

metodología

PARA LA ELABORACIÓN DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS A NIVEL NACIONAL Y LOCAL
Y ESTUDIOS PARA GRUPOS ESPECIALES RELACIONADOS CON LAS ADICCIONES

CONADIC



Salud



www.salud.gob.mx/unidades/conadic

metodología

PARA LA ELABORACIÓN DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS A NIVEL NACIONAL Y LOCAL
Y ESTUDIOS PARA GRUPOS ESPECIALES RELACIONADOS CON LAS ADICCIONES

SECRETARÍA DE SALUD

Dr. Julio Frenk Mora
SECRETARIO DE SALUD

Dr. Enrique Ruelas Barajas
SUBSECRETARIO DE INNOVACIÓN Y CALIDAD

Dr. Roberto Tapia Conyer
SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD

Lic. María Eugenia de León-May
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

COMISIONADO DEL CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

Dr. Misael Uribe Esquivel
COORDINADOR GENERAL DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD

Dr. Eduardo González Pier
COORDINADOR GENERAL DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

Lic. Ignacio Ibarra Espinosa
DIRECTOR GENERAL JURÍDICO

Lic. Gustavo Lomelín Cornejo
DIRECTOR GENERAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL

Institución responsable de la publicación:

CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES
Reforma N° 450, Col. Juárez
Delegación Cuauhtémoc, México, D.F. 06600
Tel.: 5207 3341 / 5207 3358
www.salud.gob.mx/unidades/conadic
conadic@salud.gob.mx

Los artículos que aparecen firmados son responsabilidad de sus autores.
Autorizada la reproducción de artículos, figuras, gráficas,
cuadros y tablas citando la fuente.

IMPRESO EN MÉXICO / PRINTED IN MÉXICO
2003

ISBN: 970-721-135-0

Índice

	Presentación	5
	Introducción	7
1	Diagnóstico del problema: conceptos básicos	9
2	Clasificación de sustancias psicoactivas	25
3	Métodos de obtención de información	27
	3.1 Sistemas de información	29
	3.2 Métodos de obtención de información: Encuestas en hogares	43
	3.3 Encuestas en población estudiantil	57
	3.4 Registro y estudio de casos en centros de tratamiento especializado	73
	3.5 Estudios sobre consumo de alcohol y otras drogas en los servicios de urgencias	79
	3.6 Encuestas en grupos especiales	85
	3.7 Estudio de poblaciones ocultas y de difícil acceso	101
	3.8 Métodos de evaluación rápida	113
4	Los indicadores internacionales en materia de reducción de la demanda de drogas	123
	Indicadores comunes	135

Presentación

El documento metodológico que se presenta en este volumen, forma parte del *Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas* establecido en el año 2001 ante la necesidad de contar con información actualizada, sistematizada y obtenida con metodologías comparables. El *Observatorio* recopila, sistematiza y analiza la información producto del trabajo de diferentes instituciones en materia de tabaco, alcohol y otras drogas, a la vez que estimula la obtención de la misma en aquellas áreas en que se requiere más información, con el fin de facilitar su acceso a los responsables de las políticas de salud, los prestadores de servicios, la comunidad académica y el público en general.

El abuso de drogas y sus consecuencias son problemas dinámicos que afectan de manera diferente a los grupos sociales, también son variados sus orígenes. Su estudio requiere de estrategias capaces de dar cuenta de estas diferencias, así como de su naturaleza cambiante a fin de proporcionar las bases tanto para el desarrollo, como para la evaluación de las mismas.

Con el fin de aprovechar mejor la información procedente de los diferentes estudios que se llevan a cabo en el país, se desarrolló, mediante un ejercicio de consenso, una primera guía para la obtención de información, sustentada en la valiosa experiencia de distinguidos investigadores de instituciones mexicanas, con propuestas de indicadores y métodos de estudio estandarizado, además de una serie de preguntas mínimas que se espera puedan incluirse en los diferentes estudios que se realicen en el país, con el fin de facilitar su incorporación en el Observatorio.

Introducción

La definición de políticas en materia de adicciones requiere de información estandarizada, detallada y continua sobre la forma en que el problema se manifiesta en cada localidad y sus variaciones en el tiempo, la magnitud, la distribución de las necesidades de atención y de los recursos disponibles.

Este material proporciona algunos lineamientos para obtener la información que se incluye en el reporte del *Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas*.

El primer capítulo proporciona una guía para hacer diagnósticos locales del problema, aborda las similitudes y diferencias entre tres tipos de sustancias: tabaco, alcohol y otras drogas y ofrece definiciones de las variables a investigar y de los instrumentos para realizar diagnósticos; describe las fuentes de información existentes, discute las ventajas y limitaciones de las mismas e introduce los métodos para obtener información de diferentes poblaciones. Incluye recomendaciones para elaborar reportes útiles para la toma de decisiones.

El segundo, incluye una propuesta de clasificación de las sustancias de abuso. El tercer capítulo presenta una descripción detallada de los diferentes tipos de estudios que permiten contar con un diagnóstico completo y actualizado del problema. Incluye trabajos sobre sistemas de información; encuestas de hogares, en población estudiantil, en servicios de salud (centros especializados y salas de urgencia), encuestas en grupos especiales; estudios en poblaciones ocultas y de difícil acceso y métodos de evaluación rápida. Finalmente, el cuarto constituye una descripción de los indicadores internacionales de reporte de información que ha asumido México.

Dra. Ma. Elena Medina Mora

1

Diagnóstico del problema: conceptos básicos¹

Ma. Elena Medina-Mora DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y PSICOSOCIAL.
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ.²
medinam@imp.edu.mx

El capítulo introduce los métodos para hacer diagnósticos locales del problema tanto de los niveles de consumo, como de los recursos para su atención; aborda las similitudes y diferencias entre tres tipos de sustancias: tabaco, alcohol y otras drogas; y ofrece definiciones de las variables a investigar y de los instrumentos para realizar un diagnóstico. Define además las fuentes de información existentes.

Está dividido en dos secciones, la primera de las cuales introduce los conceptos, la segunda presenta las fuentes informativas existentes en el país que complementan en forma importante los sistemas de información rápida y cualquier otro sistema. Un diagnóstico del problema deberá aportar datos sobre :

I. Las características del problema.

- *La extensión del uso/abuso* (proporción de la población que usa sustancias, sus patrones de consumo, el índice de abuso/dependencia).
- *La naturaleza del problema* (¿Cuáles drogas se usan?, ¿por cuál vía?, ¿qué proporción de droga se inyecta?, etc.).
- *Las características de las personas que usan drogas* (edad, género, nivel socioeconómico, etc.)
- *Los problemas que se asocian con el uso/abuso* (familiares, laborales, legales, de salud, relación con el VIH, etc.).
- *Las tendencias del problema* (¿aumenta?, ¿disminuye?, ¿se manifiestan igual los cambios en diferentes grupos de población?)
- *Las variables que incrementan el riesgo de experimentar, abusar, desarrollar dependencia a las sustancias* (i.e., familiares y amigos que usan sustancias, percepción de riesgo, problemas interpersonales, valores sociales que limitan o promueven el uso, etc.) y los factores de protección, es decir, qué variables protegen a las personas de usar drogas o desarrollar dependencia en presencia de factores de riesgo (i.e. baja tolerancia social, normas culturales, patrones de interacción familiar adecuados, elevada autoestima, etc.).
- *Variables sociales y culturales en donde tiene lugar el fenómeno*, (por ejemplo los factores que podrían explicar los cambios en la prevalencia del problema: aumento de la disponibilidad; cambios en reglamentos sobre producción, distribución o venta de drogas legales; cambios en las prácticas de los traficantes, normalización del uso en la sociedad, etc.).

1. Este capítulo está basado en un documento previo reproducido con autorización del CONADIC: Medina-Mora, M.E., Manual para elaborar el diagnóstico situacional de las adicciones. CONADIC OPS/OMS, 2000.
2. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. E-mail: medinam@imp.edu.mx.

II. Los recursos para enfrentar el problema.

- **NORMAS, LEYES Y REGLAMENTOS.** Pueden incluirse, normas para la atención de enfermos, reglamentos sobre la calidad de bebidas, control de psicotrópicos, regulación sobre la venta de tabaco y alcohol (horarios, tipo de establecimientos, etc.), reglamento de tránsito (nivel de alcohol en sangre permitido para conducir), etc.
- **INSTITUCIONES DE PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN.** Directorio de instituciones que realizan acciones de intervención en apoyo a programas estatales (horarios, tipo de institución, requisitos de admisión, etc.).
- **INSTITUCIONES DE CAPACITACIÓN Y DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN.** Directorio de instituciones que pueden apoyar la capacitación de recursos humanos necesarios para operar los programas, la investigación, la asesoría a las autoridades de salud (ej: selección de muestras), o llevar a cabo estudios especiales (ej: dónde están comprando los menores de edad tabaco o alcohol).

El diagnóstico epidemiológico de las adicciones puede realizarse, teniendo como punto de partida el conocimiento del nivel de consumo de la población, las formas en que se usan las sustancias, las consecuencias del consumo, el número de usuarios con problemas en el manejo de las sustancias, los índices de abuso o dependencia, las consecuencias sociales y para la salud derivadas del abuso, y el uso de sustancias como factor de riesgo para otros trastornos (i.e. depresión, traumatismos, etc.). Para cada uno de éstos existe una serie de indicadores y de métodos alternativos para obtener información. Cada uno presenta alcances y limitaciones en su contribución al diagnóstico del problema en poblaciones definidas. En este capítulo se describen los principales indicadores y los métodos para obtener información.

DEFINICIÓN DE LOS INDICADORES Y DE LAS VARIABLES

NIVEL DE CONSUMO DE LA POBLACIÓN

Una de las primeras preguntas que se debe contestar al realizar un diagnóstico es ¿cuántas personas están usando drogas? Una de las formas de conocer el problema es estimar el consumo *per cápita*, indicador que se obtiene de dividir la producción de sustancias entre el número de usuarios potenciales, generalmente la población de 15 años y más o a partir de la estimación de la prevalencia, esto es del número de casos que hacen uso de sustancias (numerador) en términos de la población de donde provienen (denominador).

Consumo per cápita

Este indicador puede obtenerse para los casos de las sustancias legales, tabaco y bebidas alcohólicas, en los que se cuenta con registros de la producción legal. Tiene la limitación de no incluir la producción no registrada o que no paga impuestos, misma que puede ser importante. En México existen muchas evidencias que apuntan al incremento en el volumen de producción de alcohol no registrado (Medina-Mora *et al.*, 1998).

Es útil para realizar comparaciones internacionales, sin embargo al tratarse de promedios, no siempre explica el nivel de problemas de una sociedad. En México, el consumo de alcohol no se distribuye de manera similar en todos los grupos de población; se observa un nivel alto de abstemios, principalmente entre las mujeres, el consumo tiende a centrarse en varones de edad media entre quienes las ocasiones de consumo son también con frecuencia de embriaguez. Mientras que el consumo *per cápita* es bajo, los problemas derivados del abuso crónico, como la cirrosis hepática y agudos, como los accidentes y violencias, son elevados, de ahí que sea necesario conocer cómo se bebe alcohol, es decir los patrones de consumo.

La estimación del consumo *per cápita* de tabaco, cuando las estadísticas de impuestos y venta son exactas, puede dar buena cuenta de cómo consume tabaco una sociedad. A nivel internacional se utiliza como denominador la población mayor de 15 años, porque se asume que los menores de esta edad, consumen poco del tabaco disponible. Este indicador puede mostrar las tendencias en el tiempo, es decir, aumentos y disminuciones en las tasas globales de uso, sin embargo, como sucede en el caso del alcohol, no indica nada cómo fuman subgrupos especiales de la población. Así el indicador puede mantenerse estable si disminuye el número de varones consumidores proporcionalmente al aumento en el número de mujeres usuarias. O puede mostrar tendencia a la disminución a pesar de que el índice de fumadores adolescentes muestre un aumento importante.

Prevalencia

Un indicador útil para evaluar el nivel de problemas que padece un grupo social en relación con el consumo de drogas, es conocer el número de casos que han estado expuestos (prevalencia total), el número de casos activos en un periodo determinado, usualmente se consideran casos activos en el año (prevalencia lápsica) o mes previo (casos activos) a la realización de los estudios. Es común también que se indague sobre el número de días en el último mes que se usaron las sustancias.

La prevalencia puede estimarse para la población total y para subgrupos de la misma, para cualquier uso de sustancias o por drogas específicas.

La OMS (Smart 1980, 1981) recomienda incluir un mínimo de tres variables sociodemográficas, la edad, el sexo y el nivel socioeconómico.

- 1) SEXO. Hombres y mujeres usan diferentes tipos de sustancias, difieren también en la edad de inicio, en la frecuencia y cantidad que usan y en los problemas que se derivan de esta práctica, de ahí que sea recomendable analizar los datos por separado para cada sexo.

El hecho de que a hombres y mujeres les afecte de diferente manera el consumo de cantidades similares, por factores derivados de variaciones en el equipo biológico y de la respuesta social, lleva a

recomendar la utilización de diferentes definiciones de los patrones de consumo especialmente en la distinción de consumo “ moderado” y “ fuerte” definido en términos de la cantidad de alcohol consumido por ocasión, para uno y otro sexo.

- 2) EDAD. Los patrones de consumo, los problemas y la respuesta social varía con la edad e interactúa con el sexo de las personas. De ahí que sea recomendable distinguir grupos de edad. En el caso del tabaco y el alcohol, los 18 años marcan la edad legal para adquirir estos productos. Al llegar a la tercera edad, la capacidad para asimilar el alcohol disminuye, también varía la respuesta a los psicofármacos por lo que es recomendable distinguir a las personas de 65 años y más. Las encuestas de población muestran también que la mayor parte de los usuarios de drogas ilegales se ubica en los grupos de edad anteriores a los 35 años, con una tendencia al envejecimiento del problema.

Los grupos de edad que se seleccionen para reportar resultados dependerán también del tamaño de muestra y de la prevalencia de uso. A pesar de que sería aconsejable reportar datos por grupos quinquenales, la baja prevalencia de uso de drogas ilegales no permitiría esta desagregación, en estos casos dividir por grupos de menores de 18 años, 18 a 34 años, 35 y más es una mejor elección.

- 3) NIVEL SOCIOECONÓMICO. El fenómeno de uso de drogas reviste características diferentes de acuerdo con el nivel socioeconómico del usuario; en algunas poblaciones el uso de drogas se incrementa conforme aumenta el nivel socioeconómico, en otros casos, es el dinero disponible el que determina la cantidad empleada, el fenómeno puede también mostrar una distribución en forma de “ U” con los dos niveles extremos mostrando los niveles más altos de consumo. Se ha observado que las consecuencias del consumo son más severas en las clases socioeconómicas más desprotegidas, entre las que se suman a los problemas derivados del abuso, los que trae consigo la pobreza. Estas consideraciones hacen recomendable estudiar las características del problema según nivel socioeconómico.
- 4) OTRAS VARIABLES de interés pueden ser el estado civil, el grado de estudios alcanzado, la ocupación, la migración y la religión.

Tipo de sustancia

Las características específicas de cada tipo de droga y las variaciones en su prevalencia y consecuencias del consumo aconsejan que se incluyan preguntas específicas sobre los diferentes tipos de sustancias.

- Nicotina
- Bebidas alcohólicas
- Disolventes inhalables
- Marihuana / Hashish
- Cocaína y otros derivados de la coca
- Heroína
- Drogas especiales del tipo de la feniclidina
- Estimulantes tipo anfetamínico
- Anfetaminas y otros estimulantes
- Hipnóticos, sedantes y ansiolíticos⁴
- Alucinógenos
- Otros opiáceos
- Otras

4. Antiguamente la Organización Mundial de la Salud (Hughes *et al*, 1980) recomendaba separar los tranquilizantes (o ansiolíticos) y los hipnóticos sedantes en dos grupos, actualmente se recomienda incluirlos en un sólo grupo.

En la categoría de *otras drogas* pueden incluirse sustancias de las que se requiere información específica, ya sea porque se trata de aquellas que si bien existían en el mercado no se usaban como droga, tal fue el caso del Refractyl Ofteno, o drogas conocidas que súbitamente adquieren popularidad en ciertos grupos, como es el caso del abuso de Flunitracepam, del GHB y la ketamina entre otras. Puede resultar de interés investigar además la extensión del uso de otras sustancias como los esteroides, los cuales no pueden clasificarse fácilmente entre las categorías tradicionales.

Con el fin de registrar variaciones en los tipos de sustancias consumidas, entre los grupos de población que usan y en las formas de uso, es recomendable preguntar por los nombres específicos de las sustancias, incluyendo los nombres populares. El añadir las razones de uso aumenta la consistencia de las respuestas. Así se recomienda interrogar de la siguiente forma:

Las siguientes preguntas tratan sobre el consumo de hipnóticos, sedantes o ansiolíticos. Son prescritos por los médicos para ayudar a las personas a calmarse, a relajar sus músculos. También se les conoce como tranquilizantes. Algunos ejemplos son el *Rohypnol*, el *Diacepam* o el *Valium*.
¿Podría decirme el nombre de los hipnóticos, sedantes o ansiolíticos que ha usado?

En lo que se refiere al consumo de alcohol, el obtener información para cada tipo de bebida, es decir interrogar sobre la cantidad y frecuencia con las que se beben diferentes tipos de productos, aumenta la capacidad de las encuestas para dar cuenta de la producción de alcohol.

La elección del tipo de bebida explica también variaciones en los patrones de consumo y en las consecuencias del mismo, por ejemplo la población que bebe pulque tiene características particulares. También se ha observado que la población que usa vino de mesa tiende a limitar más la cantidad de alcohol que bebe y a presentar menos problemas; en el extremo opuesto se ubican los bebedores de aguardientes y alcohol de 96° (Medina-Mora y cols., 1998).

Si se decide incluir preguntas sobre frecuencia y cantidad por tipo de bebida es importante incluir una pregunta adicional sobre la frecuencia y cantidad consumida para cualquier tipo de bebida (incluyendo pulque; vino de mesa; cerveza; destilados; "coolers" y bebidas preparadas; aguardiente y alcohol de 96° consumido como bebida alcohólica) pues las preguntas individuales por tipo de bebida no proporcionan esta información.

Sin embargo, la inclusión de cada pregunta en los cuestionarios y escalas implica consumo de tiempo e incremento en los costos, por lo que puede considerarse como una segunda prioridad, toda vez que la manifestación de problemas agudos y crónicos depende del volumen global de alcohol consumido independientemente del tipo de bebida.

Un problema adicional es la medición del tamaño de los envases en los que se consume alcohol y de las variaciones en el contenido de alcohol en las bebidas. Una estimación exacta de la cantidad de alcohol consumida debería considerar tanto el tamaño de las unidades de consumo, (copas, vasos, jarros, etc.), como de la cantidad de alcohol que contienen las bebidas.

En la práctica es difícil obtener esta información por factores relacionados con la dificultad de obtener respuestas consistentes sobre el tamaño de las unidades de consumo, por las variaciones en el contenido de alcohol de las diferentes marcas dentro de un mismo grupo de bebidas, debido a la escasa información sobre el contenido alcohólico de las bebidas locales y por variaciones en el contenido de las bebidas fermentadas.

Estos factores llevan a la necesidad de establecer medidas promedio para el tamaño de las “copas” (definidas como unidades que contienen 13 gramos de alcohol), y el contenido alcohólico de las bebidas (por ejemplo destilados 40°, vinos de mesa 12°, cerveza 5°, pulque 3°).

Finalmente, es recomendable introducir preguntas que den cuenta del consumo de alcohol no registrado, cuya venta sea que se venda a granel o embotellado. Una alternativa para obtener esta información es preguntar directamente sobre la marca de las bebidas. Con el fin de evitar sesgos relacionados con la incapacidad de recordar, es recomendable obtener información sobre el consumo en la última semana o mes, o las marcas usuales.

El *tabaco* también tiene diferentes presentaciones, cigarrillos, puros, tabaco para pipas o masticado (sin humo). Usualmente los estudios no hacen distinción entre las formas de presentación, sin embargo, para estudiar las consecuencias del hábito puede resultar útil saber la forma de uso, particularmente si se consume tabaco sin humo.

FORMAS DE CONSUMO

Patrones de uso

Patrón de consumo. La modalidad de uso de la población es de vital importancia, los indicadores más comunes son la **frecuencia** y la **cantidad** consumida. La investigación sobre patrones de consumo de alcohol ha seguido dos tendencias: solicitar al entrevistado que reporte su consumo como si se tratara de un diario, es decir la cantidad que bebió cada día, regularmente se incluye un período de una semana y en ocasiones de 15 días. Preguntar así es útil en aquellas poblaciones que consumen alcohol en forma diaria o casi diaria. En México es un procedimiento inadecuado, ya que por ejemplo, las encuestas nacionales han demostrado cómo sólo 17 % de los bebedores consumen una vez a la semana; aún más, 72% de los bebedores que consumen a diario son dependientes del alcohol. Por lo que esta forma de interrogar perdería a la mayor parte de los usuarios. (Medina-Mora et. al., 1991).

Lo que mejor ha funcionado para preguntar, sobre los hábitos de consumo es interrogar sobre la frecuencia y la **cantidad usual** de alcohol consumido. Las categorías de patrones de consumo que han probado definir los patrones locales y dar cuenta de los problemas relacionados con el consumo de alcohol en nuestro país, dividen a los bebedores de la manera siguiente:

1. Abstemios	Personas que no han consumido alcohol en los últimos doce meses
2. Bebedores poco frecuentes	Personas que beben al menos una vez en el año, pero que no lo hicieron durante el último mes.
3. Bebedores moderados de bajas cantidades	Personas que bebieron en el último mes, no en la última semana y que limitan la cantidad de alcohol que consumen (beben menos de 5 copas por ocasión de consumo).
4. Bebedores moderados de altas cantidades	Personas que consumieron en el último mes, no en la última semana y que bebieron 5 copas o más por ocasión de consumo al menos una vez en el último año.
5. Bebedores frecuentes de bajas cantidades	Personas que consumieron en la última semana y que no bebieron 5 copas o más por ocasión de consumo.
6. Bebedores frecuentes de altas cantidades	Personas que consumieron en la última semana y que bebieron 5 copas o más por ocasión de consumo al menos una vez en el último año.
7. Bebedores consuetudinarios	Personas que consumieron en la última semana y que beben 5 copas o más por ocasión de consumo una vez por semana, o con más frecuencia.

Esta definición de patrones de consumo no sigue una escala ordinal. En caso de que el tipo de análisis a efectuar requiera de este tipo de escalas, es posible unir para el análisis las categorías de consumo de *una vez al mes* y *una vez a la semana* de bajas cantidades (3 y 5) y de altas cantidades (4 y 6).

Las mismas preguntas con las que se construyen los patrones de consumo, permiten estimar el volumen global de alcohol consumido en mililitros o en gramos de alcohol absoluto, que es un indicador útil para evaluar la manifestación de problemas de salud (ver capítulo sobre encuestas de hogares). Los estudios internacionales indican que los estudios de población general pueden dar cuenta de alrededor de la mitad de las ventas de alcohol, estimaciones superiores (por ejemplo en México se ha encontrado que las ventas registran 75% del alcohol disponible) podrían indicar el consumo de alcohol no registrado o que no paga impuestos.

También es recomendable introducir preguntas que permitan saber si las personas que no están bebiendo en el momento del estudio o abstemios, fueron bebedores en el pasado, y si dejaron de consumir por haber afrontado algún problema, lo que permite diferenciar a los alcohólicos en abstinencia de los no bebedores e identificar y las razones por las cuáles no beben.

En el caso de otras drogas, las bajas prevalencias que se observan por lo general en los estudios de población obligan a buscar indicadores más significativos, este es el caso del indicador: *número de veces que se han usado las drogas*, mediante esta pregunta pueden distinguirse los *usuarios experimentales*, (por ejemplo aquellos que solamente probaron la droga de 1 a 5 veces sin continuar usandola después de experimentar sus afectos), *regulares* (quienes han usado más de 5 veces) o *usuarios fuertes* (por ejemplo, los que han usado cada sustancia en más de 50 ocasiones).

En el caso del tabaco la Organización Mundial de la Salud (1998) recomienda dividir a los fumadores experimentales de los fumadores en general, utilizando el indicador de *haber fumado en total al menos 100 cigarrillos en su vida*, propone las siguientes categorías: *no fumadores*, *exfumadores* y *fumadores actuales*, de acuerdo con las siguientes definiciones:

No fumadores	Personas que nunca han fumado.
Exfumadores:	
Ocasionales	Personas que fumaron en el pasado más de 100 cigarrillos, pero que nunca lo hicieron diario.
Diarios	Personas que fumaron en el pasado más de 100 cigarrillos en su vida y lo hicieron diario.
Fumadores ocasionales:	
Fumadores en reducción	Personas que llegaron a fumar diario pero que no lo hacen ya.
Experimentadores	Fumadores que han fumado menos de 100 cigarrillos en su vida y que en la actualidad fuman ocasionalmente
Fumadores continuos	Personas que nunca han fumado diario, que han fumado al menos 100 cigarrillos en su vida, y que en la actualidad fuman ocasionalmente.
Fumador diario	Personas que fuman todos los días.

Al estudiar poblaciones de adolescentes u otros grupos con baja incidencia, es recomendable distinguir a los fumadores diarios que se encuentran en etapa experimental, es decir que no han fumado todavía más de 100 cigarrillos.

Es importante conocer además la dosis (número de cigarrillos que se fuma o se fumó en el pasado) y el tiempo de exposición al tabaco, lo que permite evaluar riesgos para problemas de salud.

Una categoría adicional es la de *fumador pasivo* que se define como aquel individuo expuesto al humo de tabaco en su medio ambiente. Es relevante saber si el sujeto se desarrolló en un ambiente en donde se fumaba (sus padres o encargados de su cuidado fueron fumadores), si actualmente está expuesto al humo de tabaco en el hogar, en el trabajo o en otro ambiente.

Vía de administración. El potencial adictivo de las drogas, los problemas derivados del consumo y la presencia de riesgos adicionales se relaciona con la vía de administración. Los efectos son más rápidos si se inhala o se inyecta la sustancia en comparación con la ingestión oral. La inyección intravenosa es además un factor de riesgo, si se comparten agujas, para infecciones tipo hepatitis y VIH. De ahí que sea importante conocer la vía de administración usual; si se ha usado la inyección intravenosa de drogas es importante saber si se han compartido agujas.

Variables adicionales. Los investigadores interesados en conocer otros aspectos del problema pueden incluir variables que evalúen, como: i) características del medio ambiente (por ejemplo qué tanto se consume en el entorno de la persona, cuál es la tolerancia social de su medio, etc); ii) actitudes, creencias, normas. La inclusión de variables que midan estos aspectos es importante porque en muchos casos pueden mediar entre el consumo y los problemas, esto es, será más probable que se presente un problema si el individuo viola la norma establecida, a que si consume con los estándares de su grupo. También pueden introducirse preguntas que orienten sobre la actitud de la población hacia las medidas de control (i.e. establecer lugares libres de humo de tabaco); iii) características de las personas, por ejemplo, problemas emocionales, características de personalidad, problemas de conducta, conducta sexual, etc.

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

Las encuestas de población permiten también conocer cuáles son los factores que distinguen a aquellos individuos que usan drogas de quienes no las usan; los que después de experimentar con drogas abandonan el consumo y los que desarrollan problemas o se vuelven dependientes. Esto se puede hacer a partir de los conceptos de factores de riesgo, es decir los que aumentan la probabilidad de que un individuo experimente, continúe usando o se vuelva dependiente es decir que hacen al individuo vulnerable, y factores de protección que en presencia del riesgo hacen al individuo resistente y lo protegen de la experimentación, abuso o dependencia a sustancias. En el tiempo reciente se ha desarrollado el concepto de “resiliencia” para definir una determinada adaptación del individuo para desarrollarse en condiciones de alto riesgo, sobrevivir y vivir sanamente (Medina-Mora, 1995, Hawkins & Catalano, 1986).

CONSECUENCIAS DEL CONSUMO

Problemas relacionados

Además de conocer cómo usa drogas la población, es importante conocer cuáles son las consecuencias del consumo excesivo o en ocasiones y circunstancias de riesgo. Las consecuencias pueden derivarse del consumo crónico o de eventos de intoxicación aguda. En un caso el tiempo de consumo y la cantidad consumida serán los mejores predictores de problemas, en el otro, el haber bebido en ocasiones inadecuadas para hacerlo, por ejemplo antes de manejar, sin que esto implique que la persona sea dependiente o tenga problemas con el manejo de las sustancias.

Por ejemplo, se estima que solamente en una proporción menor de los problemas sociales que se derivan de eventos de intoxicación aguda con alcohol, la persona involucrada era dependiente a la sustancia (Medina-Mora *et al.*, 1991; Borges *et al.*, 1998).

Así a pesar de que los consumidores crónicos padecen más problemas que las personas que sin ser dependientes eventualmente pueden llegar a la intoxicación. Por su importancia numérica, la mayor parte de los problemas ocurren en este último grupo, lo cual se conoce como la “paradoja de la prevención”.

Un estudio reciente realizado en el lugar de trabajo, ejemplifica esta paradoja. El 19% de las personas con síntomas de dependencia al alcohol estuvieron involucrados en accidentes o cuasiaccidentes en los que el alcohol estuvo presente, en comparación con solamente 10% de las personas sin problemas. Sin embargo, debido a que solamente 3% de los trabajadores tenían problemas con su consumo, cuando se estimaron

las proporciones de bebedores con problema y sin problema del total de accidentes o cuasi accidentes, resultó que el 89% de estos eventos fueron responsabilidad de trabajadores que no tenían síntomas de dependencia al alcohol. Los accidentes ocurrieron porque los trabajadores bebieron alcohol cuando no debían haberlo hecho, en este caso antes de operar maquinaria. (Medina-Mora y cols., 1997). Esto implica que el 89% de los accidentes y cuasiaccidentes pueden prevenirse mediante intervenciones sencillas, orientadas a modificar la conducta de personas que no requieren tratamiento especializado para adicciones.

Así para contestar la pregunta ¿cómo afecta el consumo a una población? es importante considerar dos ejes. En uno se ubicaría el consumo crónico y en el segundo, la intoxicación aguda.

También es importante distinguir entre problemas sociales y de salud ya que en su manifestación intervienen variables diferentes; los problemas de salud se derivan de variaciones en la vulnerabilidad de los individuos, las dosis y tiempo de consumo de sustancias; en los problemas sociales intervienen las normas que el grupo bajo estudio tiene con respecto al consumo de sustancias. Así en un ambiente en el que el consumo es tolerado o aún promovido, se presentarán menos problemas sociales que en otro donde la norma apunte a la abstinencia.

Una persona que fume en un escenario que pretende ser libre de humo de tabaco será más rechazada que si tiene esta misma conducta en una reunión de fumadores. De la misma forma, el hecho de que se tolere y aun se considere un valor que el varón beba y llegue eventualmente a la intoxicación, mientras que se espera que la mujer se abstenga de beber, ocasiona que la segunda afronte más problemas que el primero, independientemente de la cantidad que consuman. Si un ama de casa ingiere anfetaminas para reducir de peso, se considera una decisión personal con poca relevancia para la comunidad, pero si un joven decide experimentar con la marihuana, tan sólo para conocer sus efectos, el hecho es visto con gran preocupación y puede inclusive convertirse en un evento que marque su futuro.

Problemas sociales

La lista de problemas de interés puede ser amplia. Usualmente se incluyen preguntas tales como los relacionados con la familia, con los amigos, en la escuela o en el trabajo (por ej.: perdió el empleo, o la oportunidad de un ascenso, problemas con el supervisor o con los compañeros de trabajo, etc.). La participación en riñas, en otros actos violentos o el haber sido víctima de alguna agresión (robo, golpes, violación etc.), cuando había estado bebiendo, son también categorías útiles.

Problemas de salud

Lo más usual es usar las escalas de abuso y dependencia, derivadas del Manual de Diagnóstico de Enfermedades Mentales en su cuarta revisión, (DSM-IV), comprendidas en la entrevista psiquiátrica estandarizada (CIDI) que ha sido sometida a múltiples pruebas en muchas culturas (WHO, 1991). Incluye indicadores que evalúan abuso y dependencia al tabaco, alcohol y otras drogas. Debido a que en muchas ocasiones se registran bajas prevalencias de uso de drogas y que la aplicación de este instrumento, al contener preguntas para cada sustancia, consume mucho tiempo y es costoso, en algunos estudios se incluyen indicadores que evalúan posible abuso o dependencia a sustancias en general, sin distinguir el tipo de sustancia.

Existen indicadores más sencillos que pueden incorporarse en los cuestionarios para evaluar de manera directa los índices de dependencia, esto es "casos probables". Para el tabaco la OMS recomienda como indicador el tiempo que transcurre entre el despertar del fumador y el encendido de su primer cigarro. Para el alcohol, se proponen la dificultad de control, la tolerancia y los síntomas de abstinencia o el consumo para aliviarla; para el uso de otras drogas, el tiempo que dedica el individuo a procurarse las drogas puede ser buen indicador.

USUARIOS PROBLEMA

Consumo peligroso o dañino

La Organización Mundial de la Salud (1992), introdujo la categoría de "consumo perjudicial" para definir aquel que está afectando la salud física (p.e. hepatitis asociada con la administración intravenosa de drogas) o mental (p.e. episodios de trastornos depresivos secundarios a la ingesta excesiva) del consumidor. Califica al usuario regular que empieza a manifestar problemas pero que aún no cumple el criterio de dependencia. Desde esta perspectiva conceptualiza al proceso de dependencia como un continuo, el extremo derecho estaría ocupado por los dependientes, un grado antes estarían los bebedores problema o aquellos individuos con un patrón de *consumo perjudicial*.

Una categoría relacionada es la de *consumo peligroso*, que se define como un patrón de consumo ocasional, repetido o persistente, de una o varias sustancias psicotrópicas que representa un riesgo elevado de producir daños futuros a la salud mental o física del individuo. Se ubican en este grupo las personas que aún no cumplen con el criterio de *consumo perjudicial*.

En general, se considera que un hombre que bebe más de 80 gramos de alcohol y una mujer que bebe más de 40 gramos al día, son *bebedores excesivos*. Para llegar a esta cantidad una persona de 70 kilos, por ejemplo, debe de tomar 6 cervezas, o una botella y cuarto de vino de mesa, o un cuarto de botella de destilados. Estas cantidades pueden variar mucho de persona a persona. Para hablar de dependencia algunos autores añaden a este criterio los siguientes: tolerancia manifestada por niveles de concentración de alcohol en sangre (NAS) de 150 mg/100 ml; síntomas de abstinencia; continuación del consumo a pesar de problemas psicológicos y sociales, así como pruebas de sangre anormales (Paton, 1981). Debido a que las diferencias individuales dan lugar a problemas que se relacionan con dosis más altas o bajas de consumo, se considera más importante la evaluación de qué tanto está afectando el alcohol a la persona, que la cantidad ingerida.

Dependencia / Abuso

El concepto actual de dependencia de sustancias surge de una propuesta de Edwards y Gross (1976). Está basado en los siguientes principios: i) el síndrome puede ser reconocido por una serie de elementos. No todos ellos tienen que estar siempre presentes, o presentes en el mismo grado; ii) el síndrome no se presenta de una forma de todo o nada sino que puede manifestarse con diferentes grados de intensidad; iii) su forma de presentación se verá moldeada por la influencia patoplástica de la personalidad y cultura; iv) introduce un concepto bi-axial en donde el síndrome de dependencia constituye un eje y los problemas relacionados con el consumo, otro. Esta formulación no asume progresión o irreversibilidad en el síndrome.

El DSM-IV, plantea la presencia, como mínimo, de tres de los siguientes síntomas: uso de la sustancia en mayor cantidad o más tiempo de lo que pretendía el sujeto; deseo persistente o uno o más esfuerzos inútiles para suprimir o controlar el uso; uso de gran parte del tiempo en obtener las sustancias o en recuperarse de sus efectos; intoxicación frecuente o síntomas de abstinencia cuando el sujeto debe desempeñar obligaciones laborales, escolares o domésticas; uso continuado a pesar de estar consciente de padecer problemas; tolerancia notable; síntomas de abstinencia o consumo para aliviar la abstinencia. Se requiere además que algunos de estos síntomas hayan estado presentes durante un mes como mínimo o aparecido repetidamente por un periodo prolongado.

Existen consideraciones especiales para algunas drogas. La dependencia según este criterio puede medirse introduciendo en el cuestionario la escala de dependencia contenida en la Cédula Internacional de Entrevista Diagnóstica CIDI, desarrollada por la Organización Mundial de la Salud y probada en un buen número de países, entre ellos México.

El **abuso** se define como aquella condición en la que se afrontan problemas sociales o de salud derivados del consumo de sustancias pero no se cumplen con los criterios para calificar a la persona como dependiente.

CARACTERÍSTICAS DE LOS ADICTOS O USUARIOS PROBLEMA

Los instrumentos utilizados para determinar si una persona cumple o no con el criterio de dependencia parten de la identificación de los síntomas, y de los criterios temporales mínimos establecidos. Esta información es insuficiente para caracterizar a los individuos, ya que no definen por lo general las áreas afectadas (por ej. laboral, educacional, familiar, etc.), tampoco dan cuenta de los problemas de salud que se asocian con el consumo de sustancias (por ej., alteraciones hepáticas, gastrointestinales, etc.), ni son útiles para medir es la severidad de la adicción y la probabilidad de recaídas. Cuando el objetivo de la investigación es evaluar estas áreas, el investigador debe recurrir a escalas adicionales. Algunos de estos instrumentos se describen en el último capítulo de este manual.

EL USO/ABUSO DE SUSTANCIAS COMO FACTOR DE RIESGO PARA OTROS TRASTORNOS

Cantidad / frecuencia

El interés en medir el riesgo de un individuo para tener problemas derivados tanto de la intoxicación aguda (por ejemplo accidentes o violencias) como del consumo crónico de alcohol (por ejemplo cirrosis, pancreatitis, trastornos cardiovasculares, y aun la dependencia), ha llevado a definir niveles de consumo y a asociarlos con la probabilidad de desarrollar la condición. Normalmente se utilizan indicadores de dosis de consumo derivados de combinar cantidad y frecuencia para estimar niveles absolutos de alcohol, así se comparan cantidades usuales de consumo con la manifestación de problemas. Las cantidades usuales se miden a partir del patrón de consumo del individuo en términos de qué tan frecuentemente bebe y cuánto alcohol consume cada vez, se estiman niveles absolutos de alcohol. Debido a que las personas suelen reportar el uso de diferentes bebidas, normalmente se hacen las estimaciones por tipo de bebida; se hacen las transformaciones de acuerdo con la concentración de alcohol y posteriormente se suman las cantidades. Debido a que la concentración de alcohol en sangre varía para hombres y mujeres, se recomienda estudiar los géneros por separado.

"Consumo moderado o de menor riesgo"

Actualmente se han derivado algunas categorías de uso para definir lo que es el *consumo moderado o de menor riesgo*, en países en los que se acostumbra beber todos los días. Se define como aquel que no pasa de dos copas por día en el caso de los varones y de una copa en el caso de las mujeres. Se considera que no todos los grupos de población están expuestos al mismo riesgo de tal manera que estos niveles no son aplicables a personas que tienen problemas con el manejo del alcohol, a mujeres embarazadas o que planean concebir y padecen alguna enfermedad o están bajo tratamiento médico. En países como México, se han definido límites por semana estableciendo el consumo de menor riesgo como aquel que no pasa de 9 copas por semana, en el caso de las mujeres, y de 12 en el caso de los varones; no más de una copa por día en el caso de las mujeres y de dos si es varón, así como en cualquier caso no más de cuatro por ocasión, ni más de una copa por hora. Algunos autores añaden la recomendación de que el consumo no ocurra diario.

En el caso del tabaco normalmente se utiliza como criterio el número total de cigarros que usualmente fuma la persona, la frecuencia en que fuma (por ejemplo diario, una vez por semana, etc.) y el tiempo (número de años) que la persona lleva fumando.

En el caso de otras drogas se pueden estudiar las dosis de consumo por ocasiones en que esto ocurre. El problema principal se deriva de la imposibilidad, fuera de contextos de laboratorio, para estimar la concentración de los principios activos en las drogas que se venden en la calle, así como la cantidad y tipo de otros compuestos.

Edad de inicio

Esta variable permite determinar: i) el tiempo en que el individuo ha estado expuesto a la sustancia; ii) el período de desarrollo en que inició el consumo, por ejemplo se ha encontrado que mientras más temprano

se da el inicio, más probabilidad se tienen de desarrollar problemas; iii) el orden de utilización de sustancias, lo que permite probar hipótesis de la existencia de drogas de “entrada”, o conocer variaciones temporales en la forma en que se inicia, por ejemplo, en épocas recientes se ha observado un aumento en el número de personas que inician el consumo de drogas con la cocaína, sin haber probado antes los disolventes inhalables o la mariguana (SISVEA, 2000).

FUENTES DE INFORMACIÓN EXISTENTES

Consultar como primer paso, las estadísticas y estudios disponibles, es importante porque da una información base, permite ubicar el problema en el contexto nacional y estimar algunas tendencias del problema. Sin embargo, tal información no siempre está actualizada, y en algunos casos, al referirse a ámbitos regionales, no refleja la situación local. De ahí la necesidad de realizar otros estudios a este nivel.

Este primer paso debe de buscar también conocer los recursos con los que cuenta el estado para atender el problema, mismos que pueden ser de dos tipos: i) por una parte las leyes, reglamentos y normas que regulan la disponibilidad, la oferta de servicios y otros recursos que permiten apoyar acciones encaminadas a la prevención de problemas como son, por ejemplo, los reglamentos de tránsito; ii) por otra parte los recursos de atención, que pueden ser especializados como las clínicas de tabaquismo, los Centros de Integración Juvenil y otras instituciones dedicadas a atender adictos y personas que abusan de sustancias; los grupos de autoayuda, los organismos no gubernamentales, los grupos de ciudadanos organizados, etc.; iii) es importante conocer también los organismos que pueden apoyar en otras actividades derivadas de los programas estatales, tales como aquellos dedicados a la educación para la salud, la formación de recursos humanos, la investigación, la comunicación social, la atención a la población juvenil, etc.

Las principales fuentes de información existentes son:

- I. Para evaluar la extensión del problema y sus consecuencias: i) Las estadísticas oficiales, ii) los sistemas de registro de información, iii) las encuestas de población y iv) los estudios en poblaciones especiales.
- II. Para evaluar los recursos con los que se cuenta para atender el problema: i) las leyes, reglamentos y normas, ii) las instituciones gubernamentales y no gubernamentales y otros grupos organizados, que tienen como mandato o pueden incluir entre sus funciones, la prevención, tratamiento y rehabilitación, iii) las instituciones que pueden apoyar en las tareas de capacitación de recursos humanos, de investigación, de educación para la salud, de atención a la juventud, de comunicación social, etc.

Estadísticas Oficiales

Los sistemas de información estadística de los sectores de Salud y de Procuración de Justicia, de Comercio y Hacienda y Crédito Público, proporcionan información valiosa, tales son los casos de:

- Las estadísticas de morbi-mortalidad asociadas con el uso de sustancias (por ejemplo cirrosis, dependencia a drogas, etc.);
- Sistemas de registro de casos, por ejemplo el de SIDA que incluye a personas que desarrollaron la condición por inyección intravenosa de drogas como principal vía o como mecanismo asociado con otro factor de riesgo;
- Las detenciones por delitos contra la salud o por cometer delitos bajo el efecto de drogas, entre otros.
- Las estadísticas de producción de tabaco, bebidas alcohólicas, decomiso de sustancias ilegales, etc.

Las fuentes estadísticas pueden clasificarse en tres grupos: i) estadísticas que proporcionan información sobre la disponibilidad de sustancias; ii) estadísticas que indican el nivel de consumo; iii) estadísticas sobre consecuencias del consumo.

En los cuadros anexos se han incluido las principales fuentes de información existentes y que idealmente deberían considerarse en un diagnóstico comprensivo.

Fuentes de información disponibles

ABUSO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CARACTERÍSTICAS
Consumo <i>per cápita</i>	Ventas/población mayor de 15 años	Estimaciones a nivel nacional
Proporción del gasto familiar destinado al alcohol	Encuesta Nacional de Ingresos y gastos INEGI. <i>Proporción de hogares que adquirieron alcohol por tipo de bebida y características</i>	Datos nacionales, población rural y urbana, algunos datos estatales disponibles
Distribución: expendios con licencia	Estadísticas gubernamentales	Pueden obtenerse a nivel local
Precio	Datos de impuestos. Índice de precios al consumidor. Proporción del PIB gastado en alcohol	Estadísticas nacionales
Patrones de consumo, problemas relacionados	Encuestas Nacionales de Adicciones Encuestas en población escolar	Cobertura nacional y regional, población urbana (12 a 65 años). Cobertura nacional y estatal, poblaciones urbana y rural, enseñanza media y media superior. Información para el nivel universitario (algunos estados)
Dependencia/comorbilidad psiquiátrica	Encuestas de Hogares	D.F., poblaciones rurales de Jalisco. Algunos estados
Emergencias traumáticas y médicas relacionadas - alcohol	• Encuestas /Alcosensor / Institutos de Psiquiatría y de Salud Pública	Disponibles para la Ciudad de México; Acapulco, Guerrero; Pachuca, Hidalgo
Demanda de atención Centros especializados y no especializados. <i>Todos los pacientes en tratamiento.</i>	SISVEA/Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud. AA. SINTRA / CONADIC. Centros de atención a la salud mental, otros centros locales.	El SISVEA incluye información de AA y otros centros. El CONADIC cuenta con las bases para un registro nacional de centros de tratamiento. A nivel local pueden establecerse sistemas de registro
Personas con problemas detectados en otras instituciones	• Menores infractores. • Población reclusa en instituciones de rehabilitación social • Agencias del Ministerio Público	Registros de las Instituciones <i>(abuso / dependencia, intoxicación aguda, arrestos)</i>
Morbilidad y mortalidad relacionadas con el abuso de alcohol	Estadísticas oficiales — egresos hospitalarios — estadísticas de mortalidad	Disponibles a nivel estatal y nacional
Autopsias / muerte violenta	Registros de Servicios Médicos Forenses	Casos en que se realizó autopsia, pueden obtenerse a nivel local

Fuentes de información disponibles

ABUSO DE DROGAS

INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CARACTERÍSTICAS
Patrones de consumo, problemas relacionados	Encuestas Nacionales de Adicciones Encuestas en población estudiantil	Datos nacionales y regionales, población urbana de 12 a 65 años. Cobertura nacional y estatal, poblaciones urbana y rural, enseñanza media y media superior, algunos estados cuentan con información para el nivel universitario.
Dependencia y comorbilidad psiquiátrica	Encuestas de Hogares	Disponibles en la Ciudad de México y poblaciones rurales de los altos de Jalisco. Algunos estados como Nuevo León planean iniciar encuestas en un futuro próximo.
Estadísticas de centros de trabajo • Casos de accidentes, cuasiaccidentes, ausentismo, etc. asociados con el uso de sustancias • Casos positivos en pruebas de fluidos biológicos	• Estadísticas de los centros de trabajo	Se cuenta con estudios aislados.
Demanda de Tratamiento • Centros especializados • Centros no especializados • <i>Todos los pacientes en tratamiento</i> • <i>Nuevos casos (aquellos pacientes que solicitan ayuda por primera vez)</i>	• SISVEA / D.G. de Epidemiología, Sec. de Salud • CONADIC • Centros de Integración Juvenil • Centros de salud mental • Grupos de autoayuda • Centros locales	Información disponible en el SISVEA, SRID, datos estadísticos de CIJ, centros no gubernamentales. El CONADIC cuenta con las bases para un registro nacional de centros de tratamiento. A nivel local pueden establecerse sistemas de registro.
Emergencias relacionadas con el abuso de drogas	• Unidades de desintoxicación	SISVEA, SRID, sistema de vigilancia del IMSS. Puede establecerse un sistema a nivel local.
Personas con problemas detectados en otras instituciones (<i>personas con problemas de abuso/dependencia, problemas derivados de ocasiones de intoxicación aguda, arrestos</i>)	• Menores infractores • Población reclusa en instituciones de rehabilitación social • Agencias del ministerio público	Registros de las instituciones
Solicitud de ayuda u orientación	Llamadas recibidas en líneas telefónicas para servicio de emergencias y/o orientación	Servicios Cruz Roja, CONADIC; CIJ, DDF, etc.
Infecciones relacionadas con el uso de drogas: • Hepatitis B y C. (<i>condiciones asociadas con la inyección intravenosa de drogas y otras prácticas de riesgo</i>) • Índice de personas que usan drogas por vía intravenosa que portan el VIH • Índice de casos registrados con SIDA que usan drogas por vía intravenosa	Estadísticas oficiales	Disponibles a nivel estatal y nacional <i>Se recomienda hacer seguimiento de este indicador en estados con alta incidencia de uso de drogas por vía intravenosa</i>
Autopsias / muerte violenta	Registros del servicio médico forense	Casos en que se realizó autopsia, pueden obtenerse a nivel local
Decomisos de drogas (por tipo de sustancia) Decomisos de cantidades pequeñas destinadas al mercado local	Registros oficiales <i>Indican disponibilidad de drogas</i>	Datos globales de decomisos, disponibles a nivel nacional y local.
Venta de drogas psicotrópicas	Registros de farmacias	Pueden obtenerse a nivel local
Precio y pureza de la droga • a nivel del usuario • a niveles de tráfico	<i>Indican disponibilidad de drogas</i>	Pueden obtenerse a nivel local
Arrestos por posesión de drogas y otros delitos contra la salud	Registros policíacos	Pueden obtenerse a nivel local
Personas reclusas en centros de readaptación social • por delitos contra la salud • índice de adictos	Estadísticas Estudios especiales	Pueden obtenerse a nivel local

Fuentes de información disponibles

ABUSO DE TABACO

INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	CARACTERÍSTICAS
Consumo <i>per cápita</i>	Ventas de tabaco/ población mayor de 15 años. CONADIC	Estimaciones a nivel nacional
Proporción del gasto familiar destinado al tabaco, proporción de hogares que adquirieron tabaco por características de los hogares	Encuesta Nacional de Ingresos y gastos INEGI	Datos nacionales, población rural y urbana, algunos datos estatales disponibles.
Patrones de consumo, problemas relacionados	Encuestas Nacionales de Adicciones	Datos nacionales y regionales, población urbana de 12 a 65 años
Morbilidad y mortalidad por condiciones asociadas con el tabaquismo	Egresos hospitalarios, mortalidad	Disponibles a nivel local y nacional
Morbilidad y mortalidad asociadas con la exposición al humo de tabaco : • infecciones de vías respiratorias bajas • asma • cáncer, etc.	Egresos hospitalarios, mortalidad	Disponibles a nivel local y nacional
Distribución : • expendios con licencia	Estadísticas gubernamentales	Pueden obtenerse datos a nivel local
Precio	Datos de impuestos Índice de precios al consumidor Proporción del PIB gastado en cigarrillos	Datos nacionales

AA (Alcohólicos Anónimos) CIJ (Centros de Integración Juvenil) CONADIC, (Consejo Nacional contra las Adicciones), INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática), PIB (Producto Interno Bruto), SISVEA (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Adicciones, SRID (Sistema de Registro de Drogas) VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana).

