



Consejo Económico y Social

Distr. general
18 de febrero de 2003
Español
Original: inglés

Comisión de Estupefacientes

46º período de sesiones

Viena, 8 a 17 de abril de 2003

Tema 4 del programa provisional*

Reducción de la demanda de drogas

Optimización de los sistemas de recolección de información e identificación de las mejores prácticas para enfrentar la demanda de drogas ilícitas

Informe del Director Ejecutivo**

Adición

Directrices sobre las mejores prácticas para reducir la demanda de drogas

* E/CN.7/2003/1.

** Por razones técnicas, este informe se presentó fuera del plazo establecido de 10 semanas.



Índice

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
I. Introducción	1-4	3
II. Reunión de datos	5-16	3
A. Intervenciones	10-11	5
B. Principios relativos a la reunión de datos	12	7
C. Orientación práctica para la reunión de datos	13-16	8
III. Prevención	17-32	9
A. Intervenciones	19-20	10
B. Principios de la prevención	21-30	11
C. Orientación práctica para la prevención	31-32	14
IV. Tratamiento y rehabilitación	33-48	14
A. Intervenciones	37-43	15
B. Principios del tratamiento y la rehabilitación	44-46	18
C. Orientación práctica para el tratamiento y la rehabilitación	47-48	20
V. Prevención del VIH/SIDA vinculados con el uso indebido de drogas	49-69	20
A. Intervenciones	53-56	21
B. Principios de la prevención del VIH/SIDA vinculados con el uso indebido de drogas	57-68	22
C. Orientación práctica para la prevención del VIH/SIDA vinculado con el uso indebido de drogas	69	24

I. Introducción

1. La Comisión de Estupefacientes, en su 45º período de sesiones, aprobó la resolución 45/13, titulada “Optimización de los sistemas de recolección de información e identificación de las mejores prácticas para enfrentar la demanda de drogas ilícitas”, en la que pidió al Director Ejecutivo del Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID) que resumiera, en una serie de documentos que se presentarían a la Comisión de Estupefacientes, en su 46º período de sesiones, la situación actual de la ejecución de las actividades de reducción de la demanda ilícita de drogas en todo el mundo, incorporando directrices flexibles sobre las mejores prácticas y teniendo en cuenta las especificidades culturales. Este informe se presenta en cumplimiento de esa petición.

2. La labor del PNUFID con respecto a las mejores prácticas de reducción de la demanda de drogas, para la que se aprovechan las investigaciones básicas, los informes de evaluación y la experiencia sobre el terreno disponibles, tiene el objetivo de ofrecer las ideas actuales más promisorias sobre la elaboración de políticas, programas y metodología en las esferas de la reunión y el análisis de datos; la prevención; el tratamiento y la rehabilitación; y la prevención del virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida (VIH/SIDA) vinculado al uso indebido de drogas.

3. Para identificar las mejores prácticas, es necesario procesar los conocimientos de diferentes fuentes, a fin de comprender mejor en qué consisten las medidas eficaces de reducción de la demanda de drogas. Las mejores prácticas deben considerarse una síntesis de los resultados de las investigaciones técnicas y científicas, las lecciones extraídas de programas y proyectos anteriores y la comprensión de los efectos de los factores culturales y sociales. Es posible extraer esas lecciones de las evaluaciones externas, la vigilancia de los proyectos y los conocimientos que son el resultado del aprendizaje en la práctica durante la ejecución de proyectos. Esos “conocimientos silenciosos” deben documentarse de manera sistemática, con fines de autoevaluación e intercambio de experiencias. Sin embargo, las mejores prácticas siempre deben adaptarse y evaluarse teniendo en cuenta el entorno en que se han de aplicar, las características culturales y los recursos financieros y humanos existentes.

4. En el presente informe se resumen algunos principios centrales de las mejores prácticas identificadas por el PNUFID en las esferas pertinentes de la reducción de la demanda, estipuladas en la Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas (resolución S-20/3 de la Asamblea General, anexo). En varias publicaciones del PNUFID que se mencionan más adelante, junto con las direcciones de la Internet en que se pueden encontrar, figura más información a este respecto.

II. Reunión de datos

5. Aunque algunos países han logrado cierto éxito en la fiscalización y reducción de la demanda de drogas ilícitas, el uso indebido de drogas sigue propagándose en todo el mundo. En particular, ha aumentado marcadamente en algunos países en

desarrollo. Sin embargo, los conocimientos sobre la magnitud del uso indebido de drogas son todavía insuficientes y la comprensión de las modalidades y tendencias al respecto es limitada.

6. Para elaborar y ejecutar políticas y estrategias eficaces destinadas a reducir el uso indebido de drogas, los gobiernos necesitan datos acerca de cuándo, dónde y por qué se consumen drogas ilícitas. Las características del uso de drogas ilícitas trascienden las fronteras nacionales, ya que los usuarios de todas las regiones del mundo logran acceder ahora a una mayor variedad de drogas, y las tendencias sociales, sobre todo entre los jóvenes, se difunden más rápidamente que antes, debido a los adelantos en las comunicaciones. La globalización del uso indebido de drogas significa que las políticas y estrategias de reducción de la demanda también deben tener carácter mundial, al igual que los sistemas de información en que se basan.

7. En 1998, la Asamblea General, en su vigésimo período extraordinario de sesiones, aprobó una Declaración Política (resolución S-20/2, anexo) en la que los Estados Miembros se comprometieron a eliminar o reducir de manera significativa la oferta y la demanda de drogas ilícitas hasta el año 2008. Sin embargo, todavía no se dispone de los datos sistemáticos necesarios para vigilar y evaluar los progresos en el logro de esos objetivos. Por esa razón, la Asamblea, en su resolución 54/132, de 17 de diciembre de 1999, pidió al PNUFID que prestara a los Estados Miembros la asistencia necesaria para compilar datos comparables entre sí, reunir y analizar esos datos e informar al respecto a la Comisión de Estupefacientes.

8. En cumplimiento de esa petición, y en particular con respecto a la reducción de la demanda de drogas, se estableció el Programa Mundial de Evaluación del Uso Indebido de Drogas (GAP). Los objetivos concretos del GAP son los siguientes:

a) Apoyar a los Estados Miembros a fin de que establezcan los sistemas necesarios para reunir datos confiables con miras a su utilización en la adopción de políticas y medidas;

b) Promover alianzas regionales a fin de compartir experiencias y adelantos técnicos;

c) Facilitar una mejor comprensión de las modalidades y tendencias mundiales del uso indebido de drogas, alentando a que se adopten métodos bien fundados de recopilación de datos comparables entre sí.

9. Esos objetivos reflejan el reto planteado en la Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas, en que la Asamblea General recalcó lo siguiente:

“Los programas de reducción de la demanda han de estar basados en una evaluación continua de la índole y la magnitud de los problemas del consumo y el uso indebido de drogas y los problemas conexos en la población. ... Los Estados deberán proceder a estas evaluaciones de manera exhaustiva, sistemática y periódica, aprovechando los resultados de los estudios pertinentes, teniendo en cuenta las consideraciones geográficas y aplicando definiciones, indicadores y procedimientos similares en la evaluación del problema de la droga.”

