



Consejo Económico y Social

Distr. GENERAL

E/CN.7/1996/6
9 de abril de 1996

ESPAÑOL
Original: INGLÉS

COMISIÓN DE ESTUPEFACIENTES

39º período de sesiones

Viena, 16 a 25 de abril de 1996

Tema 4 del programa provisional*

**PRINCIPIOS Y PRÁCTICA DE LA PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA EN
PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE LA DEMANDA**

Conocimientos actuales en materia de prevención primaria y secundaria

Informe de la Secretaría

Resumen

El presente informe se ha preparado de conformidad con una solicitud formulada en el 38º período de sesiones de la Comisión en el sentido de que se estudiaran las pruebas disponibles sobre la prevención primaria y secundaria del uso indebido de drogas. Desde hace muchos años se ha venido adquiriendo gran experiencia en materia de enfoques relativos a la prevención primaria y secundaria. Mucho se ha aprendido en relación con las cuestiones de metodología relativas a la medición y evaluación de la eficacia de los programas. Las conclusiones demuestran que ha habido acuerdo respecto a muchos de estos métodos y, como cabía esperar, se ha obtenido un conjunto de resultados diversos por lo que respecta a la eficacia de los distintos enfoques.

En el enfoque de prevención primaria se incluyen las campañas de sensibilización del público, las intervenciones en materia de desarrollo con anterioridad al nacimiento y en el período preescolar, la educación en la escuela, los programas para la juventud y la detección de drogas. La prevención secundaria trata de la reducción del uso indebido de drogas mediante diferentes formas de tratamiento y rehabilitación. En teoría, y en la práctica para muchos Estados, algunos aspectos de la prevención primaria y de la secundaria actúan de forma paralela o conjuntamente con enfoques de prevención terciaria destinados a reducir los riesgos para la salud de los toxicómanos persistentes. De las pruebas teóricas y empíricas se desprende que cada vez se pone más en tela de juicio la eficacia de la prevención primaria mientras que parece haber pruebas de que mediante la prevención secundaria se puede reducir la demanda y bajo algunas condiciones conseguir la abstinencia. Según diferentes estudios, las estrategias de prevención secundaria han demostrado ser eficaces en función de los costos, aun cuando tienen una elevada tasa de reincidencia.

* E/CN.7/1996/1.

ÍNDICE

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
INTRODUCCIÓN	1	2
I. CUESTIONES CONCEPTUALES	2-26	2
A. Significado y consecuencias de la prevención primaria y secundaria	2-6	2
B. Causas y cuestiones conexas	7-17	3
C. Medida de la eficacia	18-26	6
II. PREVENCIÓN PRIMARIA	27-54	8
A. Hacer eficaces los programas	27-30	8
B. Tipos de programas	31-54	9
III. PREVENCIÓN SECUNDARIA	55-76	14
A. Eficacia de los programas	55-58	14
B. Tipos de programas	59-76	15
IV. RELACIÓN ENTRE LA PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA ...	77-90	18
A. Participantes	77-83	18
B. El entorno	84-90	20
V. CONCLUSIONES	91-95	21

INTRODUCCIÓN

1. Durante el 38º período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes, al examinarse el programa provisional del 39º período de sesiones, la Comisión decidió que el tema relativo a la reducción de la demanda tuviera concretamente como objetivo la prevención primaria y secundaria de la demanda ilícita y los foros regionales de expertos sobre reducción de la demanda. El presente informe se ha preparado en respuesta a esa decisión.

I. CUESTIONES CONCEPTUALES

A. Significado y consecuencias de la prevención primaria y secundaria

2. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define de la forma siguiente la prevención primaria, secundaria y terciaria¹:

"La prevención primaria tiene por objeto evitar la aparición de un trastorno, proceso o problema.

La prevención secundaria tiene por objeto reconocer y poner término o remedio a un trastorno, proceso o problema lo antes posible.

La prevención terciaria tiene por objeto detener o retardar la evolución de un trastorno, proceso o problema y de sus secuelas aun cuando persista la afección básica".

3. Cuando se aplica al uso indebido de drogas, la prevención primaria consiste en la prevención del consumo ilícito de una sustancia sometida a fiscalización. Se logra mediante una amplia variedad de medidas como el control de la oferta ilícita; el fortalecimiento de la autoestima individual y la resistencia a la presión de los compañeros; la propuesta de alternativas al uso indebido de drogas; y la educación de toxicómanos potenciales en materia de riesgos y posibles problemas asociados a esas actividades, en particular los posibles riesgos para la salud que se derivan del consumo de drogas por vía intravenosa.
4. La prevención secundaria tiene como objetivo ayudar a los toxicómanos a que dejen de serlo. Esto puede lograrse mediante una gran variedad de formas, entre ellas, la entrega de folletos que traten de cómo hacer frente a la desintoxicación en privado, la orientación sobre cómo liberarse de la droga y una serie de regímenes de tratamiento seguidos en algunos casos de programas de rehabilitación.
5. La prevención terciaria consiste en limitar o reducir al mínimo algunos de los peores efectos de una enfermedad o, con referencia a la droga, de una conducta nociva. El objetivo sería, pues, limitar tanto el alcance de la enfermedad física como el de una conducta delictiva, facilitando información y educación, sucedáneos de la droga, asistencia y asesoramiento, jeringas o lejíja. Esta forma de prevención es paralela a la de la nicotina, droga legal: durante muchos años se aceptó que fumar cigarrillos con bajo contenido de alquitrán es preferible a fumar los que tienen un elevado contenido de alquitrán, aunque en definitiva lo mejor para la salud es no fumar.
6. Como subrayó la Organización Mundial de la Salud es necesario contar con políticas integradas que abarquen todas esas estrategias. Ese enfoque fue examinado a fondo en una nota de la Secretaría sobre los principios básicos de la reducción de la demanda (E/CN.7/1995/4), y es la política que han adoptado muchos Estados. El enfoque integrado queda contenido en la noción de que la prevención primaria trata de impedir los daños a los que la prevención secundaria trata de poner fin y que la prevención terciaria trata de reducir. En el presente informe se subraya la cuestión de la prevención primaria y secundaria pero al describir programas y enfoques integrados existentes necesariamente se hace referencia a algunos aspectos de la prevención terciaria.

B. Causas y cuestiones conexas

7. La comprensión de por qué la demanda ilícita de drogas se manifiesta en algunos sectores de la población más que en otros puede ser un factor importante al elaborar estrategias preventivas que influyen en conductas posibles o reales. Son muy numerosas las razones presentadas en cuanto a la existencia de la demanda ilícita de drogas, lo que se complica aún más con el hecho de que probablemente sean muy diferentes las razones para tomar por primera vez una droga ilícita, para seguir consumiéndola con carácter regular o irregular, para pasar a depender de ella o para seguir dependiendo de ella². Independientemente de si un programa tiene como objetivo prevenir la iniciación o la continuación del uso indebido de drogas, se basará en una serie de presunciones no siempre articuladas pero que se pueden deducir y que puede ser que no siempre coincidan con la realidad. Para determinar el éxito o el fracaso de los programas de intervención, un factor decisivo es el alcance dado a la demanda ilícita de drogas en lo que se refiere a su significado para las personas, la red social inmediata de la persona y el marco sociocultural más amplio.
8. Además de las diferentes etapas del uso ilícito de drogas, en la demanda ilícita puede tener gran influencia el tipo de droga, sus características y efectos. Pueden ser muy diferentes las razones de tomar metilendioximetanfetamina (MDMA), fumar opio o inyectarse heroína. Del marco sociocultural general depende en gran manera el sentido que se atribuye a la conducta, es decir, si ciertos grupos de personas la consideran como una conducta perversa o una práctica aceptable. Ello es aún más cierto cuando existen normas culturales de larga tradición que se oponen al consumo de una droga determinada o que lo apoyan. Se ha observado también que varían mucho las motivaciones en que se basa el consumo ilícito de drogas de una sociedad a otra pero incluso en una misma sociedad, a lo largo del tiempo, puede haber un cambio en la demanda, como también varía la composición de los grupos que consumen la droga y el sentido atribuido al uso indebido de drogas³.
9. Se han hecho muchos estudios epidemiológicos y etiológicos en los países desarrollados sobre factores de riesgo, o cuestiones conexas, en materia de uso indebido de drogas. En textos de antropología se menciona el uso

de drogas entre las poblaciones indígenas de muchos países en desarrollo⁴. En el cuadro adjunto se detallan los principales factores de riesgo identificados hasta la fecha, que se relacionan principalmente con los adolescentes pero que, como se ha señalado antes, con las debidas diferencias podrían corresponder a una mayor variedad de sociedades. En el cuadro se enumeran también factores "de protección", que se refieren a aquellas personas con menor probabilidad de incurrir en demanda ilícita.

Factores de riesgo y "de protección" en la iniciación del uso ilícito de drogas entre los adolescentes

<i>Factores de riesgo</i>	<i>Factores "de protección"</i>
Factores personales	
Conductas problemáticas tempranas y persistentes	Temperamento fuerte
Enajenación y rebeldía	Orientación social positiva
Actitudes favorables al uso ilícito de drogas	Inteligencia
Pronto comienzo del uso ilícito de drogas	Conocimientos sobre el comportamiento
Factores familiares	
Conducta familiar de drogadicción	Cohesión, lazos familiares o trato cordial en la infancia
Prácticas de gestión de la vida familiar	
Escasa unión con la familia	
Conflictos de familia	
Factores escolares	
Fracaso escolar	Compromiso de la escuela hacia sus alumnos y cultura opuesta al uso ilícito de drogas
Escaso interés en la escuela	
Factores relacionados con los compañeros	
Rechazo de los compañeros en los grados elementales	Asociación con compañeros que no consumen drogas ilícitamente
Asociación con compañeros que consumen drogas ilícitamente	
Factores contextuales	
Disponibilidad	Normas, creencias, reglas de conducta que se oponen al uso ilícito de drogas
Normas culturales	
Privaciones económicas extremas	
Desorganización del barrio	

Fuente: Adaptado de J.D. Hawkins, M.W. Arthur y R.F. Catalano, "Preventing substance abuse" en *Crime and Justice: A Review of Research*, vol. 19, Tonry y Farrington (editores), Chicago, University of Chicago Press, 1995), cuadro 1, págs. 371 a 379.

10. Para una persona determinada, la probabilidad de iniciarse en el uso indebido de drogas parece aumentar de forma exponencial con el número de factores de riesgo a que se encuentra expuesto⁵. En consecuencia, aunque hay mucha diversidad en la influencia de diferentes factores, se considera que la exposición conjunta a factores de riesgo influye en el nivel de incidencia o porcentaje de iniciados en el uso indebido de drogas de una población determinada.

11. Pese a la investigación realizada sobre la determinación de factores que se relacionan con el uso ilícito de drogas, son escasos los conocimientos que se tienen al menos en cuatro esferas concretas, que pueden resumirse de la forma siguiente⁶:

a) Aquellos factores de riesgo que se pueden prever en las diversas etapas del consumo ilícito de drogas excepto la iniciación, con inclusión de la continuación, la progresión dentro de un tipo de drogas, la progresión entre tipos de droga, la regresión, el cese y la recaída;

b) Vías causales que relacionan los factores de riesgo con el uso ilícito de drogas posterior;

c) Interacción de los factores de riesgo y los factores de protección en diferentes etapas del desarrollo;

d) Razones por las que la mayoría de las personas que están sometidas a múltiples factores de riesgo no acaban haciendo uso indebido de drogas.

Sin embargo, pese a esas limitaciones reconocidas, la previsión de factores de riesgo constituye en la actualidad una parte importante del enfoque de la prevención primaria en muchos países.

12. El concepto de factores de riesgo ha dado lugar a la idea de que se podrá evitar el uso ilícito de drogas si se evitan o reducen los factores de riesgo. Más adelante en el presente informe se detallan las consecuencias de los factores de riesgo para el desarrollo de los enfoques de prevención primaria y secundaria en las subsecciones relativas a la eficacia de los programas que figuran en las secciones II y III.