REFERENCIAS

- Borges G, Cherpitel C, Rosovsky H. Male drinking and violence-related injury in the emergency room. *Addiction*, 93 (1): 103-112, 1998.
- Edwards G, Anderson P, Babor TF, Casswell S, *et al.* Alcohol policy and the public good. Oxford University Press, 1994.
- Hughes P, Venulet J, Khant U, Medina-Mora ME, Navaratnam V, Poshychinda V, *et al.* Core data for epidemiological studies of non medical drug use. Geneva: WHO Offset Publication 56, 1980.
- Medina-Mora ME, Tapia R, Villatoro J, Sepúlveda J, Mariño MC, Rascón ML. Patterns of alcohol use in mexican urban population: Results from a National Survey. Paper presented at the 17th. Annual Alcohol Epidemiology Symposium. Sigstuna, Sweden. 1991.
- Medina-Mora ME, Villatoro J, Juárez F. Drinking patterns beverage type and alcohol-related problems. Paper presented at the International Workshop on Consumption Measures and Models for Use in Policy Development and Evaluation. Bethesda, Maryland, may 11-15, 1997.
- Medina-Mora ME, Villatoro J, López E, Berenson Sh, Carreño S, Juárez F. Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos. *Gaceta Médica de México*, 131(4):383-393, 1995.
- Paton A., Saunders JB. ABC of alcohol. *British Medical Journal* 1981; 283(7):1248-1250
- Smart RG, Hughes P, Johnson LA, Medina-Mora ME, *et al.* A methodology for student drug use surveys. Geneva: WHO Offset Publication 50, 1980.
- Smart RG, Arif A, Hughes P, Medina-Mora ME, *et al.* Drug use among non-student youth. Geneva: WHO Offset Publication 60, 1981.
- Tapia R, Kuri P, Cravioto P, Revuelta A. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). Informe 2000.
- World Health Organization: CIDI-CORE: Composite International Diagnostic Interview Version 1.0. Geneva: WHO, 1991.
- World Health Organization: Project identification and management of alcohol- related problems. Programme on Substance Abuse. Geneva: WHO, 1992.
- World Health Organization. Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic, Tobacco of Health. Programme, Geneva 1998.
- World Health Organization. Guide to Drug Abuse Epidemiology. Geneva 1998.

2

Clasificación de sustancias psicoactivas

José Ángel Prado DIRECTOR DE NORMATIVIDAD. DIRECCIÓN GENERAL TÉCNICA EN ADICCIONES Y SALUD MENTAL. CONADIC

Lino Díaz-Barriga DIRECTOR GENERAL ADJUNTO NORMATIVO. CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL.

Ricardo Sánchez Huesca DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA. CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL.

SUSTANCIA	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FORMA DE ADMINISTRACIÓN	ALGUNOS NOMBRES COMERCIALES
1. Nicotina (tabaco)	Oral	Fumada	
2. Alcohol y bebidas alcohólicas	Oral	Ingerido	
3. Cannabis	Oral	Fumada	
• Hachís		Ingerida	
• Marihuana			
4. Cocaína			
• Clorhidrato de cocaína	Mucosas Intravenosa	Absorción tópica Inyectada	
• Basuco	Oral	Fumada	
• Crack	Oral	Fumada	
5. Anfetaminas y otros estimulantes	Oral	Ingeridas	Ritalín, dexedrina.
• Metanfetaminas (ice, extasis, cristal)	Oral	Ingeridas	
• Anorexigénicos	Oral	Ingeridas	Asenlix, esbelcaps, IFA, neobes, redotex, ponderex.
6. Inhalables	Oral	Inhalados	
7. Alucinógenos			
• LSD (ácidos)	Oral	Ingerido	
• PCP (polvo de ángel)	Oral	Fumada, ingerida	
• Mezcalina (peyote)	Oral	Ingerida	
• Psilocibina (hongos)	Oral	Ingerida	
8. Sedantes hipnóticos ansiolíticos			
• Benzodiacepinas	Oral Parenteral	Ingerida Inyectada	Alboral, alzam, ativán, dalmadom, dormicum, frisium, halción, knadex, lexotán, lindormín, miolastán, numencial, ortopsique, otedram, rivotril, sinestron, tafil, urbadan, valium, xanax, zetraflum.
• Flunitracepam	Oral Parenteral	Ingerido Inyectado	Rohypnol Rohypnol
• Barbitúricos	Oral	Ingerido	
• GHB	Oral	Ingerido	
• Ketamina	Parenteral	Inyectada	Ketalín
• Fentanil	Parenteral	Inyectado	Fentanest, durogesic.
• Barbitúricos	Oral Parenteral	Ingerido Inyectado	

SUSTANCIA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	FORMA DE ADMINISTRACIÓN	ALGUNOS NOMBRES COMERCIALES
9. Opiáceos			
• Opio	Oral	Fumado	Analfin, bufigen,
• Heroína	Oral	Ingerida, aspirada, fumada	duralmor, gratén,
	Parenteral		kapanol, nalcryn,
• Morfina y otros opiáceos	Oral	Fumada	oxicontín, nubaín,
	Parenteral	Inyectada	rapifén, temgesic,
• Metadona	Oral	Fumada	subutex, prontofot,
	Parenteral	Inyectada	tradol.
• Otros			
10. Combinaciones			



Métodos de obtención de información

Pablo Kuri DIRECTOR GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA. DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
 Patricia Cravioto DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN. DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
 Esperanza García SUBDIRECTORA DE INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN. DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
 Arturo Ortiz INVESTIGADOR TITULAR B. INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA.
 Roberto Tapia-Conyer SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD. SECRETARÍA DE SALUD

Ya sea que sus objetivos se dirijan hacia la vigilancia epidemiológica o al desarrollo de programas de acción, los sistemas de información en salud pública deberán incluir atributos universales tales como calidad, simplicidad, flexibilidad, representatividad, oportunidad y estabilidad, entre otros.

La Secretaría de Salud (SSA) en cumplimiento de sus funciones sobre el Sistema Nacional de Salud integra la información para elaborar las estadísticas nacionales y asigna al Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica, mediante la Dirección General de Epidemiología la tarea de operar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), el cual se rige por la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica. Entre los diversos sistemas que maneja se encuentra el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), el cual concentra una red de instituciones dedicadas a actividades de prevención, control y tratamiento, mismas que generan reportes cuantitativos y cualitativos.

Los principales indicadores, de morbilidad, son los de centros de tratamiento, derivados de los datos aportados por los Centros de Integración Juvenil (CIJ) y los centros de tratamiento de organismos no gubernamentales (ONG), así como de instituciones de seguridad social como el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, también se incluyen los recabados en las clínicas contra el tabaquismo, en los hospitales de especialidad psiquiátrica de la Secretaría de Salud y de la asociación civil de Alcohólicos Anónimos. Otra fuente de información es la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, la cual maneja a los operadores de transportes de carreteras, marítimos, de ferrocarriles y de aviación. Los indicadores de mortalidad son facilitados por el Servicio Médico Forense (SEMEFO) y por el Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED), los cuales proporcionan el número de muertes asociadas directa o indirectamente al abuso de drogas; integra también los indicadores de daños contra la salud reportados por instituciones de procuración de justicia, procedentes del Informe Estadístico Uniforme para el Control de Drogas a cargo de la Procuraduría General de la República (PGR) y del Consejo Tutelar de Menores. Por otro lado, se cuenta con la información generada por el Sistema de Reporte de Información en Drogas del Instituto Nacional de Psiquiatría que aporta datos semestrales sobre las principales tendencias del uso de drogas en la Ciudad de México.

Una segunda estrategia es la aplicación de encuestas centinela que se realiza en los servicios de urgencia de hospitales del segundo nivel de atención y en servicios de emergencias médicas. Estos sistemas ya consolidados proporcionan información sobre la extensión y tendencia del uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, características sociodemográficas y culturales de los individuos que las consumen, problemas asociados y vías de consumo, su ubicación por áreas geográficas y grupos poblacionales, los factores de riesgo o de protección, así como las coberturas de los programas y el impacto de los mismos sobre indicadores específicos de morbilidad, mortalidad o cambios de conducta de los habitantes.

Se agradece la colaboración de los siguientes participantes

SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES (SCT)

Dr. José Valente Aguilar Zinser, Director General de Protección y Medicina del Transporte.

Dr. Raúl H. Takenaga Mesquida, Director Médico de Protección y Medicina del Transporte.

Dr. Héctor Escobedo Solís, Subdirector del Laboratorio de Toxicología, DGPMPT.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO: (ISSSTE)

Dr. J. Alejandro Arenas Díaz, Jefe de Servicios de Atención Primaria a la Salud.

Dr. Gustavo Castillo Rosales, Jefe del Departamento del Modelo de Salud Integral Familiar Preventivo.

Lic. María Elena López-Alvarez, Coordinadora de los Programas de Salud Mental y Adicciones.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)

Dr. Onofre Muñoz Hernández, Director de Prestaciones Médicas.

Dr. Alejandro Guarneros-Chumacero, Coordinador de Atención Médica.

Dr. Román Rosales-Avilés, Jefe de la División de Hospitales.

Dr. Enrique Camarena-Robles, Coordinador del Programa de Salud Mental y Psiquiatría.

Dr. Alejandro Córdova-Castañeda, Coordinador Médico de Programas de Salud Mental y Psiquiatría

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DELA FUENTE MUÑIZ

Dra. Alejandra Soriano, Investigadora.

Dr. Jorge Galván, Investigador.

CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL

Dr. Víctor M. Guisa-Cruz, Director General.

Lic. Ricardo Sánchez-Huesca, Director de Investigación y Enseñanza.

Lic. Bruno Díaz-Negrete, Subdirector de Investigación.

Lic. Alma Gutiérrez-López, Departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica.

Lic. Isaías Castillo Franco, Departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica.

DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

CD. Carlos Álvarez-Lucas, Director de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles.

3.1

Sistemas de información

Pablo Kuri DIRECTOR GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA. DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
 Patricia Cravioto DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN. DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
 Esperanza García SUBDIRECTORA DE INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN. DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
 Arturo Ortiz INVESTIGADOR TITULAR B. INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA.
 Roberto Tapia-Conyer SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD. SECRETARÍA DE SALUD

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de información en salud pública cuyos objetivos se dirijan hacia la vigilancia epidemiológica o al desarrollo de programas de acción en salud, deberán de incluir atributos universales, tales como calidad de la información, simplicidad en su operación, es decir, que permitan el flujo de la información a través de los diferentes niveles de aplicación y las líneas de respuesta de una manera clara y sencilla; la flexibilidad de adaptarse a nuevas necesidades (cambios en la definición de casos, avances tecnológicos para transferencia de información, avances diagnósticos, etc.), que las personas comprometidas en ellos los acepten y estén satisfechas con su funcionamiento y sus productos; su cobertura deberá ser tan amplia como lo plantee su objetivo y propiciará que participen todas las instituciones relacionadas con el tema, además, es necesario que los sistemas de información sean representativos al describir de manera precisa y con oportunidad lo que está ocurriendo realmente en la población (características sociodemográficas, clínicas, etc.).

Otra característica de estos sistemas es su estabilidad, la cual se refiere a la confiabilidad y utilidad de los mismos y al tiempo en el que el sistema opera totalmente. Por otra parte, el costo de su mantenimiento no debe ser gravoso; así mismo, la diferencia entre el tiempo óptimo y el real requerido por el sistema para concentrar o recibir información, por lo que al manejarla (transferencia, entrada, edición, archivo y respaldo) y difundirla deberá situarse entre límites aceptables.

Los sistemas de información consolidados proporcionan la siguiente información:

1. *La extensión del uso, abuso y dependencia de sustancias.*
2. *La naturaleza del problema* (tipo de droga y vía de administración)
3. *Las características de las personas que usan drogas.*
4. *Los problemas que se asocian con el uso/abuso* (familiares, laborales, legales, de salud, relación con el VIH, etc.).
5. *Las tendencias del problema por grupos de población y áreas geográficas (mortalidad y morbilidad).*
6. *Las variables que incrementan el riesgo de que se experimente, abuse, desarrolle dependencia de las sustancias* (i.e., familiares y amigos que usan, percepción de riesgo, problemas interpersonales, valores sociales que limitan o promueven el uso, etc).
7. *Los factores de protección*, esto es, las variables que protegen a las personas de usar drogas o desarrollar dependencia en presencia de factores de riesgo (i.e. baja tolerancia social, normas culturales, patrones de interacción familiar adecuados, elevada autoestima, etc.).
8. *Variables sociales y culturales en donde tiene lugar el fenómeno.*
9. *Las coberturas de los programas.*
10. *Las metas alcanzadas.*
11. *Los cambios de conducta de los habitantes.*
12. *El impacto sobre indicadores específicos.*

La Secretaría de Salud en cumplimiento de sus funciones normativas y de coordinación sobre el Sistema Nacional de Salud, el cual integra a las instituciones públicas y privadas y a los médicos particulares que intervienen en la atención y prevención de los factores de riesgo y problemas de salud de los mexicanos, ha desarrollado dos grandes sistemas de información. En uno de ellos su función es situar los problemas y riesgos para la salud nacional, en el tiempo y su distribución en la población según lugar y persona, con oportunidad, así como evaluar el impacto que las acciones de salud tienen sobre los habitantes, por lo cual su contexto es el ámbito epidemiológico y su herramienta es el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE). El otro sistema recopila la información de los servicios de salud de la misma Secretaría, y recibe por separado la de otras instituciones sobre la productividad y cobertura de los programas de acción y servicios de atención médica, entre los cuales se encuentran los programas de acción contra las adicciones, cuyas actividades incluyen:

- El cumplimiento del marco normativo para el control de las adicciones, a efecto de disminuir la disponibilidad de las sustancias adictivas y limitar su oferta, sobre todo entre los adolescentes.
- El establecimiento de un código de conducta global en materia de publicidad, gravámenes y comercialización de tabaco y alcohol.
- La asignación a las entidades federativas de mayores elementos para atender los problemas de adicciones mediante la descentralización de recursos y la dotación de herramientas normativas y de apoyo técnico.
- El fomento de una mayor inversión de otras dependencias del Ejecutivo Federal en el combate a las adicciones, en especial aquellas que forman parte del Consejo Nacional contra las Adicciones, para impulsar estilos de vida saludable tendientes a desalentar el consumo de sustancias adictivas entre los jóvenes y retardar la edad de inicio de su consumo.
- La promoción de organizaciones sociales, privadas y gubernamentales para que participen en el financiamiento y apoyo de los programas contra las adicciones, por medio de la creación de fideicomisos para realizar proyectos prioritarios de investigación.

Por otro lado, el Reglamento interior de la Secretaría de Salud asigna al Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica, mediante la Dirección General de Epidemiología, la obligación de normar, operar, coordinar, supervisar y evaluar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), el cual se rige por la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, para la Vigilancia Epidemiológica y se define como un conjunto de métodos y procesos estandarizados de las instituciones del Sistema Nacional de Salud para llevar a cabo, de manera oportuna y uniforme, la vigilancia epidemiológica.

El SINAVE cuenta con el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE), el cual es el órgano normativo en el nivel nacional, que observa, facilita, fomenta y guía el quehacer epidemiológico en el país. Lo conforman los titulares de cada una de las instituciones que forman el Sistema Nacional de Salud; en cada uno de los estados de la república, este órgano se ve reflejado en el Comité Estatal para la Vigilancia Epidemiológica (CEVE) mismo que coordina los esfuerzos estatales de todas las instituciones de salud y que está integrado por los representantes de cada una de ellas.

El SUIVE integra un conjunto de subsistemas que le permiten agilizar los procesos de recopilación, envío, análisis e interpretación de la información, así como brindar atención especial a problemas particulares de salud. Ellos son el Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica, que es un paquete de cómputo el cual concentra la información epidemiológica generada por el Sistema Nacional de Salud; la Red Hospitalaria para la Vigilancia Epidemiológica (RHOVE) que opera en los hospitales generales y de especialidad para cubrir las necesidades de información acerca de infecciones nosocomiales, enfermedades de notificación obligatoria y la mortalidad hospitalaria; los sistemas especiales de vigilancia epidemiológica que abarcan los padecimientos que por la gravedad de los daños que producen en la población son sujetos de atención especial, entre ellos se menciona el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA); por último, el Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED), recopila información

proveniente de los certificados de defunción elaborando el registro de las causas de muerte en la población, lo cual permite detectar riesgos y definir tendencias de enfermedades u otros daños a la salud como accidentes, homicidios o agresiones y determinar la asociación de otros factores en su génesis.

A continuación se describen las características de recolección de información correspondientes a cada una de las instituciones que participan en la producción de datos de morbilidad y mortalidad sobre el problema de drogas.

Dirección General de Epidemiología Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA)

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) inició formalmente desde 1991; actualmente se encuentra operando en 54 ciudades de las 32 entidades federativas del país. Genera información periódica y oportuna sobre el consumo de tabaco, alcohol, drogas ilícitas y drogas médicas sin prescripción, con la cual es posible identificar grupos en riesgo, drogas emergentes, cambios en los patrones de consumo y factores de riesgo asociados con el uso y abuso de las drogas sujetas a vigilancia.

Forma parte de una red internacional de sistemas que operan coordinados en Estados Unidos por el Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA) y en Centro, Sudamérica y el Caribe, por la Organización de Estados Americanos (OEA). Además, el Grupo de Trabajo de Epidemiología Comunitaria (CEWG), coordinado por NIDA reporta dos veces al año, las tendencias de 20 de sus ciudades e integra la participación de un grupo internacional, entre los que se incluye México. El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) es miembro del grupo de trabajo binacional México- Estados Unidos (BEWG), el cual proporciona información sobre las ciudades fronterizas de ambos lados de la frontera común.

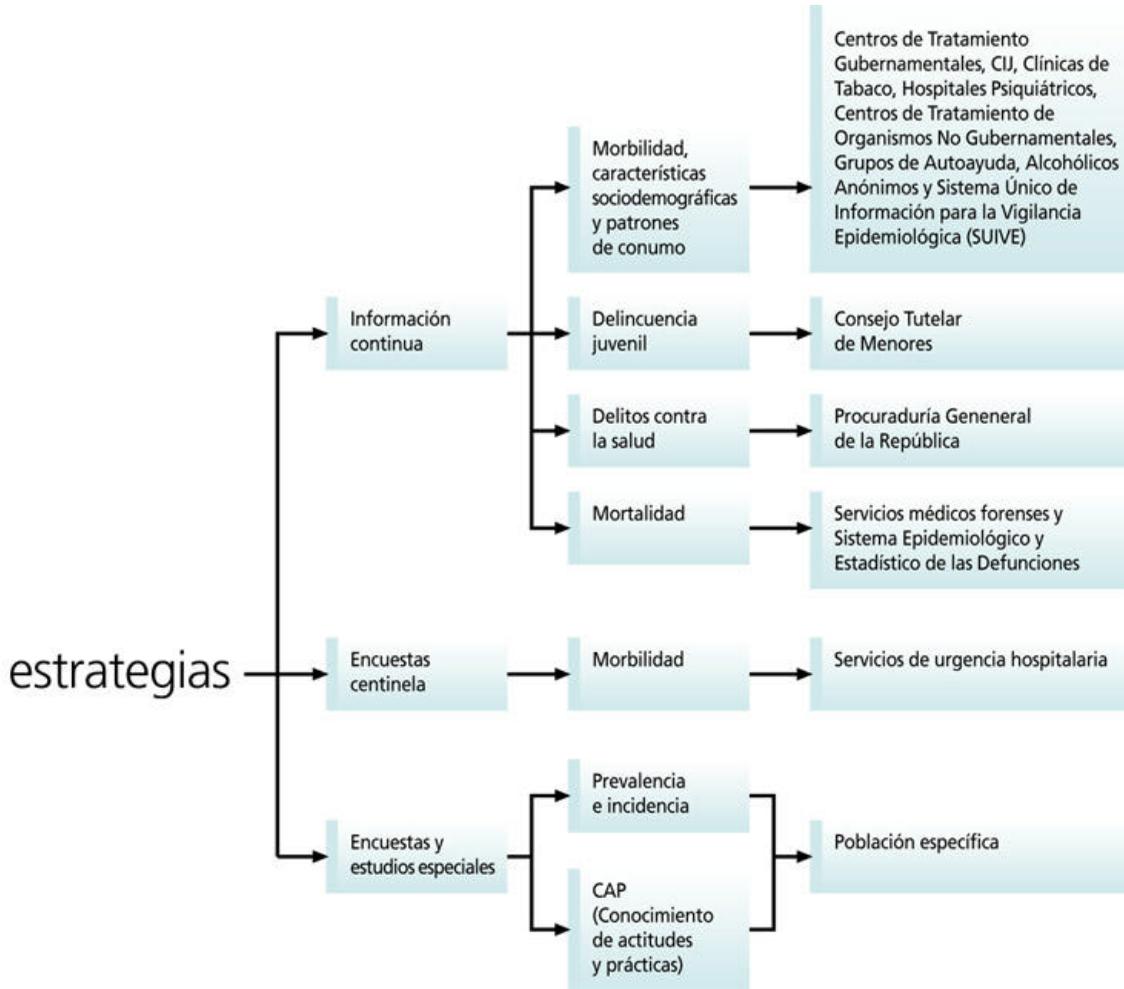
OBJETIVO

Generar información actualizada del comportamiento epidemiológico de las adicciones para su difusión en el ámbito del Sistema Nacional de Salud e internacional y su utilización en los programas de prevención y protección de la salud afines.

ESTRATEGIAS

Para cumplir su objetivo, el SISVEA se apoya en tres estrategias de recolección de información. La primera denominada **información** se nutre de datos proporcionados por instituciones que abordan el problema de las adicciones desde diferentes aspectos, como el médico, el social y el jurídico, con fuentes que abarcan centros de tratamiento y rehabilitación de drogas de organismos gubernamentales y no gubernamentales; instituciones de procuración de justicia, que incluye al Consejo Tutelar de Menores, Servicios Médicos Forenses, Clínicas de Tabaco, Grupos de Ayuda Mutua (Alcohólicos Anónimos y otros) y los hospitales de especialidad psiquiátrica. El reporte tiene una periodicidad mensual.

Así mismo, esta estrategia se complementa con la información captada mediante el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) que, recibe semanalmente, a través del SUIVE (Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica), el informe de los casos nuevos de enfermedad alcohólica del hígado e intoxicación aguda por alcohol, así como los casos de tumor maligno de bronquios y pulmones, enfermedades causadas principalmente por el consumo de tabaco. Por otro lado, se recibe la información del Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones, la cual nos permite suplementar el panorama epidemiológico del país al documentar las muertes asociadas directa o indirectamente a problemas de adicción.



La **información continua** se define como una red integrada por instituciones participantes dedicadas a actividades de prevención, control y tratamiento, que generan reportes, tanto cuantitativos como cualitativos.

Los indicadores utilizados por esta estrategia son los de tratamiento y los de mortalidad, derivados de los Centros de Integración Juvenil (CIJ) y Centros de tratamiento no gubernamentales (ONG), así como de las instituciones de seguridad social como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), además de los recabados en los hospitales de especialidad psiquiátrica de la Secretaría de Salud, en las Clínicas de Tabaquismo y en la asociación civil de Alcohólicos Anónimos; indicadores de mortalidad facilitados por los Servicios Médicos Forenses (SEMEFO) y por el Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED), de la misma Dirección General de Epidemiología, el cual proporciona el número de muertes asociadas directa o indirectamente al abuso de drogas en todo el país; y los indicadores de daños contra la salud de instituciones de procuración de justicia, provenientes del Informe Estadístico Uniforme para el Control de Drogas de la Procuraduría General de la República (PGR) y del Consejo Tutelar de Menores. Por otro lado, con la información generada por el Sistema de Reporte de Información en Drogas del INP que aporta datos semestrales sobre las principales tendencias del uso de droga en la Ciudad de México. Por último, una fuente de información del SISVEA muy específica es la Secretaría de Comunicaciones y Transportes que maneja a los operadores de transportes, tanto en carreteras como marítimos, de ferrocarriles y de aviación.

La segunda estrategia es la de **encuestas centinela** y se realiza en los servicios de urgencia de hospitales de segundo nivel de atención y en servicios de emergencias médicas como la Cruz Roja y Cruz Verde, durante una semana cada semestre (**Semana Típica**), en la cual se recaban los datos en las 24 horas de cada día, a todo paciente mayor de doce años de edad que demande este servicio, de tal forma que se pueden relacionar la morbilidad y principalmente las lesiones por causa externa asociadas al uso de drogas.

Existe una tercera estrategia, denominada **encuestas continuas**, caracterizada por la realización de encuestas probabilísticas y no probabilísticas con las que es posible evaluar la prevalencia de tabaco, alcohol y otras drogas, conocimiento sobre actitudes y prácticas en población general, hogares, lugares de trabajo, escuelas y otras que son seleccionadas por su nivel de riesgo.

RECOLECCIÓN DE DATOS

La obtención de información se realiza a través de cuestionarios específicos diseñados de acuerdo con los registros habituales de cada institución u organismo informante, lo cual facilita su operación, permite aprovechar de la mejor manera las actividades y los tiempos; incluyen tres grandes grupos de variables: sociodemográficas (edad, sexo, nivel de educación, ocupación), patrón de consumo (edad de inicio, primera droga, droga actual, droga de impacto, frecuencia de uso) y tipo de sustancias (ilegales, legales como alcohol y tabaco y médicas fuera de prescripción). Además de esta información cuantitativa, el sistema también incluye información cualitativa obtenida a través de diarios de campo, grupos focales y entrevistas, entre otros métodos.

Dispone de un sistema automatizado (EPI-ADICCIONES) que garantiza la oportunidad de los procesos de recopilación, envío, análisis e interpretación de la información.

OPERACIÓN DEL SISTEMA

De acuerdo con la magnitud del problema, las autoridades de salud de cada entidad federativa determinan el número de ciudades en las que se desarrolla el sistema. Compila datos de diferentes fuentes y proporciona información sobre las características del problema en un área geográfica definida, sin embargo, una limitación del Sistema consiste en que no en todas las ciudades participan el mismo tipo de fuentes de información continua; además los centros de tratamiento no gubernamentales, al estar basados en eventos, registran no sólo casos nuevos, sino todos los ingresos relacionados con el uso de drogas.

Las actividades dan inicio en la **ciudad SISVEA** con la recolección de datos en las diferentes **fuentes primarias** de información donde se realiza la entrevista y se registran los datos en los cuestionarios correspondientes y en los tiempos programados.

Para cada ciudad SISVEA se establece un **Coordinador SISVEA** que es el responsable de la capacitación y asesoría a las personas involucradas en el sistema local; coordina la logística, recolecta la información la valida, captura, analiza y la envía al **Coordinador Estatal**, una de sus actividades primordiales es realimentar a las fuentes primarias con los resultados del análisis de su información.

El **Coordinador Estatal** es el enlace con el nivel Nacional y el responsable de que las actividades se realicen en las ciudades SISVEA de su entidad. Vigila que se cumplan los tiempos establecidos, integra la información, la valida, la analiza y la remite a nivel nacional y difunde los resultados en el ámbito estatal.

El **nivel nacional** recibe la información de las diferentes ciudades, vía correo electrónico, realiza una evaluación de las bases de datos utilizando indicadores de participación, oportunidad y calidad, este último se obtiene mediante un programa de cómputo que identifica valores atípicos y consistencia interna (totalidad de los datos, respuestas adecuadas). Con la información validada cada mes, se realiza un corte semestral, se integra un diagnóstico nacional y se elabora un Informe Anual que permite alimentar a todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como a organizaciones internacionales. Vale la pena aclarar que esta organización puede cambiar en algunas entidades federativas de acuerdo con la infraestructura disponible.

La información es analizada en cada nivel de operación y concentrada en la Dirección General de Epidemiología donde se elabora un informe anual accesible para consulta del público, en el Centro de Documentación e Información de esta institución o mediante la página web: www.epi.org.mx/sis.descripcion.htm

Una de las aplicaciones más importantes del SISVEA se aprecia en la reconstrucción de la historia natural del consumo de drogas en pacientes que demandan tratamiento, lo que posibilita conocer la proporción de monousuarios y poliusuarios consumidores de droga. Este proceso se inicia al identificar la primera droga de preferencia, así como las que posteriormente se van combinando con la de inicio, para conocer los patrones de consumo. Los resultados de este indicador han mostrado que existen patrones constantes por tipo de sustancias, pues se ha encontrado que de todos los pacientes en tratamiento, aproximadamente el 70% usa más de una droga al mismo tiempo, mientras que sólo el 30% permanece como monousuario, fluctuando estos porcentajes de acuerdo al tipo de droga con que se inicia. Un sistema de vigilancia epidemiológica es útil en la medida en que contribuye a la prevención y al control de eventos adversos a la salud.

Instituto Nacional de Psiquiatría Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID)

En el Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz* (INP) se desarrolló el Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID), en cumplimiento a los lineamientos de la Ley General de Salud de 1984 y, posteriormente, el Programa Contra la Farmacodependencia de 1985 de la Secretaría de Salud, que encomendaron al INP la formación del citado Sistema.

Este sistema opera en la Ciudad de México, aunque eventualmente ha recopilado información de algunas ciudades fronterizas como Hermosillo y Matamoros (Ortiz y Cols., 1992). La información procede de 44 instituciones de atención a la salud y de procuración de justicia del área metropolitana que tienen contacto con población general y dentro de ella, algunos casos se autoidentifican como personas que usan o han usado alguna droga *alguna vez en la vida* fuera de prescripción. A estas personas se les aplica el instrumento de evaluación.

Se trata de un sistema de registro de eventos que obtiene información de todos los ingresos a las instituciones consideradas, independientemente del motivo. Se entiende por evento a todo ingreso de personas mayores de 12 años de edad, que reconozcan haber consumido, al menos *una vez en la vida*, alguna droga fuera de prescripción médica: sea que no se le haya recetado o que por su cuenta haya variado la dosis, frecuencia o tiempo de consumo en términos diferentes a los indicados por el médico. Se excluye del criterio de caso la intoxicación ocupacional y o accidental.

El consumo de alcohol y de tabaco es explorado pero solamente con relación al consumo de otras drogas, por lo que se excluyen del registro a las personas que únicamente consumen alcohol y/o tabaco.

El instrumento para recuperar información es una cédula de registro llamada "Informe Individual sobre Consumo de Drogas". Se integró a partir de los siguientes indicadores:

- 1) Los propuestos por la Organización Mundial de la Salud
- 2) Los resultados obtenidos por sistemas similares empleados en otros lugares como Estados Unidos, Canadá y Hong Kong (Rootman & Hughes, 1980; NIDA, 1987; Hong Kong, 1986).
- 3) Los requeridos por las instituciones que participan en el sistema, dada su relación con el problema de la farmacodependencia
- 4) Los derivados de la información generada por investigaciones previas realizadas en México.

Con estos indicadores se estructuró el instrumento denominado "Cédula de Informe Individual sobre Consumo de Drogas" el cual comprende las siguientes secciones:

- 1) Datos sociodemográficos del usuario, con los que se obtienen perfiles, se identifican grupos de riesgo, p.ej: es posible saber en qué proporción usan drogas hombres y mujeres, a qué edad ocurre con mayor frecuencia el inicio en el consumo, si la actividad laboral implica un riesgo para el uso de drogas, etc.
- 2) Motivo por el que se encuentra en la institución, que investiga la razón por la cual el usuario entra en contacto con instituciones de salud o justicia, y los problemas que originan su ingreso a la institución.
- 3) Patrones de consumo. Proporciona información de 12 drogas para el total expuesto, el uso en el último año, último mes, tipo de drogas consumidas, frecuencia de uso (experimental, ocasional, moderado o excesivo), vía de administración, etc. (Ortiz y Cols, 1997).
- 4) Problemas asociados con el uso de drogas sean origen o consecuencia del uso de drogas, p.ej. problemas en la familia, abandono y bajo rendimiento escolar, detenciones por eventos delictivos, daños a la salud, etc.

El Instituto Nacional de Psiquiatría se encarga de recopilar los instrumentos aplicados, procesar y analizar la información, integrar dos reportes anuales y difundir los resultados en las instituciones participantes, además de ponerla a disposición del público en general, en el Centro de Información en Salud Mental y Adicciones, de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del INP.

La información se recopila durante los 30 días de los meses de junio y noviembre de cada año; en cada medición se emplean los mismos criterios metodológicos, así como el mismo instrumento y análisis de datos, para que la información pueda ser comparable; opera desde el otoño de 1987, con dos mediciones anuales desde entonces.

Tiene las siguientes ventajas:

- Es un sistema que funciona como alerta temprana, dado que registra antecedentes de uso de drogas en todos los ingresos, independientemente del motivo, lo que permite identificar oportunamente las áreas del problema que requieren de atención más urgente.
- Su operación es económica: el SRID se sirve de la infraestructura de recursos humanos y materiales de las instituciones participantes. Esto es importante en países como México donde el presupuesto disponible es limitado. El SRID tiene óptima relación costo-beneficio.
- Proporciona información actualizada en forma permanente. El sistema evalúa el fenómeno cada 6 meses, los meses de junio y noviembre de cada año, y lo ha venido haciendo ininterrumpidamente desde 1986 a la fecha. Esto es posible gracias al valioso apoyo de las instituciones participantes, a que no requiere demasiados recursos, a que el procesamiento y análisis de la información se realiza por el personal y en las instalaciones del propio Instituto.
- Se promueve la continuidad de su funcionamiento, ya que una vez que se han implementado los mecanismos para su operación, pueden repetirse durante largo plazo: ya se tiene la base metodológica, por lo cual en cada aplicación se requiere únicamente la capacitación del personal aplicador, la cual es relativamente sencilla, contando desde luego con la integración y voluntad política de las instituciones participantes.
- La capacitación del personal es relativamente sencilla: se cuenta con un video para capacitar a los aplicadores sobre lo que es el SRID, el cuál es un procedimiento que se sigue. Se tiene manuales de aplicación del instrumento que incluye ejercicios de llenado, guías de identificación de las drogas; los aplicadores también disponen de la asesoría de los investigadores del INP para el caso de que surgiera alguna duda en el proceso de levantamiento de datos. Finalmente, el personal capacitado es capaz de entrenar a otros aplicadores en caso de que se requiera.
- Da información que sirve como indicador del costo social del uso de drogas, p.ej: consecuencias que los usuarios perciben asociadas al consumo, como accidentes, riñas, detenciones, homicidios, etc.

Entre sus limitaciones podemos mencionar que capta únicamente población que asiste a los servicios públicos que normalmente provienen de niveles socioeconómicos medios y bajos. Los niveles altos están por lo tanto subrepresentados.

Centros de Integración Juvenil Registro de Casos en Tratamiento

El Sistema de registro de usuarios de drogas que solicitan atención en los Centros de Integración Juvenil (1987b) es un sistema de registro de casos, tiene control del número de eventos por persona que solicita ayuda. Este tipo de registro evita duplicaciones, es factible en instituciones en donde los pacientes son registrados con un número único.

Los Centros de Integración Juvenil reportan información proveniente de las consultas otorgadas en los 54 centros del país. Esta organización también cuenta con diagnósticos del consumo de drogas en los municipios y delegaciones atendidos por ellos, lo cual permite contar con un diagnóstico integrado con:

- i) Una evaluación de la estratificación socio-urbana de los municipios, realizada a partir de información sobre infraestructura urbana, servicios públicos, edificaciones y lo que ellos denominan "zona ambiental", que incluye indicadores de seguridad pública, existencia de áreas verdes y recreativas;
- ii) Encuestas de opinión a informantes clave clasificados en tres categorías, informantes institucionales o personal directivo medio y operativo de instituciones públicas o privadas, informantes comunitarios y expertos que laboran en esa organización;
- iii) Una encuesta de factores psicosociales en poblaciones de alto y bajo riesgo realizadas en estudiantes de quinto, sexto grado de primaria, de secundaria y padres de familia (CIJ, 1996).

Ninguno de estos sistemas registra personas. Los sistemas de este tipo permiten identificar los ingresos por persona independientemente del servicio o institución en donde fue atendida; son muy costosos y a pesar de que permiten hacer estimaciones menos sesgadas de la magnitud del problema que los dos anteriores, su cobertura no es completa, por lo que el equilibrio costo-beneficio es malo.

Instituto Mexicano del Seguro Social Sistema de Información Operativo (SIMO)

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) da respuesta a la demanda de atención de una población cercana a los 50 millones de derechohabientes, de los cuales 48 millones están dados de alta en las unidades médicas y por lo menos 38 millones son usuarios regulares de los servicios.

Su espíritu fundamental es la seguridad social y su obligación es favorecer la capacidad económica de los trabajadores, promover el desarrollo familiar e individual, fortalecer las actividades de capacitación para el trabajo y medularmente el proceso médico, con prevención, atención y rehabilitación.

Una de estas responsabilidades es atender el problema de las adicciones y parte de las vías para hacerlo, es la coordinación interinstitucional e intersectorial, estrategia articulada por el CONADIC y una de cuyas acciones es el Observatorio Mexicano, que se apoya en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA).

El registro, sistematización y aprovechamiento de la información sobre adicciones es un proceso en mejora continua que permite hacerlo cada vez más eficiente, por lo que se cuenta con vasta información en bases de datos anuales.

Esta información es captada de manera regular con las hojas de Control e Información de Consulta Externa (Forma 4-30-6/99), llenada por el médico familiar y el especialista en consulta externa y urgencias, el Informe de Servicios Paramédicos (Forma 4-30-6P/90) en el cual participan el psicólogo y la trabajadora social, entre otros; en áreas hospitalarias, el Registro Diario de Hospital Ingresos (Forma 4-30-21/90-I) y el Registro Diario de Hospital Egresos (Forma 4-30-21/90-E) y la Hoja de Alta Hospitalaria (Forma Alta-1/98).

Así tenemos 71 fuentes primarias, 27 formas intermedias, 45 informes por unidad médica, 2 de consulta externa y 12 de hospitalización, que provienen de un ámbito conformado por un total de 1,339 unidades médicas (1,080 Unidades de Medicina Familiar, 219 Hospitales Generales y 40 Centros Médicos Nacionales).

La información sobre trastornos relacionados con consumo y dependencia de sustancias, es de periodicidad mensual, con concentrados trimestrales, cuatrimestrales y anuales.

SISTEMA DE INFORMACIÓN

En el IMSS opera la División de Informática Médica y Desarrollo, donde se ha diseñado el Sistema de Información Operativo (SIMO), con dos objetivos fundamentales:

- Generar información oportuna, integral y confiable, que facilite el control en la prestación de los servicios de atención médica y la toma de decisiones técnico administrativas y técnico médicas.
- Sustituir los procesos manuales de elaboración y concentración de informes para reportar al Sistema Unico de Información (SUI).

REPORTES ESPECÍFICOS DE CONSULTA EXTERNA

PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA

Se reportan los principales motivos de consulta según la clasificación internacional de enfermedades versión 10 (CIE 10), por grupos de edad, sexo y ocasión de consulta (primera vez y subsecuente) en medicina familiar, especialidades y urgencias.

Reportes específicos de hospitalización:

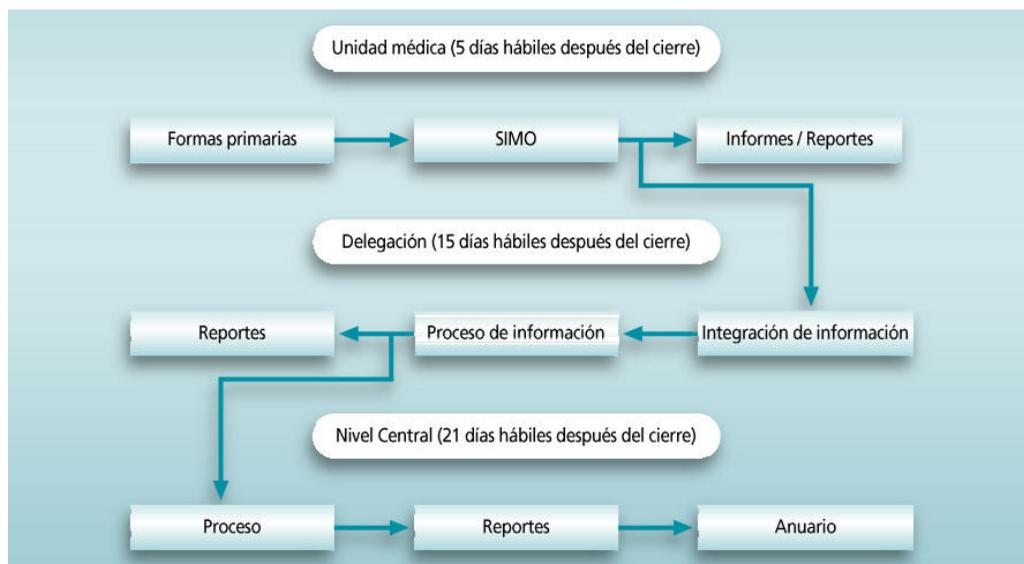
Se reportan los principales motivos de egreso hospitalario según la CIE 10 por grupos de edad y sexo, y desagregada por especialidades.

Componentes básicos del proceso

- Requisitado de fuentes primarias
- Análisis de información
- Utilización de la información
- Supervisión

Flujo de información

El cierre se hace los días 25 de cada mes y al inicio del año siguiente se elabora el anuario estadístico. El proceso de información se desarrolla de acuerdo con la siguiente ruta crítica:



Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado Informe de trastornos mentales, del comportamiento y adicciones.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), se extiende en toda la república con una cobertura de 10,235,000 trabajadores de instituciones al servicio del Estado y de las cuáles están registrados 7 millones de usuarios en los distintos servicios de seguridad social. De éstos, uno de los más importantes es la Atención para la Salud, el cual cuenta con 1,129 Unidades de primer nivel de atención, 12 Clínicas de especialidades médicas diversas para pacientes ambulatorios, 23 Hospitales Generales para el segundo nivel de atención, y 10 Hospitales Regionales y un Centro Médico Nacional para el tercer nivel de atención.

El objetivo general del programa contra las adicciones es la detección oportuna de los trastornos mentales y del comportamiento así como del uso o abuso de sustancias adictivas y el consumo de tabaco y alcohol en los pacientes que acuden a las unidades médicas, con el fin de disminuir la incidencia de uso de esas sustancias y sus repercusiones en la salud y en la sociedad.

Procedimientos para la detección de casos nuevos de trastornos mentales y adicciones

NIVEL CENTRAL

Es atributo de la Subdirección General Médica asumir la decisión política – administrativa del Programa y es responsable ante la Dirección General y autoridades del sector salud de su ejecución. Así mismo, corresponde a la Subdirección de Atención a la Salud a través de la Jefatura de Atención Primaria a la Salud, establecer la colaboración interinstitucional correspondiente, hacer cumplir las normas oficiales nacionales, actualizar los lineamientos y normas Institucionales, evaluar el desarrollo del Programa y brindar la asesoría necesaria. También le corresponde la capacitación y el adiestramiento del personal involucrado en la ejecución del Programa.

Las Subdirecciones de Servicios Médicos en el área Centro y de los Estados, son responsables ante la Subdirección General Médica de la programación, ejecución y control del Programa de acuerdo a los lineamientos y normas correspondientes, estableciendo coordinación con la Jefatura de Servicios de Programación Informática y Desarrollo para efectos de presupuestación.

NIVEL OPERATIVO

Los directores de las Unidades de Atención Médica son responsables de la difusión, implantación y la organización de recursos para el desarrollo adecuado del programa. También de la formulación de sus pedidos al almacén. Deberán llenar las formas SM-7 para la Detección de Trastornos que se sustenta en la 10ª Clasificación Internacional de Enfermedades.

Mecanismos de información

Para realizar la detección y notificación de casos de las diversas adicciones, en el ISSSTE se utilizan los formatos SM7-2B, "Informe Mensual de trastornos mentales, del Comportamiento y Adicciones" (anexo 1) basado en la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión (CIE-10), en los rubros F10 para la notificación de los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo del alcohol, trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas F-10, F-16, F-18 y F-19 y por último la detección de los trastornos relacionados con el consumo de tabaco F-11.

La información es responsabilidad del médico familiar o general, quien realiza el registro de los casos detectados a través del formato SM7-2B. Mediante el servicio de Medicina Preventiva o Epidemiología cada unidad médica elabora el concentrado mensual de notificación de trastornos y adicciones, y lo envía a la Subdelegación Médica que le corresponde, durante los primeros cinco días del mes. Dicho informe es validado y firmado por el Director de la Unidad.

En cada entidad federativa se elabora el concentrado de los casos nuevos de trastornos mentales y de adicciones: Farmacodependencia, Tabaquismo y Alcoholismo, en los formatos SM-7; posteriormente se envían

mensualmente a la Subdirección General Médica la cual lo delega a la Jefatura de Atención Primaria a la Salud, específicamente al Departamento de Programas Médico Preventivos en donde se concentran los datos y se lleva a cabo el análisis epidemiológico.

Actividades del Primer Nivel de Atención

Las Unidades de Atención de Primer Nivel de Atención y Unidades de Medicina Familiar, proveen consulta externa, atienden casos de medicina general y éstos son notificados para su control epidemiológico y nosológico; cuando el médico familiar detecta trastornos mentales y casos de adicciones, los atiende, notifica y ofrece tratamiento a pacientes que no presentan complicaciones.

La mayoría de estos pacientes son canalizados y referidos al segundo y tercer niveles de atención y a los grupos de autoayuda o a instituciones especializadas con las que el ISSSTE tiene convenios y acuerdos, como Alcohólicos Anónimos, Centros de Integración Juvenil, Drogadictos Anónimos, etc. Los pacientes referidos y canalizados ya no se registran en el Segundo y Tercer Niveles de Atención para no duplicar o sesgar la información.

Corresponde al médico familiar, en las clínicas del Primer Nivel de Atención, aplicar la cédula de detección a los pacientes que acuden a consulta con problemas de alcoholismo, tabaquismo o farmacodependencia. Si el caso es leve y el profesional de salud puede manejarlo, ofrece atención, y se deriva a los grupos de autoayuda y los círculos de apoyo para su recuperación. Si presenta mayores complicaciones, se canaliza al paciente a los servicios de psiquiatría o de psicología, según corresponda. A los pacientes con problemas de drogas y otros que presentan enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol o tabaco se les canaliza al servicio de medicina preventiva para la aplicación de las pruebas y exámenes correspondientes.

Actividades del Segundo y del Tercer Niveles de Atención

Los servicios de segundo y tercer niveles de atención cuentan con asistencia médica las 24 horas del día, todo el año, proporcionan al paciente tratamiento y terapia farmacológica para la atención y manejo de los síndromes de intoxicación y abstinencia por sustancias psicotrópicas, así como la referencia y contrarreferencia para el control de los casos. Las labores de detección que se realizan en el segundo y tercer nivel de atención, se llevan a cabo con el mismo formato de detección, que utilizan en los servicios de urgencias y terapia intensiva. Para los pacientes con trastornos severos por problemas de adicciones que requieren de hospitalización, el ISSSTE cuenta con un servicio subrogado en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", además de un convenio de atención con el Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro".

Dirección General de Epidemiología Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED)

Integración de la información

El Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones es el resultado de la coordinación entre las áreas de la Dirección General de Epidemiología y de la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño para satisfacer las necesidades comunes en estos dos campos. El SEED es un sistema que integra la captura de la información de los certificados de defunción expedidos en el país, procesa y genera resultados para su análisis lo que permite a los usuarios tomar decisiones en los diferentes niveles técnico administrativos.

El objetivo principal para integrar la información de mortalidad es contar con información oportuna en intervalos más cortos en los diferentes niveles de atención técnico administrativos (Jurisdiccional, Estatal y Nacional), para apoyar la vigilancia epidemiológica, la toma de decisiones y evaluar el impacto de los Programas de Salud.

La Secretaría de Salud dentro de su estructura ha trabajado coordinadamente con el Registro Civil y con el INEGI en el proceso de recolección y análisis de información de mortalidad.

El SEED esta organizado en cuatro niveles:

Local: Participan todas las unidades que conforman el Sistema Nacional de Salud; en este nivel se coordinan las acciones, principalmente del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en el cual está inmersa la mortalidad.

Jurisdiccional: Es responsable de integrar la información de los certificados de defunción y de la recolección de los certificados, así como de iniciar las actividades de control de vigilancia epidemiológica (revisión de causas sujetas a vigilancia, clasificación de certificados, cobertura, codificación, captura, revisión y envío de la información).

Estatal: Estructura orgánica y funcional responsable de la operación de los servicios de salud en el ámbito geográfico y político de una entidad federativa, cuya infraestructura se organiza en jurisdicciones sanitarias. En este nivel se concentra la información, se valida, verifica y se generan los reportes finales.

Nacional: Instancia o nivel técnico administrativo máximo del Sistema Nacional de Salud y de los organismos que lo integran, cuyo ámbito de competencia comprende los servicios y su organización en todo el territorio nacional. Es el que genera la normatividad, apoya la supervisión, asesora, concentra la información nacional, la verifica y coordina con el INEGI (Instituto, que publica las cifras oficiales de mortalidad).

