diarias). Son los varones, los que viven en zonas rurales y los que representan los niveles socioeconómicos inferiores, los que más horas la ven.

El vídeo está menos difundido en general. Está relacionado significativamente con un mayor nivel socioeconómico y con el tipo de hábitat urbano. También son los varones los más aficionados.

### La escuela

Las mujeres emplean más tiempo en hacer sus deberes que sus compañeros varones y, en general, muestran una conducta más adaptada escolarmente: les gusta más que a ellos asistir al colegio, valoran mejor su rendimiento académico y se muestran más confiadas en seguir estudiando BUP cuando tengan 16 años que sus compañeros varones, que se imaginan más frecuentemente en FP o trabajando a esa edad.

El nivel socioeconómico familiar y el tipo de hábitat son dos variables que condicionan enormemente la situación escolar de los jóvenes de estas edades. Así, son los de mayor nivel económico los que manifiestan mayor dedicación a la realización de las tareas escolares, los que presentan una mejor valoración de su rendimiento académico y los que tienen las expectativas de futuro más definidas y abocadas hacia el estudio de BUP cuando tengan dieciséis años.

El joven rural es el que se muestra más indeciso con respecto a su futuro y el que más se percibe a sí mismo trabajando cuando tenga 16 años.

### Actividad física

Son los varones y los escolares de la enseñanza pública los que presentan una mayor actividad deportiva fuera del colegio y los que, en general, realizan con mayor frecuencia actividades físicas

cas como montar en bicicleta, jugar al escondite, correr, etc... Así como la actividad deportiva organizada fuera del colegio es más usual en las zonas urbanas, la actividad física sin organizar es más frecuente en las zonas rurales.

Existen claras diferencias sexuales entre las actividades físicas y deportivas practicadas. Así, podríamos hablar de actividades típicamente femeninas como el baile, los juegos, la gimnasia y la natación, y de actividades masculinas, como el fútbol, el baloncesto o balonmano, el kárate, el tenis y el montañismo.

Las razones más aducidas para el deporte son, sin diferencia de sexos, las que hacen referencia a la salud («estar sanos»), a la amistad («hacer nuevos amigos») y a la satisfacción personal («estar en forma», «divertirme»). Las menos, las que hacen referencia al deporte como competición («ganar» y «ser como los campeones o estrellas del deporte»), especialmente poco importantes para las chicas.

Las expectativas deportivas de los escolares encuestados son abrumadoramente a favor de seguir practicando alguna actividad deportiva cuando tengan 20 años (más del 83% considera seriamente esa posibilidad) y sólo se aprecian diferencias entre sexos, siendo los varones los más predispuestos.

### Alimentación

La alimentación de los escolares españoles es, según datos del estudio, muy rica en proteínas animales. Así, el consumo de leche y derivados es diario en un 85% de los encuestados, y un 46% de ellos afirman consumir cada día carne o pescado.

Las verduras y frutos secos, por el contrario, son ínfimamente consumidas por los jóvenes de estas edades. Las frutas del tiempo, en cambio, tienen una aceptación mayoritaria y más del 85% las consumen diariamente.

El consumo de chocolates, dulces y refrescos es más frecuente en los niveles socioeconómicos más desfavorecidos.

El café es poco consumido en estas edades. Toman más los varones y los hijos de los obreros que el resto de la muestra.

### Integración social

El estudio pone de manifiesto que más de la mitad de los escolares encuestados manifiesta haber sentido sentimientos de soledad con alguna frecuencia. Un 8% de ellos, con bastante asiduidad.

Las mejores relaciones las establecen, dentro de la familia, con la madre; fuera de ella, con los amigos. A menor edad, más facilidad para comunicarse con los familiares más allegados y con los adultos en general. También son los varones los que presentan más facilidad para relacionarse con su entorno.

Los escolares suelen tener menos problemas para entablar vínculos de amistad dentro del colegio que fuera. Los hijos de los técnicos, en relación con los de los obreros, encuentran más facilidad para las relaciones con sus amigos en el contexto escolar.

Sin embargo, el lugar preferente para relacionarse con sus iguales suele ser la calle, citado por 79,6% de los encuestados. La casa de los amigos y la

pista o campo de deportes ocupan el 2.º y 3.º lugar, respectivamente. En los bares se ven los mayores, sin diferencias por sexos.

Son los de mayor edad y los varones los que están más tardes con los amigos fuera de casa, así como los escolares de las zonas rurales y los de menor nivel económico.

### 5. DATOS DEMOGRAFICOS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO ENTRE LOS ESCOLARES DE 6.º Y 8.º DE EGB

Estudios realizados en España en los últimos años sobre el consumo de drogas entre los escolares de EGB, con muestras casi siempre de ámbito municipal o autonómico (7, 8, 9, 10) muestran en general unas tendencias homogéneas en lo que se refiere al consumo de alcohol y tabaco: éste se inicia masivamente entre los escolares españoles en la EGB (el alcohol, antes que el tabaco) y en los chicos antes que en las chicas, pero a medida que se avanza de curso/edad, el consumo tiende a ser similar entre ambos sexos. Al final de la EGB, un porcentaje muy alto de alumnos ha probado ya ambas drogas y una proporción importante es ya consumidora habitual.

A pesar de haberse constatado con estos estudios que el ciclo superior de la EGB es clave en el inicio del consumo de estas dos drogas tan accesibles en nuestro medio, existe una carencia importante de investigaciones de ámbito nacional sobre dicho consumo entre los escolares de EGB. En general, las investigaciones sobre consumo de alcohol o tabaco con muestras representativas de toda España no incluyen a los menores de 15 años (10, 11, 12, 13).

Este estudio, de ámbito nacional, se convierte así en uno de los primeros que se han realizado sobre esta temática en nuestro país con una muestra representativa de la población escolarizada en el ciclo superior de la EGB.

#### Consumo de tabaco

En lo que respecta al consumo de tabaco entre los escolares encuestados, más chicos (47,9%) que chicas (37,5%) manifiestan haber fumado «aunque sólo sea una vez». Lógicamente, una mayor proporción de los alumnos de 8.º (54,1%) que los de 6.º (31,8%) afirman haber probado el tabaco. Se ratifica así que el final de la EGB es una etapa crucial en el inicio del hábito tabáquico, que requiere la intensificación de los esfuerzos preventivos de esta drogodependencia.

Una lectura detallada de la tabla 2 nos permite llegar a una observación importante: el incremento del número de alumnos fumadores que se da entre 6.º y 8.º de EGB es mayor en las chicas que en los chicos. Estos se inician antes, pero en 8.º ya no hay apenas diferencias entre ambos sexos. Por estudios previos sabemos que en la adolescencia este consumo es similar en chicos y chicas. Este fenómeno es históricamente reciente y está sin duda ligado a la presión publicitaria de la industria tabaquera, que desde hace años viene desarrollando un especial esfuerzo para persuadir a la mujer de que debe fumar, así como al cambio del rol social de la mujer, entre otros factores.

Es interesante también observar cómo en 8.º son ya fumadores diarios (o dicen serlo) el 4,6% de los alumnos de ambos sexos; otro 3,3% fuma por

lo menos una vez a la semana, aunque no cada día.

De los que nacieron en 1971 —es decir, los que en el momento de la administración del cuestionario tenían alrededor de 15 años (el 3,7% de los encuestados)— el 29% fuma con cierta frecuencia y el 17% son fumadores diarios. La edad es, pues, una variable que influye claramente en el consumo de tabaco.

El nivel sociocultural de los padres es también una variable esencial a la hora de explicar la distribución de este problema en la sociedad. En efecto, los alumnos de 6.º y 8.º que son hijos de los obreros (cualificados o no) fuman en mayor proporción que los hijos de los técnicos (medios o superiores), como se observa en la figura 2. Igualmente, los hijos de los parados fuman a diario en una proporción que es el doble (5,1%) que la correspondiente a los hijos de trabajadores fijos (2,4%). Pautas similares han sido observadas en estudios sobre el consumo de tabaco entre los adultos de países industrializados. La explicación de este fenómeno, que, como se observa, comienza a aparecer ya en la adolescencia, estriba, quizás, en que un menor nivel cultural y económico puede ir aparejado a una mejor información sobre los efectos del tabaco o a una mayor vulnerabilidad a la publicidad de este producto. Ello sería un indicio de que las desigualdades sociales son también desigualdades ante la salud, ya que unos tienen mayor probabilidad de enfermar que otros.

El estudio muestra también que los alumnos rurales fuman en mayor proporción que los alumnos semiurbanos y urbanos ( $p < 0.002$ ). No se observan en cambio diferencias significativas según el tipo de escuela (pública/privada).

## Consumo de alcohol

Un 80% de los jóvenes encuestados afirma *haber probado alguna vez alcohol*. La proporción es mayor en los chicos que en las chicas (un 84,8% frente a un 75%). Se observan igualmente diferencias significativas entre los de sexto y los de octavo. Son estos últimos, lógicamente, los que más afirman que han probado alguna vez el alcohol (tabla 3). En octavo, sólo el 9% de los chicos y el 14% de las chicas dicen no haber tomado esta droga.

Al igual que ocurre con el tabaco, el incremento de los alumnos que han probado alcohol en 8.º respecto a 6.º es mayor en las chicas que en los chicos, lo que muestra una tendencia social a igualar el consumo en ambos sexos.

En otras variables sociodemográficas estudiadas (tipo de escuela, profesión y situación laboral del padre, así como tipo de hábitat) no se aprecian diferencias significativas al respecto.

En lo que se refiere a la *frecuencia de consumo de las distintas bebidas alcohólicas* incluidas en el estudio (cerveza, vino, licores o «cubatas» y sidra), es la cerveza la que tiene menor número de abstinentes y la más consumida en general (tabla 4). El vino sólo iguala a la cerveza en la categoría de consumo diario. Los licores parecen constituir el tipo de bebida alcohólica menos consumida, excepto en la categoría cada semana, en la que la sidra presenta un consumo algo más bajo. La sidra parece tener un uso más bien ocasional y el vino un consumo más sistemático, aunque siempre por debajo de la cerveza.

Estos datos contrastan con los de la encuesta realizada en 1982 en la ciu-

dad de Barcelona sobre consumo de drogas por parte de los escolares del ciclo superior de la EGB, en donde el vino resultó ser la bebida más consumida. Sin embargo, ello no ha de extrañar, ya que los datos globales de las cifras de venta de bebidas alcohólicas en el mundo y en España muestran, de forma clara, que el consumo de vino está siendo progresivamente desplazado por el de cerveza.

La tabla 5 muestra, de forma sintética, si existen o no diferencias «significativas» (con  $p \leq 0.05$ ) en las asociaciones entre el consumo de las distintas bebidas alcohólicas y diversas variables sociodemográficas. Resulta claro que el sexo es un factor determinante del consumo de alcohol en nuestra sociedad: las mujeres toman con menor frecuencia todos los tipos de bebidas alcohólicas estudiados. La mayor diferencia entre el consumo de uno y otro sexo se encuentra en la cerveza, y la menor, en la sidra.

Los varones de 8.º son fundamentalmente los consumidores habituales de cerveza y licores. El caso del vino parece seguir una pauta diferenciada a las otras bebidas alcohólicas, ya que es similar en ambos cursos y no parece estar influido por el nivel profesional del padre, diferencias que sí se aprecian en las otras bebidas analizadas. El consumo de vino es más propio del hábitat rural que del urbano. Todo ello sugiere, en síntesis, que quizás el consumo de vino en los escolares (sobre todo varones) está inducido familiarmente en el medio rural, sin que se observen diferencias significativas según que el niño tenga 11 ó 13 años.

Las diferencias socioculturales marcan también diferencias en las pautas de consumo de alcohol en la infancia. Así, los hijos de los técnicos superio-

res son, en general, los menos consumidores de bebidas alcohólicas, mientras que los hijos de los obreros no cualificados presentan mayor consumo diario para todas las bebidas encuestadas, y mayor consumo en general, excepto en el vino, que el resto de la muestra.

En el caso de los licores, son los hijos de los técnicos de grado medio los que más los consumen semanalmente. No se observan diferencias en el consumo de licores entre los hijos de los trabajadores fijos y de los parados, lo que puede indicar el enorme peso que tiene la publicidad en la adquisición de determinados hábitos de consumo.

El tipo de escuela no influye significativamente en el consumo de bebidas alcohólicas en los jóvenes de estas edades.

Los niños que habitan en las zonas rurales son los mayores consumidores habituales de vino y sidra, y los semiurbanos, los que menos. Para la cerveza y licores no existen diferencias significativas según el tipo de hábitat.

### Embriaguez

Un 19,3% de los alumnos encuestados afirma que al menos una vez ha bebido tanto que ha llegado a emborracharse, lo cual es bastante llamativo. La mayor proporción de ellos se encuentra entre los varones de 8.º curso. En 6.º un 18% de los varones se ha emborrachado ya alguna vez, mientras el porcentaje para 8.º se sitúa en el 31,3 por ciento. En el caso de las chicas, en 6.º sólo el 8% lo ha hecho alguna vez, mientras que, en 8.º el porcentaje de chicas que se han emborrachado al menos una vez se sitúa en el 20,5%. Claramente se trata de un fenómeno in-

fluido por el sexo y que aumenta con la edad, tal como se desprende de la tabla 6.

Los hijos de los técnicos superiores son los que en menos ocasiones dicen haberse embriagado, y los de los obreros no cualificados, los que presentan un índice más alto. Los hijos de los trabajadores fijos, por su parte, manifiesta haberse embriagado con menor frecuencia que los hijos de los trabajadores en paro.

No hay diferencias en cuanto a la embriaguez entre los alumnos que asisten a la escuela pública y a la privada, ni entre los que viven en las zonas urbanas frente a los de las zonas semiurbanas y rurales.

## 8. OBSERVACIONES CON VISTAS A LA PREVENCIÓN

Esta breve exposición de algunos de los resultados del estudio relacionados con el consumo de tabaco y alcohol incluye datos que invitan a la reflexión. No sólo porque señalan una introducción precoz y masiva de los escolares en el consumo de dos drogas cuyo abuso es fuente de graves problemas de diversa índole, sino porque muestran tendencias o pautas que en gran parte eran ya conocidas o intuidas por estudios previos con muestras locales.

Desde hace años sabemos que el final de la EGB es una etapa crucial en la prevención del alcoholismo y el tabaquismo, tanto por el gran incremento del consumo de drogas legales que se da en ella como por constituir un momento clave en el desarrollo evolutivo. Sin embargo, este conocimiento no ha ido parejo a una intervención educativa en las aulas que, con una metodología adecuada, contribuya a la

prevención de éstas u otras drogodependencias. Aunque hay un claro auge de iniciativas de este tipo a cargo de los propios educadores, son escasos todavía en nuestro país los programas sistemáticos de educación sobre las drogas en el medio escolar (14-21) bien aisladamente o bien —lo que sería probablemente más útil— en el contexto de programas más amplios de educación para la salud.

Sin embargo, este artículo no debe dar lugar a pensar que las causas del consumo de drogas estriban en la edad, el sexo, el nivel sociocultural u otros factores de este tipo. Una encuesta de estas características puede darnos pistas de *quiénes* son los grupos sociales más propensos a unos de-

terminados problemas y sugerir quizás algunos de sus factores originantes. Sin embargo, la comprobación de éstos requerirá probablemente estudios de otra índole, como los relativos a la influencia de los precios de alcohol o el tabaco sobre su consumo, o los que tratan de evaluar el impacto de la publicidad de estas dos drogas.

En cualquier caso, un estudio como el que se relata en este artículo contiene una abundante información que puede ser útil para conocer el estilo de vida de los jóvenes y sus implicaciones sanitarias, lo que no deja de ser una base imprescindible para la programación y puesta en marcha de actividades de promoción de la salud de muy diverso signo.

97

#### BIBLIOGRAFIA

1. AARO, L. E. et al. Health behaviour in schoolchildren, a WHO cross-national survey: A presentation of philosophy, methods and selected results of the first survey. *Health Promotion*, 1986; 1: 17-33.
2. MILLER, R.; BROUD, G. *La santé pour les adolescents un problème?*. Lausanne: Institut Suisse de Prophylaxie de l'Alcoolisme, 1987 (Rapports du departement de recherche, n.º 16). 136 p.
3. MARKLUND, U.; STRANDELL, A. *Health Behaviour in Swedish Schoolchildren: a WHO cross-national survey*. Goteborg: University of Goteborg, Department of Education and Educational Research, 1987. 54 p.
4. KZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL. *A serdikorú iskolás gyermekek eqszsmaqatartása*. Budapest: Hungarian Central Statistical Office, 1987.
5. NUTBEAM, D. *Glosario de promoción de la salud*. Sevilla: Consejería de Salud, 1986. 16 p. (Separata técnica de la revista *Salud entre todos*.)
6. RIMPEL, M. *Changes in health habits of land in 1977-1987. Part I: Time age and sex*. Helsinki: National Board of Health, 1987. 29 p. (Series Original Reports, 7/1987).
7. GRUPO DE ORIENTACION DE LA BRIGADA CENTRAL DE ESTUPEFACIENTES. *La droga en la edad escolar*. Madrid: Subdirección General de Estudios y Documentación. Secretaría general Técnica. Ministerio del Interior, 1981.
8. MENDOZA, R.; QUIJANO, S.; TUTUSAUS, T. *El consumo de drogas en los escolares del ciclo superior de la EGB de la ciudad de Barcelona*. Instituto de Ciencias de la Educación de la Universidad de Barcelona. 1982. 348 p. (informe sin publicar).
9. GENERALITAT DE CATALUNYA. *El tabaquisme a Catalunya. Informe 1982*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1982.
10. COMAS, D. *El uso de drogas en la juventud*. Barcelona: Publicaciones Juventud y Sociedad, 1985. (Colección «Informe Juventud en España», núm. 4.)
11. DIRECCIÓN GENERAL DE JUVENTUD Y PROMOCIÓN SOCIOCULTURAL. *Juventud y droga en España*. Madrid: Subdirección General de Estudios e Investigaciones. Ministerio de Cultura, 1980.
12. EQUIPO DE INVESTIGACIÓN SOCIAL. La población española ante las drogas. *Documentacion social*. Núm. 42. Enero-marzo 1981.
13. EQUIPO DE INVESTIGACIÓN SOCIOLÓGICA. El consumo de drogas en España. Madrid. Cruz Roja Española, 1985.
14. MENDOZA, R. Prevention of drug abuse among students: a Spanish approach. *Impact of science on society*, 1984; 133: 97-109.
15. CALAFAT et al. *La prevención en drogodependencias: prevención escolar de las drogodependencias y prevención del alcoholismo*. Ponencia presentada en las XIII Jornadas nacionales de Sociodrogalcohol. Palma de Mallorca. Libro de Ponencias y comunicaciones, 1985; 1-110.
16. OÑATE, P. *Prevención de las Toxicomanías y Educación*. Madrid. Cruz Roja Española, 1984.



17. GENERALITAT DE CATALUNYA, DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL/DEPARTAMENT D'ENSENYAMENT. *Projecte de programa d'educació sanitària a l'escola (pre-escolar i EGB): edició experimental*. Barcelona. Generalitat de Catalunya, 1981.
18. CALAFAT et al. *La prevención de la droga en la edad escolar*. Mallorca, Consell Insular de Mallorca, 1982.
19. ALEMANY, G. et al. *El sociodrama como técnica de prevención del tabaquismo y otras drogodependencias: experiencia en 12 escuelas de Barcelona*. Winnipeg. Vth World Conference on Tobacco and health, 1983.
20. MENDOZA, R.; VILARRASA, A.; FERRER, X.: *La educación sobre las drogas en el ciclo superior de la EGB*. Madrid. Ministerio de Educación y Ciencia, 1986.
21. GRUPO DE TRABAJO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LOS CENTROS DOCENTES. *Propuesta de educación para la salud en los centros docentes*. Sevilla: Junta de Andalucía (Consejería de Salud. Consejería de Educación y Ciencia), 1985.

**Tabla 1. Descripción de la muestra real.**

	Población encuestable*	Aulas estimadas	Muestra real		
			6.º	8.º	T
Area 1. Norte .....	230.042 17,4%	15	244	273	517 18,2%
Area 2. Centro .....	185.719 14,0%	12	198	185	383 13,5%
Area 3. Madrid .....	166.384 12,6%	11	201	174	375 13,2%
Area 4. Cataluña/Baleares .....	217.417 16,5%	14	246	217	463 16,3%
Area 5. Este .....	199.672 15,1%	13	234	189	423 15,0%
Area 6. Sur .....	321.972 24,4%	21	324	348	672 23,8%
Total .....	1.321.206	86	1.447 51%	1.386 49%	2.833

(\*) Por población encuestable entendemos los niños de 11 y 13 años según datos del censo de 1981, bajo los supuestos de que la población se distribuye homogéneamente entre los 10 y los 14 años y de la total escolarización a esas edades.

99

**Tabla 2. Consumo de tabaco por sexo y curso.**

	6.º Curso			8.º Curso		
	Chico	Chica	Total	Chico	Chica	Total
A diario .....	1,2	0,1	0,6	4,9	4,3	4,6
Una vez semana .....	1,7	0,5	1,1	3,7	2,9	3,3
Alguna vez .....	13,6	10,7	12,1	20,2	19,3	19,8
No fuma .....	83,5	88,6	86,2	71,1	73,5	72,2
Total .....	100% (692)	100% (747)	100% (1.439)	100% (731)	100% (649)	100% (1.380)
	p < 0,005			p < 0,8		
p consumo de tabaco x curso (total de la muestra) < 0,0001						

**Tabla 3. Alumnos que han probado el alcohol, según sexo y curso.**

	6.º EGB			8.º EGB		
	Chicos	Chicas	Total	Chicos	Chicas	Total
Sí .....	78,3	65,6	71,7	91,0	85,9	88,6
No .....	19,8	31,4	25,8	8,3	12,0	10,0
No sabe .....	1,9	3,1	2,5	0,7	2,2	1,4
Total .....	100,0 (697)	100,0 (749)	100,0 (1.446)	100,0 (735)	100,0 (651)	100,0 (1.386)
	p < 0,0001			p < 0,005		
p probar alcohol x curso (total de la muestra) < 0,0001						

**Tabla 4. Frecuencia del consumo actual de bebidas alcohólicas.**

	Vino	Cerveza	Licores	Sidra
1. Cada día .....	2,6	3,0	0,6	0,7
2. Cada semana .....	3,8	7,3	2,3	1,3
3. Alguna vez .....	9,4	17,9	5,9	14,4
4. Rara vez .....	26,8	35,7	15,1	40,4
5. Nunca .....	57,4	36,1	76,1	43,3
Total .....	100% (2.676)	100% (2.725)	100% (2.662)	100% (2.716)

**Tabla 5. Relación entre el consumo de diferentes bebidas alcohólicas y algunas variables sociodemográficas.**

	Curso	Sexo	Prof. padre	Situación lab. padre	Tipo escuela	Tipo hábitat
Cerveza .....	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No
Vino .....	Sí	No	No	Sí	No	Sí
Licores .....	Sí	Sí	Sí**	No	No	No
Sidra .....	Sí	Sí*	Sí	Sí	No	No

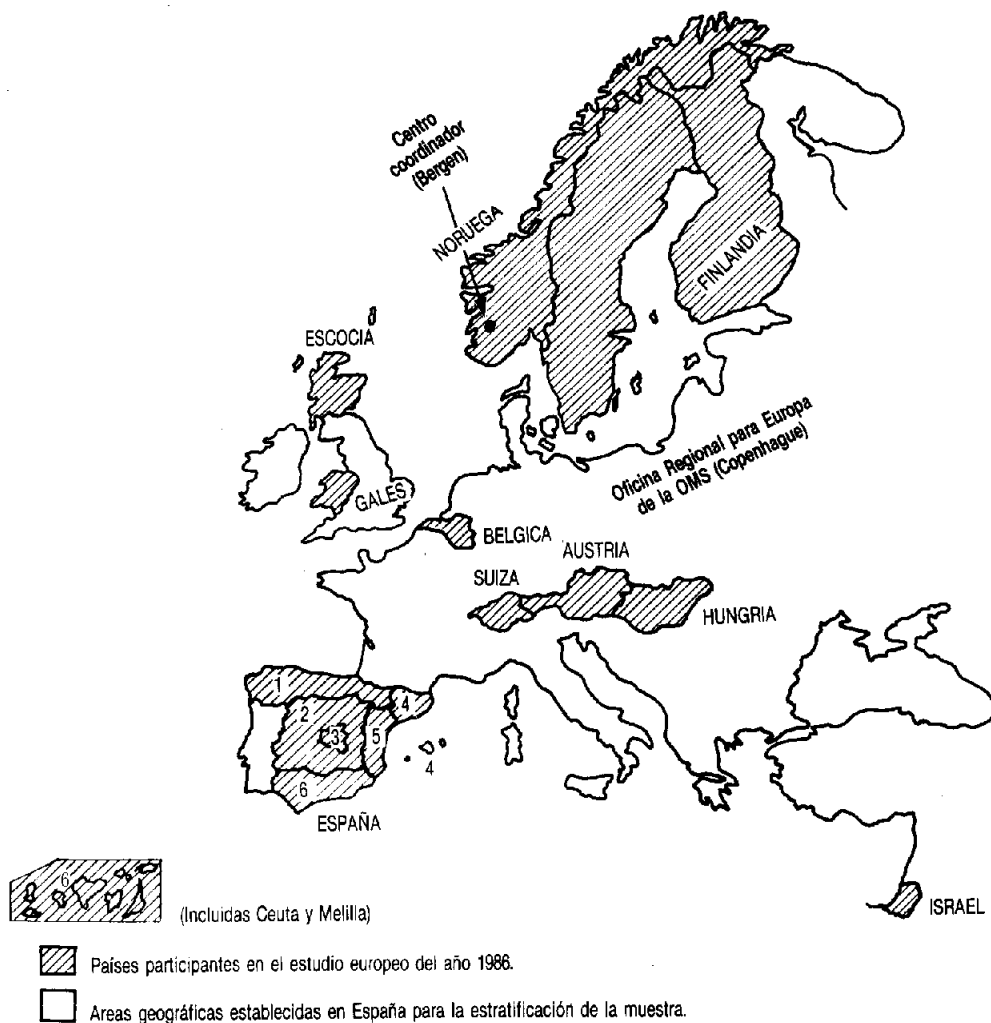
Se ha establecido que hay relación cuando  $p < 0,05$ .

\* La relación en este caso es a favor de los de sexto, que presentan un mayor consumo de sidra que los de octavo.

\*\* A diferencia de lo que ocurre con el de cerveza o sidra, el consumo de licores es algo menos frecuente en los hijos de padres de mayor nivel profesional.

**Tabla 6. Veces que se han emborrachado, según el sexo y el curso.**

	6.º Curso			8.º Curso		
	Chicos	Chicas	Total	Chicos	Chicas	Total
Nunca .....	82,0	92,0	87,2	68,8	79,6	73,8
Una vez .....	13,4	7,0	10,0	18,0	13,8	16,0
2-3 veces .....	2,4	0,9	1,7	8,5	5,4	7,0
4-10 veces .....	1,3	0,1	0,7	2,6	0,8	1,7
> 10 veces .....	0,9	—	0,4	2,2	0,5	1,4
Total .....	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	(696)	(747)	(1.443)	(733)	(651)	(1.384)
	p < 0,0001			p < 0,0001		
p «embriaguez» x «curso» (total de la muestra) < 0,0001						



**Figura 1. Países participantes en el estudio europeo de 1986.**

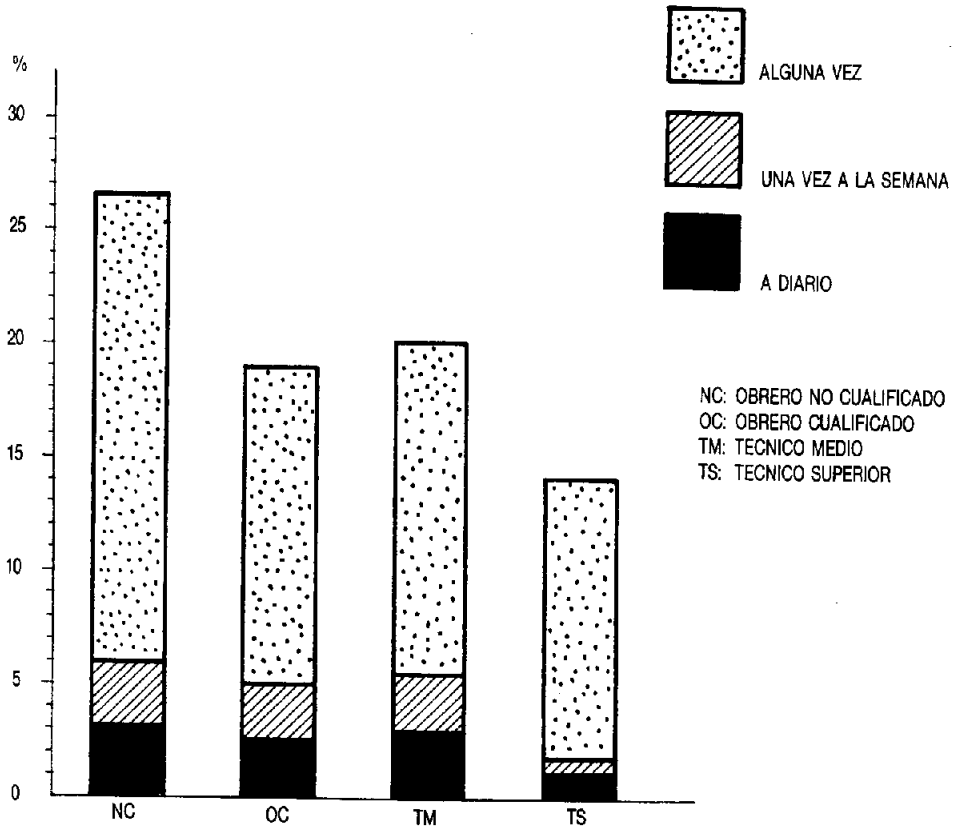


Figura 2. Escolares consumidores de tabaco según el nivel profesional del padre.

# Documentación



# Plan Amplio y Multidisciplinario de actividades futuras en torno del problema del uso indebido y del tráfico ilícito de drogas (capítulos III y IV)

*Con los capítulos III y IV concluye la publicación del Plan Amplio y Multidisciplinario, iniciada en el número 4 de «Comunidad y Drogas.»*

## Capítulo III. Supresión del tráfico ilícito

### INTRODUCCION

206. El tráfico de drogas es complejo y abarca una gran variedad de drogas, que pueden ser tanto de origen extranjero como nacional. El tráfico ilícito no sólo viola la legislación nacional y los tratados internacionales sobre drogas, sino que en muchos casos comporta además otras actividades antisociales, como la delincuencia organizada, asociación para delinquir, sobornos, cohecho e intimidación de funcionarios públicos, evasión fiscal, violaciones de la legislación bancaria, transferencias monetarias ilegales, delitos de violación de las normas de importación o de exportación, delitos relacionados con armas de fuego y delitos de violencia. Los estupeficientes se utilizan con frecuencia como medio de intercambio, en vez de dinero, para el comercio de armas y otras formas de contrabando, y algunas grandes redes de tráfico de drogas han logrado prácticamente controlar ciertas zonas. Dadas las inmensas consecuencias del comercio ilícito de drogas, ha llegado a peligrar incluso la integridad y la estabilidad de ciertos gobiernos. Esta vasta gama de actividades ilegales brinda también la posibilidad de adoptar toda una serie de medidas imagina-

tivas de represión, incluso aquellas en que se reconozca la necesidad de elaborar y aplicar programas de represión relativos a materias identificadas en el proyecto de convención contra el tráfico ilícito de estupeficientes y sustancias psicotrópicas, y hacer hincapié en las recomendaciones de la Reunión Interregional de Jefes de Organismos Nacionales de Represión del Uso Indebido de Drogas, reflejadas en el informe de la Reunión (A/41/559).