13. Al elaborar las adecuadas políticas en materia de drogas sobre el concepto de los factores de riesgo, es importante hacer una distinción entre las causas y las cuestiones conexas. Sólo porque los factores enumerados en el cuadro se relacionan con la iniciación, no quiere decir que sean factores causales. Su mejora no reducirá necesariamente el nivel de iniciación en el uso ilícito de drogas, la prevalencia o frecuencia del uso ilícito de drogas o el riesgo para la salud y la vida de quien consume drogas ilícitamente. Esto queda demostrado con el hecho de que el uso ilícito, en particular el uso ilícito frecuente de la mayor parte de las drogas es raro estadísticamente en la mayoría de las poblaciones. Muchas personas expuestas a los factores de riesgo, o cuestiones conexas expuestas en el cuadro, no toman la decisión de consumir drogas ilícitamente. Además, algunos de esos factores de riesgo, como estar expuestos a la presión de los compañeros, entrañan un proceso de determinación, es decir, el consumidor de drogas ilícitas tiene una función pasiva en el proceso. Puede darse que esas interpretaciones de los factores de riesgo no tengan en cuenta la posibilidad de que se deba más bien a las preferencias de los compañeros que a la presión de los compañeros lo que da lugar al uso ilícito de drogas⁷.

14. En el contexto de la política internacional en materia de drogas, es también importante señalar que la lista de factores de riesgo fue elaborada en países industrializados. Podría aplicarse a otros países e incluso países en desarrollo, pero cambiarían los factores de peso. Por lo que respecta al problema de los niños de la calle que inhalan disolventes, las privaciones económicas pueden ser uno de los factores de riesgo más poderosos. En otros países pueden ser las pautas del uso tradicional o el uso ilícito establecido las razones primordiales del uso ilícito de drogas, mientras que en otros casos el ganar más dinero podría ser una motivación ya que los camioneros y taxistas que consumen estimulantes pueden trabajar más horas.

15. Uno de los problemas que se asocia con frecuencia a las teorías de la causa y a la identificación de los factores de riesgo es que se tiende a ignorar o dar poca importancia a los beneficios y al placer que se derivan del uso ilícito de drogas. Como se examina más adelante, ello puede tender a desacreditar a "quien transmite el mensaje", es decir las personas o los órganos que transmiten un mensaje de prevención primaria. Una de las formas de considerar el uso ilícito de drogas es respecto a los costos y beneficios, lo que convierte en realidad el proceso de formulación de decisiones. Cabe señalar también que los beneficios no son objetivos como tampoco lo son los costos, sino que depende de la forma en que son percibidos por cada persona. Por ejemplo, los fumadores de bazuco o los que inhalan cocaína quizá no comprendan los riesgos que ello entraña para la salud por lo que no los tendrán en cuenta.

16. Los costos y beneficios que se observan en la decisión de consumir drogas ilícitamente varían mucho según el tipo de droga y las circunstancias, pero dentro de estos parámetros es posible hacer algunas generalizaciones. Entre los posibles beneficios observados figuran: el placer que se obtiene directamente de los efectos sicofarmacológicos de la droga; el placer obtenido indirectamente por el mejor rendimiento observado en la persona en diferentes contextos; la emoción de caer en una conducta "arriesgada"⁸ y los beneficios sociales que se pueden obtener al asociarse con un grupo o una subcultura en la que se consumen drogas ilícitas⁹. Entre los posibles costos observados en el consumo de drogas ilícitas figuran los efectos de toxicidad aguda o crónica que puede tener para la salud; el riesgo de detención y castigo; el efecto en el rendimiento escolar o profesional; el peligro de ser expulsado de la escuela o de perder el trabajo si se es descubierto; el riesgo del resultante estigma que conlleva el uso ilícito de drogas; y sentimientos personales de culpabilidad por desafiar a los padres, la ley o la religión. La importancia relativa de cada uno de estos factores varía mucho, por supuesto, según el tiempo y el lugar, la persona y la exactitud de la información en la que se basan las decisiones así como los factores enumerados en el cuadro.

17. Como resultado de esos costos y beneficios y de otros factores determinantes, la decisión de consumir drogas ilícitas puede hacerse por motivos racionales esencialmente dentro de los parámetros de información disponible, de la misma forma que muchas personas siguen utilizando y consumiendo indebidamente sustancias lícitas como el alcohol y el tabaco a sabiendas de los posibles riesgos para la salud que ello entraña¹⁰.

C. Medida de la eficacia

18. Las distintas intervenciones deben ser eficaces ya sea mediante campañas de publicidad, educación, presión de los compañeros, consejos y asesoramiento, tratamiento o rehabilitación, pero metodológicamente resulta complejo medir el alcance de la eficacia, especialmente a corto plazo. En algunos casos la evaluación ha demostrado ser más costosa que la misma intervención¹¹. Es difícil medir con precisión la eficacia de una intervención destinada a cambiar una conducta. En muchos casos, la información relativa a la serie de influencias sobre las vidas de las personas y la formulación de decisiones no se conocen ni son controlables. No obstante, debido al deseo de demostrar que no se ha malgastado el dinero, las medidas adoptadas como consecuencia de los programas efectuados se emplean como otro indicador. No deben confundirse esos indicadores con la medida de la eficacia del impacto de una estrategia de intervención determinada. Por lo que se refiere a la medida y la evaluación viene al caso un paradigma de Popper porque con frecuencia ocurre que, si bien es difícil medir o saber qué es eficaz, quizá sea posible medir y saber lo que no es eficaz¹².

19. De la experiencia en materia de prevención del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y del uso del tabaco se desprende que si se llevan a cabo varias intervenciones a largo plazo, que contengan un mismo mensaje, posiblemente se obtendrá mejor resultado que con una sola intervención. Se ha podido observar y medir el cambio ocurrido en la conducta de los consumidores de drogas por vía intravenosa y de los homosexuales en algunas partes del mundo, donde ha habido intervenciones de apoyo para impedir la propagación del VIH, debido principalmente a que esos mensajes y esa ayuda procedían de fuentes dignas de crédito y de confianza y en ellas participaban las mismas personas a quien iban dedicados.

20. Se podrían hacer varias preguntas básicas respecto a una intervención, entre ellas: si ha llegado a las personas a las que iba dedicada y en ese caso si se ha entendido el mensaje. Si ha sido así, surge entonces la cuestión de si se ha creído en él, si los servicios que se facilitan van destinados a una población precisa, si es ésta la población más adecuada y si se ha llegado a ella. Esas preguntas delimitan muchas esferas que son requisitos previos necesarios para aplicar cualquier enfoque, cuyo impacto sobre las conductas habrá de ser evaluado posteriormente. La evaluación de la eficacia puede ser especialmente problemática en los casos donde no hay criterios aceptados universalmente para determinar la eficacia, como ocurre por ejemplo en la medida de la eficacia del tratamiento.

21. Con frecuencia se recurre a dos indicadores como justificación de los programas de prevención de drogas: el número de personas a las que llega el programa y la cantidad de información que se da a los receptores. Ningún indicador mide la eficacia de los programas. Se afirma que han obtenido éxito muchos programas, tales como campañas nacionales de publicidad y programas escolares sobre educación en materia de drogas, porque han

abarcado gran número de personas o han llegado a su conocimiento. Sin embargo, en lo que se refiere a la eficacia, la mayor parte de las campañas nacionales de publicidad en materia de drogas fracasan si su intención es cambiar las conductas, debido principalmente a que sus objetivos son demasiado amplios. No obstante, pueden tener otros objetivos no articulados, tales como la sensibilización del público sobre el alcance del consumo ilícito de drogas, el peligro para los niños y los jóvenes y la necesidad de hacer algo sobre la cuestión, por ejemplo proporcionar servicios de tratamiento. En muchas sociedades los escasos recursos de que se dispone se destinan a problemas sanitarios y sociales que son más urgentes que el consumo ilícito de drogas. Incluso en los países muy desarrollados no siempre resulta muy popular dedicar los limitados recursos públicos a personas consideradas como infractores de la ley o artífices de sus propios problemas. Por ello, quizá algunas campañas nacionales se destinan abiertamente a impedir el uso indebido de drogas pero tienen como objetivo secundario convencer a un público reacio de la importancia de gastar dinero en la ayuda a los toxicómanos.

22. De las distintas investigaciones realizadas se desprende que el aumento de información no afecta a la conducta de las personas. El contar con mayor información no quiere decir que los jóvenes adoptarán decisiones de conformidad con la opinión de quienes proporcionan esa información.

23. Se cuenta con abundante documentación sobre la evaluación del tratamiento¹³. Muchas de esas evaluaciones son contradictorias en sus resultados debido a que, por razones éticas, no puede seguirse el método clásico de analizar las diferencias de los distintos tratamientos (tratamientos en casos aleatorios y grupos que no reciben tratamiento). Incluso en los pocos casos en que ha resultado eficaz, en general el número es muy reducido o el muestreo realizado no es en absoluto representativo para sacar conclusiones decisivas¹⁴. Se ha señalado también que los estudios de evaluación siguen presentando problemas por su diseño de carácter masivo¹⁵.

24. Muchos estudios comparan las condiciones durante el tratamiento y ponen a prueba distintas variables en un paciente (tales como el alcance del uso indebido de drogas, el número de delitos cometidos, el expediente profesional, la situación de la salud) antes de empezar el tratamiento, durante el tratamiento y después del mismo¹⁶. Ahora bien, esta metodología ha sido objeto de críticas porque en el período inmediatamente anterior al tratamiento es cuando la persona farmacodependiente tendrá resultados más elevados en varios aspectos de lo que hubiera tenido, por ejemplo, seis meses antes¹⁷. Se ha tratado varias veces de superar este problema recurriendo al enfoque longitudinal pero el costo de este método es muy elevado y las dificultades que entraña a largo plazo son considerables¹⁸. En este contexto cabe señalar que aunque cada vez coinciden más los indicadores principales que deben incluirse en las evaluaciones, todavía no existe consenso al respecto¹⁹.

25. Aparte de las cuestiones de metodología, hay otras cuestiones relativas a los objetivos del tratamiento. El objetivo de la abstinencia como objetivo principal y único se ha examinado exhaustivamente en los estudios publicados²⁰. Sin embargo se ha señalado que "el lograr que los drogadictos abandonen totalmente los opiáceos o cualquier droga ilícita, no es más que un solo criterio de éxito. Su comportamiento delictivo, las dificultades siquiátricas u otros aspectos de sus vidas no deben dejarse de lado. Debido a los distintos estilos de vida y los problemas que conllevan, es necesario medir las mejoras en varios aspectos... En la medida en que una modalidad de tratamiento produce mejoras, es más o menos eficaz. En consecuencia, la eficacia del tratamiento no es una cuestión de éxito o fracaso sino de cuánto se ha mejorado, cuántos han sido los pacientes que han mejorado y durante cuánto tiempo"²¹.

26. Al hacerse referencia a objetivos intermedios y medidas sobre resultados distintas al abandono inmediato de la droga ilícita, el debate pasa entonces a los conceptos de la prevención terciaria. En realidad, es este un proceso continuado que va de la prevención primaria, a través de la secundaria, hasta la terciaria. Se reconozca o no, son muchos los beneficios para las personas y la comunidad que se pueden lograr en la consecución de una sociedad libre de drogas. Si se persigue en cualquier circunstancia el objetivo de liberarse de la droga, existe el peligro de no tener en cuenta muchos de los demás beneficios de la intervención y de que pueda pensarse que no ha tenido éxito esa intervención cuando en realidad ha logrado mucho aunque haya sido sólo durante un breve período de tiempo²². Los datos de los Estados Unidos de América, país que quizá haya realizado la mayor labor de investigación en esa esfera, demuestran que en general hay una tasa de recaída del 80% tres meses después de dejar el tratamiento, lo que puede

interpretarse también como un 20% de tasa de éxito. Algunas personas quizá necesiten tratamientos repetidos, pero también es posible que durante el período de tratamiento y el período anterior a la recaída se hayan obtenido beneficios evidentes para la persona y la sociedad.

II. PREVENCIÓN PRIMARIA

A. Hacer eficaces los programas

27. De los principios subrayados antes se desprende que la prevención primaria debe adaptarse a los tipos concretos de drogas en un contexto determinado. Por ejemplo, toda campaña que implícita o explícitamente agrupe a toxicómanos que fuman cannabis y a aquellos que se inyectan heroína por vía intravenosa, pierde la credibilidad del mensaje por ser bien sabido que ambos casos entrañan una morbosidad potencial y unos riesgos de mortalidad diferentes.