Principales Funciones

NIVEL LOCAL

1. El médico responsable de la unidad o el responsable de estadística verifica que en todas las defunciones registradas se cuente con el certificado de defunción lleno.
2. El médico responsable de la unidad o el responsable de estadística lleva el control estricto de los certificados de defunción (recibidos, utilizados y disponibles).
3. El médico responsable de la unidad de nivel local de la Secretaría de Salud recoge y dota de certificados de defunción a otras unidades institucionales.
4. El responsable de la unidad lleva a cabo la recolección y concentración semanal de los certificados de defunción.
5. El epidemiólogo o responsable de la unidad selecciona, rectifica y ratifica causas sujetas a vigilancia epidemiológica.

NIVEL JURISDICCIONAL

1. El estadístico lleva el control estricto de los certificados de defunción (recibidos, utilizados y disponibles).
2. El estadístico o el epidemiólogo llevan a cabo la recolección y concentración semanal de los certificados de defunción en el registro civil.
3. El estadístico llena la información de recolección de certificados de las oficialías.
4. El epidemiólogo selecciona los certificados que mencionan causas de muerte sujetas a vigilancia epidemiológica y programas específicos.
5. El epidemiólogo integra la base de datos de mortalidad y la mantiene actualizada.
6. El jefe de la jurisdicción, el epidemiólogo y el estadístico envían al nivel estatal: certificados de defunción debidamente requisitados, rectificaciones y ratificaciones de defunción y formatos de vigilancia epidemiológica.
7. El jefe de la jurisdicción analizará mensualmente las bases de datos del SEED generada por el nivel estatal.
8. El jefe de la jurisdicción, el epidemiólogo y el estadístico usan la información para la evaluación y seguimiento de los programas.

NIVEL ESTATAL

1. El estadístico lleva el control estricto de los certificados de defunción en blanco, utilizados, cancelados y dados de baja.
2. El epidemiólogo y el estadístico supervisan el diagnóstico de la calidad del llenado de certificados y su uso en la jurisdicción.
3. El codificador revisa el certificado y, cuando no exista codificador en la jurisdicción, deberá codificar los certificados de defunción y seleccionar la causa básica.
4. El área de estadística captura los certificados de defunción en el SEED cuando no exista forma de capturar en la jurisdicción.
5. El estadístico verifica y corrige la captura.
6. El estadístico y el epidemiólogo validan la información procesada en el SEED.
7. El estadístico y el epidemiólogo liberan mensualmente la información preliminar del SEED.
8. El Secretario de Salud estatal o equivalente, a través del estadístico y el epidemiólogo estatal, envían mensualmente la información del SEED al nivel nacional y jurisdiccional.
9. El estadístico y el epidemiólogo dan a conocer la información mensualmente a los responsables de los programas de salud.
10. El estadístico y el epidemiólogo supervisan el cumplimiento de las actividades del nivel jurisdiccional en torno al Sistema Estadístico y Epidemiológico de Mortalidad (SEED).

NIVEL NACIONAL

1. La Dirección General de Epidemiología y la Dirección General de Evaluación del Desempeño actualizan la normatividad para el cumplimiento del SEED.
2. Se supervisa y asesora de manera permanente las actividades del sistema.
3. Se integra mensualmente la información nacional del SEED para su manejo.
4. Se realiza coordinación periódica con el INEGI para verificación de codificación, comparación de estadísticas, ratificaciones y rectificaciones, así como evaluación del sistema.
5. Se genera, analiza, entrega la información para la evaluación de los programas de salud, así como de la vigilancia epidemiológica y de los programas prioritarios.
6. La integración de las bases de datos de cada una de las entidades federativas se realiza mensualmente y contiene la información de las muertes registradas el mes anterior.
7. La recepción de la información se realiza vía electrónica y se integra al SEED, en la cual se lleva un control y validación técnica de dicha información.

El SEED opera bajo la plataforma Windows y en ambiente red; los requerimientos del *software* son *windows 3.x* o posterior y librería de *Foxpro* versión 2.6

La información se obtiene del SEED a través de las claves que se manejan en la Clasificación Internacional de Enfermedades décima revisión (CIE-10).

La información de las muertes directas registradas por el uso de drogas es de acuerdo a las claves de la CIE-10 recomendadas por la OMS. El análisis de la información puede realizarse de acuerdo a las variables que se encuentran en el certificado de defunción (Estado, Municipio, sexo, grupos de edad, escolaridad, ocupación, etc.).

Secretaría de Comunicaciones y Transportes

Dirección General de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte

El estudio para detección del consumo de drogas de abuso se realiza como parte del Examen Psicofísico establecido para quien solicita la expedición o revalidación de una licencia federal, por sospecha o en forma aleatoria y/o después de haber participado en algún accidente en el transporte; de la misma forma, se practica como parte del Examen Médico en Operación a los trabajadores del transporte, cuando inician, cuando se encuentran en trayecto desarrollando sus actividades o al término de las mismas. Las sustancias que se investigan son anfetaminas, cocaína, cannabis, fenciclidina y opiáceos.

El examen psicofísico que se aplica a quienes solicitan expedición o revalidación de alguna licencia, se lleva a cabo en cualquiera de las 40 Unidades de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte, en 5 Centros de Medicina de Aviación, en 1 Centro de Diagnóstico e Investigación y en el Centro Nacional de Medicina de Aviación.

Los exámenes médicos en operación se efectúan a transportistas de carga en los 101 Módulos de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte ubicados en las centrales de autobuses, estaciones ferroviarias y en puentes fronterizos con los Estados Unidos de Norteamérica. Adicionalmente se realizan en las principales carreteras nacionales durante los periodos de mayor afluencia vehicular.

El proceso comienza con la toma de muestra de orina que el donante deposita en los recipientes que el recolector le proporciona, al tiempo que se requisita el Formato de Control y Cadena de Custodia (para garantizar la seguridad de la muestra y confidencialidad de la información), que cuenta con un folio para identificar la muestra en su recorrido hacia y en el laboratorio de toxicología hasta la obtención del resultado, el cual será motivo de la emisión de un dictamen por el médico responsable en cada una de las Unidades de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte.

Una vez que se reciben las muestras en el laboratorio se someten inicialmente a una prueba cualitativa o análisis presuntivo que permite discernir si la muestra es positiva o negativa. Posteriormente, si la muestra resulta positiva a una droga o metabolito en el análisis presuntivo, se somete a un segundo análisis pero de tipo cuantitativo o confirmatorio. Es mediante este último que se determina sin lugar a duda la presencia y cantidad de droga o metabolito. Las técnicas presuntiva y confirmatoria que se practican por la Dirección General de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte, cumplen con los requisitos internacionales para la detección de drogas de abuso en orina humana y son: Inmunoanálisis Enzimático Homogéneo y Cromatografía de Gases acoplada a Espectrometría de Masas, respectivamente.

El proceso debe de ir acompañado del más riguroso control de calidad y sus resultados son evaluados y autorizados por personal capacitado, desde la toma de la muestra hasta la emisión de resultados, para brindar así confianza y seguridad en el resultado emitido.

El Jefe de cada Unidad Médica al recibir los resultados, elabora un comunicado a quienes salieron positivos y se les extiende una Constancia de No Aptitud por encontrárseles metabolitos de alguna de las sustancias de abuso, que pueden alterar las respuestas del individuo y predisponer o asociarse con la génesis de accidentes en el transporte.

3.2

Métodos de obtención de información: Encuestas en hogares

Ma. Elena Medina-Mora DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y PSICOSOCIAL. INSTITUTO NACIONAL DE PSQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ. medinam@imp.edu.mx

Jorge Villatoro INVESTIGADOR DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSQUIATRÍA R.F.M. ameth@imp.edu.mx

Clara Fleiz INVESTIGADORA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSQUIATRÍA R.F.M. fleiz@imp.edu.mx

Patricia Cravioto DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN. DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA. pcravioto@epi.org.mx

RESUMEN

El capítulo propone lineamientos básicos para llevar a cabo encuestas en población general a través de encuestas de hogares. Inicia con un inventario de los recursos humanos que se requieren para llevar a cabo un estudio de esta naturaleza, a continuación propone incorporar indicadores y plantea las preguntas mínimas en los cuestionarios, así como las preguntas básicas que se han incluido en las encuestas de población, propone instrumentos de tamizaje para alcohol, tabaco y otras drogas, además de preguntas para evaluar dependencia. Presenta un método para estimar gramos de alcohol a partir de las preguntas del cuestionario. Discute también aspectos relacionados con el diseño, el tamaño de muestra, la construcción de la base de datos, el manejo de la no respuesta, la expansión de los datos a la población, la estimación de los intervalos de confianza y el análisis de los datos y termina con los elementos a considerar en el presupuesto de estudios de este tipo.

INTRODUCCIÓN

Como su nombre lo indica las encuestas en población general son estudios dirigidos a estimar la extensión y magnitud del problema del consumo de sustancias en grandes grupos de población. La información se obtiene por medio de cuestionarios estandarizados aplicados a muestras representativas de hogares. Los estudios pueden hacerse en muestras transversales a través de estudios longitudinales.

La encuesta puede proporcionar información sobre los niveles de consumo en la población, las tendencias y los principales problemas. Sin embargo, para que la información sea precisa se debe contar con un cuestionario estandarizado cuyas validez y confiabilidad sean probadas, seleccionar muestras no sesgadas de población y asegurar la confiabilidad de la información recabada.

1. Recursos humanos

Para realizar encuestas de población, es necesario contar con todo un equipo de recursos humanos que conozcan específicamente cada una de sus tareas que llevarán a cabo durante el estudio. En el cuadro siguiente se presenta un análisis de los perfiles que se requieren así como sus funciones. Es importante mencionar que una misma persona puede cumplir más de una función.

RECURSOS HUMANOS	FUNCIÓN
Coordinador del proyecto	Elabora el proyecto, define los objetivos y supervisa el trabajo en todas sus etapas, analiza la información y produce el reporte.
Diseño y selección de la muestra	
Experto en muestreo	Diseña la muestra, calcula su tamaño y las varianzas. Evalúa la muestra (tasa de respuesta, sesgos, etc.), estima ponderadores e intervalos de confianza de las estimaciones.
Personal de campo	Bajo la supervisión del experto en muestreo, elabora los croquis de las manzanas y viviendas.
Trabajo de campo	
Coordinador de campo	Supervisa todas las fases de trabajo en campo, asegura que las instrucciones a los entrevistadores sean siempre las mismas.
Supervisores expertos en trabajo de campo	Supervisa la correcta selección de individuos, la calidad de la información recabada por los entrevistadores a su cargo. Resuelve problemas de campo y en coordinación con el coordinador general, los problemas encontrados en cuestionarios, etc.
Supervisores expertos en adicciones	Resuelven dudas de los encuestadores en el campo, clasifican drogas y medicamentos, supervisan y retroalimentan a encuestadores sobre la forma de hacer las entrevistas, revisan calidad de cuestionarios.
Encuestadores	Seleccionan a los individuos, aplican los cuestionarios estandarizados en entrevistas cara a cara.
Captura y análisis de información	
Supervisor de cuestionarios	Revisa llenado y codificación de cuestionarios, regresa a campo cuestionarios inconsistentes.
Programador	Elabora el programa de captura, idealmente no debe permitir codificaciones fuera de código y mecanismos para detectar inconsistencias en los datos.
Capturistas	Capturan la información con base en el programa
Analista, experto en estadística	Supervisa calidad de la base de datos, procesa la información, utiliza la estadística para la prueba de las hipótesis y modelos propuestos en el proyecto.

2. El cuestionario y sus indicadores

Uno de los objetivos de este manual es estimular la recolección uniforme de información, de ahí que se propongan i) preguntas mínimas que pudieran incluirse en encuestas que se realizan con otros fines y que sólo desean incorporar indicadores del uso de drogas, por ejemplo encuestas generales de salud, o de seguridad entre otras¹; ii) encuestas que desean incluir un mayor número de indicadores² y iii) encuestas más amplias especializadas en adicciones; en este último caso se recomienda solicitar los cuestionarios utilizados en diferentes encuestas en los centros de información de las instituciones que los han elaborado³.

En el caso del **alcohol** se proponen como preguntas mínimas aquellas que identifican la frecuencia global de consumo y la frecuencia de consumo de diferentes cantidades o número de copas. Cuando es posible incluir un mayor número de preguntas es deseable preguntar por la frecuencia en que se consumen diferentes cantidades por tipo de bebida, lo cual permite estimar mejor el consumo *per cápita* a partir de gramos de alcohol.

Para identificar la presencia de problemas se propone utilizar *Instrumentos de tamizaje*. Existe una gran cantidad de ellos desarrollados para identificar desórdenes asociados con el consumo de alcohol (Medina-Mora y cols. 1994), pero el que probablemente ha dado mejores resultados es el AUDIT (Medina-Mora y cols. 1998), desarrollado y probado en México por De la Fuente y cols. (De la Fuente y cols. 1989), como parte de un proyecto multicéntrico coordinado por la Organización Mundial de la Salud.

1. Solicitar anexo: "Indicadores mínimos para medir el consumo de tabaco, alcohol y drogas" al: Centro de Información en Adicciones del Instituto Nacional de Psiquiatría cisma@imp.edu.mx
2. Solicitar anexo: "Indicadores básicos para medir el consumo de tabaco, alcohol y drogas" al: Centro de Información en Adicciones del Instituto Nacional de Psiquiatría cisma@imp.edu.mx
3. Centro de Documentación e Información en Epidemiología <http://www.epi.org.mx/cendoc.php>

El AUDIT es un instrumento de 10 preguntas diseñado para detectar consumo peligroso y dañino de alcohol, es decir un espectro mucho más amplio de personas con problemas que el que se obtiene si se busca hacer diagnóstico de dependencia (Saudens y cols. 1993; Babor y cols. 1989; De la Fuente y cols. 1992). Para calificar esta prueba se suman las calificaciones obtenidas de acuerdo con las respuestas, puntuaciones altas en las tres primeras preguntas sin presencia de problemas, indican consumo de "riesgo", puntuaciones altas en las preguntas 4 a 8, indican probable dependencia y respuestas altas a las preguntas finales sin evidencia de dependencia, indican consumo "dañino".

Un instrumento alternativo es el CAGE que consta de 4 preguntas para detectar señales de dependencia al alcohol, aunque no está diseñado para detectar casos menos severos. Las preguntas evalúan: i) necesidad de disminuir el consumo; ii) críticas de otros por el consumo; iii) culpa por la forma de consumir; iv) tomar una copa antes de hacer cualquier cosa en la mañana (Smart y cols. 1991). La presencia de un síntoma sería indicativo de que existen problemas.

En el caso de las **drogas ilícitas** se proponen cuatro preguntas mínimas, si ha usado alguna de las sustancias ¿cuál?, ¿cuándo fue la última vez que las usó?, además del número total de veces que las ha usado en su vida. Un formato que permita incluir un mayor número de indicadores puede hacer más explícitas las preguntas sobre sustancias, al indagar por grupos genéricos (p ej. Anfetaminas y otros estimulantes) sus usos (p ej. Para obtener energía, no dormir o para disminuir el apetito) y ejemplos (Esbelcaps, Raductil, Redotex, etc.). Por otra parte, si se desea aplicar un cuestionario de tamizaje se propone utilizar el DAST (Sobell y cols 1995).

En el caso del tabaco se propone incluir como preguntas mínimas el haber fumado más de cien cigarrillos en su vida, cuándo fue la última vez que fumó y sobre la exposición pasiva al humo del cigarro. Cuando es posible obtener más información deben incluirse preguntas que permitan caracterizar los patrones de consumo propuestos por la OMS. Se propone incluir la escala de *Fagerstrom* como instrumento de tamizaje. (The Fagerstrom 1991)

En los tres casos, para identificar la dependencia se propone seguir los criterios del DSM IV operacionalizados en el CIDI (Who, 1991).

3. El Método

DISEÑO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

En coordinación con un experto en muestreo debe hacerse *el diseño y la selección de la muestra* y la determinación del tamaño necesario para obtener la información que se requiere. El Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) cuenta con marcos muestrales de viviendas en zonas urbanas y rurales del país. Se seleccionan viviendas e individuos dentro de ellas, utilizando usualmente un diseño multietápico, estratificado por nivel socioeconómico, dicho instituto cuenta con la información censal necesaria que permite clasificar a las zonas geográficas de acuerdo con indicadores de calidad de vida.

Con el fin de disminuir costos y hacer más eficiente el estudio, es común utilizar esquemas multietápicos de selección, así en lugar de hacer un conteo del total de individuos que viven en los hogares elegibles en las zonas seleccionadas, se separan en una primera etapa zonas geográficas, en un segundo momento se hacen conteos de manzanas de las áreas seleccionadas y en otra se escogerán segmentos de viviendas de las manzanas definidas y finalmente se determinan los individuos en las viviendas seleccionadas.

Las encuestas de adicciones requieren datos de informantes seleccionados aleatoriamente. Es práctica común en muchas encuestas de salud, obtener información de todos los miembros del hogar a partir de un informante, quién por lo regular es aquél que se encuentra en la vivienda cuando se acude a ella (frecuentemente es el ama de casa). En el estudio del problema de las adicciones, esta práctica no es recomendable. El uso de drogas, al menos en las primeras etapas, tiende a ocultarse, por lo que un informante poco conocerá de las dosis, frecuencia y cantidad de consumo, y cuando la familia conozca del problema probablemente no lo reportará.

La necesidad de seleccionar miembros individuales dentro del hogar dificulta el proceso de selección, incrementa la necesidad de supervisión y por tanto aumenta los costos. Este procedimiento obliga a considerar la probabilidad de selección en cada etapa con el objeto de expandir los datos a la población. Es decir, lo que interesa saber es: cada persona entrevistada, a cuántas personas representa en la población. Cuando la probabilidad de selección es la misma en cada etapa (por ejemplo, áreas geográficas, manzanas, viviendas), se dice que el muestreo hasta este nivel es autoponderado, es decir, todas las unidades seleccionadas representarán al mismo número de unidades en la población.

Los pesos muestrales se calculan a partir del inverso de la probabilidad de selección en cada etapa. Es recomendable que los datos sean autoponderados en las distintas etapas, pero debido a que usualmente se selecciona un individuo por hogar, la probabilidad de selección dependerá del número de personas elegibles en la vivienda. Se considera persona elegible aquella que está dentro de la definición, por ejemplo personas de ambos sexos entre 12 y 65 años. De esta manera, si en la vivienda se encuentran 5 personas con estas características, la probabilidad de selección será $= 1/5$, la inversa de la probabilidad $5/1$, es decir el individuo seleccionado representará a 5 personas en la población.

Algunos diseños permiten seleccionar a más de una persona por hogar. Esta práctica puede ser útil para conocer, por ejemplo, los patrones de consumo del cónyuge o de los padres pero puede también aumentar la probabilidad de no respuesta, cuando una persona sabe que se le van a formular preguntas sobre el consumo de drogas, es más probable que no acepte ser entrevistada.

El hecho de que cada sujeto tenga diferentes pesos o probabilidades de selección, obliga a trabajar con datos ponderados y no con las frecuencias simples. Por ello, el experto en muestreo orientará en la utilización de las fórmulas, además de que los programas de cómputo actuales permiten hacer los análisis de datos utilizando los ponderadores.

El *tamaño de muestra* dependerá, entre otros factores, del error que se esté dispuesto a aceptar y de la prevalencia del problema (número esperado de consumidores). En la determinación del tamaño de muestra pueden utilizarse los indicadores de prevalencia obtenidos en encuestas previas.

Sabemos que la mayor parte de la población consume alcohol, que alrededor de una tercera parte fuma, pero solamente cuatro de cada 100 ha probado drogas, proporción que disminuye si se considera el consumo por tipo de sustancia. Por ello, lo recomendable es utilizar la prevalencia menor esperada. La baja prevalencia obligará a calcular muestras grandes.

Una segunda consideración a tenerse en cuenta se relaciona con el uso que se desee dar a los datos. Si solamente se pretende proporcionar prevalencias de uso, se requerirá una muestra menor, pero si se desea obtener la información por sexo, edad, variaciones de los patrones de uso, proporción que ha desarrollado dependencia, entre otros datos, será necesario contar con una muestra mayor, que permita detectar un número suficiente de casos a fin de poder hacer todos los cruces de variables y pruebas estadísticas necesarias para cubrir los objetivos del estudio.

Por otro lado, debe considerarse como hecho común, que los encuestadores encuentren *viviendas adicionales*, que no estaban marcadas en los croquis. En estos casos deberán comunicarse con su supervisor quién les indicará el procedimiento adecuado a seguir. Al efecto, una práctica común es realizar entrevistas como si se tratara de un hogar seleccionado.

Selección del informante. Se trata de un paso crucial en toda encuesta, debido a que no se cuenta con listados actualizados de personas que sirvan de base para seleccionar la muestra. Esta función debe recaer en el encuestador, de ahí que sea necesario mantener una serie de controles que permitan asegurar una muestra no sesgada, es decir, se debe evitar que el encuestador cometa errores o propositivamente falsee la información y entreviste a la persona que está en ese momento en el hogar. Este proceso consta de una etapa de selección y una de supervisión y verificación. (Berumen y Asoc. 1998).

En la *etapa de selección* se aplica previamente un cuestionario de hogar y se utiliza una hoja de números aleatorios para la selección del informante.

3.1 Aplicación del cuestionario de hogar. Este es un formato de pre-selección que se utiliza para registrar información sociodemográfica, de escolaridad y de ocupación de todos los miembros del hogar, así como de las características de la vivienda en la que habitan, se aplica a la muestra de viviendas seleccionadas en cada localidad.

¿Quién debe contestar el cuestionario de hogar? Siempre es importante, buscar al mejor informante, que puede ser el jefe de hogar, ama de casa u otro miembro de la familia de 15 años o más, para que lo responda.

¿Cuáles son los criterios para listar a las personas de cada hogar en el cuestionario?

- a) Se listarán todas las personas que habitan normalmente en la vivienda y forman un hogar. *(Entendiéndose por hogar el conjunto de personas que hacen vida en común dentro de la vivienda, unidos o no por parentesco y que comparten los gastos de manutención y preparan los alimentos en la misma cocina).*
- b) Es necesario pedir solamente el nombre de cada residente, para guardar la confidencialidad de la información. Sólo interesará captar el apellido de alguno de los miembros cuando haya dos personas con el mismo nombre.
Independientemente de quien sea el jefe o jefa de hogar y de la posición que se ocupe en la familia (cónyuge, hijo, madre, etc.) se deben listar todos los residentes de la vivienda en orden descendente, esto es, de mayor a menor edad. Posteriormente se identificará al jefe o jefa de hogar y se registrará el parentesco de cada una de las personas listadas con éste(a).
- c) Es indispensable preguntar las edades de cada uno de los miembros del hogar ya que es uno de los datos más importantes de la encuesta, que ayuda a conocer la composición por edad de la población y su elegibilidad. Por ello es fundamental obtener una respuesta. La EDAD se define como el número de años cumplidos o vividos por la persona desde la fecha de nacimiento hasta la de la entrevista. Por lo tanto, será necesario pedir los años cumplidos mencionando el nombre de cada persona. Si la persona no recuerda su edad, se le ayudará apoyándonos en acontecimientos de su vida (matrimonio, nacimiento de algún hijo, año escolar que cursa, etc.) o pedir una identificación donde aparezca la edad.
- d) La pregunta sobre sexo, es indispensable pues su objetivo es conocer la composición de la población por género.
- e) La pregunta de parentesco tiene como propósito identificar la relación entre los miembros del hogar con el jefe o jefa del mismo.
- f) El nivel de escolaridad se pregunta con el fin de captar el nivel de estudio más alto alcanzado por una persona.
- g) Estado civil. Esta pregunta se realiza a las personas de 12 años o más para conocerlo al momento de la entrevista.
- h) Trabajo. Se busca conocer si los miembros del hogar desempeñaron o no alguna actividad económica en la semana anterior a la entrevista.
- i) Lengua. El objetivo será conocer si las personas integrantes del hogar hablan español, además de un dialecto u otro idioma. Este criterio es opcional para la selección del individuo y dependerá de los lineamientos que se determinen para la selección de muestra, así como de los objetivos del estudio. En algunas encuestas, los miembros del hogar que no hablan español, no son tomados en cuenta para seleccionar a la persona a la que se le realizará la entrevista individual, ya que esto en algunas ocasiones puede imposibilitar el proceso de la entrevista, si no se cuenta con traductores especiales.

Una vez registrados todos los miembros de la vivienda, el cuestionario de hogar debe contar con una columna de orden de edad, en donde se habrán de numerar todos los sujetos elegibles residentes de la vivienda, que tengan entre 12 y 65 años cumplidos y además hablen español. Una vez realizado lo anterior se procede a elegir al informante, basados en una hoja de números aleatorios.

3.2 Utilización de la hoja de números aleatorios para la selección del informante. Se compone de varias columnas y renglones con números consecutivos en donde se selecciona a uno, dependiendo del número de sujetos elegibles en el hogar.

ETAPA DE SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN A LOS HOGARES SELECCIONADOS. Durante todo el trabajo de campo, las actividades de los supervisores son fundamentales, ya que ellos tendrán bajo su cargo las siguientes tareas: la correcta localización de las áreas en muestra, la adecuada presentación de los encuestadores en los hogares y la aplicación de los instrumentos de campo. Así mismo, el supervisor tendrá que seleccionar al azar cuestionarios de cada uno de los entrevistadores y realizar una nueva visita a la vivienda seleccionada. En ella, el supervisor verificará que el entrevistador haya visitado la vivienda y revisará a través de la aplicación de algunas preguntas, que realmente se entrevistó a la persona indicada.

3.3 Calidad de la información. Depende de dos elementos, la calidad de los cuestionarios y la habilidad de los encuestadores, de ahí la importancia de hacer una adecuada selección y el correcto entrenamiento que deben recibir.

Un segundo elemento a considerar en trabajo de campo es el *índice de no respuesta y la distribución de sexo y edad de la muestra*. Idealmente debe mantenerse al mínimo la tasa de no respuesta, y la distribución por sexo y edad coincidirá con la estructura del hogar y ponderada con la de la entidad según datos censales. No deben tolerarse desviaciones significativas entre la distribución observada (estructura muestral) y la esperada (datos censales).

Se establecerán criterios para aceptar un cuestionario en función del número de preguntas sin contestar y del índice de respuestas inconsistentes. En el caso que nos ocupa, y debido al bajo índice de usuarios de drogas que se detectan en algunas regiones, puede ser adecuado aceptar como completo un cuestionario que incluye la sección completa sobre drogas, aunque no haya sido aplicado en su totalidad.

Es recomendable recurrir a encuestadores con experiencia en trabajo de campo, pasantes de las carreras de ciencias sociales y de la salud pueden ser buenos elementos. No se considera ideal contratar personas con experiencia y con muchos conocimientos del campo de estudio. Uno de los elementos más importantes es que los encuestadores sigan instrucciones y apliquen los cuestionarios leyendo las preguntas textuales, ya que no es frecuente que encuestadores "con experiencia" en el campo, no sigan instrucciones.

El entrenamiento de los encuestadores no termina con esta sesión, de hecho se refuerza durante todo el trabajo de campo. Se recomienda utilizar esta fase del entrenamiento formal para seleccionar encuestadores y supervisores de entre los mejores elementos. Toda vez que los errores y fallas en el entrenamiento de los encuestadores se hacen obvios en las primeras etapas de trabajo de campo, es recomendable iniciar el estudio en zonas en donde sea fácil regresar a los hogares a obtener información faltante.

Es muy importante que todos los encuestadores reciban la misma información, de ahí que sea recomendable poner por escrito los refuerzos en la capacitación que se detectan y hacérsela llegar a todos los supervisores para que a su vez instruyan a los encuestadores. También es recomendable hacer un corte después de la primera etapa a fin de recapacitar en las secciones más difíciles de los cuestionarios para minimizar la probabilidad de tener que regresar un cuestionario al hogar.

4. Captura y preparación de la información

1. El primer paso de esta fase consiste en contar con instrumentos que estén pre-codificados, ya que esto facilitará la captura. En caso de que se cuente con preguntas abiertas es necesario contemplar los

mecanismos para cerrarlas; por ejemplo, se pueden asignar números sucesivos a las nuevas respuestas que se van detectando al momento de capturar la información. Dependiendo de los objetivos del estudio es posible capturar la información textual dada por los entrevistados.

2. El segundo paso consiste en formar una *base de datos sin errores*. Se debe partir de un programa inteligente de captura, que debe ser elaborado antes de que concluya el trabajo de campo, además es útil hacerlo ya que al preparar el programa se detectan errores lógicos en los cuestionarios. Sin embargo, no es suficiente. Algunos investigadores recomiendan capturar en forma independiente una submuestra, seleccionada al azar y cruzar los datos de ambas muestras con el fin de registrar las inconsistencias. Un método alternativo o complementario consiste en elaborar pruebas de consistencia de los datos, a través de cadenas lógicas, (por ejemplo si dice que tiene 14 años, no puede haber tenido su primera experiencia sexual a los 15 años), o a través del análisis de las respuestas (¿los resultados son consistentes con la información que se obtiene de otras fuentes? ¿existen razones válidas para esta inconsistencia?, etc.).
3. Otra consideración se relaciona con el cálculo de los intervalos de confianza. Debido a que realizar un estudio en una muestra de la población implica que hemos aceptado un nivel específico de error en las estimaciones, es necesario conocer entre qué valores se ubican las prevalencias del uso de drogas. (Así, por ejemplo, podemos decir que la prevalencia de consumo de marihuana es de 5% y que el valor real estaría entre 3.97 y 6.04). Existen paquetes estadísticos que permiten estimar varianzas y hacer correcciones por efecto de conglomerados que resultan del diseño de las muestras, que deben ser consideradas en los análisis estadísticos de los datos. Una tarea adicional es la clasificación de medicamentos y sustancias.⁴

5. Análisis, reporte y utilización de la información⁵

Uno de los elementos clave de un diagnóstico es el análisis, reporte y difusión de los resultados. Dos elementos guían el análisis de los datos, los objetivos del estudio y el tipo de reporte que uno desea obtener.

Para el análisis de los datos deberán tomarse en cuenta los siguientes puntos:

- 1) En caso de que los datos no resulten de muestreos *autoponderados*⁶, deben analizarse los datos utilizando los ponderadores.
- 2) Cuando se realicen análisis estadísticos debe reportarse el dato original e indicarse la significancia mediante asteriscos con los resultados de la prueba, en la parte inferior de la tabla.

Para el reporte y difusión de la información es importante:

- 1) Diseñar los cuadros de salida de información, los cuales deberán realizarse idealmente antes de concluir el trabajo de campo. El formato de los cuadros debe ser de autocontenido, para que cualquier persona pueda interpretarlos a partir de la información que se presenta en ellos. Cuando se incluyan datos numéricos, se deben incluir los totales de donde se obtuvieron los porcentajes, usualmente deberán obtenerse los porcentajes de la variable "independiente".

- 4 El procedimiento recomendado se puede consultar en la sección de encuestas de estudiantes que aparece en el siguiente inciso.
- 5 El análisis de los datos requiere de la participación de un experto en procesamiento, análisis de datos y estadística. En esta sección se proporciona una guía de los elementos que el coordinador del proyecto debe tener en mente al encargar el análisis al personal contratado o comisionado para cumplir estas tareas.
- 6 Se dice que un muestreo es "autoponderado" cuando todos los individuos tienen la misma probabilidad de selección. En estos casos pueden producirse los cuadros con los datos directos de la muestra; cuando la probabilidad de selección varió en alguna de las etapas, es necesario "pesar" los datos corrigiendo por estas diferencias. En el apartado de encuestas de población se ha explicado el procedimiento de estimación de los pesos. El análisis de datos debe considerar estos pesos, los programas de análisis estadístico actuales tienen la posibilidad de hacer los análisis a partir de datos pesados.

- 2) Los cuadros deben mostrar las asociaciones entre las variables que resultaron de los objetivos propuestos, así por ejemplo si el objetivo fue *describir la frecuencia de consumo de diferentes sustancias por sexo y edad*, el cuadro debe de contener esta información.
- 3) Cuando el análisis va a realizarse con la ayuda de computadoras, es posible elaborar programas que permitan salidas directas del programa que generó los cruces de variables a los cuadros de salida. Esto ahorra tiempo y múltiples errores.
- 4) Debe elegirse presentar la información en gráfica o en cuadro; no es recomendable duplicar la información.

6. Elementos a considerar en el cálculo de un presupuesto.

No es poco frecuente que en el cálculo del presupuesto se omitan algunos elementos que hacen difícil llevar a buen término la encuesta. En este cuadro se dan una serie de recomendaciones al respecto.

RUBRO	CONCEPTO	OBSERVACIONES
Experto en muestreo	Honorarios	Deben presupuestarse todas sus funciones, desde el diseño de la muestra hasta el análisis de los datos (estimación de ponderadores, varianzas e intervalos de confianza)
Muestra	Pago de servicio	En caso de que se trabaje con el INEGI debe de considerarse que la muestra tiene un costo
	Honorarios	Costos de elaboración de croquis de manzanas (dependiendo del acuerdo con INEGI)
	Pasajes y viáticos	Pago por este concepto a las personas que elaboran croquis
Recursos Humanos	Honorarios	Coordinador de campo
	Honorarios	Supervisores expertos en trabajo de campo
	Honorarios	Supervisores expertos en adicciones
	Honorarios	Encuestadores
	Honorarios	Captura y análisis de información
	Honorarios	Supervisor de cuestionarios
	Honorarios	Programador
	Honorarios	Capturistas
	Honorarios	Analista, experto en estadística
Entrenamiento a encuestadores	Honorarios	Usualmente se paga una bonificación a los encuestadores que reciben el curso, independientemente de si se les contrata o no, puede ser necesario contratar aulas para la capacitación, proporcionar alimentos a los encuestadores, supervisores y docentes, también se generan costos de fotocopia y papelería
	Servicios	
	Viáticos	
Reproducción	Impresión (cuestionarios, instructivos etc.)	Debe cuidarse que los cuestionarios se presenten en forma de cuadernillos, pues los instrumentos engrapados tienden a perder hojas. Todas las preguntas deben ser perfectamente legibles.
Trabajo de campo	Pasajes y viáticos	Costos de encuestadores y supervisores durante el trabajo de campo
Críticos codificadores	Honorarios	Es muy importante contratar a este personal. Su tarea consistirá en revisar las posibles inconsistencias de los cuestionarios aplicados para, que la información que pase a captura esté debidamente revisada, aún cuando se cuente con un programa de captura inteligente.
Programa de captura	Honorarios, o pago del servicio	Un buen programa de captura es costoso pero disminuye costos derivados de bases de datos con muchos errores
Procesamiento	Equipo	Puede rentarse o comprarse; se requiere de computadora e impresora, así como de paquetes estadísticos
Material	Disquetes	Debe considerarse el equipo necesario para guardar la base de datos, los programas de captura y análisis, reportes, y para difundir los datos
	Toner	Para impresoras y fotocopadoras
	Papel	Para diferentes propósitos. Si se producen los cuestionarios en la institución, es necesario considerar los costos del papel
	Tablas	En campo, los encuestadores requieren de tablas con broche para poder hacer las entrevistas, de pié inclusive
	Plumas	Usualmente se pide a los encuestadores que llenen los cuestionarios con pluma de un color uniforme (vg. azul), los supervisores hacen sus correcciones en otro color (v.g. verde) y, la persona que verifica calidad de la información en la oficina corrige con un tercer color

Indicadores básicos para medir el consumo de drogas médicas

1.	¿Me podría decir si usted ha consumido Opiáceos ⁷ , Tranquilizantes ⁸ , Sedantes y Barbitúricos ⁹ , Anfetaminas o Estimulantes ¹⁰ ?	Sí	1	Pase a preg. 1a
		No	2	Pase a preg. 2
1a.	Dígame el (los) nombre(s) de, el (los) ANOTAR EL NOMBRE GENÉRICO DE LA DROGA MÉDICA que ha tomado, probado o usado			

2.	¿Alguno de estos PONER NOMBRE GENÉRICO DE LA DROGA MÉDICA se los recetó un doctor?	Sí	1	
		No	2	
3a.	¿Tomó los (las) PONER NOMBRE GENÉRICO DE LA DROGA MÉDICA en mayor cantidad de lo que le indicó el doctor?	Sí	1	
		No	2	
3b.	¿Tomó los(las) PONER NOMBRE GENÉRICO DE LA DROGA MÉDICA por más tiempo de lo que le indicó el doctor?	Sí	1	
		No	2	
3c.	¿Tomó los (las) PONER NOMBRE GENÉRICO DE LA DROGA MÉDICA por una razón diferente a la que le indicó el doctor?	Sí	1	
		No	2	

Entrevistador:

Si en cualquiera de las preguntas 3a, 3b, 3c, la persona seleccionada contestó **sí**, pase a la pregunta 4;
si en todas las preguntas contestó **no**, SALTE A SIGUIENTE SECCIÓN.

4.	¿Cuál fue la razón por la que tomó los(las) PONER NOMBRE GENÉRICO DE LA DROGA MÉDICA en mayor cantidad o por más tiempo de lo que le indicó el doctor?	Porque se sentía mal y quiso aliviar su malestar	1	
		Porque al tomarla se sentía " muy bien "	2	
		No sabe cual fue la razón	3	
5.	¿Qué edad tenía cuando usó PONER NOMBRE GENÉRICO DE LA DROGA MÉDICA por primera vez	Edad	__ __	
6.	¿Cuántas veces en su vida ha usado PONER NOMBRE GENÉRICO DE LA DROGA MÉDICA?	1-2 veces	1	
		3-5 veces	2	
		6-10 veces	3	
		11-49 veces	4	
		50 o más	5	
7.	¿En los últimos 30 días ¿Cuántos días ha consumido, tomado o usado PONER NOMBRE GENÉRICO DE LA DROGA MÉDICA?	Días	__ __	
8.	¿Cómo obtuvo ese (os) PONER NOMBRE GENÉRICO DE LA DROGA MÉDICA que consumió?	De un médico	1	
		En la calle	2	
		En la casa	3	
		De un amigo	4	
		Otro _____	5	ESPECIFIQUE

7. **Opiáceos:** Para aliviar dolores fuertes, para evitar la tos o para controlar la diarrea como la morfina, nubain, darvon, demerol, roxanol, codeína, talwin, láudano, etc.
 8. **Tranquilizantes:** Que se utilizan para calmar a las personas, calmar los nervios o relajar sus músculos como librium, valium, diazepam, ativan, rohypnol, etc.
 9. **Sedantes y Barbitúricos:** Para ayudar a las personas a dormir o relajarse como los barbitúricos, equanil, mandrax, seival, sopor, etc.
 10. **Anfetaminas o Estimulantes:** Para ayudar a perder peso o dar a la gente más energía como benzedrina, aktedrón, esbelcaps, etc.

Indicadores básicos para medir el consumo de drogas ilegales

1.	¿Me podría decir si Ud. ha tomado..... Mariguana, Hachís ¹¹ , Cocaína ¹² , Pasta de Cocaína ¹³ , Crack ¹⁴ , Alucinógenos ¹⁵ , Inhalables ¹⁶ , Heroína ¹⁷ , Metanfetaminas ¹⁸ ?	Sí No	1 2	Pase a preg. Pase a sig. Sustancia
1a.	Dígame el(los) nombre(s) de el(los) ANOTAR EL NOMBRE DE LA DROGA ILEGAL que ha tomado, probado o usado			
2.	¿Cómo la ha usado?	Fumada Inhalada Inyectada Tomada, tragada Untada u en otra forma No como droga No sabe	1 2 3 4 5 7 8	
3.	¿Qué edad tenía cuando la (los) usó ANOTAR EL NOMBRE DE LA DROGA ILEGAL por primera vez?	Edad	_ _ _	
4.	¿Cuántas veces en su vida ha usado ANOTAR EL NOMBRE DE LA DROGA ILEGAL?	1-2 veces 3-5 veces 6-10 veces 11-49 veces 50 o más veces	1 2 3 4 5	
5.	¿Cómo obtuvo esa(s) sustancias o producto(s) que consumió?	En la calle En la casa De un amigo Otro_____	2 3 4 5	ESPECIFIQUE
6.	¿Con qué frecuencia ha probado, usado o consumido ANOTAR EL NOMBRE DE LA DROGA ILEGAL?	Una sola vez Diario Por lo menos 1 vez a la semana Por lo menos 1 vez al mes Por lo menos 1 vez al año Otro_____	1 2 3 4 5 7	ESPECIFIQUE
7.	¿Cuándo fue la última vez que usó PONER EL NOMBRE DE LA DROGA ILEGAL?	Hoy En el último mes En el último año Hace más de un año No sabe	1 2 3 4 9	
	En el último mes ¿Cuántos días ha consumido, tomado o usado PONER EL NOMBRE DE LA DROGA ILEGAL?	Días	_ _ _	

11. **Mariguana, Hachís:** También llamada "mota", "churro", etc.

12. **Cocaína en polvo:** También llamada "perico", "nieve", "grapa", etc.

13. **Pasta de cocaína**

14. **Crack**

15. **Alucinógenos:** Como hongos, peyote, mezcalina, LSD, PCP, etc. También llamados "ácidos", "champiñones", etc.

16. **Inhalables:** Como thiner, pegamento, pintura, gasolina, activo, spray, etc. Llamados "chemos", "memos" para "elevarse"

17. **Heroína, Opio:** También llamada "arpón", "ficción", la "H"

18. **Metanfetaminas:** Como las tachas, el éxtasis o el cristal.

Indicadores básicos para medir el consumo de tabaco

17.	¿Ha fumado tabaco alguna vez en su vida?	Sí	1	Pase a preg. 36
		No	2	
18.	¿Cuántos años tenía cuando fumó tabaco por primera vez?	Años	_ _ _	
19.	En toda su vida ¿ha fumado más de 100 cigarrillos, es decir, 5 cajetillas?	Sí	1	
		No	2	
20.	¿A qué edad inició el consumo diario de tabaco?	Años	_ _ _	Pase a preg. 23
		No ha consumido diario	97	
		NS, NR	99	
21.	¿Cuántos años ha fumado Ud. a diario?	Años	_ _ _	
		Menos de un año	97	
22.	En promedio, en este periodo, cuando Ud. ha fumado a diario, ¿cuántos cigarrillos se fuma por día?	1 a 5 cigarrillos por día	1	
		1/2 cajetilla (6 a 15 cigarrillos)	2	
		Una cajetilla diaria (16 a 20 cigarrillos)	3	
		1 1/2 cajetillas por día (16 a 35 cigarrillos)	4	
		2 o más cajetillas por día (más de 35 cigarrillos)	5	
23.	¿Cuándo fue la última vez que se fumó un cigarrillo?	Dentro del último mes (30 días)	1	Fumador activo
		Más de 1 mes pero menos de 6 meses	2	
		Hace 6 meses o más pero menos de 1 año	3	
		Hace 1 año o más pero menos de 3 años	4	
		Hace más de 3 años	5	
24.	¿Cuántos cigarrillos fuma o fumaba y con qué frecuencia	Diario?	1	Pase a preg. 31
		Semanal?	2	
		Mensual?	3	
		Ocasional?	4	
		Al menos una vez al año?	5	
		NS, NR	9	

Fumador activo

25.	¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?	Primeros 5 minutos	1	
		Entre 6 y 30 minutos	2	
		Entre 31 y 60 minutos	3	
		Más de 1 hora	4	
26.	¿Fuma usted más durante las primeras horas del día que durante el resto del día?	Sí	1	
		No	2	
27.	¿Sería difícil para usted abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido? (Iglesias, bibliotecas, cines, secciones de no fumar en restaurantes u oficinas)	Sí	1	
		No	2	
28.	De los cigarros que fuma durante el día, ¿cuál sería el más difícil de dejar para usted?	El primero de la mañana	1	
		El de después de comer	2	
		Cuando está bajo tensión	3	
		El del baño	4	
		El de antes de dormir	5	
		Algún otro	6	
Todos	7			

29.	Cuándo se enferma y tiene que permanecer en cama ¿fuma usted?	Sí	1	
		No	2	
30.	¿Alguna vez ha intentado dejar de fumar?	Sí	1	
		No	2	Pase a preg.38
31.	¿Hace cuánto tiempo dejó de fumar?	Años		_ _ _
		Menos de un año	97	
32.	Cuando fumaba ¿cuántos cigarros consumía y con qué frecuencia	Diario?	1	
		Semanal?	2	
		Mensual?	3	
		Ocasional?	4	
		NS, NR	9	
33.	¿Cuál es la razón principal por la que dejó de fumar?	Por conciencia del daño a su salud	1	
		Por prescripción médica	2	
		Porque se hartó de fumar	3	
		Porque le causó problemas con la familia	4	
		Por restricción en su área de trabajo y otros lugares	5	
		Otra razón	6	
		NS, NR	9	
34.	¿Cómo dejó usted de fumar?	Se sometió a un tratamiento	1	
		Dejó de fumar súbitamente	2	
		Disminuyó gradualmente el número de cigarros	3	
		Dejó de comprar cigarros	4	
		Sustituyó el fumar por otra actividad	5	
		Por enfermedad	6	
		Otra razón	7	
		NS, NR	9	
35.	¿Le preocupa volver a fumar?	Sí	1	
		No	2	

Fumador pasivo

36.	¿Le molesta que la gente fume cerca de usted?	Sí	1	
		No	2	
37.	De las personas con las que convive a diario ¿cuántas de ellas fuman.	En el interior de su casa?	1	<input type="text"/> <input type="text"/>
		En el salón de clases?	2	<input type="text"/> <input type="text"/>
		En su lugar de trabajo?	3	<input type="text"/> <input type="text"/>

Si la respuesta es " Ninguno " , anote 98 en los recuadros

REFERENCIAS

1. Medina-Mora ME, Berenzon Sh, Carreño S., Rojas E., Villatoro J., Juárez F. *et al.* Encuesta sobre el uso de drogas entre la comunidad escolar. Tendencias del consumo de sustancias psicoactivas en el Distrito Federal, 1993. Reporte Estadístico. Secretaría de Educación Pública, 1994.
2. Medina-Mora ME, Carreño S., De la Fuente JR., Experience in Mexico with the alcohol use identification test (AUDIT); in *Recent developments in Alcoholism: The consequences of alcoholism*, 1998.
3. De la Fuente y cols. 1989. AUDIT desarrollado y probado en México como parte de un proyecto multicéntrico coordinado por la OMS.
4. Saunders JB., Asland OG., Babor TF., De la Fuente JR., Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT); WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*, 88(6):790-804, 1993.
5. Babor T., De la Fuente JR. The alcohol use disorders. Identification Test. Geneva: WHO, 1-24, 1989.
6. De la Fuente JR., Kersenobich D. El alcoholismo como problema médico. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM* 35(2): 47-51, 1992.
7. Smart RG., Adlaf EM., Knoke D. Use of the CAGE scale in a population survey of drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 52(6):593-596, 1991.
8. Sobell L., Sobel M. Alcohol Consumption Measures. *Assessing Alcohol Problems: A Guide for Clinicians and Researchers: NIAAA*. 55-73, 1995.
9. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict.* 1991 Sep; 86(9):1119-27.
10. World Health Organization: CIDI-CORE: Composite International Diagnostic Interview Versión 1.0 Geneva: WHO, 1991.
11. Berumen y Asociados. Reporte metodológico de la tercera encuesta nacional de adicciones, México, D.F., 1998.

3.3

Encuestas en población estudiantil

INSTITUTO NACIONAL DE PSQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ.

Jorge Ameth Villatoro Velázquez INVESTIGADOR DE LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIONES EPIDEMIOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES. INP
ameth@imp.edu.mx

Ma. Elena Medina-Mora Icaza DIRECTORA DE INVESTIGACIONES EPIDEMIOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES. INP
medinam@imp.edu.mx

David Bruno Díaz Negrete SUBDIRECTOR DE INVESTIGACIÓN. CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL. INP
investigacion@cij.gob.mx

Clara Fleiz Bautista INVESTIGADOR DE LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIONES EPIDEMIOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES. INP
fleiz@imp.edu.mx

INTRODUCCIÓN

Las mediciones epidemiológicas de tipo transversal con muestras representativas de la población estudiantil en los niveles de enseñanza media y media superior (7° a 12° grado), se han realizado desde 1976, por parte del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) y de la Secretaría de Educación Pública. Estos estudios incluyen tres encuestas nacionales (1976, 1986 y 1991); en las dos primeras sólo se incluyó población urbana y la última incluye población rural, además de que tiene cobertura estatal. En el Distrito Federal se han efectuado encuestas bi o trianuales desde 1976 hasta el 2000, las tres últimas (1993, 1997 y 2000) permiten obtener datos para cada una de las 16 delegaciones políticas, equivalentes a municipios. Existe además un buen número de estudios locales que permiten profundizar en el fenómeno en diferentes zonas geográficas. Adicionalmente, se han hecho en los últimos años encuestas que permiten conocer la extensión del problema en la población escolar de diferentes estados o municipios (Nuevo León, Querétaro, Tamaulipas, Río Verde, SLP, Guerrero y Cd. Guzmán, Jal.). Algunos de ellos han incluido a estudiantes de nivel licenciatura.

Es importante tener en cuenta que hablar de población estudiantil no necesariamente es sinónimo de hablar de población joven; hay un gran número de jóvenes en los grupos de edad de más riesgo para consumir drogas, que desertan de sus estudios o no continúan con ellos, principalmente después del ciclo básico. De hecho, los estudios en esta población han mostrado que el uso de drogas entre los jóvenes no estudiantes es mayor que entre aquellos que asisten a la escuela, y el no asistir regularmente a ella es un factor de riesgo importante para el uso de drogas. Se han observado también, mayores índices de consumo en aquellos que abandonan temporalmente sus estudios, en los que no son estudiantes de tiempo completo y en los que tienden a faltar a la escuela (Medina-Mora y cols. 1995; Villatoro y cols. 1998, Villatoro y cols. 1996).

Al estudiar el problema de uso de drogas en población estudiantil es útil tener en mente las siguientes preguntas:

- i) ¿qué tan representativa de la población joven es la población estudiantil en mi entidad?
- ii) ¿en qué se diferencia la población que asiste a las escuelas de la que no lo hace?
- iii) ¿qué puedo esperar de los datos de uso de drogas?, ¿qué información proporcionan?, ¿cómo se compara la información que obtengo de esta aproximación con la proveniente de otros estudios?