207. Es evidente que medidas como las sugeridas en el capítulo I, sobre la prevención y la reducción de la demanda ilícita, y en el capítulo II, sobre la eliminación de la oferta ilícita, contribuirían mucho a suprimir el tráfico ilícito.

208. No obstante, también es necesario garantizar una decidida aplicación de la ley, a fin de reducir la disponibilidad ilícita de drogas, hacer menos lucrativos los delitos relacionados con las drogas y contribuir a la prevención del uso indebido de drogas creando un ambiente favorable a los esfuerzos de reducción de la oferta y la demanda. El problema consiste en superar los obstáculos creados por la complejidad de las operaciones internacionales, el carácter clandestino del comercio de dro-



gas y el alto valor de un producto que a menudo es de escaso volumen. La coordinación de las actividades y la cooperación entre organismos nacionales en cada país y entre países son factores vitales para alcanzar este objetivo.

209. Muchos gobiernos han introducido métodos innovadores para dismantelar las organizaciones de traficantes de drogas. Estas afortunadas iniciativas pueden ser útiles para otros gobiernos, cuando sean aplicables y puedan adaptarse a la situación específica de una determinada zona o región.

210. Debe darse especial importancia a la necesidad de complementar las actividades de las autoridades de policía y de aduanas aumentando la eficacia del sistema de justicia penal para la detención, el procesamiento y la aplicación de la pena que corresponda a los traficantes condenados. También puede obtenerse el apoyo de todas las organizaciones no gubernamentales que se interesan en la aplicación de las leyes y en los asuntos judiciales. Debe promoverse y facilitarse la asistencia legal y judicial mutua entre jurisdicciones nacionales, así como la cooperación entre organismos de represión. Los activos obtenidos con el comercio ilícito de drogas deben poder ser objeto de incautación, al igual que los instrumentos utilizados en el tráfico. Debe facilitarse la extradición de las personas acusadas de delitos de drogas en la medida en que ello no sea incompatible con la legislación nacional vigente de los países interesados.

211. Un paso importante de la comunidad internacional en esta materia es la elaboración de una nueva convención contra el tráfico ilícito de estupefacientes y de sustancias psicotrópi-

cas, que se prepara con los auspicios de la Comisión de Estupefacientes a petición de la Asamblea General y se espera que sea adoptada en un futuro próximo. Se insta a los Estados a participar activamente en la elaboración de la nueva convención y a pasar a ser partes en ella una vez que haya sido adoptada. En espera de su entrada en vigor, que puede tomar algún tiempo, podrían aplicarse en lo posible las medidas previstas en la nueva Convención propuesta (E/CN.7/1987/2) mediante la introducción en la legislación nacional de las disposiciones adecuadas, en caso necesario.

212. La ratificación y la aplicación efectiva de los tratados internacionales de fiscalización del uso indebido de drogas por parte de todos los Estados aumentaría muchísimo las posibilidades de erradicar el tráfico ilícito de drogas en todo el mundo.

213. Los órganos intergubernamentales internacionales competentes deben poner en conocimiento de los gobiernos cualquier deficiencia observada en el funcionamiento del sistema internacional de fiscalización de drogas (por ejemplo, desviaciones hacia canales ilícitos) e invitarlos a proponer o, según el caso, a hacer esfuerzos por corregir las deficiencias en los planos nacional, regional e internacional.

#### OBJETIVO 17. DESARTICULACION DE LAS PRINCIPALES REDES DE TRAFICO DE DROGAS

El problema

214. Es necesario obtener a tiempo información sobre las actividades delictivas de los traficantes, a fin de poder identificarlos y capturarlos. Esta información suele existir en los registros de

organizaciones tales como bancos, empresas de transporte aéreo, por carretera, por ferrocarril y por vía marítima, direcciones de puertos y aeropuertos, direcciones de puertos francos, servicios de encomiendas, cambistas y empresas financieras y de inversión. Debe capacitarse al personal de todas las organizaciones interesadas para que comprendan el valor de esa información para las autoridades de represión.

215. El objetivo es encauzar toda la información pertinente para que llegue pronto a los organismos competentes de represión a fin de que los traficantes puedan ser identificados y capturados. Por esa razón es necesario reforzar la cooperación entre los organismos de represión dentro del territorio de cada Estado y, en virtud de acuerdos bilaterales, entre dichos organismos y sus contrapartes en otros Estados, intensificar la capacitación del personal de represión (en cuanto a su pericia e integridad) y conseguir la ayuda del sector no gubernamental para recoger informaciones.

216. Con este fin, se insta a todos los Estados Partes que todavía no lo hayan hecho a que designen el servicio de coordinación previsto en el inciso a) del artículo 35 de la Convención de 1961 y el inciso a) del artículo 21 del Convenio de 1971, servicio al que se deberá dar la necesaria autoridad para coordinar las actividades que se exponen a continuación.

#### Medidas sugeridas

##### *En el plano nacional*

217. Teniendo debidamente en cuenta el sistema administrativo y jurídico nacional, dicho servicio podría recoger de todos los organismos gubernamen-

tales información útil para la represión del uso indebido y tráfico ilícito de drogas y, respetando la intimidad y el sigilo debidos, velar por que esta información se comunique prontamente al organismo de represión apropiado. En caso necesario, este requisito podría hacerse constar en las leyes y los reglamentos que correspondan.

218. El ministerio u organismo competente debe encargarse de organizar la capacitación del personal de todos esos organismos a fin de que pueda reconocer y transmitir rápidamente al organismo apropiado cualquier información que sea útil para identificar a los traficantes y detectar sus actividades.

219. El organismo competente debe ponerse en contacto con las empresas de transporte aéreo, ferroviario, marítimo, fluvial y por carretera que operan internacionalmente y con las asociaciones de tales empresas, instándolas a que examinen sus procedimientos no sólo para evitar que sus propios servicios sean indebidamente utilizados por los traficantes (véase también el objetivo 24), sino también para asegurarse de que la información sobre cualquier actividad de tráfico de drogas sea comunicada sin pérdida de tiempo.

220. Los órganos legislativos deben considerar la posibilidad de promulgar leyes que sancionen a las empresas de transporte que tengan conocimiento de tal uso indebido y tráfico ilícito y no adopten medidas prontas y adecuadas para remediarlo y comunicarlo, o sean imprudentes o muy negligentes a este respecto. En tales circunstancias, es necesario promulgar leyes, si no existen, para la incautación e inmovilización del equipo de transporte utilizado para el tráfico de drogas (véase también el objetivo 23).

221. Con sujeción a las limitaciones que imponga el ordenamiento constitucional, legal y administrativo, el ministerio competente u otro organismo nacional encargado de las cuestiones financieras debe cerciorarse de que toda actividad sospechosa de los bancos, cambistas, empresas financieras y de inversión, servicios de encomiendas y otros servicios afines sea comunicada prontamente al ministerio o entidad competente y al organismo de represión de drogas. Del mismo modo, en los casos en que la información en poder de las autoridades tributarias pueda ayudar a las investigaciones, el organismo de represión de drogas debe tener acceso a ella. Toda modificación que sea necesario introducir en las leyes sobre el secreto bancario y comercial debe hacerse de forma que permita descubrir delitos relacionados con las drogas. Deben organizarse cursos de capacitación, con ayuda o asesoramiento del ministerio o la autoridad, para los empleados de instituciones bancarias y financieras, a fin de que aprendan a reconocer las operaciones sospechosas. El movimiento de cantidades excepcionalmente grandes de dinero en efectivo o de títulos negociables, el ingreso de cantidades excepcionalmente grandes de dinero en efectivo en bancos, el mantenimiento no declarado de cuentas en el extranjero por nacionales o residentes en los casos en que es preciso declarar tales cantidades, y las grandes acumulaciones inexplicadas de riqueza de origen evidentemente ilícito deberían ser castigadas por ley, si hay pruebas de «blanqueo» u ocultación de fondos en relación con el tráfico ilícito de drogas.

222. El ministerio u otro organismo competente en el plano local debe fijar normas de conducta e integridad para los organismos de represión del uso indebido de drogas y los oficiales rela-

cionados con dicha represión. Todos los Estados deben garantizar la promulgación de un marco jurídico adecuado que prevea las sanciones penales correspondientes (si no existen) y permita el enjuiciamiento penal y el castigo en casos de corrupción.

223. Los organismos nacionales competentes, teniendo debidamente en cuenta los principios fundamentales del ordenamiento jurídico del país, podrían hacer uso de todas las técnicas modernas de investigación en la lucha contra el tráfico internacional organizado de drogas, incluidos los delitos de corrupción por parte de funcionarios públicos.

224. Si mientras se investigan actividades sospechosas, un organismo gubernamental descubre pruebas de que existe una conexión entre el tráfico ilícito de drogas y el tráfico ilícito de armas o la delincuencia internacional organizada, dicho organismo debe informar de ello prontamente a las demás entidades nacionales y comunicar los detalles pertinentes al organismo competente del país que es objetivo probable del tráfico ilícito o de la actividad delictiva organizada de que se trate.

#### *En los planos regional e internacional*

225. Los ministerios competentes y los organismos nacionales de represión del tráfico ilícito de drogas deben, según proceda, en el marco de los tratados internacionales y los acuerdos bilaterales, cooperar estrechamente con sus contrapartes de otros Estados y en unión con la OIPC/Interpol cuando proceda a fin de hacer más eficaces sus medidas de represión destinadas a suprimir el tráfico ilícito de drogas. Con este propósito, deben establecer y mantener canales de comunica-

ción entre sus respectivos organismos de represión, mediante los cuales se puedan intercambiar sin demora informaciones.

226. Los Estados deben tratar, directamente o por medio de las organizaciones internacionales apropiadas, de establecer acuerdos regionales e internacionales para reforzar la cooperación en la lucha contra el tráfico ilícito de drogas.

227. Cuando sea necesaria, convenirá tratar de obtener asistencia bilateral y multilateral para financiar programas de cooperación y asistencia técnicas y para mejorar los canales de comunicación para la transmisión de informaciones relacionadas con la lucha contra el tráfico ilícito de drogas.

228. Con la cooperación de la OIPC/Interpol y del CCA, cuando proceda, la División de Estupefacientes debe seguir organizando, a intervalos regulares, cursos regionales e interregionales para capacitar al personal de los organismos de represión y organismos conexos y a funcionarios de los organismos nacionales de turismo y para promover la cooperación entre dichos organismos en la lucha contra el tráfico ilícito de drogas.

229. Como las actividades de las bandas de traficantes de drogas varían de una región a otra, las autoridades nacionales, en cooperación con la OIPC/Interpol y el CCA, cuando proceda, deben acopiar en el plano regional la información disponible sobre las características y métodos de actuación de dichas bandas, para ser utilizada por los Estados y por los organismos y entidades internacionales interesados.

230. En los países en que se sepa o sospeche que el sector «no estructura-

do» o «paralelo» de la economía representa una parte importante del producto nacional y del comercio internacional, el ministerio o la entidad competente debe investigar las formas en que la producción ilícita y el tráfico de drogas contribuyen a las actividades económicas «no estructuradas» y adoptar medidas al respecto. Puede que el ministerio u organismo competente desee comunicar la información pertinente a otros países, de la región o de otras regiones, de los que se sabe que son puntos de destino del tráfico ilícito de drogas a través de las fronteras, o puntos de destino de la fuga de capitales que representan las ganancias obtenidas por los traficantes gracias a sus operaciones ilegales.

231. Si se obtienen pruebas concluyentes de que el tráfico ilícito se lleva a cabo utilizando indebidamente la valija diplomática o el estatuto diplomático o consular, corresponderá al gobierno del Estado receptor adoptar medidas para detener este tráfico y para ocuparse del personal diplomático o consular de que se trate de rigurosa conformidad con lo dispuesto en las Convenciones de Viena sobre Relaciones Diplomáticas y sobre Relaciones Consulares. La Conferencia llamó la atención de la Comisión de Derecho Internacional sobre el uso de la valija diplomática para el tráfico de estupefacientes, a fin de que la Comisión lo estudie en el tema relacionado con el estatuto de la valija diplomática.

#### OBJETIVO 18. FOMENTO DE LA UTILIZACION DE LA TECNICA DE ENTREGA VIGILADA

El problema

232. En muchos círculos se considera que la técnica de represión conoci-

da como «entrega vigilada» es un instrumento eficaz para identificar y neutralizar a los principales organizadores del tráfico internacional de drogas. Con arreglo a este procedimiento, se permite que un envío de drogas ilícitas ya detectado continúe su camino, sometido a una vigilancia constante y secreta, hasta llegar al punto de destino previsto por los traficantes; la finalidad de esta vigilancia es llegar a descubrir y finalmente a detener a los jefes de las bandas que practican este tráfico. En algunas jurisdicciones nacionales han surgido dificultades porque las leyes disponen la detención inmediata del sospechoso en cuanto se descubre un tráfico ilícito, y también cuando no está claramente definido a quién corresponde ejercer tal vigilancia y no existe la seguridad de que en el país de destino se apliquen estrictamente las leyes penales o cuando la pena por el tráfico sea leve o menos severa. Existe, además, el riesgo de que el envío termine en malas manos. Los elevados costos de este procedimiento y la falta de personal capacitado han hecho que en algunos países no se emplee este método utilísimos, que permite seguir las huellas de la entrega de drogas ilícitas hasta su destino final.

#### Medidas sugeridas

##### *En el plano nacional*

233. A menos que la constitución del Estado de que se trate impida que se modifiquen las leyes para permitir el empleo de la técnica de la entrega vigilada, debe examinarse la posibilidad de modificar la legislación a fin de permitir su empleo, previa concertación de acuerdos o arreglos bilaterales. El órgano legislativo y el ministerio u otros organismos competentes deben adoptar las medidas necesarias de confor-

midad con las leyes nacionales para autorizar el uso adecuado de esta técnica a efectos de individualizar y llevar ante los tribunales a los individuos, empresas u otras organizaciones que participen en el envío, transporte, entrega, ocultación o recepción de una expedición ilícita de sustancias fiscalizadas, que no llegarían a detectarse si los intermediarios o portadores fueran detenidos inmediatamente al ser identificados.

##### *En los planos regional e internacional*

234. Para cerciorarse de que la entrega vigilada está bien coordinada en los planos nacional e internacional, los Estados podrían encargarse dicha coordinación, si lo consideran apropiado, al servicio o servicios designados para este fin.

235. Con ayuda del Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas y en estrecha cooperación con la OIPC/Interpol y el Consejo de Cooperación Aduanera, la División de Estupefacientes debe organizar cursos regionales de capacitación para funcionarios de los servicios de represión y del poder judicial, para establecer directrices e instruirlos en las técnicas de vigilancia, control y coordinación de la entrega vigilada.

#### OBJETIVO 19. NECESIDAD DE FACILITAR LA EXTRADICION

##### El problema

236. A pesar de los intereses y obligaciones comunes que comparten los Estados Partes en la Convención de 1961 y en el Convenio de 1971, las leyes y reglamentaciones aplicables a personas acusadas de delitos relacio-

nados con el tráfico de drogas varían considerablemente de un país a otro. Estas diferencias en las leyes dan a los traficantes oportunidades para evadir la captura y el enjuiciamiento; por ejemplo, pueden residir en un país cuyas leyes o cuya administración de justicia son tan poco severas que los traficantes disfruten virtualmente de inmunidad contra el enjuiciamiento y la extradición a un país en el que son acusados de un delito.

237. Sin duda alguna, un poderoso elemento de disuasión contra los delitos relacionados con el tráfico de drogas sería que el traficante supiera que el procesamiento, el juicio y, si es condenado, la pena por tal delito, son inevitables y que la extradición al país donde se cometió el presunto delito y que reclama la extradición es casi segura, siempre y cuando se observe el procedimiento legal nacional correcto. La promulgación de leyes apropiadas, donde no existan todavía, y su aplicación rigurosa serían muy útiles para negar un lugar de asilo a los traficantes de drogas.

#### Medidas sugeridas

##### *En el plano nacional*

238. Si el organismo nacional competente lo considera necesario, podría revisarse la legislación nacional a fin de que todos los actos enumerados en el párrafo 256 se definan como delitos que den lugar a la extradición, y sean incluidos (mediante modificaciones en caso necesario) en los tratados de extradición vigentes y en los que se concierten en el futuro.

##### *En los planos regional e internacional*

239. Los Estados podrían examinar la posibilidad de concertar tratados bi-

laterales o multilaterales de extradición relativos al tráfico de drogas y otros delitos conexos si lo estiman procedente.

## OBJETIVO 20. ASISTENCIA JUDICIAL Y JURIDICA MUTUA

### El problema

240. Los aspectos multinacionales del tráfico ilícito de drogas complican muchísimo la represión, la investigación y las medidas judiciales para combatirlo. Los testigos, documentos y demás pruebas suelen estar dispersos en Estados distintos del Estado en que las personas acusadas de delitos relacionados con las drogas son llevadas ante los tribunales, y las normas detalladas sobre la presentación de pruebas pueden crear dificultades a los órganos judiciales. Con sujeción a las limitaciones que imponga el ordenamiento constitucional, legal y administrativo, la asistencia jurídica mutua que se necesita incluye, por ejemplo:

- a) la práctica de pruebas, incluida la prestación obligatoria de testimonios;
- b) la comunicación de documentos judiciales;
- c) la ejecución de mandamientos de registro e incautación;
- d) el examen de objetos, lugares y vehículos;
- e) la localización o identificación de testigos o personas sospechosas;
- f) la verificación por los laboratorios de estupefacientes de la naturaleza ilegal de las sustancias incautadas;
- g) el intercambio de información y objetos;
- h) la consulta de documentos y registros pertinentes, incluso registros bancarios, financieros, em-

presariales y comerciales. La actual legislación sobre el secreto bancario se utiliza en muchos casos para obstaculizar la cooperación y el suministro de la información necesaria para la investigación de supuestos delitos relacionados con las drogas.

#### Medidas sugeridas

##### *En el plano nacional*

241. Las autoridades competentes podrían sugerir que, conforme a los respectivos acuerdos bilaterales y multilaterales, se preste toda la asistencia jurídica mutua posible para las actuaciones judiciales, entre ellas las investigaciones y procesamientos relacionados con los delitos de tráfico ilícito, para lo cual debe introducir o proponer cualesquiera modificaciones necesarias de las leyes, reglamentaciones o procedimientos. Se podrían dictar leyes, en la medida necesaria, que den amplios poderes a los tribunales para prestar asistencia a los tribunales de otras jurisdicciones para acopiar pruebas a tenor de las leyes del Estado requerido y, en la mayor medida de lo posible, en virtud de las leyes del Estado requirente.

242. Cada Estado podría asegurarse de que el organismo competente o la autoridad responsable estén facultados para recibir solicitudes de asistencia jurídica mutua y asimismo para dirigir tales solicitudes a otros Estados. El organismo o autoridad del Estado requerido debe estar facultado para recomendar que las solicitudes de asistencia jurídica mutua se cumplan de conformidad con los requisitos de procedimiento especificados en la solicitud, en cuanto dichos requisitos no sean incompatibles con las leyes del Estado requerido.

##### *En los planos regional e internacional*

243. Los ministerios u organismos competentes deben, en cooperación con los ministerios de relaciones exteriores, tomar disposiciones para concertar acuerdos regionales o internacionales que contribuyan a los propósitos descritos anteriormente. Algunos Estados han concertado o están negociando acuerdos bilaterales y regionales encaminados a estos fines. Muchos de estos acuerdos hacen menos estrictas las reglamentaciones del secreto bancario en casos de tráfico de drogas, lo cual reduce el número de «refugios seguros» de que disponen los traficantes.

244. La Comisión de Estupefacientes debe pedir al Secretario General de las Naciones Unidas que publique periódicamente listas del organismo o de las autoridades nacionales designados por los Estados Partes con el fin de facilitar la cooperación jurídica y judicial.

245. Debe pedirse también al Secretario General que publique un compendio de los acuerdos bilaterales y regionales sobre asistencia jurídica mutua concertados por los Estados, y los Estados deben informar al Secretario General sobre la concertación de tales acuerdos, si las Partes lo estiman procedente.

246. Teniendo en cuenta que en la lucha contra el tráfico ilícito es de enormes importancia recibir a tiempo las informaciones necesarias, los gobiernos podrían intensificar sus esfuerzos contra esas actividades ilícitas si poseyeran canales eficaces de comunicación que les permitieran seguir prontamente la pista de los movimientos de traficantes. Con este fin, los Estados quizá consideren útil concertar arreglos mul-

tilaterales, bilaterales o regionales para el intercambio recíproco de información pertinente entre los organismos de represión, incluidos los de los Estados de tránsito. Estos últimos pueden pedir asistencia al Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas y a los programas de asistencia bilateral y multilateral para establecer o ampliar su red de comunicaciones destinada a este fin.

247. Cuando lo consideren conveniente para fortalecer la paz y la seguridad en los planos internacional o regional y crear confianza, los gobiernos interesados podrían estudiar la posibilidad de concertar acuerdos oficiales (en la medida en que no existan ya tales acuerdos) que contengan disposiciones para continuar la lucha contra el tráfico ilícito de drogas. Tales acuerdos podrían abarcar, entre otras cosas, cursos recíprocos de capacitación para funcionarios, una mayor facilidad de comunicación entre las autoridades, el establecimiento de enlaces directos por télex, etc.

248. Los Estados cuyos sistemas legislativos y normas sobre pruebas y procedimientos sean muy semejantes tal vez deseen estudiar la posibilidad de concertar acuerdos para el traslado de procedimientos penales, según proceda, y para el reconocimiento recíproco de las decisiones judiciales sobre delitos relacionados con las drogas. En tales casos, las disposiciones de un acuerdo de ese tipo pueden especificar que el fallo del tribunal de un Estado parte en el acuerdo tiene fuerza ejecutoria en el otro Estado parte, a condición de que cuando se imponga una condena los derechos humanos fundamentales de la persona condenada estén garantizados en el lugar en donde se va a cumplir la sentencia.

## OBJETIVO 21. POSIBILIDAD DE ADMITIR COMO PRUEBA LAS MUESTRAS DE INCAUTACIONES IMPORTANTES DE DROGAS

El problema

249. Con frecuencia, las autoridades de represión se incautan de un envío ilícito de grandes cantidades de droga. Las leyes y reglamentaciones de algunos Estados exigen que se conserve el envío en su totalidad hasta que finalicen las investigaciones y el proceso judicial. Durante el período de espera hay el riesgo de que las drogas decomisadas vayan a parar de nuevo al tráfico ilícito. Además, algunos Estados carecen de laboratorios adecuados para analizar los productos decomisados; sin embargo, un análisis preciso y oportuno es esencial para proceder con éxito al enjuiciamiento por delitos relacionados con las drogas. Hay que establecer metodologías técnicas para la destrucción, en condiciones de seguridad, de grandes cantidades de drogas y para el análisis químico preciso de las muestras, incluida la determinación de procedimientos adecuados para la toma de muestras de drogas incautadas en grandes cantidades.

Medidas sugeridas

*En el plano nacional*

250. De acuerdo con los principios fundamentales del ordenamiento jurídico nacional deben promulgarse leyes o modificarse según proceda, para autorizar la pronta destrucción o eliminación por otros medios ilícitos de estupefacientes y sustancias psicotrópicas decomisadas después que se haya tomado la muestra o muestras requeridas por las leyes con fines de análisis y práctica de pruebas. En todo caso,



cuando sea necesario, deben establecerse y mantenerse procedimientos de seguridad para el almacenamiento y eliminación de las drogas aprehendidas, a fin de garantizar que ninguna parte de ellas sea desviada hacia el mercado ilícito.

251. En los Estados que carezcan de instalaciones adecuadas para realizar análisis químicos o forenses no deben escatimarse esfuerzos por establecer tales laboratorios; en ausencia de tales instalaciones, las leyes podrían facultar al poder judicial para admitir como prueba los resultados de análisis efectuados por laboratorios extranjeros reconocidos por el gobierno. Esos laboratorios pueden ser, aunque no exclusivamente, los de los órganos internacionales competentes o los establecidos sobre una base regional. Además, en algunos casos puede ser conveniente permitir la utilización de los correos para enviar bajo vigilancia muestras de estupefacientes y sustancias psicotrópicas aprehendidos a los laboratorios regionales o a otros laboratorios con objeto de analizarlas.

#### *En los planos regional e internacional*

252. La División de Estupefacientes, con la asistencia del Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas, debe seguir otorgando gran prioridad a su programa de asistencia científica y técnica y dar pleno apoyo al establecimiento y el fortalecimiento de laboratorios nacionales y regionales de estupefacientes en Estados que dispongan de recursos limitados y se vean afectados por la producción, el tráfico, el tránsito o el consumo ilícito de drogas objeto de uso indebido.

253. La División debe elaborar métodos normalizados admisibles para ana-

lizar los estupefacientes y las sustancias psicotrópicas aprehendidos, continuar actuando como fuente central de normas puras de referencia y preparar formularios, de aceptación universal, para presentar los resultados de los análisis de las incautaciones. A este respecto, debe fomentarse una mayor cooperación para intercambiar, compartir y difundir la información, por ejemplo, la relativa a métodos de análisis, nuevas tendencias, sustancias objeto de uso indebido no fiscalizadas y fuentes de fabricación.

#### OBJETIVO 22. ADECUACION ORIENTADA A UNA MAYOR EFICACIA DE LAS DISPOSICIONES PENALES

El problema

254. El artículo 36 de la Convención de 1961 y el artículo 22 del Convenio de 1971, respectivamente, disponen que los actos contrarios a las disposiciones de estos instrumentos deben ser considerados como delitos por los Estados Partes. Como las definiciones de los delitos relacionados con las drogas y las disposiciones penales no son uniformes sino que pueden variar de un país a otro, hay vacíos legales que permiten que los traficantes de drogas y sus cómplices eviten ser procesados. La práctica en materia de sentencias varía también mucho dentro de una misma jurisdicción nacional y entre una jurisdicción nacional y otra, y lo mismo sucede con las normas relativas a la libertad provisional después de la detención y después de condenas que entrañen la privación de libertad.

Medidas sugeridas

*En el plano nacional*

255. El órgano legislativo, los ministerios u otros organismos competen-

tes, las facultades de derecho, las instituciones de investigación y otros órganos académicos análogos deben examinar las leyes nacionales y las prácticas del país para asegurar que los delitos por producción y tráfico de drogas sean objeto de sanciones adecuadas.

256. De acuerdo con los principios fundamentales del ordenamiento jurídico nacional, los Estados podrán adoptar las medidas necesarias para definir como delitos en virtud de su respectivo Código penal:

- a) la producción, el tráfico o la importación ilícita de estupefacientes o sustancias psicotrópicas;
- b) la fabricación, distribución, posesión o posesión temporal de materiales o equipos destinados a la producción o fabricación ilícita de estupefacientes o sustancias psicotrópicas;
- c) la adquisición, posesión, posesión temporal, transferencia o blanqueo del producto o los instrumentos derivados del tráfico ilícito o utilizados en ese tráfico;
- d) la asociación para cometer, la tentativa de cometer y la participación en la comisión de los mencionados delitos.

257. Los Estados deben procurar, mediante leyes si procede, que sus sistemas de enjuiciamiento tomen en consideración, en lo que respecta a la condena inicial y a la concesión de libertad condicional, circunstancias agravantes que pueden incluir, entre otras:

- a) la intervención de los planificadores y organizadores de grupos organizados de delincuentes;
- b) la utilización de armas de fuego o la violencia;

- c) el hecho de que el delincuente desempeñe cargos públicos o ejerza la medicina;
- d) delitos anteriores de tráfico de drogas, donde quiera que se hayan cometido;
- e) la intención manifiesta por parte del delincuente de infiltrar e introducir drogas en instituciones cerradas, como prisiones, locales militares, internados, centros de tratamiento y rehabilitación para toxicómanos y semejantes, y de servirse de menores para la comisión del delito;
- f) la victimación de menores.

258. Los Estados deben prever en sus sistemas judiciales una acción muy cautelosa en lo relativo a la concesión de libertad provisional bajo fianza o caución a un presunto delincuente, después de su detención y mientras esté pendiente el juicio, porque los traficantes disponen de tantos recursos que pueden absorber fácilmente la pérdida de una fianza o caución. Como los delitos relacionados con el tráfico de drogas forman parte habitualmente de una empresa delictiva permanente, los Estados deben establecer una base jurídica para denegar la libertad condicional cuando haya indicios de que dicha libertad constituiría una continua amenaza para la comunidad.

259. El ministerio u organismo competente debe proponer leyes (en la medida en que no existan) que prevean la aplicación de medidas disciplinarias o penales a cualquier médico que haya extendido prescripciones del que se pruebe que ha aceptado favores financieros o de otra clase a cambio de dichas prescripciones. Medidas semejantes deben aplicarse a cualquier médico del que se pruebe que ha prescrito medicamentos inadecuados a quienes

sabe que son toxicómanos o que probablemente desvíen los medicamentos prescritos al tráfico ilícito. Una disposición análoga debe aplicarse a los farmacéuticos y al personal de enfermería en caso de dispensación indebida.

#### *En los planos regional e internacional*

260. A fin de promover una acción concertada para impedir que los traficantes se aprovechen de la diversidad de leyes, prácticas judiciales y enjuiciamientos penales en los países de una determinada región, los gobiernos y los órganos legislativos deben fomentar una mayor cooperación entre las autoridades judiciales, de policía y aduaneras y examinar en qué medida es posible armonizar en el plano regional y aplicar eficazmente en el plano nacional esos diversos elementos relativos al tráfico ilícito.

### OBJETIVO 23. CONFISCACION DE LOS INSTRUMENTOS Y EL PRODUCTO DEL TRAFICO ILICITO DE DROGAS

#### El problema

261. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 37 de la Convención de 1961 y en el párrafo 3 del artículo 22 del Convenio de 1971, relativos a los objetos directamente asociados con la comisión de delitos de tráfico de drogas, la mayoría de los sistemas legales nacionales en materia penal o civil disponen la incautación y decomiso de los utensilios y dispositivos utilizados en la comisión de estos delitos. Es más, la mayor parte de esas disposiciones no pueden interpretarse en el sentido de que son aplicables a los activos adquiridos con las ganancias derivadas del tráfico de drogas.

262. La cuantía de las operaciones en bienes y dinero, en particular de las transferencias de efectivo relacionadas con el tráfico de drogas, ha aumentado de tal modo que esas transacciones afectan a algunas economías nacionales en su totalidad. El mayor uso que hacen los traficantes y sus asociados de estructuras empresariales complicadas y de intrincadas transacciones comerciales, en que intervienen bancos, compañías fiduciarias, sociedades inmobiliarias y otras instituciones financieras, ha hecho más difícil la incautación de los activos derivados del tráfico de drogas. Como la legislación en materia de banca, impuestos e inversiones varía de un país a otro, los traficantes y sus cómplices pueden encontrar escapatorias en las leyes y reglamentos nacionales y adaptar rápidamente planes y técnicas de blanqueo para ocultar sus ganancias mal habidas.

#### Medidas sugeridas

##### *En el plano nacional*

263. De acuerdo con los principios fundamentales del ordenamiento jurídico nacional los órganos legislativos, los ministerios u otros organismos competentes, las facultades de derecho, los institutos de investigación y otros órganos académicos similares deben examinar las leyes y los reglamentos nacionales y considerar la conveniencia de proponer las modificaciones que estimen necesarias para facilitar y garantizar la incautación, congelación y confiscación de los objetos utilizados a sabiendas en el tráfico y de las ganancias derivadas de éste, incluidos los objetos adquiridos intencionalmente con estas ganancias.