28. El primer principio para que los programas sean eficaces es que se relacionen con las necesidades, creencias y comprensión del público a quien van destinados. Si los programas o las políticas pierden el contacto con el grupo de personas en cuya conducta se desea influir, no será sorprendente que sean ineficaces²³. Existen dificultades en llegar a algunos toxicómanos pero no son insuperables²⁴.

29. Cuando se sabe a qué población van destinados los programas, se podrá tratar de mejorar muchos de los factores de riesgo enumerados en el cuadro. Esto se acepta en general como objetivo de política en materia de educación, bienestar y otras esferas sociales, independientemente de los objetivos de política en materia de drogas. Entre ellos figuran una conducta problemática temprana y persistente, enajenación y rebeldía de la persona, prácticas de gestión de la vida de familia, escasos lazos familiares, conflictos con la familia, fracaso escolar, poco interés en la escuela, rechazo de los compañeros, privaciones económicas extremas y desorganización del barrio. Como tales, no entran sólo en el dominio de la política de drogas. Por ejemplo muchos factores de riesgo relacionados con la demanda ilícita de drogas corresponden a factores identificados en investigaciones sobre delincuencia juvenil y "carreras delictivas" respecto a algunos tipos de delito. En cuanto al desarrollo de programas de prevención primaria de la droga, es importante señalar que el reconocimiento de factores conexos a la iniciación no implica necesariamente que hayan de preverse en una política de drogas.

30. Habida cuenta de los parámetros y las dificultades reconocidas que se han mencionado antes, se ha elaborado una serie de programas de prevención primaria. Para el desarrollo de intervenciones preventivas es interesante empezar por la reducción de los factores de riesgo y el aumento de los factores preventivos. Los principios básicos para la preparación de intervenciones de prevención primaria son los siguientes: a) enfoque de los factores conocidos de riesgo; b) con la reducción del riesgo, se aumentan los factores conocidos de protección; c) consideración de los factores de riesgo y "de protección" en las etapas adecuadas de desarrollo; d) intervención temprana, antes de que se establezca la conducta nociva; e) inclusión de los factores de elevado riesgo; y f) consideración de los factores de riesgo múltiples con estrategias múltiples. A continuación se describen brevemente esos principios. Algunos o todos los aspectos de este marco se encuentran implícitamente en muchas de las actividades realizadas hasta la fecha en materia de prevención primaria.

B. Tipos de programas

1. Campañas de sensibilización de la población

31. El uso de los medios de comunicación para difundir información y propaganda cuenta con antecedentes abundantes y bien documentados en lo que se refiere a modificar actitudes y conductas en toda una serie de esferas de la vida pública. La eficacia no ha de basarse necesariamente en un argumento racional o en información correcta. La mayoría de las pruebas existentes en materia de historia política y de la industria de la publicidad inducen a pensar que la eficacia de los programas queda determinada por cinco criterios: la credibilidad del mensaje; la

credibilidad de quien transmite el mensaje; los medios de transmitir el mensaje; la ausencia de un sólido mensaje contradictorio; y la ausencia de otras fuentes de información que puedan contrarrestar el mensaje propagado. La importancia de cada factor varía según las circunstancias.

32. Las campañas de sensibilización de la población tienen como objetivo cambiar las normas sociales relacionadas con la demanda ilícita. La técnica principal de esas campañas de prevención primaria y terciaria consiste en la difusión de información con anuncios en los medios de comunicación, entre ellos la televisión, la radio y tablones públicos de anuncios, así como periódicos, revistas y folletos informativos. Tanto la necesidad como la capacidad de aplicar esos programas dependen de las circunstancias locales, que varían mucho de un Estado a otro. Por lo que se refiere al logro de los objetivos de prevención, necesariamente no se desprende que esas campañas de sensibilización de la población sean totalmente educativas u objetivamente exactas.

33. La mayoría de las campañas de prevención primaria han de competir en el mismo terreno que las influencias culturales y de otra índole que estimulan o permiten la demanda ilícita. La frecuente asociación de drogas ilícitas con personalidades de los medios de comunicación, por ejemplo artistas populares, puede hacerlas parecer atractivas a drogadictos potenciales al asociarlas con las cualidades positivas de la personalidad de esos artistas. Asimismo, el equipo y los conocimientos necesarios para la producción ilícita son objeto de amplia difusión. Se anuncia abiertamente el equipo de cultivo hidropónico pues sus usos pueden ser lícitos o ilícitos. Ejemplos de esa información son los "libros de recetas" de estimulantes del tipo de las anfetaminas y los "consejos para el cultivo en casa de la cannabis", información cada vez más generalizada que se envía por medios electrónicos o se publica como libro impreso. Tanto quienes proponen el uso de drogas ilícitas como quienes se oponen a ellas pueden adoptar una posición de proselitismo. Cuando todo ello queda combinado con el incentivo económico en que se basa el tráfico y la venta de drogas ilícitas, lo más probable es que continúen esas fuentes de información que promueven el consumo ilícito de drogas y posiblemente que aumenten con la expansión mundial de esa tecnología y del acceso a la información.

34. Se ha afirmado que, en algunos casos, las campañas de información pública tienen el efecto inverso al pretendido, como en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, donde frentes independientes estimaron que la campaña "La heroína te destruye", difundida en una serie de medios de información pública, no había tenido ningún efecto preventivo²⁶. La posibilidad de que en la sensibilización de la población y en el material educativo o de otra índole destinado a prevenir o reducir la demanda ilícita se haga hincapié en la disponibilidad y los medios de hacer uso indebido de drogas prohibidas entre algunos sectores de la población, es una cuestión difícil que todavía está sin resolver.

35. Algunos indicadores de las encuestas realizadas en los Estados Unidos señalan que ha habido una reducción global de la demanda en los últimos años en algunos sectores de la población²⁷. Pero queda sin responder la cuestión de si puede explicarse por el impacto de las medidas de prevención primaria, ya que se ha indicado que han podido influir una diversidad de factores, entre ellos el menor deseo de los interrogados de informar acerca del uso indebido de drogas ilícitas²⁸. Al mismo tiempo, de otros indicadores se deduce que ha habido un aumento de la demanda ilícita entre los sectores de la población que hacen uso indebido de drogas²⁷. Ha habido una tendencia general hacia estilos de vida más sanos, reducción del consumo de nicotina lícita y otros cambios de formas de vida que han podido influir indirectamente en el aparente atractivo del uso de drogas ilícitas. Quizá también se hayan interpretado algunos cambios en favor de estilos de vida más sanos, entre ellos un menor consumo de nicotina, menor consumo de carne y un aumento de las actividades físicas, como factores que entrañan un menor consumo de drogas ilícitas.

2. Programas de desarrollo perinatales y del período previo a la escuela

36. Recientemente se han promovido programas perinatales y del período previo a la escuela cuyo objetivo está en factores de riesgo concretos como medio de reducir la demanda ilícita que podrían desarrollar los niños más adelante en la vida. No obstante, habitualmente esos programas se enfocan hacia factores de riesgo más generales que los factores concretos de la droga. En consecuencia, no se destinan específicamente al uso indebido de drogas ilícitas, sino que tratan de mejorar factores identificados para iniciativas de política social, tales como carencias

sociales, bienestar del niño, cuestiones de salud y de educación. Aunque puede haber un consenso bastante general sobre la mejora de esos problemas sociales, si no sobre los medios de lograrla, el objetivo de prevenir el comienzo del uso ilícito de drogas no es más que un componente relativamente menor.

37. Los programas perinatales tratan de las intervenciones que se centran en las mujeres embarazadas y los niños recién nacidos, destinadas a reducir el uso indebido de drogas entre los niños muchos años más tarde. Esos programas entrañan la previsión de factores de riesgo como las privaciones económicas e influyen en la salud y el desarrollo de los niños. Además, se ha considerado que la exposición prenatal a las drogas ilícitas y otros factores como el nacimiento prematuro, el poco peso al nacer y una relación insuficiente entre el niño y la persona que lo cuida en sus primeros años pueden constituir un problema para el desarrollo posterior del niño y en consecuencia pueden ser precursores de los factores de riesgo determinados en el cuadro antes expuesto²⁹. Las intervenciones con anterioridad al período escolar entrañan la reducción del riesgo y un aumento de los factores de protección en la primera infancia. Entre ellos figuran la promoción de la enseñanza, la lengua y los conocimientos sociales necesarios más tarde en la escuela.

38. Hasta la fecha, ha sido limitado el número de evaluaciones adecuadas estadísticamente de estos enfoques. En cierta medida se debe al largo período de seguimiento que se necesita para evaluar si las intervenciones de desarrollo tienen un impacto, un decenio o dos más tarde, en el uso ilícito de drogas en los niños de que se trata. Sin embargo, la falta de evaluaciones puede reflejar también el hecho de que la prevención del uso ilícito de drogas con frecuencia es sólo un aspecto secundario de los programas de mejora social de carácter más general. Se han registrado ejemplos de intervenciones anteriores al período escolar que han reducido el riesgo y mejorado la conducta social en las escuelas pero hasta la fecha no se han evaluado en cuanto al impacto que tienen sobre el uso ilícito de drogas ilícitas³⁰. Aun cuando sean meritorias las mejoras de los servicios perinatales y de educación con anterioridad al período escolar, debido a la influencia de una amplia serie de variables que median en esos años, es insuficiente el mecanismo de prevención del uso ilícito de drogas en la adolescencia o más tarde.

3. Educación en la escuela

39. La educación en la escuela prevé en general dos tipos de enfoque al problema de la demanda ilícita: el suministro de información con miras a cambiar las actitudes y después la conducta; y el suministro de apoyo a los jóvenes a fin de que puedan obtener los conocimientos necesarios para hacer frente a la vida y resistir la presión de los compañeros en materia de drogas.

40. El temor o las tácticas de choque que se empleaban antes se han abandonado ahora principalmente porque han demostrado ser contraproductivas. La credibilidad de quien da la información queda comprometida si se sabe que ésta es inexacta al compararla con la información y los conocimientos del receptor del mensaje, con lo que no se tendrá en cuenta ese mensaje ni ningún mensaje futuro. Cuanto más prevalece el uso indebido de drogas ilícitas entre los jóvenes, más se rechazará el enfoque del miedo porque tienen acceso a otras fuentes de información. No parece que sólo el suministro de información tenga efectos en conductas de drogadicción. Entre otros enfoques figuran los conocimientos sobre el rechazo, conocimientos sociales y conocimientos en la formulación de decisiones así como la promoción de la autoestima. Se han promovido además otras alternativas como la previsión de actividades que compitan en emociones con el uso indebido de drogas ilícitas³¹.

41. Ha habido un constante incremento del número de programas de educación en materia de drogas en las escuelas y un cambio gradual en su enfoque, que ya no es el de las aisladas charlas concretas de expertos externos sino el de programas dirigidos por los maestros que tratan cuestiones relativas a estilos de vida sanos en los que el problema del uso de drogas ilícitas se plantea en un contexto más amplio. Se ha demostrado la ineficacia de los programas sencillos de información. La investigación realizada en diversos países ha demostrado constantemente que el aumento de los conocimientos prácticamente no tiene consecuencias en el uso de sustancias ilícitas o en la intención de empezar a consumir tabaco, alcohol o drogas en un futuro cercano³². Se ha puesto de manifiesto que con un enfoque más amplio de la educación en materia de drogas es posible retrasar el comienzo del primer consumo de droga, que se relaciona muy estrechamente con el desarrollo de un consumo posterior más frecuente y que

constituye un problema para la salud. Por ejemplo, se ha señalado que el tabaco, en particular, parece ser una droga importante que puede actuar como puerta o punto de entrada para el consumo de drogas más tarde en el proceso continuado del desarrollo³³.

42. Se ha proclamado la eficacia de muchos programas de prevención basados en la escuela. En el análisis de dos evaluaciones de gran escala de programas que tienen influencia social, el programa de capacitación de conocimientos sobre la vida y el estudio de colaboración de la OMS, se llegaba a la conclusión de que no se puede afirmar que necesariamente tenga mucha importancia en la práctica cualquier diferencia estadística considerable observada en el seguimiento entre un grupo de intervención y un grupo testigo³⁴.