Aunque se sabe que los estudiantes constituyen un grupo protegido de la población con menores cifras de uso, el consumo regularmente inicia en la etapa escolar¹ (Medina-Mora y cols. 1995), y en los planteles escolares se presentan diferencias en términos del grado de involucramiento de sus estudiantes con el uso de drogas y del consumo como un factor de riesgo para la deserción escolar. Por ello, es importante conocer lo que sucede en la escuela, a fin de orientar los programas de prevención.

1 Gutiérrez AD y Castillo I (2002). El consumo de drogas entre pacientes que ingresaron a tratamiento en Centros de Integración Juvenil durante 2001. CIJ, Informe de Investigación 02-01, en preparación.

Los estudios en población estudiantil permiten responder a preguntas básicas sobre: i) la extensión, magnitud y tendencias del problema, sobre las drogas que se están utilizando, los subgrupos de la población más afectados, sobre las consecuencias del consumo; ii) permiten detectar el uso experimental y dan información sobre nuevas drogas de uso, novedades en los patrones de consumo, cambios en el tipo de población que está consumiendo; iii) permiten conocer la asociación que existe entre el uso de drogas y otros factores, tales como la conducta antisocial, la percepción del riesgo de usar diferentes tipos de drogas, la tolerancia social frente al uso y de sus consecuencias en el medio escolar, etc., así como factores internos como la autoestima y trastornos afectivos y de ajuste psicosocial.

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS PROPUESTOS PARA ENCUESTAS CON ESTUDIANTES

Los indicadores básicos que se proponen² cuando se aplique una encuesta de este tipo, se centran en la evaluación epidemiológica y permiten obtener información sobre las preguntas de los dos primeros incisos del párrafo anterior.

El universo de drogas por estudiar está basado en los cuestionarios propuestos por la OMS, lo que permite comparar los resultados obtenidos tanto en el contexto nacional como en el internacional.

Las drogas por evaluar son:

- a) Médicas (opiáceos, tranquilizantes y sedantes, anfetaminas).
- b) Ilegales (mariguana, cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, heroína y metanfetaminas).
- c) Legales (alcohol y tabaco).

Los indicadores para cada grupo de drogas se encuentran en el anexo 1. Pretenden conocer en primera instancia las tres prevalencias de consumo (*alguna vez en la vida, último año y último mes*). Adicionalmente, se pregunta el nombre de cada sustancia para corroborar que se trata realmente de una droga del tipo que se investiga y para conocer nombres populares y nuevas drogas en el mercado.

También se pregunta sobre el número de veces que se ha utilizado la droga, con objeto de diferenciar a los usuarios experimentales (aquellos que sólo han consumido la droga en cinco o menos ocasiones) de los usuarios regulares (los que la han consumido más de cinco veces). Además, se ha vuelto frecuente reportar este indicador en forma desglosada, para facilitar las comparaciones con otros estudios.

Otro indicador es la pregunta de incidencia que permite saber cuándo fue el inicio del consumo de la sustancia. Los datos que arroja esta variable permiten hacer un seguimiento del número de usuarios nuevos dentro de un período determinado.

Un indicador importante es la edad de inicio del consumo, ya que permite conocer si se ha modificado dicha edad a lo largo del tiempo (actualmente se conoce que las personas inician el consumo de tabaco a edades más tempranas, lo que es un predictor del futuro abuso de otras drogas). Adicionalmente, con estas edades, es posible realizar análisis de sobrevivencia que permiten conocer el proceso de la adicción.

En el caso de las drogas médicas, es importante señalar dentro de las preguntas que el consumo tiene que darse fuera de prescripción médica o en una cantidad mayor a la que el médico recetó. En el de las drogas ilegales, se pregunta por la vía de administración (para cocaína y heroína), ya que esto puede indicar la forma de preparación de la droga y el posible grado de dependencia del individuo, especialmente si se reporta el uso por vía intravenosa.

Por otro lado, para el alcohol, se pregunta sobre las prevalencias de consumo, el tipo de bebidas que se consumen y si han ocurrido eventos de intoxicación (tomar cinco o más copas en una sola ocasión), en el último año y en el último mes, lo que es un predictor importante de la ocurrencia de diversos problemas asociados al consumo. También aquí se pregunta sobre la edad de inicio del consumo.

2 La versión completa de los indicadores puede solicitarse a la siguiente dirección electrónica: ameth@imp.edu.mx o con los autores en el Instituto Nacional de Psiquiatría.

Para tabaco, se incluyen los indicadores de las prevalencias de consumo, se pregunta de manera específica si el adolescente ha consumido 100 o más cigarrillos, que es el criterio internacional para identificar a un fumador. Se identifican, además, algunos indicadores de dependencia al tabaco de la escala de Fagerström, con objeto de monitorear a la población, ya que los casos de dependencia en realidad son pocos en esta edad.

Para todas las drogas, cuando se desea tener el mínimo de información sobre consumo de drogas, el investigador puede optar por incluir sólo los indicadores para las prevalencias de *alguna vez*, *último año* y *último mes*, y el del nombre de las sustancias.

Es importante mencionar que las opciones de respuesta de cada pregunta deben respetarse, ya que el instrumento es autoaplicado y se requiere que el sujeto conteste todas las preguntas. Esto no ocurre en los estudios que usan la entrevista cara a cara, donde sí es factible que el encuestador omita toda una sección porque el entrevistado indica no presentar determinada conducta. Si se usa este último esquema en los cuestionarios autoaplicados, se promueve que el respondiente deje de contestar diversos reactivos para terminar rápido, cuando en realidad debería contestarlos.

METODOLOGÍA

Las encuestas con estudiantes son estudios probabilísticos que requieren del auxilio de un muestrista. Trabajar con muestras probabilísticas incrementa la dificultad del estudio ya que se debe sólo y únicamente encuestar a los sujetos o grupos seleccionados. Por ello, también es necesario contar desde el principio con el apoyo de las autoridades educativas de los niveles en los que se realizará el estudio para comenzar el trabajo, ya que de otra forma será muy difícil controlar la no respuesta del estudio.

Para comenzar la parte del muestreo y de la obtención de la muestra, el interesado debe definir claramente sus estratos de estudio. Regularmente éstos pueden ser niveles educativos (secundaria, preparatoria o profesional), municipios, delegaciones políticas, regiones de un estado, o una combinación de ellos.

Por cada estrato es necesario obtener una muestra independiente, que por lo regular varía de 800 a 1,600 estudiantes. El tamaño de la muestra depende de: a) los niveles de consumo de droga (entre menor sea el consumo se requiere una muestra mayor), b) de la tasa esperada de no respuesta, regularmente en estos estudios se usa el 15% como tasa de no respuesta, c) del efecto de diseño de la muestra (nivel de agrupamiento de las unidades de estudio), para estos estudios es 2, y d) del grado de exactitud del estudio (se usa una confianza del 95%).

Adicionalmente, cuando se tienen varios estratos, es necesario definir si el muestreo es autoponderado o si se usará ponderador o factor de expansión. ¿Qué quiere decir esto? Imagine el lector que se determina que los estratos a usar en su estudio son secundaria (7° a 9°) y preparatoria (10° a 12°), en ambos casos se estima que se necesita entrevistar a 1,200 adolescentes (muestra bajo estudio). Sin embargo, cuando se analiza la población total (marco muestral), hay 48,000 estudiantes de secundaria y 24,000 de preparatoria. Si se obtienen los porcentajes de consumo del total de la población (7° a 12°), los adolescentes de preparatoria están sobrerrepresentados, lo que dará como resultado porcentajes más elevados de consumo de los que realmente existen (diferentes estudios señalan que hay mayor consumo en este nivel educativo). Ante ello, es necesario hacer ajustes para lograr la proporcionalidad entre los estratos, sea a través de un ponderador (se recomienda esta opción cuando los costos del estudio son muy elevados) o a través de ajustar los tamaños de muestra en forma proporcional (que es la mejor opción para facilitar los análisis estadísticos). En cualquier situación, dada la complejidad del problema se recomienda el apoyo de un muestrista con experiencia.

Se ha mencionado la necesidad de contar con un marco muestral y de obtener una muestra. El marco muestral en este caso consiste en el registro de todas las escuelas pertenecientes a los estratos de interés. Este registro, almacenado en un archivo electrónico, preferentemente en Excel, debe estar organizado por cada uno de los estratos definidos y contar con la siguiente información por columnas (cada centro escolar es un renglón):

a) Nivel educativo del centro escolar (primaria, secundaria, preparatoria, profesional, etc.)

- b) Nombre del centro escolar
- c) Turno (si el centro escolar cuenta con 3 turnos, se registra 3 veces en líneas diferentes con los datos del turno correspondiente)
- d) Nombre del director
- e) Dirección, calle y número
- f) Colonia
- g) Delegación o municipio
- h) Teléfono
- i) Total de grupos en el centro escolar
- j) Total de hombres
- k) Total de mujeres
- l) Total de alumnos

Esta información servirá principalmente para calcular el número de grupos, de alumnos y el promedio de alumnos por grupo en el universo total y de cada estrato. Los datos, junto con el tamaño de muestra que se calcule con el muestrista, ayudarán a obtener la selección de los grupos por entrevistar.

Una vez seleccionadas las escuelas, es de gran ayuda que la autoridad educativa con la cual se estableció el contacto inicial envíe una carta a cada director de plantel, donde les manifieste la inclusión de la escuela en el estudio y solicite su participación. Una copia de estos oficios debe estar en manos del encuestador para que le sirva de presentación y le facilite el acceso cuando realice la aplicación.

En algunas ocasiones la población de estudiantes no es tan grande, por lo que realizar todo un procedimiento de muestreo puede tener un costo muy elevado, es mejor contemplar en ese caso la aplicación a la población total (por ejemplo si en los niveles de secundaria y preparatoria hay un total de 4,000 alumnos, lo mejor es tomar completa a la población).

En tanto que se realizan estas actividades, ya se debe tener la versión final del cuestionario por aplicar. El número de cuestionarios por imprimir es el tamaño de muestra más unos 100 cuestionarios (para los usos del equipo de trabajo), la impresión debe ser de alta calidad, ya que facilita la respuesta del estudiante; entre más borrosa sea la copia, se afecta la confiabilidad de los datos. Este punto debe cuidarse mucho.

Otra actividad importante es la contratación de encuestadores, en caso de contar con presupuesto, o considerar al personal de servicio social. El encuestador debe ser preferentemente una persona entre los 20 y 25 años, estudiante o recién egresado de una carrera del área social (psicología, trabajo social, antropología, sociología, etc.). Debe contemplarse que recibirán un curso de capacitación y apoyo para sus traslados a las escuelas.

El curso de capacitación debe principalmente enseñar al encuestador y al supervisor:

- a) Cuáles son los objetivos del estudio y las metas que se esperan de su trabajo
- b) Los resultados más recientes obtenidos en estudios similares
- c) La estructura del cuestionario que aplicará
- d) El manejo de un grupo escolar
- e) Cómo lograr que los sujetos contesten todas las secciones
- f) Qué hacer ante situaciones que se pueden presentar durante la aplicación

Además, es importante lograr un alto nivel de motivación en ellos, ya que la calidad de su trabajo se reflejará directamente en los datos.

Al final del curso los encuestadores deben tener sus rutas de trabajo definidas (de manera que las escuelas en las que aplicarán no estén muy retiradas entre sí), sus gafetes y cartas membretadas de presentación, una dotación de cuestionarios para aplicar cuando mucho a tres grupos, las hojas de control de cuestionarios que se consideren necesarias y sobres tamaño doble carta, para que puedan poner en cada uno los cuestionarios de un solo grupo.

Adicionalmente, el curso debe contemplar los siguientes elementos para los supervisores:

- a) Revisar que los cuestionarios estén contestados completamente
- b) Garantizar que los cuestionarios de cada grupo estén identificados adecuadamente
- c) Retroalimentación para los encuestadores
- d) Llamar a las escuelas aplicadas para garantizar que el grupo seleccionado en ella fue el que se encuestó
- e) Revisión de la sección de consumo para clasificar adecuadamente cada tipo de sustancia (clasificación de sustancias)
- f) Enviar los cuestionarios ya revisados a captura

Se ha mencionado que en la primera ocasión sólo debe entregarse material para un máximo de tres grupos, ya que es importante supervisar lo antes posible cómo el encuestador está realizando su trabajo, a fin de poder darle retroalimentación y verificar qué problemas se están presentando en campo. Si en lugar de ello se asignan más grupos y hasta entonces regresa el encuestador a supervisión se impide la retroalimentación a su trabajo.

Al término de la primera supervisión se le tiene que dar otra dotación de cuestionarios al encuestador, además de definir una nueva fecha de entrega y supervisión de su trabajo. De cualquier forma, el encuestador debe comunicarse diariamente con el supervisor para notificarle los avances y los problemas que se le han presentado en su ruta de trabajo.

Como ya se indicó, sólo el grupo que fue seleccionado es el que tiene que ser entrevistado. Por ello el supervisor debe verificar directamente o vía telefónica con la escuela y con la persona que atendió al encuestador, los datos de la aplicación, principalmente qué grupo fue el que participó.

Respecto a la lista de clasificación de sustancias (se puede solicitar una copia de este documento en la forma ya mencionada en la sección de indicadores), muchas veces los estudiantes no saben si lo que han consumido es una anfetamina, un tranquilizante o alguna otra clase de sustancia, y entonces contestan en la sección que ellos consideran conveniente. Por ello es importante preguntar el nombre ya que con base en la respuesta se puede clasificar adecuadamente la sustancia que se indique. Además, en algunas ocasiones el adolescente contesta algo que piensa que puede ser droga cuando en realidad no lo es (p. ej., refresco de cola con aspirinas), y con la ayuda de la lista de sustancias es posible verificarlo.

A veces la cantidad de trabajo en un estudio de esta naturaleza es inmensa y dejan de realizarse controles importantes que evitan el sesgo de la muestra, por ello, es importante que el coordinador día con día tenga registrado y actualizado el avance del estudio en términos de los siguientes puntos a) cuántos, cuáles grupos y adolescentes han sido aplicados, b) cuáles encuestadores están retrasados en sus aplicaciones, c) qué escuelas han rehusado la aplicación, d) si el promedio grupal calculado en la obtención de la muestra corresponde al que se está obteniendo en campo, e) qué tipo de escuelas está por salir de vacaciones o en fechas de exámenes, etc.

Ahora bien, en relación con la captura de datos, es importante contar con un programa "inteligente", con el cual se puedan controlar dos aspectos importantes del proceso. Por un lado, si un reactivo sólo tiene como valores válidos de 1 a 4 y 9, el programa debe impedir que se capturen las respuestas 0 y de 5 a 8 (rango inválido). Por otro lado, es posible validar y consolidar información de forma tal que si en la pregunta de si "ha consumido la droga alguna vez" se responde negativamente, entonces en forma automática se capturan las opciones de respuesta de "nunca he consumido" en los demás reactivos de la sección; de manera inversa, si se contesta que sí consume, el programa debe activar sólo las opciones para el consumo y no permitir que en los demás reactivos de la sección se conteste la opción de "nunca he consumido".

Otras sugerencias importantes para la elaboración de programas de captura, son que las pantallas de captura coincidan con las páginas del cuestionario. Que la captura se lleve a cabo en red ya que esto facilita verificar que no se capturen folios repetidos (nótese que el número de folio es el principal vínculo entre el cuestionario físico y los datos que se capturan, por lo que es importante mantener esta relación cuestionario-base de datos para las modificaciones que se le realicen).

Se recomienda la captura manual ya que la utilización del lector óptico (aparentemente más rápido y preciso) tiene una serie de características que pueden afectar el proceso. En primer lugar, partiendo de la situación de que la hoja para lectura óptica tiene integradas las preguntas, cuando se trabaja con cuadernillos para lector óptico, se vuelve más difícil integrar las distintas bases de datos resultantes de la captura. Además, recuérdese que debe preguntarse el nombre de la sustancia que se usó o consumió, lo que requiere de una sección para escribir los nombres y de una postcodificación del número asignado a la sustancia.

Si se opta por una hoja de lector óptico que sólo tenga los números de pregunta y las opciones de respuesta, entonces el investigador debe estar conciente de que esto puede afectar la validez de la respuesta, ya que puede presentarse un margen de error entre la lectura del cuestionario y la respuesta que el adolescente plasma en la hoja de respuestas.

En forma adicional a estos puntos, al utilizar un cuestionario para lector óptico, es altamente recomendable que se haga un estudio piloto para probar cómo funciona el cuestionario resultante, ya que de otra forma quizás se dejan de lado aspectos importantes que pueden surgir y afectar en la aplicación.

Al término de la captura de datos y para poder dar inicio al análisis de datos, es importante verificar sobre la base capturada los siguientes puntos, a) que cada grupo escolar tenga el número indicado de cuestionarios aplicados, b) que los números de escuela capturadas correspondan a las que fueron aplicadas, y c) que los folios de los cuestionarios de cada grupo correspondan a los que están indicados en la captura. En caso de que algunos puntos no coincidan, es necesario revisar la base contra los cuestionarios para corregir las incongruencias y, hasta que no se realicen las correcciones, pasar al análisis de datos.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

En general en las encuestas es muy importante contar con cuadros de salida preparados antes de tener la base capturada. Estos cuadros deben contestar los objetivos principales del estudio (prevalencias de consumo, grupos más afectados, etc.) y a partir de ellos es necesario realizar los análisis estadísticos, para un mejor ejemplo el lector puede revisar el reporte estadístico de la encuesta de estudiantes del 2000 (Villatoro y cols. 2001; Villatoro y cols. 2002).

De manera global, es importante obtener las prevalencias de consumo con sus intervalos de confianza. Las prevalencias deben obtenerse con base en la estratificación de la muestra, con objeto de que el análisis corresponda con el diseño del estudio. Debido a que regularmente estos estudios se basan en muestras complejas, es necesario utilizar algún programa que permita analizar este tipo de muestreo (Stata, SUDAN o Complex Sampling). Si se sigue la metodología que se ha descrito, cuando el investigador realiza este análisis, debe considerar al grupo escolar como la principal variable de agrupamiento.

Adicionalmente, es factible realizar el análisis de diversas variables sociodemográficas y de su impacto sobre el consumo de sustancias. Estos análisis pueden ser inicialmente univariados (donde se usa principalmente la X^2 , o la t de Student), y también contemplarse algunos análisis multivariados, como la regresión logística o el modelamiento estructural de ecuaciones, en los que la variable dependiente o criterio regularmente es el consumo de alguna sustancia en particular (uso, no uso), o del consumo en general de cualquier droga, y los predictores son las variables sociodemográficas junto con los factores de riesgo y de protección que hayan sido evaluados en los adolescentes. Para realizar estos análisis es importante tener un número suficiente de casos (usuarios), de manera que los resultados no se sesguen por la baja representación de usuarios.

Para efectos del análisis estadístico, es conveniente que el investigador construya algunas variables según se indica en el anexo 2 y que deben instrumentarse con el programa de cómputo que use, directamente en la base de datos a partir de sumar, contar o crear índices de las variables del cuestionario.

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

Uno de los elementos importantes de estos estudios es la inclusión de reactivos que evalúen los distintos factores de riesgo y de protección en los que esté interesado el investigador.

La inclusión de las áreas de evaluación debe estar basada en dos aspectos importantes. Por un lado, el marco conceptual del cual se parte y que debe ser congruente con la visión que se tenga del problema. Los principales marcos conceptuales en los que se ha trabajado, son el de la conducta prosocial/antisocial (Hawkins y cols. 1992), el del síndrome de la conducta problemática (Newcomb y cols. 1992) o se tienen revisiones más amplias sobre el tema (Flay y cols, 1991; Petraitis, 1995). En México, los desarrollos conceptuales del tema se han basado principalmente en el trabajo de Medina-Mora (Medina-Mora y cols. 1995), quien integra y analiza en gran medida la visión planteada por Hawkins y cols (Hawkins y cols. 1992) y por Newcomb (Newcomb y cols. 1992).

Por otro lado, es necesario dar énfasis a los aspectos que se consideran en un programa de prevención, mismos que deben ser susceptibles de modificarse o cambiarse, aunque sea a largo plazo, especialmente aquellos relacionados con el individuo, ya que de otra forma el programa y sus acciones estarían condenadas al fracaso.

A partir de estos aspectos, en México se han venido utilizando principalmente tres grupos de indicadores de riesgo y protección en los diferentes estudios con estudiantes: El cuestionario INP-SEP, el DUSI-R y el Inventario de Factores de Riesgo-Protección INEPAR.

a) Cuestionario de Factores de Riesgo-Protección INP-SEP

En los estudios que se iniciaron desde 1976, el cuestionario que estas instituciones han utilizado cuenta con la evaluación de diferentes factores de riesgo y de protección. Las distintas escalas empleadas para ellos tienen adecuados índices de confiabilidad y validez, además de haber sido desarrolladas de manera específica para nuestro medio cultural.

El cuestionario consta de las siguientes secciones:

- a) Variables demográficas: sexo, edad, nivel y grado escolar; si fue estudiante de tiempo completo o no y si trabajó durante el último año.
- b) Percepción de Riesgo: conjunto de reactivos que pretende saber qué tan peligroso considera el adolescente que sea para la salud el consumir cigarros, marihuana, cocaína, inhalables, heroína o bebidas alcohólicas.
- c) Tolerancia social: conjunto de reactivos que pretende saber cómo verían sus familiares, maestros y amigos si él consumiera cigarros, marihuana, cocaína, inhalables, heroína, o bebidas alcohólicas. Los indicadores de las secciones b, c fueron previamente validados (Medina-Mora y cols. 1981).
- d) Preguntas de información sobre: disponibilidad de drogas, hábitos alimenticios (Unikel y cols. 2000), uso del tiempo, estrés (González-Forteza, 1997), actos antisociales (Juárez y cols. 1998), autoestima, ajuste social, ambiente familiar (Villatoro y cols. 1997), inseguridad social (Ramos Lira, 1992; Villatoro y cols. 1997), sexualidad (Fleiz y cols. 1999), depresión (Mariño y cols. 1993), ideación e intento suicida, relación con los profesores, apoyo social, rendimiento escolar, hábitos de estudio (López y cols. 1996) y nivel socioeconómico.

Se sugiere al lector consultar las fuentes originales para verificar los resultados específicos de validez. La persona interesada puede contactar a cualquiera de los autores para indagar cómo es posible obtener una copia de este instrumento.

b) El DUSI (Drug use screening inventory, versión revisada)

Centros de Integración Juvenil (CIJ, 1999; CIJ 2001) ha llevado a cabo diversos estudios de factores psicosociales relacionados con el consumo de drogas entre estudiantes de educación media básica, mediante

la aplicación de una versión española del DUSI-R, desarrollado por R. Tarter y cols. (Kirisci y cols. 1995; Tarter y cols. 1994).

El DUSI-R comprende 159 reactivos dicotómicos para la medición de la severidad de trastornos en diez áreas de ajuste psicosocial: uso de sustancias (síntomas de dependencia y tolerancia y trastornos ocasionados por el uso de sustancias, con base en criterios afines a los del DSM-III), problemas de conducta (aislamiento, agresividad, impulsividad y tendencia al acting-out), estado de salud (trastornos de salud, accidentes o lesiones y conductas de riesgo), trastornos psicológicos (ansiedad, depresión, rasgos neuróticos y psicopáticos y síntomas psicóticos), competencia social (timidez, baja asertividad, desconfianza, inseguridad), sistema familiar (antecedentes familiares de consumo de drogas y problemas legales; baja cohesión, reglas poco claras, límites rígidos entre subsistemas), desempeño escolar (bajo rendimiento escolar, inasistencia, problemas de conducta, poco interés por el estudio), ajuste laboral (problemas de desempeño laboral, baja motivación, conflictos laborales), redes sociales (aislamiento social y pertenencia a redes sociales “desviantes”), actividades recreativas (uso inadecuado del tiempo libre, incluyendo el uso de drogas con fines recreativos). Adicionalmente, cuenta con una escala para valorar la veracidad de la información proporcionada. Los datos obtenidos con estudiantes de secundaria, de manera global y por escala, indican un nivel aceptable de confiabilidad para la mayoría de las áreas; la confiabilidad de la escala global es mayor de 0.9.

Las calificaciones del DUSI-R permiten calcular tres índices de severidad: global, por área y relativo. El índice de severidad global ofrece un indicador del desempeño general del sujeto, dividiendo el total de respuestas afirmativas obtenidas, entre el total de reactivos, por diez. Los índices de severidad por área se obtienen dividiendo el número de respuestas afirmativas en cada área entre el número de preguntas correspondiente, multiplicado por diez. Finalmente, el índice relativo resulta de dividir el número de respuestas afirmativas en cada área entre el total de preguntas de la prueba, multiplicado por cien para obtener porcentajes que indican la aportación relativa de los trastornos prevaletentes en cada dominio al índice de severidad global.

La persona interesada puede escribir a la dirección investigación@cij.gob.mx para indagar cómo es posible obtener una copia de este instrumento.

c) Inventario de Factores de Riesgo- Protección INEPAR

El Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos diseñó en 1989 un cuestionario que indaga sobre conductas de riesgo con base en un marco de referencia preventivo, que toma en cuenta la educación preventiva integral. Los datos de investigaciones en la ciudad de México y a nivel nacional habían informado sobre 33 indicadores básicos que diferencian en forma significativa a los usuarios de droga de los no usuarios. El análisis de estos indicadores mostró la importancia de incluir en los cuestionarios de drogas otros aspectos de la vida de los niños, los adolescentes y los jóvenes, que pueden servir como indicadores del grado de involucramiento y también como factores de riesgo para determinar la probabilidad de que un estudiante que aún no consume pueda verse involucrado (Castro, 1990). Estos factores de riesgo han sido utilizados en la fase diagnóstica y de evaluación del Modelo Preventivo Chimalli, ampliamente difundido en México en escuelas, barrios, colonias y grupos especiales (Castro, 1997; Llanes y cols. 2000; Margain y cols. 2002) partiendo de la necesidad de diagnosticar localmente cada comunidad que se interviene con el fin de diseñar un plan de acción preventiva “ad hoc” a cada plan escolar y/o comunitario.

El estudio de factores de riesgo permite conocer la adversidad específica o los “estresores” a los que se enfrenta la población, para intervenir así “haciendo Resiliencia”, es decir ofreciendo habilidades y competencias que permitan enfrentar con éxito dicha adversidad (Kotliarenco y cols. 1997).

El cuestionario INEPAR tiene varias escalas con factores de riesgo ambientales e individuales en tres áreas fundamentales: actos antisociales, eventos negativos de la vida y estilos de vida. Algunas de estas conductas han demostrado valor predictivo alto y significativo para el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, y también para evaluar la efectividad de las intervenciones preventivas.

En cuanto a su validez y confiabilidad, en el estudio nacional con jóvenes de preparatoria abierta, (n=16,615), se obtuvieron los valores alfas para cada sección del IRPA, siendo de .90 en la escala de riesgo global, al igual que la sección que investiga uso de drogas alcohol y tabaco. La sección de deseabilidad social del inventario funciona como una escala de mentiras y se estandarizó para estudiantes mexicanos en 1985 en una muestra nacional (Margain y cols. 2002). El análisis de esta sección se utiliza para decidir sobre la influencia de factores de deseabilidad social. Los 26 factores que son considerados por el inventario tienen distintos grados de validez factorial y los reactivos tienen pesos factoriales mayores a .40.

Aunque el inventario investiga 119 conductas de riesgo, distribuidas en tres áreas básicas, para considerar una de esas como factor de riesgo significativo se requiere de una asociación predictiva con la conducta de consumo. En las investigaciones recientes con el IRPA se han encontrado 21 variables presentes en distintos tipos de muestras con valor predictivo (R^2 entre .49 y .51 y una correlación múltiple entre .66 y .78) (2)

Los interesados pueden pedir información a la siguiente dirección: ineparac@prodigy.net.mx

CONCLUSIONES

La realización de un estudio de esta naturaleza requiere de alta coordinación entre diversas instituciones, por lo menos de las áreas de salud y de educación. Además, es un esfuerzo importante por conocer no sólo la extensión del consumo de drogas, sino que ayuda también a evaluar el impacto de diversos indicadores sobre esta problemática, conocimiento que permitirá planear mejores medidas de prevención y políticas adecuadas para disminuir la problemática.

Por ello, el investigador o interesado en realizar el estudio, debe estar conciente de la necesidad de evaluar aspectos que sean sensibles de modificarse para lograr un impacto en las medidas preventivas planteadas.

Los costos derivados de un estudio de esta naturaleza son menores a los de una encuesta de hogares, pero no dejan de ser altos, por lo que es necesario aprovechar lo mejor posible los resultados que de él se obtengan, con objeto de retroalimentar mejor los sistemas o programas de prevención disponibles. Inclusive debe evaluarse la posibilidad de realimentar a los estudiantes y a las escuelas participantes lo antes posible, con objeto de lograr un mayor impacto en la prevención que se desea realizar.

REFERENCIAS

1. Castro ME (1990) "Indicadores de riesgo para el consumo problemático de drogas en jóvenes estudiantes. Aplicaciones y atención primaria en el plantel". Salud Pública de México, 32 (3), México.
2. Castro ME, Llanes J, Gally, N, Bonifaz R, Casco M. (1997) Chimalli. Modelo preventivo de Riesgos psicosociales en la adolescencia. Libro del conductor, libro del Joven. Editorial PAX México.
3. Centros de Integración Juvenil, Subdirección de Investigación. Ajuste psicosocial y consumo de drogas. México, CIJ, Informe de Investigación 97-27, 1999.
4. Centros de Integración Juvenil, Subdirección de Investigación. Prevalencia del consumo de drogas y factores psicosociales asociados entre estudiantes de educación media básica del estado de Nuevo León. México, CIJ, Informe de Investigación 01-PA 01, 2001.
5. Flay, B. y Petraitis, J. (1991). Methodological Issues in Drug Use Prevention Research: Theoretical Foundations. In CG. Leukefeld (Ed.). Drug Abuse Prevention Intervention Research: Methodological Issues. pp 81-109. Washington DC.
6. Fleiz, C., Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Alcántar, EN., Navarro, C., Blanco, J. (1999). Conducta sexual en estudiantes de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 22, 4: 14-19.
7. González-Forteza, C., Villatoro, J., Medina-Mora, ME., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S. y Rojas, E. (1997). Indicadores sociodemográficos de riesgo de estrés psicosocial en estudiantes de educación media y media superior en la República Mexicana. *Salud Mental*, 20, 4:1-7
8. Hawkins. J. Catalano, R. y Miller, J. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*. 112, 1:64-105.
9. Juárez, F., Medina-Mora, ME., Berenzon, S., Villatoro, J., Carreño, S., López, E., Galván, J. y Rojas, E. (1998). Antisocial behavior: its relation to selected sociodemographic variables and alcohol and drug use among mexican students. *Substance Use and Misuse.*, 33, 7:1437-1459.
10. Kirisci L, Mezzich A, Tarter R. Norms and sensitivity of the adolescent version of the Drug Use Screening Inventory. *Addictive Behaviors* 1995; 20(2): 149-157.
11. Kotliarenco, M.A., Cáceres I., Fontecillas M. (1997) Estado del Arte en Resiliencia, OPS.
12. Llanes J., Castro ME., Margain M. (2000) "Protección de la comunidad ante adicciones y violencia. Estrategias de intervención. Chimalli. Modelo preventivo de riesgos psicosociales." Editorial PAX México.
13. López, E., Villatoro, J., Medina-Mora, ME. y Juárez, F. (1996). Autopercepción del rendimiento académico en estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*. 13, 1:37-47.
14. Margain M., Castro ME., Llanes J., (2002) Aprendiendo a pasarla bien. Libro del conductor. Estrategias de intervención para la escuela primaria. Chimalli Modelo preventivo de riesgos psicosociales. Editorial PAX México.
15. Mariño, M.C., Medina-Mora, M.E., Chaparro, J.J. y Gonzalez-Forteza, C. (1993). Confiabilidad y estructura factorial del CES-D en adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*. 10, 2:141-145
16. Medina-Mora, M.E., Gómez-Mont, F. y Campillo-Serrano, C. (1981). Validity and reliability of a high school drug use questionnaire among Mexican Students. *Bulletin on Narcotics*, 33, 4:67-76.
17. Medina-Mora, ME., Villatoro, J., López, E., Berenzon, S., Carreño, S. y Juárez, F. (1995) Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos. *Gaceta Médica de México*, 131, 4:383-393.
18. Newcomb, M.D. y Ortiz M.F. (1992). Multiple protective and risk factors for drug use and abuse: Cross-sectional and prospective findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 2:280-296.
19. Petraitis, J. Flay, BR y Miller TQ (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: *Organizing pieces in the puzzle*. *Psychological Bulletin* 117(1): 67-86.
20. Ramos Lira, L. (1992). Percepciones sobre la violencia y criminalidad en dos comunidades de la Ciudad de México. *Revista Mexicana de Psicología*, 9, 1, 59-66. Secretaría de Salud. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Encuesta Nacional de Adicciones. 1990.
21. Tarter R, Mezzich A, Kirisci L., Kaczynski N. Reliability of the Drug Use Screening Inventory among adolescent alcoholics. *Journal of Children and Adolescent Substance Abuse* 1994; 3: 25-36.
22. Unikel, C., Villatoro, J., Medina-Mora, ME., Fleiz, B., Alcántar, EN., Hernández, S. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *Revista de Investigación Clínica* 2000:52(2): 140-147.
23. Villatoro, J., Andrade-Palos, P., Fleiz, C., Medina-Mora, ME. y Reyes, I. (1997). La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar en adolescentes. *Salud Mental*, 20, 2:21-27
24. Villatoro, J., Domenech, M., Medina-Mora, M.E., Fresán, A. y Fleiz, C. (1997). Percepción de inseguridad social y su relación con el uso de drogas. *Revista Mexicana de Psicología*. 14, 2:105-112.
25. Villatoro, J., Medina-Mora, ME., Berenzon, S., Juárez, F., Rojas, E. y Carreño, S., (1998). Drug use pathways among high school students of Mexico. *Addiction* 93(10), 1577-1588.
26. Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Blanco, Villa, G., Martínez, M. y Fleiz, C. (2001). Encuestas de Consumo de Drogas de Estudiantes Disco Compacto (2). SEP- IMP. México.
27. Villatoro, JA., Medina-Mora, ME., Fleiz, C., Juárez, F. Berenzon, S. López, EK., Rojas, E. y Carreño, S. (1996): Factores que Predicen el Consumo de Drogas en los Estudiantes de Enseñanza Media y Media Superior de México. En: *La Psicología Social en México*. 6: 569-574.
28. Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Fleiz, C., Bermúdez, P., Castro, P. y Juárez, F. (2002). ¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes?. Resultados de la encuesta de estudiantes. Medición otoño del 2000. *Salud Mental*. 25(1): 43-54.

ANEXO 1 PREGUNTAS PROPUESTAS

Estimado lector:

Las versiones completas (para cada droga en especial) de las preguntas que aquí se muestran, pueden ser solicitadas en las direcciones electrónicas que se mencionan en la sección de indicadores.

Preguntas para drogas médicas

¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado	Sí	1
ANOTAR EL NOMBRE GENÉRICO DE LA DROGA MÉDICA para ANOTAR EL EFECTO DE LA DROGA	No	2
como ANOTAR NOMBRES COMUNES DE LA DROGA sin que un médico te lo recetara?		
En los últimos 12 meses, ¿has consumido ANOTAR EL NOMBRE GENÉRICO	Sí	1
DE LA DROGA MÉDICA sin que un médico te lo recetara?	No	2
	Nunca he usado tranquilizantes	3
En el último mes, ¿has consumido ANOTAR EL NOMBRE GENÉRICO DE LA DROGA MÉDICA	No	1
sin que un médico te lo recetara?	Sí, de 1 a 5 días	2
	Sí, de 6 a 19 días	3
	Sí, 20 días ó más	4
	Nunca he usado tranquilizantes	5
Escribe por favor el (los) nombre(s) del (los) ANOTAR EL (LOS) NOMBRE(S) GENÉRICO(S)	_____	
DE LA(S) DROGA(S) MÉDICA(S) que has tomado, sin que un médico te lo recete.	_____	
Anota tu respuesta en las líneas.	Nunca he usado tranquilizantes	00
¿Cuántas veces en tu vida has usado ANOTAR EL NOMBRE GENÉRICO DE LA DROGA MÉDICA,	1-2 veces	1
sin que un médico te lo recete?	3-5 veces	2
	6-10 veces	3
	11-49 veces	4
	50 o más veces	5
	Nunca he usado tranquilizantes	6
¿Hace cuánto tiempo usaste ANOTAR EL NOMBRE GENÉRICO DE LA DROGA MÉDICA	Hace menos de un mes	1
por primera vez sin que un médico te lo recetara?	De 2 a 6 meses	2
	De 7 a 12 meses	3
	Hace más de un año	4
	Nunca he usado tranquilizantes	5
¿Cuántos años tenías cuando usaste PONER EL NOMBRE	Menos de 6	1
GENÉRICO DE LA DROGA MÉDICA por primera vez	6 a 8 años	2
sin que un médico te lo recete?	9 a 10 años	3
(Encierra en un círculo la opción que corresponda)	11 años	4
	12 años	5
	14 años	7
	15 años	8
	16 años	9
	17 años	10
	18 años	11
	19 años	12
	20 años o más	13
	Nunca he usado tranquilizantes	14

Preguntas para drogas ilegales

¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado	Sí	1
ANOTAR NOMBRE DE LA DROGA ILEGAL? ¹	No	2
En los últimos 12 meses,	Sí	1
¿has consumido ANOTAR NOMBRE DE LA DROGA ILEGAL?	No	2
	Nunca he consumido (DROGA)	3
En el último mes, ¿has consumido ANOTAR NOMBRE DE LA DROGA ILEGAL?	No	1
	Sí, de 1 a 5 días	2
	Sí, de 6 a 19 días	3
	Sí, 20 días ó más	4
	Nunca he consumido (DROGA)	5

Escribe por favor el (los) nombre(s) de el(los) producto(s) que has usado	_____	□□□
Anota tu respuesta en la línea	_____	□□□
	Nunca he consumido (DROGA)	00
¿Cuántas veces en tu vida has usado ANOTAR NOMBRE DE LA DROGA ILEGAL?	1-2 veces	1
	3-5 veces	2
	6-10 veces	3
	11-49 veces	4
	50 o más veces	5
	Nunca he consumido (DROGA)	6
¿Hace cuánto tiempo usaste ANOTAR NOMBRE DE LA DROGA ILEGAL por primera vez?	Hace menos de un mes	1
	De 2 a 6 meses	2
	De 7 a 12 meses	3
	Hace más de un año	4
	Nunca he consumido (DROGA)	5
¿En qué lugar obtuviste ANOTAR NOMBRE DE LA DROGA ILEGAL por primera vez?	Nunca he usado (DROGA)	1
	En tu casa o en la de alguien más	2
	En la escuela	3
	En el trabajo	4
	En el club social	5
	En fiestas	6
	En un bar, cantina o discoteque	7
	En la calle o en un parque	8
	En otro lugar ESPECIFICA	9
19i. ¿Cómo has usado ANOTAR EL NOMBRE DE LA DROGA ILEGAL?	Fumada	1
	Inyectada	2
	Inhalada	3
	Tomada o tragada	4
	Nunca he consumido (DROGA)	5
¿Cuántos años tenías cuando usaste ANOTAR EL NOMBRE DE LA DROGA ILEGAL por primera vez?	Menos de 6	1
	6 a 8 años ...	2
	9 a 10 años	3
	11 años	4
	12 años	5
	13 años	6
(Encierra en un círculo la opción que corresponda)	14 años	7
	15 años	8
	16 años	9
	17 años	10
	18 años	11
	19 años	12
	20 años o más ...	13
	Nunca he consumido (DROGA)	14

- En el caso de alucinógenos e inhalables es importante poner ejemplos de estos tipos de drogas. Además, para inhalables hay que poner al final "para elevarte", lo que ayuda a distinguir el uso como droga, del uso para fines de algún trabajo. La pregunta en ese caso sería: ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado **inhalables** como thiner, activo, pegamento, pintura, cemento, etc. para elevarte?
- Agregar solo para cocaína y heroína.

Preguntas para alcohol

Ahora, quiséramos hacerte algunas preguntas sobre tus hábitos de consumo de bebidas alcohólicas

Alguna vez en tu vida has tomado una copa completa de alguna bebida alcohólica, como cerveza, vino, ron, "coolers", brandy, vodka o bebidas preparadas con este tipo de licores,	Sí	1
como "piña colada", o "medias de seda" ?	No	2

¿De cuál de las siguientes bebidas alcohólicas has tomado una copa completa? (Marca una respuesta para cada inciso).	Sí	No	Nunca he bebido alcohol
a) Vino (blanco, tinto, rosado)	1	2	3
b) Bebidas como "coolers," "viña real", etc.	1	2	3
c) Cerveza	1	2	3
d) Brandy, vodka, tequila, ron, whisky, etc.	1	2	3
e) Bebidas preparadas en lata como: "Presidencola", "Q-bitas"	1	2	3
f) Pulque	1	2	3
g) Alcohol puro o aguardiente	1	2	3

¿Qué edad tenías la primera vez que tomaste una copa completa de alguna de las bebidas anteriores?	Edad	_ _
	Nunca he tomado alcohol	1

¿Con qué frecuencia has tomado 5 o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?	Nunca en el último año	1
	Por lo menos 1 vez en el último año	2
	Una vez en el último mes	3
	De dos a tres veces en el último mes	4
	Una o más veces en la última semana	5
	No bebo alcohol	6

¿Con qué frecuencia te has emborrachado?	Nunca en el último año	1
	Por lo menos 1 vez en el último año	2
	Una vez en el último mes	3
	De dos a tres veces en el último mes	4
	Una o más veces en la última semana	5
	No bebo alcohol	6

¿Con qué frecuencia tomaste en el último año , 1 o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión? (cerveza, brandy, ron, vodka, pulque, etc.)	Menos de una vez en el último año	1
	De 1 a 2 veces en el último año	2
	De 3 a 11 veces en el último año	3
	De 1 a 3 veces en el último mes	4
	Una o más veces en la última semana	5
	No bebo alcohol	6

¿Con qué frecuencia en el último mes tomaste una copa completa de bebidas alcohólicas como cerveza, vino, brandy, ron, tequila, vodka o bebidas preparadas con este tipo de licores como "piña colada", o "medias de seda"?	Nunca en el último mes	1
	Una vez en el último mes	2
	De dos a tres veces en el último mes	3
	Una o más veces en la última semana	4
	No bebo alcohol	5

Preguntas para tabaco

Ahora te haremos unas preguntas sobre el uso de tabaco, por favor no dejes en blanco ninguna pregunta

¿Has fumado tabaco alguna vez en tu vida?	Sí	1
	No	2

En los últimos 12 meses, ¿has fumado tabaco ?	Sí	1
	No	2
	Nunca he fumado tabaco	3

En los últimos 30 días, ¿has fumado tabaco ?	No	1
	Sí, de 1 a 5 días	2
	Sí, de 6 a 19 días	3
	Sí, 20 días o más	4
	Nunca he fumado tabaco	5

En toda tu vida ¿Has fumado más de 100 cigarros, es decir, más de 5 cajetillas?	Sí1	No2	Nunca he fumado tabaco00
¿Cuántos años tenías cuando fumaste tabaco por primera vez? (Encierra en un círculo la opción que corresponda)	Menos de 6 1	6 a 8 años 2	9 a 10 años 3
	11 años 4	12 años 5	13 años 6
	14 años 7	15 años 8	16 años 9
	17 años 10	18 años 11	19 años 12
	20 años o más 13	Nunca he fumado tabaco 14	
¿Con qué frecuencia fumas o fumabas cigarrillos?	Diaria1	Semanal2	Mensual3
	Ocasional4	Al menos una vez al año5	Nunca he fumado tabaco6
¿Cuántos cigarros fumas al día?	1 a 15 cigarrillos diarios1	16 a 25 cigarrillos diarios2	26 o más cigarrillos diarios3
	No fumo diario4	Nunca he fumado tabaco5	
¿En qué momento del día fumas más?	En las mañanas1	En las tardes o al anochecer2	No fumo diario3
	Nunca he fumado tabaco4		
¿Cuánto tiempo tardas en prender tu primer cigarro después de despertarte?	30 minutos o menos1	Mas de 30 minutos2	No fumo diario5
	Nunca he fumado tabaco6		
¿Cuál es el cigarrillo que menos te gustaría perderte en el día?	El de la mañana1	Otro2	No fumo diario3
	Nunca he fumado tabaco4		
¿Es difícil abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido? (Iglesias, bibliotecas, cines, secciones de no fumar en restaurantes u oficinas)	Sí1	No2	No fumo diario3
	Nunca he fumado tabaco4		
Cuando te enfermas y tiene que permanecer en cama ¿fumas?	Sí1	No2	Nunca he fumado tabaco3
¿Alguna vez has intentado dejar de fumar?	Sí1	No2	Nunca he fumado tabaco3
De las personas que conviven a diario contigo ¿Cuántas de ellos fuman? (Da tu mejor aproximación)	a) En el interior de tu casa _ _	b) En el salón de clases _ _	
<i>Si nadie fuma anota 00 en los recuadros</i>			

ANEXO 2 INSTRUMENTACIÓN DE LAS VARIABLES DE ANÁLISIS

A) CONSUMO DE CUALQUIER DROGA

Se refiere al consumo de sustancias psicoactivas, sin importar el tipo de sustancia, con exclusión de tabaco o alcohol. Para crear esta variable utilizando el programa SPSS, se puede usar las instrucciones *count* y *recode* juntas para obtener tanto el número de sustancias que se consumen y si se consume o no alguna de las drogas. Otros paquetes tienen disponible la instrucción *IF*, que permite verificar si en alguna de las variables de consumo se contestó afirmativamente, en cuyo caso se crea una nueva variable que indique que sí hay consumo en ese caso.

B) CONSUMO DE DROGAS MÉDICAS

Es igual a la anterior, sólo que este indicador se construye únicamente considerando el consumo de opiáceos, tranquilizantes, sedantes y anfetaminas.

C) CONSUMO DE DROGAS ILEGALES

Es igual a la anterior, sólo que este indicador se construye únicamente considerando el consumo de marihuana, cocaína, hoja de cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, heroína y metanfetaminas.

D) POLIUSO

Esta variable se puede derivar directamente de la anterior si se hace un conteo del número de sustancias consumidas (sin incluir tabaco ni alcohol). Para ello, es necesario recodificar de manera que 0 = no usuario, 1 = monousuario (ha consumido sólo una sustancia) y 2 = poliusuario (ha consumido dos o más sustancias diferentes).

E) TIPO DE USUARIO

Esta variable permitirá distinguir entre los usuarios que sólo han experimentado con la droga de mayor consumo (haberla probado en no más de cinco ocasiones) y aquellos que la consumen regularmente (haberla probado en más de cinco ocasiones) (Medina-Mora, Villatoro, Berenzon, *et al* 1995).

Para crear esta variable es necesario que se analice el número de veces que se reporta haber utilizado cada droga, de manera que se tengan como valores previos a la variable final indicadores que contengan el número de veces que ha probado la droga de mayor consumo y entonces pueda recodificar los valores asignando 1 para usuario experimental (probar la droga de mayor consumo de una a cinco veces), 2 para usuario regular (probar la droga de mayor consumo en más de cinco ocasiones) y 3 para no usuario.

F) ABUSO DE ALCOHOL

Esta variable está definida por el consumo de cinco o más copas en el último mes en una sola ocasión. Sólo se requiere recodificar el indicador correspondiente, de manera que 1 = abusó en el último mes, 2 = no abusó en el último mes y 3 = no consume alcohol.

3.4

Registro y estudio de casos en centros de tratamiento especializado

David Bruno Díaz-Negrete SUBDIRECTOR DE INVESTIGACIÓN. CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL investigacion@cij.gob.mx

Ricardo Sánchez-Huesca DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA. CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL

Víctor Manuel Guisa-Cruz DIRECTOR GENERAL. CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL

La recepción de usuarios de sustancias en programas de tratamiento especializado constituye una valiosa oportunidad para conocer información sobre la forma y tendencias del consumo de sustancias. En Centros de Integración Juvenil se ha llevado a cabo desde hace más de 20 años el registro completo y sistemático de casos de usuarios de drogas solicitantes de los servicios institucionales de tratamiento, con datos comparables a partir de 1990 (CIJ, 1990-2001).

El registro y estudio de casos atendidos en tratamiento permite obtener información que complementa la de encuestas y otros estudios, analizar las implicaciones clínicas y sociales del abuso y dependencia de drogas, y llevar a cabo estudios acerca de las alternativas terapéuticas para enfrentar el problema.

Además del registro de indicadores básicos, es posible analizar indicadores cuya inclusión en estudios con otras poblaciones resulta compleja y costosa; entre ellos se puede citar el registro pormenorizado de problemas emergentes (uso de nuevas sustancias, en particular de drogas que no forman parte de las sustancias de "entrada", y nuevas formas de uso combinado); el examen a detalle del patrón de consumo (frecuencia, dosis, vías de administración, episodios de intoxicación aguda, etc.), de la trayectoria del uso de sustancias y de las circunstancias que lo rodean (motivos y disparadores del consumo, obtención de drogas, sitios de consumo); la presencia de trastornos comórbiles y de problemas de ajuste o legales asociados, antecedentes de tratamiento y así sucesivamente.

El estudio de casos puede llevarse a cabo mediante métodos cuantitativos, o bien, con base en métodos cualitativos mediante estudios de caso y a profundidad.

A pesar de las ventajas que ofrece, la información obtenida en centros de tratamiento especializado no puede ser extrapolada a otros grupos o poblaciones, debido a que se limita al registro de eventos o casos determinados por la solicitud de servicios en las unidades donde se lleva el registro. Esto conlleva sesgos relacionados con las características del servicio, de la población de usuarios habituales del mismo y del propio consumo de drogas, su evolución y problemas asociados, factores que impiden generalizar los resultados a la población general o inclusive a la población de la que proceden los casos (Medina-Mora, 1998).