264. Cuando se ha determinado mediante un procedimiento judicial o ad-

ministrativo apropiado que determinados activos se han adquirido con ganancias procedentes del tráfico, la ley debe prever que se pierda la propiedad de todos esos activos. Si algunos de estos activos se encuentran en otro Estado, el Estado en que la acción se haya iniciado debe ayudar a ese otro Estado a incautarse de dichos activos.

265. En su legislación y reglamentos los Estados deben facultar a sus autoridades judiciales y otras autoridades del caso a acceder a las peticiones que en buena y debida forma presentan en ese sentido los Estados en donde el delito pueda haberse cometido.

266. Las asociaciones bancarias, las sociedades de inversión y otras instituciones análogas deben elaborar códigos de conducta por los que sus propios miembros se comprometan a ayudar a las autoridades a detectar las ganancias derivadas a las actividades del tráfico ilícito. Con sujeción al respeto de los principios fundamentales de la legislación nacional, en la legislación deben preverse multas u otras penas para el personal o los directores de esas empresas que hayan participado —o facilitado— con conocimiento de causa en planes para ocultar información relativa a tales transacciones.

267. Con sujeción a las limitaciones que imponga el sistema constitucional, jurídico y administrativo, para detectar las fuentes de suministro ilícito de drogas y reducirlo, el ministerio competente tal vez desee efectuar o encargar una investigación sobre los niveles de ingresos de las personas de quienes se sospecha que han servido de canales de suministro. Conviene orientar a los investigadores para que busquen pruebas en los registros de las autoridades fiscales, de los órganos encargados de conceder licencias para vehículos auto-

motores, en el catastro de la propiedad inmobiliaria y el registro público de empresas, así como en cualquier otro registro estadístico o financiero accesible que pueda revelar desequilibrio entre el ingreso declarado y un nivel de gastos ostentoso.

268. El ministerio u otro organismo competente debe considerar la conveniencia y posibilidad de establecer un fondo especial, cuyos recursos se utilizarían en la lucha contra el tráfico ilícito y el uso indebido de drogas. Los activos de ese fondo podrían constituirse a partir, por ejemplo, de contribuciones voluntarias, asignaciones gubernamentales especiales, dinero o bienes incautados en relación con el procesamiento y condena de los traficantes de drogas.

269. La distribución de las sumas derivadas de las incautaciones y confiscaciones podría ser convenida entre los Estados interesados. Cada Estado podría autorizar a un organismo apropiado el establecimiento de un fondo fiduciario para mantener esos bienes confiscados.

#### *En los planos regional e internacional*

270. La División de Estupefacientes, en cooperación con la OIPC/Interpol y el CCA, con la ayuda en caso necesario del Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas, debe alentar el intercambio de información sobre planes y técnicas de blanqueo transfronterizo, así como de experiencias obtenidas en la capacitación del personal de los organismos de represión y de las instituciones financieras.

271. Cuando se negocien acuerdos bilaterales o multilaterales con el pro-

pósito de fomentar el comercio internacional, la cooperación económica, los intercambios culturales o fines análogos, los representantes de los Estados que negocien dichos acuerdos podrían considerar la conveniencia de insertar en estos instrumentos disposiciones encaminadas a impedir que las operaciones lícitas que se efectúen con arreglo a esos acuerdos se empleen para el blanqueo de ganancias provenientes del tráfico ilícito de drogas, la elaboración ilícita de drogas y el cultivo ilícito de plantas que contienen sustancias estupefacientes.

#### OBJETIVO 24. CONTROLES MAS ERICTOS DE LOS MOVIMIENTOS A TRAVES DE LOS ACCESOS FRONTERIZOS OFICIALES

El problema

272. La seguridad de los aeropuertos, puertos marítimos y puntos de cruce de fronteras terrestres está, por regla general, a cargo de las administraciones de aduanas y, hasta cierto punto, de las autoridades de inmigración. Sin embargo, puede haber lagunas en el control efectivo ejercido por los organismos de represión. Si no existe, por ejemplo, un servicio permanente de vigilancia, estos accesos fronterizos son tan vulnerables a la penetración como otras zonas fronterizas. Pero incluso si existe este servicio permanente, la organización y la disposición de las instalaciones permiten a menudo evadir los controles, y son pocos los puntos fronterizos equipados con medios modernos o adecuados para detectar los movimientos ilícitos de drogas, tales como dispositivos de detección o perros husmeadores. El personal de servicio encargado de actividades como el mantenimiento, la limpieza, el reabastecimiento de combustible

y el suministro de comidas, así como las tripulaciones, no son siempre objeto de un control adecuado. Los servicios de aduanas se encuentran invariablemente bajo la jurisdicción de las autoridades del gobierno central, en tanto que la administración de los aeropuertos y puertos marítimos puede recaer en diferentes entidades locales públicas o en sociedades comerciales. Los servicios organizados de envío privado de mensajes y encomiendas que actúan a través de las fronteras plantean posibles riesgos.

273. Los resultados obtenidos a nivel mundial por los organismos de represión encargados de combatir el tráfico ilícito de drogas muestran que las mayores incautaciones se hacen en la actualidad en el transporte comercial, donde las drogas se ocultan entre mercancías en tráfico normal o dentro de cavidades especialmente adaptadas en los medios de transporte. Esa forma de acarreo parece ser actualmente el medio preferido de transporte de las organizaciones estructuradas de traficantes. El aumento del comercio internacional, la alternación acelerada de los medios de transporte internacionales y el desarrollo del tráfico de contenedores deberían inducir a las autoridades supervisoras a adoptar medidas respecto del establecimiento de medios nacionales e internacionales eficaces de disuasión y represión que sean compatibles con la rápida circulación del tráfico internacional.

Medidas sugeridas

*En el plano nacional*

274. Los organismos de represión, los servicios de aduanas y los ministerios u otros organismos competentes deben analizar conjuntamente los ac-

tuales sistemas de control, la organización y la disposición de todos los accesos fronterizos oficiales, con miras a recomendar la adopción de leyes y reglamentos o a reestructurar las instalaciones, para garantizar el pleno control desde el punto de vista de la seguridad, y la competencia de la autoridad jurisdiccional pertinente sobre las instalaciones físicas en todos los accesos fronterizos oficiales a fin de frenar de este modo el tráfico ilícito.

275. Se deben tomar medidas similares en relación con el movimiento de mercancías en los dos sentidos a través de las zonas de libre comercio y los puertos francos, de manera que los países adopten las medidas necesarias para que las zonas de libre comercio no se utilicen para desviar productos químicos esenciales, productos químicos precursores ni drogas sometidas a fiscalización.

276. Además de evitar que se produzcan restricciones o interferencias en el comercio internacional, los países deben elaborar programas orientados a que todas las drogas o productos químicos que entren o transiten por ellos sean de procedencia lícita y estén destinados asimismo a un uso lícito. Cuando sea preciso, los países deben promulgar para ello las medidas legislativas oportunas. Los funcionarios de aduanas y oficiales de represión competente deben recibir formación en la detección de drogas y productos químicos, rutas sospechosas y métodos utilizados para efectuar los envíos ilícitos. Se deben controlar estrechamente los manifiestos de carga y documentos de embarque de los cargamentos sospechosos. Las autoridades deben tener facultades para registrar los buques, aeronaves y vehículos que entren y salgan, a fin de supervisar el movimiento y transbordo de drogas y productos

químicos en las zonas francas. Deben mantenerse patrullas en puertos, aeropuertos y otras zonas francas.

277. El organismo de represión competente, normalmente al servicio de aduanas, debe iniciar y aplicar estas medidas mediante un grupo especial establecido conjuntamente con los organismos que administren las instalaciones de todos los accesos fronterizos oficiales, así como con las asociaciones de transporte y las compañías navieras interesadas.

278. Los organismos de represión deben impartir capacitación adecuada a todo el personal encargado de realizar controles fronterizos. Dicha capacitación debe incluir técnicas relativas al acopio y utilización de información, la elaboración de perfiles de tipos de personas que presenten un riesgo elevado y el control eficaz de quienes viajen al extranjero, en especial de quienes lo hagan a los países y regiones que son lugar de origen de drogas.

279. Los Estados deben proporcionar a sus organismos de represión competente equipo de detección adecuado, que incluya perros entrenados y maletines para la identificación preliminar del material sospechoso. En caso necesario, deben tratar de conseguir con este propósito la colaboración de los organismos de asistencia bilaterales, multilaterales o internacionales.

280. Los organismos competentes podrían intentar, en la medida de lo posible y con los medios que parezcan ser más adecuados, alentar a las compañías navieras, a las empresas de ferrocarriles y de transporte por carretera, así como a las compañías aéreas que prestan servicio en las rutas internacionales, a que concierten arreglos con los servicios de aduanas, para de-

finir sus respectivas responsabilidades. Los acuerdos pueden variar con arreglo al grado de riesgo del tráfico de drogas, y deben fundarse, siempre que sea posible, en el respectivo memorando de entendimiento concertado entre el CCA y las distintas organizaciones internacionales interesadas, por ejemplo, la Cámara Naviera Internacional y la IATA, así como en directrices adjuntas en que se detallan las medidas de cooperación que habrán de adoptar tanto las autoridades como los miembros de dichas organizaciones. Las autoridades de represión deben dar formación al personal para reducir estos riesgos, sin olvidar por ello el carácter confidencial de las informaciones.

120 281. De acuerdo con los principios fundamentales del ordenamiento jurídico nacional, debe promulgarse legislación en virtud de la cual puedan imponerse sanciones a las empresas a cuyos empleados se encuentre en posesión de grandes cantidades de drogas adquiridas ilícitamente en el curso de sus actividades, si se demuestra negligencia en la gestión de dichas empresas, y sanciones penales si su negligencia hubiere alcanzado el nivel de imprudencia.

282. Se debe prevenir a los viajeros, mediante avisos y hojas volantes expuestos de manera destacada en embajadas, consulados, aeropuertos, puertos marítimos y puntos fronterizos, acerca de las graves consecuencias del tráfico ilícito y de las sanciones penales que pueden recaer sobre las personas condenadas por delitos relacionados con las drogas.

283. El ministerio u organismo competente debe elaborar reglamentos (en la medida en que no existan) en los que se exija de las empresas manufactureras y comerciales que informen al ministerio u organismo sobre cualquier

caso respecto del cual tengan razones para sospechar que bienes, sustancias, equipos o cualquier otro objeto, producido, fabricado o comercializado por ellas, han sido o pueden ser desviados hacia el tráfico de drogas ilícito, o han sido utilizados para elaborar drogas ilícitas. En particular, el ministerio u organismo competente debe dar instrucciones al organismo encargado de la concesión de licencias del Estado, sea éste parte o no, en la Convención de 1961 y el Convenio de 1971 para que proceda con cautela al examinar las solicitudes de licencias de exportación de drogas fiscalizadas y debe tomar las medidas necesarias para verificar la autenticidad de la documentación presentada.

284. El ministerio u organismo competente debe dar instrucciones (en caso de que no existan) al servicio de aduanas para que verifique la exactitud de las descripciones dadas en los documentos de transporte relativos a envíos sospechosos de drogas que entran o salen del país y, en caso de discrepancia o de descripciones equívocas, que rehúse el despacho de los bienes de que se trate en espera de una rectificación por el consignador.

#### *En los planos regional e internacional*

285. La OACI, la OMI, la OMT, la IATA y la CNI deben estudiar y adoptar (si no lo han hecho aún) normas y códigos de conducta, que habrán de recomendarse a sus miembros, encaminados a mejorar el control del movimiento de pasajeros y mercancías a fin de combatir el tráfico ilícito de drogas. A este respecto, y siempre en el caso de que aún no lo hayan hecho, deben tratar de suscribir un memorando de entendimiento con el CCA.

286. El Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Inde-

bido de Drogas y los programas regionales y bilaterales deben ayudar a los países que requieran asistencia para equipar a las autoridades de represión en los puntos de entrada con dispositivos de detección de drogas, perros husmeadores entrenados, y maletines para la identificación de drogas y otros medios de control. Con este propósito, pueden proporcionarse maletines de identificación y materiales afines preparados por la División de Estupeficientes.

287. La OACI, la OMI, la OMT, la UPU, la IATA, el CCA, la CNI, la OIPC/Interpol y la Asociación Internacional de Puertos deben dar, previa solicitud, asesoramiento y asistencia técnicos a los gobiernos para que en la disposición y diseño estándar de las instalaciones en los accesos fronterizos oficiales se tomen en cuenta los procedimientos necesarios para una apropiada seguridad física.

288. Cuando un gobierno tenga razones para pensar que su país es objeto de un suministro ilícito de drogas procedente de otro país, deberá considerar la posibilidad de concertar un acuerdo con el gobierno de ese otro país, en virtud del cual se le autorice a enviar personas debidamente calificadas a ese otro país para cooperar con el organismo de represión nacional en la planificación de medidas para interrumpir ese suministro.

#### OBJETIVO 25. FORTALECIMIENTO DE LOS CONTROLES FRONTERIZOS EXTERNOS Y DE LOS MECANISMOS DE ASISTENCIA MUTUA EN LAS UNIONES ECONOMICAS ENTRE ESTADOS SOBERANOS

##### El problema

289. Cuando varios Estados soberanos han constituido una unión o comu-

nidad económica en virtud de un tratado en que se dispone, entre otras cosas, el libre movimiento de bienes y personas entre los territorios de sus Estados miembros, puede ser difícil e incluso imposible (puesto que no existen controles fronterizos intracomunitarios) detectar movimientos ilícitos de drogas y de traficantes de un Estado a otro.

##### Medidas sugeridas

##### *En los planos nacional y regional*

290. Sin menoscabo del principio de libertad de movimiento de bienes y personas establecido en el tratado que establece la unión, sus Estados miembros deben acordar entre ellos informarse recíprocamente, especialmente a sus organismos de represión, sobre cualquier movimiento transfronterizo sospechoso de drogas o de traficantes que llegue a conocimiento de sus autoridades.

#### OBJETIVO 26. VIGILANCIA DE LOS ACCESOS FRONTERIZOS POR TIERRA, MAR Y AIRE

##### El problema

291. Resulta particularmente difícil mantener una vigilancia eficaz en las fronteras, que ofrecen muchas oportunidades de evasión a los contrabandistas. Del mismo modo, en algunos países los traficantes han explotado mucho la posibilidad de construir pistas privadas de aterrizaje y de efectuar suministros por paracaídas en zonas apartadas. A fin de complementar los controles realizados por las autoridades de policía y de aduanas en los accesos fronterizos oficiales, es preciso vigilar mejor las fronteras, el espacio aéreo y las zonas apartadas para proteger a las sociedades de las infames



actividades de los traficantes ilícitos de drogas.

## Medidas propuestas

### *En el plano nacional*

292. Las fuerzas que tengan responsabilidad o jurisdicción sobre controles de accesos fronterizos y otros organismos afines competentes en esta esfera deben preparar, aplicar y, cuando proceda, coordinar planes de vigilancia de los accesos aéreos y marítimos por los medios y con el equipo adecuados para poner inmediatamente en conocimiento de las autoridades aduaneras y de otros organismos de represión cualquier movimiento sospechoso. Debe autorizarse a los servicios de guardacostas o a los organismos similares a detener y registrar, sin perjuicio de la seguridad de las mismas, las embarcaciones y las aeronaves de las que se tenga sospecha fundada de que están transportando drogas ilícitas en el interior y más allá de sus aguas territoriales.

293. Los organismos competentes deben aplicar estrictamente las normas nacionales e internacionales vigentes relativas al registro de todas las aeronaves —comerciales o privadas— y hacer efectiva la obligación de todos los pilotos de aeronaves de atenerse rigurosamente a los planes de vuelo aprobados y de ajustarse a las instrucciones de los organismos de control del tráfico aéreo.

294. El ministerio u organismo competente debe estudiar la posibilidad de establecer normas en los aspectos que no estén reglamentados por las que se exija a todas las embarcaciones privadas, incluidas las de recreo, que lleguen del extranjero a cualquier puerto

de acceso que comuniquen su llegada inmediatamente a la autoridad competente más próxima dando detalles completos sobre el puerto de origen, el cargamento, el pasaje, los propietarios y el capitán de la embarcación o patrón, a fin de solicitar permiso para repostar y obtener suministros. Toda aeronave que penetre o salga del territorio de un Estado debe estar obligada estrictamente a aterrizar en, o despegar desde, un aeropuerto aduanero designado (artículo 10 del Convenio sobre Aviación Civil Internacional); las autoridades competentes de cada Estado tienen un derecho reconocido internacionalmente a registrar, sin demoras indebidas, toda aeronave que aterrice o despegue y a inspeccionar los certificados y demás documentos prescritos por la legislación nacional y por los convenios internacionales. Debe castigarse el incumplimiento de estas normas e imponerse multas u otras penas a las personas o empresas que abastezcan de combustible o suministros a esas naves sin antes cerciorarse de que poseen un permiso.

295. El ministerio u organismo competente debe asegurar que los organismos de represión encargados de la lucha contra el tráfico ilícito disponen de redes de comunicación eficaces y de medios de transporte y que su personal está capacitado para hacer frente al tráfico de drogas entre los accesos fronterizos oficiales. En los países que carecen de los recursos financieros necesarios para establecer las instalaciones, las redes, el equipo y los servicios de capacitación necesarios, el gobierno debe proponer proyectos que reúnan las condiciones para obtener asistencia multilateral, bilateral o del FNUFUID a fin de obtener esos recursos.

296. Se insta a las asociaciones no gubernamentales de pilotos aficiona-

dos, propietarios de yates, de naves de recreo y de aeronaves, barcos y transbordadores privados, así como a las asociaciones de pescadores y cazadores comerciales y privados y a sus miembros, a cooperar con las autoridades de represión informándolas sobre las actividades sospechosas de tráfico de drogas.

297. Cabría que los organismos de represión considerasen la posibilidad de establecer líneas telefónicas directas de urgencia, gratuitas, que estén conectadas con una oficina en servicio permanente, a fin de que cualquier persona pueda comunicar hechos sospechosos relacionados con drogas sin medio a represalias.

298. El ministerio u organismo competente debe establecer y mantener un sistema de concesión de licencias a embarcaciones y puertos deportivos privados. Las autoridades del caso deben aplicar estrictamente las normas nacionales e internacionales vigentes relativas al registro de aeronaves, el otorgamiento de licencias de piloto y la utilización de aeropuertos y pistas de aterrizaje debidamente designadas. Debe alentarse a los pilotos privados y a sus organizaciones a que informen a los organismos de represión sobre cualquier actividad sospechosa de tráfico de drogas.

299. Las autoridades competentes deben estudiar la concesión de distinciones cívicas o premios a las personas y asociaciones no gubernamentales que hayan contribuido en forma destacada a proteger las fronteras nacionales del tráfico ilícito de drogas.

*En los planos regional e internacional*

300. Los organismos de control aéreo y otros organismos interesados de-

ben reforzar las normas de control de vuelos en cooperación con sus homólogos de otros países de la región y del mundo en general.

301. El ministerio u organismo competente debe asegurar, junto con los organismos nacionales y locales de represión, el establecimiento y el mantenimiento de canales de comunicación claros y eficaces con los organismos correspondientes de otros países.

302. Deben organizarse seminarios regionales para facilitar el intercambio de ideas y técnicas destinadas a fortalecer los controles fronterizos.

303. Los ministerios u organismos deben aprovechar al máximo los mecanismos regionales e interregionales de cooperación, los períodos de sesiones de la Comisión de Estupefacientes y de su Subcomisión de Tráfico Ilícito de Drogas y Asuntos Conexos en el Cercano Oriente y el Oriente Medio, las reuniones regionales de jefes de los organismos nacionales de represión del uso indebido de drogas, de la OACI, de la OMI, del CCA, de la OIPC/Interpol y de la IATA, a fin de lograr un máximo de cooperación y de coherencia en los métodos de capacitación y de ejecución para la protección y el reforzamiento de la seguridad en las fronteras.

## OBJETIVO 27. CONTROL DEL TRAFICO DE DROGAS POR CORREO INTERNACIONAL

El problema

304. Los servicios de aduanas han comprobado mediante diversas técnicas, como perros husmeadores, aparatos de detección, rayos X y métodos similares, que se envían sustancias fiscalizadas por correo internacional a pesar de que la Unión Postal Universal

prohíbe la utilización del correo para estos fines. Si el envío sospechoso va destinado al territorio nacional, el servicio de aduanas puede obtener un permiso de registro y abrir el paquete para su inspección, si la legislación nacional lo dispone. No obstante, si el envío sospechoso se encuentra en los servicios postales en tránsito por el territorio del Estado cuyas autoridades detectan el contenido ilícito, el Artículo 1 de la Convención Postal Universal y de la Constitución de la UPU dispone que los paquetes postales que transitan por un Estado parte no pueden abrirse. Cuando este problema fue debatido por el Consejo de Cooperación Aduanera y la Unión Postal Universal, esta última organización invitó a las administraciones postales a:

- a) Cooperar en la lucha contra el tráfico de estupefacientes y de sustancias psicotrópicas siempre que se lo pidan legalmente sus autoridades nacionales competentes; garantizar el respeto de los principios fundamentales del correo internacional, en particular, la libertad de tránsito (Artículo 1 de la Constitución y de la Convención);
- b) Adoptar todas las disposiciones adecuadas con las autoridades competentes de sus respectivos países para asegurar que no se abran los sacos de correo en tránsito sospechosos de contener productos con estupefacientes o sustancias psicotrópicas, pero:
  - i) A petición de las autoridades de aduanas, avisar cuanto antes a la administración del país de destino, a fin de que pueda identificar fácilmente los sacos sospechosos a su llegada;
  - ii) Comprobar el origen del envío.

En efecto, éste es un procedimiento que no difiere de la entrega vigilada de envíos postales en tránsito, que ya se aplica a los envíos con destinos nacionales. Sin embargo, la detección de elementos sospechosos en envíos voluminosos, sea cual sea su destino, no es tarea fácil.

#### Medidas sugeridas

##### *En el plano nacional*

305. En el marco del orden constitucional el ministerio encargado de las comunicaciones postales y los organismos postales nacionales deben intensificar los controles de la utilización de los servicios internacionales de correo para el tráfico de drogas. Las autoridades postales, en estrecha colaboración con el organismo de represión apropiado, deben someter los envíos que por su lugar de origen o de destino, naturaleza u otras características sean sospechosos, a aparatos de detección, perros husmeadores, rayos X u otros modos de detección, y,

- a) si el destinatario se encuentra en territorio nacional, los servicios de aduanas deben obtener un orden de registro, en caso necesario, e inspeccionar el envío de conformidad con la legislación y procedimientos nacionales; o
- b) si el envío está en tránsito postal, los servicios de aduanas deben avisar con toda urgencia y de la forma más rápida posible a las autoridades aduaneras del país de destino y facilitar datos para la rápida identificación del envío y de su origen.

306. Las oficinas locales de correos deben colocar avisos a la vista de todo el mundo en que se den detalles sobre

las penas que prevé la legislación en caso de utilización de los servicios postales para el envío de sustancias fiscalizadas.

#### *En los planos regional e internacional*

307. La UPU debe proporcionar a los Estados partes en la Convención Postal Universal modelos de procedimientos estándar de cooperación entre las autoridades postales y los servicios de aduanas.

308. Los Estados Partes en la Convención Postal Universal deben estudiar también el modo de impedir que se utilicen los servicios postales internacionales para el tráfico de drogas; con este fin, tal vez deseen proponer modificaciones apropiadas a la Convención. Sería útil estudiar este problema, así como las medidas adecuadas que podrían adoptarse para resolverlo.

### OBJETIVO 28. CONTROLES DE EMBARCACIONES EN ALTA MAR Y DE AERONAVES EN EL ESPACIO AEREO INTERNACIONAL

#### El problema

309. Se utilizan embarcaciones y aeronaves para transportar drogas ilícitas entre los países, fuera de las fronteras nacionales, en alta mar y en el espacio aéreo internacional. Como numerosos países pueden verse afectados por la expedición internacional de drogas, se deben prever, sin menoscabo del cumplimiento de los convenios internacionales vigentes en esta esfera, procedimientos de cooperación apropiados para interceptar estos envíos que no interfieran con el comercio y el derecho de paso legítimos.

#### Medidas sugeridas

##### *En el plano nacional*

310. Si el ministerio u organismo competente tiene motivos razonables para sospechar que una embarcación o una aeronave matriculada conforme a las leyes de un Estado transporta ilícitamente drogas, puede solicitar asistencia a otro Estado para efectuar un registro: por ejemplo, puede pedirse a ese otro Estado que ordene a sus autoridades que intercepten e inspeccionen la embarcación y, en caso de que se encuentren drogas a bordo, se incauten de ellas y detengan a las personas involucradas en el tráfico. En esas circunstancias, las autoridades del Estado pueden interceptar o aprehender una embarcación o aeronave que esté matriculada en su país.

311. Sin menoscabo de los requisitos del derecho internacional, los organismos de represión, con la máxima amplitud que permita la legislación nacional, deben proceder a abordar y aprehender un buque que transporte ilegalmente drogas, a condición de haber obtenido la autorización del Estado en que esté matriculado y, cuando proceda, del Estado ribereño. Los Estados deben procurar responder con diligencia cuando se les pida autorización para interceptar, abordar y registrar una embarcación de su matrícula por motivos de fiscalización del tráfico ilícito de drogas. Con sujeción a las mismas consideraciones, una aeronave puede ser objeto de registro al aterrizar en un aeropuerto designado.

312. El ministerio u organismo competente, después de la incautación de una embarcación o aeronave en esas condiciones, debe ocuparse prontamente de las drogas ilícitas y de los traficantes encontrados a bordo con arreglo a las leyes del país si la embarcación o la aeronave se halla matricula-

da en él o, si tiene matrícula de otro Estado, de conformidad con el acuerdo a que se llegue con ese Estado, pero sin demora indebida.

313. Los Estados deben autorizar al organismo apropiado o autoridad competente a adoptar las medidas pertinentes sobre estas cuestiones. Estas medidas deben incluir la pronta notificación de que una determinada embarcación o aeronave tiene matrícula del Estado al que se ha solicitado esta información y también la autorización para que un Estado solicitante pueda incautarse de la embarcación o la aeronave sospechosa.

*En los planos regional e internacional*

314. Cabría que los órganos internacionales y los Estados considerasen si

se podrían establecer normas internacionales para la identificación y aprehensión de las embarcaciones y aeronaves en principio sospechosas de transportar drogas ilícitamente, así como de las drogas y de los traficantes hallados a bordo, y el destino que deba dárselos. Los Estados deben también hacer todo lo posible por concertar acuerdos bilaterales, multilaterales y regionales destinados a reforzar la cooperación interestatal.

315. Los foros intergubernamentales existentes, incluidos los programas de transporte terrestre y marítimo de las comisiones regionales, deben examinar el problema del movimiento ilícito de drogas, la necesidad de coordinar los esfuerzos para acabar con él y la importancia de apoyar la nueva convención.

126

## Capítulo IV. Tratamiento y rehabilitación

### INTRODUCCION

316. En numerosos marcos culturales y regiones del mundo el hombre ha recurrido a las drogas con diversos propósitos: rituales, de iniciación, de diagnóstico, dionisiacos o terapéuticos. Ante los peligros evidentes que plantean las drogas, las sociedades han dictado leyes o han establecido tabúes para impedir su uso indebido y proteger a la comunidad.

317. El inmenso aumento de la toxicomanía desde el decenio de 1960 constituye un fenómeno previamente desconocido, al menos en cuanto a sus dimensiones. La toxicomanía se extendió por todo el planeta, sin exceptuar prácticamente a ninguna nación y clase social ni grupo de edad, sin distin-

ción de sexo ni raza. Los daños causados a la salud física, psíquica y social de las personas y de las comunidades ha convertido a la toxicomanía en un peligro público a escala mundial. La toxicomanía ha pasado a ser causa de grave preocupación para muchos gobiernos, ya que afecta a la salud pública y social y a los recursos económicos. En algunos países el uso indebido de drogas se considera como un delito y las personas son procesadas por ese motivo y pueden ser sancionadas. Asimismo, el estigma que conlleva la toxicomanía puede dar lugar a la renuncia a solicitar asistencia y tratamiento en los servicios disponibles.

318. Dado que la toxicomanía es un fenómeno con dimensiones y ramificaciones mundiales, el tratamiento y la

rehabilitación de los toxicómanos requieren la colaboración mundial en un contexto multidisciplinario, en los planos nacional, regional e internacional.

319. El desarrollo de una política de tratamiento de la toxicomanía es difícil y complejo, ya que debe incluir asesoramiento, orientación, motivación, tratamiento en sentido médico, rehabilitación y reintegración social, y culminar, lo que sería ideal, con la reincorporación del ex-toxicómano a la vida normal. Debe darse gran importancia a los factores sociales, culturales y ambientales. Se hace especial hincapié en los aspectos multidisciplinarios de la estrategia de tratamiento y rehabilitación que comprende la participación de una amplia gama de expertos de varias especialidades. Debe tenerse en cuenta el establecimiento y mantenimiento de grupos de padres/familias y de compañeros con miras a apoyar al toxicómano en el curso del tratamiento y en el proceso postterapéutico. Estas estructuras de apoyo psicosocial pueden aumentar sustancialmente las posibilidades de recuperación y la prevención de una reincidencia. De hecho, un tratamiento eficaz atenúa las consecuencias sanitarias y sociales del uso indebido de drogas y de este modo reduce simultáneamente el consumo de drogas, las actividades de los traficantes y los riesgos de reincidencia. Del mismo modo, un alto grado de compromiso de parte del toxicómano desempeña un papel fundamental.

320. Los países en desarrollo tienen problemas especiales cuando la toxicomanía impone una carga adicional a unos recursos limitados. Debe prestarse especial atención a las necesidades de los países en desarrollo y a los medios de establecer enfoques de tratamiento y rehabilitación en los que se

tengan en cuenta las limitaciones económicas, culturales y sociales de estos países.

## OBJETIVO 29. HACIA UNA POLITICA DE TRATAMIENTO

El problema

321. La definición de una política clara y precisa es fundamental para aplicar un tratamiento. Es bien sabido que el uso indebido de drogas, aparte de sus consecuencias sobre la salud y la sociedad, tiene repercusiones económicas que constituyen graves obstáculos para el desarrollo de algunos países al mermar la productividad de los ciudadanos y al imponer fuertes cargas a los sistemas médicos y de apoyo social. A menudo, el tratamiento ha carecido de principios de orientación y de cohesión (cada categoría de expertos tendía a desarrollar separadamente su propio programa). Durante mucho tiempo, las medidas de represión desempeñaron, directa o indirectamente, un papel importante como única alternativa al tratamiento. Como los resultados de esta combinación no coincidían con los obtenidos, por ejemplo, por las asociaciones de autoayuda, acabó prevaleciendo el concepto de que la toxicomanía es una enfermedad tratable. Para ello, se necesita seguir una política coherente que evite la dispersión o la duplicación de los esfuerzos y haga posible la integración del programa en el plan general de atención primaria de salud. Debe ser una política que permita elegir sensatamente los objetivos, determinar los grupos expuestos y establecer un orden de prioridades. Las medidas terapéuticas pueden ser más eficaces con la participación de la comunidad y cuando tales medidas aseguren que el toxicómano permanece en el medio comunitario.

## Medidas sugeridas

### *En el plano nacional*

322. Los organismos nacionales competentes interesados, cuando proceda en colaboración con las organizaciones no gubernamentales, pueden estudiar la posibilidad de establecer un órgano nacional encargado de coordinar y de orientar el desarrollo y el mantenimiento de un programa nacional completo de tratamiento de la toxicomanía.

323. Es esencial recopilar datos, sin perjuicio de su carácter confidencial, y determinar luego los objetivos prioritarios y los grupos vulnerables, y estimar el costo de los programas y los recursos disponibles. Los archivos médicos de los servicios de salud, los archivos del servicio social y los documentos judiciales son todos fuentes potenciales de datos. Los datos deben complementarse mediante estudios sistemáticos sobre el terreno, que pueden estar a cargo de investigadores y de institutos de ciencias sociales.