43. En un análisis global de 143 programas de prevención de drogas entre los adolescentes se señalaba que los programas dirigidos por compañeros eran superiores a otros métodos. Los programas de compañeros producen los únicos resultados que han demostrado la existencia de un cambio hacia el objetivo definitivo de reducir la drogadicción. Se observaba en el estudio que no ha quedado confirmada la suposición en que se basan la mayoría de los programas de educación en materia de drogas, a saber, que para cambiar las conductas es necesario cambiar las actitudes. Las pautas de consumo de drogas cambiaron sin un cambio correspondiente en las actitudes³⁵. Según parece, se obtienen resultados prometedores con un programa de educación en materia de drogas en que se combinen el enfoque dirigido por compañeros y el enfoque de conocimientos de desarrollo y de educación³³. En el desarrollo de programas dirigidos por compañeros para hacer frente a la demanda ilícita de anfetaminas en el Reino Unido, en un contexto extraescolar, se observó que los programas dirigidos por compañeros pueden obtener éxito como forma de prevenir el uso de heroína, o la transición a su inyección por vía intravenosa pero era mucho menos posible realizar esas intervenciones de compañeros como medio de prevención primaria³⁶, conclusión que induce a pensar que con este método pueden obtenerse inesperados beneficios por lo que se refiere a los objetivos de la prevención terciaria.

44. Por lo que respecta a la eficacia de actividades alternativas como sustitución del uso indebido de drogas ilícitas, las pruebas son contradictorias. Pese a algunas sugerencias que afirman su ineficacia, en ese análisis global se llegaba a la conclusión de que esas actividades podían tener éxito para grupos especiales de población; eran muy intensivas y entrañaban una programación costosa pero cambiaban la conducta de una población casi implacable³⁵.

45. En los Estados Unidos, el Programa para la educación de la resistencia al uso indebido de drogas (DARE) puede ofrecer muchas lecciones importantes en materia de prevención primaria en las escuelas. Se asignan funcionarios de policía capacitados especialmente para enseñar a los niños de las escuelas estrategias para ofrecer resistencia a la iniciación en el uso ilícito de drogas, influyendo en sus actitudes, creencias y conducta³⁷. El objetivo primordial del programa DARE es enseñar la resistencia entre compañeros y se ofrece a los estudiantes un conjunto de estrategias para decir "no" a la droga. Creado en 1983 en Los Ángeles, el programa DARE se ha llevado a los 50 estados del país y a otros seis países. Su rápido crecimiento demuestra su amplia aceptación como lo más moderno en la prevención primaria en la escuela; varias evaluaciones preliminares, a las que se dio gran difusión, dieron resultados favorables³⁸, incluso evaluaciones de proyectos concretos como SMART³⁹ y ALERT⁴⁰. En la actualidad se sabe que muchas de las evaluaciones preliminares de DARE que dieron resultados favorables entrañaban limitaciones debido a una diversidad de problemas metodológicos, como los que se han descrito antes en el presente informe en relación con la medición de la eficacia. En una evaluación de 1994 se señalaba que "en términos generales, han sido importantes los puntos débiles de la metodología, entre ellos el uso de esquemas no aleatorios, la falta de mediciones previas al ensayo, el reducido número de muestras, la inseguridad de la medida y la falta de controles estadísticos en el análisis"⁴¹.

46. Hasta la fecha probablemente el método más valioso estadísticamente y la evaluación más compleja en materia de prevención primaria en las escuelas sea el método seguido con gran número de muestras en un experimento posterior de carácter longitudinal y aleatorio. Una evaluación independiente publicada en 1994 llegó a la conclusión de que, pese a la creencia popular y la predicción basada en la teoría:

"La eficacia del programa todavía está por demostrar ... DARE no ha tenido estadísticamente efectos importantes en conductas de drogadicción y ha tenido pocos efectos en actitudes o creencias relativas a las drogas"⁴².

47. En un estudio sobre educación en materia de drogas realizado en 100 escuelas de Escocia se llegó a conclusiones similares a las de la mayor parte de la labor de los Estados Unidos. En el informe de evaluación se afirmaba: "Una serie de medidas de procedimiento indica que los alumnos tienen algunas ideas positivas en materia de educación sobre drogas. Sin embargo las medidas de los resultados demostraron muy pocos efectos en esa materia"⁴³. Al mismo tiempo, se afirmaba también que "a pesar de todo, cabe señalar que para la mayoría de los alumnos consultados en el estudio el uso ilícito de drogas no era parte de sus vidas ... También es importante señalar que la educación sobre drogas no se asociaba con un aumento del uso de drogas en ninguna medida"⁴³.

48. Las conclusiones sobre la labor con respecto a la prevención primaria en las escuelas eran que se podría mejorar con un enfoque más definido sobre factores relacionados directamente con el uso ilícito de drogas y no sobre conocimientos sociales más generales y capacitación en autoestima, ya que una gran variedad de enfoques podría reducir más que fomentar las estrategias de resistencia. Sin embargo, en la práctica es posible que otros aspectos de ese método que no se refieren concretamente a las drogas obtengan otros objetivos de política social y educativa. En una evaluación se señalaba también que no se garantizaba un resultado positivo simplemente porque un programa fuera de carácter social y contara con amplio apoyo y gran inversión de recursos⁴⁴. Cuando no existe una política coherente, los maestros pueden acabar adoptando prácticas de prevención inocuas e incluso contraproductivas⁴⁵.

49. Los programas de educación sobre drogas en la escuela difícilmente pueden prever qué población será más probable que incurra en el uso ilícito de drogas. Evidentemente lo más probable es también que los alumnos que suelen hacer novillos sean quienes se conviertan en drogadictos o caigan en otras formas de delincuencia juvenil, lo que plantea problemas de carácter metodológico para las encuestas escolares sobre el uso ilícito de drogas y sobre las intervenciones. Si no están en la escuela los jóvenes con más riesgo, en ese caso los programas escolares podrán parecer eficaces porque quienes más probablemente consumen drogas ilícitamente no forman parte del programa escolar.

4. Programas para jóvenes

50. Los componentes de los programas para jóvenes que tienen por fin sensibilizar y educar a la juventud en materia de drogas se examinan en otras secciones de este informe. Esta subsección se centra en los elementos recreativos de esos programas, con los que se procura reducir las oportunidades para el consumo indebido de drogas alentando a los jóvenes a dedicar más tiempo a otros tipos de actividades lícitas. Los mayores problemas que presenta este enfoque consisten en que los mecanismos de prevención no están dirigidos expresamente a la población deseada o no son suficientemente fuertes para lograr los objetivos de la prevención primaria⁴⁶.

51. Muchos programas para jóvenes, como los que ofrecen los centros de juventudes o las actividades deportivas u otros tipos de actividades extra curriculares son de carácter general y no están enfocados hacia un grupo determinado. Si no se establece una distinción entre los grupos de jóvenes de alto riesgo y los de bajo riesgo, la mayor parte de los recursos se invierten en jóvenes que, aún sin esas intervenciones, probablemente no generarían una demanda ilícita de drogas. Por otra parte, los jóvenes más expuestos son precisamente los que menos tienden a acudir a esos programas.

52. Sin embargo, cuando los programas recreativos están orientados a grupos de población concretos, sus resultados suelen ser excelentes, iguales a los de los programas dirigidos por los propios jóvenes y mejores que los de los programas convencionales de educación sobre drogas³⁵. Tienen mayor éxito los programas que se adaptan a las necesidades particulares de los participantes y los que comprenden actividades para mejorar las capacidades individuales, como la habilidad de lectura y las destrezas profesionales, así como los que exigen una superación física.

5. Pruebas de detección de drogas

53. Se recurre a las pruebas de detección del consumo de drogas con cuatro importantes fines: disuadir a posibles consumidores; verificar el cumplimiento de ciertas normas; constatar la competencia de los empleados y determinar las tendencias de la demanda de drogas. Se considera que la existencia de un programa de detección es un factor disuasivo para el consumo ilícito de drogas, especialmente si el resultado de la prueba repercute en la situación laboral del empleado. Las pruebas de detección pueden clasificarse, por tanto, como una forma de prevención primaria, y también secundaria, ya que pueden impedir el consumo inicial de drogas y además alentar a los consumidores a abandonarlas. Sirven asimismo como medio de verificar el cumplimiento de un tratamiento determinado y de constatar la competencia del empleado para el manejo de maquinaria o vehículos. Esto último se considera de suma importancia cuando la competencia del empleado puede afectar a muchas otras personas, como en el caso de los pilotos de aviones, los capitanes de barcos, los conductores de autobuses o cualquiera que tenga a su cargo la seguridad de otras personas. Hay una gran controversia en cuanto a si las pruebas de detección sirven como elemento disuasivo⁴⁷. El programa de pruebas más intenso y exitoso ha sido el de la marina de los Estados Unidos⁴⁸, pero no es seguro que se puedan obtener resultados semejantes con otros grupos, especialmente con la población de reclusos⁴⁹.

54. La confiabilidad de algunas técnicas de detección ha sido objeto de controversias. La mayoría de las pruebas iniciales son inmunoensayos que sólo pueden verificarse mediante una cromatografía en fase gaseosa combinada con una espectrometría de masa⁵⁰. Esa verificación en muchos casos no se lleva a cabo, debido especialmente a su alto costo, y por ello se toman decisiones a partir de una prueba que puede rendir información positiva falsa, es decir, puede identificar equivocadamente a algunas personas como consumidores de drogas ilícitas.

III. PREVENCIÓN SECUNDARIA

A. Eficacia de los programas

55. No se puede decir que un tipo de programa sea más eficaz que otro; cada vez es más evidente que la eficacia depende más bien de que el programa se ajuste a las necesidades del individuo, y de la calidad, más del tipo, de los servicios prestados. Así pues, la flexibilidad del programa, la idoneidad del personal y la moral de éste y de los pacientes pueden tener mayor influencia en el resultado que la naturaleza misma del servicio⁵¹. También hay que considerar el eterno problema de determinar en qué consiste la eficacia, ya que no hay parámetros convenidos para medir el grado de éxito. En muchos programas se considera que se han obtenido resultados satisfactorios si el paciente termina el tratamiento; es decir, si ha dejado de consumir drogas en el momento de terminar el programa, su caso se contabiliza como un éxito. En otros programas el tratamiento se considera exitoso si el paciente se abstiene de consumir drogas durante un período determinado. Sin embargo, la duración de ese período varía. En algunos casos el seguimiento dura tres meses, en otros seis meses, y en otros tres años. Tampoco hay acuerdo en cuanto al comportamiento que se considerará satisfactorio. Por ejemplo, si una persona se ha sometido a un programa de desintoxicación para librarse de la adicción a la heroína pero luego fuma cannabis, ¿se considerará esto un éxito o un fracaso? Y si, por el contrario, comienza a consumir grandes cantidades de alcohol, ¿constituirá ello un fracaso?

56. Las modalidades de tratamiento y rehabilitación de la prevención secundaria se desarrollaron principalmente en relación con la demanda lícita e ilícita de opiáceos, sobre todo de heroína. Más recientemente, los métodos de prevención secundaria se han utilizado para reducir la demanda ilícita de otras drogas que generan dependencia, cuando puede identificarse una población dependiente. Es importante señalar que la prevención secundaria no abarca una parte considerable de la demanda ilícita de algunas drogas prohibidas, como la cannabis, la dietilamida del ácido lisérgico (LSD) y el grupo de drogas "éxtasis" MDMA. Normalmente se procura reducir el consumo de esas drogas con métodos de prevención terciaria que se basan en los efectos perjudiciales de la toxicidad aguda y crónica que puede derivarse del consumo intensivo, frecuente y prolongado de drogas ilícitas.

57. La ejecución de los programas de tratamiento y rehabilitación depende de que se pueda llegar a la población de consumidores ilícitos. Las vías de acceso pasan generalmente por el sistema de salud pública, a través de los médicos y los hospitales que tienen contacto con los consumidores. También se recurre a actividades de divulgación y el trabajo comunitario para establecer contacto con los consumidores, lo que se combina en algunas ocasiones con actividades de prevención terciaria. Hay indicaciones de que la divulgación basada en la prevención terciaria puede llegar a sectores más marginados de la población que presentan una mayor incidencia de consumo de drogas por vía intravenosa⁵². Así pues, en algunos casos, la credibilidad de las técnicas de prevención terciaria que procuran reducir los riesgos a la salud de los consumidores individuales puede abrir el camino para la ejecución de programas de prevención secundaria encaminados más directamente a reducir la demanda ilícita.