La información se puede levantar de manera continua con todos los solicitantes de tratamiento o con muestras representativas, de preferencia en la fase inicial del tratamiento debido a la baja adherencia terapéutica del paciente adicto. Se pueden utilizar cédulas preparadas *ex profeso* (autoaplicables o con base en entrevistas semiestructuradas) o bien, tomar información directamente de expediente clínico, como fuente para una posterior integración de datos.

En general, es recomendable evitar la duplicidad de datos, a través del registro de casos y no de eventos (ingresos), y procurar que sea el propio personal responsable de la recepción de pacientes quien realice la indagación y el registro de información.

La perspectiva a futuro es que este sistema aporte información de aspectos como capacidad instalada de servicios para satisfacer la demanda de atención, periodo que transcurre entre el inicio del consumo y la demanda de tratamiento, y sobre los caminos que llevan a la búsqueda del mismo. Esta información sería de gran utilidad para mejorar estrategias en materia de cobertura de atención, detección oportuna, referencia y tratamiento.

Los indicadores básicos comprenden edad, sexo, uso de sustancias *alguna vez en la vida*, *últimos 12 meses* y *últimos treinta días*, y edad de inicio del consumo. El registro de la **edad** permite identificar grupos de riesgo y ubicar los patrones de consumo a lo largo del ciclo vital. El del **sexo** responde a la necesidad de desarrollar una perspectiva de género en el estudio de las adicciones. Los datos de **uso de sustancias alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses** —por sustancia o grupo de sustancias (ver Anexo), incluyendo tabaco, alcohol, drogas ilícitas y sustancias con utilidad médica usadas fuera de prescripción— constituyen referentes útiles para explorar la accesibilidad de sustancias y las tendencias de su uso, aunque no discriminan entre usuarios frecuentes y experimentadores. El uso de sustancias en los **30 días previos**, igualmente por sustancia o grupo de sustancias, representa un mejor referente de los usuarios frecuentes y activos. Finalmente, el registro de la **edad de inicio** del consumo, en general o por sustancia, permite identificar grupos de riesgo y constituye un predictor confiable de la severidad y curso posible del problema.¹

Para el estudio *in extenso* del uso de sustancias pueden considerarse las siguientes variables sociodemográficas y de consumo (se recomienda aplicar las categorías señaladas entre paréntesis, a fin de generar datos homogéneos y comparables):

Escolaridad (sin estudios [no sabe leer ni escribir], sin estudios [sabe leer y escribir], primaria, secundaria, estudios técnicos o comerciales, bachillerato, estudios profesionales, estudios de posgrado). Este dato puede reflejar la existencia de recursos del paciente para el tratamiento; en consecuencia, puede tener valor pronóstico y sirve para la formulación de indicaciones terapéuticas.

Principal ocupación (estudiante de tiempo completo, estudiante con actividad laboral [especificar], actividad laboral estable [un año o más en el empleo o actividad actual; especificar], actividad laboral reciente u ocasional [menos de un año en el empleo o actividad actual; especificar], sin ocupación [no buscó empleo en el último mes], desempleado [buscó empleo en el último mes], tareas del hogar). Es un referente útil para identificar posibles riesgos laborales y valorar la capacidad de ajuste y de recursos para el tratamiento y rehabilitación.

Estado civil (soltero, casado, en unión libre, separado, divorciado y viudo). Valioso para identificar recursos de apoyo para el tratamiento y base para indagar factores familiares relacionados con el problema.

Motivo de consulta (voluntariamente y por propia iniciativa, por condicionamiento o recomendación familiar, escolar o laboral, por condicionamiento legal, por indicación médica, otros motivos [especificar]). Provechoso para establecer un pronóstico de adherencia terapéutica, así como identificar situaciones de “reversión de la perspectiva” que encubran la ausencia real de demanda, y posibles recursos de apoyo.

Drogas de inicio y de uso subsecuente, es importante que se precise el año de inicio de cada sustancia o grupo de sustancias. Dato útil para identificar drogas de “entrada”, el impacto de la accesibilidad de sustancias distribuida en el tiempo, indagar la existencia de posibles “brotes” o problemas emergentes, la trayectoria del uso de sustancias y el riesgo de utilizar determinadas sustancias asociado al uso previo de otras.

Ocasiones de consumo de cada sustancia o grupo de sustancias, estableciendo como punto de corte entre “uso experimental” y “no experimental”, el uso en menos de 10 ocasiones en la vida y 10 o más veces.

Frecuencia promedio de uso de sustancias utilizadas en los 12 meses anteriores (de una a cinco veces en el año, de seis a once veces en el año, de una a tres veces al mes, de una a tres veces a la semana y cuatro o más veces a la semana o diario). Indicador adecuado para evaluar la intensidad del problema y caracterizar el patrón de consumo por sustancia.

1 Se recomienda que el registro del uso de sustancias incluya espacios abiertos para la anotación de los nombres de las sustancias utilizadas (tanto los nombres populares, como las marcas comerciales).

Vías de administración de drogas usadas en los últimos 12 meses (fumada, inhalada, inyectada, ingerida, en mucosa nasal [aspirada], en otras mucosas [especificar], cutánea y otras). Indica la existencia de riesgo de enfermedades infecto-contagiosas asociadas (VIH, hepatitis C) y ayuda a evaluar el efecto farmacodinámico de la autoadministración de sustancias, según el tipo de absorción.

Ocasión del **último consumo** por sustancia utilizada en los últimos 12 meses (mismo día o anterior, de dos a siete días, de ocho a 30 días y más de 30 días). Permite estimar tasas de uso mensual, semanal y diario.

Droga de mayor impacto en los últimos 12 meses (sustancia que, según la percepción del propio solicitante de tratamiento, le ha ocasionado más problemas de salud y en los ámbitos familiar, escolar, laboral o social). Permite valorar efectos atribuibles a las distintas sustancias.

Droga de preferencia en los últimos 12 meses (sustancia que, por sus efectos, resulta de la preferencia del sujeto solicitante de tratamiento). Dato útil para explorar los motivos del consumo.

Consumo de dos o más drogas en el transcurso de un mismo día (considerando alcohol, drogas ilícitas o con utilidad médica utilizadas fuera de prescripción), en los últimos 12 meses y 30 días. Permite identificar policonsumo y combinaciones frecuentes (p.e., speedball, cocaína y marihuana, cocaína, alcohol y Rohypnol) lo cual contribuye a precisar el patrón de uso e identificar riesgos asociados.

Como se ha señalado, la atención de usuarios de drogas en centros de tratamiento especializado ofrece la oportunidad de profundizar en el estudio de factores clínicos y psicosociales asociados. Para ello se pueden señalar —a manera de ejemplos que no pretenden agotar las posibilidades existentes— diversas alternativas e instrumentos.

Una alternativa es la exploración diagnóstica pormenorizada y el estudio de casos, a través de entrevistas abiertas y estructuradas (Othmer y cols. 1996; Kernberg, 1987), así como de la aplicación de pruebas e instrumentos estandarizados para el diagnóstico de trastornos y la valoración de rasgos de personalidad, alteraciones neuropsicológicas y funciones superiores (atención, memoria, lenguaje, coordinación visoespacial, inteligencia, etc.). La posibilidad de obtener información comparable recomienda la utilización, para fines diagnósticos, de la Composite International Diagnostic Interview, basada en criterios del DSM-IV y de la ICD 10 (Who, 1991).

En cuanto a trastornos comórbidos, debe destacarse el estudio de trastornos psiquiátricos diversos, como depresión, trastornos de personalidad, por ansiedad y psicóticos, entre otros (Heather y cols. 1998) y la identificación de trastornos cerebrales, cardiovasculares, pulmonares y, en general, de aparatos y sistemas, entre usuarios distribuidos por género, grupo de edad, drogas de consumo u otros criterios de interés. Entre usuarios por vía intravenosa conviene determinar la prevalencia de enfermedades infecto-contagiosas como VIH, SIDA y hepatitis C.

El estudio de conductas antisociales y delictivas, trastornos de salud y accidentes asociados, antecedentes de tratamiento e impacto económico del problema, puede arrojar indicadores útiles para evaluar el costo social de la enfermedad, mientras que la aplicación de instrumentos como el Ces-D, el DUSI-R, el POSIT y otros que han sido probados con población mexicana, permite identificar la necesidad de una valoración clínica más amplia y evaluar la severidad de trastornos psicológicos y psicosociales, así como su asociación con el uso de drogas en distintas fases de su desarrollo (Mariño y cols. 1993; Hernández y cols. 2001; Mariño y cols. 1998).

El estudio de factores asociados puede contribuir a identificar factores de riesgo y relacionados con la transición del uso al abuso y a la dependencia, lo mismo que daños y consecuencias atribuibles al consumo (Hawkins y cols. 1992; Spooner, 1999).

La utilización de instrumentos como el ASI (McLellan y cols. 1988), AUDIT (De la Fuente y cols. 1992) y Fagerström (Sansores y cols. 1999) para evaluar la intensidad del uso de sustancias e identificar dependencia propiamente dicha, puede acompañar la exploración y el análisis de motivos de uso y de factores desencadenantes del *craving*, así como de síntomas específicos de intoxicación aguda, abstinencia y residuales, por sustancias o grupos de sustancias (CIJ, 1997).

Por su parte, el estudio de variables familiares permitiría explorar factores de estructura y dinámica familiar asociados y la existencia de mecanismos de agregación y transmisión familiar del consumo de sustancias (Ripple y cols. 1996).

Finalmente, existe la posibilidad de llevar a cabo investigaciones en materia de psicoterapia (Poch y cols. 1998) y de evaluación de proceso, resultados, impacto y costo-efectividad del tratamiento (Who, 2000), así como estudios para desarrollar y probar modelos de atención terapéutica y psicoterapéutica, mediante ensayos clínicos aleatorizados, estudios con grupo de comparación o de tratamientos paradigmáticos, diseños factoriales y otros diseños que garanticen la validez interna y externa de los resultados

REFERENCIAS

1. Centros de Integración Juvenil, Subdirección de Investigación. Estudios epidemiológicos del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en CIJ, 1990-2001. México, CIJ
2. Medina Mora ME. Manual para elaborar el diagnóstico situacional de las adicciones. Consejo Nacional contra las Adicciones, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, México 1998.
3. Othmer E y Othmer SC. DSM-IV, La entrevista clínica, Tomo I: Fundamentos. Barcelona, Masson 1996.
4. Kernberg OF. Trastornos graves de la personalidad. México, Manual Moderno 1987.
5. World Health Organization. Composite International Diagnostic Interview, Version 1.0. Ginebra, World Health Organization, 1991.
6. Heather N y Gilvarry E (eds.). Special Issue: Comorbidity across the addictions, 1998. Addictive Behaviors 23 (6)
7. Mariño MC, Medina-Mora ME, Chaparro JJ y González-Forteza C. (1993). Confiabilidad y estructura factorial del Ces-D en una muestra de adolescentes mexicanos. Revista Mexicana de Psicología Social 10 (2): 141-145.
8. Romero-Hernández MS, Díaz-Negrete DB, Balanzario-Lorenzana MC. Trastornos de ajuste psicosocial entre usuarios de drogas que concluyeron tratamiento en CIJ. Centros de Integración Juvenil, Informe de investigación 00-10, México, 2001.
9. Mariño MC, González-Forteza C, Andrade P, Medina-Mora ME (1998). Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas. Salud Mental 21 (1): 27-36.
10. Hawkins JD, Catalano RF y Miller JY (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. Psychological Bulletin 112 (1): 64-105.
11. Spooner C (1999). Causes and correlates of adolescent drug abuse and implications for treatment. Drug & Alcohol Review 18 (4): 453-475.
12. McLellan AT, Luborsky L, Cacciola *et al*. Guide to the Addiction Severity Index: Background, administration, and field testing results. US Department of Health and Human Services, Rockville, Maryland, 1988.
13. De la Fuente JR y Kersenobich O (1992) El alcoholismo como problema médico. Revista de la Facultad de Medicina 35 (2): 47-51.
14. Sansores RH y Espinosa MA. Manual del programa cognitivo-conductual de la Clínica para Dejar de Fumar. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, México, 1999.
15. Centros de Integración Juvenil, Dirección de Tratamiento y Rehabilitación. Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos. México, CIJ, 1997.
16. Ripple CH y Luthar SL (1996). Familial factors in illicit drug abuse: An interdisciplinary perspective. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse 22 (2): 147-172.
17. Poch J y Ávila-Espada A. Investigación en psicoterapia. Barcelona, Paidós 1998.
18. World Health Organization. Evaluation of psychoactive substance use disorder treatment. World Health Organization, Ginebra, 2000.

ANEXO

Catálogo para el registro del consumo de sustancias o de grupo de sustancias en CIJ

Integrado en la Dirección de Investigación y Enseñanza de CIJ, con base en catálogos y sistemas de clasificación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, CIJ y el Consejo Nacional contra las Adicciones. Actualmente se encuentra en prueba piloto un formato de registro elaborado con base en este catálogo.

1.- Tabaco

2.- Bebidas alcohólicas

- 2.1 De baja concentración
- 2.2 De alta concentración
- 2.3 Alcohol de 96°
- 2.4 De producción ilegal

3.- Cannabis

- 3.1 Marihuana
- 3.2 Hachís (resina)
- 3.3 Hachís (aceite)

4.- Cocaína

- 4.1 Cocaína
- 4.2 Crack
- 4.3 Otros tipos

5.- Estimulantes

- 5.1 Anfetaminas
- 5.2 Sustancias anoréxicas
- 5.3 Metanfetamina
- 5.4 MDMA (éxtasis)
- 5.5 Estimulantes herbáceos
- 5.6 Nitritos de alquilo
- 5.7 Otros

6.- Inhalables

- 6.1 Solventes y removedores
- 6.2 Pegamentos y cementos
- 6.3 Esmaltes y pinturas
- 6.4 Gasolinas y combustibles
- 6.5 Otros

7.- Alucinógenos y drogas disociativas

- 7.1 De origen natural
- 7.2 LSD
- 7.3 Fenilciclidina (PCP)
- 7.4 DMT y análogos
- 7.5 DOM y análogos
- 7.6 Ketamina
- 7.7 Otros

8.- Ansiolíticos y sedantes

- 8.1 Benzodiazepinas
- 8.2 Rohypnol
- 8.3 Barbitúricos
- 8.4 Sedantes hipnóticos
- 8.5 GHB
- 8.6 Otros

9.- Opiáceos

- 9.1 Opio
- 9.2 Morfina
- 9.3 De origen natural
- 9.4 Heroína blanca
- 9.5 Heroína negra
- 9.6 Sintéticos

10.- Otras sustancias

- 10.1 Anticolinérgicos
- 10.2 Antiespasmódicos
- 10.3 Antiparkinsonianos
- 10.4 Antiepilépticos
- 10.5 Antidepresivos
- 10.6 Antipsicóticos
- 10.7 Antihistamínicos
- 10.8 Esteroides anabólicos
- 10.9 Sustancias no especificadas

3.5

Estudios sobre consumo de *alcohol* y otras drogas en los servicios de urgencias

Guilherme Borges INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA, UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA.

Desde 1915, se han llevado a cabo estudios en salas de urgencia relacionados con el consumo de alcohol (Roizen, 1989). A partir de los estudios de C. Cherpitel, a mediados de los ochenta (1988) se puede decir que existe una metodología epidemiológica uniforme para realizar estos estudios. En México tenemos ya amplia experiencia en realizar estas investigaciones, con ejemplos en la Ciudad de México (Borges y Rosovsky, 1998), Acapulco (Borges y cols., 1996), Pachuca (Borges y cols., 1998) y más recientemente en la Ciudad de México (Borges y cols., 2002). Esta metodología fue desarrollada inicialmente para estudiar el papel del consumo de alcohol en los ingresos a los servicios de urgencia, ya que inicialmente sólo se hacían mediciones más limitadas del uso de otras drogas.

Tal cual fue planteada originalmente, la metodología básica consta de los siguientes elementos:

- 1) Se incluye a todos los pacientes, cuyas edades pueden variar según el estudio particular, que solicitan ser atendidos por primera vez en los servicios de urgencias, debido a una urgencia médica o traumatismo. Se excluye a personas con trastornos psiquiátricos severos y aquellas que reingresan a los servicios de urgencia para alguna consulta de seguimiento en el transcurso del trabajo de campo.
- 2) Se recomienda utilizar a un equipo de investigación externo formado por supervisores y entrevistadores, por lo general médicos, enfermeras y psicólogos, o entrevistadores profesionales especialmente entrenados en el manejo de los instrumentos.
- 3) Se trabaja durante las 24 horas en que se proporciona el servicio, durante los siete días de la semana, para garantizar una muestra que incluya a todos los tipos de pacientes e igual representación de consumo de alcohol (o drogas), que se sabe varía de acuerdo al día de la semana y a la hora del día.
- 4) Después de que los pacientes dan su consentimiento informado al equipo de investigación, todos son entrevistados y se les solicita una muestra de especímenes biológicos, por lo general una muestra de aliento, aunque se han utilizado también muestras de sangre, orina o saliva.

El alcosensor para medir el nivel de alcohol por medio del aliento, se aplica cuando no han transcurrido más de seis horas desde el accidente y el momento del ingreso del paciente al servicio de urgencia. Muestras de orina o de saliva se han utilizado ya para determinar presencia de drogas. Enseguida, se aplica un cuestionario en entrevista individual cara a cara.

En caso de que el sujeto se encuentre en estado crítico o que el equipo médico estuviera realizando alguna intervención delicada, se pospone la entrevista hasta que el paciente se estabilice. Todas las entrevistas se realizan al interior de los hospitales.

Por medio del cuestionario se obtiene información sociodemográfica así como datos sobre el motivo de ingreso o consulta a los servicios de urgencia. Además de estos datos generales, el cuestionario incluye una muy detallada sección sobre el consumo de alcohol, que se obtiene para las seis horas previas al accidente o problema médico, información sobre el consumo habitual en los últimos 12 meses y, actualmente, se han agregado también una serie de escalas para medir la dependencia y el consumo riesgoso de alcohol y drogas.

- 5) Tradicionalmente la población se divide en pacientes que acuden debido a una urgencia médica (por ejemplo, por dolores, sangrado del tubo digestivo, diarrea, etc.) y en quienes acudieron por algún accidente, mordedura, envenenamiento o lesiones intencionales (por ejemplo, accidente de vehículo de motor, caídas de caballo, intoxicación por sustancias, riñas, etc.).

Existe también una metodología establecida en los Estados Unidos, por medio del Drug Abuse Network System- DAWN, y en México, por el SRID y el SISVEA, para monitorear la situación y el impacto del uso de drogas en los servicios médicos de urgencia y de procuración de justicia, lo que permite estimar los episodios de urgencia que se relacionan con el uso de drogas. Sin embargo, se ha planteado que estos sistemas pueden estar subestimando dichos casos, debido a que sólo incluyen a los pacientes en los que el episodio está **directamente** relacionado con el uso de drogas y es el motivo de ingreso primario a los servicios de urgencia (Brookoff, 1993).

Por otro lado, existen actualmente una serie de estudios que reportan la prevalencia del uso de sustancias entre pacientes al momento de consultar con los servicios de urgencia (el Guebaly y cols., 1998), pero la mayoría de ellos no utiliza muestras representativas de pacientes o no reportan el uso de un rango importante de sustancias entre diferentes tipos de pacientes, causas y tipos de accidentes (Buchfuhrer and Radecki, 1996; Fuller y cols., 1995; Kolakowsky-Hayner y cols., 1999; Lindenbaum y cols., 1989; Rivara y cols., 1989; Sloan y cols., 1989; Soderstrom y cols., 1988; Stoduto y cols., 1993).

Por lo tanto, los resultados de estos estudios son limitados por el pequeño tamaño muestral de los pacientes o porque sólo se selecciona a un número limitado de sujetos, utilizando procedimientos poco explícitos que restan validez y generabilidad a los resultados. Muchas veces, sólo se obtienen muestras biológicas (por lo general sanguíneas) a un número limitado de sujetos, no necesariamente representativos de todos los pacientes que acuden a consulta.

Como se mencionó antes, los estudios más consistentes metodológicamente en esta área, se plantearon originalmente en torno al papel del consumo de alcohol en las urgencias médicas y traumáticas. Sin embargo, existen ya varias referencias que han usado esta metodología para estudiar el papel de las drogas de uso ilícito y las drogas medicamentosas en los servicios de urgencia (Macdonald y cols., 1999). Recientemente, C. Cherpitel y G. Borges (2002) publicaron un trabajo que se enfoca específicamente sobre el consumo de drogas en los servicios de urgencia, haciendo uso de la metodología general arriba descrita para estudiar el papel del alcohol en los mismos servicios.

En fecha reciente, estos dos autores sometieron al National Institute on Drug Abuse (NIDA) una propuesta de investigación sobre consumo de drogas y su impacto en servicios de urgencia en las ciudades de Santa Clara y El Paso (Estados Unidos) y Ciudad de México y Juárez (México). En ella, los citados investigadores hacen algunas modificaciones para tratar con más énfasis el impacto de las drogas.

Éstas tienen que ver básicamente con la recolección de muestras de saliva para determinar, por lo menos, presencia de marihuana, cocaína, opiáceos y anfetaminas. La determinación de saliva permite obtener resultados positivos desde cuatro horas después de la ingestión de la sustancia hasta tres días después. Finalmente, se ha modificado el cuestionario para incluir la determinación del uso de sustancias (además del alcohol), además de una opción para el uso de la estrategia epidemiológica de casos-casos.

REFERENCIAS:

- Borges G, Cherpitel CJ, Medina-Mora ME, Mondragón L, Casanova L. Alcohol consumption in emergency room patients and the general population: a population-based study. *Alcoholism: Clin Exp. Res.* 1998;22(9):1986-1991.
- Borges G., y Rosovsky H., (1996) Suicide attempts and alcohol consumption in an emergency room sample. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 543-548.
- Borges G., García G., Gil A., Vandale S. "Casualties in Acapulco: Results of a Study on Alcohol Use and Emergency Room Care" *Drug and Alcohol Dependence*, 36, 1-7, 1994.
- Borges G., Mondragón L., Casanova L., Rojas E, Avilez K, Espinosa E. Collaborative Study on Alcohol and Injuries- Final Report- WHO Ginebra, 2002.
- Brookoff D., Campbell, E. A. and Shaw, L. M. The underreporting of cocaine-related trauma: drug abuse warning network reports vs. hospital toxicology tests. *American Journal of Public Health* 83: 369-371, 1993.
- Buchfuhrer L. A. and Radecki S. E. Alcohol and drug abuse in an urban trauma center: predictors of screening and detection. *Journal of Addictive Diseases* 15: 65-74, 1996.
- Cherpitel CJ., Borges G. Drug use and ethnicity in the emergency department. NIDA, 2002.
- Cherpitel CJ., Borges G. Substance use among emergency room patients: an exploratory analysis by ethnicity and acculturation. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2002;28(2):287-305.
- Cherpitel CJ., Alcohol consumption and casualties: a comparison of two emergency room populations. *Brit. J. Addict* 1988; 83:1299-1307.
- Cherpitel Ch., Borges G. Substance use among emergency room patients: an exploratory analysis by ethnicity and acculturation. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 28(2):287-305, 2002.
- el-Guebaly N., Armstrong, S. J. and Hodgins, D. C. Substance abuse and the emergency room: programmatic implications. *Journal of Addictive Diseases* 17: 21-40, 1998.
- Fuller M. G., Diamond D. L. and Jordan M. L. The role of a substance abuse consultation team in a trauma center. *Journal of Studies on Alcohol* 56: 267-271, 1995.
- Kolakowsky-Hayner S. A., Gourley E. V. I., Kreutzer J. S., Marwitz J. H., Cifu D. X., and Mckinley W. O. Pre-injury substance abuse among persons with brain injury and persons with spinal cord injury. *Brain Injury* 13: 571-581, 1999.
- Lindenbaum G. A., Carroll S. F., Daskal I. and Kapusnick R. Patterns of alcohol and drug abuse in an urban trauma center: The increasing role of cocaine abuse. *Journal of Trauma* 29:, 1989.
- Macdonald S., Wells S., Giesbrecht N. and Cherpitel C. Demographic and substance use factors related to violent and accidental injuries: results from an emergency room study. *Drug and Alcohol Dependence* 55: 53-61, 1999.
- Rivara F. P., Mueller B. A., Fligner C. L., Luna G., Raisys V. A., Copass M. and Reay D. T. Drug use in trauma victims. *Journal of Trauma* 29: 462-470, 1989.
- Roizen J: Estimating alcohol involvement in serious events. En NIAAA: Alcohol and Health Monograph: I. alcohol Consumption and Related Problems. Washington, 1982
- Sloan E. P., Zalenski R. J., Smith R. F., Sheaff C. M., Chen E. H., Keys N. I., Crescenzo M., Barrett J. A. and Berman E. Toxicology screening in urban trauma patients: drug prevalence and its relationship to trauma severity and management. *Journal of Trauma* 29: 1647-1653, 1989.
- Soderstrom C. A., Smith G. S., Dischinger P. C., McDuff D. R., Hebel J. R., Gorelick D. A., Kerns T. J., Ho S. M. and Read K. M. Psychoactive substance use disorders among seriously injured trauma center patients. *The Journal of the American Medical Association* 277: 277-1769, 1997.
- Stoduto G., Vingilis E., Kapur B. M., Sheu W., McLellan B. A. and Liban C. B. Alcohol and drug use among motor vehicle collision victims admitted to a regional trauma unit: demographic, injury and crash characteristics. *Accident Analysis & Prevention* 25: 411-420, 1993.

Alcohol y drogas 6 horas antes del evento

En las seis horas antes de que ocurriera su accidente, lesión o urgencia, ¿ingirió alguna bebida alcohólica, aunque fuera sólo una copa?

Sí	1
No bebió en las 6 horas previas al accidente, pero sí en otra ocasión	2
Nunca en mi vida he tomado alcohol	3
Rehusó	4
No sabe	9

¿Cuántas copas de vino, cerveza o destilados tomó usted en esta ocasión?

_____ copas

Aproximadamente ¿cuánto tiempo transcurrió entre el momento en que tomó la última copa y el momento en que ocurrió su accidente, lesión o urgencia?

__ __: __ __
HORA / MINUTOS

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre los medicamentos o drogas que tomó antes de la (lesión/ accidente/urgencia)

En las 6 horas antes de sufrir el accidente, lesión o urgencia ¿tomó usted algún medicamento, tanto los que se venden sin receta como los que se venden sólo con receta médica?	Sí	1
	No	2
	No está seguro	9

¿En las 6 horas antes de la (lesión/ accidente/urgencia) tomó usted alguna droga (mariguana, inhalables, cocaína, extasis, etc.) ?	Sí	1
	No	2
	No está seguro	9

A continuación leeré y preguntaré cada una de las categorías. (Leer las categorías que abajo se mencionan)

En las 6 horas antes del accidente, lesión o urgencia ¿tomó usted alguna droga o medicamento?

¿Cuánto tiempo transcurrió entre el momento en que tomó alguna droga o medicamento y el momento de la (lesión/ accidente)?

CATEGORÍA	Tomó en las 6 horas antes		Tiempo entre que se la tomó y la lesión/ accidente	
	Sí	No	Horas	Minutos
01 Anfetaminas / otros estimulantes para perder o no subir de peso, o dar energía como Benzadrina, Aktedrón, Esbelcaps, etc.	1	0	___ ___	___ ___
02 Tranquilizantes para calmar los nervios o tranquilizarse como: Librium, Valium, etc.	1	0	___ ___	___ ___
03 Mariguana	1	0	___ ___	___ ___
04 Cocaína	1	0	___ ___	___ ___
05 Cocaína crack	1	0	___ ___	___ ___
06 Alucinógenos, como hongos o peyote	1	0	___ ___	___ ___
07 Inhalables, como thiner, pegamento, tintura. etc.	1	0	___ ___	___ ___
08 Heroína, codeína, metadona u otros opiáceos	1	0	___ ___	___ ___
09 Alguna otra droga (no incluida por prescripción médica) ¿Cuál? : (ANOTE)	1	0	___ ___	___ ___

¿Usó usted alguna de estas drogas o medicina en forma intravenosa, es decir, con el uso de una jeringa?

Sí	1
No	2
No está seguro	9

ADICIONAL ALCOHOL Y DROGAS SEMANA PREVIA AL EVENTO

Piense ahora en la semana pasada a la misma hora y en el mismo día de la semana (de la lesión/ accidente/urgencia),

¿Tomó alguna bebida alcohólica en las seis horas antes de la hora de la lesión/ accidente de hoy?

Sí	1
No	2
Rehusa	8
No está seguro	9

¿Tomó alguna droga o medicamento en las 6 horas antes de la hora de la lesión / accidente de hoy, pero en el mismo día de la semana previa?

CATEGORIA	Hace una semana	
	Sí	No
01 Anfetaminas/otros estimulantes para perder o no subir de peso o dar energía, como Bazedrina, Aktedrón, Esbelcaps, etc.	1	0
02 Tranquilizantes para calmar los nervios o tranquilizarse como Librium, Valium, etc..	1	0
03 Marihuana.	1	0
04 Cocaína.	1	0
05 Cocaína crack.	1	0
06 Alucinógenos, como hongos o peyote.	1	0
07 Inhalables, como thiner, pegamento, tintura. etc.	1	0
08 Heroína, codeína, metadona u otros opiáceos.	1	0
09 Alguna otra droga (no incluida por prescripción médica) ¿Cuál?.	1	0

Dr. Guilherme Luiz Guimaraes Borges
 Departamento de Investigaciones Epidemiológicas
 Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales-
 Instituto Nacional de Psiquiatría y
 Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco
 e-mail: guibor@imp.edu.mx

3.6

Encuestas en grupos especiales

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE

Guillermina Natera JEFE DEL DEP. DE INVESTIGACIÓN PSICOSOCIAL, INVESTIGADOR TITULAR C. naterar@imp.edu.mx

Martha Romero INVESTIGADOR TITULAR B. romerom@imp.edu.mx

Francisco Juárez INVESTIGADOR ASOCIADO C

Silvia Carreño INVESTIGADOR ASOCIADO C

Consuelo García-Andrade INVESTIGADOR ASOCIADO C

Jorge Luis López INVESTIGADOR TITULAR A

Rosa María Aguilera INVESTIGADOR ASOCIADO A

RESUMEN

Las encuestas en grupos especiales contribuyen a conformar el panorama epidemiológico de una colectividad. Se entiende por grupo especial aquel que se desarrolla en escenarios específicos, esto es, tiene su propio contexto y lleva implícita una dinámica particular. La principal meta de este tipo de encuestas es identificar las características del escenario, proveer las especificidades de la conducta de dicha población con respecto al consumo de alcohol y drogas, especificar las diferencias o variantes de la norma y valores en relación a la población general que permitan la comparación con otras poblaciones. En este capítulo se incluye información para desarrollar investigación en los siguientes grupos: población en cárceles; en agencias del ministerio público; en población joven con conductas delictivas; en migrantes, en ancianos y en grupos indígenas. Diferentes investigadores, expertos en el campo, señalan características metodológicas muy específicas que serán de mucha utilidad como guía y reflexión para orientar el trabajo inicial de investigación. La encuesta es una forma de estudiar estos grupos pero ello no significa que los mismos no sean idóneos para ser abordados o complementados con otras metodologías, cualitativas o etnográficas.

INTRODUCCIÓN

Conocer la complejidad del problema de las adicciones nos remite a la necesidad de desarrollar técnicas y metodologías cada vez más especializadas que nos permitan abordar grupos específicos en sus propios escenarios.

Si bien las investigaciones epidemiológicas en población general, nos informan cómo se comporta el problema de manera nacional o local, es necesario profundizar en grupos específicos para detectar necesidades concretas, orientar los recursos disponibles de manera más expedita y acertada, además de obtener un panorama epidemiológico más completo de la región.

En este capítulo se hará énfasis en los estudios realizados en México, a través de encuestas, en ámbitos específicos. Se plantea un método alternativo, con cuestionario semi-estructurado y no se incluirán las encuestas en escuelas ya que se tratan por separado en este volumen, así como tampoco aquellos grupos especiales que se consideran en el capítulo de poblaciones de difícil acceso, como son los niños de la calle, pacientes en los hospitales o grupos de heroinómanos, etc. El hecho de que se recalquen en este capítulo las investigaciones por encuesta, no significa dejar de obtener información a través de técnicas cualitativas.

Las encuestas en grupos especiales, abarcan a grupos en población abierta (migrantes, indígenas) o en instituciones (cárceles, empresas, etc.), requieren de estrategias especiales adaptadas a las características de cada uno de ellos y toman el nombre del grupo al que van dirigidas.

El lector encontrará en este capítulo, orientación y fuentes bibliográficas para realizar investigaciones en población indígena, migrante, laboral, grupos de ancianos; población involucrada en conductas delictivas, como mujeres en prisión, jóvenes, y en agencias del ministerio público. Los diferentes especialistas señalan características de estos grupos, para guiar la reflexión y orientación del trabajo inicial. En la segunda parte,

se incluye brevemente una alternativa metodológica a través de un cuestionario semi-estructurado para grupos especiales.

Las encuestas en grupos especiales, al igual que las epidemiológicas responden a preguntas semejantes, por ejemplo, extensión del problema, número de casos, tipo de drogas consumidas, patrón de consumo, características de las personas que consumen o no consumen, problemas que se asocian. Favorecen el conocimiento en detalle de los indicadores relativos a los factores de riesgo y de protección específicos, así como la posibilidad de explorar elementos de resiliencia factible de desarrollar para cada grupo. Permiten analizar la relación entre otros, de factores económicos, sociales, de salud, en los que se pueden identificar regularidades que los diferencian de otras poblaciones.

Asimismo, pueden existir variantes a la norma y valores sociales hacia el consumo diferentes a los que se observan en la población general, que son importantes de identificar. Al ser una población generalmente cautiva, se puede profundizar y obtener información útil y específica para medidas preventivas muy orientadas a la población detectada. En suma, cada escenario tiene su propio contexto y lleva implícita una dinámica particular; identificar estas características, proveer las especificidades de la conducta de dicha población, son las principales metas de este tipo de encuestas.

Las instituciones esperan que especialmente este tipo de estudios les proporcionen orientación para implementar acciones de prevención primaria, secundaria o terciaria. O que les indiquen cómo favorecer factores de protección y evitar factores de mayor riesgo, o inclusive cómo se pueden fortalecer aspectos de resiliencia. Es importante que el investigador plantee propuestas concretas; la institución también debe integrarse a esas acciones, además de convencer a la comunidad de los beneficios de la intervención. Si el objetivo del estudio no está claro puede crear muchas expectativas erróneas de los resultados, tanto entre autoridades como en los encuestados.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

No se puede dar una guía general para todos estos grupos, pues cada uno enfrenta problemáticas diferentes. Se requieren de estrategias especiales adaptadas a las características de cada uno de ellos.

Este tipo de estudios sigue los mismos requisitos universales de cualquier encuesta en población general, por ejemplo: necesidad de clasificar las sustancias (ver apéndice), evaluar la consistencia interna de los datos, validez y confiabilidad de las escalas, para estimaciones claras de prevalencias e incidencias. También presenta problemas semejantes como son respuestas que implican *deseabilidad social* o inconsistencias, entre otros, para ello se sugiere al lector consultar el capítulo de este volumen.

Generalmente el manejo de los datos se hace por computadora, lo que permite que su análisis sea relativamente rápido.

Una advertencia útil para la persona que se inicia, es considerar las características de los grupos para elaborar el cuestionario adecuado. No es lo mismo estudiar a hombres que a mujeres, jóvenes o ancianos, zonas rurales o urbanas. Por ejemplo, hoy en día se conocen muchos aspectos de las diferencias de género con relación al consumo por parte de hombres y mujeres, no tienen patrones de uso semejantes, los efectos no son iguales, ni las consecuencias; la vulnerabilidad biológica, la metabolización del alcohol por el nivel de enzimas, la cantidad de agua y grasa es diferente en las mujeres.

Las normas sociales que regulan el consumo son más de rechazo y exclusión hacia las mujeres. Cuando se investiga población involucrada en conductas delictivas, el consumo puede estar asociado a comorbilidad psiquiátrica como la depresión, o a prejuicios tales como que toda la violencia, sobre todo la familiar, se asocia siempre al consumo de alcohol y drogas por parte del victimario, lo cual no siempre es así, pues también la víctima puede ser consumidora; además que no toda la violencia involucra consumo de alcohol o drogas (Natera y cols. 1997).

La investigación en indígenas o migrantes también puede estar muy sesgada por estereotipos y prejuicios, raciales y culturales que llevan a suponer que los pobres y los hombres en el campo, son alcohólicos, o que todo el consumo se asocia a rituales o, que sólo los hombres beben en exceso. Se puede caer en el error de preguntar sólo por bebidas o drogas comerciales, comúnmente conocidas y no indagar sobre consumos regionales, como es el caso del pulque, el cual, no es considerado en muchas comunidades como bebida alcohólica; o no saber que las bebidas alcohólicas se identifican muchas veces con el nombre genérico de “vino”, aunque éste no tenga nada que ver con el vino de mesa conocido. También se puede suscitar el hecho de que al investigar sobre adolescentes y conducta delictiva no se incluyan preguntas que diferencien gravedad del acto delictivo que requiera de una sanción, de un acto de rebeldía y reto social, propio de la edad. Todos estos aspectos, entre muchos otros, son importantes de considerar para no elaborar cuestionarios con preguntas sesgadas.

Para algunos de estos grupos, los instrumentos pueden ser autoaplicables. Se sugiere además de usar los cuestionarios epidemiológicos de farmacodependencia, valerse de instrumentos específicos como serían de comorbilidad psiquiátrica, de violencia; estilos y calidad de vida, etc. Es muy importante que el lector consulte cuáles son los indicadores más sencillos, confiables y comparables, **por ejemplo, con relación al alcohol, Medina-Mora (Medina-Mora, 2000) ha planteado que preguntar por consumo mayor a 5 copas por ocasión en un período, último mes o último año, es uno de los indicadores más confiables de consumo problemático.**

Los datos cuantitativos, no pueden agotar toda la información pero proporcionan datos en forma rápida para profundizar después en aspectos puntuales con estudios cualitativos.

La investigación en grupos especiales presenta retos muy específicos, ya que fácilmente los encuestados pueden sentirse estigmatizados o etiquetados; sentir que la información del consumo de drogas ilegales puede influir negativamente en su situación de preso, o en las instituciones laborales; en las cuales puedan sufrir despido del empleo; o en agencias de ministerio público donde comunicar su consumo pueda influir en el proceso, etc. Por esto, a diferencia de las encuestas de población en hogares, en las de grupos especiales el encuestado(a) debe dar mayor certeza de la confidencialidad y anonimato, por lo que siempre es conveniente que el estudio se realice por personal externo a la institución o al grupo.

Por lo general, cuando se hace investigación en ámbitos específicos, es posible que se cuente con estudios ya realizados o con expedientes que reporten variables afines. Siempre será conveniente buscar estos datos, pueden facilitar el acceso a las poblaciones y plantear preguntas viables y desde luego serán un punto de comparación de tendencias en el consumo.

Otras de las razones para realizar estas investigaciones es porque permiten identificar formas de consumo y tipo de drogas diferentes a las que se consumen en población general. Como señala Medina Mora (Medina-Mora, 2000), dado que a estas instituciones de salud o penitenciaria llegan los usuarios ya cuando hay un abuso, pueden detectarse drogas o nombres diferentes que no se informan en encuestas de población general. En este caso es conveniente registrar cualquier nombre de sustancia que se mencione, preguntar por sus efectos y solicitar una descripción.

Es importante recordar al investigador o estudiante que se inicia que los estudios en grupos especiales, que la información obtenida es válida sólo para el grupo en cuestión, que éste no es representativo ni de sexo, edad, escolaridad, o de ninguna otra variable de la población general. Esto es, debe preguntarse mejor qué tan representativa es de la población estudiada, carcelaria del país o estado o región. Asimismo, identificar en qué punto es comparable con otros estudios. El muestreo se facilita porque generalmente son escenarios cautivos fáciles de estratificar por diferentes variables sociodemográficas; en consecuencia se obtienen muestras no sesgadas, en parte porque regularmente las instituciones tienen listas de las personas y datos específicos, como en agencias del ministerio público se cuenta con frecuencias de delitos; o en instituciones laborales con datos de sexo, edad, turno, oficio, etc.

ÉTICA

Toda investigación debe tener consentimiento informado del encuestado, pero la ética implica algo más que esto. Exige un trato respetuoso, estricto uso confidencial del dato, sobre todo promover apoyos y redes sociales y que la información obtenida beneficie la comunidad estudiada.

En síntesis las encuestas en grupos especiales responden a las siguientes interrogantes:

¿está determinada la dinámica del consumo por el escenario? ¿cómo es? ¿hay drogas y vías de consumo específicas para esta población? ¿existen patrones que los diferencien de otras poblaciones? ¿qué particularidades considerar si la encuesta se aplica en un solo sexo, en migrantes exclusivamente masculinos, o en ambos escenarios como son las agencias del ministerio público o en el área laboral, la industria o la clínica? ¿requieren de cuestionarios específicos? ¿cuáles son los factores de riesgo específicos? ¿cuál es la tolerancia social del grupo? ¿cuáles son y cómo se manejan las consecuencias?

Si se desean hacer comparaciones con otros grupos externos ¿cuál sería el grupo de comparación? ¿cómo están planteadas las variables? ¿son comparables? si se han realizado estudios semejantes ¿se están incluyendo las preguntas que permitan hacer comparaciones o identificar tendencias?

Esto plantea la necesidad de tener un conocimiento básico del funcionamiento del escenario donde se aplicará la encuesta. En los siguientes apartados se abundará sobre esto.

ESTUDIOS EN POBLACIÓN DE MIGRANTES (Aguilera-Guzmán. 2001)

La migración puede ser dentro del mismo territorio o a otro país, especialmente a Estados Unidos. Se dice que los migrantes van construyendo su propio perfil epidemiológico, por lo que representan una población idónea para estudiar situaciones de salud específicas. En este caso, el consumo de alcohol y otras drogas y el papel de factores genéticos, familiares, ambientales y culturales, que puedan ser comparados con las poblaciones de origen y destino (Frenk y cols. 1997).

Los migrantes, hombres y mujeres, construyen, definen y redefinen su vida en contextos que van más allá de la delimitación espacial en su comunidad de origen o de destino (Poggio, Wook. 2000). Están expuestos a múltiples influencias en las concepciones y percepciones de los fenómenos de salud, así como a riesgos de enfermedades como el SIDA (Salgado de Snyder y cols. 1996) y las adicciones.

Como antecedentes de investigación en México en materia de adicciones, pueden citarse el consumo de alcohol en comunidades migrantes del estado de Jalisco. Caetano y Medina-Mora (Caetano, Medina-Mora, 1988) compararon resultados entre mexicano-americanos que viven en Estados Unidos.

Características del escenario

Por lo general, trabajar con migrantes significa hacerlo en zonas rurales o semi-urbanas (con menos de 5 mil habitantes) de los estados tradicionales de expulsión de migrantes; o en zonas urbanas e indígenas (Oaxaca, Guerrero, Chiapas) como nuevos estados que expulsan migrantes.

El nivel de escolaridad en esos ámbitos es muy variado. La precariedad económica en que viven estas comunidades y sus experiencias previas, en las que a cambio de información les ofrecen beneficios que no se cumplen, ocasionan que con frecuencia, pregunten qué ganarán a cambio de la información que brinden: ¿entrar a las listas de programas gubernamentales, como serían becas para los hijos? etc. Ante estas situaciones, el investigador deberá prepararse para dar una respuesta ética y dejar muy claro que no hay pago o retribución por la información, más allá que conocer más a fondo un problema de salud pública importante en el país y hacer lo posible para que los resultados se traduzcan en beneficios de salud.

Por lo tanto, se sugiere realizar entrevistas cara a cara para garantizar la comprensión de las preguntas y la claridad de las respuestas. Es imprescindible informar y solicitar autorización para realizar las entrevistas, tanto a autoridades locales (comisarios), municipales y regionales, así como a aquellas determinadas por los usos y costumbres de cada comunidad. Las autoridades religiosas, representadas principalmente por los mayordomos, suelen jugar un papel importante.

El entrevistador debe llevar siempre una identificación que avale el trabajo a realizar, indicando la institución que lo respalda. El entrenamiento del personal debe ser cuidadoso debido a la complejidad de los índices de medición de consumo de alcohol y otras drogas.

Aspectos Metodológicos

Debe tomarse en cuenta que el consumo a investigar (tabaco, alcohol y otras drogas) es diferente de acuerdo con grupos de edad: (mujeres y hombres) jóvenes, adultos y personas de la tercera edad, y a sus características sociodemográficas. Las encuestas permiten obtener información sobre prevalencias de uso, las cuales en este escenario pueden ser muy limitadas, pero muy útiles para hacer comparaciones de antes y después. Al final de este capítulo, se ofrece una metodología que puede ser idónea.

Los entrevistadores más apropiados serían los maestros, médicos, promotores de salud de la comunidad y/o alumnos de las telesecundarias o las preparatorias cercanas a la comunidad. Es importante que conozcan las costumbres de la comunidad y de preferencia que a su vez sean conocidos por sus habitantes; que puedan ser entrenados y entender, en su justa dimensión, los objetivos y las finalidades de la encuesta.

Respecto a la muestra, debe ser obviamente aplicada en ambos sexos (la migración femenina está en aumento), por grupos de edad y por estatus migratorio (migrante de primera vez, migrante temporal, migrante de retorno).

Es muy importante tomar en cuenta que los indicadores mínimos y complementarios deben seleccionarse con una perspectiva de género, para responder a los diferentes condicionamientos bio-psico-socio-culturales a los que responden hombres y mujeres al momento de realizar la encuesta.

Los indicadores mínimos que se sugieren en estas encuestas estandarizadas sobre patrones de consumo, son **antes de migrar**, durante el **trayecto, estancia** en comunidad receptora, **trayecto de regreso** y nuevamente en **comunidad de origen**. La época del año en la que se realice el estudio es muy importante considerarla: en diciembre y enero regresan muchos migrantes y se consume más alcohol. En algunas comunidades se hacen coincidir las fiestas patronales con la estancia de migrantes, todo lo cual incrementa el consumo.

Algunos indicadores complementarios son necesarios para contextualizar el consumo de sustancias: estatus legal de la migración, con o sin documentación. La migración ilegal genera mayor incertidumbre, probabilidad de extorsión, mayor consumo de alcohol y desde luego el involucramiento en el consumo de drogas. Debe considerarse el estatus migratorio: migrante de primera vez, migrante temporal, migrante de retorno, tiempo de estancia en EU. A mayor tiempo, hay mayor probabilidad de involucrarse en patrones de consumo distintos a los de su comunidad de origen y el riesgo de consumo de drogas aumenta.

En virtud de que cada vez más se incrementa la migración femenina, se sugieren algunos indicadores para conocer los cambios de estructura familiar y la posibilidad de riesgo para iniciarse o continuar el consumo de drogas. Es necesario conocer la estructura familiar antes de migrar: madre, esposa, hija, hermana; el ciclo de vida (estado civil): soltera, madre-soltera, casada con o sin hijos, unión libre; los motivos de la migración: reunificación familiar; por estrategia familiar (migración laboral), migración de corto plazo (juntar dinero, problemas familiares, por aventuras y deseos de conocer); el estatus legal: con o sin papeles; ¿Quién toma la decisión de migrar: ella misma o la familia?; la existencia de redes sociales (Moctezuma, 1999).

La detección del consumo de drogas o alcohol a través de fluidos biológicos puede ser útil.

Consideraciones éticas

El consentimiento informado debe seguir las normas y costumbres de la comunidad, no sólo deben ser a nivel personal sino familiar y social (autoridades locales). Se debe asegurar el anonimato.

ABUSO DE SUSTANCIAS POR MUJERES EN PRISIÓN

(Romero, Aguilera. 2002; Romero, Medina-Mora. 1988)

Las prisiones tienen una organización social única al menos en seis aspectos: 1) Son instituciones totales, pues que la gente que las habita regularmente duerme, come, trabaja y juega bajo las mismas premisas en un proceso de marginalidad 2) Son instituciones creadas por la sociedad para el castigo, es decir son establecimientos punitivos 3) Como organizaciones totales, el uso del espacio y el tiempo están reglamentados 4) La rutina diaria es de naturaleza específica 5) Existen relaciones de poder complejas en su interior y 6) Son por naturaleza espacios geográficos restringidos y locales (Tonry y cols. 1999).

Reflexionar en torno a la delincuencia y al abuso de sustancias por el género femenino conlleva la dificultad de abordar temas que " típicamente " se han considerado de varones ya que las tradiciones científicas y sociales los han construido como problemáticas masculinas (Romero y cols. 1998). Implica entrar a un campo cargado de prejuicios ideológicos que ha producido " teorías " basadas en la " manera de ser de la mujer " . Por ello, abordar el tema es tarea ardua porque ha privado, hasta hace poco, un androcentrismo como el paradigma de las ciencias criminológicas. Si se pretende lograr un conocimiento más objetivo sobre la conducta delictiva y el abuso de sustancias en las mujeres, se requiere un doble esfuerzo para evitar caer en prejuicios y estereotipos que rodean a estos grupos de mujeres (Romero y cols. 2002).

El estudio y la investigación del abuso de sustancias psicoactivas por mujeres que se encuentran en prisiones (sentenciadas o en proceso) demanda ciertos requerimientos de aproximación tanto del investigador como de la metodología utilizada.

De parte del investigador(a)

- Requiere conocer las características y el perfil de las mujeres que va a entrevistar, en la medida que esto sea posible.
- Estar lejos de sus prejuicios en torno a la población reclusa y saber si será capaz de trabajar con mujeres diversas y diferentes a las que conoce en la sociedad.
- Informar de manera clara y detallada los objetivos de su investigación, solicitar el consentimiento informado, garantizar el anonimato y la confidencialidad de la información brindada así como la participación voluntaria.
- Deberá identificarse plenamente y no formar parte del personal de la institución.
- No realizar otra actividad ajena a las que explícitamente tienen marcadas, ni crear expectativas (no dar dinero, prometer beneficios a cambio, ni dar consejos que no fueron solicitados).
- Tener conciencia del lugar donde realiza la investigación y aplicar estrategias de autocuidado (saber cómo no ser agredido, robado o violentado).