324. El ministerio u organismo que tenga a su cargo los asuntos de salud, conjuntamente con los ministerios u organismos encargados de la educación, la represión, la seguridad, el empleo, etc., y, a la luz de los datos recopilados por los servicios de estadísticas, las autoridades aduaneras u otros organismos competentes en materia de uso indebido de drogas, tráfico ilícito y frecuencia de las enfermedades relacionadas con las drogas, como el SIDA o la hepatitis, deben elaborar una política nacional, y un programa para su ejecución, encaminada a prevenir y reducir la toxicomanía y a reintegrar a los toxicómanos a la vida social y laboral. La política nacional y el programa para su ejecución deben, según proceda, prestar especial atención al uso indebi-

do de drogas por vía intravenosa y a contrarrestar la difusión del virus HIV entre este grupo de toxicómanos. Debe preverse una evaluación periódica del funcionamiento del programa.

325. Es necesario determinar estrictamente los diversos objetivos, métodos y prioridades, a fin de facilitar la ejecución del programa. La labor debe realizarse con las instalaciones y servicios disponibles, basándose en ellos e introduciendo mejoras progresivamente. La aspiración a la perfección no debe retrasar la puesta en marcha del programa y éste no debe limitarse a un planteamiento de «todo o nada». Es necesario evitar los métodos que no tengan en cuenta la situación local real. Debe tenerse en consideración el carácter cambiante de la toxicomanía y prever posibles reajustes según las exigencias del momento.

326. Podrían ofrecerse incentivos a los órganos e instituciones del sector privado que realizan investigaciones sobre el uso indebido de drogas o que cumplen funciones terapéuticas o prestan servicios de bienestar social o de otra índole para apoyar los esfuerzos de la comunidad en la lucha contra el uso indebido de drogas y el tratamiento de toxicómanos.

### *En el plano internacional*

327. La OMS debe indicar los factores que deben tenerse principalmente en cuenta al formular una política para el tratamiento de la toxicomanía.

328. Las organizaciones de las Naciones Unidas, en particular las comisiones regionales, que llevan a cabo actividades relacionadas con los distintos aspectos del desarrollo social deben ocuparse de las cuestiones relacionadas con el tratamiento y la rehabili-

tación de los toxicómanos en sus programas de desarrollo social.

329. Los Estados miembros deben hacer participar a la OMS al establecer o reforzar sus políticas nacionales de tratamiento de la toxicomanía.

330. Debe instarse a la OMS a que prepare, en colaboración con las organizaciones internacionales y gubernamentales, un plan para difundir información sobre la forma en que pueden establecerse y reforzarse políticas nacionales de tratamiento.

331. Debe alentarse y ampliarse la labor de la OMS en materia de nosología, y los gobiernos deben prestar su asistencia a la OMS para comprobar sobre el terreno la validez de la nosología en distintos lugares.

### OBJETIVO 30. INVENTARIO DE LAS MODALIDADES Y TECNICAS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACION EXISTENTES

#### El problema

332. Una vez adoptada una política de acción, es necesario hacer un inventario de las modalidades y técnicas disponibles a nivel nacional para emprender el tratamiento, la rehabilitación y la reintegración social de los toxicómanos. En la mayoría de los países interviene muchos servicios y organismos diferentes en la prevención del uso indebido de drogas y en el tratamiento y la rehabilitación de los toxicómanos. Algunos servicios son especializados, otros son de carácter general. Algunos son financiados por el gobierno central, otros por autoridades locales y algunos dependen de contribuciones voluntarias. Sin evaluación y coordinación, esta red de servicios se desarrollará al azar y sin tener en cuenta la manera en

que cada uno de ellos debería complementar a los otros.

333. Es importante planificar y coordinar cuidadosamente el sistema de tratamiento a fin de aprovechar mejor los recursos existentes. Debe disponerse de medios apropiados de intervención, de posibilidades de atención médica y de mecanismos para remitir a los pacientes al centro adecuado, y todo ello debe integrarse en el sistema de atención primaria de salud. Más aún, es esencial vigilar y evaluar la prestación de servicios de todos los aspectos del tratamiento. La vigilancia y evaluación adecuadas pueden conducir al aprovechamiento eficiente y rentable de los recursos.

#### Medidas sugeridas

##### *En el plano nacional*

334. El organismo competente debe:

- a) hacer un inventario y una evaluación de las instalaciones y servicios de tratamiento disponibles a nivel nacional, su capacidad y los lugares donde están situados. El inventario debe incluir información sobre la dotación de personal, los objetivos, los métodos y otras características del tratamiento prestado a nivel de la atención primaria en la comunidad y en cuanto a los servicios sociales y de salud especializados;
- b) en cooperación con los organismos fiscales, legislativos y otros organismos competentes, ajustar la distribución de los recursos, teniendo en cuenta los objetivos prioritarios y los grupos en peligro;
- c) evaluar los recursos materiales y el personal disponible en las diversas categorías profesionales



que intervengan, teniendo en cuenta los recursos de que se dispone efectivamente en el plano nacional;

- d) evaluar la eficacia de los métodos de tratamiento valiéndose del asesoramiento de la OMS con respecto a la evaluación del resultado del tratamiento.

335. El organismo competente podría evaluar la eficacia de los métodos de tratamiento de los casos de uso indebido de droga o, en los casos en que considere que podrían aplicarse otros métodos más eficaces, recomendar que se cambie de métodos. De vez en cuando, el organismo competente podría hacer una evaluación crítica de los progresos alcanzados y formular recomendaciones para el futuro. Los responsables de los centros de tratamiento y rehabilitación deben participar en el proceso de evaluación.

*En los planos regional e internacional*

336. Debe establecerse o mantenerse una estrecha colaboración con las organizaciones internacionales (especialmente con la OMS) y con las organizaciones no gubernamentales, para que la información sobre los métodos y los resultados de los tratamientos pueda adaptarse a medios locales y nacionales específicos. A la vista de esta información, se harán las revisiones a las estrategias nacionales cuando sea el caso.

337. La OMS, en colaboración con la División de Estupefacientes, las organizaciones regionales y las organizaciones internacionales no gubernamentales, debe reunir datos sobre las modalidades y técnicas de tratamiento disponibles y sobre su aplicación. La OMS debe difundir ampliamente esa información, sobre todo entre los países

que carecen de la experiencia necesaria.

338. Conviene estimular el intercambio de expertos con otros países bajo los auspicios de la OMS. Ese intercambio permitiría hacer una evaluación comparativa y objetiva del progreso de los trabajos.

339. Las organizaciones internacionales deben prestar asistencia técnica a quienes la soliciten para evaluar la eficacia de los programas nacionales de tratamiento. La OMS, en cooperación con los gobiernos, debe considerar la posibilidad de elaborar conceptos y métodos de evaluación comparables para estudiar los resultados del tratamiento. Las organizaciones internacionales deben ayudar a difundir las conclusiones y a comparar los resultados.

340. Debe pedirse a las organizaciones internacionales (incluidos el FNUFID, la OMS y la OIT), a las organizaciones no gubernamentales y a los gobiernos que presten asistencia técnica, y, si es necesario, asistencia financiera, para estudios epidemiológicos, incluidas las investigaciones para identificar los grupos altamente expuestos y establecer la etiología de la toxicomanía.

341. Pueden organizarse seminarios regionales sobre las modalidades y técnicas de tratamiento y rehabilitación disponibles para obtener información más extensa y para mutuo beneficio, cuando lo requieran gobiernos u organizaciones intergubernamentales. En estos seminarios podrían participar expertos de la OMS, la OIT, la UNESCO y otros órganos cuya experiencia en sus respectivas esferas sea indispensable. Es posible que se necesite la asistencia del Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas.

342. Pueden organizarse cursos de capacitación y de actualización de conocimientos que permitan a los participantes conocer las últimas novedades en la esfera del tratamiento de la toxicomanía y de la rehabilitación y la reintegración de los toxicómanos.

343. La necesidad de un lenguaje común exige la preparación por la OMS de un glosario de términos y expresiones utilizados en la esfera de la toxicomanía. Con ayuda de ese glosario, los expertos de diversas nacionalidades podrían entenderse mejor y con mayor precisión. Esos términos deberían definirse desde el punto de vista operacional y convendría comprobar su validez antes de difundirlos, teniendo presentes, como corresponde, las connotaciones médicas, sociales y jurídicas, incluidas las disposiciones del derecho internacional.

344. Sería muy útil disponer de un manual o compendio de técnicas de tratamiento y rehabilitación, elaborado por la OMS en colaboración con la OIT, para su utilización por los agentes de salud que trabajan sobre el terreno. Deberían examinarse los manuales sobre técnicas de tratamiento y, si corresponde, modificarlos en cuanto sea necesario para que puedan aplicarse ampliamente y, una vez verificada su validez sobre el terreno, facilitar su distribución.

#### OBJETIVO 31. SELECCION DE PROGRAMAS DE TRATAMIENTO ADECUADOS

##### El problema

345. La selección de programas de tratamiento tropieza con diversas dificultades. Debe tener en cuenta los factores locales de orden social, cultural y ambiental, con el fin de movilizar los re-

cursos y energías locales y facilitar la reintegración social del toxicómano. El modelo de programa debe estar personalizado, es decir, su orientación básica y su forma deben hallarse en consonancia con la naturaleza de la droga y con la personalidad del que la consume indebidamente. No todas las drogas producen la misma clase de hábito. Algunas personas abusan de las drogas sin llegar a la toxicomanía. Además, las personas que recurren a las drogas lo hacen por diferentes razones. En algunos casos el consumo de drogas encubre una condición patológica.

346. No han tenido aceptación en todo el mundo técnicas tales como el suministro continuo de cantidades controladas de sustancias que provocan hábito. No obstante, algunos países consideran que los programas en los que se prescriben sucedáneos son adecuados para reducir el consumo ilícito de drogas. Otras modalidades de tratamiento o bien las comunidades terapéuticas para liberarse de la droga resultan eficaces para reducir la tasa de reincidencia.

347. La desintoxicación es sólo una parte del proceso de tratamiento y rehabilitación. En consecuencia, la desintoxicación debe dar paso a la rehabilitación, que es un largo proceso en que se enseña a la persona cómo reanudar una vida en sociedad, ya liberada de las cadenas de la droga. Los toxicómanos rehabilitados aprenden a dar un sentido a su vida, a establecer relaciones sanas con los demás y a hacer frente a la vida diaria sin recurrir a las drogas.

##### Medidas sugeridas

##### *En el plano nacional*

348. Con respecto a la técnica y la modalidad del tratamiento, debe elabo-

rarse un programa terapéutico óptimo, de alcance nacional o regional, teniendo en cuenta las distintas condiciones de los países o regiones de que se trate. Es preciso fortalecer la investigación científica a fin de orientar la práctica clínica de los organismos de atención primaria de la salud. La OMS y otras organizaciones internacionales pueden recopilar la experiencia de varios países y fomentar el intercambio de información.

349. El ministerio u organismo competente debe impartir directrices destinadas a los miembros de las profesiones médicas y paramédicas, a los establecimientos educativos, a los organismos de bienestar social y a otros organismos interesados en las que recomienda que cuando tengan que tratar a toxicómanos no desestimen la posibilidad de que la toxicomanía o uso indebido de drogas tenga su origen en una condición psicopatológica psicosocial, que puede requerir tratamiento por medios psicoterapéuticos o quimioterapéuticos.

350. El ministerio u organismo competente debe formular directrices en que se recomienda que los que administran el tratamiento adapten el modo de tratamiento teniendo en cuenta los cambios que se producen en el consumo de drogas, por ejemplo, la aparición de drogas más activas, el aumento del uso de polidrogas y otros factores. Además, deben tener presentes las situaciones en que la toxicomanía se agrava o complica por factores psicosociales o por la presencia de ciertas enfermedades u otras condiciones, como el embarazo.

351. El ministerio u organismo competente, en países donde la toxicomanía ha adquirido o amenaza con adquirir graves dimensiones, debe crear centros (si es que ya no existen) para ac-

tividades de desintoxicación y el tratamiento de casos graves. Es preciso hacer conocer a la población la disponibilidad y el posible éxito del tratamiento. Debe hacerse lo necesario para llegar a los toxicómanos en sus ambientes habituales con el fin de orientarles para que se sometan a tratamiento, tarea que puede estar a cargo de asistentes sociales.

352. Cuando proceda podría ser conveniente conseguir la participación de grupos de voluntarios y de ex-toxicómanos, siempre que posean la formación apropiada y se demuestren satisfactoriamente sus calificaciones en los equipos de tratamiento y rehabilitación.

353. En los programas de tratamiento se debe prever la participación de las familias de los toxicómanos. En los países donde la población local está protegida por sistemas de seguro público de enfermedad podría ser útil que los diversos ministerios interesados (por ejemplo, los de salud pública, hacienda, bienestar social, trabajo) obtuviesen información exacta sobre el costo que entraña para la nación —en función, por ejemplo, de fondos públicos, tiempo perdido, personal, material y medicamentos necesarios— el tratamiento de los toxicómanos que requiere su ausencia de la escuela, los cursos de capacitación o el trabajo. Teniendo en cuenta la información y la tasa de éxitos del tratamiento, el ministerio competente puede formular recomendaciones sobre las circunstancias en que el tratamiento ambulatorio de tales personas es preferible a su internamiento en una institución.

354. Cuando proceda, el ministerio competente quizá desee recomendar que los sistemas de seguro de enfermedad, públicos o privados, ofrezcan a los asegurados el pago de los gastos de desintoxicación, tratamiento contra

el uso indebido de drogas y rehabilitación.

355. Las personas encargadas de los centros de asistencia deberán poder llevar a cabo programas de tratamiento «individualizado», adaptados a los problemas reales del toxicómano, y deberá intervenir, cuando proceda, la familia de éste; en caso necesario, el tratamiento debe ocuparse de las enfermedades relacionadas con las drogas e incluir tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, asistencia social, participación en una comunidad, etc. El tratamiento debe elegirse sobre la base del mejor diagnóstico posible y de una evaluación de su auténtica eficacia y también de acuerdo con una evaluación de la relación entre costos y beneficios.

356. En ambientes urbanos, donde se considera particularmente elevado el riesgo de toxicomanía dentro de determinados grupos sociales o grupos de edad, el ministerio competente podría invitar a la autoridad cívica o municipal a que establezca un centro de asistencia para casos de urgencia, dotado con personal permanente y especialmente concebido para responder a las peticiones urgentes de ayuda por parte de los toxicómanos o de sus familias.

357. El ministerio competente, teniendo presente la legislación nacional, puede estudiar la posibilidad de prestar asistencia a iniciativas privadas, como las asociaciones de autoayuda, que han demostrado su utilidad en la asistencia a los toxicómanos o a los que corren el riesgo de convertirse en toxicómanos o a personas que después de haber seguido un curso de tratamiento contra la toxicomanía necesitan protección para no reincidir. Tales iniciativas pueden aliviar la carga de

las instituciones públicas de salud y pueden resultar eficaces en función de su costo.

#### *En los planos regional e internacional*

358. Los gobiernos pueden solicitar a la OMS que envíe expertos para que ayuden a establecer un programa de tratamiento.

359. Los órganos regionales deben organizar reuniones regionales con el fin de evaluar los progresos realizados y estudiar futuros proyectos relativos al tratamiento de la toxicomanía. Las comisiones regionales de las Naciones Unidas podrían constituir un foro apropiado para esas reuniones, organizadas en colaboración con la OMS.

360. Las organizaciones internacionales (en especial la OMS y la OIT) y demás organizaciones competentes, así como las organizaciones no gubernamentales, deben examinar los manuales prácticos existentes de que disponen los patrocinadores de los programas de tratamiento, determinar si hay necesidad de manuales nuevos o perfeccionados y, en caso afirmativo, revisarlos o prepararlos, según sea el caso, y distribuirlos.

361. Los ministerios u organismos competentes que se ocupan del tratamiento y la rehabilitación deben estudiar la posibilidad de intercambiar funcionarios superiores encargados de los programas de tratamiento, a fin de que tengan oportunidad de ampliar su experiencia.

#### **OBJETIVO 32. CAPACITACION DEL PERSONAL QUE TRABAJA CON DROGADICTOS**

El problema

362. El personal de los servicios sociales y de salud que se ocupa de los

drogadictos ha recibido formación universitaria o similar básica destinada a suministrarle los conocimientos técnicos fundamentales y los conocimientos específicos que requiere para desempeñar sus actividades profesionales. Sin embargo, esta formación básica debe completarse mediante programas de capacitación especiales que permitan a estas personas desarrollar su aptitud para ejercer una actividad que es fundamentalmente interdisciplinaria, dado que el tratamiento sólo puede ser eficaz cuando tiene en cuenta tanto los problemas médicos y psicológicos del drogadicto, como los de carácter sociológico y relacionados con sus circunstancias.

363. En vista de que muchos otros profesionales y funcionarios entran en contacto con los drogadictos, debe facilitarse información concreta a esas personas no sólo acerca de los aspectos culturales de la toxicomanía, sino también de los centros de tratamiento, a cuyos servicios pueden recurrir en caso de necesidad.

#### Medidas sugeridas

##### *En el plano nacional*

364. El organismo competente podría considerar la posibilidad de constituir grupos de trabajo, integrados por expertos, trabajadores especializados y otras personas competentes, que colaboren estrechamente en los casos de uso indebido de drogas con el fin de elaborar cursos de capacitación y planes de estudio específicos para determinados grupos de profesionales, voluntarios y dirigentes comunitarios.

365. Donde ya se haya previsto la capacitación, los grupos de trabajos deben identificar y colmar las lagunas

que existan en el plan de estudios, lo que puede lograrse mediante estrechas consultas con personas y organizaciones encargadas de prestar los servicios. El plan de estudios para el personal que trabaja con drogadictos debe incluir un programa relativo al tratamiento, orientación y rehabilitación de drogadictos.

366. Deben organizarse cursos especializados de capacitación (si es que ya no existen) que confieran carácter profesional y académico (o sea, reconocido por los órganos profesionales o por las instituciones docentes) y diplomas o títulos por los que los graduados en el curso tengan derecho a ciertas ventajas (por ejemplo, categoría profesional superior o sueldo más elevado). Siempre que sea posible, los cursos de capacitación deben ser multidisciplinarios y agrupar a todos los que se ocupan de problemas análogos; por ejemplo, abogados, jueces, funcionarios penitenciarios, maestros y trabajadores comunitarios.

367. Las organizaciones profesionales podrían incorporar a sus reglamentos o normas profesionales reglas de conducta sobre la forma de tratar los casos relacionados con drogas.

##### *En el plano internacional*

368. Los organismos especializados, las organizaciones internacionales de otra índole y las organizaciones no gubernamentales deben, a petición de los interesados, brindar asesoramiento sobre el contenido de los cursos de capacitación existentes y sugerir directrices generales para los Estados que deseen organizar por primera vez los cursos.

369. Además, estas organizaciones deben examinar el material didáctico

actualmente disponible, revisarlo si es necesario y facilitarlo para que sea integrado en los programas nacionales de capacitación y utilizado por el personal local correspondiente.

370. Los proyectos de capacitación ejecutados por organizaciones de las Naciones Unidas, especialmente por las comisiones regionales, y relacionados con el desarrollo social, la atención primaria de la salud y grupos especiales de la población deben incluir actividades de capacitación y rehabilitación en las que se utilice el material de la OMS y se mantenga a esta Organización informada de los resultados obtenidos mediante esa capacitación y su aplicación.

371. En algunas partes del mundo la organización de cursos regionales resulta más económica que la de cursos nacionales. Se puede consultar a las oficinas regionales de la OMS en los casos en que haya países que deseen organizar cursos regionales de capacitación dedicados especialmente al tratamiento de la toxicomanía.

### OBJETIVO 33. REDUCCION DE LA FRECUENCIA DE LAS ENFERMEDADES Y DEL NUMERO DE INFECCIONES TRANSMITIDAS POR LOS HABITOS DE CONSUMO DE DROGAS

#### El problema

372. Un gran número de personas que abusan de las drogas padece enfermedades ocasionadas no tanto por los efectos de las drogas en sí, sino por factores secundarios vinculados a un determinado estilo de vida o a un método especial de aplicación de las drogas (especialmente por vía intravenosa), con los consiguientes peligros no

sólo para su salud, sino también para la de otras personas. Aunque algunos de estos peligros pueden afectar sólo a ciertos individuos (por ejemplo, daño del tabique nasal causado por el hábito de inhalación), existen otros cuya repercusión es más amplia, tales como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y algunas enfermedades contagiosas, como la hepatitis, que pueden propagarse debido a la utilización de la misma jeringa hipodérmica por diferentes personas cuando una de ellas padece esa enfermedad. Las consecuencias desfavorables para la salud que el uso indebido de drogas y la toxicomanía transmiten a la generación siguiente sólo se conocen en parte. Debe intensificarse el estudio de los efectos perjudiciales a corto y a largo plazo del consumo de drogas para las futuras generaciones.

#### Medidas sugeridas

##### *En el plano nacional*

373. El ministerio o el organismo competente en materia de salud pública debe acopiar los datos disponibles sobre la frecuencia de las enfermedades contagiosas entre los consumidores de drogas. Con este objeto, ese ministerio y organismo debe emprender o encargar (si no se ha hecho antes) una investigación científica para determinar, entre otras cosas:

- a) las distintas enfermedades que prevalecen entre la población que consume drogas, el número de las personas ya infectadas y el número de personas en peligro;
- b) las vías de contagio y su posible relación con el consumo habitual de drogas;
- c) los medios que podrían detener

la transmisión de las enfermedades.

374. Tratándose especialmente de los casos en que las posibles infecciones tienden a convertirse en un peligro para la salud de sectores más amplios de la sociedad y en que no es posible frenar súbitamente un determinado hábito de consumo de drogas, aunque conste que acelera la propagación del contagio, el ministerio u organismo competente en materia de salud pública debe considerar la posibilidad de invitar a diferentes expertos a estudiar posibles medidas profilácticas que no fomenten ni faciliten el uso indebido de drogas y formular recomendaciones al respecto. El ministerio u organismo competente y otras entidades apropiadas deben publicar información sobre dichos peligros para la salud y la forma de evitarlos, tanto entre la población que consume drogas como en la comunidad en general. El ministerio u organismo competente y otras entidades apropiadas podrían considerar también la posibilidad de ampliar la capacidad de tratamiento e incorporar programas para que el tratamiento llegue a los drogadictos que se inyectan, como medio de detener la transmisión de enfermedades.

#### *En el plano internacional*

375. La información relativa a las experiencias en el campo del tratamiento de enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas debe comunicarse a la OMS, la cual debe analizar los datos y publicar sus conclusiones.

376. El ministerio u organismo competente en materia de salud pública puede solicitar a la OMS que envíe expertos o proporcione información adicional acerca de tales enfermedades,

con objeto de contribuir a identificar los riesgos existentes para la salud, los grupos vulnerables y los peligros que podrían presentarse en el futuro y con el propósito de planificar estrategias para contrarrestarlos.

377. La OMS debe considerar la posibilidad de publicar directrices dirigidas a una amplia gama de profesionales y entidades, así como a los integrantes del grupo familiar, para hacer frente al consumo de drogas en los casos en que esté vinculado con las enfermedades contagiosas. Se debe pedir a la OMS que estudie este problema.

378. El mundo científico en general y los fabricantes de drogas deben seguir esforzándose por descubrir y desarrollar vacunas, medicinas y otros recursos para prevenir y curar el SIDA y otras enfermedades contagiosas relacionadas con el uso indebido de drogas.

#### OBJETIVO 34. ATENCION A LOS DELINCUENTES DROGADICTOS EN EL SISTEMA DE JUSTICIA PENAL Y DE PRISIONES

El problema

379. A tenor de lo dispuesto en la Convención de 1961 (párrafo 1 b del artículo 36 y párrafo 1 del artículo 38) y en el Convenio de 1971 (párrafo 1 del artículo 20 y párrafo 1 b) del artículo 22) las Partes deben considerar la posibilidad de disponer que, en lugar de declarar culpables o de sancionar legalmente a las personas que hagan uso indebido de drogas y/o sustancias psicotrópicas, o además de sancionarlas, se las someta a medidas de tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación y readaptación social.

380. Un gran número de quienes hacen uso indebido de drogas entran en contacto con el sistema de justicia penal. En algunos Estados, los delitos relacionados con las drogas representan más de la mitad de todos los casos penales tratados por los tribunales. En consecuencia, muchos de los delincuentes son enviados a las instituciones penitenciarias, y en algunos Estados los delincuentes condenados por delitos relacionados con las drogas constituyen la mayoría de la población carcelaria.

381. La justicia penal y el sistema penitenciario ocupan, en consecuencia, un lugar destacado en el manejo, tratamiento y rehabilitación de personas que contravienen la legislación en materia de estupefacientes y sustancias psicotrópicas o cometen delitos con el propósito de procurárselos ilícitamente o bajo la influencia de tales drogas o sustancias.

#### Medidas sugeridas

##### *En el plano nacional*

382. El ministerio u organismo competente, en colaboración con los demás ministerios u organismos interesados, deben acopiar los datos disponibles sobre la frecuencia de la toxicomanía entre los delincuentes. El ministerio o el organismo competente debe tomar las medidas oportunas para que los delincuentes drogadictos reciban cuidados y tratamiento eficaces.

383. En países donde se sabe o se estima que una proporción considerable del total de la población carcelaria está constituida por personas que cumplen sentencias impuestas por delitos relacionados con las drogas, o que son mantenidas en custodia en espera de

juicio por supuestos delitos relacionados con las drogas, el ministerio competente debe emprender o encargar (si no se ha hecho anteriormente) una investigación científica, velando por mantener el debido anonimato con el propósito de determinar, entre otras cosas:

- a) el número de personas que cumplen sentencias por delitos de drogas o relacionados con las drogas, desglosado por grupos de edad;
- b) el número de personas mantenidas en custodia acusadas de esos delitos y en espera de juicio;
- c) el porcentaje del total de la población carcelaria representado por personas sentenciadas o acusadas por delitos relacionados con las drogas, incluidos los delitos cometidos por drogadictos;
- d) el tipo y número de delitos cometidos por personas pertenecientes a las categorías descritas en los apartados anteriores;
- e) la proporción de hombres y mujeres entre los presos condenados o acusados por delitos relacionados con las drogas;
- f) la proporción de presos condenados o acusados por tales delitos que hayan sido previamente condenados o acusados por ellos;
- g) la proporción de tales presos que hayan recibido anteriormente tratamiento terapéutico por toxicomanía.

384. A la luz de los resultados de la investigación, el ministerio o ministerios competentes deben considerar cuáles son los aspectos del plan o política nacionales de lucha contra el uso indebido de drogas y el tráfico ilícito que necesitan ser examinados, modificados o reforzados, a fin de reducir el número de personas encarceladas por



delitos relacionados con las drogas. Si decide publicar un informe en que figuren los resultados de la investigación, el ministerio debe invitar a institutos de investigación, investigadores, sociólogos, criminólogos, juristas, organizaciones no gubernamentales especializadas y otros órganos interesados a hacer observaciones sobre el informe y sugerir medidas correctivas.

385. En los países que no disponen aún de información adecuada y donde el tratamiento de la toxicomanía se encuentra en estudio o revisión, el ministerio u organismo encargado de la salud pública debe examinar si es posible realizar o encargar un estudio estadístico con el propósito de determinar qué porcentaje de los reclusos de las instituciones penales, correccionales y otras instituciones análogas está constituido por personas que usan indebidamente las drogas y por ex-drogadictos. Teniendo en cuenta los datos y después de consultar con expertos, el ministerio u organismo tal vez desee hacer (en caso necesario) las modificaciones del caso en la política nacional para el tratamiento de la toxicomanía, en las directrices relativas al tratamiento de los drogadictos o en las normas que rigen la internación en esas instituciones y la puesta en libertad.

386. Si el organismo nacional competente contempla la posibilidad de preparar nuevas leyes que castiguen los delitos relacionados con las drogas con penas más severas que las aplicables a tales delitos con arreglo a las leyes existentes, debe invitar a especialistas y expertos en derecho, dirigentes juveniles, asistentes sociales y otras personas con experiencia directa en el comportamiento de delincuentes drogadictos a que formulen observaciones sobre las leyes propuestas. El objeto principal de esas consultas sería velar

por que la legislación propuesta no esté en contradicción con los objetivos a largo plazo de la campaña para reducir la demanda ilícita, el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas ni tienda a hacer aumentar el número de delincuentes recalcitrantes.

387. El organismo competente debe ordenar (si no se hubiera hecho antes) que se proporcione la atención médica, la enseñanza y la asistencia necesarias a los drogadictos mantenidos en custodia en espera de juicio y a los condenados por uso indebido de drogas.

#### *En el plano internacional*

388. El Centro de Desarrollo Social y Asuntos Humanitarios del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales Internacionales de la Secretaría de las Naciones Unidas debe coordinar, en cooperación con el Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para la Defensa Social y los institutos regionales de investigación criminológica de las Naciones Unidas y con la OMS, la realización de investigaciones sobre la interdependencia de las actividades encaminadas a la prevención del delito y el tratamiento del delincuente.

389. Los ministerios competentes deben organizar intercambios de experiencias sobre distintas posibilidades de tratamiento y acerca de los esfuerzos de rehabilitación dentro de los establecimientos penales, sobre todo para el personal judicial y el del sistema penitenciario.

390. La OMS y el Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para la Defensa Social podrían considerar la posibilidad de preparar directrices para el tratamiento de delincuentes drogadictos.

### OBJETIVO 35. REINSERCIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS QUE HAN SEGUIDO PROGRAMAS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN

#### El problema

391. Un ex-toxicómano es un ser frágil que ha atravesado por un período difícil. Esas personas necesitan ayuda para poder readaptarse a la vida social y a sus exigencias. La sociedad se ayuda a sí misma al ayudar a sus miembros a ocupar un lugar dentro de ella. La comunidad que, después de todo, ha apoyado al toxicómano durante el período de tratamiento, debe movilizar recursos para ayudarlo posteriormente. La farmacodependencia debe considerarse como una enfermedad crónica recurrente que responde al tratamiento. El tratamiento de los toxicómanos sólo termina con su reinserción en la sociedad.

392. En la mayoría de los casos la dependencia de las drogas se produce por primera vez en una edad en que no se ha llegado a dominar un oficio u ocupación o, cuando sobreviene más tarde, suele desorganizar los hábitos de trabajo. El toxicómano adulto que ha recibido un tratamiento se enfrenta a obstáculos casi insuperables cuando intenta reanudar su vida en sociedad. Por consiguiente, podrían emplearse técnicas de rehabilitación profesional y social para ayudar a los drogadictos a reintegrarse en la sociedad.

393. Una parte importante del proceso de ayuda consiste en promover la rehabilitación social, ya que a menudo los toxicómanos y ex toxicómanos, tanto durante el tratamiento como después de él, no tienen ninguna perspectiva realista en la sociedad en cuanto a oportunidades de formación y al lugar que pueden ocupar en ella. Por consiguiente, deberá prestarse lo antes po-

sible la atención necesaria a la creación de alternativas sociales auténticas para los toxicómanos. Ello significa que ciertas cuestiones, como el alojamiento (vigilado o no), la capacitación profesional y el trabajo apropiado, la formación para el trabajo y la asistencia para encontrar empleo no sólo son importantes en la etapa posterior al tratamiento, sino que constituyen también un elemento inseparable del tratamiento, al que deben incorporarse desde el principio. Sólo entonces podrán los toxicómanos estar suficientemente motivados por tomar parte en un programa de ayuda.