58. En un estudio independiente realizado recientemente se examinó la eficacia económica de los programas de prevención, sobre todo los programas de tratamiento ambulatorio u hospitalario, frente a las estrategias de reducción de la oferta como medio de reducir el consumo ilícito. En muchos aspectos de las políticas sobre drogas se ha recurrido muy poco al análisis comparativo de diversas estrategias. La escasa información disponible indica que esta puede ser una esfera de investigación promisoría. El estudio concluyó que el programa más económico de reducción de la oferta (mediante la aplicación coercitiva de la ley dentro de los países) costaría 7,3 veces más que el tratamiento que se necesitaría para reducir en igual proporción el consumo⁵³. Aunque el conocimiento que se tiene de esta perspectiva analítica es actualmente escaso, en los próximos años ésta puede ofrecer una vía interesante para facilitar la asignación de recursos en relación con las actividades de prevención del consumo y de reducción de la oferta a nivel nacional e internacional.

B. Tipos de programas

59. El tratamiento de los toxicómanos es variado: abarca el mantenimiento con metadona (o la desintoxicación a largo plazo), programas de desintoxicación, comunidades terapéuticas, asesoramiento para combatir la dependencia, medicina ayurvédica y acupuntura. La eficacia del tratamiento depende en gran medida de que éste se ajuste a las necesidades de los pacientes, tanto en lo que se refiere al tipo de droga de consumo ilícito, como a la modalidad de consumo ilícito, como a la modalidad de consumo (ocasional o adictivo, por vía oral o por vía intravenosa), las necesidades del individuo y el entorno cultural. El tipo de tratamiento que se ofrece por lo general está determinado por las prácticas que resultan aceptables culturalmente y por la identidad de los profesionales que se ocupan del problema. En los países donde se encarga a siquiátras el tratamiento de los toxicómanos, prevalecen generalmente los enfoques sicoterapéuticos y los modelos médicos mientras que en aquéllos donde la adicción al consumo de drogas ilícitas se considera producto de un trastorno espiritual se hace mayor hincapié en ese aspecto del comportamiento humano.

60. Se reconoce en general que deben aplicarse distintos enfoques para tratar al consumidor de drogas no dependiente y al toxicómano. Este último padece una reincidencia crónica debido a factores biológicos, socioculturales, económicos y psicológicos que contribuyen al consumo indebido⁵⁴. El tratamiento del consumo de drogas ilícitas no es, por tanto, un problema médico sencillo, sino que abarca una amplia gama de consideraciones sociales⁵⁵. En la primera parte de esta subsección se examinan las técnicas de tratamiento que han evolucionado en los países en desarrollo, respecto de las cuales hay relativamente pocas evaluaciones estadísticas adecuadas; la mayor parte de la subsección se dedica a analizar las opciones farmacológicas que se ofrecen como alternativa a las drogas prohibidas, y por último se trata brevemente el asunto de la rehabilitación.

61. Como ocurre en muchos aspectos de la política sobre drogas, los diversos métodos de prevención utilizados en los países en desarrollo no se han sometido a evaluaciones exhaustivas en igual proporción a los métodos que se aplican en los países desarrollados. Por consiguiente, hay una escasez de información sobre la índole, el impacto y la eficacia de los diversos tratamientos. En muchos países se recurre a formas de medicina tradicional, que varían según la cultura y el contexto. Varios estudios independientes han señalado que en la India se ha recurrido en algunos casos a la medicina ayurvédica⁵⁶. En otros países, como indica un informe reciente sobre Malasia, el recurso a los métodos tradicionales para el tratamiento de la toxicomanía se basa en la creencia de que el individuo es vulnerable a influencias supernaturales, así como a factores físicos, que aumentan la probabilidad de que se genere la adicción⁵⁶.

En esos casos, los curanderos tradicionales tratan de conseguir el bienestar general de la persona y prescriben para su desintoxicación el uso de plantas medicinales, el ejercicio físico y la promoción de la salud corporal.

62. En los últimos años se ha difundido el uso de la acupuntura para el tratamiento de la toxicomanía: Se ha utilizado en el proceso de desintoxicación de opiáceos en Viet Nam y Hong Kong y, según informes, también en los Estados Unidos⁵⁶. Desde hace varios años se han utilizado ampliamente las técnicas tradicionales de acupuntura china en algunas zonas de los Estados Unidos, donde se ha sugerido que la acupuntura alivia los síntomas de abstinencia, suprime el deseo imperioso de drogas y aumenta la tasa de participación de los pacientes en los programas de tratamiento a largo plazo. Los mejores resultados se han obtenido en grupos abiertos, aplicando acupuntura en el oído externo con agujas y sin estimulación eléctrica⁵⁷. Hay estudios semejantes que se refieren a la utilización de técnicas de meditación en el tratamiento⁵⁸. En otros entornos y países, incluso en la India, se ha recurrido al yoga y a la meditación como parte de los programas de modificación del comportamiento y de rehabilitación, para facilitar la relajación y ayudar a crear una actitud física y mental positiva durante el tratamiento y la rehabilitación⁵⁹.

1. Fármacos alternativos opiáceos

a) Metadona

63. El primer ensayo clínico documentado de utilización de clorhidrato de metadona para el tratamiento de heroínomanos se publicó en 1965⁶⁰. Posteriormente, la metadona se introdujo en forma gradual como alternativa a la heroína para el tratamiento de los toxicómanos. Ya sea para la supresión inicial como para el mantenimiento a largo plazo, la metadona es actualmente la droga más utilizada por los médicos para tratar los casos de toxicomanía aguda en los países desarrollados. Un estudio detallado realizado recientemente sobre la eficacia del mantenimiento con metadona confirmó los resultados de varios estudios anteriores y concluyó que "el mantenimiento con metadona resulta eficaz para reducir el uso indebido de drogas, la delincuencia y otras formas de comportamiento irregular en los pacientes que siguen tratamiento"⁶¹.

64. El estudio citado en el párrafo anterior también señaló que había grandes variaciones entre los programas de mantenimiento con metadona, y que la prescripción de metadona era el único factor común a todos ellos. Se observaban diferencias en cuanto a los toxicómanos atendidos, la índole del programa, los servicios prestados y el resultado obtenido por los pacientes. Sin embargo, se encontró que los programas en que la prescripción de metadona formaba parte de un plan más amplio de tratamiento, atención y rehabilitación, eran más eficaces que aquellos donde no se seguía esa práctica.

b) Levo-alfacetilmetadol

65. Desde el decenio de 1960 se ha examinado la posibilidad de utilizar el levo-alfacetilmetadol (LAAM) como alternativa a la prescripción de metadona. En los Estados Unidos, el LAAM fue aprobado oficialmente en 1993 como droga para el mantenimiento de los adictos a opiáceos. "El LAAM es un analgésico sintético opiáceo con efectos cualitativamente semejantes a los de la morfina que obra sobre el sistema nervioso central y la musculatura lisa. Como ocurre con los agonistas de los opiáceos, sus principales efectos son la analgesia y la sedación. Con el uso repetido se desarrolla tolerancia a esos efectos. Generalmente se presenta un síndrome de abstinencia al suspender la administración crónica del LAAM, semejante al que se observa con otros opiáceos, pero éste comienza a actuar más lentamente, tiene una mayor duración y los síntomas son menos intensos ... El efecto opiáceo del LAAM se presenta más lentamente y tiene una duración más prolongada (hasta 72 horas) que el de la metadona (24 horas)"⁶¹.

c) Buprenorfina

66. Un nuevo fármaco de sustitución que se está investigando actualmente para administración en los casos de adicción a opiáceos es la buprenorfina. Esta es agonista parcial de algunos receptores de opiáceos y antagonista de otros. Se trata de un analgésico sumamente eficaz, 25 a 40 veces más potente que la morfina. Varios estudios han

comprobado la utilización de buprenorfina con la de metadona en ensayos dobles ciegos y ha concluido que "muchos pacientes que requieren mantenimiento a largo plazo podrán obtener resultados satisfactorios con la buprenorfina"⁶¹, si bien ésta no es indicada para todos los pacientes, especialmente los que muestran un alto nivel de tolerancia.

d) *Farmacoterapias de sustitución en los casos de adicción a opiáceos*

67. Un factor importante para elegir una droga en vez de otra es el tiempo de máxima eficacia, del que se toma como indicador la vida media de la droga. "Este es un parámetro que indica el tiempo que tarda en eliminarse esa droga en la sangre"⁶². Cuando el organismo absorbe la heroína, ésta se metaboliza en monoacetilmorfina y morfina: la vida media de la heroína es de 3 minutos y la de la morfina, de 2 a 3 horas. La metadona tiene una vida media de 10 a 25 horas, con una media de 15 horas. Sin embargo, tras un mantenimiento prolongado, la vida media pasa a ser de 13 a 55 horas con una media de 30 horas. Por consiguiente, la administración de metadona puede ser menos frecuente que la de heroína. Cuando las drogas han de ser administradas por vía intravenosa, se necesitarán tres a cuatro inyecciones diarias para la heroína y una a dos para la metadona, con dosis equivalentes. Así pues, el daño físico, especialmente cuando el paciente se autoinyecta, se reduce con la metadona. Se dice que la metadona no produce la "euforia" que obtienen los toxicómanos al consumir heroína. La vida media del LAAM es de 30 a 65 horas, con una media de 50 horas, lo que explica en parte el gran interés que ha despertado esta droga recientemente. La vida media de la buprenorfina es de cuatro a seis horas⁶³.

2. *Fármacos alternativos no opiáceos*

a) *Ibogaína*

68. La ibogaína es uno de los alcaloides de tipo sicoactivo presentes en el arbusto *Tabernanthe iboga* de África occidental. Numerosas observaciones ocasionales indican que posee propiedades "antiadictivas". Se asegura también que ofrece un medio rápido y sencillo de suprimir la dependencia no sólo de los opiáceos sino también de la cocaína, las anfetaminas, el alcohol y la nicotina y de vencer el síndrome de toxicomanía múltiple. Respaldan esta hipótesis varios estudios clínicos que demuestran que la ibogaína reduce la autoadministración de cocaína y de morfina y alivia los síntomas de la retirada de la morfina⁶⁴. En la actualidad la ibogaína se utiliza con carácter experimental. El mismo estudio concluye que si bien la eficacia de la droga no puede confirmarse rigurosamente mientras no se efectúen estudios de control apropiados, el interés por la ibogaína en el tratamiento de la toxicomanía ha aumentado.

b) *Naloxona y naltrexona*

69. Se han ensayado otros tratamientos alternativos con drogas que tienen la propiedad de invertir los efectos de los opiáceos, antagonistas como la naloxona y la naltrexona. Los pocos experimentos realizados con naloxona no han rendido aún resultados concluyentes, pero la naltrexona parece ser un complemento útil en el tratamiento de determinados grupos, como los médicos y otros profesionales, así como los grupos de nivel socioeconómico más alto. La naltrexona sólo puede administrarse a personas que no tengan opiáceos en el organismo y por tanto no puede prescribirse a quienes solicitan tratamiento por primera vez. Es necesario que los pacientes hayan suspendido el consumo durante 5 a 7 días en el caso de heroína, y de 10 a 14 días en el de metadona. Se ha sugerido que el éxito de la naltrexona como medio de evitar la reincidencia en los grupos de nivel social alto se debe en parte a los efectos negativos que produce la recaída.

c) *Clonidina*

70. La clonidina es un agonista alfa adrenérgico que suprime los síntomas de la retirada de opiáceos. Puede utilizarse para la desintoxicación de opiáceos a corto plazo. "El papel de la clonidina para el tratamiento de la adicción a opiáceos se limita a las primeras semanas después de la retirada. La clonidina no puede considerarse tratamiento suficiente para la adicción a opiáceos porque las tasas de reincidencia en todas las formas de desintoxicación son sumamente altas. La clonidina sólo debe considerarse como un tratamiento de transición que puede utilizarse cuando no es posible obtener metadona o esta resulta inaceptable o inapropiada"⁶⁵.

d) *Otros tratamientos con drogas*

71. En algunos casos, para aliviar los problemas vinculados al síndrome de abstinencia, como la insomnia, se prescriben otras medicinas, como las benzodiazepinas, pero por lo general únicamente por períodos cortos.