A. Intervenciones

10. La armonización de los métodos y actividades de reunión de datos forma parte integrante de los esfuerzos por mejorar los datos internacionales sobre el consumo de drogas. Un primer paso importante para lograr esa armonización fue la celebración, en enero de 2000, de una reunión conjunta de representantes de órganos internacionales, redes regionales de información sobre las drogas y otros expertos técnicos pertinentes. La organización de la reunión en Lisboa, cuyo propósito era analizar los principios, estructuras e indicadores necesarios para los sistemas de información sobre las drogas, estuvo a cargo del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), con el apoyo del PNUFID en el marco del GAP. Los Estados Miembros, en el 43º período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes, celebrado en marzo de 2000, aprobaron el documento de debate redactado en la reunión (E/CN.7/2000/CRP.3).

11. En la reunión de Lisboa, se examinó la elaboración de un conjunto de indicadores epidemiológicos básicos de la demanda, con ayuda de los cuales los Estados Miembros informarían sobre su situación. Con esos indicadores, elegidos por referirse a esferas en que se consideraba posible, por lo menos en algunos países, reunir datos con regularidad, no se pretendía constituir una base de información exhaustiva sobre todas las cuestiones de política, ya que las esferas que requerían investigaciones especiales no podían incluirse en un sistema de información periódica. Se identificaron los siguientes indicadores básicos que debían orientar el desarrollo de las intervenciones en la esfera de la reunión de datos:

a) *El consumo de drogas entre la población en general.* Este indicador guarda relación con las estimaciones de la prevalencia e incidencia del consumo de drogas entre la población en general (de 15 a 64 años de edad). Comprender el nivel del consumo de drogas en una población dada es frecuentemente, y debería ser siempre, el punto inicial de los debates de política. Por ello, obtener estimaciones de la prevalencia e incidencia del consumo de drogas entre la población en general es una tarea clave para la mayor parte de los sistemas de información sobre las drogas. Muchas veces se presta atención sobre todo a la estimación de la prevalencia, pero probablemente los niveles de incidencia (los nuevos casos) sean igualmente importantes para la articulación de políticas. Cabe observar, respecto de la estimación tanto de la prevalencia como de la incidencia, que esta esfera no se presta a una solución metodológica única. Si bien las encuestas constituyen un método para obtener estimaciones, existen también otros métodos de estimación, como los datos de los sistemas de puestos de vigilancia y las técnicas de estimación estadística indirecta. En muchos países, quizá no sea posible realizar actualmente encuestas sobre la prevalencia a nivel nacional, por razones de costo o por dificultades metodológicas o prácticas;

b) *El consumo de drogas entre los jóvenes.* Este indicador se refiere a las estimaciones de la prevalencia e incidencia del consumo de drogas entre esa población (de 15 a 24 años de edad). Dado que el consumo de drogas entre los jóvenes preocupa particularmente a los encargados de adoptar políticas, y dado que los grupos de jóvenes de una misma edad resultan ser cohortes de muestreo convenientes, las estimaciones del consumo de drogas entre los jóvenes constituyen una parte importante de muchos sistemas de información sobre las drogas. Se han

utilizado ampliamente las encuestas entre los escolares para generar estimaciones en esta esfera. Sin embargo, dado que las pautas de asistencia a la escuela difieren de un país a otro y algunos segmentos importantes de la población juvenil quizá queden excluidos de las encuestas, otros enfoques pueden ser también necesarios;

c) *El uso indebido de las drogas de alto riesgo.* Este indicador guarda relación con las estimaciones del número de personas que consumen drogas inyectables y de la proporción de esas personas cuyo comportamiento es de alto riesgo, así como con las estimaciones del número de consumidores diarios, periódicos o toxicómanos. Algunas conductas relacionadas con el consumo de drogas se vinculan en especial con problemas graves y, por ello, merecen atención. Los datos más comunes que se reúnen en esta esfera se refieren al número de consumidores de drogas inyectables y al de consumidores muy frecuentes de drogas, o sea toxicómanos. Se necesitan métodos específicos para obtener información sobre comportamientos como el consumo de drogas inyectables, dado que habitualmente las estimaciones sobre la población en general dan cuenta de ellos en forma insuficiente, por su índole oculta y su baja prevalencia. Con respecto al consumo de drogas inyectables y la transmisión de agentes infecciosos, también es necesario reunir información sobre las tasas de comportamiento de alto riesgo entre los consumidores de drogas inyectables (el hecho de compartir el equipo pertinente);

d) *La utilización de servicios por problemas de drogas.* Este indicador se refiere al número de personas que buscan ayuda por un problema relacionado con las drogas. Los registros relativos al tratamiento por consumo de drogas se utilizan con frecuencia como indicador indirecto de la demanda de tratamiento. Esa información es útil para analizar la utilización de servicios y como indicador de las tendencias de la prevalencia y las modalidades del consumo de drogas de alto riesgo. Sin embargo, esos registros sobre el tratamiento por consumo de drogas quizá no sean apropiados cuando los principales encargados de prestar asistencia son los servicios sanitarios y sociales generales. Cabe recordar que la magnitud, estructura e índole de los servicios que se prestan a quienes tienen problemas de drogas varían mucho de un país a otro. Por ello, las definiciones claras son particularmente importantes cuando se presentan informes sobre la utilización de servicios, como también lo es comprender los problemas metodológicos y analíticos que plantea el extraer conclusiones sobre los problemas de drogas entre la población en general a partir de la población a la que se prestan servicios;

e) *La morbilidad relacionada con las drogas.* Este indicador se refiere a los casos de enfermedad directa o proporcionalmente atribuible al consumo de drogas y principalmente, en este contexto, a las tasas de infección por el VIH, el virus de la hepatitis B y el virus de la hepatitis C entre los consumidores de drogas inyectables. Los gastos sanitarios son evidentemente importantes para la adopción de políticas sobre el consumo de drogas ilícitas. Las medidas más comunes se refieren a las infecciones que se originan en el consumo de drogas, como la infección por el VIH y la hepatitis B y C, y a los factores de riesgo en el comportamiento de los consumidores de drogas inyectables. Hay problemas conceptuales en esta esfera, por lo que se necesita una labor adicional al respecto, en particular, para estimar la parte atribuible al consumo de drogas en los casos de enfermedad a los que pueden atribuirse también otras causas y para calcular la proporción de los casos en que el

consumo de drogas es la única causa a que se atribuye la enfermedad, cuando también hay varias otras causas posibles;

f) *La mortalidad relacionada con las drogas.* Este indicador se refiere a los datos sobre las defunciones directamente atribuibles al consumo de drogas. En general, no se dispone de datos confiables en esta esfera, pese a que pueden ser útiles e importantes. En cuanto al diagnóstico, hay criterios para distinguir entre la morbilidad siquiátrica que se atribuye al consumo de drogas y la morbilidad siquiátrica de otro tipo. Sin embargo, raras veces se dispone de información tan detallada. Se ha suscitado también una importante polémica sobre la posibilidad de que algunas sustancias ilícitas causen problemas siquiátricos, así como sobre el papel de las dolencias siquiátricas preexistentes en la aparición de problemas de drogas. Independientemente de cuál sea la relación entre el consumo de drogas y los problemas de salud mental, la comorbilidad sigue siendo motivo de gran preocupación, dado que las personas con problemas de salud mental a menudo presentan elevados niveles de consumo de drogas. En la actualidad, son escasos los conocimientos sobre esta esfera y se requiere una mayor investigación;

g) *Las redes humanas y las estructuras orgánicas.* No basta con identificar buenos métodos para mejorar la capacidad de reunir datos. Es necesario también establecer redes humanas y estructuras orgánicas apropiadas que constituyan la infraestructura necesaria para apoyar la reunión de datos y mejorar la capacidad de analizar e interpretar la información disponible sobre el consumo de drogas.