394. La finalidad del tratamiento es que la persona vuelva a llevar una vida libre de drogas, lo cual se ve obstaculizado por una serie de factores que hay que tener en cuenta: los prejuicios que en ciertos grupos sociales manchan, incluso después del tratamiento, la reputación de quien ha consumido indebidamente drogas, la falta o insuficiencia de calificación profesionales, resistencia a la disciplina, la tendencia a la inestabilidad, factores todos éstos que dificultan la vuelta a una vida social productiva libre de drogas. Además, por miedo a revelar su pasado, algunos ex-toxicómanos se muestran reacios a ofrecer sus servicios de manera franca en el mercado del trabajo y no se atreven a provechar las oportunidades que ofrece la sociedad a todos sus miembros.

395. El principio rector es que se debe adoptar el programa que resulte más económico para la comunidad. Se debe prestar atención al aprendizaje en el trabajo en diferentes oficios. Los maestros artesanos pueden aceptar aprendices a cambio de una compensación financiera pagada por la comunidad. Esta política es a veces preferible a la creación de centros o escuelas profesionales que requieren inversio-

nes de recursos de los que no siempre se dispone inmediatamente, sobre todo en los países en desarrollo.

396. En ambientes apropiados conviene considerar el valor de rehabilitación que tiene el trabajo externo para los toxicómanos. En el medio rural la capacitación profesional puede concentrarse en tareas agrícolas.

#### Medidas sugeridas

##### *En el plano nacional*

397. Puesto que el éxito del tratamiento y rehabilitación de los toxicómanos puede evaluarse en función del grado en que se haya reducido el daño causado por el uso indebido de las drogas y en función del grado en que se hayan integrado en la sociedad y en un medio libre de drogas tanto en el hogar como en el trabajo, y puesto que siempre está presente el riesgo de reincidencia cuando faltan o resultan inadecuados los servicios y recursos de postratamiento, el organismo competente debe velar por que esos servicios de postratamiento, incluida la atención por asistentes sociales, se impartan de acuerdo con las necesidades. Los programas de tratamiento y rehabilitación también podrían comprender programas de seguimiento.

398. Con objeto de evitar la reincidencia después del regreso del ex-toxicómano a su medio anterior, el ministerio u organismo encargado de la salud pública o el bienestar social podría considerar la posibilidad de establecer instituciones «de paso» en las que pueda prepararse al ex-toxicómano, mediante el trabajo y la formación, para llevar una forma de vida apropiada en un ambiente terapéutico.

399. Debe alentarse a los movimientos juveniles, clubs deportivos y asocia-

ciones similares, así como a las asociaciones de ex-toxicómanos, a contribuir a la rehabilitación y reintegración social de ex-toxicómanos.

400. Cuando proceda, las organizaciones religiosas podrían prestar ayuda a los ex-toxicómanos. Donde existan, los ministerios de asuntos religiosos tal vez deseen dar directrices para que los grupos religiosos participen en el esfuerzo de tratamiento y rehabilitación de los toxicómanos.

401. El ministerio u organismo encargado de la educación, en colaboración con otros ministerios u organismos competentes y órganos de voluntarios (por ejemplo, organizaciones de padres de familia), debe iniciar programas o ampliar los ya existentes para vincular a las familias al proceso de rehabilitación y reintegración.

402. En razón de los efectos nocivos del ocio forzado, especialmente entre los jóvenes, el ministerio u organismo encargado del empleo debe tener presente, en el momento de elaborar la política nacional de empleo, la conveniencia de introducir una gama más amplia de capacitación profesional y de crear oportunidades de trabajo para las personas que, a causa de su edad, medio social, falta de conocimientos o por cualquier otra razón, son especialmente vulnerables a los peligros del uso indebido de drogas. El ministerio competente debe estudiar, en consulta con los empleadores y organizaciones de trabajadores, la posibilidad de introducir una capacitación especial (incluida la capacitación en el trabajo) en favor de dichas personas, y, de ser posible, apoyar esos planes concediendo ayuda financiera o de otro tipo.

403. El ministerio u organismo encargado de la salud pública debe dar ins-

trucciones estrictas, aplicables a las instituciones públicas y privadas, a las clínicas, a los hospitales y a otros centros de tratamiento, para que los datos confidenciales comunicados a los centros o instituciones pertinentes por profesionales de la medicina acerca de usuarios de drogas que hayan recibido tratamiento o se encuentren en tratamiento en tales instituciones, o que hayan sido comunicados por estas personas, no se divulguen entre particulares u organismos no autorizados ni se utilicen en ningún caso de manera que pueda perjudicar sus posibilidades de reasumir una posición en la sociedad y encontrar empleo.

404. Debe invitarse a los empleadores a que contribuyan al tratamiento de los empleados toxicómanos, conservándoles el puesto de trabajo durante el período de tratamiento o aceptando su reintegración después de que se les haya dado de alta. A nivel de las empresas, debe fomentarse la pronta detección y asistencia con carácter confidencial.

405. El ministerio u organismo encargado de asuntos de empleo debe pedir a los empleadores que, como parte del proceso de rehabilitación, proporcionen iguales oportunidades de empleo a los ex-toxicómanos.

406. Las organizaciones sindicales deben estudiar la posibilidad de ayudar a las familias de los miembros que hayan adquirido el hábito de las drogas y se encuentran en tratamiento.

407. Se debe recabar el apoyo de las asociaciones profesionales y laborales, así como de las cámaras de comercio y de industria, a fin de crear posibilidades de aprendizaje y colocación para ex toxicómanos. Los asistentes sociales deben contribuir a encontrar empleo para tales personas.

408. El ministerio u organismo competente tal vez desee considerar la posibilidad de invitar a una organización no gubernamental a que sugiera un plan para ayudar a las personas que han recibido tratamiento por toxicomanía y que tienen buenas posibilidades de curarse, a readaptarse a la vida en sociedad. En ese plan, que podría inspirarse —con los cambios necesarios— en los planes que dirigen las sociedades de ayuda a antiguos reclusos, se debe evitar que recaiga cualquier sombra de estigma moral sobre la persona afectada. De manera análoga, el ministerio u organismo competente podría considerar la posibilidad de invitar a organizaciones filantrópicas u otras organizaciones no gubernamentales a prestar ayuda y asesoramiento a los ex-toxicómanos y a sus familias cuando requieran esos servicios.

#### *En los planos regional e internacional*

409. Los gobiernos y las organizaciones de trabajadores y empleadores tal vez deseen pedir a la OIT asistencia técnica y asesoramiento de expertos para organizar planes para la reintegración de los ex-toxicómanos en actividades profesionales, o para su capacitación o readaptación profesionales. La OIT podría estudiar la posibilidad de publicar directrices con este propósito y de organizar intercambios de experiencias sobre los métodos de reinserción de los toxicómanos en la sociedad.

410. Los órganos regionales, incluidas las organizaciones no gubernamentales, podrían considerar la posibilidad de introducir planes, que serían administrados conjuntamente por dos o más de sus países miembros, con miras a la reintegración social de ex-toxicómanos.



# Estudio «multi-ciudades» sobre el consumo indebido de drogas

*A lo largo de la década de los años 80, un comité de expertos internacionales pertenecientes a los países miembros del Grupo Pompidou, del Consejo de Europa, ha llevado a cabo un estudio sobre el consumo de drogas en las siguientes ciudades europeas: Amsterdam, Dublín, Hamburgo, Londres, París, Roma y Estocolmo. Publicamos a continuación una síntesis de dicho estudio realizada por uno de sus autores, el profesor L. Lenke (Universidad de Estocolmo), precedida de un prólogo sobre «Principios de epidemiología», escrito por el Dr. R. Ingold (Francia), antiguo presidente del citado comité de expertos. El texto que reproducimos corresponde a un documento del Grupo Pompidou, fechado en octubre de 1986.*

## Principios de epidemiología en relación con los objetivos del estudio (R. Ingold)

En el campo del consumo de drogas ilegales y del consumo indebido de medicinas, el enfoque epidemiológico no puede basarse de modo satisfactorio en un modelo universal único derivado de un estudio de la distribución y frecuencia de un fenómeno patológico en una población dada. Incluso la definición del objeto del estudio y del campo de investigación es un punto debatido, y es muy posible que esta definición varíe de una sociedad a otra y de un tiempo a otro.

En consecuencia, cuando los expertos se reunieron por primera vez, se enfrentaron con serias dificultades epistemológicas. ¿Está científicamente permitido comparar el mismo fenómeno en sociedades diferentes cuando el fenómeno no está definido de acuerdo con los mismos criterios en cada una de las sociedades en cuestión?

Dependiendo del país en el que trabaja, su formación, sus convicciones, su concepción previa del fenómeno, el investigador tiende de hecho inevitablemente a desarrollar sus investigaciones

en una determinada dirección y a adoptar las definiciones, el campo y los métodos que más le convienen. Hay varias concepciones de la drogadicción. Para algunos, es contemplada como una enfermedad; otros, como una particular forma de conducta cuyo significado o propósito aún no está descubierto. El hecho de que no todas estas sustancias sean igualmente peligrosas, de que algunas sean más tóxicas que otras, de que el consumo o posesión de algunas sea legal mientras que el de otras sea ilegal, son puntos que puede o no tomar en consideración en su enfoque; por supuesto, puede limitar sus investigaciones a aquellos aspectos del uso de tales sustancias que son más dañinos para el individuo y para la sociedad, comenzando por una concepción médica y jurídica de los problemas; pero ha de darse cuenta de que su punto de vista no es el único y que hay inevitablemente un elemento de arbitrariedad en su elección.

Estas cuestiones epistemológicas impulsaron a los investigadores a comenzar proponiendo una definición de

epidemiología, y se ha probado que esta definición constituye la herramienta básica de su trabajo.

«*PRINCIPIOS Y OBJETIVOS*» (texto adoptado por la reunión de expertos en investigación en el campo del consumo de drogas) (Estrasburgo, 15-17 de junio de 1983).

El término «investigación epidemiológica», tal como se usa más frecuentemente en el campo del consumo de drogas, se refiere a una amplia área de investigación, informe y análisis. Los fenómenos que son aquí cuantificados y estudiados no se contemplan en términos de enfermedades o síntomas en sentido biológico, sino como modelos de conducta, así como las condiciones sociales y psicológicas que se asocian con o contribuyen a esas conductas. La etiología de estos modelos de conducta y el estudio de sus consecuencias quedan a veces también abarcados en la rúbrica epidemiológica.

Hay un amplio espectro de metodologías disponibles en este campo de investigación: examen de una población en general, examen de subpoblaciones específicas (tales como estudiantes o presos), exámenes longitudinales de grupos de sujetos, examen de poblaciones de consumidores conocidos, sistemas de información basados en datos procedentes de agencias de tratamiento, estudios etnográficos, sistemas que informan sobre consecuencias médicas (tales como emergencias médicas y muertes), sistemas de información relativos a la aplicación de la ley (tales como incautaciones, arrestos, precios y pureza) y otros.

#### Principios generales

Se acordaron los siguientes principios generales por los participantes en

relación con toda actividad de colaboración que pueda ser emprendida:

1. Antes de comenzar a considerar o a describir el fenómeno, es imprescindible examinar las definiciones de los datos que se recogen o que se pretenden recoger; y es importante también utilizar definiciones comunes.
2. Es también imprescindible ser claro y explícito respecto a las poblaciones hacia las que pueden generalizarse los resultados.
3. La recopilación de datos o la reconsideración de los números es el primer paso; el segundo debe ser la interpretación de los resultados. Las técnicas numéricas han de complementarse con enfoques cualitativos.
4. El impacto de intervenciones estatales, regionales o locales sólo puede ser determinado en última instancia en función de resultados estadísticos sólidos.
5. Lo mismo debe afirmarse respecto del nivel internacional. La cuestión de los resultados que se desprenden de una política determinada se resuelve de modo más convincente con la ayuda de datos empíricos.
6. Deben reconocerse las diferencias existentes entre los países europeos en cuanto a sus leyes, cultura, estructura social y otras condiciones objetivas relacionadas con el consumo de drogas. Así, los indicadores disponibles más frecuentemente, tienen significados bastante diferentes de un país a otro. Sin embargo, sería oportuno intentar seguir en la dirección de los sistemas mejores y más homologados para la evaluación del consumo de drogas en nuestras diferentes poblaciones.
7. Los problemas sociales tales

como la criminalidad y el consumo de alcohol y de drogas se comprenden mejor en todo su sentido dentro del sistema creado para controlarlos. Por ello es deseable que los estudios sobre los problemas de la droga incluyan el análisis de tales sistemas de control y tengan en consideración los juicios éticos subyacentes respecto al carácter del problema.

8. Todos los países pueden beneficiarse en sus políticas de una adecuada evaluación de los «experimentos naturales» que se desarrollan de vez en cuando en diferentes países.

#### Objetivos generales

Los participantes adoptaron los siguientes objetivos generales que deberían cumplirse en sus actividades de colaboración:

1. Continuar con un activo intercambio de información y de experiencias en la investigación sobre el consumo de drogas.
2. Desarrollar definiciones y técnicas comunes para la evaluación del consumo de drogas.
3. Mejorar la recogida de datos sobre los modos y modelos del consumo de drogas psicoactivas —tanto lícitas como ilícitas—, poniendo particular énfasis en aquellas drogas que se considera están asociadas a los mayores riesgos de lesión.
4. Mejorar la comprensión de cómo y por qué dichos modelos (así como los factores individuales, sociales e históricos relacionados con ellos) están cambiando.
5. Formular ideas sobre el papel del consumo de drogas para los mismos drogadictos y sobre las necesidades que se desprenden de dicho consumo.
6. Mejorar la comprensión del impac-

to de las medidas de política médica, social y jurídica y de las intervenciones específicas.

7. Comunicar la información a los centros de decisión política y a los servicios individuales teniendo en cuenta los aspectos preventivos, de tratamiento y otras cuestiones políticas.

Este planteamiento implica que no habría sido apropiado comenzar realizando una comparación país a país sobre el consumo indebido de drogas. El hecho es que hay grandes variaciones dentro de cada país, de una región a otra y de una ciudad a otra, en cuanto a la dimensión del fenómeno y la forma en la que se percibe y se controla. Esta es la razón por la que se decidió al final desarrollar un estudio «multi-ciudades», que tiene la doble ventaja de proporcionar juntas una gran abundancia de información y de observaciones, y de proporcionar, a causa del «marco de comunicación» establecido por los expertos, perspectivas para un enfoque epidemiológico europeo. Los expertos estuvieron de acuerdo en que los datos de agencia pueden aportar alguna contribución para responder a las cuestiones epidemiológicas básicas, pero son conscientes de que existen fuertes limitaciones y de que este tipo de datos deben ser interpretados con una gran cautela. Los participantes concluyeron en que las estadísticas de agencia están influidas por varios factores y que su mejor uso debe realizarse empleándolas como parte de un conjunto de indicadores. En este contexto los resultados más convincentes se producen cuando hay una convergencia de conclusiones procedentes de varios indicadores seguros y válidos. El primer paso del estudio lo constituyó la recopilación de datos de indicadores seleccionados y teóricamente relevantes en las ciudades participantes.



# Informe general y síntesis del estudio (L. Lenke)

## INTRODUCCION

La actividad del grupo de trabajo se ha dirigido a examinar hasta qué punto las fuentes de información existentes pueden usarse para describir y cuantificar el consumo indebido de drogas en los países europeos. Para conseguir este objetivo se han empleado diferentes enfoques.

146 Un camino natural para proporcionar información sobre un problema de este tipo consiste en recopilar resultados de los indicadores del consumo indebido de drogas y analizar tales resultados. Un primer análisis de la información pone de manifiesto de modo evidente que ello puede ser una operación muy complicada. La razón reside en que los indicadores, incluso cuando parecen mostrar magnitudes comparables, están creados en sistemas sociales basados en diferencias sustanciales en cuanto a las filosofías sobre perspectivas y controles relativos al consumo indebido de drogas.

Este consumo indebido de drogas, tanto en Europa como en otras partes, ha adoptado formas diferentes y ha sido introducido en tiempos diferentes también. Asimismo, las formas en las que las diferentes sociedades han tratado de hacer frente a este problema varían de acuerdo con la costumbre, ideología, políticas de control y primeras experiencias. Tales experiencias pueden variar en gran medida. Los contactos con culturas en las que la utilización de narcóticos tiene una larga tradición pueden influir en la perspectiva tanto como las tradiciones específicas sobre el control del alcohol y de sustancias psicoactivas.

Una ilustración de las dificultades que se presentan en la actualidad en la epidemiología del consumo indebido de drogas, y especialmente de los peligros inherentes a un intento de realizar una «comparación simple», se pueden encontrar en un informe sobre un seminario internacional relativo al cuidado de los «Adictos a la droga dura» (1). Para la preparación del seminario, se requirió a los Estados miembros del Grupo Pompidou para que dieran sus puntos de vista sobre el significado del concepto de «Adictos a la droga dura». Las respuestas variaron en gran medida, empleando criterios tales como «inyecciones», lesiones físicas, dependencia, criminalidad, etc. Dos países iluminaron la definición de forma muy drástica. El país A sólo incluyó los consumidores de droga que habían solicitado tratamiento. El país B, por otro lado, incluyó sólo los consumidores de droga que no deseaban solicitar ayuda. Así, ambos excluyeron las poblaciones del otro país de las discusiones que habrían de desarrollarse. Para un extranjero, este resultado puede parecer en alguna forma extraño, pero un conocimiento sobre las diferentes perspectivas, por ejemplo, las que se refieren a la prioridad que se concede a las cuestiones de control y atenciones, ayuda a dar una explicación.

Se han realizado esfuerzos en el estudio «multi-ciudades» para salvar tales obstáculos en la búsqueda de un sistema que proporcione información sobre el desarrollo del consumo indebido de drogas en Europa: la impresión es que la comparación de indicadores debe combinarse con un enfoque del «estudio de los casos», siendo las ciudades individualizadas los «casos» en cuestión. El término empleado en el

proyecto ha sido «marco de comunicación.»

Detrás del concepto «estudio del caso» subyace una experiencia mutua respecto al hecho de que la mejor forma de obtener información sobre la situación del consumo de drogas en un país y para que los expertos obtengan una imagen genuina, consiste en que ellos mismos empleen sus propios marcos de referencia y empleen y usen sus propios sistemas de información. Este método tiene la ventaja de tomar en consideración toda la información de cada país, así como obtener beneficios de los conocimientos de cada país sobre la relevancia y validez de la información. El método empleado de este modo tosco tiene, sin embargo, algunos defectos evidentes. Uno de ellos, muy básico, es la dificultad que presenta para que un extraño pueda entender y comparar. Por ello se ha introducido una segunda fase.

Tomando como punto de partida la descripción individual de la situación local, los expertos de otros países han planteado cuestiones sobre los sentidos más específicos de los elementos de las descripciones preliminares. Estas cuestiones han tenido una función doble. En primer lugar, las descripciones se han hecho más precisas cuando el preguntado ha comprendido que hay otras formas de enfocar la descripción, algunas veces más relevantes. Las preguntas han demostrado diferencias sustanciales en las perspectivas y en los objetivos institucionales básicos sobre política en materia de drogas.

En un proceso que permite el que la descripción sea seguida de preguntas y redescripciones en varias fases, ha sido posible alcanzar una situación en las que las ciudades pueden ser comparadas con referencia a sus proble-

mas de drogas y su desarrollo. La comparación no se ha hecho, sin embargo, en tablas en las que los datos de los indicadores de las ciudades se hayan colocado juntos. Más bien, las ciudades son comparadas como «casos» o entidades con ciertos perfiles sobre el consumo de drogas y, hasta cierto punto, sobre los problemas relacionados con la droga.

La elección de grandes ciudades como unidades para el estudio está determinada, en parte, por la necesidad de tomar en consideración la antropología social. Para la descripción del problema del consumo indebido de drogas en un área dada, los sistemas de control y atención proporcionan más información que los promedios nacionales. En el caso del funcionamiento del sistema de la justicia penal debe tenerse en cuenta que puede variar de alguna forma atendiendo a las diferentes áreas locales.

## 1. EL MARCO LEGAL. PERSPECTIVAS DE CONTROL

Para ser capaz de comprender el significado de la información sobre el consumo indebido de drogas, es necesario tener algunos conocimientos sobre las leyes que regulan las actividades de los individuos y de las autoridades en un país dado. La legislación puede dividirse en dos subgrupos principales, las leyes penales que describen el área tipificada como delito, por un lado, y las leyes que regulan los servicios de asistencia sanitaria y social, por otro.

Las leyes penales determinan cuándo ha de ponerse en acción el aparato de control. La fuerza de las sanciones también determina, sin embargo, las medidas cuyo empleo está permitido a las autoridades y, de alguna forma,

también los recursos que han de ser destinados a los «problemas de la droga», por ejemplo. La otra categoría de normas regula las posibilidades y responsabilidades de las autoridades en la prestación de asistencia.

Es de especial interés en relación con lo anterior el balance entre los dos enfoques empleados ante los problemas de la droga. Existen grandes diferencias a este respecto entre los distintos países. Estas diferencias tienen sus raíces en las tradiciones y diferencias culturales, institucionales y de organización. Dependiendo de dónde se haya situado el fiel de la balanza, la información será suministrada desde el sector legal o sanitario.

148 Las estadísticas están también influenciadas por la tradición en el sentido de que las estadísticas criminales existen de forma desarrollada desde el siglo XIX. Las estadísticas sanitarias, por otro lado, son en algunos países un aspecto moderno de las estadísticas sin la misma consistencia y estabilidad.

Para los países afectados por el estudio «multi-ciudades» hay muchas similitudes en la normativa legal sobre las actividades relacionadas con la droga. Los códigos penales nacionales que recogen en general las mismas drogas y los mismos actos relacionados con las drogas están influidos por los Convenios Internacionales. Algunos países han tipificado las drogas de modo diferenciado atendiendo al peligro que estiman. Esto supone a menudo una prioridad para tipos sustanciales más que un criterio cuantitativo y por ello los datos estadísticos quedan afectados de modo bastante drástico.

Existen también claras diferencias en la legislación sanitaria. Algunos países inciden en la obligación de las autori-

dades de proporcionar asistencia; otros inciden en el deber de los individuos de aceptar tal asistencia o supervisión. En la práctica, sin embargo, son otras las diferencias más importantes, tales como la existencia de programas de sustitución a gran escala con metadona, etc. Muchos países tienen también una comunicación muy abierta entre el sistema de los tribunales penales y el sistema asistencial. Así, parecen haberse examinado por un procedimiento o por otro, en todos los países objeto del estudio, posibles formas de usar el tratamiento como una alternativa a las acusaciones o sanciones penales.

SUECIA puede considerarse como un país con un enfoque de fuerte política de control respecto a los problemas de la droga. Un gran número de personas son condenadas a prisión por faltas contra la legislación en materia de droga. (La proporción es aproximadamente de 13 por cada 100.000 habitantes.) La legislación sobre narcóticos es muy extensa e incluye, además de los opiáceos, la cocaína, el cannabis, el LSD y las anfetaminas, otras sustancias como, por ejemplo, las benzodiazepinas.

No existe diferenciación en la legislación atendiendo a la mayor o menor lesividad de las drogas. En la práctica de los tribunales, sin embargo, el cannabis es tratado de modo más indulgente, aunque se imponen penas de prisión incluso por el comercio de pequeñas cantidades. Además, existen normas especiales para regular las condiciones del encarcelamiento de los delincuentes en asuntos de drogas.

El tráfico de cannabis a gran escala puede implicar, sin embargo, las máximas penas (10 años más 2); una condena de 11 años de cárcel fue impuesta en Estocolmo por un delito de este

tipo (mayo de 1986, Tribunal Criminal de Estocolmo).

El sistema de tratamiento se fundamenta básicamente en lo que se refiere a los adultos en el principio de voluntariedad. Suecia, con una extensa historia de tratamiento obligatorio para los alcohólicos, incluyó en 1982 el abuso de narcóticos, extendiendo dicha legislación. Sin embargo, hasta la fecha esta normativa sólo se ha aplicado en un pequeño número de casos. Los programas de mantenimiento sólo existen con carácter experimental incluyendo aproximadamente 100 personas. Los médicos suecos no pueden prescribir narcóticos y metadona para el tratamiento de la drogadicción y, asimismo, tampoco pueden prescribir ningún tipo de estimulantes.

El régimen de control sueco implica amplios recursos policiales y extensos poderes para la vigilancia policial. Las escuchas telefónicas (previa resolución judicial) son un método empleado en las campañas antidrogas en Suecia y afecta a varios centenares de personas cada año. Cada condado tiene su propia brigada antidrogas, que comprende entre 80 y 100 agentes de policía en Estocolmo. El sistema de justicia penal es así una fuente natural de información.

Dentro de los contornos de la situación sueca resulta atípico el hecho de que el consumo de drogas no sea un delito en sí mismo. Sin embargo, toda forma de posesión está tipificada como delito y es objeto de persecución.

En contraste con la situación sueca, el REINO UNIDO tiene una larga tradición de programas de sustitución que incluyen también la heroína. Los programas con metadona son frecuentes y cualquier médico puede recetar drogas con las excepciones de la heroína

y la cocaína. (Hasta fecha reciente, cualquier facultativo podía recetar incluso heroína.) De hecho, el «Home Office» (Ministerio del Interior) ha de ser informado de todo drogadicto que consulte a un médico.

La legislación diferencia entre tres clases de narcóticos y las sanciones varían de acuerdo con estas clases. El cannabis y las anfetaminas están clasificados en el apartado con sanciones menos fuertes.

Se está produciendo un cambio gradual desde una perspectiva estrictamente médica hacia una orientación más controladora. Durante la década de los años 80 se han incrementado sustancialmente los recursos policiales y aduaneros, se ha introducido la cadena perpetua para el tráfico con drogas incluidas en la clase A y la severidad de las condenas se está incrementando.

La REPUBLICA FEDERAL DE ALEMANIA tiene una situación más próxima a la sueca. En este país no se acepta la utilización de programas de sustitución. El consumo de drogas no es en sí un delito, pero la posesión de drogas en pequeñas cantidades es objeto de persecución legal, aunque los procedimientos pueden ser suspendidos. La ley no distingue entre drogas duras o blandas. La brigada antidroga del Departamento de Policía de Hamburgo está compuesta por unas 50 personas.

En FRANCIA la legislación sobre drogas forma parte del código sobre la salud pública, y toda persona que consume sustancias o plantas clasificadas como narcóticas queda bajo la supervisión de la autoridad sanitaria. El consumo de drogas ilícitas está tipificado como delito, pero la autoridad encargada de perseguirlo puede requerir al con-

sumidor para que se someta a un tratamiento. Los consumidores de drogas pueden ser remitidos a la autoridad sanitaria por los servicios médicos o sociales o pueden solicitar ser incluidos en programas de prevención y tratamiento. La máxima pena que puede imponerse por tráfico es de 10 años de prisión aunque puede doblarse en caso de reincidencia.

ITALIA concede escasa prioridad a las drogas derivadas del cannabis. Desde 1975 no está sancionado ni el consumo ni la posesión de drogas o narcóticos para propio uso de los adictos. Están previstos programas de metadona con límites bastante estrictos. En Roma, aproximadamente la mitad de las unidades de tratamiento utilizan metadona y también se empleó morfina en los programas del período 1980-1985. La máxima condena por delitos relacionados con la droga es de 15 años.

En IRLANDA, las drogas están controladas con diversos grados de severidad en cuatro disposiciones de la legislación sobre consumo indebido de drogas. En respuesta a la realidad del crecimiento del consumo indebido de narcóticos a principios de los años 80, se aprobó una legislación que establece condenas de prisión más prolongadas y multas más elevadas para los delitos relacionados con la droga. La policía de Dublín tiene en la actualidad una brigada antidrogas de aproximadamente 40 personas. Los programas de sustitución sólo existen a pequeña escala y con dosis muy reducidas.

En los PAISES BAJOS cuentan con un enfoque considerado como no represivo y sólo las manifestaciones más graves de los problemas de drogas son objeto de persecución. (El porcentaje de encarcelamientos por delitos contra

la legislación sobre drogas es, sin embargo, en torno a 10 por cada 100.000 habitantes. Este porcentaje se ha incrementado dramáticamente durante los últimos años y el país está de hecho bastante más cercano a la situación sueca.)<sup>(2)</sup>.

Existe en Amsterdam un programa de sustitución a gran escala con metadona. El motivo de esta política ha sido reducir el riesgo de marginación social y de criminalización de los consumidores de drogas.

## 2. LOS SISTEMAS DE TRATAMIENTO

La mejor forma de comprender el funcionamiento de los sistemas de tratamiento en las diferentes ciudades es, probablemente, examinar sus objetivos. Naturalmente cada sistema tiene como fin principal la rehabilitación total de los consumidores de drogas. En la práctica no es posible, sin embargo, obtener esta finalidad. Por ello se establecen muchos objetivos secundarios para resolver necesidades urgentes.

Con el fin de dar una descripción precisa de los diferentes sistemas de tratamiento, un factor principal que ha de considerarse es hasta qué punto están dirigidos a obtener la abstinencia total del consumo de drogas o al menos a mantener alguna forma de consumo controlado. Las razones que se encuentran detrás de la elección de uno u otro modelo de tratamiento están también determinadas por cuestiones socioculturales y de organización, y probablemente están afectadas por las dimensiones y la estructura del problema de la droga.

Como un servicio generalizado, todas las ciudades cuentan con salas de emergencia para incidentes críticos re-

lacionados con el consumo inadecuado de drogas y también con unidades para desintoxicación como parte del tratamiento primario. Como tratamiento secundario existe en alguna forma la utilización de servicios terapéuticos de beneficencia y a veces existen programas de sustitución con el uso primario de metadona. Finalmente, y con carácter terciario, casi todas las ciudades suministran programas de sustitución cuando no parece realista la esperanza de que se produzca la abstinencia en el consumo de drogas.

AMSTERDAM. El sistema de tratamiento en Amsterdam es el más diversificado e incluye casi todas las variedades disponibles en las otras ciudades. Un rasgo característico muy conocido del sistema de tratamiento de Amsterdam lo constituye los programas de metadona bajo formas diferenciadas y variadas. Estos programas buscan el bloqueo del uso de drogas ilegales y para la consecución de este objetivo incluso autobuses facilitan metadona bajo la forma llamada «de bajo umbral». Ello significa que la metadona se proporciona sin control de forma paralela al consumo de drogas ilegales, por ejemplo, con un simple análisis de orina. Uno de los motivos de este programa reside en tratar de reducir el riesgo de criminalización y marginación social como consecuencia de que los consumidores de droga han de dirigirse al mercado ilegal. Otras razones de este proyecto están en que no todos los consumidores de drogas están motivados hacia el tratamiento y que la oferta de servicios de tratamiento no es acorde con la demanda.

La metadona la utilizan también los facultativos para permitir a los consumidores de drogas, con una conducta social adecuada, mantener una vida no delictiva. Finalmente, la metadona se

usa en los tratamientos de desintoxicación y en Amsterdam hay una unidad especial para tratamiento de consumidores durante las detenciones policiales.

Cuando los consumidores de drogas están motivados para someterse a tratamiento bajo la forma de formación social, terapia, etc., y tal tratamiento es factible, puede emplearse la metadona bajo circunstancias especiales. En estas situaciones, existen instrumentos de control para garantizar que no se emplean de modo simultáneo otras drogas legales o ilegales. Con el fin de controlar el suministro de metadona en los diferentes tratamientos, se estableció un registro central que incluía unos 13.000 nombres en 1986.

Los tratamientos que se suministran revisten diversas formas, y a menudo se proporcionan a través de comunidades terapéuticas con o sin el empleo de personal facultativo. Los programas están diseñados especialmente para atender las demandas de subpoblaciones específicas de los consumidores de drogas así como los delincuentes afectados, adictos crónicos, aunque también se atienden a personas que desarrollan un modo de vida «normal».