3. *Tratamientos sin drogas*

72. Los tratamientos sin drogas se administran en comunidades terapéuticas y servicios ambulatorios, en los que se ofrece a los pacientes asesoramiento, terapia de grupo, información o apoyo. Además se utiliza la acupuntura y la medicina védica, que pueden ser eficaces para algunos grupos, aunque no se han llevado a cabo evaluaciones sistemáticas en gran escala.

73. El recurso a las comunidades terapéuticas se inició en 1958 con el establecimiento de la comunidad Synanon en los Estados Unidos. Desde entonces se han creado muchos programas semejantes y el método ha sido adoptado en varios países. En esos programas se exige a los pacientes que vivan en la comunidad por un plazo que puede abarcar desde 90 días hasta varios años. Por tanto, deben dejar su trabajo, si están empleados, y apartarse también de sus hogares y familias. La finalidad del tratamiento consiste en suprimir rasgos de personalidad fundamentales del toxicómano y ayudarlo a adquirir nuevas formas de comportamiento, actitudes y valores, para que pueda persistir en abstenerse de consumir alcohol u otras drogas durante toda la vida y lograr una reorientación radical de su estilo de vida⁶⁵.

74. Las evaluaciones de este método han mostrado que es eficaz para quienes terminan el programa. Sin embargo, sólo una pequeña proporción de toxicómanos están dispuestos a someterse a este tratamiento y hay una tasa muy alta de abandono al comienzo del programa. Además, esta forma de tratamiento resulta sumamente costosa, por dos motivos principales: la larga duración del tratamiento y la alta proporción de personal que se necesita para cada paciente.

4. *Rehabilitación*

75. En el marco de la prevención secundaria, el tratamiento y la desintoxicación algunas veces van acompañados de medidas de rehabilitación. Éstas se aplican por lo general a las personas que han terminado el proceso de tratamiento y desintoxicación y están dirigidas primordialmente a facilitar la reinserción del individuo en la comunidad. Este aspecto de la prevención secundaria puede adoptar diversas formas de asesoramiento y asistencia y comprende a veces capacitación para el empleo y la reinserción social. El asesoramiento y la asistencia por lo general incluyen ayuda en la búsqueda de empleo y por ello la Organización Internacional del Trabajo ha dirigido su atención a tales actividades. En la medida en que la rehabilitación logre eliminar los factores de riesgo relacionados con el estilo de vida que llevaba el paciente antes de adquirir la dependencia, podrá ayudar a impedir que éste reincida en el consumo de drogas ilícitas.

76. Las medidas de rehabilitación pueden estar dirigidas a toxicómanos que no se han sometido anteriormente a tratamiento. En ese caso, las actividades de rehabilitación y reinserción social se orientan a devolver al paciente a la situación en que se encontraba antes de comenzar a consumir drogas ilícitas⁶⁶. Sin embargo, en otros casos, especialmente cuando se trata de toxicómanos más jóvenes, con el fin de evitar los factores de "riesgo", la rehabilitación y reinserción pueden suponer la necesidad de ofrecer al paciente condiciones de vida distintas de las que tenía anteriormente.

IV. RELACIÓN ENTRE LA PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA

A. Participantes

77. En muchos aspectos, la prevención secundaria coincide con los objetivos de la prevención primaria y terciaria. Hay coincidencia con la prevención primaria, ya en que muchos de los programas y técnicas que se emplean para tratar de evitar el consumo inicial se utilizan también para inducir a los consumidores ocasionales, o incluso a los consumidores habituales de drogas ilícitas, a abandonar la droga. La superposición entre la prevención secundaria y la terciaria ocurre porque, como se observa frecuentemente en la práctica, es difícil trazar una línea conceptual nítida entre esos dos tipos de la prevención. Cuando el tratamiento contempla metas distintas o suplementarias a la abstinencia total, comprende necesariamente aspectos de prevención terciaria, como la reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad entre los consumidores de drogas ilícitas. Excluir esos objetivos de las actividades de prevención secundaria reduce su eficacia económica y, de hecho, va en contra de los principios que sustentan los sistemas médicos y sanitarios de muchos países.

78. Diversos sectores de la sociedad participan en la formulación y ejecución de las políticas de prevención primaria y secundaria. La organización o rama del gobierno que toma la iniciativa en ese ámbito varía de un país a otro, pero los programas más eficaces parecen ser los que se basan en la colaboración entre los diferentes sectores. El trabajo en conjunto permite el fortalecimiento recíproco de las destrezas de cada sector. Los programas menos eficaces son aquellos en que los diferentes sectores del gobierno o el gobierno y las organizaciones compiten entre sí para "adueñarse" de un problema y del derecho de determinar las políticas. La cooperación y colaboración entre organismos y organizaciones en los planos local y nacional ofrece las condiciones más propicias para establecer programas eficaces.

79. En la formulación y ejecución de los programas de prevención intervienen en primera instancia los organismos y organizaciones estatales, con diversos niveles de representación. Las organizaciones que poseen una perspectiva y una estructura de alcance nacional se encuentran en mejores condiciones para formular planes nacionales, que se adaptan a las necesidades locales mediante la coordinación con los organismos regionales y locales. Ese tipo de estructura permite mantener una perspectiva nacional integrada y coherente, teniendo a la vez en cuenta e incorporando las necesidades y exigencias de las comunidades locales. Esto es muy importante ya que la mayoría de los proyectos y programas, como los que se ofrecen en las escuelas, se ejecutan a nivel local, aunque pueden ser concebidos y coordinados a nivel nacional. Sin embargo, las campañas a través de los medios de difusión se organizan casi exclusivamente a escala nacional.

80. Cada vez más se reconoce la importancia de la colaboración entre el sector privado y la comunidad, así como del papel que puede cumplir el sector privado en la prevención del consumo de drogas. El Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas y la Organización Internacional del Trabajo han facilitado la creación de vínculos entre el sector privado y la comunidad prestando su apoyo a dos conferencias internacionales sobre ese tema*. Aunque ya desde el siglo XIX y principios del siglo XX en muchos países desarrollados se reconoció la dependencia recíproca entre la comunidad, las instituciones comunitarias y el sector privado, en los últimos años los problemas relacionados con el consumo de drogas ilícitas han puesto de relieve esa interdependencia.

81. En la nota de la Secretaría sobre los principios básicos para la reducción de la demanda (E/CN.7/1995/4) se destaca la importancia de la comunidad en la prevención del uso indebido de drogas. Hay abundantes ejemplos de medidas eficaces adoptadas por las comunidades para combatir el problema del consumo de drogas y varios estudios explican cómo se han logrado esos propósitos⁶⁶. En última instancia, los consumidores de drogas tienen familiares, vecinos, o amigos y viven en una comunidad. El consumo de drogas ilícitas repercute en el propio consumidor, ya sea hombre o mujer, en su círculo social inmediato y en toda la comunidad. Se ha subrayado la importancia de la intervención comunitaria mediante la colaboración con organismos y organizaciones de diversos sectores. La comunidad por sí sola puede hacer muy poco, sobre todo porque carece de los recursos o la autoridad necesarios, pero debe considerarse como una aliada fundamental e indispensable para hacer frente a los problemas del consumo de drogas.

* Véase el informe de la Secretaría sobre la cooperación regional en la reducción de la demanda (E/CN.7/1996/7).

82. Las organizaciones no gubernamentales cumplen gran parte de la labor que se lleva a cabo en las comunidades⁶⁷. Dichas organizaciones suelen estar más informadas de lo que ocurre en la comunidad porque trabajan efectivamente en ella. Las políticas generales pueden ser formuladas a nivel nacional pero deben adaptarse a las condiciones locales y ejecutarse localmente⁶⁸. Esa tarea se puede encomendar a muchas organizaciones diferentes, incluso organizaciones controladas por el Estado, pero la clave del éxito consiste en trabajar de consuno para la aplicación de las políticas.

83. La participación de los padres es de suma importancia en la prevención del consumo indebido de drogas, especialmente en la prevención primaria. Se puede establecer contacto con los padres a través de las escuelas o mediante actividades comunitarias o programas en los sitios de trabajo. Hay muestras claras de que los programas para los padres deben formar parte integrante del proceso educativo y no deben verse como actividades extracurriculares separadas⁶⁹.

B. El entorno

84. Los medios de información cumplen una doble función en la prevención del uso indebido de drogas. La primera está relacionada con las campañas, generalmente organizadas por los gobiernos, para crear mayor conciencia de un problema determinado. Los medios de difusión también pueden informar sobre acontecimientos conexos, por ejemplo, la presentación de los resultados de estudios sobre el consumo de drogas. Los dos métodos sirven para informar a la población sobre la índole y magnitud de los problemas, lo que a su vez puede ayudar a generar una actitud de aceptación o de solidaridad respecto de la asignación de fondos para la prevención inicial del consumo y la prestación de servicios a los toxicómanos. Los medios de comunicación también pueden servir directamente como fuente de información sobre el uso indebido de drogas, sin embargo, esa función puede ser poco eficaz si se difunde información inexacta. Se ha indicado que, en distintos sectores de la vida pública, los medios de comunicación a veces contribuyen a crear impresiones exageradas caricaturescas del comportamiento que se considera irregular.

85. Ya se ha examinado el papel que cumplen las escuelas al ofrecer a los alumnos educación sobre drogas y actividades de esparcimiento como parte de un programa más amplio para promover un estilo de vida sano. Sin embargo, fuera del horario de clases, las instalaciones escolares también podrían ser utilizadas con fines semejantes por otros miembros de la comunidad. Los vínculos entre la escuela y la comunidad con frecuencia ayudan a fortalecer las actividades de cada una de las partes.

86. En muchos países las organizaciones juveniles realizan actividades en la esfera de la prevención del consumo de drogas y hacen aportaciones valiosas al ofrecer actividades recreativas a los jóvenes. Las organizaciones religiosas también pueden desempeñar un papel en la prevención; muchas de ellas se dedican en particular a los aspectos de tratamiento.

87. La posibilidad de llevar a cabo programas de prevención del uso indebido de drogas en los sitios de trabajo sólo ha cobrado amplia aceptación recientemente, sobre todo desde que el sector privado comenzó a participar más activamente en esos programas y en otros planes conjuntos con las comunidades locales. La ventaja de utilizar los sitios de trabajo para esos programas es que ello no sólo permite combatir los problemas de consumo potencial o efectivo de drogas por los trabajadores, sino también atender a sus familias. Muchas empresas tienen actualmente programas de asistencia para sus empleados, así como para las familias. Aunque los trabajadores no consuman drogas, pueden tener problemas de esa índole en sus hogares. Ya que tales problemas suelen repercutir en la productividad del trabajador, redundando en interés de los empleadores ocuparse de ellos. Los programas también se extienden a la comunidad y procuran fomentar, apoyar y fortalecer las actividades comunitarias, de conformidad con el principio de integración de los programas para aumentar su eficacia recíproca.

88. Se están formulando nuevos métodos, como los modelos de interacción en grupos con estímulo y apoyo de los propios compañeros, una estrategia innovadora para ayudar a los toxicómanos en la calle a controlar, reducir o

suprimir el consumo indebido de drogas⁷⁰. Se trata de una elaboración de los modelos de divulgación comunitaria que se han utilizado desde hace algún tiempo para tratar de llegar a los toxicómanos que no siguen un tratamiento.

89. En muchos sistemas jurídicos los tribunales tienen la opción de dictar sentencias no privativas de la libertad a los consumidores de drogas. La Comisión de Estupefacientes, en su 38º período de sesiones, examinó esta cuestión en relación con el informe de la Secretaría sobre medidas sustitutorias de la condena o el castigo (E/CN.7/1995/6). Los hechos indican que éste es un medio eficaz de reducir el consumo de drogas si va acompañado de una supervisión posterior y un seguimiento imparcial⁷¹. Se ha determinado que el internamiento por orden judicial "sirve para lograr que los toxicómanos se sometan a tratamiento, pero no constituye en sí mismo tratamiento y no puede utilizarse como sustituto de éste"⁷².