Aspectos metodológicos

Cualquier aproximación cualitativa o cuantitativa es posible de realizar siempre y cuando se considere que las encuestas deben ser cara a cara, nunca de forma auto-aplicable, puesto que el nivel de escolaridad y de comprensión de la mayor parte de la población es bajo o en su defecto el ambiente de apatía, aburrimiento y los estados depresivos que se viven las llevan a abandonar fácilmente aquellas tareas que impliquen el autocontrol.

Es importante pasar un tiempo previo a la investigación en contacto con las mujeres en reclusión a fin de que se familiaricen con la presencia de uno, para ganar su confianza y obtener respuestas más veraces. Después de todo el investigador es una persona ajena a su vida cotidiana la cual transcurre en un ambiente sumamente difícil.

Indicadores

Es necesario preguntar prevalencias *alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes*. De igual manera, obtener información sobre consumo de alcohol, drogas médicas y drogas ilegales, en la medida que sea posible sobre patrones de consumo (cantidad, frecuencia), indicadores de dependencia, uso de drogas intravenosas y problemas asociados al consumo.

Se pueden utilizar los instrumentos empleados en las encuestas nacionales, verificando que se registre adecuadamente el tipo de sustancia, ya que en estos ambientes se les identifica con multiplicidad de nombres y, las reconocen mejor por sus efectos.

Es importante establecer la diferencia en el consumo de sustancias, entre el *antes* de ingresar a la institución y *dentro* de la institución. En los problemas asociados al consumo, hay que preguntar los que se han tenido *antes* (para los que ya hay generalmente instrumentos validados) y desarrollar escalas sobre los problemas sucedidos *dentro* de la institución. También preguntar sobre otras drogas disponibles no conocidas en los estudios de comunidad y sobre los nombres coloquiales con los que son nombradas. Preguntar así mismo si la mujer vive con alguno de sus hijos en la cárcel, si está embarazada y si padece VIH (SIDA) o cualquier otro problema de salud.

Consideraciones éticas

Siempre se debe de obtener el consentimiento informado, de preferencia por escrito, garantizar la confidencialidad de la información y el anonimato. Nunca poner en riesgo la seguridad del informante.

AGENCIAS DEL MINISTERIO PÚBLICO (Natera, López. 1996)

Es importante llevar a cabo estudios sobre la participación del alcohol y las drogas en las denuncias y detenciones por accidentes, lesiones y otras conductas violentas, no sólo por su peso en la morbi-mortalidad, sino también por las incapacidades asociadas y el costo que representan para la sociedad.

Las autoridades de justicia, Agencias Investigadoras del Ministerio Público (AMP) de las Procuradurías de Justicia, son las encargadas de tomar conocimiento sobre los hechos que dan lugar a que se presente la denuncia, o que se proceda a detener a un presunto implicado.

Desde el año de 1984 en el Instituto Nacional de Psiquiatría se propuso desarrollar una línea de investigación en el ámbito específico de la población captada en las AMP de la Ciudad de México (Lopez, Rosovsky. 1986; Rosovsky, López 1986). Posteriormente, se ha continuado con estudios en las AMP de Pachuca, Hidalgo (Natera, López. 1996).

Características del escenario

Realizar investigaciones en AMP, no es tarea fácil. Se está interfiriendo en la tarea de los servidores públicos que ejercen justicia, como en población que padece estrés adicional, como denunciante o detenido. Estos problemas se pueden mitigar si se explica que la finalidad básica del estudio está orientada a programas de salud, sobre todo a conocer la relación del alcohol y otras drogas con el evento, ya sea como detenido o denunciante y que de ninguna manera con el ejercicio de la justicia. Se deberá convencer al personal de todos los turnos de las ventajas del estudio.

Con la información proporcionada por las autoridades, se ajustan los métodos y procedimientos para efectuar el trabajo de campo, generalmente basándose en los libros de registro de cada agencia.

Aspectos metodológicos

En forma previa es importante contar con una descripción general de las agencias en cuanto a los tipos de delitos que atienden; por ejemplo, en Pachuca, en una de ellas sólo se atendía a víctimas de choques automovilísticos, por lo que no era útil para obtener casos de violencia familiar. Se revisan las estadísticas, número de eventos que registran por turno, día de la semana, mes y al año (datos del año anterior) los

tipos y frecuencia de delitos y denuncias. Estos datos serán útiles para determinar el tamaño de muestra y estratificarla; puede ser por delito, o por alguna característica especial, (en la muestra de Pachuca se añadió la Escala de Táctica de Conflictos y de Depresión).

Por razones obvias la población trata de no contestar más cuestionarios en esos momentos, pero se puede acordar la entrevista una vez que haya concluido el trámite. Actualmente se cuenta con manuales de procedimientos y aplicación de entrevistas.

El equipo de entrevistadores, deben ser de preferencia conformado por personas de las áreas de psicología, trabajo social, enfermería y medicina, con experiencia y capacitación para aplicar este tipo de entrevistas. La supervisión debe ser continua para cuidar la calidad de la información. El uso de gafete y bata blanca puede dar mayor confianza al entrevistado.

Se trata de cubrir las 24 horas del día, por lo que se divide en tres turnos de 8 horas cada uno. El número de entrevistadores dependerá de la afluencia de casos y se tomarán en cuenta los días de la semana y las "horas pico".

Indicadores

La información que se recaba en los instrumentos se refiere básicamente a datos sociodemográficos, motivo(s) por los cuales la persona está ahí, identificación del incidente, reporte de eventos similares previos, reporte de consumo de alcohol en el día del evento, consumo de drogas, patrones de consumo de alcohol y drogas, problemas de consumo por parte de familiares, problemas asociados al alcohol, síndrome de dependencia, y cuestionarios adicionales como pueden ser sobre depresión, comportamiento violento hacia la familia, etc.

Los procedimientos utilizados por las autoridades (AMP) para determinar la presencia o ausencia de alcohol o drogas, adolece de limitaciones importantes, ya que no se cuenta con pruebas de laboratorio u otros procedimiento que permitan tener estimaciones del nivel de alcohol en sangre. Se sugiere por ello que se incluyan evaluaciones de sueros fisiológicos.

Los hallazgos obtenidos no podrían generalizarse a otras poblaciones. Además, el tipo de personas que se capta en las agencias tal vez no corresponda a aquellos sectores de la población más favorecida, pues pueden evadir fácilmente ser captada por las autoridades de justicia.

Etica

Como en todas las investigaciones hay que lograr el consentimiento informado aunque muchas veces las personas se resisten a firmarlo por estar involucrados en aspectos legales, pero su aceptación para contestar el cuestionario, es suficiente. Finalmente, ellos se reservan el derecho de responder las preguntas.

Asimismo se debe puntualizar que los datos proporcionados no podrían ayudarlo o perjudicarlo en la situación por la que se encuentra en ese lugar.

LA POBLACIÓN DE ANCIANOS

Cada vez aumenta el número de residencias de reposo o asilos para los ancianos, lo que facilita el estudio de estas poblaciones. Este tipo de estudios aún siguen siendo muy poco explorados; se están desarrollando estrategias para abordarlas, pero su importancia es relevante pues se ha detectado que los ancianos consumen drogas psicotrópicas fuera de prescripción, alcohol y tabaco en exceso, situación a la que se le ha concedido poca importancia.

Aspectos metodológicos

Lo más relevante en esta población es observar cómo el consumo afecta su funcionamiento psicosocial, la significación simbólica de su consumo, el hecho de que no se interfiera con su tratamiento médico o, en todo caso, el nivel de dependencia que padecen, para ofrecerles alternativas.

En esta población es importante concentrarse en el “aquí y ahora”. Tal vez es inútil preguntar por el pasado, ya que las respuestas dependerán de la calidad de su memoria. Por otra parte, es común que en adultos mayores, se relacione el consumo de alcohol con creencias y fines benéficos relacionados con la salud, como puede ser la nivelación de la presión arterial, otros problemas cardiovasculares, la artritis, etc. Sin embargo, hay que verificar qué tan bien informado está quién responde para que no se contraponga el consumo de alcohol con sus medicamentos. Algunas veces tal consumo es la causa de enfermedades gástricas, por lo que la cantidad consumida no debe sobrepasar el nivel de riesgo.

El modelo de la encuesta semi-estructurada, que se explica al final de este artículo puede ser una alternativa viable para adultos mayores, ya que les permite dialogar sobre todo si viven en asilos y ellos mismos puedan crear sus propias estrategias de prevención. Desde luego, siempre y cuando los integrantes del grupo no presenten trastornos severos de concentración. La otra alternativa es la entrevista cara a cara.

POBLACIONES INDÍGENAS (García-Andrade. 2000)

En los grupos indígenas el consumo de alcohol y sus consecuencias tienen una expresión particularmente importante por el contexto histórico, social y ambiental en que viven; por las representaciones simbólicas que adquiere esta droga y porque estas condiciones –contexto y representaciones simbólicas– junto con la biología median y determinan las características de su uso y de sus consecuencias. Muchas veces el uso de alcohol y drogas en estas comunidades está relacionado con rituales cuyo consumo hay que diferenciarlo del que se registra en la vida cotidiana y sin ninguna regulación.

Características del Escenario

La investigación afronta el hecho de que el alcohol es parte de la cultura y su consumo, así como los problemas asociados, tienen la peculiaridad de ser invisibles para quien no vive ahí. El reto es hacerlos visibles. En la cosmogonía indígena el concepto de temporalidad se asocia con la dualidad tiempo-vida más que con la relación tiempo-reloj. Las ventanas temporales de consumo (último mes o año, por ejemplo) con frecuencia carecen de sentido, por lo que debe considerarse mejor un evento relevante para la población como la fiesta del pueblo, la graduación escolar, un nacimiento u otro acontecimiento de importancia para ellos.

Un elemento que facilita el trabajo en comunidades indígenas es su forma de organización propia. Previa presentación ante las autoridades formales, el proyecto siempre deberá darse a conocer ante la asamblea del pueblo, la cual tiene la última palabra. Si el proyecto es aceptado por la asamblea, la probabilidad de éxito es de alrededor del 60%. El resto dependerá del equipo de investigación.

Existen comunidades con conflictos internos que se extrapolan a cualquier visitante. Por ello es importante identificar la fuente de conflicto. Algunas causas de las diferencias entre la población tienen origen religioso, político, de disputa territorial, etc.

Consideraciones Metodológicas

Prácticamente no existen estudios en población indígena sobre consumo de alcohol u otras drogas que utilicen la encuesta como método. Las mejores aproximaciones son dos estudios realizados en población semi-rural (Medina-Mora.1993) (Natera y cols. 1993) y el de From y Maccoby (Fromm, Maccoby. 1970).

La metodología habitual, por encuesta, para medir consumo (cantidad consumida y frecuencia de consumo) es de utilidad limitada cuando la población no tiene el hábito de contar el número de copas que consume por ocasión. Sin embargo, es importante tratar de cubrir los siguientes indicadores:

-
- Cantidad = número de copas estándar ingeridas por día.
 - Frecuencia = número de días por mes en que se ingirió alcohol.
 - El total de copas por mes se calculará mediante la siguiente fórmula:
Copas / día x días al mes en que se ingirió alcohol (cantidad X frecuencia).
 - Frecuencia con que se bebe hasta la embriaguez y duración en días.
 - Calcular el consumo anual, si es posible, preguntando ¿Desde cuándo toma de esta forma?, y ayudar al entrevistado ofreciendo referencias de fechas importantes.
-

El alcohol ingerido se expresará en número de copas y se cuantificará acorde con lo siguiente: *Copa estándar* = una lata o botella de cerveza (330 ml); un vaso de vino (120 ml); una copa de destilados -ron, brandy, tequila, etc.- (45 ml); un vaso de pulque (390 ml). El cálculo del índice de error se obtiene al encontrar la diferencia entre el consumo reportado en la encuesta y consumo reportado en el diario.

La observación participante y el uso de diarios de consumo de 30 días, en una sub-muestra, mejoran la calidad de la información ya que el índice de error puede ser estimado. Sería importante incluir un periodo de fiesta ya que el consumo es considerable aun en aquellos individuos que no consumen de manera habitual.

Los indicadores a usarse son los habituales y deberán obtenerse en entrevista cara a cara, utilizando preguntas de ensayo, como el consumo retrospectivo de la última semana previa a la entrevista.

Los diarios se iniciarán una vez realizada la encuesta y se registrarán las ocasiones de consumo al día y el número y tipo de "copas" consumidas por ocasión. Es útil registrar día a día también, el gasto realizado en alcohol y las consecuencias del consumo ya que permite al entrevistado centrar la atención en la conducta integral del beber, y no sólo en contabilizar el consumo.

Finalmente se toman las unidades diarias consumidas para obtener un total mensual que se comparará con la respuesta ofrecida por la persona durante la encuesta.

Consideraciones éticas

El consentimiento informado debe ser un proceso más que sólo una aceptación verbal o por escrito, es decir, el individuo y la comunidad deberán estar de acuerdo con la interpretación que se da a la información recabada. La población deberá estar informada de los planes, avances, resultados y las acciones que el investigador desee llevar a cabo. Actualmente se considera que la comunidad debe ser parte activa de la investigación e inclusive como parte del equipo de investigación.

ENCUESTAS EN GRUPOS CON CONDUCTA ANTISOCIAL, MENORES INFRACTORES

(Juárez y cols.1988)

En la última década, el comportamiento antisocial, y en especial la delincuencia, han mostrado una tendencia creciente en el ámbito nacional. Sin embargo, las estadísticas reales sobre delitos por lo regular son de difícil acceso, sobre todo porque las mismas no llegan a ser denunciados en un alto porcentaje de los casos.

El estudio a nivel nacional sobre conducta antisocial con estudiantes adolescentes, ha relacionado a diferentes factores de riesgo, como el uso de sustancias con la comisión de conductas antisociales. Entre tales factores se pueden señalar: el ser hombre, usar drogas legales, usar drogas ilegales, usar ambos tipos y usar alcohol, así como el vivir en ciudades; por otro lado, continuar en la escuela disminuye la probabilidad de cometer actos antisociales (Juárez y cols.1988).

Características del escenario

El acercamiento a estas poblaciones se dificulta ante la situación del hecho antisocial o delictivo en sí, más si se averigua sobre el consumo de drogas y alcohol, ya que puede suponerse que se agrave la situación legal de los usuarios. Por otro lado, tal vez se pongan en evidencia problemas en las instituciones encargadas de custodiarlos, como el acceso a las drogas. Todo esto puede generar dificultades en primer lugar para poder entrar en contacto con los delincuentes e infractores, por un lado, y para que éstos accedan a participar en la encuesta.

Ingresar a la institución de readaptación es el principal reto de este estudio, convencer a las autoridades de que un mejor conocimiento de la problemática del consumo de sustancias, así como su magnitud, redundará en beneficio de los programas encaminados a tratarla, y que esto no cuestiona la forma en que está organizada la institución, ni requiere una identificación individual de usuarios.

En el trabajo con menores infractores debe considerarse que muchos de ellos provienen de ambientes en desventaja, que facilitan la ocurrencia de conductas antisociales y delincuencia. Destacan entre los mismos: un menor nivel socioeconómico, no ser regular en la escuela, vivir en un medio expuesto por la inseguridad presente en la comunidad y en la escuela, así como la disponibilidad de sustancias y la existencia de problemas en la familia. Por otro lado, destaca el hecho de que en su gran mayoría los infractores son hombres y el robo es la falta más cometida por este grupo.

Asimismo, debe trabajarse insistentemente en el manejo confidencial de los datos proporcionados por los participantes en las encuestas. La participación debe ser voluntaria, sin prometer a nadie beneficios que no es posible brindar. Al considerar que se puede estar trabajando en situaciones peligrosas por el tipo de población que se investiga, debe garantizarse la seguridad del propio investigador y de su equipo de trabajo, buscando los escenarios propicios y la protección adecuada, a cargo de la propia institución donde se esté haciendo el levantamiento de datos.

Características metodológicas

De preferencia, los instrumentos deben aplicarse en una entrevista individual, debido a las características tan diversas de los infractores e internos, como sus lugares de procedencia y niveles educativos, en muchas ocasiones se dificulta la comprensión de las preguntas lo que obstaculiza su respuesta adecuada. El preguntar cara a cara permite explicar las dudas que surjan a lo largo de la aplicación e inclusive da indicios de las respuestas que pudieran ser falseadas. Esto propicia que el instrumento sea respondido en su totalidad.

Es responsabilidad del investigador que los datos se utilicen para clarificar una problemática, hasta hoy oculta, no para cuestionar a un grupo o institución, ni a los propios usuarios. Se busca fortalecer el trabajo posterior, que debe ser encaminado a mejorar los programas de intervención, preventivos o de tratamiento con este tipo de población.

De acuerdo con lo anterior, es necesario conocer las prevalencias de uso de drogas y alcohol en poblaciones infractoras y de delincuentes para saber la magnitud del problema de consumo y hacer seguimiento de las variaciones que se registren a lo largo del tiempo, así como para detectar nuevos casos. Por ello se deben elegir muestras de tipo probabilístico que aseguren la representatividad de los resultados y, en la medida de lo posible, hacer estudios longitudinales que permitan un seguimiento real de casos, inclusive cuando los usuarios abandonan las instituciones, en las que estaban en tratamiento o custodia.

Otros indicadores

Los indicadores a obtener en una encuesta de estas características deben incluir:

- Tipo de infracción, delito o conducta antisocial
- Consumo de sustancias como: marihuana, cocaína, heroína, inhalables, alcohol, etc.; *alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes*
- Frecuencia de uso; cantidad; formas de uso
- Edad de inicio
- Presencia de nuevas drogas
- Abuso de sustancias y alcohol
- Información sobre si han recibido tratamiento; sobre los cambios asociados al tratamiento, así como las necesidades de tratamiento
- Problemas asociados al consumo: conflictos con la familia, con autoridades o compañeros, participación en riñas, detenciones en la escuela, en su trabajo, de salud, etc.

ENCUESTAS EN GRUPOS DE TRABAJADORES (Carreño y cols.2000)

Características del Escenario

El sector productivo de México ha tenido escasa participación en el reconocimiento del uso de sustancias en ámbitos laborales. En la mayoría de las organizaciones se considera que la drogadicción es un problema individual que debe ser atendido sólo por el trabajador, sin reparar en que las repercusiones asociadas al consumo pueden ser retardos, ausencias, disminución del desempeño laboral, accidentes y cuasi-accidentes de trabajo, lo que implica un costo muy alto en la producción y los servicios (Carreño y cols. 2000) (Medina-Mora y cols.1998). La investigación en México, es escasa aunque la preocupación por la seguridad industrial y la calidad total ha incrementado las posibilidad de interactuar con el sector empresarial, lo que representa una buena oportunidad para realizar investigación con grupos de la población que viven circunstancias muy particulares en sus centros de trabajo.

Aspectos metodológicos

Para iniciar investigación en espacios laborales, es necesario sensibilizar e integrar a todos los miembros de la organización que toman decisiones, incluyendo a los representantes sindicales, a los miembros de las comisiones de higiene y seguridad, o de salud, y posteriormente a todo el personal. El Programa Modelo de Prevención del Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas en Trabajadores y sus Familias (Carreño y cols., 2000), es una excelente guía metodológica para la investigación y la intervención en las empresas de servicios y la industria mexicana.

Se recomienda contar con los elementos y la infraestructura necesarios para realizar un monitoreo permanente y evaluación continua de las tendencias que se registren en el lugar de trabajo, así como el diagnóstico organizacional.

Los cuestionarios pueden ser aplicados individualmente o en grupo. Cuando la población sea de baja escolaridad (primaria incompleta o menos), es recomendable usar la entrevista directa para asegurar que las preguntas sean comprendidas por quien responde.

Asegurarle al empleado que sus respuestas no serán proporcionadas a la empresa de manera individual sino a través de estadísticas generales, garantiza la veracidad de las mismas. Cuando se realiza la aplicación en grupo, la confidencialidad se puede garantizar con el anonimato e introduciendo el cuestionario en sobre cerrado. El entrevistador debe ser capacitado y se recomienda que sea personal externo al centro de trabajo.

Se pueden añadir cuestionarios específicos para la detección temprana del consumo asociado con presentación de problemas, como el Alcohol Use Disorders Identification Test, conocido como AUDIT (Medina-Mora y cols. 1998), además de una escala de problemas asociados a este consumo. Para el consumo de tabaco es necesario incluir preguntas que proporcionen elementos que apoyen la toma de decisiones en el centro de trabajo para investigar e introducir programas de prevención.

En cuanto al consumo de otras sustancias es necesario incluir preguntas sobre consumo *alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes*, que han sido utilizadas en las encuestas nacionales.

También se debe poner énfasis en el diagnóstico del ambiente de trabajo. Se debe obtener una evaluación sobre temas como el clima organizacional, el estrés laboral y la satisfacción individual en el trabajo. También se habrán de incluir turnos de trabajo, puestos o áreas en las que se labora y problemas laborales.

Otros indicadores complementarios se relacionan con el ambiente personal o extraorganizacional del trabajador, problemas en las relaciones familiares, antecedentes de consumo en la familia, el consumo en los amigos y la disponibilidad de las sustancias.

En cuanto a los análisis que se pueden realizar, tienen que aportar los porcentajes de personas consumidoras a través de frecuencias simples; se pueden realizar comparaciones por sexo, edad, turnos de trabajo y áreas específicas de trabajo, además de utilizar otras estadísticas multivariadas.

Consideraciones éticas

Es importante establecer un convenio de participación con el centro de trabajo, explicando que la investigación no podrá ser usada para fines que pongan en riesgo la seguridad del trabajador. Se recalca el uso de instrumentos anónimos y que el trabajador no debe ser presionado a firmar el consentimiento informado.

MÉTODO DE ENCUESTA SEMI-ESTRUCTURADA PARA GRUPOS ESPECIALES (Natera y cols. 1983)

Investigar acerca de las modalidades del consumo de drogas, es asunto que afecta la susceptibilidad de las personas y suelen tropezar con numerosas dificultades, especialmente en las zonas rurales, indígenas o marginadas, por lo que el método del informante ha resultado ser muy útil. Además, como han resaltado González y Katatsky (Smart y cols. 1980), en numerosos países latinoamericanos: 1) el censo no puede tener en cuenta los grandes movimientos que ocurren en las poblaciones y es frecuente que no existan listas que enumeren los hogares en las áreas marginadas; 2) suele haber carencias de entrevistadores adiestrados para realizar encuestas en los hogares, y 3) es común que las instalaciones y el personal para procesar datos no sean suficientes para manejar cantidades voluminosas de información proveniente de las encuestas.

Este método del "informante" (Popham. 1976) puede ser utilizado para grupos especiales. En México se ha aplicado para estudiar el consumo de drogas y de alcohol en zonas rurales, indígenas, marginadas, urbanas, en población general, en universidades y en escuelas de enseñanza media (Guerrero y cols. 1990; Natera y cols. 1983; Natera y cols. 1985). Se integran grupos de 5 ó 6 personas, aproximadamente que pueden ser organizados de acuerdo a la unidad de muestreo que se quiera estratificar. Se pueden tomar en cuenta la ocupación, grupos escolares, grupos con enfoque de género o por edades, o una población bien delimitada. Se reúnen durante una o más horas para discutir las respuestas a un cuestionario semi-estructurado. La principal ventaja de este método es que los informantes no hablan de sus hábitos personales de consumo sino del grupo de referencia que se defina. El propósito consiste en lograr un cuadro descriptivo del consumo de drogas y sus problemas, sin los sesgos que pueden dar los individuos cuando se les pregunta acerca de su propio comportamiento.

El cuestionario puede abarcar los aspectos siguientes:

- Cantidad y frecuencia del consumo de drogas entre la población; tipo de droga
- Percepción de la edad en que se inicia en el consumo de drogas.
- Diferencias de hábitos entre hombres y mujeres
- Costumbres relacionadas con el consumo de drogas: por ejemplo, en los festivales, en los rituales, en el trabajo y en los acontecimientos especiales, etc.
- Actitudes de hombres y mujeres ante el consumo de drogas
- Rasgos que a juicio del observador definen la drogadicción;
- Costumbres relativas al consumo de drogas en el grupo de referencia.
- Actitudes hacia quienes no consumen drogas

Asimismo se pueden incluir otras áreas encaminadas a lograr que los datos obtenidos se pudieran comparar con los de otras encuestas realizadas anteriormente.

Para realizar el estudio del consumo de drogas (López y cols. 1984) se han incluido indicadores del conocimiento de la edad de inicio, el número de individuos involucrados, las drogas que consumen, los patrones de uso, las características de los usuarios y las tendencias del fenómeno hasta el conocimiento de los aspectos socioculturales que los rodean. En este caso la muestra en una colonia de la ciudad de México, estuvo constituida por 5 subgrupos de amas de casa, 6 de obreros y 8 de estudiantes.

La dificultad para medir una problemática de consumo de drogas no sólo radica en la técnica sino también en la definición de lo que se entiende por drogadicción o alcoholismo, y lo que sería la identificación de un caso particular, definido de acuerdo a la frecuencia-cantidad y tipo de drogas, variables que son difíciles de uniformar ya que cambian en las diferentes culturas.

En pocas palabras, es evidente que los beneficios e inconvenientes del método de los informantes, en comparación con el de las encuestas, son los siguientes:

- Facilidad relativa para efectuar el muestreo. Para determinar las proporciones de los grupos de clases sociales diferentes no se necesita información minuciosa derivada de censos llevados a cabo casa por casa. En lugar de ésta, los investigadores pueden utilizar la información relativa a las proporciones de los diversos grupos de la población considerados por ocupaciones.
- Con este método los entrevistadores pueden ser miembros de la misma comunidad capacitados en pocas horas.
- Facilidad para el manejo de los datos.
- Calidad de la información. Se encontró mucha precisión de los datos al compararlos con encuestas de hogares (Smart, Natera, Almendares. 1980). Es probable que este grado mayor de precisión obedezca en buena parte a que en el método de los informantes las preguntas que se plantean propician que los participantes describan los hábitos de consumo de quienes integran diversos grupos que desempeñan ocupaciones similares, en vez de hablar acerca de su forma personal de consumo.
- Mayor posibilidad de participación de la colectividad. Interviene un gran número de miembros de la colectividad en la tarea, preparando así el camino a la colaboración en proyectos de prevención.
- Permite conocer el consumo de drogas en una zona determinada, la manera cómo lo percibe la comunidad y las situaciones sociales que lo rodean. Este tipo de aproximación supera algunas limitaciones de otras investigaciones por permitir que se obtenga información más certera sobre patrones de uso encubiertos o de aquellos que las personas no están dispuestas a revelar voluntariamente, por ejemplo acerca del consumo de drogas por las mujeres y por los menores.

BIBLIOGRAFIA.

1. Aguilera-Guzmán, R.M., (2001): Ausencia Paterna y Migración Internacional: Estresores y Compensadores Relacionados con la Salud Mental de Adolescentes Tempranos. Tesis de Maestría, Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina, UNAM. México.
2. Carreño, S. El consumo de alcohol en trabajadores de una empresa textil. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM. México, 1998.
3. Carreño S., Ortiz A., Medina-Mora ME., Natera G., Tiburcio M., Martínez N., Vélez A., Fauske S., Manual General: Cómo introducir el Programa a su Centro de Trabajo. Programa Modelo de Prevención del Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas en Trabajadores y sus Familias. OMS, OIT ONU, INP, CONADIC Secretaría de salud, 2000.
4. Caetano R., Medina-Mora ME., (1988) Acculturation and drinking among people of Mexican descent in Mexico and the United States. *Journal of Studies on Alcohol* 49: 462-471.
5. García-Andrade C. (2000) Alcoholismo y Cirrosis Hepática: Estudio de grupos étnicos. Proyecto de Investigación INP.
6. Frenk J, Gárnica ME, Zambrana M. Brofman M (1987): Migración y Salud: notas sobre un campo interdisciplinario de investigación. *Salud Pública de México*, 29:276-287.
7. Fromm E. Maccoby M. (1970): *Sociopsicoanálisis del campesino mexicano*. Fondo de Cultura Económica, México.
8. Guerrero C. Natera G., Díaz G. Casco M. (1990) El método del informante para conocer la percepción de los hábitos y consumo de alcohol por jóvenes de 15-19 años en una comunidad semi-rural en México. *Revista Española de Drogodependencia*: 15(2): 79-96.
9. Juárez, F., Berenzon, S., Medina-Mora, M. E., Villatoro, J. A., Carreño, S., López, E. K., Galván, J. y Rojas, E. (1998). Antisocial behavior: Its relation to selected sociodemographic variables and alcohol and drug use among mexican students. *Substance Use and Misuse*, 33(7):1437-1459.
10. López JL, Rosovsky H. Estudio epidemiológico sobre los accidentes y delitos relacionados con el consumo de alcohol. *Salud Pública Mex*. 1986; 28(5): 515-520.
11. López S., Medina-Mora ME., Ortiz A. (1984): Percepción y actitudes hacia el consumo de sustancias de abuso a través del método de informantes. *Salud Mental* 7(2): 69-79.
12. Medina-Mora, M.E. *Diferencias por género en las prácticas de consumo de alcohol* Tesis Doctoral, Fac. de Psicología la Universidad Nacional Autónoma de México, (1993).
13. Medina-Mora, M.E., Carreño, S., De la Fuente, J. R. " Experience with the alcohol use disorder identification test" . In: *Recent Developments in Alcoholism*, Vol. 14: The Consequences of Alcoholism. Edited: Marc Galanter. ISBN: 0-306-45747-4, 383-396, 1998.
14. Medina-Mora ME., Ball A. Donoghoe M. Special population studies. *Guide to Drug Abuse Epidemiology*, Chapter 7: 205-248, 2000. WHO, MSD, MSB.
15. Moctezuma M. (1999): Familias y Redes Sociales de Migrantes. En *Redes Sociales, comunidades y familias de migrantes*: Tesis doctoral. Colegio de la Frontera Norte.
16. Natera G., López JL. El abuso de alcohol sus consecuencias y su prevención. Subproyecto: Agencias del Ministerio Público de Pachuca, 1996.
17. Natera G., Renconco M., Almendares R., Rosovsky H., Almendares J. (1983): Comparación transcultural de las costumbres y actitudes asociadas al uso de alcohol en dos zonas rurales de Honduras y México. *Acta Psiquiátrica de América Latina* 29: 116-127.
18. Natera G., Orozco C., Mas C., Rojas E. (1985) A comparative analysis of two methods for the study of alcohol in take in Mexico. *Drug and Alcohol Dependence*: 15: 165-175, Febrero.
19. Natera G., Tiburcio M., Villatoro J. (1997) Marital violence and his relationship to excessive drinking in Mexico. *Contemporary Drug Problems* 24(4): 787-804.
20. Poggio S, Woo O. (2000): *Migración femenina hacia EUA*. Edamex, México.
21. Popham: Jellinek's international survey of drinking customs. Substudy 305, 1976. Addiction Research Foundation. Toronto, Ontario, Canadá.
22. Romero M., Aguilera RM (2002) ¿Por qué delinquen las mujeres? Perspectivas teóricas tradicionales. Parte I. *Salud Mental*, 25 (5): 10-22.
23. Romero M., Medina-Mora ME., (1998) Las adicciones en mujeres: problema genéricamente construido. En: Agostini Ch: *Una vida sin violencia es un derecho nuestro*. Ed. Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización de las Drogas.
24. Rosovsky H., López JL. Violencia y accidentes relacionados con el consumo de alcohol en la población registrada en una agencia investigadora del ministerio público del D. F. *Salud Mental*. 1986; 9(3): 72-76.
25. Salgado de Snyder VN., Díaz-Pérez MJ., Maldonado M. (1996): AIDS: Risk behaviors among rural mexican women married to migrant workers in the United States. *AIDS Education and Prevention*, 8:134-143.
26. Smart R., Natera G., Almendares J. (1980): A trial of a new method for studying drinking and drinking problems in three countries of the Americas. *Bulletin Panamerican Health Organization* 14(4): 318-326.
27. Tonry M, Petersilia J (1999) *Prisons*. Ed. The University Chicago Press, Chicago and London.

3.7

Estudio de poblaciones ocultas y de difícil acceso

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ:

Arturo Ortíz INVESTIGADOR TITULAR B. ortizcj@imp.edu.mx

Jorge Galván INVESTIGADOR TITULAR A. galvanrj@imp.edu.mx

Eva Rodríguez INVESTIGADOR ASOCIADO B.

Rafael Gutiérrez INVESTIGADOR ASOCIADO C.

Leticia Vega INVESTIGADOR ASOCIADO C.

Jorge Ameth Villatoro V. INVESTIGADOR TITULAR B.

Clara Fleiz Bautista INVESTIGADOR ASOCIADO C.

María Elena Medina-Mora DIRECTORA DE INVESTIGACIONES EPIDEMIOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES

RESUMEN

En este trabajo se describen diferentes alternativas de investigación cualitativa, desarrolladas con el fin de investigar sectores de la población conocidos genéricamente como *ocultos* ó *de difícil acceso*.

Se consideran así, por sus características que resultan aversivas para la población general que estigmatiza, devalúa y margina, razón por la cual existe poca información sobre ellas.

Los grupos incluidos son: sexoservidoras, usuarios de alucinógenos, niños y niñas que subsisten en espacios públicos urbanos, usuarios de drogas en comunidades marginales, menores trabajadores en espacios públicos y menores en discotecas.

Se describen variaciones metodológicas para lograr el acercamiento y la información de estos grupos, además de señalarse la serie de los indicadores mínimos que es necesario tener en cuenta para investigarlos se proponen lineamientos respecto a las habilidades que debe desarrollar el investigador, con énfasis en el carácter artesanal y el entrenamiento de la subjetividad que son necesarios para conocer la dinámica del inicio, mantenimiento y difusión del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, entre esta población.

Finalmente, se señalan las implicaciones de estos datos para realizar una futura investigación.

INTRODUCCIÓN

Poblaciones Ocultas y de Difícil Acceso es un concepto que se refiere a los grupos de personas con características que los hacen diferentes a la comunidad, y que en parte son desconocidos por la población en general. Como resultado, ésta las estigmatiza y además de que le resultan ocultas y de difícil acceso.

Al respecto Lambert y Wiebel (1990) señalan que “poblaciones ocultas” son las que están en desventaja y desprotegidas... son aquellas de las que estamos conscientes de una u otra manera, sin embargo conocemos muy poco de ellas”. Wiebel (1990) indica que el término “población oculta” se refiere a “un subconjunto de la población general cuya membresía no es fácilmente distinguida o enumerada, basada en el conocimiento existente y, o en las habilidades de muestreo”.

Estos grupos están presentes en todos los niveles socioeconómicos y en diferentes ámbitos del tejido social: calles, bares, discotecas, casas, gimnasios, etc. aunque por su dinámica su presencia es más evidente en los sectores desfavorecidos. Ejemplos notables son los llamados niños de la calle, los niños indígenas, las poblaciones migrantes de las áreas rurales a las urbanas, las sexoservidoras, los usuarios de drogas que no son captados en instituciones, los menores en las discotecas, los deportistas que consumen sustancias para aumentar el rendimiento o la masa muscular, o personas con trastornos de la alimentación, entre otros.

Es importante identificar a estos grupos porque son parte de la sociedad, aunque por lo general están fuera de la cobertura de los servicios que disfruta el resto de la población, en especial de salud y de procuración de justicia. Al mismo tiempo son grupos de alto riesgo para muchas enfermedades y en el caso que nos ocupa, son vulnerables al uso de drogas, alcohol y tabaco.

La información disponible sobre ellos es limitada, debido a que para sobrevivir se ocultan de los demás sectores de la población. Por ello la información que se puede obtener sobre los mismos es cualitativa básicamente, e identifica los aspectos más relevantes del comportamiento psicológico y social de esta población, y no se orienta a cuantificar el tamaño del fenómeno, tarea que se vería limitada por la misma naturaleza y dinámica de las personas. Sin embargo es posible hacer algunas estimaciones acerca del tamaño del problema.

Alguna información disponible sobre estos grupos proviene de los medios de comunicación masiva. Desafortunadamente, esta fuente suele aportar con frecuencia datos distorsionados cuyo manejo llega a promover conflictos con las autoridades, como puede ser el caso de los niños de la calle. Esto es así porque dichas personas afrontan problemas diferentes a los de la población general, y por ello es fácil potenciar situaciones de rezago o falta de servicios para criticar a las instituciones en materia de salud, educación, vivienda, u otros campos.

Es importante obtener información sobre estas poblaciones a fin de conocer mejor su dinámica de subsistencia, identificar algunas de sus repercusiones para la sociedad, así como las variables sociales que intervienen en el surgimiento y perpetuación de las mismas. También se deben observar sus variables sociodemográficas, distribución espacial, hábitos de consumo de drogas: tipos, dosis, frecuencias, vías de administración, mecanismos de distribución, etc.

La alternativa metodológica para investigar a estos grupos es la aproximación cualitativa, especialmente la etnográfica, a la cual se le define como “una práctica de aproximación a la realidad basada en una interacción lo más continuada e intensa posible con el grupo estudiado en su ambiente social cotidiano y que se realiza a nivel microsocioal, ... aporta explicaciones de la vida del sujeto en sus propios términos ya que se hace una construcción del mismo dentro de la cultura que forma parte” (Romaní, O. 1995). Su utilidad radica en que explica en forma concreta procesos e interacciones sociales y sirve para plantear hipótesis, verificar o contradecir ciertas teorías, o hacer reflexiones generales.

Realizar una etnografía es tarea que requiere el desarrollo de habilidades específicas. El investigador debe pasar semanas, inclusive meses, en el campo a fin de recoger la mayor cantidad posible de información. En este contexto trata de “vivir la vida del otro” con el propósito de reconstruir detalle a detalle lo que ocurre; de reflexionar y entender qué pasa en la vida cotidiana del grupo estudiado, qué lleva al individuo a integrarse a un grupo y permanecer allí; que le hace salir y el por qué individuo y grupo pueden sobrevivir de esa manera. Esto implica establecer una relación entre el investigador, el individuo y el grupo en la que exista *rapport*: una vinculación basada en la confianza que permita conocer sus situaciones de vida en el lugar, a fin de que sea aceptado.

La etnografía es un arte en gran medida porque requiere de la sensibilidad del investigador para desempeñarse de la mejor manera en situaciones específicas, desestructuradas y desestructurantes. Cuando el investigador está en el campo pone en juego todos los sentidos; registra lo que ve, oye y siente; y posteriormente se va focalizando en los puntos importantes a observar con mayor profundidad, para después describirlos en detalle y darles una explicación de tal manera que las personas al leer la etnografía, puedan percibirse como inmersas en el contexto.

En la etnografía se utilizan varias técnicas para registrar la información tales como la observación no participante la cual principalmente se basa en el uso del diario de campo, las notas y las grabaciones tanto en audio como video, y las entrevistas abiertas y cerradas a diferentes tipos de informantes, entre otras. La elección de técnicas específicas depende de diversos factores tales como la sensibilidad del individuo y grupo estudiado, la finalidad de la investigación y los recursos con que se cuenta. (Hammersley, M, Atkinson, P. 1994).

En este trabajo se describen diversas investigaciones realizadas en poblaciones ocultas y de difícil acceso, se describen también los métodos y técnicas empleados, así como la adaptación de esas herramientas a fin de dar cuenta respecto a sus particularidades.

Entre estas poblaciones, se incluyen: A) Sexoservidoras, B) Usuarios de alucinógenos, C) Niñas y niños que subsisten en los espacios públicos urbanos, D) Usuarios de drogas en una comunidad marginal, E) Menores trabajadores en espacios públicos, F) Menores en discotecas.

a). Sexoservidoras

DESCRIPCIÓN DEL GRUPO

Se ha estudiado a esta población de sexoservidoras que realiza sus actividades en la vía pública, y pertenecen a niveles socioeconómicos bajos de la Ciudad de México. Este grupo es oculto dado que la prostitución socialmente es vista como algo devaluatorio y secreto; se sabe que existe pero no se promueve, se tolera socialmente; por lo que es una actividad que se desarrolla en el contexto de patrones de secreto, tanto en el acceso, como en su práctica, por lo que no aparece evidente ante la población general.

MÉTODO

Realizar una etnografía de sexoservidoras sobre el uso de drogas, permite entender sus prácticas en términos de su propia cultura, tomando en cuenta que son personas que están “etiquetadas” con un sinnúmero de adjetivos negativos. Esta aproximación permite ir más allá de los prejuicios asociados a esta población y acercarse a sus propios discursos respecto al por qué de su comportamiento.

La investigación realizada implicó hacer descripciones de procesos sociales y sus contextos, con base en la observación y en entrevistas informales con algunos propietarios de negocios de la zona, administradores de hoteles, vendedores de periódicos, encargadas de una guardería donde las mujeres dejan a sus hijos mientras trabajan, y personal médico que trabaja en centros de salud de la zona.

Se empleó además la toma de notas ya que permite recopilar información sobre muchas de las cosas que ocurren dentro del contexto laboral. “El tomar notas es una actividad central dentro del proceso de investigación y se realiza con mucho cuidado ya que muchas veces el investigador o sus informantes se pueden encontrar en riesgo, dependiendo de la población que se trate” (Pallarés, G. 1998).

INDICADORES

Entre los indicadores empleados se encuentran los que describen los motivos personales por los que ingresaron a la prostitución, la actividad con los “clientes”, lo que ocurre en diferentes horarios y días de la semana, el consumo de drogas y su vinculación con esta actividad, así como la problemática que enfrentan cotidianamente.

ANÁLISIS

Se realizó un análisis de las entrevistas a partir de su transcripción. Se analiza la información de acuerdo con los tópicos que las entrevistadas consideran como más relevantes para comprender el fenómeno, y que dan luz para entender un poco más sobre la naturaleza de este fenómeno.

b) Usuarios de alucinógenos

DESCRIPCIÓN DEL GRUPO

El uso de drogas ilícitas y sus consecuencias es un comportamiento que genera poblaciones o universos ocultos, difíciles de delimitar y precisar (Romaní, O. 1995). Es el caso de los jóvenes que actualmente consumen sustancias alucinógenas tanto naturales como sintéticas para alterar su estado de conciencia, desconociendo, en la mayoría de los casos, las consecuencias negativas físicas y psicológicas que conlleva el uso indiscriminado de estas sustancias.

Indudablemente aspectos vinculados con la cultura, como son las creencias y mitos en torno a sus propiedades curativas, así como la rapidez y naturaleza de sus efectos han predisposto estos compuestos para el uso humano (Baker, 1995).

Hoy en día, el principal propósito de uso de estas sustancias es el recreativo, especialmente de los alucinógenos sintéticos como el LSD y el éxtasis que han tenido un claro resurgimiento recientemente. Los grupos más vulnerables para su consumo son especialmente los más jóvenes. Según datos de la Encuesta Nacional de Adicciones -ENA- de 1998, aproximadamente 171,889 (0.36%) individuos de todo el país han consumido estas sustancias "alguna vez en la vida". Asimismo los resultados de la Encuesta Estudiantil realizada en la Ciudad de México en el año 2000 revelaron que de 3,150 alumnos de bachillerato que fueron encuestados, el 3.4% de los hombres y 1.4% de las mujeres los habían consumido alguna vez (Secretaría de Salud, 1999; Villatoro, J. y cols., 2000).

Gracias a los resultados derivados de las encuestas, conocemos el número aproximado de personas que han hecho uso de estas sustancias, sus características sociodemográficas, los tipos de alucinógenos más usados, etc. No obstante, sigue siendo escasa la información que aún se tiene sobre los motivos personales que promueven su uso entre los jóvenes, también sabemos poco sobre cuáles son los distintos escenarios y contextos de uso, sobre cuáles son las creencias y significados que giran en torno a la experiencia alucinatoria, entre otros aspectos. Por lo anterior, se planteó la necesidad de realizar investigación en esta área y de desarrollar de un método específico de abordaje para obtener información sobre este grupo.

MÉTODO

La estrategia metodológica recomendable para abordar este tipo de grupos es la cualitativa, sobre todo, porque esta aproximación propicia el contacto directo con este tipo de poblaciones y brinda la oportunidad de acceder a cierta información que es difícil de obtener por otros medios. (Olabeuena; R. Ispizúa, M. 1989)

En este estudio, el empleo de la metodología cualitativa permitió conocer en voz de los propios usuarios el origen y sentido de sus motivaciones para consumir alucinógenos, así como para explorar los significados y contenidos de los estados alucinatorios provocados por estas drogas, y también para tratar de entender cómo estas motivaciones y significados se vinculan con sus conductas (Ortiz, A. 1986; Galván, J. 2001).

Otra razón por la que se decidió emplear esta metodología es porque los usuarios de drogas son personas difíciles de identificar y abordar, dado que su comportamiento no es aceptado por la sociedad y las técnicas empleadas bajo esta metodología brindan estrategias útiles para entrar en contacto con estos grupos y obtener información (Wiebel, W. 1990, Romani, O. 1995).

El contacto con los usuarios de alucinógenos se logró través de dos vías: centros de tratamiento y utilizando el método de "bola de nieve" que es una referencia en cadena que se puede iniciar directamente en los escenarios donde se consumen drogas o a través de diversas redes de contacto como amigos, familiares, otros usuarios de drogas, compañeros de trabajo y estudiantes, entre otros (Trotter, R. Medina-Mora, M.E. 2000).

Se eligió la entrevista en profundidad como técnica para obtener la información sobre aspectos poco conocidos; requiere el contacto directo con los usuarios; permite conocer los significados y creencias personales con respecto al uso de estas sustancias, las conductas de riesgo y sus consecuencias en la salud.

El empleo de la entrevista para abordar a grupos de esta naturaleza, requiere entre otras habilidades, la de facilitar el establecimiento de *rapport*, la capacidad para hacer preguntas eficaces y usar frases generadoras de material o formular preguntas de sondeo cuando sea necesario; el diseño de una guía de entrevista que contenga una lista de las áreas, los temas o preguntas que se desea estudiar.

INDICADORES

Los indicadores empleados pueden sintetizarse como sigue:

- Motivos y significados vinculados con la conducta de uso de alucinógenos.
- Identificación de los contenidos y significados de la experiencia alucinatoria.

- Rituales vinculados al uso de estas sustancias
- Formas de uso y combinaciones
- Expectativas sobre los efectos del uso de alucinógenos fundamentadas en los mitos y creencias asociadas a estas sustancias.

ANÁLISIS

La información se analizó de la siguiente manera:

- Transcripción de las entrevistas grabadas.
- Análisis a partir de las categorías relevantes que se establecieron para este estudio con objeto de esclarecer las experiencias humanas subjetivas desde el punto de vista de los participantes: identificar creencias, filosofía personal, sentimientos y significados.

c) Niñas y niños que subsisten en los espacios públicos urbanos

DESCRIPCIÓN DEL GRUPO

Al igual que los grupos anteriores, son escasamente conocidas las características psicosociales de las niñas y los niños que subsisten en las calles. Este tipo de población resulta particularmente difícil de conceptualizar. Durante los últimos años ha sido común llamarlos "niños callejeros", "niños de la calle", "niños en la calle", "niños en situación de calle".

Estas categorías han sido criticadas porque hacen difícil distinguir la diversidad psicosocial de la subsistencia infantil en las calles, por ejemplo la expresión niños sugiere que la subsistencia en las calles es un fenómeno de niños y no de niñas. Estas definiciones ocultan las diferencias de género, étnicas y de edad de los miembros de las poblaciones ocultas. El fenómeno de la subsistencia infantil en las calles incluye tanto a niños como a niñas, indígenas migrantes y no migrantes, adolescentes, jóvenes, adultos y más recientemente hombres y mujeres de la tercera edad que subsisten en las calles.

Aunque se han incrementado las publicaciones científicas e informes oficiales sobre algunos padecimientos de los niños "en" y "de la calle", poco se conocen sus problemas de salud mental. Cuando se alude a estos problemas, casi siempre se refieren al uso de sustancias psicoactivas. Al hacerlo no se especifica la proporción de niñas y niños y mucho menos si son o no indígenas. De esta forma, los miembros de estos grupos quedan ocultos bajo las etiquetas "niños en la calle" y "niños de la calle". Esto último es muy importante, ya que es como si ellas y ellos y sus problemas no existieran y en consecuencia, pasan desapercibidos para la atención que deberían tener.

Se estima que la cantidad de "niños callejeros" en la Ciudad de México tiene una tendencia al crecimiento anual del 6.6% de acuerdo con datos de la UNICEF y el Gobierno del Distrito Federal (GDF). Se estima también (OMS/PSA, 1995) que entre los problemas que viven estos niños y niñas se encuentran los trastornos del estado de ánimo, la depresión, el suicidio y tentativas de suicidio, la ansiedad y fobias, el estrés postraumático, los trastornos de la conducta y tendencias antisociales de la personalidad, los daños por consumo de sustancias psicoactivas, incluidas la psicosis y enfermedades orgánicas, las alteraciones del sueño, del apetito y cognitivos así como problemas de aprendizaje.

Sin embargo, la información disponible aún no es suficiente y es necesario conocer con más detalle la situación de estos niños.

MÉTODO

La metodología cualitativa es la herramienta que se ha usado para obtener información acerca de estas poblaciones. Produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable. Identifica y comprende los problemas de salud mental desde la propia perspectiva de las niñas y niños, las técnicas empleadas son la observación participante, la entrevista en profundidad y los grupos focales.

El acceso a la población oculta se logra gradualmente. Para ello, se hace contacto con prestadores de servicios comunitarios, pertenecientes a organismos gubernamentales y no gubernamentales, con la intención de identificar a la población y los espacios donde realizan sus actividades. Con esta información, los investigadores hacen recorridos por estos espacios hasta hacerse "visibles" a los niños, es decir que se acostumbren a la presencia física de los investigadores como parte del "escenario" cotidiano donde los niños realizan sus labores.