B. Principios relativos a la reunión de datos

12. Además del consenso sobre los indicadores básicos del consumo de drogas, los expertos están de acuerdo acerca de los siguientes principios generales que deberían respaldar las actividades de acopio de datos:

a) Los datos deberían ser oportunos y guardar relación con las necesidades de los encargados de la adopción de políticas y de la prestación de servicios;

b) Los esfuerzos por mejorar la calidad de los datos y su comparabilidad a nivel internacional, si bien en sí no bastan para comprender a cabalidad las modalidades del consumo de drogas, deberían centrarse en un número limitado de indicadores y un conjunto de datos básicos prioritarios que sean fáciles de manejar;

c) Los indicadores básicos del consumo de drogas deben someterse a un análisis apropiado antes de sacar conclusiones estratégicas. El análisis y la interpretación de los datos estadísticos básicos mejoran mucho cuando se combinan con investigaciones, tanto cualitativas como cuantitativas, y con una información más amplia sobre el contexto del consumo de drogas;

d) Los enfoques basados en múltiples métodos y fuentes resultan particularmente beneficiosos para la reunión y análisis de datos sobre el consumo de drogas y sus consecuencias;

e) Los datos se deberían reunir de conformidad con principios metodológicos de probado valor para asegurar su confiabilidad y validez;

f) Los métodos deben ser adaptables y sensibles a los contextos y culturas diferentes en que se han de emplear;

g) La reunión de datos, su análisis y la presentación de informes al respecto deben ser tan coherentes y comparables entre sí como sea posible, a fin de facilitar un examen valedero de los cambios, semejanzas y diferencias en el fenómeno del consumo de drogas;

h) Las fuentes de información deberían presentarse de manera clara y ser susceptibles de examen;

i) En la reunión de datos y la presentación de informes al respecto se deberían respetar las normas éticas reconocidas en el campo de la investigación;

j) La reunión de datos debería ser viable y eficaz en función de los costos en el contexto nacional pertinente.

C. Orientación práctica para la reunión de datos

13. En apoyo de la capacidad técnica a nivel nacional, el Programa Mundial de Evaluación del Uso Indebido de Drogas está produciendo un documento metodológico conocido como el Manual del GAP sobre la epidemiología del uso indebido de drogas. Se trata de un compendio de módulos interrelacionados, cada uno de los cuales se refiere a un aspecto básico de las actividades de reunión de datos. El Manual se ha configurado especialmente en torno a los indicadores básicos convenidos en la reunión de Lisboa (véase el párr. 10), que se reflejan en el contenido de la segunda parte de la versión revisada del cuestionario para los informes anuales, y ha de contener directrices prácticas y asequibles sobre las actividades de reunión de datos para los encargados de esas actividades en la práctica. Por ahora, se están produciendo los siguientes módulos del Manual del GAP en apoyo de diversos aspectos de la reunión de datos:

a) Elaboración de un sistema integrado de información sobre las drogas;

b) Manual para la realización de encuestas escolares sobre el uso indebido de drogas;

c) Estimación de la prevalencia: métodos indirectos para estimar la magnitud del problema de las drogas;

d) Gestión e interpretación de datos en apoyo del cuestionario para los informes anuales;

e) Análisis de datos básicos en relación con la epidemiología del uso indebido de drogas;

f) Realización de investigaciones cualitativas y de estudios de evaluación específicos;

g) Cuestiones y principios éticos relacionados con la epidemiología del uso indebido de drogas.

14. Los tres primeros módulos del Manual del GAP, a saber, “Elaboración de un sistema integrado de información sobre las drogas”, “Manual para la realización de encuestas escolares sobre el uso indebido de drogas” y “Estimación de la prevalencia: métodos indirectos para estimar la magnitud del problema de las drogas”, están ya disponibles en forma electrónica, en inglés, en la siguiente

dirección de la Internet: www.unodc.org/odccp/drug_demand_gap_m-toolkit.html
Las versiones impresas definitivas de esos documentos aparecerán a mediados de 2003. Actualmente se están preparando otros módulos, que se ensayarán y, según se prevé, estarán disponibles a finales de 2003 o en 2004. Con sujeción a la disponibilidad de fondos, está previsto comenzar a preparar módulos adicionales acerca del suministro de información sobre el tratamiento, así como la vigilancia del uso de drogas inyectables y los factores conexos relacionados con el VIH.

15. El documento de debate preparado en la reunión de Lisboa (véase el párrafo 10) puede consultarse en la página del GAP en la Internet (www.unodc.org/pdf/drug_demand_gap_lisbon_consensus.pdf).

16. Los principios para la reunión de datos sobre el consumo de drogas identificados en la reunión de Lisboa se examinaron en un curso práctico mundial acerca de los sistemas de información sobre las drogas; las actividades; los métodos y las oportunidades futuras (*Global Workshop on Drug Information Systems: Activities, Methods and Future Opportunities*), que se celebró en Viena del 3 al 5 de diciembre de 2000. Esta reunión de expertos técnicos que representaban a los sistemas nacionales y regionales de información sobre las drogas y a los órganos internacionales pertinentes constituyó un foro para actualizar con datos importantes las tendencias del consumo de drogas, examinar toda la gama de métodos utilizados por las redes epidemiológicas regionales, identificar oportunidades de nuevos adelantos metodológicos, y analizar la futura colaboración y el mejoramiento de las prácticas de trabajo. El informe sobre el curso práctico está disponible en la siguiente dirección de la Internet: www.unodc.org/pdf/gap_global-workshop-report.pdf

III. Prevención

17. En general, el uso indebido de drogas es frecuente en muchos países, sobre todo entre los jóvenes, y las tendencias y modalidades notificadas no son positivas. Sin embargo, donde se han realizado intervenciones preventivas coherentes y sostenidas se observan gradualmente resultados alentadores. De los signos de estabilización o incluso disminución de las modalidades del uso indebido de drogas sobre las que se ha informado en los Estados Unidos de América y Europa occidental se desprende claramente que las estrategias de prevención amplias pueden dar, y de hecho dan, buenos resultados. Sin embargo, es necesario invertir recursos suficientes en las estrategias y los programas de prevención, esperar cierto tiempo hasta que los resultados sean visibles y utilizar principios y enfoques de validez demostrada en el diseño y la ejecución de esos programas y estrategias.

18. Ningún enfoque o estrategia aislado ha resultado ser sistemáticamente eficaz para reducir el uso indebido de drogas entre los jóvenes. La evaluación de diversos programas de prevención no permite identificar una panacea que se pueda utilizar en todos los países y contextos. Demasiados factores influyen en el uso indebido de drogas y es difícil aislarlos unos de otros. Por ello, es necesario utilizar una gama de intervenciones destinadas a fortalecer los factores de protección conocidos y debilitar los factores de riesgo conocidos, en que las diversas intervenciones formen parte de una estrategia o un programa más amplios y se complementen. Además, hay también consenso entre los expertos, los profesionales y los propios jóvenes

sobre los tipos de intervención y los principios conexos que se deben tener en cuenta cuando se diseñan programas de prevención.