La política sobre drogas en Amsterdam está dirigida a proporcionar un tratamiento a los drogadictos en su entorno social. Por ello, se da una gran importancia a los contactos con padres u otros parientes. Finalmente, el interés sobre estas actividades se desarrolla entre los consumidores de drogas a través del servicio social médico de adictos a la heroína (MDHG), a menudo conocido como «Junky Union» («Unión de yonkis»).

DUBLIN. El tratamiento para los consumidores de drogas en Dublín se de-

sarrolla en un sistema construido en torno a un centro médico de tratamiento, el «Jervis Street Drug Centre», abierto en 1970. La mayoría de las personas que acuden lo hacen por su propia voluntad aunque también son enviadas por el servicio de atención a condenados en régimen de libertad vigilada, por facultativos o por la brigada antidroga. Pueden ser también enviados a dos centros comunitarios de atención terapéutica o pueden recibir asistencia social.

El tratamiento normal en el «Jervis Street Drug Centre» para el consumo indebido de narcóticos consiste en programas de sustitución con metadona líquida suministrada oralmente y con dosis del 10-25% aproximadamente respecto a las suministradas en Inglaterra o en los EE.UU. Adicionalmente, se proporciona tratamiento en los hospitales psiquiátricos. El papel de los facultativos es variado. La mayoría envía a los drogadictos al Jervis Street Drug Centre, y sólo una pequeña parte está en condiciones de proporcionar un tratamiento de sustitución a largo plazo con metadona.

Dentro de los servicios carcelarios, se desarrollan diversos programas de tratamiento, especialmente uno basado en la metadona, que se proporciona a los consumidores de drogas que ingresan en prisión aún adictos. Los servicios profesionales de psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales y funcionarios de los servicios de libertad vigilada se prestan a los individuos que solicitan atención. También acuden a las prisiones grupos voluntarios, tales como Narcóticos Anónimos, normalmente de forma semanal, para evaluar las posibilidades de personas interesadas en participar en sus diversos programas. Sin embargo, no existe sino muy escasa información objetiva sobre

el número y características de las personas que utilizan estos servicios.

**HAMBURGO.** En Hamburgo la metadona no se emplea en los tratamientos, sino solamente para desintoxicación, y exclusivamente en los casos en los que el consumidor de droga ha manifestado su voluntad de someterse a tratamiento. La forma más extendida de éste lo constituyen las comunidades terapéuticas atendidas por personal profesionalizado y con tratamientos a largo plazo, de aproximadamente dieciocho meses como tiempo óptimo recomendado.

Cuatro comunidades terapéuticas cuentan con 115 plazas para residentes y «no existen problemas de admisión dado que el porcentaje de abandono es bastante alto» (Informe sobre Hamburgo, pág. 7-P-PG-EPID (86)5 rev.). El tratamiento se basa en el principio de voluntariedad. En la práctica, el sistema judicial compele a los adictos a someterse a tratamiento y «la mayoría de los clientes solicitan el tratamiento con el fin de evitar la cárcel» (p. 6.).

**LONDRES.** El sistema de tratamiento en Londres tiene una antigua tradición de atención a un pequeño número de adictos a los narcóticos mediante la receta de narcóticos o de metadona. Algunos facultativos han continuado esta tradición y aun facilitan metadona en dosis no descendentes. La tendencia moderna, sin embargo, se orienta a que los adictos sean atendidos en centros especiales de tratamiento y el modelo más extendido es el de tratamiento a pacientes externos en dosis descendentes de metadona. Se recomienda un plazo para este tratamiento comprendido entre uno y seis meses.

Desde los centros de tratamiento, los adictos pueden ser enviados a un cier-

to número de unidades de tratamiento de los alrededores de Londres, organizadas a menudo como comunidades terapéuticas. Las remisiones a tratamientos «no intensivos» se realizan normalmente por los centros de tratamiento con una excepción. Es el así llamado centro «City Road», que funciona como un centro de crisis o de intervenciones a corto plazo (tres semanas), que suministra tratamiento de desintoxicación con la posibilidad de enviar a los asistidos a tratamientos a más largo plazo.

No existen en las prisiones servicios específicos establecidos para los consumidores de drogas, que son atendidos por los funcionarios médicos de prisiones ordinarios, que sólo pueden suministrar tratamiento de desintoxicación. El servicio de libertad vigilada juega un papel sustancial, aunque no reconocido, en la supervisión de los delincuentes con problemas de drogas.

Un amplio marco de organizaciones no públicas que proporcionan servicios de asesoramiento, consejo e ingreso, confidenciales y de fácil acceso, juegan un papel significativo en el sistema de tratamiento británico.

Recientemente, organizaciones tales como NA (Narcóticos Anónimos) y FA (Familias Anónimas) y otros grupos voluntarios han llegado a tener gran importancia en la rehabilitación y en el fomento a los drogadictos en la búsqueda y el suministro de ayuda.

PARIS. Antes de 1971, el tratamiento de drogadictos se realizaba en hospitales psiquiátricos y en algunas clínicas privadas. El sistema de tratamiento especialmente diseñado para drogadictos en París se estableció en 1971, teniendo como punto de partida el centro de tratamiento médico de Marmottan.

El desarrollo de los tratamientos en París desde esta fecha puede ser descrito como un deseo de evitar el dominio de una ideología sobre tratamientos.

Asociaciones privadas apoyadas por el Estado, paralelamente a unidades especiales en los hospitales generales y psiquiátricos, proporcionan un amplio sistema de tratamiento, que incluye tratamientos con metadona de modo experimental, comunidades terapéuticas, terapia familiar y asistencia social.

En la segunda mitad de la década de los 70, se cambió el énfasis desde el tratamiento de base hacia el proceso de cuidados «a posteriori» y los seguimientos. Las últimas tendencias se dirigen a desespecializar los cuidados médicos y sociales y a involucrar a los facultativos ordinarios en los tratamientos.

La clave en los tratamientos en París es la diversificación, sin que sean dominantes ni los programas de sustitución ni las comunidades terapéuticas. Se garantiza el anonimato total y el tratamiento es gratuito.

ROMA. El sistema de tratamiento en Roma está descentralizado y consiste en 28 servicios de tratamiento (sin incluir las unidades de emergencia). Desde estos servicios pueden producirse remisiones a las comunidades terapéuticas gestionadas por organizaciones privadas o públicas.

El tratamiento en Roma tiene dos corrientes principales: programas de sustitución y terapia (incluso aunque el término «terapia» no está aceptado por muchas comunidades terapéuticas, en la medida en que no consideran el consumo indebido de drogas como una enfermedad). Los programas de trata-



miento emplean metadona (durante un tiempo se empleó también morfina) y se estima que aproximadamente el 50% de las personas sometidas a tratamiento lo son con fármacos.

En Roma se elaboran y emplean técnicas de detección (con diferentes criterios en función de los servicios competentes) con el fin de evaluar el grado de tolerancia que ha desarrollado el drogadicto para determinar así el tipo de tratamiento que necesita. (En el informe de la ciudad de Roma se hace una referencia al posible uso del test de naloxona en el sistema de la justicia penal para determinar hasta qué punto una cierta cantidad de drogas incautadas pueden ser consideradas como destinadas «al uso personal»).

El tratamiento de drogas en Roma se suministra gratuitamente y con garantía de anonimato.

**ESTOCOLMO.** El sistema de tratamiento en Estocolmo es diferente en muchos aspectos a los sistemas de las otras ciudades. Principalmente, sólo se acepta como objetivo del tratamiento la abstinencia total. En la práctica, ello implica que los programas de sustitución sólo se emplean con carácter experimental como un servicio de tratamiento de carácter terciario, por ejemplo, para unos cien consumidores de opio respecto de los cuales no se considera realista obtener una abstinencia.

Los hospitales psiquiátricos juegan un papel importante en el sistema. Una razón de ello puede encontrarse en que la drogadicción más extendida, —prácticamente exclusiva antes de 1970— ha sido el suministro intravenoso de estimulantes tales como anfetaminas, con acompañamiento de psicosis como consecuencia de un consumo en grandes dosis.

En Suecia también existe una tradición de tratamiento obligatorio para alcohólicos, introducida a partir de 1916. Aunque esta ley no es de aplicación a los drogadictos, el concepto de tratamiento obligatorio ha sido considerado también respecto de los mismos. En la práctica sólo un número limitado de drogadictos ha sido tratado obligatoriamente y ello sólo en función de la legislación relativa a enfermos mentales. La nueva ley de 1981 hace posible la prestación de tratamientos obligatorios bajo especiales circunstancias y con una duración límite de dos meses, prorrogables por otros dos más. A pesar del intenso debate, la medida sólo ha sido puesta en práctica hasta la fecha en un pequeño número de casos. Para consumidores menores de 18 años, sin embargo, no es rara la utilización de los tratamientos obligatorios; ello se realiza en escuelas-reformatorios o en colectividades que emplean, por ejemplo, el modelo de tratamiento «HASSELA». Ello implica una residencia durante un plazo largo en una colectividad que funciona como una pequeña familia y con una programa de 3 años de formación social y educativa.

En Estocolmo la atención médica se administra por la autoridad provincial, y la asistencia social, por la autoridad local (la ciudad). Por ello, las admisiones en hospitales y las desintoxicaciones se administran en el nivel provincial mientras que los programas sociales, tales como las comunidades terapéuticas, se administran y financian por el Ayuntamiento. En la práctica, la mayoría de los servicios de tratamiento, tales como comunidades terapéuticas, se gestionan por organizaciones privadas, tales como la organización de asistencia a drogadictos (RFHL) o por las comunidades terapéuticas, que funcionan de acuerdo con el modelo DAY-TOP. Como regla general, estas unida-

des están financiadas por el Ayuntamiento y, en alguna medida, cuentan con apoyo federal.

En el sistema jurisdiccional penal es posible la conversión de parte de la condena de cárcel en un programa de tratamiento (o educativo, etc.). En una cárcel —OSTERAKER— existe una unidad especial de tratamiento en la que se exige la condición de someterse a análisis de orina.

Una característica especial de la asistencia social sueca reside en la atención a través de familias ordinarias. Ello ha supuesto servicios crecientes para los drogadictos, estando las familias especialmente apoyadas por los servicios sociales del nivel local. Este servicio fue diseñado para jóvenes, pero cada vez es empleado más por drogadictos adultos. Pueden hacerse los siguientes comentarios sobre los sistemas de tratamiento y sobre su incidencia en el marco de los sistemas de información.

En primer lugar, existen signos que ponen de manifiesto un escepticismo creciente sobre la profesionalización y categorización farmacológica de los problemas derivados de la droga. Las drogas legales, tales como el alcohol y los tranquilizantes, están siendo consideradas como mucho más lesivas a la sociedad que las drogas ilegales. El consumo indebido de drogas se considera como sólo uno de los muchos problemas serios con que se encuentran las categorías de población examinadas en este estudio. Se ha llegado a cuestionar si una categorización estricta como «drogadictos» favorece en algún modo los intereses de estas personas.

Otra idea es la de que la «ideología del tratamiento» —criticada muy fuer-

temente en el campo de la política criminalista— parece tener un gran peso respecto al consumo indebido de drogas. Las implicaciones residen en que los modelos de drogadicción son «enfermedades» y que los adictos necesariamente necesitan tratamiento. Ello afecta no sólo a los adictos a los narcóticos y a la cocaína, sino también a los consumidores de cannabis en algunos casos.

Una implicación de la «ideología del tratamiento» es la arbitrariedad en los contactos con el sistema de la justicia penal. Las primeras experiencias en el caso de los alcohólicos pusieron de manifiesto que pueden reemplazarse cortas condenas de cárcel por meses, y a veces años de tratamiento, más o menos obligatorio.

Tiene especial relevancia para este estudio cómo inciden en el interés por someterse a tratamiento las decisiones de los tribunales o las actuaciones previas.

### 3. LOS SISTEMAS DE INFORMACION

#### 3.1. Aspectos generales

AMSTERDAM. La información se recibe fundamentalmente por el sistema central de registro (CMR). Este sistema tiene por objeto el control de la distribución de metadona en los diferentes programas en la ciudad. El registro de este programa incluye unos 13.000 nombres y funciona como la principal fuente de información de problemas relacionados con la droga en la ciudad.

DUBLIN. La fuente principal de información sobre problemas importantes derivados del consumo indebido de drogas es el «JERVIS STREET DRUG CENTRE». Se han seleccionado 5 indi-

cadores del consumo indebido de drogas como más fiables: demandas de primer tratamiento, hepatitis B, incauciones y detenciones policiales, encuestas.

**HAMBURGO.** Existe un registro con información procedente fundamentalmente de la policía. Los consumidores de narcóticos han sido el objeto fundamental del registro; en años recientes se han incluido también consumidores de cocaína.

**LONDRES.** Existe un registro central en el «Home Office» (Ministerio del Interior) desde los años treinta. Desde 1968 los médicos están obligados a notificar al «Home Office» todos los casos de adictos a los que atiendan. En este caso, «adictos» se refiere a los consumidores de narcóticos.

**PARIS.** No existe registro central (se ha encomendado a un grupo de trabajo la tarea de presentar propuestas sobre un sistema de monitorización). La fuente principal de información reside en los centros de tratamiento, que emplean estadísticas basadas en el indicador «primer contacto». También suministran estadísticas sobre «conductas relacionadas con la droga» los servicios militares. Las encuestas sólo se han empleado hasta la fecha con carácter limitado.

**ROMA.** Los test de orina anónimos realizados a los reclutas en 1980 y 1982 hicieron posible una estimación del consumo indebido de drogas entre los grupos más jóvenes de la población masculina. El Ministerio del Interior gestiona un sistema central de control, que se basa en las solicitudes de tratamiento a los servicios públicos y comunidades residenciales.

**ESTOCOLMO.** No existe registro de consumidores de droga en Suecia. Se

han desarrollado estudios sobre casos específicos en 1967, 1979 y 1984. Además se obtiene información de un estudio continuado de punciones en vena entre los detenidos. La información procedente del Centro María de drogas se emplea para describir los contactos con los consumidores de droga jóvenes. Desde 1970 se han llevado a cabo encuestas entre los alumnos de las escuelas primarias y entre los reclutas.

### 3.2. Comentarios sobre los sistemas de información

Existe en las diferentes ciudades un abanico muy amplio de canales para la recogida de información sobre la situación de la droga. Los modos en los que se han establecido o desarrollado los sistemas de información son un reflejo de las prioridades políticas. Como conclusión general puede afirmarse que ciertas autoridades en el nivel local parecen tener una adecuada visión panorámica de la situación de la droga y su desarrollo. Una característica general que ha de resaltarse es, sin embargo, que no se están empleando en las diferentes ciudades muchos métodos y fuentes de información potenciales.

En los informes se resalta la cuestión relativa a la integridad de los sistemas de información. Sólo París y Roma pueden garantizar un anonimato total para las personas que desean atención. La confidencialidad es la regla general y rara vez se envía información desde el sector sanitario al sistema jurisdiccional penal, aunque los envíos en dirección contraria son frecuentes. El sistema de información del Ministerio del Interior empleado en Londres no puede ser utilizado por la jurisdicción penal.

Respecto de la validez de la información procedente de las diferentes fuen-

tes, ha de ser objeto de discusión el problema de las clasificaciones inadecuadas.

Tradicionalmente, las estadísticas policiales se han considerado con escepticismo como un indicador de la criminalidad «real». Los aspectos políticos y los estímulos organizativos pueden afectar obviamente a la fotografía de la criminalidad. Sólo raramente se señala que existen estímulos similares en los sistemas de tratamiento y que esos sistemas «crean» su propia realidad. La sobrevaloración refuerza así la posición de las organizaciones de tratamiento y ayuda a la obtención de financiación.

La existencia de esta sobrevaloración se ilustra con los resultados italianos que muestran cómo muchos adictos internos en prisiones que se dirigen por sí mismos al tratamiento no han manifestado signos de tolerancia cuando son examinados. En centros de tratamiento de algunas ciudades el uso de actividades que tienen un alcance superior entre los adictos pueden tener los mismos efectos en las estadísticas que las actividades policiales.

La sobrevaloración es también un obstáculo en los estudios que ponen de manifiesto resultados de casos sobre consumidores de droga. En un estudio sueco se encontró que el riesgo de que los «consumidores ocasionales» fueran clasificados como «consumidores regulares» era significativo. Como el primer grupo es más amplio en muchas ocasiones, el riesgo de sobredimensionar el número de «consumidores regulares» puede distorsionar la fotografía en una gran medida.

Un último comentario respecto de la información facilitada: Las «muertes relacionadas con la droga» se han consi-

derado como un indicador pobre de la variación del consumo indebido de drogas en las siete ciudades. Existen muchas razones para ello; los argumentos se presentan en el informe técnico (P-PG/Epid (86) 8).

Frente a estos antecedentes sobre política y sistemas de información, la situación de la droga y su desarrollo puede describirse del modo siguiente:

#### 4. CONSUMO INDEBIDO DE DROGAS. DESARROLLO Y SITUACION ACTUAL

##### 4.1. Análisis general

AMSTERDAM. A partir del consumo experimental de muchas drogas diferentes en los años 60, se estableció un mercado de heroína en 1972. Desde entonces el problema ha aumentado considerablemente y en los años 80 el consumo indebido de cocaína también ha alcanzado niveles significativos.

El sistema de tutorías abarca en 1986 aproximadamente a 13.000 personas, de las cuales se ha proporcionado metadona ese año a 6.657. La estimación de la tasa de consumidores habituales de narcóticos se elevaría a 20-30 (por cada 1.000 habitantes entre 15 y 39 años). Sin embargo, la población consumidora de drogas en Amsterdam es conocida por su gran número de extranjeros o no residentes en Amsterdam, sino en otras partes del país.

DUBLIN. La primera ola de consumo indebido de drogas tuvo lugar en 1969-1970; principalmente anfetaminas, barbitúricos y cannabis. La heroína se introdujo en la segunda mitad de 1970 y se observó un incremento de aproximadamente cinco veces entre 1979 y 1983. Ese año el problema alcanzó el

punto máximo y ahora se ha estabilizado a un nivel inferior.

Las encuestas en niños de enseñanza secundaria (de 12 a 18 años) realizadas en 1971 y 1981 pusieron de manifiesto un incremento del grupo que «alguna vez había probado» drogas desde el 2,3% hasta el 11%. El consumo de heroína era muy raro en esta edad, pero también había aumentado.

Todas las pruebas disponibles reafirman la opinión de que Dublín es con mucho la única ciudad de Irlanda que ha sufrido un importante problema de narcóticos. Utilizando las cifras de tratamiento como base para una estimación, puede calcularse una tasa del tres por mil (de 15 a 39 años). Considerando que sólo se utiliza este tipo de cifras, probablemente la estimación es demasiado baja.

HAMBURGO. Alrededor del año 1970 emergió una cultura de la droga relativa al cannabis y LSD, en un ambiente social de clase media. Fuera de este grupo un sector continuó consumiendo narcóticos. En 1974 se creó un mercado de heroína, probablemente abastecido desde Amsterdam. Este mercado funcionó con alguna interrupción hasta hoy. Hay un número significativo de consumidores de narcóticos inyectables en Hamburgo, pero se ha producido una cierta estabilidad en la situación desde el comienzo de los años 80.

Los datos derivados de las encuestas evidencian un descenso en el número de personas que «nunca han consumido drogas ilegales» (sobre todo cannabis): desde el 27% al 14% al comienzo de la década actual.

El número estimado de consumidores habituales de narcóticos es de cerca de 1.800 (el número de casos «acti-

vos» contabilizado en diciembre de 1985 era 1.764). La tasa es de tres por cada mil habitantes (entre 15 y 39 años). Esta tasa toma en consideración una significativa proporción establecida de «casos superados». Sin embargo, si se mira la cifra acumulativa de las 3.232 personas registradas como narcoadictos desde 1969, entonces por supuesto la tasa predominante es de 5,5 por 1.000. Debido a que la estimación se basa principalmente en contactos policiales, podría ser demasiado baja.

LONDRES. El primer incremento de la narcoadicción tuvo lugar en los años 60. Las drogas más habitualmente consumidas fueron cannabis entre estudiantes y grupos de la clase media y anfetaminas entre grupos de la clase trabajadora. A finales de los años 70 tuvo lugar una segunda epidemia narcótica, aunque ahora la situación parece haberse estabilizado. El consumo indebido de narcóticos se ha propagado desde grupos socialmente marginados a un sector más amplio de la población, incluyendo tanto a las comunidades de la clase trabajadora como a las de la clase media. A menudo comienza a través de inhalar o fumar heroína. Algunas veces esto finaliza en el consumo por inyección. El consumo de anfetaminas y, en menor medida, cocaína, ha aumentado en los últimos años; sin embargo, aunque relativamente extendidos, son menos evidentes a partir de los datos estadísticos.

El número estimado de consumidores habituales de narcóticos está entre 25.000 y 30.000, lo que proporciona una tasa del 8 al 10 por 1.000 de la población (entre 15 y 39 años). Esta estimación se basa en varias fuentes y abarcaría los casos no detectados.

PARIS. El consumo ilegal de drogas comenzó al final de los años 60 y au-

mentó considerablemente durante la segunda mitad de los años 70, cuando se creó un mercado, que prosiguió en los primeros años de la década de los 80. El consumo de heroína se ha estabilizado, pero el consumo de cocaína se ha extendido en alguna medida. El consumo de cocaína puede encontrarse también entre la población adicta a la heroína.

Partiendo de que 5.800 personas son las que se han puesto en contacto con centros de tratamiento, puede estimarse que el porcentaje es en torno al 7 por 1.000 de la población (entre 15 y 39 años). Como en el caso de Dublín la estimación se realiza de acuerdo con los contactos para tratamiento y probablemente resulta demasiado reducida.

ROMA. El consumo de heroína tuvo un gran incremento en 1974-75, cuando desaparecieron del mercado drogas menos dañinas y fueron sustituidas por la heroína. También se ha elevado el problema de la cocaína durante los últimos años.

Se estima que el número de consumidores regulares de narcóticos en Roma es en torno a 10.000. Ello da una tasa de aproximadamente 9 por cada 1.000 habitantes (entre 15 y 39 años). La estimación se basa en estudios que emplean *test* de fluidos corporales y cubrirían todos los casos.

ESTOCOLMO. La extensión del empleo de inyecciones de anfetaminas desde mediados de los años 60 se complementaba con el consumo de cannabis en otros grupos. El problema alcanzó su nivel más alto al principio de los años 70. El uso de inyecciones de heroína se introdujo a mediados de los años 70, aunque concentrado en Estocolmo (y en Malmoe, cerca de Copenhague).

Los usuarios de inyecciones en Estocolmo se estimaron entre 3.000 y 4.000 y el consumo de heroína nunca ha excedido la tercera parte de esta población. La situación de la droga parece haberse estabilizado a un nivel más bajo. La tasa de personas que se inyectan de modo regular en Estocolmo se sitúa en torno al 7 por 1.000 de los habitantes (entre 15 y 39 años). Como la estimación se basa en un examen de casos y en el empleo de técnicas de apresamientos, habría de incluir todos los casos.

Puede parecer que algunas ciudades, como Hamburgo, Londres, Roma y Estocolmo, tienen más confianza en sus estimaciones que Amsterdam, Dublín y París. Ello puede deberse al potencial diferente de sus fuentes de información cuando se trata de determinar tasas válidas sobre el nivel de consumo (lo que constituye un aspecto separado del empleo de datos procedentes de los indicadores para ilustrar los cambios en el consumo ilegal de drogas a lo largo del tiempo).

#### 4.2. Comentarios sobre la situación relativa a las drogas

##### 4.2.1. *Formas de consumo ilegal y de administración de drogas*

Como comentario, puede resaltarse que existen muchas similitudes en la situación de la droga en las diferentes ciudades. Todas las ciudades experimentaron por primera vez el consumo ilegal de drogas como un fenómeno social amplio en los años 60. En ese tiempo el consumo ilegal de drogas estaba, sin embargo, casi exclusivamente centrado en los productos del cannabis y, de modo más limitado, en los estimulantes (anfetaminas, etc.). La forma de administración fue de modo primario

fumando cannabis y a través del consumo oral de estimulantes. Son excepciones a esta regla Estocolmo, con una epidemia temprana de inyecciones de estimulantes, y Londres, con una epidemia limitada de inyecciones de narcóticos.

Estas excepciones tienen, sin embargo, escasos puntos en común. Mientras que el problema británico estaba localizado inicialmente en grupos de la clase media que empleaban productos procedentes de fugas de los facultativos, la epidemia sueca se situó ya en 1966 entre grupos marginales, tales como ex-presos, jóvenes en reformatorios, prostitutas, etc.

Incluso alguna de las otras ciudades manifiestan una experiencia temprana en drogas más duras, bajo diversas circunstancias. París ha tenido durante mucho tiempo una «subcultura» importante de artistas, etc., consumidores de drogas «duras». Algunos grupos minoritarios en Amsterdam llevaron consigo hábitos de consumo de drogas durante el período de descolonización.

#### 4.2.2. Desarrollo

Atendiendo a la situación en el día de hoy, sólo de Estocolmo puede decirse que ha mantenido intacto su modelo de consumo de drogas desde los años 60, mientras que en otras ciudades han tenido lugar cambios dramáticos. Así, el problema de drogas dominante en Estocolmo sigue siendo el derivado de las inyecciones de estimulantes, a pesar de la existencia de una minoría de consumidores de heroína. La población que se inyecta parece tener las mismas dimensiones y encontrarse en los mismos segmentos de población que anteriormente.

Todas las otras ciudades del estudio ponen de manifiesto cambios muy marcados, y a veces dramáticos, en el empleo de inyecciones durante los años 70 y 80. Debe hacerse una mención específica también de las observaciones sobre el consumo de cocaína «a nivel de la calle» en Amsterdam, París y Roma.

La introducción de los problemas de la droga comenzó aproximadamente en el mismo período de tiempo, pero su desarrollo ha variado sustancialmente. Ciudades como Hamburgo y Estocolmo pueden mirar atrás y encontrar un período bastante largo con un problema de drogas estable; en el caso de Estocolmo, probablemente incluso en declive. Para Dublín, Londres, París y Roma, el panorama no es tan claro, incluso a pesar de la existencia de indicadores de estabilización. En Amsterdam la mayoría de la información indica una tendencia aún creciente.

#### 4.2.3. Poblaciones

Pueden apreciarse modelos diferenciados sobre el reclutamiento de la población consumidora de drogas. Como se ha señalado antes, la característica «principal» de la población que se inyecta en Suecia tenía —y tiene aún— su origen en segmentos de la población ya controlados por la policía y por los agentes de los servicios sociales (Sarnecki 1985).

Es apenas representativo en el estudio «multi-ciudades» la pertenencia de los consumidores de drogas duras a una subcultura «criminalizada» ya antes de su entrada en el consumo ilegal de drogas. Puede considerarse una afirmación acertada el que el efecto de las inyecciones de drogas (durante la última década) es un fenómeno que se concentra en los estratos de población bajos, e incluso en los más bajos. Lon-

dres puede ser, sin embargo, una excepción de esta generalización.

Otro factor que ha de tomarse en consideración es la «nacionalidad» y la pertenencia a grupos minoritarios. De forma no sorprendente, existe a menudo una representación excesiva de «nacionalidades extranjeras» en poblaciones condenadas por tráfico de drogas a gran escala. Entre otras, la razón de ello reside en la ventaja de los extranjeros sobre los delincuentes nacionales respecto de los contactos necesarios con los productores y los «mayoristas». Estos contactos estrechos son una condición necesaria para permitir controlar la calidad de las drogas y para cerrar los tratos. Debe también tenerse en cuenta que «extranjeros» en el estudio se refiere a menudo a personas procedentes de otras ciudades de las estudiadas.

Otro aspecto es la nacionalidad de los consumidores. Inicialmente, Amsterdam es conocida por la presencia de un alto número de consumidores extranjeros. Otra peculiaridad de la situación de la droga en Amsterdam es la gran proporción de consumidores (con nacionalidad holandesa) originarios de Surinam (una antigua colonia de los Países Bajos). En esta minoría se produjo pronto un cambio en el consumo, pasando de fumar narcóticos al empleo de inyecciones, durante los años 70.

Un modelo diferente se observa en Londres. Hay una tradición de fumar cannabis entre una parte de la minoría hindú, aunque el empleo extendido de otras drogas no ha sido puesto de manifiesto, existiendo algunas pruebas del consumo de heroína y cocaína en los últimos dos años.

#### 4.2.4. *Edad*

No es posible describir la estructura de edades de las poblaciones consumi-

doras de droga sin dificultades metodológicas. El primer problema se presenta en el proceso de selección. Las encuestas se dirigirán probablemente hacia grupos específicos, tales como estudiantes, presos, etc., y poblaciones con un sentido ya definido en función de la edad. Además del problema de selección, ha de hacerse una separación entre la incidencia y el consumo y ha de tenerse en cuenta el hecho de que un fenómeno que empieza en grupos jóvenes producirá lógicamente un incremento en el promedio de edad, a medida que envejecen las personas afectadas.

Un nuevo fenómeno con un reclutamiento estable producirá así automáticamente un incremento de la edad media de la población. Es de especial interés: a) tratar de encontrar la tasa de comienzo de la adicción a cierta edad y b) calcular la edad media de los consumidores activos de drogas. Aún más, con un fenómeno bastante «joven», la población activa total (y sus actividades) pueden continuar incrementándose incluso si hay un decrecimiento en la entrada de nuevos consumidores.

Siendo conscientes de esto, hay algunas observaciones que han de hacerse respecto a los informes del estudio «multi-ciudades». En el informe sueco existen fuertes indicadores de estabilización o incluso de descenso de nuevas adicciones (la conclusión se basa en estudios de encuestas y de exámenes de casos); un panorama similar se manifiesta desde París, Roma y Hamburgo, mientras que no puede obtenerse tal conclusión para Dublín y Londres, aunque existen indicaciones en estas dos ciudades de que la situación puede ahora estar estabilizándose.

En París y Londres ha habido una ampliación en la franja de edad para el comienzo del consumo ilegal de dro-



gas; tanto las personas más jóvenes como las más viejas han comenzado a consumir drogas. En Hamburgo, un estudio basado en datos provinciales pone de manifiesto resultados que pueden apoyar la hipótesis de la «maduración».

El consumo ilegal de drogas parece manifestar fuertes signos de «efecto cohorte» (3), en el sentido de que aquellos que han estado en ciertos grupos de edad en cierto período de tiempo han adoptado hábitos específicos y estilos de vida que mantendrán con ellos durante mucho tiempo. Aquí también Londres, con su segunda generación de consumo ilegal de drogas, puede ser una excepción, que también puede constituir probablemente París.

La evaluación de la distribución de edades y los cambios en la población que se incorpora y que abandona el consumo de drogas debe ser un motivo principal de futuras investigaciones epidemiológicas.

#### 4.2.5. Sexo

En contraste con la mayoría de las otras formas de conducta desviadas, las mujeres constituyen una proporción significativa de los consumidores de drogas. La tasa sobre composición de sexos varía en función de la fuente. La proporción de mujeres, aunque generalmente inferior que la proporción de hombres, es mayor entre «consumidores» y en las poblaciones sometidas a tratamiento tanto como en los datos relativos a mortalidad en comparación con las poblaciones sometidas a un sistema de control. La proporción varía desde 1:1,5 a 1:4.

#### 4.2.6. El mercado

Pueden también hacerse algunos comentarios sobre la situación del merca-

do y la disponibilidad de las drogas. Los informes de las ciudades incluyen información sobre el importante papel de la «oferta» paralelamente al aspecto mencionado más arriba de la «demanda» dentro del problema de las drogas.

Un ejemplo notable del papel del mercado es el «caso de la sustitución» en Italia en 1973-1974. El cannabis desapareció repentinamente del mercado y fue sustituido inmediatamente con drogas más dañinas, tales como la heroína. En sólo dos años (1980-1982) se estimó una población de drogadictos de más de cien mil.