Después se inicia el proceso de desarrollo de relaciones de confianza con algunos miembros de esta población, mediante técnicas de observación participante de acuerdo con las reglas cotidianas sobre la interacción social no ofensiva, por ejemplo el desarrollo de *rapport* que incluye aspectos tales como el respeto a las rutinas y modos de hacer las cosas de los niños y niñas, el desarrollo de charlas acerca de cosas que se tienen en común con ellos, la ayuda en algunos de sus quehaceres y el interés por sus problemas, mostrando una actitud de humildad, etc. Estas técnicas se aplican a lo largo de todo el trabajo de investigación.

Una vez desarrollada la relación basada en la confianza, se busca obtener información invitando a las niñas y los niños a participar en grupos focales y en entrevistas en profundidad. Se les pide autorización para grabar los datos.

Entre las precauciones referentes a la realización de la investigación conviene considerar: la protección al informante y la protección al investigador.

- PROTECCIÓN AL INFORMANTE: Durante el proceso de investigación se guarda la confidencialidad y el anonimato. Para ello, los informantes y los lugares que frecuentan son identificados con nombres y apodos que no les corresponden. La información contenida en diarios de campo, las grabaciones de los grupos focales y entrevistas a profundidad son guardados por el investigador responsable.
- PROTECCIÓN AL INVESTIGADOR: Es conveniente portar una identificación oficial de la institución donde se labora, dado que muchas veces en el trabajo de campo los investigadores presencian actividades marginales de los niños tales como la compra y consumo de drogas, el robo, la violencia, etc. Cuando el investigador se encuentre en una situación agresiva con los informantes es conveniente retirarse. También se debe evitar actuar y hablar de modos que no se adecuen a la propia personalidad.

INDICADORES

Se utilizan como indicadores para examinar factores de riesgo y de protección de consumo de drogas entre estas poblaciones, los siguientes:

- Indicadores de estrés: problemas cotidianos, problemas permanentes o graves, migración;
- Indicadores de normalización: Aceptación del grupo, comercio y consumo de sustancias, promoción del consumo, costos económicos, etc.
- Indicadores de experiencias con las drogas: experiencias positivas y negativas del consumo de drogas (beneficios, problemas, etc.)
- Vínculos: relación con la familia, amigos consumidores y no consumidores.
- Competencias: habilidades para solucionar conflictos, relajarse, asertividad, etc.
- Recursos: relación con organismos gubernamentales y no gubernamentales, escolaridad, ocupación, etc.

ANÁLISIS

Se analiza cualitativamente la información obtenida, se forman categorías de análisis clasificables tales como los factores protectores y los de riesgo para la salud mental previstos por el Modelo Modificado de Estrés Social de la Organización Mundial de la Salud. (OMS/PSA 1995)

Con base en esta información se han detectado riesgos asociados al consumo de sustancias y desarrollado programas de prevención. Esta información también ha sido útil para organismos gubernamentales y no gubernamentales en el diseño de programas de atención a favor de los niños callejeros.

d) Usuarios de drogas en una comunidad marginal

DESCRIPCIÓN DEL GRUPO

El uso de drogas es una práctica común y tal vez más evidente en las comunidades marginales, además que es un fenómeno que los medios se han encargado de difundir. Los usuarios normalmente crecen en un ambiente donde lo normal en la vida cotidiana es el consumo, por lo cual no tienen la referencia de que sea una conducta “desviada” o “antisocial” sino que es parte normal de la vida.

Acceder a estas comunidades y en particular a estos grupos implica el empleo de las herramientas cualitativas así como el desarrollo de habilidades personales de interacción con estos grupos.

MÉTODO

El método se ha llamado Búsqueda Intensiva de Casos (BIC). Se basa en la observación de la comunidad, el establecimiento de contactos con sus diferentes actores sociales, la identificación de personas que conozcan a usuarios y de ellos en la identificación de otros, lo que se denomina técnica de Bola de Nieve. Al mismo tiempo se busca identificar lugares de reunión de usuarios para ganar acceso a ellos. (Medina-Mora ME, y cols 1979).

Se inicia la investigación a partir de la identificación de una comunidad lo que puede hacerse mediante indicadores indirectos que sugieran la existencia del fenómeno del consumo por ejemplo los reportes periodísticos, la policía, los rumores etc. A partir de esto se realiza un reconocimiento de la zona mediante técnicas de observación no participante, se identifican sus límites físicos o se definen por el investigador de acuerdo a los requerimientos del proyecto de investigación; se identifican también los servicios, vías de acceso, etc. Dentro de este contexto se busca información y evidencias sobre a) lugares de reunión y b) grupos de usuarios.

Los lugares de reunión se identifican mediante indicadores tales como los *graffiti* en las bardas, los restos de parafernalia empleada para el consumo, las características físicas de los lugares, por ejemplo si son lugares cerrados o abiertos, de difícil o fácil acceso, que permiten una vista a gran parte de la zona, etc.

Los grupos de usuarios se identifican en el reconocimiento de la zona, para lo cual es necesario realizar observaciones en distintos horarios en diferentes días de la semana. De esta manera, se identifican los momentos en los que los usuarios se reúnen.

El resultado de estas dos vertientes da cuenta de las actividades comunitarias, las zonas de reunión y una identificación preliminar de los usuarios.

Esta información busca identificar informantes de la comunidad que puedan aportar datos sobre su percepción del fenómeno. Estos informantes pueden ser de tres tipos a) no calificados b) calificados y c) clave, mismos que se describen a continuación:

- **Informantes no calificados** son personas de la población general que viven en la comunidad o desempeñan sus actividades en la zona, por ejemplo las señoras que van al mercado, los niños jugando en las calles, etc. De ellos se espera que tengan información general de la zona y sus problemas.
- **Informantes calificados** son las personas que por su *rol* formal en la comunidad se espera que tengan información más específica, este es el caso de los médicos, sacerdotes, líderes comunitarios, etc. En determinado momento se identificará a quienes conocen personalmente a usuarios y son capaces de poner al investigador en contacto con ellos. Estas personas son **Informantes Clave**.

De cada tipo de informantes se obtienen datos particulares según se describe más adelante en el apartado de Indicadores.

INDICADORES

Los informantes no calificados y calificados aportan información importante sobre la zona y su problemática, así como la percepción comunitaria acerca del consumo, por ejemplo: cómo es la vida en la comunidad, sus principales problemas, su historia, cómo se fue conformando, el desarrollo de los servicios tales como agua, luz, drenajes, etc., el papel de los jóvenes en la comunidad, el uso de alcohol y otras drogas entre otros.

Los informantes clave proporcionan información que pone en contacto al investigador con el usuario: cómo vive, cómo es su familia, cómo se ha involucrado en el consumo, cuál es la percepción social sobre esto, etc., además de que aporta información sobre los tópicos anteriores.

Los usuarios de drogas una vez identificados aportan información referente tanto a su comunidad como al consumo, por ejemplo: su percepción de cómo es la vida en la colonia, sus principales problemas, la percepción social del consumo, los estereotipos sociales asociados al consumo, etc. hasta aspectos rituales en el consumo, el *argot*, las nuevas drogas, sus combinaciones: dosis, frecuencias; vías de administración; mecanismos de llegada de la droga a la zona, el papel de la policía, la violencia y conducta antisocial asociada al consumo; los efectos experimentados en la intoxicación aguda y por el uso crónico.

ANÁLISIS

En el Método Búsqueda Intensiva de Casos es posible hacer comparaciones entre el tipo y profundidad de la información reportada por cada informante. Se emplean categorías de análisis en función del material que los informantes y usuarios aportan como relevante y que explica el problema. Esta información permite identificar las redes de contactos del consumo: cómo ha sido el proceso del inicio y la difusión del uso a partir de individuos en los diferentes grupos y la zona, así como la relación de los usuarios con otros grupos y zonas.

e) Menores trabajadores en espacios públicos

DESCRIPCIÓN DEL GRUPO

Este es un grupo muy heterogéneo de la población que incluye a menores que viven en sus casas pero que tienen la necesidad de trabajar en la vía pública por ejemplo vendiendo dulces, o como empacadores en supermercados. Incluye también a menores que no viven en sus casas y trabajan por ejemplo lavando parabrisas o pidiendo dinero en la vía pública.

El acceso a los menores que aún viven en sus casas es más fácil en relación con los que viven en la calle, especialmente porque este último grupo requiere de mayor tiempo de convivencia para lograr realizar entrevistas que aporten información fidedigna.

MÉTODO

Los estudios que se han realizado con esta población en nuestro país han sido realizados por el DIF (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia) e incluye dos estudios. El primero se realizó en 100 ciudades del país (Robles y Rodríguez, 1999; Robles y Castañares, 2000), mientras que el otro se llevó a cabo en la Ciudad de México.

La metodología requiere dos componentes: El primero es tratar de conocer el universo de esta población. Para ello, se realiza un conteo mediante observación directa y por corroboración con los sujetos mediante la evaluación de ciertas características sociodemográficas. Esto permite conocer la magnitud de la población de interés e identificar sus principales características demográficas. Esta información es útil para evaluar la cobertura de la atención que se requiere para este grupo.

El segundo elemento es obtener una muestra de la población de interés. La forma más sencilla y de menor costo es tomar a todos los niños ubicados en un punto de contacto (lugar donde se ubican los niños y adolescentes que trabajan en la vía pública) que puede ser un cruce de la calle o un supermercado.

Regularmente es conveniente que el encuestador sea visto por los niños que asisten a los cruces a fin de que conviva con ellos, ya que esto aumenta las probabilidades de que contesten el cuestionario y no falseen la información. En los supermercados u otros lugares de trabajo, es más fácil obtener la aceptación para participar.

Por otro lado, los encuestadores deben recibir un entrenamiento especial para trabajar adecuadamente con este tipo de población, además es conveniente que aprendan a expresarse empleando un lenguaje similar al de esta población para lograr una mayor apertura.

INDICADORES

En términos del consumo de drogas, en esta población es importante conocer las prevalencias, la incidencia y la frecuencia con que se ha consumido drogas. También es útil conocer si ha recibido o no atención por su consumo de sustancias. Estos indicadores permitirán conocer la extensión del problema en la población, cómo ha crecido el problema en el último mes o en el último año y la demanda y cobertura de atención de esta población.

Los indicadores mínimos que se proponen para esta población son los siguientes:

TABACO

¿Fumas tabaco o cigarrillos? 1) Si 2) No

¿Hace cuánto tiempo fumaste tabaco o cigarrillos por primera vez?

- 1) Hace menos de un mes
- 2) Hace menos de 6 meses pero más de 1 mes.
- 3) Hace más de 1 año
- 4) Nunca he fumado tabaco

¿Alguna vez has tomado una copa completa de alcohol? 1) Si 2) No

Normalmente cuando tomas ¿Cuántas copas tomas?

- 1) De 1 a 4 copas
- 2) De 5 a 6 copas
- 3) De 7 a 12 copas
- 4) 13 copas o más
- 5) Nunca he tomado alcohol

¿Con qué frecuencia has tomado 5 o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?

- 1) Nunca en el último año
- 2) Por lo menos 1 vez en el último año
- 3) Una vez en el último mes
- 4) De dos a tres veces en el último mes
- 5) Una o más veces en la última semana
- 6) Nunca he bebido esa cantidad en una sola ocasión
- 7) Nunca he bebido alcohol

En tu trabajo, ¿Alguna vez te han ofrecido droga? 1) Si 2) No

¿Alguna vez has usado drogas (que no sean alcohol ni tabaco)? 1) Si 2) No

¿Cuándo fue la primera vez que consumiste drogas (que no sean alcohol ni tabaco)?

- 1) Hace menos de un mes
- 2) Hace menos de 6 meses pero más de 1 mes.
- 3) Hace más de 1 año
- 4) Nunca he consumido drogas

Con qué frecuencia has consumido las siguientes drogas

Droga	Nunca la he consumido	Diario	Semanal-mente	Mensual-mente	De vez en cuando
Inhalables (activo, thinner, cemento) para "elevarte"	1	2	3	4	5
Cocaína	1	2	3	4	5
Mariguana	1	2	3	4	5
Crack	1	2	3	4	5
Pastillas	1	2	3	4	5
Heroína	1	2	3	4	5

ANÁLISIS

El análisis de la información para esta población requiere obtener los intervalos de confianza, total y por grupos sociodemográficos de interés. Para ello, se utiliza algún programa (Stata, SUDDAN o Complex Sampling), que permita el análisis de muestras complejas, utilizando el punto de reunión como principal variable de agrupamiento. Adicionalmente, es factible analizar diversas variables sociodemográficas y su impacto sobre el consumo de sustancias, desde análisis univariados con χ^2 , o t de Student, hasta un análisis multivariado más desarrollado de regresión logística donde la variable dependiente o criterio puede ser el consumo de alguna sustancia en particular (uso, no uso), o el consumo en general, y los predictores son las variables sociodemográficas junto con los factores de riesgo y de protección que hayan sido evaluados en los adolescentes. Para estos análisis es importante tener un número suficiente de casos (usuarios), de manera que los análisis no se vayan a sesgar por la baja representación de los usuarios.

f) Menores en discotecas

DESCRIPCIÓN DEL GRUPO

Son los menores de edad que buscan entrar y son admitidos en discotecas, donde se consume alcohol y tabaco como parte normal de la dinámica de interacción. La magnitud de este fenómeno es desconocida, aunque es evidente su existencia. Las discotecas son lugares que ejercen una gran atracción para los adolescentes por varias razones como la búsqueda de sensaciones nuevas derivadas del uso de alcohol, la membresía o pertenencia a un grupo de pares que da un importante nutrimento a la autoestima, la socialización como medio para completar el propio desarrollo psicológico, la posibilidad de ensayar el acercamiento a una pareja, entre otras.

Dentro de este contexto el adolescente fácilmente inicia conductas de riesgo: además de beber y fumar, la dinámica de la experimentación se extiende a otras conductas que se prestan a una expresión impulsiva tales como manejar automóvil de manera irresponsable, la violencia física, la conducta sexual sin precauciones, etc. Desafortunadamente por la misma naturaleza de estas conductas los menores tienden a minimizar los riesgos implicados, lo que dificulta la obtención de información: los menores viven su conducta como "normal" y no sienten que implique algún riesgo.

MÉTODO

El abordaje para este grupo al igual que los precedentes es de tipo cualitativo. Las técnicas y métodos más adecuados para la recopilación de información son observación no participante y participante, entrevista abierta, grupos focales; se busca el acceso a todos los niveles de los trabajadores de las discotecas: propietarios, gerentes, capitanes, meseros, garroteros, *barmen*, vigilancia, etc.

Primero se identifican discotecas que admiten menores. Esto puede hacerse por medio de reportes informales, notas de prensa, etc. Se busca establecer contacto con los gerentes o propietarios a fin de que permitan dar una formalidad a la investigación, sin embargo, también es posible hacer observación en el campo como un cliente más.

INDICADORES

Los indicadores que se evalúan mediante la observación son entre otros, la identificación de los lugares en los que se reúnen los menores, los hábitos de consumo, las características de los lugares que los vuelven atractivos a los adolescentes tanto en términos físicos como psicológicos, por ejemplo, la sensación de privacidad, de distancia respecto a los padres, la facilidad para la interacción social, las expectativas para conocer a una pareja, lo novedoso, los estímulos formales y no formales que presenta el lugar para promover el consumo, etc.

Mediante la realización de grupos focales con los adolescentes se conoce sus motivaciones, la percepción de los lugares, la percepción del consumo, los comportamientos en los que incurren y el nivel de riesgo asociado, la influencia social y familiar hacia el consumo, etc.

Los trabajadores de las discotecas también aportan información sobre las políticas de la empresa, los mecanismos para promover el consumo, los concursos, las fiestas, las costumbres locales que se prestan para el beber y de qué manera la discoteca se inserta en el contexto cultural, etc.

ANÁLISIS

Los resultados obtenidos se analizan en función de categorías que se desarrollan a partir del material que los mismos actores consideran relevante para la comprensión del fenómeno. Se realizan comparaciones entre el material aportado por cada tipo de informante, lo que indica una percepción diferente del riesgo del consumo.

Esta información proporciona una valiosa base que puede ser implementada para el diseño y puesta en operación de programas de prevención del consumo.

CONCLUSIONES

Las poblaciones ocultas están fuera del alcance de los métodos tradicionales de investigación. Las razones para ello son diversas:

- a) Los individuos pertenecientes a estos grupos están fuera de los lugares de residencia fija;
- b) Sus actividades cotidianas y su consumo son considerados de carácter ilegal lo que lleva al ocultamiento y por lo mismo la estimación de su magnitud se limita;
porque las actividades resultan emocionalmente aversivas para el observador o para la población general, como es el caso de la prostitución o la violencia física, etc.

El resultado es que se generan grupos ocultos y de difícil acceso para su estudio y comprensión, por lo que resulta muy complejo obtener números de casos suficientemente grandes como para hacer estudios tipo muestreo (Pallarés, G. 1998) y por ello se requiere una aproximación de tipo cualitativo.

La investigación cualitativa ha sido la herramienta que permite acercarnos al estudio de estos grupos. En este contexto, se han desarrollado diversos abordajes metodológicos que se han confeccionado con la intención de conocer aspectos más específicos en particular los relacionados con el consumo de drogas. Estos abordajes buscan conocer a profundidad la dinámica del inicio, mantenimiento, difusión etc. del fenómeno del consumo de drogas, alcohol y tabaco. (Ortiz A, y cols 1996)

Sin embargo, dado que la dinámica del fenómeno del consumo es muy variable, se requiere que las metodologías evolucionen continuamente a fin de dar cuenta de estos fenómenos. Entre las líneas de evolución se incluyen estudios de seguimiento, de largo plazo; estudios sobre la historia natural de estos problemas, las secuencias del consumo en las siguientes generaciones, etc. Solamente teniendo la visión histórica del fenómeno, será posible tener la comprensión de su naturaleza.

Asimismo es necesario el entrenamiento de más recursos humanos en investigación cualitativa: ya que lo diverso de los escenarios del consumo lleva a momentos en los que únicamente la sensibilidad entrenada del investigador, permite comprender el sentido de lo que está sucediendo. Esto es una labor artesanal en cuanto que no hay reglas preestablecidas que indiquen al investigador lo que tiene que hacer en cada situación.

Al mismo tiempo es necesario promover el diálogo de los diversos enfoques cualitativos con los enfoques cuantitativos: un enfoque transdisciplinar es la manera como se pueden articular los resultados de los diferentes enfoques de investigación a fin de ir confeccionando una visión más completa del uso de sustancias entre estos grupos de población.

BIBLIOGRAFIA

- Baker, J. (1994) "Consciousness Alteration as a Problem-Solving Device: The Psychedelic Pathway" En: Yearbook for Ethnomedicine and the Study of Consciousness, Issue 3, pp 51-89.
- Galván, J. (2001) Estudio descriptivo de las experiencias alucinatorias. Una aproximación émica. Tesis para obtener el grado de Maestría. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México
- Gutiérrez, R y Vega, L.. (1995) Las interpretaciones, las prácticas y las reacciones sociales del uso de solventes inhalables entre los llamados niños de la calle Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, Págs. 140-145.
- Gutiérrez R. Vega L. Intervenciones para ayudar a prevenir y desalentar el uso de sustancias en los trabajadores infantiles. La Educación no Formal para Menores Trabajadores Urbano-Marginales. Guía para el Promotor Infantil Comunitario. Ciudad de México. Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas. Oficina Regional para México y Centroamérica, 1999. Editorial: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia-UNICEF.
- Gutiérrez R. Vega L. Informe preliminar de un programa para disminuir los daños asociados a la inhalación de tolueno en los niños "de la calle". No. Especial de la Revista Salud Mental. 2000 75-78
- Hammersley, M. Atkinson, P. (1994) Etnografía. Barcelona. Paidós.
- Lambert, E. Wibel, W. (1990) Introduction. En Elizabeth Y. Lambert (Ed.) The collection and Interpretation of data from Hidden Populations. National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series 98. DHSS publication number (ADM) 90-1678, Washington, DC. pp.1-3
- Medina-Mora ME, Ryan P, Ortiz A, Campos T, & Solís A. (1979). Búsqueda intensiva de casos y monitoreo de usuarios de drogas en una comunidad. In Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (Ed.), Cuadernos Científicos CEMESAM 11. (pp. 35-37). México:
- Medina-Mora, ME, Gutiérrez, R., Vega, L. (1997) What happened to street kids? An analysis of the mexican experience. Substance Use & Misuse.; 32: 3- 293-316.
- Olabuénaga, J. Ispizua, M. (1989). La descodificación de la vida cotidiana. Universidad de Deusto, Bilbao, p.153
- OMS/PSA Niños de la calle (1995) Uso de sustancias y salud. Capacitación para educadores de la calle. Borrador para estudio de campo. Organización Mundial de Salud. 1995.
- Ortí, A. (1986). "La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirectiva y la discusión de grupo, en Fernando García Ferrando, Francisco Alvira y Jesús Ibáñez (eds.) El análisis de la realidad social, Alianza editorial, Madrid. p.175.
- Ortiz A, Rodríguez E, Galván J, Unikel C, González L, & Soriano A. (1996). Aportes metodológicos al estudio de las adicciones. Estado actual y perspectivas. Salud Mental, 19
- Pallarés, G. (1998) Etnografía de las poblaciones heroínómanas en Catalunya: Problemas metodológicos. Toxicodependencias 4 (2), pp. 25-33.
- Robles, F. y Rodríguez, E. (1999) Estudio de niñas y niños y adolescentes trabajadores en 100 ciudades. Resultados definitivos informe ejecutivo. DIF, PNUFID, UNICEF. México, D.F.
- Robles, F. y Castañares, J. (2000). Estudio de niños, niñas y jóvenes trabajadores en el Distrito Federal. DIF. UNICEF, México, D.F.
- Romání O. (1995) Intervención comunitaria en drogodependencias. Etnografía y sentido común. Toxicodependencias No. 2..
- Romero L. Quintanilla AM: (1977) Prostitución y drogas: Estudio psicológico de la prostitución en México y su relación con la farmacodependencia. Ed. Trillas. pp. 162.
- Secretaría de Salud (2000) Encuesta Nacional de Adicciones 1998. Drogas. México
- Trotter, R. & Medina-Mora ME. (2000) "Qualitative Methods " In Guide to Drug Abuse Epidemiology. Mental Health and Substance Dependence Department Noncommunicable Disease and mental Health Cluster. WHO. pp. 91-125.
- Vega, L. y Gutiérrez, R. (1998) La inhalación deliberada de hidrocarburos aromáticos durante el embarazo de adolescentes consideradas como "de la calle". Salud Mental 21 (2) 1-9
- Vega, L. Gutiérrez, R. Rodríguez, E. y Galván, J. (2002) Factores de Riesgo para la Salud Mental de las Niñas que Subsisten en las Calles. En Asunción Lara, Nelly Salgado (Compiladores) Cállese coma son sus nervios tómesse un tecito... la salud mental de las mujeres mexicanas.. México Editorial Pax.
- Villatoro, J. Medina-Mora, M.E. Blanco, J. Villa, G., Martínez, M. y Fleiz, C. (2001) Encuesta sobre consumo de drogas en población de enseñanza media y media superior. Medición, Otoño 2000
- Wibel, W. (1990) "Identifying and Gaining Access to Hidden Populations" In: Elizabeth Y. Lambert (Ed.): The Collection and Interpretation of Data from Hidden Populations. National Institute on Drug Abuse. Research Monograph Series.98. DHSS publication number (ADM) 90-1678 Rockville, MD. pp 4-13

3.8

Métodos de evaluación rápida

Jorge Llanes Briceño INSTITUTO DE EDUCACIÓN PREVENTIVA Y ATENCIÓN DE RIESGOS, ASOCIACIÓN CIVIL (INEPAR, A.C.)

Diagnosticar el problema de las adicciones ha sido un tema de gran importancia por sus indudables repercusiones sociales. La experiencia muestra que los recursos disponibles y los resultados deseables obligan a realizar proyectos de investigación de muy distinta índole, desde encuestas de población y en grupos especiales y sistemas de registro de información, hasta aproximaciones cualitativas a poblaciones de difícil acceso. En el desarrollo del inventario metodológico, han adquirido relevancia los llamados ‘métodos de evaluación rápida’ como primera aproximación en la valoración del problema con miras a iniciar intervenciones en función de la utilidad que muestran en tiempos mínimos y con recursos escasos.

Se trata de un tipo de métodos cuyo principal interés es hacer estimaciones sobre la magnitud, extensión y características del problema en forma confiable y oportuna para complementar información procedente de otras fuentes. Su importancia estriba en que son capaces de aportar información contextual, aspecto que los métodos cuantitativos no pueden brindar. Las finalidades y objetivos de las evaluaciones rápidas se relacionan con las necesidades del entorno, pero su utilidad mayor es disponer de maneras sencillas, rápidas y flexibles, del conocimiento de las características cambiantes de un fenómeno y su múltiple variación.

En México, diversas instituciones e investigadores han colaborado en el diseño y prueba de efectivos métodos de evaluación rápida en diferentes tipos de población afectada por el uso y abuso de drogas y la dependencia a sustancias. Contamos con varios documentos que informan sobre los métodos de evaluación rápida que se están llevando actualmente en nuestro país. El documento más completo al respecto es el *Manual para Elaborar un Diagnóstico del Problema de Adicciones* (Medina Mora, 2002).

El marco conceptual básico en este tipo de evaluaciones es el epidemiológico, con énfasis en la salud pública; sin embargo, a diferencia de otros padecimientos de tipo médico —como las enfermedades infecciosas— la naturaleza del fenómeno del uso, abuso y dependencia a sustancias incluye también como marco conceptual de referencia, los puntos de vista sociocultural y psicosocial.

Los métodos de evaluación rápida deben proporcionar información eficaz y pertinente para organizar una respuesta social que permita intervenciones específicas en cada localidad (colonia, barrio, municipio...) para la disminución de daños de las poblaciones ya afectadas (inhaladores, heroinómanos, cocaínómanos...) y, además de la atención de enfermos, el combate al narcotráfico y conductas asociadas. Es decir, lograr intervenciones que no hagan distinciones entre oferta y demanda, sino que actúen ante el problema de las drogas como un todo considerándolo un fenómeno integral en cada localidad.

En México los investigadores que han desarrollado métodos de evaluación rápida lo han hecho adecuándolos a diferentes propósitos. Por ejemplo, para tener acceso a personas afectadas que no se encuentran oficialmente en las viviendas registradas, ni en las escuelas o centros de estudio; así se han desarrollado métodos etnográficos de Bola de Nieve y métodos de Búsqueda Intensiva de Casos, muy útiles para tener acceso a poblaciones que abusan de drogas duras - como la heroína y la cocaína - actualmente también aplicados al estudio del consumo de las llamadas drogas de diseño, en su mayoría metanfetaminas de fabricación casera, y de otras sustancias como los inhalables (López S, Medina- Mora ME y Ortiz A, 1984). Otra aplicación importante de las evaluaciones rápidas es la del conteo de casos de adictos que llevan a

cabo instituciones de salud y de procuración de justicia, donde es común que se cuente más de una vez a los casos detectados debido a la alta probabilidad que tienen los adictos de caer también en instituciones de procuración de justicia, lo que plantea la necesidad de evitar los “traslapes de casos”. Al efecto se han desarrollado instrumentos de tamizaje y técnicas de captura y recaptura de casos (Cravioto y cols. 2002).

Sin duda, una aplicación muy importante de los métodos rápidos de evaluación es el apoyo que brinda en la toma de decisiones en situaciones caracterizadas por escasez de recursos disponibles que impone una aplicación más eficiente de los pocos existentes, lo cual implica contar con un marco diagnóstico que oriente los servicios a los grupos, poblaciones y áreas geográficas de mayor riesgo, como son las grandes ciudades, las localidades fronterizas principalmente en la zona norte de nuestro país y las zonas de producción o tránsito de drogas o de gran afluencia turística. El Sistema de Evaluación de Riesgos Macrosociales y el Estudio Básico de Comunidad Objetivo desarrollados por Centros de Integración Juvenil, tienen ese propósito. Ambos tienen un nivel municipal y consideran diversos indicadores de riesgo con un enfoque de salud pública y psicosocial (CIJ, 1997, Díaz Negrete y cols., 2001, 2002).

En nuestro país existen una gran cantidad de poblaciones cuya vivienda no está registrada en las cartografías oficiales, generalmente porque son asentamientos irregulares donde las personas viven en condiciones muy precarias y que por ello son consideradas de alto riesgo psicosocial para desarrollar problemas de adicciones, violencia y otros relacionados. En esta situación aplicar métodos de evaluación rápida es indispensable para tener una visión real de la magnitud, extensión y características del problema pues resulta inexacto basarse únicamente en estudios de población general como las encuestas de hogares.

Un método útil en colonias y zonas marginadas del país es la llamada ‘percepción social del problema’ que combina selección de informantes calificados de una colonia, barrio o grupo específico —como bandas y menores trabajadores— y el llamado método de Jellinek, que consiste en la discusión grupal de la ausencia o presencia en la comunidad de prevalencias, patrones de consumo y factores de riesgo psicosocial asociados a las drogas, de manera que el grupo de informantes calificados después de la discusión toma una decisión por consenso. Es un método útil para estimar prevalencias y cuya validez de resultados, al ser comparados con prevalencias y factores de riesgo obtenidos por otros métodos es muy alta, como se ha visto en población rural (Natera, G, 1983), entre estudiantes (Castro, ME 1987) o pacientes que asisten a servicios de salud (Castro ME 1993), con la ventaja de que se obtiene información cualitativa de gran utilidad para el conocimiento del fenómeno y para las intervenciones preventivas locales. Este método ha sido aplicado para instrumentos como el IRPACO (Inventario Riesgo - Protección para la comunidad) que forma parte del diagnóstico inicial de las intervenciones preventivas con el Modelo Chimalli desarrollado por el INEPAR, y, también, como método para conocer el comportamiento del fenómeno en distintas condiciones, por ejemplo en zonas marginadas, grupos banda y de menores trabajadores en poblaciones atendidas a nivel nacional por el Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia, (DIF) el Instituto de Asistencia e Integración Social (IASIS) en la Ciudad de México y sistemas escolares como Colegio de Bachilleres.

Los métodos de evaluación rápida son muy útiles también para documentar las “buenas y mejores prácticas” que incluye lo que no se debe de hacer en las intervenciones para prevenir el uso indebido de drogas. Las conclusiones que se derivan de estos estudios están relacionadas con la elaboración y aplicación de medidas y acciones de respuesta, o sea, iniciativas de educación, prevención, tratamiento y rehabilitación, donde los métodos rápidos ayudan a determinar qué tipo de respuesta es el más apropiado, ya que lo que puede ser bueno para un entorno puede no serlo para otro, debido a que las características de los toxicómanos difieren en forma importante en los distintos ambientes (Naciones Unidas, 1999). También son de gran utilidad en la evaluación de intervenciones, en el conocimiento de características socioculturales y psicosociales del fenómeno, y en estudios epidemiológicos de zonas marginadas que, ocupando un porcentaje muy amplio de la población mexicana no están debidamente documentadas en las encuestas nacionales oficiales llevadas a cabo por las secretarías de Salud y de Educación Pública. Desde el punto de vista de la observación epidemiológica, las evaluaciones rápidas también permiten establecer sistemas de ‘alerta epidemiológica’

que informen sobre la aparición de nuevas drogas, para actuar con rapidez sobre todo en el caso de drogas de diseño, de fabricación casera cuya elaboración no está controlada y sus componentes adicionales pueden ser de mayor peligrosidad inmediata que la droga misma. Es de esperarse que los métodos de información rápida se desarrollen en otros contextos donde se requiere de información fácil de recabar, con métodos y fuentes múltiples, y pueden incluir un amplio rango de técnicas cualitativas y cuantitativas, tanto en sus métodos de muestreo como en el tipo de instrumentos de tamizaje que utilizan (Medina Mora, 2002).

El sólo hecho de contar con información recabada mediante estos métodos no lleva directamente a una toma eficaz de decisiones para la localidad en cuestión. Lo ideal es que los métodos de evaluación rápida puedan ser referidos a nivel municipal, aunque sean obtenidos en colonias, barrios, grupos específicos o instituciones. Y es indispensable contextualizar la información recabada en un marco que considere estrategias y políticas que usen la información de forma tal que permitan evaluar y monitorear en forma oportuna y eficaz las respuestas que tanto la población civil organizada, como los gobiernos están dando a la problemática. Esto significa, que su uso no debe reducirse a estimar el número de casos ya existentes (que es la aplicación epidemiológica, en nuestro país la más utilizada), sino para otros espacios de acción, como lo ha sido en la prevención, al sistematizarse con métodos de evaluación rápida los factores de riesgo y de protección en las comunidades.

Se pueden realizar varios tipos de evaluaciones rápidas pasando sin solución de continuidad desde una evaluación inicial breve, en una etapa temprana del desarrollo de medidas de respuesta, hasta una evaluación más focalizada y centrada para elaborar proyectos específicos de mayor complejidad.

INDICADORES - PREGUNTAS BÁSICAS Y COMPLEMENTARIAS

En el tipo de datos que ofrecen los métodos de evaluación rápida, a diferencia de los datos cuantitativos tradicionales como en las encuestas de hogares y de escuelas, no es posible ofrecer una lista de preguntas precisas a incluir, puesto que se trata básicamente de estimaciones gruesas de prevalencia, que puedan ser establecidas y contextualizadas de acuerdo con el entorno sociocultural y psicosocial de una localidad dada; sin embargo, sí es posible establecer los indicadores básicos siguientes:

1. Magnitud del problema
2. Alerta epidemiológica temprana; características de nuevas pautas de uso indebido de drogas (novedades en vías de administración y pautas de uso, aparición de nuevas drogas)
3. Comportamientos peligrosos asociados, consecuencias perjudiciales para la salud
4. Datos de disponibilidad (lugares y formas de obtención de las sustancias)
5. Recursos comunitarios para una movilización efectiva.

El Manual de Evaluaciones Rápidas elaborado por la Oficina de las Naciones Unidas de Fiscalización de Drogas y de Prevención del Delito (Naciones Unidas 1999), describe dos componentes básicos: La compilación y análisis de la información existente (*Datos secundarios*) y la reunión y análisis de datos levantados *ex profeso* en la comunidad, localidad o grupo específico de interés (*Datos primarios*).

Por *datos secundarios* se entiende la información documental y estadística existente que se reúne periódicamente y que está disponible en diversos formatos. Por ejemplo, en la Ciudad de México existen en cada delegación política, departamentos que se encargan de integrar información relativa al tipo de delitos que existen en la localidad, de esos los que están asociados al uso y/o abuso de sustancias; investigaciones que se han llevado a cabo en escuelas de la delegación o información recabada por promotores comunitarios que han trabajado en la zona y tienen datos de los grupos que están abusando de la heroína, o usando cocaína en algunos grupos específicos, como bandas alrededor de las escuelas o dentro de las escuelas mismas. Este tipo de datos secundarios permiten formar hipótesis para la evaluación rápida con el fin de localizar los temas a tratar en los grupos focales o de discusión o adaptar los temas de investigación de los instrumentos de tamizaje que se utilizarán. No debe olvidarse el enfoque integral

propuesto para estudiar el continuo de oferta y demanda. De tal manera que permita entender qué tan importantes son los patrones de consumo, el tipo de drogas que se emplean y su vía de administración, los lugares donde se vende o se consigue, los comportamientos peligrosos asociados como niveles de violencia y criminalidad, los problemas de reprobación escolar y otras conductas relativas a la sexualidad y/o la salud de los individuos.

La obtención de esta información debe ser un componente activo del proceso de reunión de datos en la preparación para definir el método más adecuado, es decir, no debe de ocupar demasiado tiempo, pues entorpecería el nivel de oportunidad y eficacia de la información. En nuestro país, los Consejos Estatales contra las Adicciones son y deben ser cada vez más una fuente importante para recabar este tipo de información, al igual que las delegaciones políticas y las oficinas municipales.

Deben y pueden utilizarse también como base, los datos de las encuestas oficiales, aunque por lo general el nivel de desagregación de este tipo de estudios (nivel estatal o nacional) impide dar la especificidad requerida, pero permite contextualizar la información local. Por ejemplo, si se va a trabajar en un municipio de una entidad será de gran ayuda conocer las prevalencias estatales y los patrones de consumo de estudios realizados con encuestas en muestras probabilísticas.

Como fuente de datos secundarios, también es muy importante la información de organizaciones civiles que trabajen en la zona o a nivel local la información de salas de urgencia u hospitales.

Por *reunión y análisis de datos primarios*, se entiende que con base en la reunión de datos secundarios tendrá que realizarse una investigación que constituye propiamente la aplicación de un método de evaluación rápida que permitirá precisar la situación del entorno que desea definirse. Por ejemplo, si se quiere determinar una evaluación rápida del tipo de drogas que se están utilizando en la zona de la ciudad y ya se recabaron datos secundarios con información de la delegación correspondiente, sobre el tipo de delitos asociados al consumo de drogas, el índice delictivo, la de distintos promotores comunitarios que trabajan en esa zona que informan sobre el tipo de drogas más comúnmente usadas, así como los datos del último estudio en escuelas sobre la delegación en la que se encuentra dicha zona, entonces se deberá decidir qué método de selección de informantes o de muestra trabajar en la zona y qué tipo de instrumento de tamizaje utilizar, a lo que llamamos recolección y análisis de datos primarios.

INSTRUMENTOS Y MÉTODOS

Hay un amplio rango de métodos cualitativos y cuantitativos y fuentes de información y procedimientos de recolección de datos que son útiles en este tipo de evaluaciones. Con frecuencia una de las limitaciones de estos métodos al estimar las prevalencias es que los numeradores y los denominadores son relativos, difíciles de generalizar más allá de la población específica que se está investigando. Con ello se advierte que la calidad de la información que se obtenga a través de los diferentes métodos depende fundamentalmente del tipo de muestreo utilizado y del instrumento de tamizaje, así como de la contextualización de la información para hacerla significativa en la toma de decisiones. Se pueden utilizar muestreos tanto probabilísticos como no probabilísticos, según el propósito del estudio y el nivel de generalización que desea lograrse. Hay métodos diferentes para necesidades distintas, por ejemplo si el deseo es identificar casos simplemente para documentar la magnitud del problema, o llevar a cabo estudios a profundidad que requieran historias de vida, o detección de redes, o si el interés es conocer manifestaciones poco usuales del fenómeno, o proporcionar información de un grupo reducido de casos en poblaciones ocultas no fácilmente detectables con otros procedimientos, ilustrar lo típico o simplemente conocer la percepción social que la comunidad tiene del fenómeno, etcétera.

Independientemente del tipo de muestreo, se deben utilizar distintas técnicas de estimación para determinar la extensión del fenómeno del uso indebido de drogas en una comunidad entre los que se encuentran técnicas de determinación de casos, de efecto multiplicador, de designación y de captura-recaptura para determinar los traslapes, con fórmulas sencillas para calcular las prevalencias con encuestas, discusiones grupales con informantes clave con entrevistas, y con diferentes instrumentos de tamizaje.

A continuación se describen los métodos utilizados por distintas instituciones que están llevando a cabo evaluaciones rápidas en nuestro país, tratando de resaltar los indicadores que se utilizan, los métodos y los propósitos.

Método de Captura - Recaptura

Cravioto y cols. (2002) documentan el uso del *método de captura y recaptura* para evaluar el problema del uso de heroína en nuestro país. El contexto en el que se usa esta metodología es con los usuarios de la heroína en la frontera norte, es decir, con grupos especiales de difícil acceso, pero cuya prevalencia de consumo de drogas duras es muy importante establecer no solamente porque este tipo de usuarios no son captados con otras metodologías. Tienen prácticas de alto riesgo - como el uso de jeringas con una alta probabilidad de contraer infecciones y otros problemas de salud- que los coloca en alto riesgo y requieren ser detectados en forma rápida y efectiva que permita implementar medidas de reducción de daño. Estos casos son de difícil acceso, por ello, los métodos de captura y recaptura son adecuados para evaluar la magnitud del problema en las ciudades fronterizas. Se utiliza un modelo matemático con métodos retrospectivos de captura - recaptura basados en la carrera de uso de drogas en usuarios contactados en instituciones. Respecto a los indicadores utilizados, se reporta que fueron definidos como los usuarios de heroína en los seis meses anteriores al estudio, con una frecuencia de dos o más días a la semana u ocho o más días al mes.

Se diseñaron dos instrumentos de tamizaje para identificar a la población meta, uno para definir el patrón de consumo y otro para conocer la carrera de uso de heroína que incluye los cinco últimos años de historia de uso, los contactos con centros de tratamiento, los arrestos, y lugares de consumo. Se incluye un calendario que ayuda al usuario a precisar fechas, esto con el fin de incrementar la validez de la información y reconstruir así la historia institucional, y evaluar las inconsistencias o traslapes. Para calcular los estimadores se realiza un plan de muestreo en tres etapas: en la primera, se selecciona un grupo básico de usuarios de heroína; en la segunda, se lleva a cabo un censo sobre los sitios de consumo y una estimación de la proporción de usuarios en cada sitio; en la tercera etapa se seleccionan sitios para entrevistar a personas.

Esta metodología contempla también un ejercicio para determinar si los usuarios detectados en los picaderos también pueden ser detectados en instituciones (arrestos, cárceles y centros de tratamiento). El procedimiento fue exitoso para identificar al grupo básico de usuarios de heroína (1,082 casos) que caen dentro de la definición establecida. El trabajo directo en los picaderos permitió identificar usuarios que nunca habían asistido a centros de tratamiento, ni habían estado en la cárcel. Conducir el estudio en tres escenarios y hacer estimaciones del total de usuarios de heroína en la población en diferentes fuentes, a través del método retrospectivo, permitió obtener estimadores de la magnitud del problema y por tanto de la varianza de los estimadores.

Otros métodos para estimar la magnitud del problema fuera de las instituciones y/o lugares específicos de consumo son necesarios para otro tipo de usuarios. Recientemente el Instituto Nacional de Psiquiatría ha desarrollado una *Guía para la evaluación rápida* (Soriano A y Medina Mora, 2002) que incluye ejemplos de temas a investigar y ejemplos de cómo se pueden hacer las preguntas explorando las tendencias del problema, las drogas que se están usando, las características de los usuarios, los métodos de administración, aspectos relacionados con la distribución de drogas incluyendo su precio y pureza en las calles, los eventos donde se distribuye la droga y la existencia de laboratorios o picaderos clandestinos, así como las acciones para prevenir el uso de drogas y los delitos asociados.

Los siguientes son los métodos utilizados, aplicados y desarrollados por diversos investigadores nacionales.

Entrevistas con informantes clave

Este método de evaluación rápida se lleva a cabo con profesionales que por su trabajo tienen contacto directo con el problema y resulta de gran utilidad para estimar la magnitud de la situación en una localidad dada. Estos informantes clave pueden ser sacerdotes, trabajadoras sociales, médicos, ex-adictos. Las técnicas de observación participante y no participante son métodos que han sido muy utilizados en México principalmente por modelos socioculturales y psicosociales, que además de evaluar la magnitud del problema, desean estimar el contexto en el que se lleva a cabo el consumo. Así se seleccionan puntos de observación, lugares donde se reúnen los consumidores de droga, se observan y se registran los usuarios, además, se les entrevista con instrumentos de tamizaje. Con este método ha podido evaluarse el consumo de drogas en poblaciones flotantes de menores trabajadores de la calle y/o en situación de calle (Robles, F y cols, 1999). Este sistema puede combinarse con otros métodos de evaluación rápida si es que se llega al punto de saturación de un nivel de observación, por ejemplo con los métodos de captura y recaptura.

El método de Bola de Nieve

Es un método que busca localizar el mayor número de usuarios posibles. Consiste en incrementar el número de contactos con usuarios, de tal manera que el usuario que contacta al investigador introduce al trabajador de campo a sus amigos o conocidos que también usan drogas y a su vez éstos introducen a otros grupos, y así sucesivamente. Este método ha sido de gran utilidad en México para detectar inhaladores y consumidores de otras drogas que se reúnen en pandillas o grupos de menores trabajadores. Cuando los contactos empiezan a repetirse se ha llegado al punto de saturación. Las estimaciones de la magnitud del problema son similares a las muestras probabilísticas si la fase cero es una muestra de individuos seleccionados aleatoriamente de una población definida. Un requisito para que este método sea eficaz para hacer una estimación de prevalencia es que el tamaño de la población permanezca estable, es decir es útil para poblaciones que no tienen una alta movilidad social, razón por la cual, con frecuencia, se combina este procedimiento con otros métodos etnográficos.

Muestreo propositivo

Se aplica en las muchas situaciones en las que es imposible obtener una muestra aleatoria. Consiste en crear un marco muestral cercano al probabilístico, asegurando que todos los subgrupos o categorías relevantes estén representadas; por ejemplo, para los usuarios de cocaína en una localidad dada, incluir a personas de todos los niveles socioeconómicos, a quienes trafican con la droga, y los que atienden centros donde se distribuye, lugares de recreación, escuelas, etcétera.

Método del informante

Permite que intervengan los miembros de la comunidad en la tarea y ha demostrado ser útil no sólo porque no afecta la susceptibilidad de las personas, sino porque las sensibiliza a cooperar en los proyectos. Elaborado por Jellinek, originalmente para hacer comparaciones transculturales sobre la bebida en zonas rurales, ha demostrado aplicabilidad a otras áreas y temas; se ha utilizado en zonas semirurales y urbanas y se ha ampliado para disponer de informes sobre drogas y percepciones sobre la salud mental (López y cols., 1984, Natera, G. 1981, 1982, 1983).

Se obtienen datos de informantes de una zona con base en su ocupación, integrándose grupos de 5 ó 6 que se reúnen un par de horas para discutir, bajo la dirección de un organizador que anota las respuestas, un cuestionario semiestructurado cuyo propósito es lograr un cuadro descriptivo, sin los sesgos individuales pues los informantes no hablan de sus hábitos personales sino del consumo de su grupo de referencia.

Se recomienda como un primer paso y complemento de otros estudios epidemiológicos de encuesta porque su información cualitativa permite obtener información más precisa sobre patrones de uso encubiertos o que no se revelan voluntariamente con facilidad y por su costo y esfuerzo mínimos, en cuanto a sencillez

relativa para efectuar el muestreo y capacitar a los directores de grupo, así como por el fácil manejo de los datos y su riqueza descriptiva. Por otro lado, exige dedicación y esfuerzo para asistir a las comunidades en horarios que a los participantes convengan, ganar su confianza e instruirlos en la cooperación que se espera de ellos. (ver capítulo 3.6; p. 97-98)

Redes comunitarias de vecinos, de estudiantes y de usuarios

Dada la naturaleza del fenómeno, con frecuencia los usuarios de drogas establecen redes con otros usuarios, como sucede en las bandas juveniles, y estas redes pueden proporcionar información muy valiosa para la estimación de la magnitud del problema, el contexto, los factores de riesgo y, sobre todo, los factores de protección, útiles para intervenciones preventivas. Este método se ha utilizado en México con bandas juveniles con menores trabajadores y con vecinos en colonias y barrios marginados. El método ha combinado técnicas de recolección de información diagnóstica sobre la aparición o no de conductas de riesgo como el uso y abuso de drogas y otros riesgos psicosociales relacionados con eventos negativos de la vida, conducta antisocial y estilo de vida utilizando el método del informante de *Jellinek* que considera a los miembros de las redes como informantes calificados del grupo de pertenencia (bandas, miembros de la parroquia, grupos de menores, etc.) que pueden informar sobre la magnitud del problema y el contexto en el que se desarrolla el fenómeno.

Este método, además es muy útil para detectar problemas emergentes, que se derivan de las vías de administración de la droga, para conocer las nuevas formas de uso y para tener más elementos para intervenciones preventivas. Por su naturaleza permite estudiar sólo pequeños grupos de población. Con esta técnica se ha podido precisar la magnitud del uso en algunas zonas marginadas del país, y determinar el tipo de usuarios más frecuentes en la comunidad: altos, medios, bajos (INEPAR, 1999, Llanes y cols., 2001).

Este método ejemplifica cómo puede sistematizarse la opinión de los informantes, y cómo esta información sistematizada ofrece observaciones contextuales muy útiles para la intervención preventiva y acceder a poblaciones ocultas que no están reflejadas en las encuestas en escuelas, ni en las de viviendas regulares. Es claro que como método de estimación de prevalencia, por sí sólo, tiene limitaciones pues no permite la generalización, pero puede ser sumamente útil en la observación epidemiológica para unir la información sobre oferta y demanda, para proporcionar información útil a la alerta epidemiológica y para describir cualitativamente el problema; además, combinado con otros métodos de evaluación rápida —por ejemplo, con bola de nieve y muestreos propositivos— permite llegar a estimaciones razonablemente precisas sobre el número de usuarios y por tanto sobre la magnitud real del problema. Esto es importante en nuestro país, ya que las cifras de prevalencia en población general están siempre bajo estimadas por las encuestas nacionales, y, si a esto se le añade la posibilidad real de que el método sea usado por una gran cantidad de promotores comunitarios que ya están trabajando en zonas marginadas en todo el país, puede decirse que es un método fácil y rápido que contribuye de manera importante a la observación epidemiológica nacional. El instrumento de tamizaje que se ha utilizado es el IRPACO. Que investiga 26 factores de riesgo, el análisis de datos se realiza con un programa automatizado que produce para cada factor cuadros y gráficas de los niveles de riesgo. Su validez fue probada en un estudio de 14 comunidades marginadas y se está aplicando actualmente en grupos específicos, en barrios y en escuelas (INEPAR, 1999).

Indicadores estadísticos

Los Centros de Integración Juvenil realizan periódicamente una evaluación de indicadores macrosociales de riesgo en municipios de toda la república, con el propósito de ofrecer información estadística para la planeación y desarrollo de una red estratégica de atención del uso de drogas a nivel nacional. Se puede decir que este sistema de evaluación de riesgos combina varios métodos de evaluación rápida, considera 26 indicadores de riesgo integrados en siete módulos (factores demográficos, económicos, educacionales, geográficos, producción y tráfico de drogas, sociofamiliares y afluencia turística), un grupo de expertos

determinan el peso de cada indicador en una escala del 0 al 10, según su relación con el consumo de drogas (CIJ, 1997). El procedimiento se repite varias veces hasta que el consenso se organice claramente alrededor de las opiniones mejor informadas. Los indicadores ya ponderados se reagrupan y se estima el valor proporcional del riesgo de cada módulo con fórmulas estadísticas apropiadas. La suma de las puntuaciones ponderadas de riesgo permite determinar el grado de exposición de cada municipio en alguno de cuatro niveles: extremo, muy alto, alto y medio, establecidos por cuartiles con base en las calificaciones de riesgo efectivamente obtenidas. Este procedimiento permite identificar necesidades y prioridades, para decidir la instalación de unidades de atención, así como trazar una proyección del impacto en la población objetivo.