A. Intervenciones

19. De las lecciones extraídas y de la experiencia de varios decenios de prevención del uso indebido de drogas se desprende que, en los programas de prevención, se deberían incluir los tres siguientes elementos generales:

a) La consideración de los valores, percepciones, expectativas y creencias que la comunidad vincula con las drogas y su uso indebido;

b) El desarrollo de aptitudes personales y sociales, en particular entre los niños y los jóvenes, para aumentar su capacidad de tomar decisiones saludables y bien fundamentadas;

c) La creación de un entorno en el que las personas tengan la posibilidad de desarrollarse y llevar un modo de vida sano.

20. En la práctica, la mayor parte de los programas de prevención entraña en general dos o más de los siguientes tipos de intervención:

a) *Suministro de información sobre diversas sustancias y su uso indebido.* No se ha demostrado que el simple suministro de información sobre diversas sustancias y su uso indebido modifique el comportamiento con respecto al uso indebido de sustancias. Sin embargo, se necesita información exacta para tomar decisiones saludables y todos los programas deberían basarse en pruebas científicas y en una presentación equilibrada y no exagerada de los efectos de las sustancias y su uso indebido.

b) *Desarrollo de aptitudes para la vida.* El desarrollo de aptitudes para la vida, en las escuelas primaria y secundaria, se ha evaluado ampliamente y ha demostrado ser uno de los tipos de intervención más eficaces. Las aptitudes para la vida se relacionan con la capacidad de tener un comportamiento adaptado y positivo que permita a las personas encarar eficazmente las demandas y los retos de la vida cotidiana. Esos conocimientos abarcan la autoconciencia, la empatía, la capacidad de comunicación y de mantener relaciones interpersonales, la capacidad de adoptar decisiones y resolver problemas, el pensamiento creativo, el pensamiento crítico, el control de las emociones y el control de la tensión. Esas aptitudes personales y sociales, junto con una información adecuada sobre las diversas sustancias y su uso indebido, permiten a los jóvenes tomar decisiones saludables y explicar y fortalecer esas decisiones entre sus pares;

c) *Alternativas al uso indebido de drogas.* Entre las alternativas al uso indebido de drogas figuran actividades como los deportes, la danza, el teatro y el perfeccionamiento espiritual y cultural, con que se brinda a los jóvenes modos divertidos, estimulantes y saludables de pasar el tiempo libre. Este enfoque solamente se ha evaluado en medida limitada. Sin embargo, hay indicios de que las actividades alternativas, cuando se complementan con una educación apropiada para prevenir el uso indebido de drogas (lo que puede abarcar tanto el suministro de información como el desarrollo de aptitudes para la vida), son capaces de influir

positivamente en los comportamientos de alto riesgo, incluido el uso indebido de sustancias;

d) *Desarrollo de la vida familiar.* Hay indicios de que las intervenciones de prevención en que se suministra a los padres y tutores información exacta sobre el uso indebido de drogas y se brindan oportunidades de desarrollar aptitudes en relación con la paternidad, la comunicación y la gestión de los conflictos pueden reducir el uso indebido de drogas entre los hijos;

e) *Campañas en los medios de difusión.* De las investigaciones realizadas se desprende que las campañas en los medios de difusión, a nivel ya sea amplio o local, no modifican el comportamiento con respecto al uso indebido de sustancias. Sin embargo, sí pueden aumentar la conciencia y los conocimientos sobre ese comportamiento. El aumento de la conciencia y los conocimientos, aunque raramente se traducen en una modificación del comportamiento, pueden complementar y fortalecer provechosamente los mensajes y medidas de otros tipos de intervención. Por ello, las campañas en los medios de difusión podrían ser útiles si se integraran en un amplio programa de prevención;

f) *La creación de un entorno de apoyo.* Hay indicios de que el abandono y la violencia y la falta de educación, empleo o servicios sanitarios y sociales adecuados son factores de riesgo con respecto al inicio de un consumo de drogas que puede llevar con el tiempo al abuso de esas sustancias. Por ello, aunque no se han evaluado de manera rigurosa estas intervenciones, el asesoramiento y el apoyo para resolver una situación de abandono y violencia en la familia o la comunidad, el desarrollo de aptitudes profesionales y la prestación de asesoramiento profesional, así como el apoyo a los servicios sanitarios y sociales para que puedan responder a las necesidades de las personas que acuden a ellos, son intervenciones que podrían contribuir a prevenir el uso indebido de drogas si se integraran en un programa amplio.

B. Principios de la prevención

21. Además de los tipos de intervención descritos, se han identificado también algunos principios básicos sobre el modo en que deberían aplicarse los métodos de prevención. A continuación se analizan brevemente esos principios y se dan algunas indicaciones de cómo se aplicarían en las diversas intervenciones antes mencionadas.

1. Comenzar a una edad temprana y sostener la intervención en todas las etapas del desarrollo

22. En las investigaciones se ha determinado que, cuanto menor es la edad del primer consumo de drogas ilícitas, tanto mayor es la gravedad del problema de la droga más adelante. Por ello, retardar el inicio del uso indebido de drogas podría ser útil, aun cuando pueda ser difícil lograr una prevención completa de ese uso. Además, la edad de la primera experiencia con drogas ha venido disminuyendo en muchas regiones del mundo, lo que significa que la prevención del uso indebido de drogas debería empezar lo antes posible. Sin embargo, la percepción que un niño o un joven tienen de las drogas cambia considerablemente a lo largo del tiempo. Por

ello, no es suficiente comenzar a una edad temprana con las iniciativas de prevención. La prevención del uso indebido de drogas es un proceso continuo, que se debe fortalecer en las diferentes etapas del desarrollo de los niños y adolescentes, sobre todo en los momentos difíciles de transición en la vida. Ambas cuestiones tienen implicaciones importantes para la educación encaminada a prevenir el uso indebido de drogas en las escuelas. Esa educación -que incluye el suministro de información y la creación de oportunidades de desarrollarse personalmente y adquirir aptitudes para la vida social- debería iniciarse en la escuela primaria y mantenerse continuamente en toda la enseñanza secundaria.

2. Promoción de un modo de vida sano

23. La prevención no debería centrarse en una sola droga, sino referirse al uso indebido de sustancias en general, incluidos el tabaco, el alcohol y los inhalantes. En efecto, tiene sentido enmarcar la prevención en el concepto más amplio de la promoción de la salud, teniendo en cuenta todas las prácticas dañinas para el bienestar físico y mental. Por ejemplo, las aptitudes personales y sociales necesarias para evitar el uso indebido de sustancias son similares a las que se necesitan para evitar otros tipos de comportamiento que entrañan riesgos, como las prácticas sexuales peligrosas. En un programa amplio se podría prever el desarrollo de esas aptitudes, con ejemplos que abordaran diversos comportamientos de alto riesgo. Ello significaría quizá también que las medidas destinadas a mejorar el bienestar general de los jóvenes y la comunidad, incluidas la creación de oportunidades adecuadas de educación y empleo y la disponibilidad de servicios sociales y sanitarios de fácil acceso, podrían contribuir a prevenir el uso indebido de drogas.