Una situación comparable apareció en Estocolmo en 1973-1974. En aquel tiempo la oferta de estimulantes cesó por un período largo de tiempo como consecuencia de la detención policial de un traficante monopolista (Lenke 1979). Durante este período «vacío» la heroína se introdujo por primera vez en la ciudad. (Tres años antes había sido introducida en la ciudad de Malmö.)

Un aspecto que ha de tomarse seriamente en cuenta es las conexiones entre los diferentes mercados y ciudades. Aunque la mayoría de la heroína que entró en París a finales de los 60 y principios de los 70 pasó a través de Marsella, tanto París como Hamburgo señalan a Amsterdam como el punto que ha llegado a ser el centro de tránsito para su heroína en 1973-74. Ello se produce aproximadamente en la época en la que Amsterdam experimentaba un gran incremento en el consumo de heroína.

Amsterdam era también la fuente principal de heroína y de anfetaminas para Estocolmo al principio de los años 70. Sin embargo, el problema principal en los Países Bajos eran los estimulantes.

tes. Hoy en día, parte de la heroína que llega a Estocolmo también viene de Amsterdam, pero la mayoría procede de Turquía y de Oriente Medio.

En Londres, el efecto de la oferta en los modelos de consumo se apreció a finales de los años 70, cuando el incremento de la importación de heroína desde el sudoeste asiático fue seguido de una fuerte caída en los precios y de un aumento del consumo.

Cierto número de estudios se han encaminado hacia el mercado internacional de las drogas. Sin embargo, muy pocos se han realizado sobre los niveles nacionales y locales y sobre los vínculos entre estos niveles nacionales y locales y sobre vínculos entre estos sistemas. Se han hecho algunos esfuerzos para analizar la situación de los mercados nacionales y locales, principalmente en los Estados Unidos, y en alguna medida, también en Europa.

#### 4.2.7. Desempleo

Se ha puesto de manifiesto que el desempleo es un importante problema paralelo al del consumo ilegal de drogas. Al igual que con otras formas de conductas desviadas, puede asumirse que exista una relación directa de causalidad entre el desempleo y la situación de la droga. Las conexiones deben, sin embargo, ser objeto de una atención mayor. Debe resaltarse que no existía desempleo en Hamburgo al principio de los años 70, cuando se extendió el consumo ilegal de drogas y cuando emergió gradualmente un grupo de distribuidores. Existe una alta tasa de desempleo (casi un 13%) en la

actualidad, pero el consumo ilegal de drogas parece estar estabilizándose.

La investigación empírica en otras ciudades ha apoyado la hipótesis de que el desempleo es un factor generador de los problemas de la droga (Plant 1986). Así, incluso en Estocolmo, con la tasa de desempleo más baja de todas las ciudades, existe una variación en común entre los dos fenómenos en el sentido de que, cuando Estocolmo experimentaba su nivel más alto de desempleo al principio de los años 70, los problemas de drogas también se encontraban en su punto más alto. (La conexión puede también encontrarse dentro de regiones de Suecia, Lenke 1979.) Aún más, el hecho de que Estocolmo parezca ser la única ciudad con un problema de drogas en declive puede apuntar también al desempleo como un importante factor generador en relación con el consumo ilegal de drogas.

El que este desempleo juvenil tiene una potencialidad destacable como un factor de riesgo es algo que queda ilustrado por las cifras. Tanto los informes de Amsterdam como de Dublín manifiestan altos niveles de desempleo, aproximadamente el 18% de la fuerza de trabajo, de la cual una tercera parte se estima que tiene una edad inferior a 25 años. En Dublín la mayoría del problema de drogas se concentra en la parte inferior de la ciudad, que se asocia a altos niveles de desempleo y de privaciones. La tasa de desempleo juvenil en 1986 es del 18% (de la población laboral) en el Londres «exterior», y en el Londres «interior» —que comprende 2 millones de habitantes—, la tasa excede del 35% de los hombres jóvenes.

## NOTAS

(1) *Simposium sobre la atención a los adictos a drogas duras*. Consejo de Europa. Estrasburgo 1984.

(2) *Libro anual de estadísticas de los Países Bajos 1985*. Pág. 374. La Haya 1986.

(3) El ejemplo clásico de un «efecto cohorte» potencial procede de la sociología política. Se refiere a la «fidelidad» de las personas que, votando continuamente a los demócratas en los Estados Unidos, votaron por primera vez durante el periodo de crisis de los años 30.

## OBRAS DE REFERENCIA

*Informes de las ciudades. estudio multi-ciuda-*

*des*, Grupo Pompidou (P-PG/Epid (86) 3 Rev., 4, 5, 6, Rev., 9, 10, 13).

HARTNOLL, R. (1986). *Informe técnico sobre los indicadores del consumo ilegal de drogas en siete ciudades y recomendaciones para un control futuro*. Informe presentado al Grupo Pompidou. Consejo de Europa. Estrasburgo (P-PG/Epid (86) 8).

## AUTORES DEL INFORME FINAL DEL ESTUDIO

- U. AVICO. Roma.
- R. HARTNOLL. Londres.
- F. R. INGOLD. París.
- K. J. LANGE. Hamburgo.
- L. LENKE. Estocolmo.
- A. O'HARE. Dublín.
- B. OLSSON. Estocolmo.
- A. J. DE ROIJ-MOTSHAGEN. Amsterdam.

# Miscelánea



# Congreso sobre las drogodependencias en Euskadi\*

Gobierno Vasco.

S. Sebastián, 7-11 de septiembre de 1987

**L**os días 7 al 11 de septiembre se celebró en Donostia-San Sebastián el Congreso de Drogodependencias dentro del marco del II Congreso Mundial Vasco.

El objetivo del Congreso era buscar un momento para la reflexión sobre las actividades realizadas en la lucha contra las drogodependencias. En los últimos años y en diferentes frentes se han desarrollado en nuestro País muy diversas actividades para combatir la epidemia de las drogodependencias; se veía como conveniente, dado el momento presente y las posibilidades que ofrecía el II Congreso Mundial Vasco, exponer en un foro internacional el trabajo y los planteamientos que se hacen en nuestra comunidad desde distintos ámbitos y debatirlo con otros profesionales de dentro y fuera.

Como el abanico de actividades contra las drogodependencias es amplio, el Congreso se organizó en torno a las siguientes áreas:

- Sociología y Antropología.
- Prevención y Educación.
- La investigación al servicio de la terapéutica.
- Aspectos penales y criminológicos de las drogas.

- La información y los medios de comunicación.
- Modelos de tratamiento en drogodependencias.

Con la idea de animar a la reflexión en tan diversos temas y a personas de ámbitos diferentes, el Congreso se estructuró de tal forma que, aparte del núcleo central constituido por las exposiciones magistrales, se desarrollaron una serie de actividades. En definitiva, el programa se constituyó con:

1. *Ponencias presentadas por expertos invitados al Congreso.* Ponencias relacionadas con cada uno de los temas en que se organizó. En total intervinieron cuarenta y tres ponentes.

2. *Lectura de comunicaciones libres aceptadas por el Comité Científico.* Se recibieron algo más de un centenar de comunicaciones, de las cuales se consideraron aptas cincuenta. Cada una de las comunicaciones se inscribía en uno de los temas prefijados.

3. *Presentación, exposición y observaciones al «Libro Blanco de las Drogodependencias en Euskadi, 1987.»* Con la finalidad de exponer cuál es el momento actual de la lucha contra las drogodependencias en Euskadi y llevar a cabo una reflexión sería basada en datos objetivos, el Comité Científico decidió la elaboración de un Libro Blanco, el cual fue presentado en la jornada inaugural.

---

(\*) Para mayor información: Gobierno Vasco. Secretaría General de Drogodependencias. C/ Duque de Wellington, 2. 01011 Vitoria-Gasteiz.

4. *Seminarios.* Se celebraron siete seminarios sobre aspectos muy concretos y de actualidad en la Comunidad Autónoma Vasca (C.A.V.). En algunos de ellos, además de las personas asistentes al Congreso, participaron por invitación expresa miembros o representantes de diferentes colectivos a quienes afectaba la temática tratada. Los temas de los seminarios fueron:

- a) Problemática médico-legal y forense del delincuente toxicómano por vía parental.
- b) Utilización coordinada de los recursos terapéuticos entre la administración de justicia y la sanidad.
- c) Asistencia social en apoyo del detenido y de la judicatura.
- d) Política municipal en materia de prevención de las drogodependencias.
- e) El alcohol en la empresa: problemas y soluciones.
- f) Análisis y observaciones al «Libro Blanco de las Drogodependencias en Euskadi, 1987.»
- g) Así mismo se celebró un seminario con carácter restringido sobre la coordinación policial en la lucha contra el tráfico ilícito.

5. *Videos.* Una de las salas de la sede se dedicó exclusivamente a la programación de videos realizados en la C.A.V. a petición de las personas interesadas. En total existían siete títulos diferentes referidos a temas como el alcohol, la heroína y las experiencias preventivas (sociodrama).

6. *Mesas redondas.* Se realizaron dos, tratando una de ellas sobre observaciones al Libro Blanco a la que ya nos hemos referido, y completando la otra las ponencias del tema dedicado a la información y los medios de comunicación, siendo su título «Estrategias

informativas en relación con las drogas.»

7. *Exposición de materiales.* En una sala próxima a la sede del Congreso se efectuó una exposición durante los días del mismo dirigida no sólo a los participantes, sino al público en general. La exposición constaba de dos elementos: a) bibliografía publicada en la C.A.V., y b) una colección de carteles que comenzaba con informaciones sobre las diferentes sustancias para pasar a describir la intervención de los distintos organismos: a nivel internacional, ONU, OMS y Parlamento Europeo; el Plan Nacional y los Estamentos de la C.A.V., la Oficina del Lehendakari para la lucha contra las drogodependencias, las competencias de los Departamentos y las distintas labores a realizar por los Ayuntamientos y Diputaciones. Además de ello, tres iniciativas de tratamiento presentaron sus proyectos a través de carteles (AGIPAD, Etorikintza y Proyecto Hombre).

El Congreso contó con 330 personas inscritas; a ellos hay que sumar los 50 comunicantes y los 43 ponentes. En total 423 personas movilizadas en torno al mismo.

Casi una tercera parte de los 330 inscritos fueron invitaciones expresas a Módulos asistenciales, Asociaciones, Fundaciones, Instituciones públicas (Parlamento Vasco, Audiencias Provinciales, Departamentos del Gobierno Vasco...) y profesionales, colaboradores del Libro Blanco, organizaciones y ponentes de seminarios. El motivo era animar a la participación al máximo de sectores posibles, y de hecho la asistencia fue muy plural, con representación de personas de diferentes ámbitos que están en contacto o vinculadas con esta problemática.

La asistencia a los seminarios contó, además de con los asistentes al Congreso, con la participación de otros colectivos, invitados para asistir y tratar temas específicos; en total habría que añadir algo más de doscientas personas (representantes de empresas, sindicalistas, concejales...).

Si bien se repartieron entre los asistentes, al inicio de las sesiones, las ponencias y comunicaciones presentadas en el Congreso, así como el «Libro Blanco de las Drogodependencias en Euskadi 1987» y «Drogas y Escuela III», queda pendiente la publicación del conjunto de las aportaciones realizadas, que se llevará a cabo en un futuro próximo.

#### TEMA I. SOCIOLOGIA-ANTROPOLOGIA. «EL LIBRO BLANCO DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN EUSKADI, 1987»

En este tema se incluyó la presentación y las observaciones al Libro Blanco más dos bloques de comunicaciones, uno centrado en el alcoholismo y otro de drogas en general.

##### Presentación del «Libro Blanco»

El «Libro Blanco de las Drogodependencias en Euskadi 1987» fue presentado por D.<sup>a</sup> Gloria Urteaga, esposa del Lehendakari, quien destacó en su exposición «la importancia del Libro como intento de marcar en nuestra sociedad un estilo de reflexión distinto sobre el problema de las drogas».

Posteriormente cuatro de los diecisiete autores, en representación de todos, realizaron un resumen de cada capítulo.

El profesor Javier Caballero presentó los capítulos:

*Marco Normativo*, donde se recoge y comenta la normativa legal tanto del Estado como internacional, así como el anteproyecto de Ley en materia de tratamiento, prevención y reinserción de las drogodependencias elaborado por el Gobierno Vasco.

*Intervención de las Instituciones públicas en la lucha contra la drogodependencia en la C.A.V.*, que describe históricamente cómo ha venido siendo el compromiso de las Instituciones públicas hasta nuestros días y cuáles son los actuales planteamientos.

*Aspectos judiciales y penitenciarios relacionados con las drogas*, capítulo en el que se destaca la desmitificación de que la mayoría de los delitos cometidos están relacionados con el consumo de drogas ilegales, aun cuando la relación entre toxicomanía y delito contra la propiedad es importante.

*La droga: análisis de contenido de la prensa de la C.A.V.* En este capítulo y a través de un análisis de noticias de la prensa diaria se desprende el tipo de tratamiento que reciben las noticias sobre drogas como dramáticas y alarmistas.

*Intervención policial*, donde se describen las actividades de los múltiples servicios policiales que intervienen en el control del uso indebido de drogas y los problemas que concurren en la represión del tráfico.

*La intervención de la comunidad.* Muestra el trabajo desarrollado por las asociaciones, importante, sobre todo, al actuar provocando la intervención de los poderes públicos.



El profesor Javier Elzo intervino en segundo lugar presentando la segunda parte (descripción del problema y su situación en Euskadi), con los siguientes capítulos:

*La investigación epidemiológica y sociológica.* En cuanto al nivel de investigaciones se señala la falta de un estudio epidemiológico global y la proliferación de estudios pequeños que deberían orientarse hacia la profundización en aspectos concretos. De los datos que aportan los estudios se desprende que Euskadi no es el lugar donde más droga se consume del Estado español, que el número de heroinómanos se cifra en 5.000 ó 6.000 pero no más y que la tendencia observada en los últimos años es hacia la estabilización.

*Análisis económico de la drogadicción.* Este capítulo se centra en la evaluación de los problemas y de las políticas relacionadas con el consumo de drogas, a la vez que describe, desde el punto de vista económico, el funcionamiento del mercado de drogas ilegales.

*Opiniones sobre legalización de las drogas,* donde se contrastaban opiniones sobre la posible legalización del uso de drogas realizadas por un colectivo de personalidades conocedoras de esta realidad. Se recopilan también datos de encuestas hechas a la población, en las que se han planteado cuestiones relacionadas con este tema.

El profesor D. Sabino Ayestarán explicó el contenido del apartado dedicado al Tratamiento y a la Reinserción, que constaba de tres capítulos: «El diagnóstico del toxicómano», «Los modelos de tratamiento» y «La reinserción social». Habló en su exposición de la existencia de una infraestructura muy amplia y suficientemente dotada de medios materiales y de personal para

el tratamiento de los toxicómanos; la atención deberá dirigirse hacia una utilización racional de los recursos con los que se cuenta. También señaló la importancia del diagnóstico del toxicómano, tanto en la elección del modelo de tratamiento a seguir como en la investigación sobre eficacias, destacando la carencia de un sistema de diagnóstico común que facilite esta labor.

Con respecto a la reinserción social del toxicómano expuso la necesidad de prestar una mayor atención a los programas de reinserción y señaló que deben estar presentes en todos los programas de tratamiento terapéutico.

El bloque de temas adscrito a la prevención estaba formado por cuatro capítulos: «Prevención de las Drogodependencias en Euskadi», «Educación escolar sobre las drogas», «La formación de profesionales en el campo de las drogodependencias» y «Trabajo y drogas». Capítulos que fueron presentados por D. Amando Verga, quien hizo una descripción histórica de cómo se ha venido realizando la prevención, señalando como aspectos más deficientes la ausencia de evaluación y la falta de una mejor coordinación, si bien mostró su optimismo ante la nueva política de la Administración, por lo que supone de normalización y de coordinación.

Finalmente el Dr. Jesús García Sevilla se encargó de describir los dos últimos capítulos del Libro dedicados a *la investigación básica y a la investigación clínica*, respectivamente. En su exposición apuntó que los logros de la investigación son a largo plazo y que aun cuando se ha avanzado mucho todavía queda mucho por hacer, ya que por ahora se desconocen los mecanismos que ponen en marcha los fenómenos de la tolerancia y la dependencia para

muchas sustancias que constituyen la raíz misma de los problemas de adicción. La encrucijada se sitúa actualmente, para la Administración, en si desea disponer de unidades asistenciales exclusivamente o quiere disponer de unidades asistenciales que puedan desarrollar una investigación eficaz simultáneamente, para la cual se necesitaría una inversión de fondos públicos.

#### Mesa redonda sobre el Libro Blanco

Como contraste a la exposición del contenido al Libro Blanco siguió a ésta una mesa redonda sobre el contenido del mismo. La finalidad era que diversos expertos de fuera de nuestra Comunidad, los cuales habían recibido el contenido del Libro con anterioridad, tuvieran una visión de lo que se venía haciendo en Euskadi y pudieran valorarla aportando consejos y recomendaciones de cara a las decisiones que se han de tomar en el futuro.

La mesa redonda comenzó con un resumen sobre las conclusiones más importantes que se pueden deducir del Libro Blanco expuestas por D. Javier Elzo. A partir de ahí fueron tomando la palabra cada uno de los expertos invitados comenzando por D. Francisco Ramos (ONU), quien valoró positivamente el esfuerzo realizado y el rigor científico que se reflejan en el Libro Blanco; igualmente se manifestó a favor del planteamiento ofrecido. Sin embargo, consideró que se había dejado un poco al margen, dentro del ámbito de la prevención, el problema del tráfico ilícito de drogas y que era preciso atajar tanto la demanda como la oferta de drogas.

El Sr. Cees Goos (OMS) señaló que no existe ningún país que haya aunado tal gama de documentación como la que aparece en el Libro Blanco y se

mostró partidario del planteamiento global del Libro como integrador de diversos campos de acción en materia de drogas. Valoró como interesantes y poco frecuentes temas tratados como la legalización, los menores y las drogas y la problemática carcelaria. Finalmente advirtió de la carencia del abordaje del papel de la salud primaria en el tema de las drogodependencias.

El Dr. Santiago de Torres (Plan Nacional sobre Drogas) felicitó la iniciativa del Libro Blanco «porque es un intento de globalizar y agrupar los diversos aspectos del fenómeno del consumo de drogas en Euskadi» y resaltó su impresión de encontrarse ante un momento de reflexión y análisis en el País Vasco, para dar comienzo a una nueva etapa de mayor cohesión y coordinación entre los distintos ámbitos que intervienen en este fenómeno. Posteriormente se centró en una serie de objeciones puntuales, comenzando por la estructura del informe. Indicó la conveniencia de que se hubiera realizado un capítulo histórico desarrollándose el proceso de forma global, evitándose de esa forma el que se repita frecuentemente este proceso histórico en muchos capítulos; a partir de ahí matizó diferentes aspectos, entre los que pueden subrayarse que los datos epidemiológicos, desmitificadores, se ajustan a la realidad; sin embargo, en ese capítulo se carece de datos indirectos. Bajo su punto de vista, los decomisos superan el 10% de la droga en circulación; respecto de la prevención señaló que es el momento de abandonar las experiencias piloto e introducir elementos de planificación generales; frente al diagnóstico recalcó la necesidad de que los profesionales se pongan de acuerdo y ponerse a trabajar con unos mínimos comparables; le preocupa, además, el definir cuál es el trabajo de los servicios de atención primaria y el

papel de los trabajadores de estos centros; para él, la investigación debe desarrollarse bastante más, sobre todo abriéndose a la relación con otros países; finalmente, se refirió al problema del SIDA, que no está recogido en el libro y que daría lugar a grandes cambios en el planteamiento de las tendencias a seguir.

### Seminarios del Libro Blanco

Como continuación de este debate ya iniciado se contempló la realización de tres reuniones sobre observaciones al Libro Blanco en cuestiones determinadas. Los temas se centrarían a partir de las sugerencias de los asistentes, que debían ser quienes hicieran las propuestas. Se recibieron peticiones sobre aspectos concretos, generalmente ampliaciones de información, que fueron solventadas poniendo en contacto al solicitante con el autor del capítulo del que se deseaba tratar. Sólo en un caso se creó un seminario de amplia participación; el tema a debatir fue el papel del movimiento asociativo como agente preventivo a nivel local (pueblo o barrio). Asistieron representantes de asociaciones de lucha contra las drogas de Euskadi (Dzarraska, D.E.E., Askagintza...), así como profesionales de otras Comunidades Autónomas (Cataluña, Galicia, Madrid...); la discusión se centró en las vías de participación a nivel municipal, a través de las mesas municipales contra la droga y de las comisiones municipales de prevención, así como del trabajo de las asociaciones, quedando constancia de la importancia del movimiento asociativo en Euskadi con respecto a otros movimientos similares en el Estado español.

### Otras actividades de este área

Esta área, dedicada a la Sociología-Antropología, contó, además del tema

Libro Blanco, con la ponencia de D. Manuel Gallardo, del Departamento de Estado para asuntos relacionados con Iso narcóticos, quien habló de la situación mundial sobre el problema de la droga y una previsión de los próximos cinco años, sobre todo por las consecuencias negativas que puede acarrear el aumento del consumo de cocaína y sus derivados. También se agruparon un total de 11 comunicaciones en torno a la investigación sociológica, cinco de ellas sobre el tema alcohol y seis sobre las drogas en general.

## TEMA II. PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN

### Estructuración

Se estructuró en tres actividades: las ponencias, las comunicaciones y los seminarios. Las ponencias se agruparon en torno a dos niveles, uno internacional, en el que participaron: Francisco Ramos (ONU), Cees Goos (OMS), F. G. Puente (México), T. J. Gleaton (PRIDE-USA), y otro nacional: M. A. Torres (Drogalcohol), A. Vega (País Vasco), J. A. Pérez Arróspide (País Vasco) y R. Costa Pau (Generalidad de Cataluña).

Las comunicaciones se agruparon en torno a dos áreas, la prevención en el ámbito educativo y la prevención en general. En total se leyeron 16 comunicaciones, mitad y mitad en cada grupo. También se llevaron a cabo dos seminarios vinculados a esta temática, uno sobre «Política municipal en drogodependencias» y otro sobre «Alcohol y empresa: problemas y soluciones».

### Los seminarios

El seminario sobre «Política municipal en drogodependencias» fue organizado por la Dirección de Bienestar So-

cial del Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco y tuvo como moderadores a D. J. A. Pérez Arróspide (Director de Bienestar Social del Gobierno Vasco) y D.<sup>a</sup> Inmaculada Mayol (IGIA). La asistencia se calculó en alrededor de 120 personas. La convocatoria iba dirigida especialmente a los alcaldes y concejales del área de bienestar social de municipios de más de 5.000 habitantes. El objetivo prioritario era sensibilizar a los responsables de la política municipal en cómo actuar en el campo de las drogodependencias. Sin embargo, este objetivo no se cumplió plenamente debido a que la asistencia de concejales y alcaldes no fue todo lo numerosa que hubieran deseado los organizadores.

El seminario se dividió en dos partes. En una se analizaron las causas del fenómeno y las razones que explicarían el porqué del brote epidémico en Euskadi. Desde estas referencias se han podido diseñar los ámbitos de actuación y los tipos de programas que deben ponerse en marcha con el fin de afrontar los diversos problemas generados por las drogodependencias y, sobre todo, la propia drogodependencia, desde los programas de PREVENCIÓN.

En definitiva, esta primera parte permitía conocer qué deberían hacer los Ayuntamientos.

La segunda parte del seminario trataba de definir de qué manera un Ayuntamiento podría afrontar toda la complejidad de cosas a hacer. Era una reflexión que pretendía llegar a:

1. Establecer en el municipio un responsable del tema drogodependencias.
2. Definir quién debe asumir alguna responsabilidad y cuál, contando

para ello con las Instituciones públicas (Gobierno, Diputaciones, Ayuntamientos) o privadas.

3. Analizar los recursos existentes en los diversos campos (sanitario, educativo, juvenil, culturales...).
4. Definir las necesidades de actuación en el ámbito municipal.
5. Adecuar los recursos a las necesidades.
6. Plantear los nuevos programas necesarios para un abordaje total del problema.

En definitiva, se defendió, por un lado, la necesidad de que los Ayuntamientos asumiesen su papel protagonista de coordinar toda la actuación en el ámbito municipal, y por otra, la necesidad de poner en marcha Comisiones Municipales de Prevención como el instrumento capaz de llevar a cabo tal responsabilidad.

El seminario «El alcohol en la empresa: problemas y soluciones» fue organizado por la Dirección de Trabajo del Gobierno Vasco con la colaboración de CETA. A este seminario acudieron más de un centenar de personas y entre ellas representantes de empresas, la mayoría de la C.A.V. El seminario se estructuró en tres partes. En la primera parte se expuso la incidencia de los problemas derivados del consumo de alcohol en las empresas de Euskadi, a cargo de Ramón Aguinaga y Eugenio Domínguez, ambos médicos de empresa. En la segunda parte participaron Patricia Hanna y Arches Tongue, expertos extranjeros; describieron iniciativas desarrolladas en algunos países, que destacan los beneficios de implantar programas preventivos en alcohol.

Finalmente la tercera parte se dedicó a las experiencias que se vienen desarrollando en Euskadi, expuestas por D. Joaquín Bedia (Lagun-Aro), D. Alfonso Tobar (Fagor) y D. Bernardo Ruiz (CETA).

Las conclusiones que se pueden extraer del seminario son la evidente sensibilización de las empresas por los problemas del alcohol en el medio laboral (accidentes, absentismo, baja productividad), los escasos recursos disponibles para la intervención sobre estos problemas y la necesidad de intervenir y desarrollar iniciativas, como las expuestas. Por último, D. Genaro Gómez Etxeberría, director de Trabajo del Gobierno vasco, que presidió el seminario, expresó la preocupación de la Administración vasca sobre el problema y recogió las demandas de los asistentes en el sentido de promover acciones dirigidas a sensibilizar y buscar soluciones.

### Conclusiones

Como resumen de este tema, una vez más se constató que la prevención sigue siendo una asignatura pendiente. En ponencias y comunicaciones se resaltó la importancia y la urgencia de la prevención, entendida ésta como intervención tanto sobre la oferta como sobre la demanda antes del abuso de las drogas. Por supuesto, dentro de un plan integral. Para la variedad de problemas relacionados con las drogas existen estrategias diferenciadas para la intervención preventiva. Se necesita siempre la coordinación para que los esfuerzos puedan alcanzar sus objetivos. La Conferencia Internacional de Viena, bajo los auspicios de la ONU, sugiere objetivos específicos para cuatro áreas determinadas:

1. Prevención y reducción de la demanda ilícita de drogas.

2. Control de la oferta.
3. Supresión del tráfico ilícito.
4. Tratamiento y rehabilitación.

Al mismo tiempo, la División de Estupefacientes prepara un nuevo proyecto de convención contra el tráfico ilícito de estupefacientes, que incluye aspectos como la confiscación de cultivos ilícitos, la coordinación de actividades policiales, etc.

La educación es otra medida a tener en cuenta, tarea que corresponde no sólo a la familia y a la escuela, sino también a todas las instituciones, públicas y privadas, de la comunidad, entre las que cabe destacar la responsabilidad de los Ayuntamientos con sus planes de prevención, de las empresas con sus programas específicos y de los medios de comunicación social con una información orientada a una comprensión más exacta de la problemática de las drogas. La coordinación se impone como una necesidad que nos lleva a programas comunitarios bien planificados, apoyados con los recursos materiales y humanos que sean convenientes.

En nuestro país la respuesta ofrecida hasta ahora en la prevención, sin desacreditar el esfuerzo realizado por instituciones y profesionales concretos, se puede considerar pobre, descoordinada y con falta de recursos. La respuesta institucional ha sido siempre tímida y escasa, con unos planes de actuación en la actualidad que invitan a la esperanza, así como programas específicos de gran interés. Hay que dejar constancia del deseo de continuar entre los profesionales en el compromiso preventivo, tarea compleja y difícil que exige: coordinación, esfuerzo continuo, planificación, adecuación de recursos y evaluación para una mejora constante.

### TEMA III. LA INVESTIGACION AL SERVICIO DE LA TERAPEUTICA

El enfoque de este tercer tema comenzó a través de la lectura de tres comunicaciones aceptadas por el programa científico. Posteriormente se celebró un primer turno de ponentes bajo el título de «Mecanismos opiáceos y adrenérgicos y sus repercusiones terapéuticas en la adicción a opiáceos», participando: el Dr. Angel Pazos (Universidad de Cantabria), el Dr. Javier Garzón (Instituto Ramón y Cajal-CISC. Madrid), el Dr. Joseba Jauregui Pikabea (Universidad del País Vasco) y el Dr. Jesús García Sevilla (Universidad del País Vasco).

El segundo turno de ponentes trató de la plasmación de las investigaciones en aplicaciones terapéuticas concretas, exponiendo dos experiencias, una sobre el uso de «agonistas», por parte del Dr. Lluís San Molina (Cataluña), y la otra sobre los «antagonistas», a cargo del Dr. Santiago de Torres (Plan Nacional sobre Drogas).

Independientemente de los datos e informaciones aportadas se resaltó el importante papel de la investigación en el avance de los tratamientos y la necesidad de un mayor apoyo por parte de la Administración a la investigación, tanto clínica como básica.

### TEMA IV. ASPECTOS PENALES Y CRIMINOLOGICOS DE LAS DROGAS

#### Estructuración

El tratamiento de este área fue muy amplio, existiendo un turno de comunicaciones, dos turnos de ponencia y, además, cuatro seminarios, donde se debatieron temas concretos.

La exposición se abrió con la lectura de cinco comunicaciones; a continuación los Doctores G. Kaiser (Instituto Max-Planck-RFA), G. O. W. Mueller (Universidad Estatal de New Jersey-USA), A. Baratta (Universidad de Saarbrücken-RFA) y A. Beristain (UPV) trataron el tema de las Drogas en el Derecho Penal Internacional comparado.

El segundo turno de ponencias se centró en el tratamiento que reciben las drogas y los consumidores en el Derecho español y las repercusiones que esto tiene. Se ocuparon de este aspecto el Dr. José Luis Díez Ripollés (Universidad de Málaga), el Dr. Francisco Alonso Fernández (Hospital Clínico de San Carlos. Madrid) y el Dr. José Luis de la Cuesta (UPV).

#### Conclusiones de las ponencias

Como conclusión general que cabe desprender de este tema es el gran contraste existente entre las esperanzas depositadas desde ámbitos externos al de los estudiosos del Derecho Penal y la Criminología en la intervención represiva de tipo penal, frente al extendido escepticismo y desesperanza sobre la función que al Derecho Penal corresponde, en materia de drogas, que se manifiesta desde la doctrina penal y criminológica.

En efecto, aun desde las posiciones más moderadas de esta última se destacan los efectos negativos que plantea la penalización de sólo algunas de las drogas que conocen nuestras sociedades, y las dificultades e insuficiencias a las que debe hacer frente el Derecho Penal en un ámbito de tanta complejidad social, económica y hasta política.

Esta preocupación lleva a un importante sector a un considerable escepti-

cismo, cuando no a la convicción de la inconveniencia de la intervención penal, del enfoque represivo penal en materia de drogas. En este sentido, desde las posiciones más críticas se piensa que, al igual que sucedió con la prohibición del alcohol en los años 20 en USA, es esta una intervención «creadora» de un auténtico problema social, añadido al que por sí mismo suponen ya las propias drogodependencias y que viene a complicar su tratamiento y solución al operar como un círculo infernal autoalimentado permanentemente y producir efectos secundarios más negativos que positivos, desde una perspectiva centrada en el ser humano, no sólo en los usuarios objeto de criminalización, sino en el propio cuerpo social en general.