El paso siguiente es el Estudio Básico de la Comunidad Objetivo (EBCO), un diagnóstico del área de influencia del centro que comprende tres campos de estudio: el contexto sociodemográfico, el consumo de drogas y factores asociados, y la respuesta social organizada. Utiliza la recopilación y análisis de datos secundarios (investigación documental del contexto social histórico de la localidad, información estadística disponible, datos de investigaciones epidemiológicas) y levanta datos primarios con entrevistas grupales con informantes calificados y expertos, recorridos de área con observación participante y no participante; se elabora un mapa de los espacios de influencia de la unidad, identificando las colonias que la componen, las zonas de alto riesgo de atención prioritaria y la localización de las principales instituciones u organizaciones. Se utilizan también encuestas con informantes escolares y comunitarios de la zona y aplicación de instrumentos de tamizaje, (en este caso el Drug Use Screening Inventory DUSI-R) con muestras de estudiantes (Díaz Negrete y cols., 2001, 2002).

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

En este tipo de métodos las consideraciones éticas son importantes (Naciones Unidas 1999). Esto es así porque la investigación del uso de drogas de carácter ilícito o que no son aprobadas por la sociedad, propicia que los informantes y personas de las redes o grupos que nos proporcionan información puedan correr el riesgo de que las autoridades inicien procedimientos judiciales, o bien que la sociedad los estigmatice. Por ello, es necesario garantizar por parte de los investigadores que bajo ninguna circunstancia serán violados los derechos humanos de los informantes durante la investigación, además de que los participantes deben conocer los objetivos de la investigación y la forma como se garantizará la confidencialidad.

Otras consideraciones importantes deben hacerse sobre la metodología. Tanto en la compilación de los datos de tipo secundario y primario, como en su análisis, es necesario tener presente tres aspectos metodológicos: confiabilidad y validez, sesgo de información y sobre las generalizaciones. Debe recordarse que no por el hecho de utilizar métodos cualitativos, los aspectos de confiabilidad y validez no son importantes; por el contrario, todos los instrumentos de tamizaje que se utilicen deben de tener confiabilidad y validez.

A su vez, debe reconocerse que el proceso de estimación de la magnitud del problema está sujeto a sesgos; mismos que pueden producirse al momento del muestreo, en el reclutamiento de los participantes o informantes calificados, o en la selección de instituciones o comunidades participantes. Por ello, debe describirse muy detalladamente la forma como se accede a estos informantes. La mejor forma de reducir los sesgos es tener una supervisión constante de los investigadores durante todo el proceso. Sobre las generalizaciones de datos obtenidos con métodos de evaluación rápida, deben mantenerse cautela, puesto que su uso se relaciona con establecer magnitudes, sistemas de alerta, disponibilidad, movilizaciones y caracterizaciones para una localidad específica; todo esto siempre debe reportarse cuidadosamente, para precisar de la mejor manera posible la información. Por ejemplo, la detección de uso de cocaína en un 80% de los individuos de un barrio en una localidad no significa que estos datos deban extenderse al municipio, simplemente es una información útil para una intervención específica ya sea de prevención o de tratamiento con los individuos de ese barrio y de esa localidad. Cuando se pretenda llegar a alguna conclusión general, los datos deben contextualizarse con otros estudios del municipio vinculándolos con el plan de análisis y el diseño de una estrategia para la intervención.

PLAN DE ANÁLISIS

El plan de análisis es una de las actividades más importantes en la utilización de cualquier método de evaluación rápida. Suponemos que al término de la investigación el equipo cuenta una serie de datos que es necesario analizar e integrar con un sentido más allá de la compilación y reporte de lo encontrado. A fin de que la información sea útil para el Observatorio Mexicano, es necesario organizar la información conforme a los indicadores mínimos ya sugeridos: magnitud del problema, alerta epidemiológica, disponibilidad, comportamientos peligrosos y problemas de salud asociados, y capacidad de movilización comunitaria. Pero antes de iniciar propiamente el análisis es preciso tener en cuenta preguntas básicas que se refieren a la naturaleza de los datos: cómo se obtuvo la información en las muestras probabilísticas y no probabilísticas; qué tipo de sesgos pueden existir; cuáles fueron las hipótesis subyacentes, en caso de haberlas.

Los datos secundarios se analizan como cualquier reporte científico, sistematizándolos en gráficas para comprender magnitud, tendencias, etc. En cuanto a la información primaria, los datos de tipo cuantitativo conllevan un proceso de cómputo (la mayoría de los instrumentos de tamizaje cuenta con su propio programa), pero un aspecto previo es la comprobación de la información, el anonimato, una vez verificado ingresarlo a la base de datos. Los datos cualitativos serán los de mayor interés en este tipo de métodos y para eso deben utilizarse análisis de contenido y otras técnicas para evaluar los discursos libres de los informantes que están resultando de gran utilidad, como los grupos de análisis de expresión (Naciones Unidas 1999) que da importancia a las expresiones de los encuestados durante las entrevistas. Los datos cualitativos se pueden presentar también en forma modular con cuadros sencillos con texto breve y descriptivos de los hallazgos.

Uno de los aspectos más importantes a considerar en el plan de análisis se refiere a su uso para la planificación de la estrategia, es decir la forma de hacer recomendaciones para el desarrollo de medidas de intervención. Se puede decir que los métodos de evaluación rápida se caracterizan por ser técnicas de investigación-acción, y que a diferencia de la metodología de estimación de la magnitud del problema, la evaluación rápida se realiza para desarrollar estrategias de acción.

Es muy importante que en el diseño del plan de acción participen los principales encargados de fijar políticas, los planificadores, los especialistas y líderes de opinión pública de la localidad y la comunidad en general puesto que serán propiamente los destinatarios de las intervenciones. Por ejemplo, si se aplican métodos de evaluación rápida en un conjunto de comunidades escolares de un determinado subsistema escolar será muy importante que los datos cualitativos, los cuantitativos y los datos contextuales de cada comunidad, sean presentados a los directivos de los planteles y del subsistema, a los padres y maestros, a los vecinos y comerciantes alrededor de los planteles y a los propios estudiantes. Esto permitirá una verdadera validación estratégica del plan de acción que incluirá entonces seguramente las intervenciones convenientes, medidas de seguimiento, y todo lo necesario para aprovechar al máximo los recursos humanos y financieros disponibles.

BIBLIOGRAFÍA

- Castro ME, García G, Rojas E, De la Serna J.. (1987) *Estudio epidemiológico sobre el uso de drogas y problemas asociados entre la población estudiantil que asiste a los planteles del Colegio de Bachilleres*. Salud Mental Vol. 10 (2).
- Castro ME, Sánchez B, Pucheu C. (1991) *Evaluación del grado de riesgo para la involucración en el consumo problemático del uso de sustancias adictivas en una población de trabajadores de la salud. Presentación de un nuevo método*. Drogodependencias 17 (2) 109-130.
- Centros de Integración Juvenil, Dirección de Planeación (1997). *Riesgos Macrosociales de farmacodependencia a nivel municipal y red estratégica de atención en México. Plan Rector Institucional 1998-2000*. Centros de Integración Juvenil, México.
- Cravioto P, Medina Mora ME, Galván F *Capture-recapture methods to assess the Heroin problem in Mexico*. Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud, 2002.
- Díaz-Negrete B, González Sánchez D y Chacón-Moreno JL (2001). *Estudio Básico de Comunidad Objetivo, Diseño de investigación*, 9ª ed. México. Centros de Integración Juvenil, Subdirección de Investigación. Documento interno.
- Díaz-Negrete, B y González-Sánchez D. (2002) *Diagnóstico de Riesgos Macrosociales a través de Indicadores Estadísticos y Estudio Básico de Comunidad Objetivo de CIJ*, México. Dirección de Investigación. Centros de Integración Juvenil.
- INEPAR (1999) *Inventario Riesgo Protección para la comunidad IRPACO. Instrumento de investigación y programa de cómputo*. INEPAR.
- López S, Medina-Mora ME, Ortiz A. (1984) *Percepción y actitudes hacia el consumo de sustancias de abuso a través de informantes*. Salud Mental 7(2):69-79
- Llanes J, Castro ME, Margain M (2001) *México. Protección de la Comunidad ante las Adicciones y la violencia. Estrategias de intervención*. Editorial PAX.
- Medina Mora ME. *Manual para Elaborar un Diagnóstico del Problema de las Adicciones*. Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Organización Panamericana de la Salud. México 2002 (En preparación)
- Naciones Unidas. Oficina de las Naciones Unidas de Fiscalización de Drogas y de Prevención del Delito (1999) *Evaluaciones Rápidas de la situación en cuanto al uso indebido de drogas y medidas de respuesta*. Viena.
- Natera G y Orozco C (1981) *Opiniones sobre el consumo de alcohol en una comunidad semirural*. Salud Pública de México época V, Vol. 22: 473-482.
- Natera G (1982) *Un modelo de investigación para conocer hábitos de consumo de alcohol en una comunidad*. Resultados preliminares. Cuadernos Científicos CEMESAM 12: 35-47.
- Natera G, Renconco M, Almendares R, Rosovsky H, Almendares J. (1983) *Comparación transcultural de las costumbres y las actitudes asociadas al uso de alcohol en dos zonas rurales de Honduras y México*. Acta Psiquiátrica de América Latina 29: 116-127.
- Soriano A y Medina-Mora ME (2002). *Guía para evaluación rápida*. Instituto Nacional de Psiquiatría 'Ramón de la Fuente Muñiz'.
- Robles Berlanga F y cols. (1999) *"Yo también cuento" Estudio de niños y niñas y adolescentes trabajadores en 100 ciudades. Resultados definitivos. Informe ejecutivo*. México. DIF/PNUFID/UNICEF.

4

Los indicadores internacionales en materia de reducción de la demanda de drogas*

El problema de las adicciones es de carácter mundial, por ello existen diversos foros internacionales donde los países discuten y adoptan medidas para evitar su consumo. En el caso de las drogas ilegales, existe un régimen internacional que prohíbe el consumo de ciertos estupefacientes y sicotrópicos, mismo que controla el uso lícito de algunas sustancias para fines médicos.

El interés de impulsar un enfoque integral y equilibrado que atienda todas las dimensiones del problema de las drogas, llevó a la Organización de Naciones Unidas (ONU), a finales de la década de los años 80 a adoptar una serie de iniciativas que incluyeron un enfoque para abordar tanto la demanda como la oferta de drogas ilícitas.

1. CUESTIONARIO PARA LOS INFORMES ANUALES

Antecedentes

En este contexto, la ONU convocó en 1990 al XVII Período Extraordinario de Sesiones de su Asamblea General, foro que abordó el problema mundial de las drogas mediante la promoción. Entre otras iniciativas, se promovieron las siguientes:

- Se proclamó al período comprendido entre 1991 y 2000 como el Decenio de las Naciones Unidas contra el Uso Indevido de Drogas
- Se estableció la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), como una entidad responsable de coordinar y dirigir actividades de la ONU en materia de drogas

En este rubro los países adoptaron dos documentos que marcan algunos lineamientos que se deberán tomar en cuenta en la lucha contra las drogas:

- La Declaración Política, que hace énfasis en la cooperación internacional, en la necesidad de adoptar estrategias de alcance amplio e interdisciplinario y de reforzar las políticas encaminadas a la prevención, la reducción y la eliminación de la demanda de drogas
- El Plan Mundial de Acción, mediante el cual se establece que los Estados deberán promover y establecer sistemas nacionales encargados de determinar la magnitud del uso indebido de drogas y recopilar datos sobre las tendencias respectivas. Adicionalmente, se señala que se deberá responder a la ONUDD un Cuestionario Anual en el que se solicitará información pormenorizada sobre las medidas adoptadas en los planos nacional y regional del control de la oferta y de la reducción de la demanda de drogas. Con este cuestionario se prepara un informe anual sobre la situación mundial del problema, que se presenta a la Comisión de Estupefacientes.

* Dirección General de Cooperación y Difusión. CONADIC.

Información solicitada

El Cuestionario para los Informes Anuales de la ONUDD contiene 138 preguntas distribuidas en 3 apartados:

- Medidas legislativas y administrativas, 14 preguntas
- Uso indebido de drogas. Magnitud, características y tendencias del uso indebido de drogas, 60 preguntas
- Oferta ilícita de drogas, 54 preguntas

La segunda parte, corresponde al tema de la reducción de la demanda y capta información a dos niveles, lo que obedece a que muchos países carecen de datos pormenorizados sobre el consumo de drogas:

1. Opiniones concisas de expertos. En estos apartados se solicita información general de carácter cualitativo, por lo que no es necesario, aportar datos y cifras; las preguntas pueden contestarse de acuerdo con la información proporcionada por expertos informados de los países. En este nivel se solicitan opiniones sucintas de expertos sobre:
 - Prevalencia del consumo de drogas en la población general
 - Consumo de drogas por inyección
 - Drogadicción grave
 - Novedades relativas a la prevalencia y las características de la drogadicción
 - Morbilidad relacionada con las drogas
 - Tratamiento de la toxicomanía
2. Estimaciones cualitativas. En estos apartados se solicitan estimaciones estadísticas cuantitativas. Se deben suministrar los datos más recientes o, en su caso, los datos disponibles. En este nivel se solicitan estimaciones cuantitativas sobre:
 - Prevalencia del consumo de drogas en la población general
 - Prevalencia del consumo de drogas en la población escolar (juvenil)
 - Consumo de drogas por inyección
 - Tratamiento de la toxicomanía

En lo que se refiere a las estimaciones cualitativas, el cuestionario ha previsto categorías de respuesta estandarizada, el Global Standardized Data-set (GSD). Aun cuando, los datos del país no se ajusten a estas categorías, se pueden indicar otros parámetros de acuerdo con la información proporcionada. En este marco, se clasifica el tipo de drogas de la siguiente manera:

Tipo cannabis	Mariguana (hierba) Hachís (resina)
Opiáceos	Heroína Opio Otros
Tipo cocaína	Polvo (sal) Crack Otros
Tipo anfetamínico	Anfetamina Metanfetamina Tipo "éxtasis"
Sedantes y tranquilizantes	Barbitúricos Benzodiacepinas
Alucinógenos	LSD Otros
Disolventes e inhalables	

La última pregunta se refiere a la capacidad de recolección de datos del país, por lo que se dispone de un espacio para incluir información suplementaria o aclaratoria.

Metodología para su requisición

En México, el Consejo Nacional contra las Adicciones es la autoridad responsable de enviar el cuestionario debidamente requisitado. Para tal efecto, desde 1991 solicita información a diferentes instituciones e integran las respuestas a este cuestionario. A partir de 2002 se respondió a una versión modificada del Cuestionario Anual, para evitar duplicidades de información con respecto a otro cuestionario de la ONUDD. El cuestionario para los Informes Anuales se recibe en el CONADIC durante enero y se debe enviar a la ONUDD antes de junio de cada año; en el mismo se solicita información del año anterior al período objeto del informe. Las instituciones que fundamentalmente participan en esta labor son el Instituto Nacional de Psiquiatría (INP), Centros de Integración Juvenil (CIJ) y la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud.

Posteriormente se remite el cuestionario requisitado a la Dirección General de Relaciones Internacionales de la Secretaría de Salud, la que a su vez lo remite a la Secretaría de Relaciones Exteriores, dependencia que integra las tres secciones del cuestionario y lo envía a la ONUDD.

2. CUESTIONARIO BIENAL

Antecedentes

Durante el XX Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en junio de 1998, convocado por iniciativa de México, todos los países suscribieron nuevamente dos documentos:

- Una Declaración Política, en la que reiteraron su compromiso de combatir el problema mundial de las drogas mediante estrategias nacionales e internacionales para reducir la oferta y la demanda. Entre los aspectos más importantes que se consideran, se reconoce que la lucha contra las drogas es una responsabilidad común y compartida que exige un planteamiento integral y equilibrado; se hace énfasis en la igualdad de género y se fija el año 2003 como plazo para desarrollar estrategias que refuercen

los programas nacionales de lucha contra las drogas, y el 2008 como objetivo para que los Estados eliminen o reduzcan considerablemente el uso indebido y el tráfico de drogas. El párrafo 17 de la Declaración Política se refiere específicamente a los compromisos que para 2003 y 2008 asuman los países en el tema de la reducción de la demanda de drogas. Finalmente se establece el compromiso de informar cada 2 años sobre los esfuerzos nacionales para cumplir con las metas y objetivos para los años 2003 y 2008, además de solicitar a la Comisión de Estupefacientes el análisis de estos informes.

- De la Declaración Política se desprende una serie de declaraciones y planes de acción. En el caso de reducción de la demanda, se elaboró la Declaración de los Principios Rectores sobre Reducción de la Demanda de Drogas, de la cual se deriva un Plan de Acción para facilitar el seguimiento a los compromisos de esta última. México jugó un papel muy importante en la elaboración de la Declaración de Principios Rectores y su Plan de Acción. Ambos documentos establecen siete compromisos con objetivos específicos a los que los países deben dar seguimiento:
 - EL COMPROMISO. Aplicar la Declaración sobre los Principios Rectores sobre Reducción de la Demanda de Drogas
 - EVALUACIÓN DEL PROBLEMA. Evaluar las consecuencias del uso indebido de todas las sustancias en cada país y comunicarlas a los encargados de formular y planificar las políticas y al público en general, a fin de elaborar medidas prácticas; establecer un sistema nacional para vigilar los problemas y tendencias de la droga, así como llevar un registro de los programas de intervención y su repercusión, y evaluarlos periódicamente, con base en los indicadores nacionales.
 - TRATAMIENTO DEL PROBLEMA. Determinar y preparar programas para reducir la demanda de drogas ilícitas en una gran diversidad de contextos sanitarios y sociales así como fomentar la colaboración entre dichos programas.
 - ESTABLECIMIENTO DE ASOCIACIONES. Determinar la forma en que las distintas instituciones y organizaciones nacionales y locales pueden contribuir a los esfuerzos por reducir la demanda de drogas ilícitas y promover vínculos entre ellas.
 - CONCENTRACIÓN EN LAS NECESIDADES ESPECIALES. Aumentar la calidad de los programas para reducir la demanda de drogas ilícitas, especialmente en cuanto a su pertinencia para determinados grupos de población.
 - DIFUSIÓN DEL MENSAJE CORRECTO. Empezar campañas de información pública destinadas a la población en general para promover la salud, sensibilizar a la sociedad; evaluar dichas campañas e investigar las necesidades de determinados grupos de población.
 - APROVECHAMIENTO DE LA EXPERIENCIA. Impartir capacitación permanente a los planificadores y profesionales de los organismos estatales, las organizaciones de la sociedad civil, el sector privado y otras agrupaciones comunitarias sobre todos los aspectos de reducción de la demanda de drogas.

Para cumplir los compromisos establecidos en las metas y objetivos para los plazos 2003 y 2008, de informar los avances logrados por los países, la Comisión de Estupefacientes del Consejo Económico y Social de la ONU diseñó un Cuestionario para la presentación de informes sobre los planes de acción y las medidas aprobadas por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones, cuya periodicidad es bienal.

Información solicitada

El cuestionario bienal tiene 141 preguntas, dividido en 8 secciones:

- Notas
- Cuestiones generales, 4 preguntas
- Fiscalización de precursores, 16 preguntas
- Medidas para promover la cooperación judicial, 36 preguntas
- Lucha contra el blanqueo de dinero, 12 preguntas
- Plan de Acción sobre cooperación internacional a efecto de erradicar los cultivos ilícitos para la producción de drogas y sobre desarrollo alternativo, 19 preguntas
- Plan de Acción para combatir la fabricación ilícita, el tráfico y el uso indebido de estimulantes de tipo anfetamínico y sus precursores, 15 preguntas
- Reducción de la demanda de drogas, 39 preguntas

La sección de reducción de la demanda tiene 6 apartados:

- A. El compromiso, 8 preguntas
- B. Evaluación del problema, 6 preguntas
- C. Tratamiento del problema, 6 preguntas
- D. Establecimiento de vínculos, 3 preguntas
- E. Concentración en necesidades especiales, 7 preguntas
- F. Difusión del mensaje apropiado, 3 preguntas
- G. Aprovechamiento de la experiencia, 6 preguntas

En éstos se solicita información general de carácter cualitativo. No es necesario, aportar datos y cifras, las preguntas pueden contestarse de acuerdo con la información proporcionada por expertos informados de los países. En todas las preguntas es necesario informar si los programas en materia de reducción de la demanda consideran el enfoque de género, si se han evaluado y su cobertura poblacional.

La información que se puede obtener luego de la lectura del cuestionario, se refiere a los siguientes temas:

- En qué medida los países han adoptado dentro de sus estrategias nacionales, los Principios Rectores sobre Reducción de la Demanda de Drogas; sin embargo, es difícil identificar cómo se podrán o no cumplir las metas y objetivos para los plazos 2003 y 2008, identificados en la Declaración Política del XX período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de Naciones Unidas.
- Las políticas de salud pública con que cuenta el país para enfrentar el problema de las adicciones.
- El nivel de participación de los diversos sectores de la sociedad, en las acciones emprendidas por los gobiernos para enfrentar el problema de las adicciones
- El tipo de tratamiento que los países dan al problema. En este aspecto, aun cuando son sólo 6 preguntas, el cuestionario desagrega con suficiencia la información; es decir, la mayoría de las preguntas tiene por lo menos 3 subincisos. Este apartado es el más extenso del cuestionario, y en él se abordan aspectos relativos a:

Intervenciones con fines de prevención

- Información y educación relativa a las drogas y su uso indebido
- Fomento de los conocimientos prácticos de la vida
- Ofrecimiento de alternativas al consumo de drogas

- Intervenciones centradas en el tratamiento y la rehabilitación
 - Desintoxicación
 - Tratamiento de sustitución, incluida la desintoxicación a corto plazo
 - Tratamiento no farmacológico
 - Reintegración social
 - Otros enfoques

- Reducción de las consecuencias sanitarias y sociales perjudiciales del consumo de drogas: intervenciones elementales, actividades de divulgación, programas de prevención de sobredosis, difusión de información sobre prácticas de seguridad, programa de intercambio de agujas y jeringas, suministro de agentes de limpieza, vacunas, distribución de condones, etc.

- Los problemas a los que se enfrentan algunos países para el establecimiento de políticas de lucha contra las drogas

Con la información obtenida de los cuestionarios requisitados por los países que forman parte del Sistema de Naciones Unidas, el Director Ejecutivo elabora un informe en el que se muestra un panorama de las tendencias mundiales y regionales, así como un informe de los avances en la aplicación de los planes de acción y las medidas aprobadas por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones.

Metodología para su requisición

El CONADIC es la autoridad responsable para dar respuesta al cuestionario bienal, con información obtenida en el Cuestionario de Indicadores del Mecanismo de Evaluación Multilateral el cual se recibe en el CONADIC en el mes de marzo y se envía durante la segunda mitad de mayo a la Dirección General de Relaciones Internacionales de la Secretaría de Salud, la que a su vez lo remite a la Secretaría de Relaciones Exteriores, dependencia que integra las secciones del cuestionario y las envía a la Comisión de Estupefacientes.

3. CUESTIONARIO DE INDICADORES DEL MECANISMO DE EVALUACIÓN MULTILATERAL

Antecedentes

El Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM) surge del Plan de Acción de la II Cumbre de las Américas, celebrada en Chile durante 1998, cuando los países de la región acordaron desarrollar, dentro del marco de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos (OEA), un proceso único y objetivo de evaluación gubernamental, para dar seguimiento al progreso individual y colectivo de los esfuerzos hemisféricos contra las drogas.

En su XXII periodo ordinario de sesiones, la CICAD constituyó un Grupo de Trabajo Intergubernamental (GTI), que se reunió varias ocasiones para definir principios, objetivos y características del MEM. El proceso concluyó en Ottawa, Canadá, en septiembre de 1999: se establecieron un conjunto de indicadores de medición y se diseñó un proceso y el correspondiente cronograma para su evaluación.

Con la finalidad de dar seguimiento al MEM, se designó a un Grupo de Expertos Gubernamentales integrado por representantes de los estados miembros de la OEA, quienes realizarán el proceso de evaluación hemisférica.

El MEM busca dar seguimiento a la Estrategia Antidrogas en el Hemisferio, adoptada en 1997 por los países miembros de la OEA; garantizar un proceso equitativo de evaluación; excluir sanciones de cualquier naturaleza y respetar la confidencialidad de la información proporcionada.

Durante el XXIX periodo ordinario de sesiones de la CICAD, celebrado del 29 de mayo al 1 de junio del 2001, se acordó que el cuestionario de indicadores del Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM) se respondiera bienalmente. Esto significa que un año se responderá el MEM y al siguiente, cada país informará sobre los avances en la implementación de las recomendaciones que el Grupo de Expertos Gubernamentales sugiera, en función de la revisión del cuestionario de cada país.

Información requerida

El cuestionario de indicadores del MEM para la Segunda Ronda de Evaluación 2001-2002, está dividido en 4 secciones con un total de 82 indicadores:

- Óptima aplicación de la estrategia nacional antidrogas, 6 indicadores
- Reducción de la demanda, 16 indicadores
- Reducción de la oferta, 19 indicadores
- Medidas de control, 41 indicadores

El que se refiere a reducción de la demanda aborda indicadores cualitativos y cuantitativos; en cuanto a los primeros se solicitan estimaciones estadísticas sobre:

- Prevalencia del consumo de drogas
- Edad promedio del primer consumo de drogas
- Porcentaje de estudiantes de secundaria que perciben el consumo de drogas como nocivo
- Morbilidad relacionada con el consumo de drogas ilícitas
- Cambios recientes en materia de modalidades de abuso de drogas
- Mortalidad relacionada con el consumo de drogas

El cuestionario establece un modelo estandarizado de respuesta organizado de la siguiente manera:

Alcohol	
Tabaco	
Solventes o inhalables	
Tipos de cannabis	Hachis
	Mariguana
	Otros tipos de cannabis
Alucinógenos	LSD
	PCP
	Otros tipos de alucinógenos
Opiáceos	Heroína
	Morfina
	Opio
	Otros opiáceos
Tipos de cocaína	Basuco, pasta de coca
	Crack
	Hcl de Cocaína
	Otros tipos de cocaína
Tranquilizantes, sedantes y depresivos	Barbitúricos
	Benzodiacepinas
	Flunitrazepam (Rohypnol)
	GHB
	Ketamina
	Otros tranquilizantes, sedantes y depresivos
Estimulantes	Anfetaminas
	MDMA (éxtasis)
	Metanfetaminas
	Otros estimulantes
Otras drogas	

El tipo de información cuantitativa que solicita el cuestionario se refiere a:

- Implementación de una estrategia nacional de reducción de la demanda
- Presupuesto destinado a la estrategia de reducción de la demanda
- Implementación de un programa nacional de programas de prevención
- Capacitación especializada a nivel profesional
- Evaluación de programas de prevención
- Investigación sobre criterios de prevención
- Aplicación de normas y reglamentos de atención al tratamiento
- Programas de tratamiento y rehabilitación
- Evaluación de la eficacia de los programas de tratamiento y rehabilitación

La mayoría de las preguntas son abiertas, y permiten la explicación amplia sobre algunos aspectos en particular.

La información recabada en este cuestionario, más allá de identificar los avances en la aplicación de la Estrategia Antidrogas en el Hemisferio, permite observar avances en la implementación de políticas y estrategias de lucha contra las drogas en la región americana, aunque no incluya aspectos relativos a presupuesto y a capacitación, por su organización, el cuestionario permite identificar los aspectos que no se han desarrollado suficientemente en los países.

Con la información obtenida de este cuestionario un Grupo de Expertos Gubernamentales de la CICAD elabora el informe nacional y hemisférico de la situación de cada país, en el que establece una serie de recomendaciones que permitan a los países identificar aquellos aspectos que no se han desarrollado, o que requieren fortalecerse. Es importante mencionar que no se contemplan sanciones a los países que no cumplen las recomendaciones.

Metodología para su requisición

El CONADIC es la autoridad responsable de requisitar la sección correspondiente al tema de reducción de la demanda. Para tal efecto, solicita información a diversas instituciones como la Procuraduría General de la República, la Dirección General de Epidemiología, el Instituto Nacional de Psiquiatría, Centros de Integración Juvenil, IMSS, ISSSTE, UNAM, UAM, con la finalidad de reflejar los esfuerzos del Gobierno de México en la materia.

El cuestionario se recibe en el CONADIC en enero y remite la respuesta en febrero a la Dirección General de Relaciones Internacionales, para turnarla a la Secretaría de Relaciones Exteriores, dependencia responsable de integrar la información de todas las secciones del cuestionario para enviarla a la CICAD.

TIPO DE INFORMACIÓN EN LOS TRES CUESTIONARIOS

El primer cuestionario que se recibe es el de Indicadores del Mecanismo de Evaluación Multilateral, que comprende la mayoría de la información solicitada en los cuestionarios anual y bienal. A continuación se presenta un cuadro comparativo de la información solicitada en los tres instrumentos:

CUESTIONARIO DE INDICADORES DEL MEM

CUESTIONARIO ANUAL

CUESTIONARIO BIENAL

OBSERVACIONES

ASPECTOS GENERALES

Implementación de una estrategia o plan nacional de reducción de la demanda.

El compromiso. Existencia de una estrategia nacional de reducción de la demanda. Un factor que no está contemplado en el MEM es la evaluación de la naturaleza del problema de las drogas antes de establecer la estrategia.

ASPECTOS PRESUPUESTALES

Es necesario indicar no sólo la cantidad de presupuesto destinada al ámbito de reducción de la demanda, sino desagregarlo por rubros.

En el caso del cuestionario bienal no es necesario indicar la cantidad de presupuesto, sin embargo, agrega un elemento adicional referido a la evaluación de los resultados logrados con la estrategia.

El principal problema de este indicador es la dificultad de manejar una cantidad precisa en cuanto al presupuesto, y desagregarlo en diferentes rubros, porque en este caso, se maneja el presupuesto con el que cuenta el CONADIC, sin que necesariamente refleje el total de los recursos destinados al área de reducción de la demanda de drogas.

PREVENCIÓN

El primer problema se refiere a la definición de un sistema nacional de prevención. En segunda instancia, al hecho de que cada dependencia pública, social y privada realiza diferentes actividades de prevención que no necesariamente quedan reflejadas. Asimismo, solicita información sobre el tipo de programa, porcentaje de cobertura, número, frecuencia temporal y cobertura geográfica.

No hace referencia a los aspectos de prevención.

En comparación al cuestionario del MEM, la información que se requiere reportar en este cuestionario es de carácter más general en cuanto a la disponibilidad, y cobertura, pero es más específica en cuanto a los sectores que implementan actividades de prevención, y es necesario reportar si retoman consideraciones de género y si se han evaluado.

Es evidente que el MEM circunscribe las actividades preventivas a los programas de prevención; en tanto que el cuestionario bienal incluye variables de difusión de la información y ofrecimiento de alternativas. Si bien ambos hacen referencia a la evaluación de programas, el cuestionario del MEM es muy específico porque pregunta sobre el programa evaluado, el título de la evaluación y el año en que se realizó, así como el impacto de los programas de prevención.

CAPACITACIÓN

Un factor adicional que se aborda únicamente en este cuestionario se refiere a la de capacitación. La información que solicita se refiere a los cursos que se brindan en la educación media superior.

No hace referencia a aspectos de capacitación.

En esta información son complementarios. La solicitud de información se refiere no tanto al tipo de capacitación sino a los receptores de la misma, dividiéndolos en servicios especializados en drogas o a servicios no especializados en drogas

NORMAS Y REGLAMENTOS

Solicita información sobre el establecimiento para la atención del tratamiento por abuso de drogas

CUESTIONARIO DE INDICADORES DEL MEM CUESTIONARIO ANUAL CUESTIONARIO BIENAL OBSERVACIONES

TRATAMIENTO

El MEM solicita información cualitativa sobre la cobertura de los servicios nacionales de tratamiento por consumo de drogas, rehabilitación y reinserción social; separa el sector público del sector privado y es necesario reportar el tipo de población atendida tomando en cuenta consideraciones de género. Además es necesario al igual que en tratamiento, reportar los principales resultados de la evaluación de los programas de tratamiento.

Número de personas que reciben tratamiento por tipo de drogas.
 Porcentaje de quienes lo reciben por primera vez.
 Porcentaje de mujeres
 Edad promedio de las personas que reciben tratamiento.
 Porcentaje de consumidor que recibe tratamiento por drogas de inyección.

El cuestionario bienal, es muy específico en cuanto a los sectores que implementan diferentes tipo de tratamiento. No solicita información cuantitativa, sino cualitativa.

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS

Prevalencia, alguna vez en la vida, 12 meses, último mes. Prevalencia en poblaciones específicas.

Prevalencia en la población general; la información se debe reportar atendiendo a consideraciones de género.

Edad de inicio en el consumo de drogas.

Solicita información sobre la prevalencia en jóvenes adolescentes.

Porcentaje de estudiantes de educación media que perciben el consumo de drogas como nocivo para la salud.

Estimaciones sobre los consumidores por inyección de drogas.

Morbilidad del uso indebido de drogas.

Características de las nuevas drogas.
 Morbilidad relacionadas con drogas.

Cambios recientes en las modalidades del consumo de drogas.

Muertes relacionadas con el consumo de drogas.

Mortalidad relacionada con el consumo de drogas

4.1

Indicadores comunes

En el año 2001 se definió que el objetivo del Observatorio Epidemiológico en Drogas era " *reunir resultados de la investigación realizada por diferentes instituciones, para que ésta sea accesible a todas las personas encargadas de las políticas de salud, prestadores de servicios, comunidad académica y otros interesados*". Esta información sería de utilidad para monitorear el fenómeno de las adicciones, su extensión, la magnitud y las tendencias, características de los consumidores, problemas relacionados, etcétera.

Para el año 2002, se define que el Observatorio pone " *al alcance de los responsables del diseño de las políticas de salud, de los prestadores de servicios, de la comunidad académica y de otras personas interesadas, la información disponible en el país, en materia de adicciones*". En este año se integra a la información de drogas, la correspondiente a tabaco y alcohol.

También, durante ese mismo año se definen dos objetivos más que dan una nueva perspectiva al trabajo:

1. Integrar, organizar y analizar la información del uso y abuso de tabaco, alcohol y otras drogas para fortalecer la toma de decisiones en esta materia.
2. Desarrollar indicadores comunes y mecanismos para que la información reportada por diferentes instituciones sea comparable.

Un primer paso para el logro de este último objetivo fue, además de la publicación del segundo Reporte del Observatorio, la elaboración del siguiente documento: " *METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS A NIVEL NACIONAL Y LOCAL Y ESTUDIOS PARA GRUPOS ESPECIALES RELACIONADOS CON LAS ADICCIONES*"

En el año 2003, el objetivo del Observatorio es continuar con el reporte periódico de la información, a través de indicadores comunes definidos mediante consenso por las instituciones participantes. De esta forma, contaremos con un **Sistema de Información** en materia de adicciones, que sirva como insumo para el diseño de políticas y la toma de decisiones en materia de reducción de la demanda.

Para la selección de los indicadores se consideró su pertinencia y utilidad orientados a la elaboración de políticas y la toma de decisiones.

El Sistema de Información reúne datos provenientes de distintas fuentes, las cuales, a su vez, consideran diferentes poblaciones de estudio. Las principales fuentes que nutren el sistema generan información periódica y estandarizada, lo que permite que ésta sea comparable.

ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN

El sistema contempla dos secciones: un apartado de **Indicadores Comunes** que incluye los indicadores básicos para el análisis de la problemática, definidos en consenso por el panel de expertos y los cuales serán alimentados por los sistemas de vigilancia epidemiológica, las encuestas en hogares, estudiantes y el SISPA. Por último, un apartado de **Indicadores Específicos**, en los que se considera información adicional de las distintas fuentes, se agrega información de estudios especiales (no periódicos), así como información sobre oferta de sustancias.

Dentro de cada apartado la información se organiza por tipo de sustancia: tabaco, alcohol y otras drogas.

Indicadores comunes

INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS

INDICADORES DE CONSUMO

INDICADORES	FUENTES DE INFORMACIÓN	INDICADORES	FUENTES DE INFORMACIÓN
1. Sexo Masculino Femenino	Sistemas de vigilancia epidemiológica años cumplidos Encuestas en hogares (Nacionales, Estatales, Municipales) Encuestas en estudiantes (Nacionales, Estatales, Municipales)	1. Edad de inicio:	Sistemas de vigilancia epidemiológica Encuestas en hogares (Nacionales, Estatales, Municipales) Encuestas en estudiantes (Nacionales, Estatales, Municipales)
2. Edad: Años cumplidos, agrupados en los siguientes rangos de edad: • <12 • 12-17 • 18 y más	Sistemas de vigilancia epidemiológica Encuestas en hogares (Nacionales, Estatales, Municipales) Encuestas en estudiantes (Nacionales, Estatales, Municipales)	2. Droga de inicio: nombre de la droga	Sistemas de vigilancia epidemiológica Encuestas en hogares (Nacionales, Estatales, Municipales) Encuestas en estudiantes (Nacionales, Estatales, Municipales)
3. Escolaridad: — Sin escolaridad — Primaria incompleta (1 a 5 años de estudio) — Primaria completa (6 años de estudio) — Secundaria o equivalente incompleta (7 a 8 años de estudio) — Secundaria o equivalente completa (9 años de estudio) — Bachillerato o equivalente incompleto (10 a 11 años de estudio) — Bachillerato o equivalente completo (12 años de estudio) — Licenciatura o equivalente incompleta (13 a 16 años de estudio) — Licenciatura o equivalente completa (17 años de estudio) — Postgrado o equivalente (18 años o más de estudio)	Sistemas de vigilancia epidemiológica Encuestas en hogares (Nacionales, Estatales, Municipales) Encuestas en estudiantes (Nacionales, Estatales, Municipales)	3. Droga de impacto: nombre de la droga	Sistemas de vigilancia epidemiológica

Indicadores comunes

INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS

INDICADORES	FUENTES DE INFORMACIÓN
4. Estado civil:	Sistemas de vigilancia epidemiológica
— Soltero	
— Casado	Encuestas en hogares
— Divorciado	(Nacionales, Estatales, Municipales)
— Unión libre	
— Viudo	
— Separado	
5. Ocupación	Sistemas de vigilancia epidemiológica
— Desocupado o desempleado	Encuestas en hogares
— Hogar	(Nacionales, Estatales, Municipales)
— Estudiante	
— Trabajo fijo	
— Trabajo ocasional	
— Otros	

6. Lugar de residencia: Por entidad federativa	Sistemas de vigilancia epidemiológica
	Encuestas en hogares (Nacionales, Estatales, Municipales)
	Encuestas en estudiantes (Nacionales, Estatales, Municipales)

INDICADORES DE CONSUMO

INDICADORES	FUENTES DE INFORMACIÓN
4. Frecuencia de consumo:	Sistemas de vigilancia epidemiológica
— 1 a 11 veces al año	Encuestas en hogares (Nacionales, Estatales, Municipales)
— 1 a 5 veces al mes	
— 6 a 19 veces al mes	
— 20 veces o más al mes	Encuestas en estudiantes (Nacionales, Estatales, Municipales)
5. Vía de administración:	Sistemas de vigilancia epidemiológica
— Oral / Tomada / Tragada	
— Fumada	Encuestas en hogares (Nacionales, Estatales, Municipales)
— Inhalada / Aspirada	
— Inyectada	
— Otras	Encuestas en estudiantes (Nacionales, Estatales, Municipales)

6. Mortalidad y morbilidad asociada al consumo de sustancias	SISPA
	Sistemas de vigilancia epidemiológica

7. Tipo de droga:	Sistemas de vigilancia epidemiológica
— Médicas:	
— Anfetaminas y Estimulantes	Encuestas en hogares (Nacionales, Estatales, Municipales)
— Sedantes y tranquilizantes	
— Otros opiáceos	
— No médicas:	Encuestas en estudiantes (Nacionales, Estatales, Municipales)
— Alucinógenos	
— Cocaína	
— Heroína	
— Inhalables	
— Marihuana	
— Metanfetaminas	
— Socialmente aceptadas:	
— Tabaco	
— Alcohol	
— Drogas nuevas o emergentes	

Indicadores específicos

INDICADORES	FUENTES DE INFORMACIÓN
1. Prevalencia de consumo — Alguna vez — Último año — Último mes	Encuestas en hogares (Nacionales, Estatales, Municipales) Encuestas en estudiantes (Nacionales, Estatales, Municipales)
2. Casos nuevos en el último año	Encuestas en hogares (Nacionales, Estatales, Municipales) Encuestas en estudiantes (Nacionales, Estatales, Municipales)
3. Percepción de riesgo	Encuestas en hogares (Nacionales, Estatales, Municipales) Encuestas en estudiantes (Nacionales, Estatales, Municipales)
4. Distribución de usuarios de sustancias	Encuestas en hogares (Nacionales, Estatales, Municipales) Encuestas en estudiantes (Nacionales, Estatales, Municipales) Estudios especiales en estudiantes (p. ej: Estudio Nacional de usuarios del Sistema de Preparatoria Abierta de la SEP; Muestra de estudiantes que asisten a planteles del Colegio de Bachilleres, DF; Muestra de estudiantes de secundaria de un estado en la zona del altiplano)
5. Vulnerabilidad psicosocial y su relación con el consumo de drogas	Encuestas en hogares (Nacionales, Estatales, Municipales) Encuestas en estudiantes (Nacionales, Estatales, Municipales) Estudio Nacional de usuarios del Sistema de Preparatoria Abierta de la SEP Muestra de estudiantes que asisten a planteles del Colegio de Bachilleres, DF Muestra de estudiantes de secundaria de un estado en la zona del altiplano
6. Demanda de atención por tipo de servicio	Encuestas en hogares
7. Problemas asociados al consumo de sustancias	Sistemas de vigilancia epidemiológica Encuestas en hogares (Nacionales, Estatales, Municipales) Encuestas en estudiantes (Nacionales, Estatales, Municipales)
8. Historia natural del consumo	Sistemas de vigilancia epidemiológica
9. Comorbilidad psiquiátrica	Encuestas en hogares
10. Estudio en el último año	Encuestas en estudiantes (Nacionales, Estatales, Municipales)
11. Trabajo en el último año	Encuestas en estudiantes (Nacionales, Estatales, Municipales)

Indicadores específicos

INDICADORES	FUENTES DE INFORMACIÓN
12. Gasto en la atención de problemas relacionados con consumo de sustancias	Estudios especiales
13. Infraestructura para la atención de adicciones	Encuesta de infraestructura
14. Recursos humanos para la atención de adicciones	Encuesta de infraestructura
15. Marihuana Asegurada (gramos per cápita)	Sistema Estadístico Uniforme para el Control de Drogas, (SEUCD. PGR)
16. Cocaína Asegurada (gramos per cápita)	Sistema Estadístico Uniforme para el Control de Drogas, (SEUCD. PGR)
17. Erradicación de Plantíos de Enervantes (Plantíos por cada 1,000 hectáreas)	Sistema Estadístico Uniforme para el Control de Drogas, (SEUCD. PGR)
18. Erradicación de la superficie sembrada con enervantes (Metros cuadrados por cada mil hectáreas de territorio nacional)	Sistema Estadístico Uniforme para el Control de Drogas, (SEUCD. PGR)
19. Detenidos por delitos contra la salud (personas por cada millón de habitantes)	Sistema Estadístico Uniforme para el Control de Drogas, (SEUCD. PGR)

NOTA TÉCNICA

Los indicadores se proponen como los que en consenso los participantes identificaron como básicos. Como variables se incluyen los grados incompletos de escolaridad, debido a que diversos estudios epidemiológicos muestran que las personas en estas condiciones son de alto riesgo para el uso de drogas.

En el indicador de **Escolaridad** se incluyen carreras técnicas o comerciales, además de preparatoria (incluido el sistema abierto), CCH, vocacional, etc.

Para el caso del indicador **Ocupación** se debe anotar lo que la persona autoidentifica como su principal ocupación. En éste, desocupado se refiere a la persona que no desempeña ninguna actividad productiva y desempleado se refiere a la persona que perdió su empleo y está buscando trabajo.

Droga de impacto es aquella que el usuario reporta como la más importante consumida al momento del estudio, no es necesariamente la de mayor frecuencia.

Con relación a la **Frecuencia de consumo**, el mes de reporte no es necesariamente el último, es el mes "tipo" que el usuario reporta como su patrón de consumo.

Toda forma de uso con jeringa se clasifica en el rubro de inyectada. Cualquier otra forma de uso que no esté definida se incluirá en el rubro de "otros", por ejemplo, untada.

Se considera **Droga nueva o emergente**, a partir de un contexto estable de consumo a lo largo del tiempo, como es:

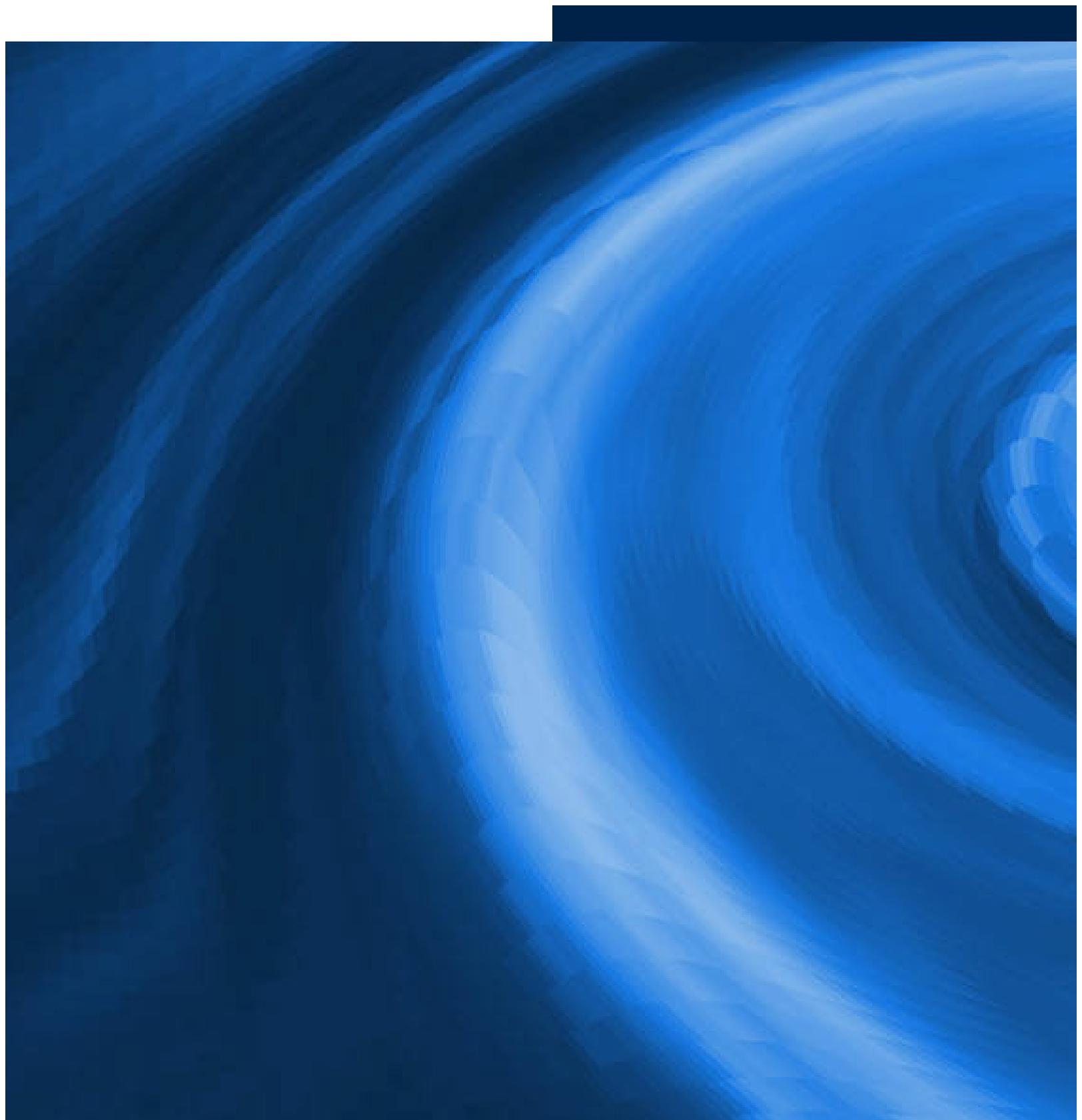
- a) aquella que no figuraba por su frecuencia de consumo y que en un momento determinado se empieza a consumir.
- b) la que registraba un patrón de consumo estable y en un momento determinado su frecuencia se incrementa.
- c) aquella que registraba un patrón de consumo estable y que de pronto cambia de contexto, por ejemplo, las combinaciones, los nombres, etc.

La fuente de información **Sistemas de Vigilancia Epidemiológica** incluye los reportes de las siguientes instituciones:

- Dirección General de Epidemiología. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones
- Centros de Integración Juvenil. Sistema de Información Epidemiológica
- Instituto Mexicano del Seguro Social
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- Secretaría de Comunicaciones y Transportes
- Instituto Nacional de Psiquiatría. Sistema de Reporte de Información en Drogas
- Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones
- Consejo Nacional contra las Adicciones. Centro de Orientación Telefónica

METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS A NIVEL NACIONAL Y LOCAL
Y ESTUDIOS PARA GRUPOS ESPECIALES RELACIONADOS CON LAS ADICCIONES
se terminó de imprimir en la Ciudad de México en junio del 2003.





metodología

PARA LA ELABORACIÓN DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS A NIVEL NACIONAL Y LOCAL

Y ESTUDIOS PARA GRUPOS ESPECIALES RELACIONADOS CON LAS ADICCIONES