3. Participación de los beneficiarios, en particular de los jóvenes

24. Existen cada vez más pruebas de que la eficacia de las intervenciones de prevención del uso indebido de drogas aumenta cuando los beneficiarios participan en su planificación, aplicación y, en medida creciente, en la vigilancia y evaluación. Dado que la mayor parte de las iniciativas de prevención está destinada a los jóvenes, ello significa que los jóvenes deben participar en forma particular. Un ejemplo del funcionamiento de este principio en la práctica es el caso de la educación entre pares. El principio de la educación entre pares es que es más probable que se preste atención a un mensaje, porque parece más digno de crédito, cuando proviene de alguien que tiene ciertas cosas en común con el público al que está destinado. Esto se aplica, en particular, al de los jóvenes, para quienes sus pares son un punto de referencia muy importante. Se ha demostrado que la prevención del uso indebido de drogas da buenos resultados cuando los jóvenes participan en la dirección y en la ejecución de las actividades de educación.

25. Como en todas las demás intervenciones, la planificación cuidadosa es esencial. Es importante seleccionar con cuidado a los educadores, sobre la base del objetivo de la intervención y de sus aptitudes para la comunicación, y brindarles la capacitación y el apoyo adecuados. La educación entre pares también es eficaz en los lugares de trabajo y en otros entornos donde la confianza es importante para transmitir eficazmente mensajes de prevención.

26. Más generalmente, en el caso del suministro de información y de las campañas de sensibilización (en medios de difusión de masas o locales) es esencial ensayar el

material correspondiente con los jóvenes para determinar la idoneidad del mensaje y del medio. Se ha demostrado que la participación de los jóvenes en la realización de actividades alternativas desde las etapas iniciales de la planificación también resulta beneficiosa, porque los jóvenes saben mejor que nadie cómo atraer el interés de sus pares.

4. Participación de una amplia gama de personas interesadas

27. Las investigaciones realizadas demuestran que la participación de una amplia gama de personas interesadas en la planificación y puesta en práctica de las intervenciones de prevención aumenta las probabilidades de que esas intervenciones sean eficaces, porque permite aprovechar los recursos comunitarios y, en consecuencia, mejora la sostenibilidad, y porque disminuyen las probabilidades de que se promuevan mensajes contradictorios. Lo mismo ocurre con la elaboración de programas de educación en las escuelas para prevenir el uso indebido de drogas. Un programa amplio siempre deberá contener una política relativa al uso indebido de sustancias lícitas e ilícitas en las escuelas. El mejor modo de elaborar una política de esa índole es mediante un esfuerzo de colaboración en el que participen los maestros, los padres de familia y los alumnos. No todos los interesados deben participar en el mismo grado al mismo tiempo. Sin embargo, por lo menos deberían existir mecanismos para mantener informados de las intervenciones a todos los interesados y para tener en cuenta sus posibles preocupaciones.

5. Enfoques destinados a una población determinada

28. No todas las personas que usan drogas en forma indebida o están en situación de riesgo son iguales, o igualmente vulnerables. Por ello, las estrategias deberían adecuarse cuidadosamente a grupos claramente definidos. Los programas deberían adaptarse a la edad, el sexo y el grado de desarrollo, y ser sensibles a las cuestiones culturales. Además, los agentes encargados de la prevención deberían ser suficientemente flexibles para tomar contacto con las personas dondequiera que estén, y entablar con ellas un diálogo constructivo acerca de sus decisiones y opciones con respecto al uso indebido de drogas. Esto puede suponer llevar las actividades de prevención del uso indebido de drogas a las calles de las comunidades, o adonde sea necesario, para transmitir mensajes de prevención eficaces.

6. Sostenibilidad de los programas a largo plazo

29. El comportamiento relacionado con el uso indebido de sustancias se modifica en general muy lentamente. Los estudios en que se han vigilado las actitudes de los jóvenes con respecto a las drogas, a la percepción de los riesgos y daños vinculados con determinadas drogas y a las modalidades de su uso indebido indican que una modificación de la percepción de los riesgos y daños asociados a una determinada droga puede tardar hasta tres años en traducirse en un aumento o una disminución del consumo de esa droga. Por ello, los programas de prevención tienen que mantenerse durante un período largo para ser eficaces.

30. Si bien las intervenciones y los principios arriba descritos ya dan una indicación bastante clara de cómo elaborar y ejecutar programas de prevención

eficaces, todavía se necesitan muchas investigaciones para determinar más precisamente los factores de riesgo y protección y el modo de tenerlos en cuenta.

C. Orientación práctica para la prevención

31. El PNUFID, con aportaciones muy importantes de muchos grupos de jóvenes y organizaciones comunitarias e internacionales, está preparando actualmente una serie de manuales y guías prácticas que contienen ejemplos de cómo los principios arriba descritos podrían aplicarse al organizar diferentes tipos de intervenciones de prevención. Algunos de esos manuales y guías se han publicado ya, mientras que otros están aún en preparación (a menos que se indique otra cosa, se trata de publicaciones del PNUFID):

a) *Manual sobre programas de prevención del uso indebido de drogas con participación de los jóvenes: Una guía de desarrollo y perfeccionamiento*, 2002 (disponible en todos los idiomas oficiales de las Naciones Unidas);

b) *La representación - La representación como instrumento de la prevención del uso indebido de drogas*, 2001 (disponible en todos los idiomas oficiales de las Naciones Unidas);

c) *Asociados e iguales: Organización de actos "de jóvenes para jóvenes"*, 2001 (disponible en todos los idiomas oficiales de las Naciones Unidas);

d) *El deporte: El deporte como instrumento de prevención del uso indebido de drogas*, 2002 (disponible en todos los idiomas oficiales de las Naciones);

e) *Trainig Workshop On Needs Assessment and Programme Planning: A Booklet For Participants and Facilitators 'Guidelines*, 2002 (la versión previa a la publicación está disponible en inglés);

f) *Primary Prevention of Substance Abuse: A Facilitator Guide y A Workbook for Project Operators*, Organización Mundial de la Salud (OMS), 2000;

g) *Lessons Learned in Drug Abuse Prevention: A Global Review*, 2002;

h) *Drug and Alcohol Problems at Work: The Shift to Prevention*, Organización Internacional del Trabajo/PNUFID, 2003;

i) "Good practices on assessing and planning for substance abuse prevention" (en preparación);

j) "Good practices on using alternative activities for substance abuse prevention" (en preparación).

32. Los documentos ya publicados también están disponibles en los sitios de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito en la Internet (www.unodc.org/youthnet/youthnet_action.html y www.unodc.org/pdf/demand_reduction_lessons_learned.pdf).

IV. Tratamiento y rehabilitación

33. La toxicomanía puede considerarse una enfermedad crónica, en la que se producen recaídas y que puede ocasionar graves problemas, como la desintegración

de la familia, la falta de aptitud para el trabajo, la delincuencia y la patología psiquiátrica. El tratamiento del uso indebido de drogas puede, y debería, mejorar la salud y reducir los problemas sociales de los pacientes, lo que es posible lograr de manera eficaz en función de los costos, con una adecuada organización y prestación de asistencia. Sin embargo, la mayor parte de las personas que se someten a tratamiento han intentado anteriormente, sin éxito, recuperarse por sí solas, y la mayoría de los que se recuperan después de un tratamiento lo logran después de más de una tentativa.