90. Las instituciones penitenciarias albergan a un número cada vez mayor de individuos condenados por delitos relacionados con drogas, muchos de ellos consumidores ilícitos y algunos toxicodependientes. Esto plantea particulares problemas, no sólo para las instituciones, en lo que hace a la disciplina carcelaria, sino también para otros reclusos que pueden comenzar a consumir drogas durante su permanencia en la prisión. Esto ocurre en muchas regiones del mundo; en particular, fue señalado por algunos Estados de las Américas en el cuestionario relacionado con el informe anual, donde un Estado informó que, según estimaciones, hasta un 80% o, como mínimo, un 30% de los reclusos seguían consumiendo drogas ilícitas (E/CN.7/1996/5, párrs. 46 y 47). Muchas instituciones tienen la posibilidad de impartir educación a los reclusos, de asesorar a los que consumen drogas con poca frecuencia y de tratar a los toxicómanos. La oportunidad de aplicar medidas de prevención primaria y secundaria no se aprovecha en muchas instituciones carcelarias debido a la escasez de recursos. Podría aducirse que esto constituye una oportunidad perdida. En una comunidad cerrada como la que existe en las instituciones carcelarias, las políticas dirigidas a educar, asesorar y suministrar tratamiento a los reclusos puede rendir resultados duraderos, siempre que estén debidamente orientadas. Si no se aplican tales políticas, es probable que un número cada vez mayor de los reclusos tengan problemas de drogas al salir de la prisión y que muchos hayan comenzado a consumir drogas durante la reclusión. Estos asuntos y otros que tienen que ver con la interrelación del número de condenas relacionadas con drogas, los escasos recursos de los sistemas de justicia penal y las políticas penales y condenatorias, son materia de examen constante por los gobiernos de muchos países. Es de esperar que muy pronto se logre una estrategia coherente para hacer frente a estos problemas.

V. CONCLUSIONES

91. A través de los años se ha acumulado un acervo considerable de conocimientos teóricos y empíricos sobre los métodos de prevención primaria y secundaria. Una aportación fundamental a esa base de conocimientos han sido los adelantos importantes que se han logrado con respecto a la metodología para determinar la eficacia y los efectos de las medidas de prevención, tanto las que se aplican separadamente como las que van acompañadas de otras medidas. Además, la mejor comprensión de los factores de riesgo relacionados con la demanda ilícita, especialmente los que determinan la iniciación del consumo indebido de drogas, también ha representado una contribución importante a esa base de conocimientos, aunque el estudio de los factores correlativos de los procesos que llevan al consumo reiterado, la toxicomanía, el uso indebido con efectos perjudiciales y el abandono del consumo está menos avanzado.

92. Las múltiples investigaciones y evaluaciones que se han realizado sobre las actividades de prevención primaria y secundaria en distintos países y dirigidas a distintos sectores de la población han arrojado resultados y conclusiones que muestran una sorprendente concordancia. La independencia de los programas concebidos y ejecutados en diferentes países imprime un alto grado de confiabilidad a los resultados y conclusiones que se derivan de ellos. Sin embargo, sigue siendo necesario adaptar cada uno de esos enfoques a las condiciones locales. Como era de esperar los resultados que se observan con respecto a los efectos y la eficacia de las estrategias y enfoques son variados, y algunos enfoques resultan más eficaces que otros.

93. El proceso de sintetizar la información disponible sobre la prevención primaria y secundaria demostró las ventajas que supone la integración de esos enfoques con los de la prevención terciaria, ya que los tres forman parte de una progresión continua, tanto en los principios como en la práctica. Muchos Estados han adoptado un enfoque integral y equilibrado en el que se incorporan elementos de prevención primaria, secundaria y terciaria. En muchos aspectos de la ejecución, especialmente en lo que se refiere a establecer la credibilidad de los programas ante la población destinataria y concentrar los recursos en los grupos que más los necesitan, resultan evidentes los vínculos y la relación de mutuo fortalecimiento entre los diversos enfoques.

94. Los métodos de prevención primaria comprenden las campañas de divulgación, programas de atención después del parto y de desarrollo del niño en edad preescolar, educación en las escuelas, programas para jóvenes y pruebas de detección del consumo de drogas. La prevención secundaria se centra en la reducción de la demanda ilícita mediante diversas formas de tratamiento y rehabilitación. La información teórica y empírica disponible indica que la eficacia de la prevención primaria se pone actualmente en tela de juicio, en tanto que parece haber indicios de que la prevención secundaria puede reducir efectivamente la demanda y, en ciertas condiciones, producir el abandono de la droga. Varios estudios han demostrado que, a pesar de las altas tasas de reincidencia, los métodos de prevención secundaria resultan económicamente eficaces y hay indicaciones de que algunas formas de tratamiento pueden ser más eficaces en función de sus costos que los métodos de reducción de la oferta para lograr una disminución de la demanda ilícita. Sin embargo, aunque el análisis comparativo de las distintas estrategias es un campo de investigación que podría rendir resultados interesantes, la poca información que se tiene actualmente a ese respecto no permite presentar esa aseveración como una conclusión definitiva.

95. El presente informe muestra que ha habido muchos progresos recientes en el conocimiento relativo a los métodos de prevención primaria y secundaria, aunque éstos han sido variados en lo que se refiere a la cobertura y a la metodología de ejecución y evaluación. La variedad de los resultados, que indica diferencias entre los distintos enfoques en lo que respecta a sus efectos y su eficacia económica, era de prever, dada la diversidad de los enfoques examinados.

Notas

¹ Comité de expertos de la OMS en farmacodependencia: 28º informe, Serie de Informes Técnicos 836 de la OMS (Ginebra, 1993).

² C. Fazy, *The Aetiology of Psychoactive Substance Use* (París, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 1977); y Dan J. Lettieri, Mollie Sayers y Helen Wallenstein Pearson, *Theories of Drug Abuse: Selected Contemporary Perspectives*, NIDA Research Monograph, No. 30 (Washington, D.C., United States Government Printing Office, 1980).

³ David F. Musto, *The American Disease: Origins of Narcotic Control* (New Haven, Connecticut, Yale University Press, 1973).

⁴ Véase I. C. Chopra y R. N. Chopra, "The use of cannabis in India", *Boletín de Estupefacientes* (publicación de las Naciones Unidas), vol. 9, No. 1 (1957), págs. 4-29; Peter T. Fuerst, editor, *Flesh of the Gods: The Ritual Use of Hallucinogens* (Londres, George Allen y Unwin, 1972); Barbara C. Myerhoff, *Peyote Hunt: The Sacred Journey of the Huichol Indians* (Ithaca, New York, Cornell University Press, 1974); Joseph Westermeyr, "Use of alcohol and opium by the Meo and Laos", *American Journal of Psychiatry*, vol. 127, No. 8 (1971), págs. 1019-1023; Michael Agar, *Ripping and Running: A Formal Ethnography of Urban Heroin Addicts* (New York, Seminar Press, 1973), y Edward Prebble y John J. Casey, "Taking care of the business: the heroin user's life on the street", *International Journal of Addictions*, vol. 4, 1969, págs. 1 a 24.

⁵ B. H. Bry, P. McKeon y R. J. Pandina, "Extent of drug use as a function of risk factors", *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 91, 1982, págs. 273 a 279.

⁶ J. D. Hawkins, M. W. Arthur y R. F. Catalano, "Preventing substance abuse", *Crime and Justice: A Review of Research*, vol. 19, M. Tonry y D. Farrington, editores (Chicago, University of Chicago Press, 1995), pág. 370.

⁷ Niall Coggans y Susan McKellar, "Drug use amongst peers: peer pressure or peer preference?", *Drugs: Education, Prevention and Policy*, vol. 1, No. 1 (1994), págs. 15 a 26.

⁸ M. Plant y M. Plant, *Risk-Takers: Alcohol, Drugs, Sex and Youth* (Londres, Tavistock/Routledge, 1992).

⁹ Véase Howard S. Becker, *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance* (New York, Free Press, 1963).

¹⁰ Véase D. B. Cornish y R. V. Clarke, *The Reasoning Criminal* (New York, Springer-Verlag, 1986); y R. V. Clarke y M. Felson, *Routine Activity and Rational Choice: Advances in Criminological Theory* (New Brunswick, New Jersey, Transaction Books, 1993).

¹¹ Véase Carl G. Leukefeld y William Bukoski, editores, *Drug Abuse Prevention Intervention Research: Methodological Issues*, NIDA Research Monograph, No. 107 (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1991).

¹² Véase Karl Popper, *The Logic of Scientific Discovery*, 2ª ed. (Londres, Hutchinson, 1968); Karl Popper, *Conjectures and Refutations: The Growth of Scientific Knowledge*, 4ª ed. (Londres, Routledge y Kegan Paul, 1972); y Karl Popper, *Objective Knowledge: An Evolutionary Approach* (Oxford, Oxford University Press, 1972).

¹³ S. B. Sells, editor, *Evaluation of Treatment*, vols. 1 y 2 (Cambridge, Massachusetts, Ballinger, 1974); S. B. Sells y D. D. Simpson, *The Effectiveness of Drug Abuse Treatment*, vols. 3 y 4 (Cambridge, Massachusetts, 1976); y F. M. Tims y J. P. Ludford, editores, *Drug Abuse Treatment Evaluation: Strategies, Progress and Prospects*, NIDA Research Monograph, No. 51 (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1984).

¹⁴ S. M. Hall, "Clinical trials in drug treatment: methodology", *Drug Abuse Treatment Evaluation: Strategies, Progress and Prospects*, F. M. Tims y J. P. Ludford, editores, NIDA Research Monograph, No. 51, Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1984).

¹⁵ M. S. Goldstein, M. Surber y D. M. Wilner, "Outcome evaluations in substance abuse: a comparison of alcoholism, drug abuse and other mental health interventions", *International Journal of the Addictions*, vol. 19, No. 5 (1984), pág. 498.

¹⁶ Robert L. Hubbard y otros, "Treatment outcome prospective study (TOPS): client characteristics and behaviours before, during and after treatment", *Drug Abuse Treatment Evaluation ...*, págs. 42 a 68.

¹⁷ R. H. Moos, J. W. Finney y R. C. Cronkite, "The need for a paradigm shift in evaluation of treatment outcome: extrapolations from the Rand report", *British Journal of Addiction*, vol. 75, No. 4 (December 1980), págs. 347 a 350.

¹⁸ Y. Hser, M. D. Anglin y C. Chou, "Evaluation of drug abuse treatment: a repeated measure design assessing methadone maintenance", *Evaluation Review*, vol. 12, No. 5 (1988), págs. 547 a 570.

¹⁹ Jerome H. Jaffe, "Evaluating drug abuse treatment: a comment on the state of the art", *Drug Abuse Treatment Evaluation ...*, págs. 13 a 25; y Frank M. Tims y Sherry Holland, "A treatment evaluation agenda: discussion and recommendations", *Drug Abuse Treatment Evaluation ...*, págs. 167 a 174.

²⁰ Fiona McDermott, Margaret Hamilton y Bruce Lagay, *Evaluating Treatments for Alcohol and Other Drugs* (Canberra, Australian Government Publishing Service, 1991).

²¹ John C. Ball y Eric Corty, "Basic issues pertaining to the effectiveness of methadone maintenance treatment", *Compulsory Treatment of Drug Abuse: Research and Clinical Practice*, NIDA Research Monograph, No. 86, Carl G. Leukefeld and Frank M. Tims, editores (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1988), pág. 187.

²² N. G. Hoffman, P. A. Harrison y C. A. Belille, "Multidimensional impact of the treatment for substance abuse". *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, vol. 3, No. 3 (1984); y D. K. Reilly, J. Hegg y D. Twyman, "A systems approach to the management of drug-related problems", *Australian Alcohol/Drug Review*, vol. 3, No. 2 (1984).

²³ Carl Akins y George Beschner, editores, *Ethnography: A Research Tool for Policymakers in the Drug and Alcohol Fields* (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1980); y Howard Parker, Fiona Measham y Judith Aldridge, *Drugs Futures: Changing Patterns of Drug Use amongst English Youth* (London, Institute for the Study of Drug Dependence, 1995).

²⁴ W. Wayne Wiebel, "Identifying and gaining access to hidden populations", *The Collection and Interpretation of Data from Hidden Populations*, NIDA Research Monograph, No. 98, Elizabeth Y. Lambert, editor (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1990), pág. 4.