De todo ello se derivaría la *necesidad de una reconsideración y replanteamiento del papel que el Derecho Penal debe jugar en relación a las drogas*. Reconsideración y replanteamiento que si para unos debiera conducir a la coordinación, unificación y armonización de los esfuerzos represivos en orden a su mayor eficacia, para los otros habría de llevar a una progresiva reducción de la intervención penal en materia de drogas, liberalizando su tráfico y limitándola aquélla a los supuestos en que se afecten a bienes jurídicos (peligro concreto para la salud pública o el orden socioeconómico, libertad personal,...) dignos por sí mismos de protección.

También puede considerarse conclusión de esta jornada la de la necesidad de potenciación del ofrecimiento de *alternativas no punitivas y extrajudiciales* al comportamiento de los toxicómanos delincuentes en todos los estados de la intervención penal, así como la urgencia de una reforma de la legislación española en vigor y en proyecto.

## Los seminarios

El primer seminario de este área giró en torno a la problemática médico-legal y forense del delincuente toxicómano por vía parental. Fue organizado por la Universidad Docente de Medicina (UPV) y Clínica Forense del Instituto Vasco de Criminología (IVAC).

La introducción al seminario, al que acudieron alrededor de medio centenar de participantes del Congreso, corrió a cargo del Dr. Sabino Goenetxea, Jefe del Departamento de Toxicología Forense del Instituto de Medicina Legal de la Universidad de Bonn, con una conferencia que llevó por título: «Medicina legal y drogas: papel de la toxicología Forense.» Las conclusiones de este seminario señalan:

1. Necesidad de adopción de un protocolo de exploración médica normalizado.
2. Dotación de medios a las forensías para llevar a cabo análisis adecuados de la situación de las personas que alegan toxicomanía al llegar al juzgado, a modo de posibilitar la prueba, como corresponde, de esta alegación. Unificación, además, en este campo de los criterios en todos los juzgados y forensías.
3. Potenciación del registro estadístico de muertes por toxicomanía (tanto por sobredosis como por patología social derivada) emprendido por el Gobierno vasco y desconocido en otros ámbitos del Estado.

El segundo seminario tuvo por título: «Utilización coordinada de los recursos terapéuticos entre la Administración de Justicia y Sanidad»; lo organizaron la Audiencia Provincial de Guipúzcoa y del Instituto Vasco de Criminología

(IVAC). Se extrajeron las siguientes conclusiones:

1. Insuficiencia e inadecuación de la legislación española en el campo del ofrecimiento de alternativas extrajudiciales a los toxicómanos tanto de la legislación en vigor como del proyecto de reforma actualmente tramitado en las Cortes.
2. Necesidad de un mayor conocimiento y coordinación de los recursos existentes, así como entre cuantos trabajan en este campo con los juzgados, a los efectos de una utilización más racional de los recursos y su máximo aprovechamiento.

Unificación de criterios a nivel de la Administración de Justicia, incluso a través de la organización de alguna Jornada de jueces sobre el tema, a nivel de la Comunidad Autónoma Vasca y/o del Estado.

3. Llamada a todos los ámbitos interesados y, en particular, a la Administración Pública autonómica y el Poder Judicial en el País Vasco, a los efectos de que presten su mayor apoyo a esta iniciativa cuyos resultados en Cataluña son merecedores de especial interés y aplauso.

Se realizó un cuarto seminario, dentro de este mismo área de interés, organizado por el Departamento de Interior del Gobierno vasco con el título «Control policial del tráfico ilícito de drogas.» Al seminario, que no fue público, asistieron representantes del Departamento de Interior del Gobierno vasco, de la Ertzaintza, del Cuerpo Nacional de Policía, Policía Municipal de Bilbao, de las Fiscalías, así como D. Jesús Laguardia (Asesor del Lehendakari para la lucha contra las drogodependencias) y D. Manuel Gallardo (Asesor

del Departamento de Estado para asuntos relacionados con el narcotráfico. USA.)

Las conclusiones del seminario fueron:

1. Institucionalizar los instrumentos de coordinación de servicios policiales potenciándolos a todos los niveles.
2. Celebración periódica de reuniones de los responsables policiales por áreas o materias.
3. La necesidad de que el Gobierno vasco determine las alternativas asistenciales (centro de acogida, comunidades terapéuticas, etc.), definiendo las líneas maestras de un plan de acción en materia de drogas como una actuación integral.
4. Establecer vías de canalización de la iniciativa ciudadana.
5. Programar el «marketing» de la actividad real de las esferas del control social: concienciación ciudadana sobre la actuación policial y judicial.
6. Siendo los medios de comunicación social otra fuerza a tener en cuenta en materia de drogas, no informar sobre aprehensiones, sino elaborar memorias anuales y, provisionalmente, cuantificar las aprehensiones en dosis.
7. Los aspectos más importantes en materia de personal son una adecuada selección, una sólida formación jurídica, un programa de seguimiento del funcionario y la no continuidad en el servicio por muchos años.
8. Son de máxima importancia la investigación económica del traficante y la función de instrucción de causas criminales por los fiscales en el momento en que el



ordenamiento jurídico posibilite la aplicación del criterio de oportunidad. Así mismo es de gran interés la aplicación del tipo de delito fiscal.

9. Es necesario el desarrollo legislativo en materia de investigación de bienes y, en su caso, de la aprehensión de los mismos.
10. Es conveniente la aplicación de la Ley de Peligrosidad Social a la figura del «consumidor».
11. El control anual del consumo de drogas debe formar parte de los reconocimientos médicos realizados a los funcionarios de policía.
12. Debe crearse en los centros policiales la figura de un relaciones públicas encargado de recoger las inquietudes ciudadanas.

## TEMA V. LA INFORMACION Y LOS MEDIOS DE COMUNICACION

### Estructuración

Este tema se trató a través de dos actividades, una exposición de ponencias y una mesa redonda.

Las ponencias se agruparon bajo el título: «Los medios de comunicación y la creación de actitudes», y participaron, Mr. Fred Turner (Universidad de Connecticut. USA), D. Luis González Seara (Universidad Complutense. Madrid), D. Claudio Agirre Bianchi (Universidad de Estocolmo. Suecia), D. Michel Maffesoli (Universidad de la Sorbona. París), actuando como moderador D. Víctor Urrutia (Universidad del País Vasco).

A la mesa redonda asistieron Dña. Pilar Alvarez (Plan Nacional sobre Drogas. Madrid), D. Domingo Comas (Sociólogo experto en Drogodependen-

cias), D. Javier Caballero (Laboratorio de Sociología Jurídica. San Sebastián), D. Pedro Ontoso (Sociólogo y Periodista de «El Correo Español-El Pueblo Vasco». Bilbao) y D. Ramón Vilalta (Médico y Periodista. TV3. Cataluña), que se centraron en el tema «Estrategias informativas en relación con las drogas».

### Observaciones generales sobre los medios de comunicación

Los participantes en este área consideraron oportuno insistir en dos observaciones que recuerden el papel de la prensa, aspecto previo a entrar en cualquier valoración.

1. Es necesario superar visiones y actitudes maximalistas respecto de los medios de comunicación; es decir, no considerarlos como puros mecanismos de manipulación de la información ni valorarlos como sistemas objetivamente neutrales.
2. Los medios de comunicación de masas no son las únicas instituciones sociales en la creación de valores o actitudes ante los ciudadanos. Se resalta en este sentido el papel de la familia, la escuela y el de otras estructuras como agentes de socialización cultural.

También se consideró oportuno hacer una puntualización de carácter estructural-cultural; las drogodependencias constituyen un fenómeno socio-cultural más, de nuestro tiempo, ni el más grave ni el menos grave, uno más; en este sentido su enfoque tanto analítico como político-cultural debe integrarse en un conjunto más amplio del fenómeno, siendo conscientes de que la solución de cada uno implica el afrontamiento global de todos ellos.

## Conclusiones

Después de estas observaciones se pueden mencionar cinco conclusiones centradas en el tratamiento que los medios de comunicación hacen de las drogodependencias:

1. La imagen de las drogodependencias se enmarca en el ámbito de lo conflictivo como un problema —no como un fenómeno— de índole criminal, que se está resolviendo por vías jurídicas y punitivas, dando una imagen, por lo general, bastante negativa del fenómeno.
2. La información sobre las drogodependencias, al igual que sobre otros fenómenos sociales, está sometida a la propia lógica del sistema informativo, los criterios culturales y productivos que definen lo noticiable y su contenido. No caben, por tanto, valoraciones parciales de los medios de comunicación de masas, tanto desde un punto de vista sectorial-profesional, empresarial o publicitario, es decir, hay que hacer una valoración global del impacto de los medios de comunicación sobre el tratamiento de las drogodependencias.
3. No existe ante este fenómeno una estrategia consciente y programada que persiga un objetivo definido de carácter pedagógico.
4. Las informaciones sobre drogodependencias carecen de un tratamiento especializado, haciéndose notar la carencia, por motivos organizativos y empresariales, de profesionales de la información que se dediquen más particularmente a estos temas.
5. En orden a una superación de las deficiencias informativas se constata la necesidad de una interac-

ción más frecuente y fluida entre los profesionales de la comunicación y los expertos así como una acción más decidida de las instituciones como agentes directos de la información.

## TEMA VI. MODELOS DE TRATAMIENTO EN DROGODEPENDENCIAS

### Estructuración

El desarrollo de esta temática se realizó con ponencias y comunicaciones. Estas últimas fueron especialmente numerosas, leyéndose quince, agrupadas en cuatro áreas: «Desintoxicación y deshabituación», «Comunidades terapéuticas», «Familia y drogadicción» y finalmente un grupo de «varios», donde se incluyeron las no enclavadas en ninguno de estos apartados.

Las ponencias giraron hacia la descripción de experiencias terapéuticas, entendiendo este término de forma amplia, tanto en el contexto internacional como en el del País Vasco; exponiendo en el ámbito internacional el Dr. Charles Kaplan (Instituto de Psiquiatría social preventiva - Holanda), el Dr. Juan José García (Hogares CREA-Puerto Rico) y el Dr. Robert L. Charlebois (DAY-TOP Inc. - USA), y en representación del ámbito vasco se pudo escuchar al Dr. Javier Aizpiri (Osakidetza), el Dr. José Antonio Abejón (Osakidetza), D. José Luis Arrese (Coordinador de la Unidad de Psiquiatría de Salud Mental de Guipúzcoa), D. Enrique Etxeburua (U.P.V.) y el Dr. Miguel Gutiérrez (Servicio Psiquiatría del Hospital de Santiago Apóstol).

### Conclusiones

Como idea resumen se considera que no hay modelos únicos que sean

válidos para todos los casos de toxicómanos, ni que cualquier paciente pueda ser tratado en cualquier modelo terapéutico. Por lo tanto, parece necesario ajustar los modelos de tratamiento a las diversas necesidades y tipologías de pacientes. En la C.A.V. existe sobre el mapa un sistema asistencial suficientemente estructurado, con un número importante de alternativas, pero, sin embargo, hay que profundizar en determinadas cuestiones.

- Definición clara de objetivos a conseguir con la asistencia y con cada programa. Ideas genéricas como la de que con la abstinencia se iban a resolver todos los problemas son difíciles de sustentar hoy; la abstinencia no es suficiente y en ocasiones ni necesaria, por cuanto hay problemas anteriores que han llevado al consumo y a la dependencia. Por lo tanto, hay que plantearse objetivos concretos, suficientes en sí mismos, evaluables y factibles en un tiempo determinado, tales como mejora de la salud, de sus condiciones de vida...
- Investigaciones-estudios ajustados que permitan conocer la aparición de nuevos variables, fenómenos o características, con el fin de que se adecuen los programas a esas necesidades; como ejemplo puede citarse la actual epidemia del virus SIDA, que supone un cambio cualitativo en las condiciones que rodean al problema de las drogodependencias.
- Profundización en el diagnóstico de los pacientes e incluso investigaciones que produzcan clasificaciones o definición de subgrupos homogéneos de pacientes a fin de orientarlos a los modelos de intervención más convenientes, en lugar de que sea cada pa-

ciente el que acuda a la iniciativa según criterios aleatorios y no basados en la adecuación necesidades-tratamiento.

## CONCLUSIONES GENERALES

Al margen de las conclusiones expuestas para cada uno de los seis temas del Congreso y como conclusión general, quedó patente en el Congreso la idea de que la toxicomanía no es una cuestión puramente individual, sino una realidad social muy amplia en cuanto a los consumos y diversa en sus orígenes, que afecta a los sujetos condicionando muchas parcelas o aspectos de su vida. Este hecho obliga a plantearse la respuesta a esta cuestión desde una perspectiva global, multidisciplinar, normalizadora y desdramatizadora.

- *Global* como oposición a visiones parciales, que sólo incluyen un tipo de droga —generalmente las ilegales o sólo a determinados colectivos en riesgo, habitualmente los jóvenes—, sin percatare de que las drogas afectan a todo tipo de categorías sociales, bajo formas características según el grupo.
- *Multidisciplinar*, pero no para hacer la droga un nuevo sector multidisciplinar, sino para provocar un frente amplio de reflexión y análisis del tema, que implique a los diferentes sectores de la sociedad, tratando de descubrir en cada uno de ellos la parte comprometida que tiene con él y de aportar en consecuencia su cuota de solución.
- *Normalización* frente a tratamiento de las toxicomanías como algo separado y distinto; la gran mayoría de las alternativas que sur-

jan en ese amplio frente no deben ir canalizadas a partir de recursos exclusivos e independientes, sino a través de la potenciación, mejora y acondicionamiento de los recursos normales que la comunidad ofrece para satisfacer las diversas necesidades de sus conciudadanos (educativos, sociales, sanitarios, informativos...).

- Desdramatizar, o lo que es igual, reconducir la realidad de la droga a ámbitos de equilibrio al margen de la visión supersticiosa del hecho, que ha conducido o bien a no querer tratar el tema por parte de nuestras tradicionales profesiones que responden a los distintos problemas sociales, exigiendo la aparición de los exclusivos expertos en drogas, o bien a búsqueda de «soluciones» as-

tigmatizadoras y primitivas a través del internamiento de los consumidores en cárceles, psiquiátricos u otros centros de internamiento alejados y separados del contexto social.

Tras un primer momento de reconducción de las respuestas a la temática que la droga plantea en nuestra sociedad bajo estos aspectos citados, la evaluación permanente de la actividad desarrollada en base a la información e investigación permitirán que al cabo de otros diez años de continua reflexión la toxicomanía sea considerada sin la aureola mítico-trágica que hoy la envuelve.

**Comité Organizador  
del Congreso de Drogas  
del II Congreso Mundial Vasco**



# XXV Conferencia Internacional de la Cruz Roja

Ginebra, 23 de octubre de 1986.

*Durante el mes de octubre del pasado año de 1986 se celebró en la ciudad suiza de Ginebra la XXV Conferencia Internacional de la Cruz Roja. La Conferencia supuso un foro de encuentro entre el Movimiento de Cruz Roja, Media Luna Roja y los Estados firmantes y ratificantes de los convenios de Ginebra.*

*La Conferencia formó dos Comisiones, que desarrollaron sus sesiones de trabajo a lo largo de dos semanas. La Comisión I trabajó sobre aspectos relativos al Derecho Internacional Humanitario, mientras que la Comisión II lo hizo sobre cuestiones de carácter general. En la sesión plenaria se aprobaron por aclamación las resoluciones presentadas por ambas Comisiones.*

*Pese a haber transcurrido un año desde esta Conferencia, consideramos de interés publicar las Resoluciones aprobadas en la misma, referentes a la Lucha contra la toxicomanía y Abuso del tabaco (números XXIX y XXX, respectivamente).*

183

## LUCHA CONTRA LA TOXICOMANIA (RESOLUCION XXIX).

La XXV Conferencia Internacional de la Cruz Roja,

*recordando* la resolución XXX de la XXI Conferencia Internacional de la Cruz Roja (Estambul, 1969), la resolución 11 del Comité Ejecutivo de la Liga (1976) y la decisión 39 de la Asamblea General de la Liga (1985),

*considerando* los resultados del Seminario sobre el abuso de drogas (Roma, 1978) y las conclusiones del Congreso Mundial «Salud-Dependencia de las drogas» (Sundvollen, 1985), así como las respuestas de las Sociedades Nacionales al cuestionario sobre las drogas,

*consciente* de los resultados de los trabajos del Grupo de expertos de la Cruz Roja sobre la toxicomanía entre los jóvenes,

*teniendo en cuenta* la evolución del fenómeno de la toxicomanía en el mundo, que se refleja en el continuo aumento del consumo de drogas entre los jóvenes,

### 1. pide a los Gobiernos:

- a) que consideren integralmente el problema de la droga, tanto en los países consumidores como en los productores,
- b) que consideren el potencial de recursos humanos que el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja podría utilizar, sea para la prevención de la toxicomanía, sea para la terapia y la recuperación de los toxicómanos,
- c) que den especial apoyo económico, así como técnico, suficiente a los países productores de droga, particularmente a aquellos

cuya economía esté en crisis, para combatir efectivamente la producción y el tráfico ilícito de drogas,

- d) que tomen las medidas necesarias para combatir el tráfico de drogas y sustancias que se utilizan en su fabricación,

## 2. *recomienda* a la Liga:

- a) que considere la lucha contra cualquier tipo de enfermedad mental y de dependencia conocida como una prioridad fundamental para la Cruz Roja y la Media Luna Roja,

- b) que reanude, amplíe y profundice la colaboración con la Organización Mundial de la Salud y las demás organizaciones internacionales gubernamentales y no gubernamentales a este respecto,

- c) que dedique el Día Mundial de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja de 1989 al tema de la eliminación de la dependencia de la droga,

- d) que promueva la celebración de congresos regionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja sobre la toxicomanía en colaboración con los Gobiernos pertinentes,

- e) que preste su apoyo a la continuación de los trabajos del Grupo de expertos de la Cruz Roja sobre la toxicomanía,

## 3. *pide* a las Sociedades Nacionales:

- a) que creen, en caso de que no existan, grupos de expertos en esta materia a fin de que señalen

los problemas que requieren más urgentemente atención y medidas efectivas, en especial en los países más afectados por los problemas de la toxicomanía,

- b) que elaboren, si no existe ya, una estrategia de intervención en la forma mejor adaptada a la prevención de la toxicomanía,

- c) que presten especial atención a los programas sociales en favor de la readaptación de los toxicómanos, en colaboración con las instituciones públicas y privadas pertinentes,

- d) que consideren la importancia de basar toda acción de prevención de la toxicomanía y de recuperación de los toxicómanos en la participación y la incorporación de los jóvenes en el Movimiento.

## ABUSO DEL TABACO (RESOLUCION XXX).

La XXV Conferencia Internacional de la Cruz Roja,

*recordando* las diferentes resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud sobre el riesgo que supone para la salud el abuso del tabaco,

*considerando* que el abuso del tabaco es incompatible con el logro de *La salud para todos hasta el año 2000*,

*considerando* que obligar a los no fumadores a respirar el humo del tabaco constituye una violación del derecho de estos últimos a la salud,

1. *insta* a las Sociedades Nacionales a que:

a) establezcan, en caso de que no existan, programas de educación e información públicas sobre los efectos del tabaco,

b) apoyen las medidas establecidas por la Organización Mundial de la Salud para poner en práctica estrategias para luchar contra el abuso del tabaco,

c) estimulen la prohibición, la res-

tricción o la limitación de la publicidad sobre el tabaco,

2. *sugiere* que no se permita fumar en las reuniones de la Conferencia Internacional, del Consejo de Delegados, de la Asamblea General y del Consejo Ejecutivo de la Liga y todas las comisiones y demás órganos subsidiarios del Movimiento, así como en las reuniones de las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y de las patrocinadas por ellas.





# Notas bibliográficas



# Reinserción social y drogodependencias.

Asociación para el Estudio y Promoción del Bienestar Social. Madrid, 1987.

**B**ajo el título genérico de «Reinserción social y drogodependencias», se recogen las ponencias desarrolladas por un grupo de expertos durante un programa de formación, celebrado en Madrid, de julio a diciembre de 1986.

Este programa formaba parte de las medidas desarrolladas por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social dentro del Plan Nacional sobre Drogas y estudio dirigido a profesionales de Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales.

La obra se estructura en tres grandes apartados: *Aspectos generales de las drogodependencias, Servicios sociales y drogodependencias e Intervención Psicosocial Comunitaria*. Cada uno de estos tres macrocapítulos engloba una serie de trabajos, el conjunto de los cuales intenta abarcar la mayor cantidad posible de facetas relacionadas con los antedichos enunciados.

Así, en el primer apartado —*Drogodependencias: Aspectos generales*— tras una panorámica general sobre el Plan Nacional de Drogas, el antropólogo social Domingo Comas Arnau trata de las bases estructurales de la dependencia y la reinserción. Con sus propias palabras: «En principio adoptamos el punto de vista de la disfuncionalidad del fenómeno en base al criterio de priorizar, sobre otras consideraciones, la salud pública y la libertad y competencias personales» (pág. 38).

En el mismo apartado, el sociólogo José Navarro trata del tema de las motivaciones («El por qué se consumen drogas —dice— es una de las preguntas más universales en todos los estudios sobre toxicomanías») basándose en el estudio realizado por EDIS en 1984 con el título de «El consumo de drogas en España.»

Los doctores Freixa y Masferrer abordan los aspectos farmacológicos y biológicos de las drogodependencias, tratando de medir la incidencia, la prevalencia y la mortalidad del consumo de drogas. Y desde un punto de vista de sus aspectos psicológicos lo hacen Angel García Alvarez y José Luis Graña.

La importancia de la educación en la prevención de la drogadicción es examinada por Amando Vega que cita a Dewey y su consideración de la educación: «El fin ideal de la educación es la creación del poder de autocontrol o autodomínio» (pág. 111).

Dentro de este apartado de aspectos generales de las drogodependencias se incluyen los estudios de Emiliano Martín González, Ricardo Sampablo Buezas y Jaime Funes Artiaga, sobre la prevención de las drogodependencias, los aspectos jurídicos de las mismas y la reinserción social, respectivamente.

La segunda parte en que se estructura la obra es la más breve. Los autores, que se ocupan de la relación de los Servicios Sociales con la drogodependencia, examinan los servicios sociales

desde la perspectiva del marco municipal. A este respecto, María Jesús Ace-ro Santos, siguiendo a María Patrocinio de las Heras, establece las prestaciones básicas de los Servicios Sociales que son: «Información y orientación, Ayuda a domicilio, Prevención y reinserción social y Alojamiento, manutención y convivencia».

Por último, la tercera parte recoge una serie de trabajos en los que se examinan los distintos aspectos de la prevención y la reinserción de la drogadicción y los drogadictos desde el punto de vista psicosocial. La valoración psicosocial comunitaria, la reinserción social a nivel individual, la reinserción a nivel familiar y la reinserción a nivel grupal son algunos de los enunciados incluidos en esta parte.

No cabe duda de que «Reinserción social y drogodependencias» es una obra de gran importancia para todos aquellos profesionales que quieran trabajar en este campo y esta especialidad. Hay que advertir, eso sí, que encontrarán una mayor abundancia de textos en los que se tratan aspectos sociales y psicosociales y, en menor medida, los que se refieren a otros aspectos, médicos o legales, por ejemplo.

Con todo, hay que destacar la modernidad de estas ponencias, cuyos autores, especialistas todos ellos, como ya queda dicho, han proporcionado lo más reciente de sus estudios y reflexiones en cada una de sus parcelas específicas.

**Ramiro Cristóbal**

# Psychotropes. Un journal d'information sur les drogues et leurs usages

C.P. 592, succursale Outrement. Montréal, Québec, H2V-4N2

**P**SYCHOTROPES, que se publica con el subtítulo de «una revista de información sobre las drogas y sus usos», es una revista internacional en lengua francesa, editada en Quebec (Canadá) desde 1983. Se trata de una publicación independiente, propiedad de sus redactores, agrupados en cuatro grupos nacionales de redacción (canadiense, belga, francés y suizo), y que recibe ayudas financieras del Ministerio de Educación en Quebec, del Consejo de Investigación en Ciencias Humanas (Ottawa), del gobierno de la comunidad francófona de Bélgica y de algunos organismos privados.

Actualmente, tras la lamentable desaparición de las revistas «Toxicomanies», también editada en Quebec, y de «Drogalcool» (editada por el I.S.P.A., Lausanne), creemos que es la única publicación francófona en su género.

Tengo entre mis manos el n.º 3 del volumen III, último número aparecido hasta la fecha, que creo interesante comentar, siquiera sea someramente.

De entrada, llama la atención el que se trate de una obra auténticamente interdisciplinar, en la que tienen cabida la antropología, la criminología, la psicología, el trabajo social, la medicina, el derecho, etc. Aborda tanto las drogas institucionalizadas (alcohol, tabaco, medicamentos) como las no institucionalizadas. A pesar de que su título pudiera sugerir un interés prioritario

por los psicofármacos, pronto se advierte que esto no es exacto. Se trata más bien de un posicionamiento teórico de la publicación, en tanto que se pretende utilizar el término *psicótropos* como sinónimo de *substancias psicoactivas capaces de generar dependencia*, prescindiendo en lo posible del término *drogas*, que se considera cargado de una serie de connotaciones emocionales que dificultan un abordaje científico del tema.

Por otro lado, constatamos que no se trata de una revista centrada en la investigación básica, sino que existe una voluntad de hacer circular las informaciones de mayor interés para los profesionales implicados en el campo de las toxicomanías. Por ello, su estilo de redacción se sitúa en la línea de la divulgación científica, pretendiendo hacer accesible a los profesionales de una disciplina los conocimientos provenientes de otras. En consecuencia, no se exige el que los artículos sean inéditos, sino más bien se atiende al interés teórico y práctico que éstos supongan para los lectores.

El sumario de la revista consta de una serie de rúbricas fijas en las que se encuadran los diferentes artículos. Así, en el volumen III, n.º 3, el apartado «Microcosmos», donde habitualmente se recogen investigaciones sobre el uso de una droga en un medio cultural concreto y para una categoría específica de usuarios, contiene un estudio sobre el fenómeno *punk* a finales

de los 70 en París y su relación con el uso de determinadas drogas. En la rúbrica «*Perspectivas*», habitualmente dedicada a la discusión de modelos teóricos y aspectos generales del tema, aparece en el n.º 3 un artículo sobre la importancia del problema del uso de sustancias psicoactivas entre las mujeres. Bajo la rúbrica «*Tóxicos*», en la que se encuadran los análisis de los efectos nocivos para la salud de un psicótropo determinado, aparecen en este número artículos sobre seropositividad al SIDA entre los toxicómanos de Bruselas y un análisis de la relación entre el uso de alcohol y los accidentes mortales de circulación.

Un apartado destacable es el denominado «*Textos de ayer*», en el que se incluyen artículos y párrafos de obras antiguas, de gran interés para comprender la situación actual del uso de drogas y la reacción social ante este fenómeno. En el n.º 3 aparece un texto sobre «*cocaína y principios de siglo*».

Sería largo analizar aquí toda la estructura de la revista, de forma que nos limitaremos a enumerar las rúbricas que generalmente aparecen, lo que nos puede dar una idea de la amplitud de la cobertura informativa de esta publicación. Así, «*Epidemiología*», donde se describen investigaciones epidemiológicas procedentes de los países francófonos; «*Legislar, reprimir*», donde se encuadran los textos referentes a los aspectos político-legislativos y las estrategias policiales de represión, así como a los mecanismos subyacentes en sus orientaciones y oscilaciones; «*ayudar*», donde se discuten las modalidades de tratamiento de las distintas drogodependencias y la evaluación de sus resultados; «*actualidades políticas*»; «*reflexiones*»; «*crónicas*» (de jornadas, congresos, etc.); «*subjetividades*»; «*notas de lectura*», etc.

En conjunto, la publicación mantiene un buen nivel de calidad, lo que en parte viene facilitado por su deseo expreso de ofrecer una *información válida*, huyendo por tanto de la especulación a la que a menudo somos proclives los autores latinos, y *crítica* con la intervención social ante el fenómeno de las drogodependencias y las informaciones precedentes de fuentes dudosas que a menudo condicionan nuestra labor.

Y ahora, una buena noticia: está en vías de constitución un grupo de redacción español de PSYCHOTROPES, cuya misión consistirá en seleccionar aportaciones de interés que puedan publicarse en la revista, de forma que sean conocidas por los colegas de otros países. Con ello se conseguirá sin duda intercomunicar mejor dos comunidades científicas y profesionales relativamente aisladas entre sí. Aunque la revista se continuará editando en francés, esta lengua resulta para muchos de nosotros asequible, y si la respuesta obtenida entre los profesionales españoles es positiva, existe la posibilidad de realizar más adelante una edición simultánea en español. Ello resultará óptimo para hacer realidad el principio de que cada cual tiene derecho a recibir la información que precisa en su lengua, lo que dificulta el imperialismo cultural anglosajón actualmente dominante.

En definitiva, creemos que la información contenida en una revista especializada como PSYCHOTROPES, posee un gran valor para actualizar nuestros conocimientos y permite una mayor profundización en los diversos temas que la que se puede obtener por otros métodos (asistencia a Congresos, Jornadas, etc.), que son más habituales en nuestro país. Por ello, una nueva revista debe ser siempre bienvenida

entre nosotros, máxime cuando nos habla de realidades culturales muy cercanas a la nuestra e incluso plenamente comparables en muchas ocasiones.

Tanto la suscripción como el envío de artículos puede realizarse a través

del Grupo Español de Redacción de PSYCHOTROPES, A.P.A.T. (Asociación para la Prevención del Alcoholismo y otras Toxicomanías), Plaza Cataluña, 9, 4.ª planta, 08002 BARCELONA (Tfno.: 93-317 26 91).

**Xavier Ferrer Pérez**





## Escriben en este número

JOSEP ROCA ANTONIO: Becario en el Servicio de Estudios Epidemiológicos y Medioambientales. Area de Sanidad, Salud Pública y Medio Ambiente del Ayuntamiento de Barcelona.

JOSEP M. ANTO BOQUE: Jefe de Servicio. Servicio de Estudios Epidemiológicos y Medioambientales. Area de Sanidad, Salud Pública y Medio Ambiente del Ayuntamiento de Barcelona.

ROSA MARIA MARTINEZ: Doctora en Ciencias de Salud Pública por la Escuela de Salud Pública de Johns Hopkins, Baltimore. Es Jefe de la Sección de Estudios de Salud del Instituto Regional de Estudios de la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid.

LUISA MARTIN SANCHEZ: Técnico Superior de Salud Pública del Instituto Regional de Estudios de la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid. Es licenciada en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid y especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.

XAVIER FERRER PEREZ: Psicólogo, especialista en drogodependencias. Desde 1976 ha colaborado en la atención de alcohólicos y otros toxicómanos, en prevención y en formación de profesionales. Actualmente, es coordinador del Master en Drogodependencias (Universidad de Barcelona) y responsable de los Servicios de Prevención de las Drogodependencias del Area de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Barcelona.

MIQUEL SANCHEZ TURET: Psicólogo, Dr. en Medicina y en Biología. Desde 1970, profesor de Psicofisiología de la Universidad de Barcelona. Actualmente es catedrático numerario de Psicobiología y director del Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica de la División de Ciencias de la Salud. Ha escrito alrededor de 100 publicaciones sobre temas de su especialidad y relativos a las toxicomanías. Director del Master en Drogodependencias de la Universidad de Barcelona.

RAMON MENDOZA BERJANO: Psicólogo. Jefe de la Sección de Educación para la Salud del Servicio Andaluz de Salud. Director de la revista «Salud entre todos», editada por dicho organismo. Es autor de varios libros y artículos sobre diversos aspectos de la prevención del abuso de las drogas y de la educación para la salud. En los últimos años ha asesorado a la Organización Mundial para la Salud en cuestiones relacionadas con el tabaquismo.