34. Las investigaciones realizadas demuestran claramente que los mejores servicios de tratamiento disponibles para las personas gravemente afectadas por la toxicomanía son los tratamientos continuos, como en el caso de otras enfermedades crónicas; que tienen en cuenta los múltiples problemas que llevan a una recaída (es decir, los síntomas médicos y psiquiátricos y la inestabilidad social); y que están bien integrados en la sociedad, por lo que permiten un acceso rápido y la prevención de las recaídas.

35. Durante tres decenios, las investigaciones han demostrado repetidas veces que el tratamiento reduce eficazmente el uso indebido de drogas y la toxicomanía, y que esa reducción también se vincula con reducciones significativas de la delincuencia, los problemas relacionados con la salud y los gastos.

36. En los siguientes párrafos figura un resumen temático de la eficacia del tratamiento contemporáneo del uso indebido de drogas y los principales factores que influyen en ella (véase también la publicación titulada “*Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: Análisis de las pruebas científicas*”, PNUFID, 2002).

A. Intervenciones

1. Fase de desintoxicación y estabilización

37. Esta fase del tratamiento está destinada a las personas que experimentan síntomas de abstinencia después de haber consumido drogas durante mucho tiempo. La desintoxicación se puede definir como un proceso de atención médica y farmacoterapia por el que se trata de ayudar al paciente a lograr la abstinencia y unos niveles fisiológicamente normales de funcionamiento con un mínimo de molestias físicas y emocionales.

38. De las pruebas científicas disponibles se desprende que la desintoxicación de la heroína y otros opiáceos puede facilitarse utilizando antagonistas de los opiáceos en dosis decrecientes, y dos drogas no opiáceas, la clonidina y la lofexidina. La desintoxicación rápida y ultrarrápida de los opiáceos, con drogas como la naloxona o la naltrexona, no aportan ventajas sustanciales con respecto a los métodos existentes, ni tienen más éxito en inducir a los pacientes a abstenerse de consumir opiáceos o en mantenerlos en situación de abstinencia durante la prevención de las recaídas. Además, la desintoxicación ultrarrápida de los opiáceos se ha vinculado con algunos riesgos médicos.

39. Se debate mucho sobre la eficacia del tratamiento de desintoxicación en régimen de internación (en hospitales o residencias) por oposición al tratamiento ambulatorio (en la comunidad). En general, la desintoxicación en régimen de

internación se considera particularmente apropiada para quienes tienen problemas psiquiátricos y médicos agudos o son alcohólicos. En cambio, los pacientes con problemas o complicaciones médicas menos agudos y cuya vida familiar es estable y constituye una fuente de apoyo pueden desintoxicarse en la comunidad.

2. Fase de rehabilitación y prevención de recaídas durante el tratamiento

40. Esta fase del tratamiento conviene a los pacientes que ya no padecen los efectos fisiológicos o emocionales agudos del reciente uso indebido de sustancias. Los principales objetivos son la prevención de las recaídas, la asistencia para desarrollar el control del deseo de tomar drogas, y el logro o la recuperación de una mejor salud personal y un mejor funcionamiento social.

41. Las estrategias empleadas en esta fase han constado de elementos tan diversos como la medicación por trastornos psiquiátricos y para reducir el deseo de tomar drogas; la farmacoterapia de sustitución para atraer y rehabilitar a los pacientes; el asesoramiento psicológico individual y de grupo y las sesiones de terapia para orientar y apoyar la modificación del comportamiento; y los grupos de ayuda entre pares para brindar apoyo continuo durante la abstinencia.

Factores relacionados con los pacientes y el tratamiento

42. Se ha descubierto que varios factores relacionados con los pacientes y con el tratamiento influyen en el resultado de éste. Los factores relacionados con los pacientes son el grado de uso indebido de sustancias, los síntomas psiquiátricos, la motivación, el empleo y el apoyo familiar y social. Los factores relacionados con el tratamiento, a su vez, son los siguientes:

a) *Entorno*. En la mayor parte de los sistemas de tratamiento se recomienda que en el caso de los pacientes con suficientes recursos personales y sociales y que no presenten complicaciones médicas graves se evalúe la posibilidad de que reciban tratamiento ambulatorio o diurno. Dado que, en general, el tratamiento como paciente interno es objeto de mucha demanda, parece lógico reservar ese tipo de atención principalmente para las personas con problemas agudos y crónicos, afectadas por factores sociales que originan tensiones y/o entornos que probablemente interferirían con su participación en el tratamiento y su recuperación;

b) *Conclusión y prolongación del tratamiento*. De las pruebas científicas disponibles se desprende que los pacientes que concluyen el tratamiento obtienen después del alta mejores resultados que quienes lo abandonan prematuramente. Lo mismo ocurre en el caso de los pacientes que permanecen en tratamiento más tiempo del especificado como mínimo, por ejemplo, por lo menos tres meses en los programas en residencias, 28 días en los programas para pacientes internos o los programas en residencias de menor duración y un año en el caso del tratamiento ambulatorio con metadona. Sin embargo, el tiempo que un paciente pasa en tratamiento no garantiza directamente un buen resultado, ya que se ha comprobado que el grado o nivel de los progresos terapéuticos alcanzados permite predecir los resultados mejor que la simple duración del tratamiento;

c) *Farmacoterapia*. Se han desarrollado varias formas principales de farmacoterapia para tratar la dependencia de los opiáceos y se ha evaluado ampliamente su papel en la fase de rehabilitación y prevención de recaídas. En

cuanto a la medicación agonista (es decir, con metadona, levoalfacetilmetadol (LAAM) y buprenorfina), en muchos países se ha evaluado bastante a fondo la metadona. En numerosos estudios se ha informado sobre reducciones sostenidas del consumo de heroína, los comportamientos de alto riesgo relacionados con el VIH y los delitos contra la propiedad o relacionados con las drogas entre los pacientes sometidos a un tratamiento de mantenimiento con metadona. Un resultado claro es que la dosis de metadona tiene una correlación positiva con la permanencia en el tratamiento, y negativa con el consumo de heroína. El LAAM es una forma de metadona de acción más prolongada, capaz de suprimir los síntomas de abstinencia por 48 a 72 horas y que puede ser administrada tres veces por semana. La buprenorfina es un opiáceo sintético con propiedades tanto agonistas como antagonistas. En las investigaciones realizadas se ha demostrado que es un agente de mantenimiento eficaz y más seguro en cuanto al riesgo de sobredosis que la metadona y otras sustancias agonistas. Respecto de la medicación antagonista (es decir, con naltrexona), los datos de las investigaciones realizadas respaldan la utilización de este opiáceo antagonista en los programas de prevención de recaídas, dado que es particularmente beneficioso en el caso de los pacientes muy motivados a tomar sus medicamentos diariamente y cuando se utiliza conjuntamente con diversas terapias sicosociales. En comparación, los pacientes a los que se receta metadona permanecen en tratamiento durante un período significativamente más largo. Sin embargo, no hay diferencias en el grado del uso indebido de heroína durante uno y otro tratamiento. A pesar de las amplias investigaciones y de diversos intentos de elaborar antagonistas para tratar la toxicomanía relacionada con la cocaína, los resultados han sido desalentadores hasta la fecha. Actualmente, no hay pruebas convincentes de que ninguno de los diversos tipos de agentes que bloquean la cocaína sea eficaz ni siquiera en una minoría significativa de los pacientes afectados;

d) *Apoyo psicológico*. El apoyo psicológico periódico por uso indebido de sustancias puede contribuir en forma importante a la participación de los pacientes y el resultado del tratamiento. Por ejemplo, en varios estudios se ha demostrado que los pacientes sometidos a un tratamiento de mantenimiento con metadona que también asisten a sesiones de apoyo psicológico logran reducir más que otros pacientes su consumo de drogas. Entre los diferentes tipos de apoyo psicológico y tratamiento del comportamiento figuran los siguientes:

- i) *Asesoramiento ambulatorio general sin drogas*, es decir, un asesoramiento orientado hacia la abstinencia y vinculado con reducciones del consumo de drogas y de la participación en actividades delictivas, conjuntamente con mejoras en la salud y el bienestar. Sin embargo, en los estudios comparados de la eficacia relativa de la psicoterapia y el asesoramiento general los resultados no han sido concluyentes;
- ii) *Entrevistas motivacionales*, es decir, breves intervenciones terapéuticas destinadas a facilitar la motivación interna de los pacientes para modificar su comportamiento. De los estudios realizados se desprende que los pacientes que son objeto de intervenciones motivacionales señalan una disminución de su consumo de drogas ilícitas, permanecen en tratamiento durante más tiempo y recaen en el uso indebido de drogas menos rápidamente que los pacientes en los grupos de control;

- iii) *Enfoques cognitivos o conductuales*, que entrañan una capacitación en las aptitudes sociales y de comunicación, así como en la gestión del estrés y del estado de ánimo y, además, en la afirmación de la personalidad. De todas las intervenciones sicosociales, este enfoque es el que más frecuentemente se ha evaluado; los resultados han sido alentadores, por ejemplo entre los consumidores de cocaína por lo que respecta a seguir un tratamiento hasta concluirlo y al número de semanas de abstinencia continua;
- iv) *Fortalecimiento comunitario y gestión de imprevistos*, es decir, un tratamiento conductual en el que se integran incentivos comunitarios y apoyo psicológico para la gestión de los imprevistos, lo que ha dado resultados alentadores en el tratamiento de los consumidores de cocaína, porque las tasas de retención, abstinencia y funcionamiento personal de los pacientes han sido mejores que con los métodos habituales del apoyo psicológico;
- v) *Influencia del asesor psicológico y el terapeuta*, que pone de relieve el hecho de que la participación terapéutica, junto con un aumento del número y la calidad de las sesiones de apoyo psicológico, tiene un efecto positivo directo sobre la retención de los pacientes en el tratamiento. Además, los estudios realizados indican que quienes logran los mejores resultados son los asesores psicológicos con aptitudes interpersonales destacadas, que ven más frecuentemente a sus pacientes, los remiten a los servicios auxiliares cuando es necesario y, en general, establecen una “alianza” práctica y terapéutica con ellos;
- vi) *Participación en grupos de autoayuda*, dado que en algunos estudios se ha demostrado que la participación en grupos de autoayuda después del tratamiento permite predecir mejores resultados en los grupos de personas con dependencia de la cocaína o el alcohol.

3. Fase de reinserción

43. El objetivo final del tratamiento y la rehabilitación es la reinserción de los antiguos toxicómanos en la sociedad. Una reinserción social satisfactoria requiere esfuerzos sostenidos, que abarcan el apoyo familiar y comunitario, la orientación en materia de empleo, la asistencia en el lugar de trabajo, el restablecimiento del seguro médico y servicios educacionales en las escuelas y en otros entornos para limpiar de estigmas el uso indebido de drogas.

B. Principios del tratamiento y la rehabilitación

44. El tratamiento basado en las “mejores prácticas” contiene mecanismos destinados a asegurar que se logren los objetivos finales del proceso de tratamiento, a saber, la rehabilitación y reinserción social satisfactorias del toxicómano. En la mayor parte de los casos, el tratamiento tiene los siguientes objetivos concretos:

- a) Lograr la abstinencia o reducir el consumo y los efectos de las sustancias;

- b) Mejorar el estado de salud general del toxicómano y reducir las consecuencias sanitarias del uso indebido de drogas, en particular el VIH/SIDA;
- c) Mejorar la conducta psicológica del toxicómano;
- d) Mejorar la vida familiar y la conducta social del toxicómano;
- e) Desarrollar la capacidad de aprendizaje del toxicómano, incluida su formación profesional;
- f) Mejorar la conducta laboral y la gestión financiera del toxicómano;
- g) Reducir el comportamiento delictivo relacionado con las drogas.

45. Teniendo en cuenta las nuevas pruebas científicas que indican que el tratamiento da buenos resultados, el PNUFID apoya el establecimiento de servicios de tratamiento y rehabilitación de los usuarios de drogas sobre la base de los siguientes principios centrales:

- a) Adaptación a las circunstancias locales y las tradiciones culturales;
- b) Integración en un sistema comunitario, diversificado y coordinado;
- c) Satisfacción de las necesidades de diferentes grupos de población consumidores de drogas, en particular las mujeres, los jóvenes y las personas con antecedentes penales;
- d) Oferta de servicios rápidamente disponibles;
- e) Oferta de una amplia gama de componentes, como apoyo psicológico, terapias conductuales y medicación (teniendo en cuenta que la desintoxicación es solamente la primera etapa de un tratamiento continuo y que no es probable que conduzca a la abstinencia a largo plazo);
- f) Oferta de atención a largo plazo, dado que el tratamiento del uso indebido de drogas frecuentemente comprende más de un episodio;
- g) Atención de las necesidades de la persona en todo el proceso de recuperación, evitando concentrarse solamente en el uso o abuso de drogas;
- h) Integración y vinculación con otros servicios pertinentes (en relación con la salud, en particular la prevención y atención del VIH/SIDA, la educación, la vivienda, la formación profesional y el apoyo social, entre otras cosas);
- i) Participación de personal debidamente capacitado.

46. Los servicios de tratamiento y rehabilitación también tienen que responder al fenómeno del VIH/SIDA asociado con el uso indebido de drogas, en particular de drogas inyectables, y facilitar el acceso a los servicios sanitarios y sociales apropiados, incluidos aquellos cuyo objetivo principal no es necesariamente la abstinencia del consumo de drogas, como los servicios de prevención del VIH/SIDA. Por ello, el objetivo debe ser una atención continua mediante servicios que se fortalezcan mutuamente. Por ejemplo, los servicios de prevención del VIH/SIDA pueden ser la “puerta de entrada” en el tratamiento del consumo de drogas, mediante la motivación y la remisión a otros servicios. A su vez, los servicios de tratamiento y rehabilitación pueden desempeñar un papel importante en la prevención de la transmisión del VIH/SIDA, si se comparten los conocimientos técnicos y prácticos en relación con el VIH/SIDA.

C. Orientación práctica para el tratamiento y la rehabilitación

47. En cumplimiento de la prioridad establecida en la Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas de elaborar prácticas basadas en las pruebas científicas y aprender de la experiencia, el PNUFID también brinda orientación y asistencia a los Estados Miembros para la evaluación de los servicios y programas de tratamiento del uso indebido de drogas.