²⁵ J. D. Hawkins, M. W. Arthur y R. F. Catalano, "Preventing substance abuse", *Crime and Justice: A Review of Research*, vol. 19, M. Tonry y D. Farrington, editores (Chicago, University of Chicago Press, 1995), págs. 388 a 390.

²⁶ N. Dorn y K. Murji, *Drug Prevention: A Review of the English Language Literature*, ISDD Monograph, No. 5 (London, Institute for the Study of Drug Dependence, 1992), pág. 9.

²⁷ Véase D. Hawkins, M. W. Arthur y R. F. Catalano, "Preventing substance abuse", *Crime and Justice: A Review of Research*, vol. 19, M. Tonry y D. Farrington, editores (Chicago, University of Chicago Press, 1995), cuadro 1, págs. 371 a 379.

²⁸ Véase F. E. Zimring y G. Hawkins, *The Search for Rational Drug Control Policy* (Cambridge, Cambridge University Press, 1992), apéndice, "Estimates of illicit drug use: a survey of methods".

²⁹ Véase H. Yoshikawa, "Prevention as cumulative protection: effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks", *Psychological Bulletin*, No. 115, 1994, págs. 28 a 54; J. D. Hawkins, R. F. Catalano y J. Y. Miller, "Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention", *Psychological Bulletin*, No. 112, 1992, págs. 64 a 105; y K. Nyberg y otros, "Socio-economic versus obstetric risk factors for drug addiction in offspring", *British Journal of Addiction*, No. 87, 1992, págs. 1669 a 1676.

³⁰ L. J. Schweinhart, "Can pre-school programs help prevent delinquency?", *From Children to Citizens: Families, Schools, and Delinquency Prevention*, J. Q. Wilson y G. C. Loury, editores (New York, Springer-Verlag, 1987).

³¹ N. Dorn y K. Murji, *Drug Prevention: A Review of the English Language Literature*, ISDD Monograph, No. 5 (London, Institute for the Study of Drug Dependence, 1992).

³² G. J. Botvin, "Substance abuse prevention: theory, practice, and effectiveness", *Drugs and Crime*, M. Tonry y James Q. Wilson, editores (Chicago, University of Chicago Press, 1990), pág. 487.

³³ Jeffrey Wragg, *An Evaluation of a Model of Drug Education* (Canberra, Australian Government Publishing Service, 1992).

³⁴ D. M. Gorman, "On the difference between statistical and practical significance in school-based drug abuse prevention", *Drugs: Education, Prevention and Policy*, vol. 2, No. 3 (1955), pág. 275.

³⁵ Nancy S. Tobler, "Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group", *Journal of Drug Issues*, vol. 4, 1986, págs. 537 a 567.

³⁶ H. Klee y P. Reid, *Amphetamine-Misusing Groups: a Feasibility Study of the Use of Peer Group Leaders for Drug Prevention Work among Their Associates*, United Kingdom Home Office Drugs Prevention Initiative, paper 3 (Londres, Home Office, 1995), pág. i.

³⁷ Véase Estados Unidos de América, Departamento de Justicia, National Institute of Justice, *Arresting the Demand for Drugs: Police and School Partnerships to Prevent Drug Abuse* (Washington, D.C., United States Government, 1987).

³⁸ Véase W. DeJong, "A short-term evaluation of D.A.R.E.: preliminary indications of effectiveness", *Journal of Drug Education*, No. 17, 1987, págs. 279 a 294; C. L. Ringwalt, S. T. Ennett y K. D. Holt, 1991, "An outcome evaluation of project D.A.R.E.", *Health Education Research: Theory and Practice*, No. 6, págs. 327 a 337; y R. R. Clayton, A. Catarello y K. P. Walden, "Persuasive communication and drug abuse prevention: an evaluation of the D.A.R.E. program", *Persuasive Communication and Drug Abuse Prevention*, L. Donohew, H. Sypher and W. Bukoski, editores (Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, 1991).

³⁹ W. B. Hansen y otros, "Affective and social influences approaches to the prevention of multiple substance abuse among seventh grade students: results from the Project SMART", *Preventive Medicine*, No. 17, 1988, págs. 135 a 154.

⁴⁰ P. L. Ellickson y R. M. Bell, "Drug prevention in junior high: a multi-site longitudinal test", *Science*, No. 247, 1990, págs. 1299 a 1305.

⁴¹ D. Rosenbaum y otros, "Cops in the classroom: a longitudinal evaluation of Drug Abuse Resistance Education (DARE)", *Journal of Research in Crime and Delinquency*, No. 31, vol. 1 (1994), pág. 10.

⁴² D. Rosenbaum y otros, loc. cit., pág. 3.

⁴³ N. Coggans y otros, *National Evaluation of Drug Education in Scotland*, ISDD Research Monograph, No. 4 (Londres, Institute for the Study of Drug Dependence, 1991), pág. 12.

⁴⁴ D. Rosenbaum y otros, 1994, "Cops in the classroom: a longitudinal evaluation of Drug Abuse Resistance Education (DARE)", *Journal of Research in Crime and Delinquency*, No. 31, vol. 1 (1994), pág. 26; véase también S. T. Ennet y otros, "Long-term evaluation of Drug Abuse Resistance Education (DARE)", *Addictive Behaviours*, vol. 19, No. 2 (1994), págs. 113 a 125.

⁴⁵ Beatriz Carlin Cotrim, "An overview on drug abuse prevention in Brazilian schools", *Drugs: Education, Prevention and Policy*, vol. 1, No. 3, pág. 284.

⁴⁶ Véase L. Parker, *Music against Drugs: An Evaluation of a Drugs Prevention Diversionary Activity*, United Kingdom Home Office Drugs Prevention Initiative, paper 2 (Londres, Ministerio del Interior, 1995).

⁴⁷ Véase M. Hanson, "Visión general sobre la detección de drogas y alcohol en el lugar de trabajo", *Boletín de Estupefacientes* (publicación de las Naciones Unidas), vol. XLV, No. 2 (1993), págs. 3 a 49; y C. Raskin, "Análisis de detección del consumo de drogas y de alcohol en el lugar de trabajo: cuestiones morales, éticas y jurídicas", *Boletín de Estupefacientes* (publicación de las Naciones Unidas), vol. XLV, No. 2 (1993), págs. 51 a 94.

⁴⁸ R. E. Willette, "Drug testing programs", *Urine Testing for Drugs of Abuse*, NIDA Research Monograph, No. 73, R. L. Hawks y C. N. Chiang, editores (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1986).

⁴⁹ Eric D. Wish y Bernard A. Gropper, "Drug testing by the criminal justice system: methods, research and applications", *Drugs and Crime*, M. Tonry y James Q. Wilson, editores (Chicago, University of Chicago Press, 1990), págs. 321 a 391.

⁵⁰ B.M. Kapur, "Métodos de detección de drogas e interpretaciones clínicas de los resultados de los análisis", *Boletín de Estupefacientes* (publicación de las Naciones Unidas), vol. XLV, No. 2 (1993), págs. 129 a 171.

⁵¹ John C. Ball y Alan Ross, *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment: Patients, Programs, Services and Outcome* (Nueva York, Springer-Verlag, 1991).

⁵² W. M. Wechsberg y otros, "A comparison of injecting drug users reached through outreach and methadone treatment", *Journal of Drug Issues*, vol. 4, No. 23 (1993), págs. 667 a 687.

⁵³ C. Peter Rydell y Susan S. Everingham, *Controlling Cocaine: Supply Versus Demand Programs* (Santa Monica, California, Rand Corporation, 1994), pág. xiii.

⁵⁴ M. D. Anglin y Y. Hser, "Treatment of drug abuse", *Drugs and Crime*, vol. 13, *Crime and Justice: A Review of Research*, M. Tonry y J. Q. Wilson, eds. (Chicago, University of Chicago Press, 1991).

⁵⁵ M. D. Anglin y Y. Hser, "Treatment of drug abuse", *Drugs and Crime*, M. Tonry y J. Q. Wilson, eds. (Chicago, University of Chicago Press, 1990), pág. 394.

⁵⁶ E. Tongue y D. Turner, "Opciones de tratamiento en respuesta a los problemas relacionados con el uso indebido de drogas", *Boletín de Estupefacientes* (publicación de las Naciones Unidas), vol. XL, No. 1 (1988), págs. 3 a 21.

⁵⁷ M.O. Smith y O. Khan, "Un programa de acupuntura para el tratamiento de toxicómanos", *Boletín de Estupefacientes* (publicación de las Naciones Unidas), vol. XL, No. 1 (1988), págs. 39 a 46.

⁵⁸ G. Clements, L. Krenner y W. Mölk, "Aplicación del programa de meditación trascendental en la prevención del uso indebido de drogas y en el tratamiento de drogadictos", *Boletín de Estupefacientes* (publicación de las Naciones Unidas), vol. XL, No. 1 (1988), págs. 55 a 60.

⁵⁹ Véase K. Sharma y V. Shukla, "Rehabilitación de toxicómanos: la experiencia del Centro Nav-Chetna, en la India", *Boletín de Estupefacientes* (publicación de las Naciones Unidas), vol. XL, No. 1 (1988), págs. 43 a 49.

⁶⁰ V. P. Dole y M. E. Nyswander, "A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction: a clinical trial with methadone hydrochloride", *Journal of the American Medical Association*, No. 193, 1965, págs. 80 a 84.

⁶¹ W. Ling, R. A. Rawson y M. A. Compton, "Substitution pharmacotherapies for opioid addiction: from methadone to LAAM and buprenorphine", *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 26, No. 2 (1994), págs. 119 a 128.

⁶² W. J. Tilstone y A. H. Stead, "Pharmacokinetics, metabolism, and the interpretation of results", A. C. Moffat y otros, editores, *Clarke's Isolation and Identification of Drugs in Pharmaceuticals, Body Fluids and Post Mortem Material* (Londres, Pharmaceutical Press, 1986), págs. 276 a 305.

⁶³ A. C. Moffat y otros, editores, *Clarke's Isolation and Identification of Drugs in Pharmaceuticals, Body Fluids and Post Mortem Material* (Londres, Pharmaceutical Press, 1986).

⁶⁴ P. Popik, R. T. Layer y P. Skolnik, "Years of ibogaine: neurochemical and pharmacological actions of a putative anti-addictive drug", *Pharmacological Review*, No. 47, 1995, págs. 235 a 253.

⁶⁵ R. A. Rawson y W. Ling, "Opioid addiction treatment modalities and some guidelines to their optimal use", *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 23, No. 2 (1991), págs. 151 a 163.

⁶⁶ Véase Division for Community Prevention and Training, Office of Substance Abuse Prevention, *The Future by Design: A Community Framework for Preventing Alcohol and Other Drug Problems through a Systems Approach* (Washington, D.C., Office for Substance Abuse Prevention, 1991).

⁶⁷ Véase *Boletín de Estupefacientes* (publicación de las Naciones Unidas), número especial sobre la participación de organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales en cuestiones de fiscalización del uso indebido de drogas, vol. XLIII, No. 1 (1991).

⁶⁸ Véase S.Q. Quejas, "Función de las organizaciones no gubernamentales en la prevención y reducción del uso indebido de drogas: la experiencia de Filipinas", *Boletín de Estupefacientes* (publicación de las Naciones Unidas), vol. XXXV, No.3 (1983), págs. 61 a 71.

⁶⁹ Deborah A. Cohen y Kathryn P. Linton, "Parent participation in an adolescent drug abuse prevention program", *Journal of Drug Education*, vol. 25, No. 2 (1995), págs. 159 a 169.

⁷⁰ Judith A. Levy, Chuck P. Gallmeier y W. Wayne Wiebel, "The outreach assisted peer-support model for controlling drug dependency", *Journal of Drug Issues*, vol. 25, No. 3 (1995), págs. 507 a 529; y Nick Crofts y David Herkt, "A history of peer-based drug-user groups in Australia", *Journal of Drug Issues*, vol. 25, No. 3 (1995), págs. 599 a 616.

⁷¹ M. D. Anglin, "The efficacy of civil commitment in treating narcotic addiction", *Compulsory Treatment of Drug Abuse: Research and Clinical Practice*, Carl G. Leukefeld y Frank M. Tims, editores (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1988), págs. 8 a 34.

⁷² Carl G. Leukefeld y Frank M. Tims, "Compulsory treatment: a review of findings", *Compulsory Treatment of Drug Abuse ...*, pág. 238.