48. Con ese fin y en colaboración con la OMS y el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, el PNUFID ha publicado directrices y manuales centrados en diversos componentes de la evaluación del tratamiento. Además, ha preparado un manual destinado a los asesores psicológicos en materia de drogas en África, para satisfacer las necesidades locales. En la siguiente dirección de la Internet figura más información sobre ese material relacionado con el tratamiento: www.unodc.org/odccp/drug_demand_treatment_and_rehabilitation.html

V. Prevención del VIH/SIDA vinculados con el uso indebido de drogas

49. La presente sección se basa en la experiencia de diversas entidades de las Naciones Unidas en su labor de prevención y tratamiento del uso indebido de drogas y de la infección por el VIH, así como en los principios de política pertinentes por los que se orienta la labor de las Naciones Unidas. Asimismo, se apoya en las conclusiones de las investigaciones para recomendar las mejores prácticas basadas en pruebas científicas, brindar orientación general e indicar algunos principios de programación para la prevención del VIH/SIDA asociado al uso indebido de drogas.

50. Compartir o utilizar agujas contaminadas es una manera eficiente de propagar el VIH. Dado que los toxicómanos que consumen drogas inyectables con frecuencia forman parte de grupos unidos y comparten comúnmente el material de inyección, el VIH puede difundirse rápidamente entre los miembros de un mismo grupo. El uso indebido de drogas inyectables es el modo principal o uno de los modos importantes de transmisión del VIH en muchos países de América Latina, América del Norte, Asia y Europa.

51. En numerosos estudios se ha determinado también que las probabilidades de que los consumidores de drogas inyectables participen en la industria del sexo o en actividades sexuales de alto riesgo son desproporcionadamente altas. El consumo de drogas inyectables también puede contribuir a un aumento de la incidencia de la infección por el VIH por la transmisión del virus de las madres que se inyectan drogas a sus hijos, o por el contacto sexual entre usuarios de drogas inyectables y usuarios de otro tipo de drogas.

52. El riesgo de que las personas que consumen drogas contraigan la infección por el VIH no se limita a las drogas inyectables. Muchos tipos de sustancias psicoactivas, sean o no inyectables, entre ellas el alcohol, entrañan riesgos porque afectan a la capacidad de la persona de elegir un comportamiento sexual sin riesgos. En algunos estudios se ha vinculado el consumo de cocaína en forma de crack con niveles elevados de comportamientos sexuales de alto riesgo; por ejemplo, en los Estados Unidos los consumidores de crack representan una proporción creciente de los enfermos de SIDA.

A. Intervenciones

53. Una de las cuestiones más urgentes que encaran los responsables de las políticas atañe a la decisión de aplicar estrategias de intervención para prevenir el VIH entre los consumidores de drogas inyectables. En los estudios realizados se ha demostrado que es posible prevenir la transmisión del VIH entre los consumidores de drogas inyectables y que la tendencia ascendente de la epidemia ya ha disminuido e incluso, en algunos casos, se ha invertido. Entre las actividades de prevención del VIH que han repercutido en la prevalencia del VIH y en el comportamiento de alto riesgo figuran la educación en relación con el SIDA, la distribución de preservativos y de material de inyección limpio, el apoyo psicológico y el tratamiento del uso indebido de drogas.

1. Tratamiento del uso indebido de drogas

54. El tratamiento del uso indebido de drogas puede contribuir a prevenir la infección por el VIH. En muchos estudios a gran escala se ha demostrado que los pacientes que participan en un tratamiento de sustitución de drogas, como el tratamiento con metadona, en comunidades terapéuticas y en programas de tratamiento ambulatorio sin drogas reducen de manera significativa su consumo de drogas. En varios estudios en que se han examinado los cambios en el comportamiento de alto riesgo con respecto al VIH entre los pacientes en tratamiento se ha observado que existe una correlación entre la mejor retención en el tratamiento, o el hecho de concluirlo, y una reducción de los comportamientos de alto riesgo en relación con el VIH o un aumento de las medidas de protección. Sin embargo, se ha determinado también que modificar el consumo de drogas ilícitas es más eficaz que modificar el comportamiento sexual de alto riesgo.

2. Actividades de extensión

55. No todos los consumidores de drogas que corren el riesgo de contraer la infección por el VIH deciden someterse al tratamiento contra el uso indebido de drogas, y este tratamiento puede no despertar ningún interés en los primeros tiempos del consumo de drogas inyectables. Además, recuperarse de la toxicomanía puede ser un proceso de larga duración y frecuentemente entraña múltiples episodios de tratamiento. Puede haber recaídas en el consumo de drogas y en el comportamiento de alto riesgo durante o después de un episodio de tratamiento satisfactorio. Por ello, se han elaborado varias actividades de extensión destinadas a tomar contacto con los consumidores de drogas que no están en tratamiento, motivarlos y apoyarlos para que modifiquen su comportamiento. Los resultados de las investigaciones indican que las actividades de extensión que se realizan fuera de los entornos convencionales de atención sanitaria y social llegan a los consumidores de drogas inyectables que no están en tratamiento, aumentan los casos de remisión a los centros de tratamiento del consumo de drogas y pueden reducir los comportamientos peligrosos en el consumo de drogas ilícitas y en las relaciones sexuales, además de la incidencia del VIH.

3. Programas de intercambio de jeringas y agujas

56. Varios exámenes de la eficacia de los programas de intercambio de jeringas y agujas han revelado una disminución de los comportamientos peligrosos en relación con las agujas y una reducción de la transmisión del VIH, sin que haya prueba alguna de un aumento del consumo de drogas inyectables o de otros peligros para la salud pública. Además, esos programas han servido de punto de contacto entre los toxicómanos y los dispensadores de servicios, incluidos los programas de tratamiento del uso indebido de drogas. Sin embargo, los beneficios de esos programas aumentan considerablemente si, además del intercambio de jeringas y agujas, se incluyen la educación sobre el SIDA, el apoyo psicológico y la remisión a diversas opciones de tratamiento.

B. Principios de la prevención del VIH/SIDA vinculados con el uso indebido de drogas

57. Para detener la epidemia de VIH/SIDA se requiere una estrategia en tres partes: a) prevención del uso indebido de drogas, en particular entre los jóvenes; b) facilitación del inicio del tratamiento del consumo de drogas; y c) realización de actividades de extensión eficaces para lograr que los consumidores de drogas adopten medidas de prevención que los protejan a ellos, a sus parejas y a sus familiares de la exposición al VIH y para promover el recurso al tratamiento del uso indebido de drogas y a la atención médica. Más concretamente, al preparar programas y políticas en respuesta al fenómeno del VIH/SIDA vinculado con el uso indebido de drogas deben tenerse en cuenta los principios que se describen a continuación:

1. Derechos humanos

58. La protección de los derechos humanos es muy importante para el éxito de la prevención del VIH/SIDA. Las personas son más vulnerables a la infección cuando no se respetan sus derechos económicos, sanitarios, sociales o culturales, y la respuesta eficaz a la epidemia se vuelve entonces más difícil.

2. Inicio temprano

59. La prevención del VIH debería iniciarse lo más temprano posible. Cuando el VIH ha llegado a una comunidad local de consumidores de drogas inyectables, cabe la posibilidad de que se propague con extrema rapidez. Por otra parte, la experiencia ha demostrado que los consumidores de drogas inyectables pueden modificar su comportamiento si reciben el apoyo adecuado.

3. Evaluación de la situación

60. Las intervenciones deben basarse en una evaluación periódica de la índole y la magnitud del uso indebido de drogas, así como de las tendencias y modalidades de la infección por el VIH. Tienen que apoyarse también en los conocimientos especializados adquiridos en las investigaciones, sin dejar de lado los conocimientos

empíricos sobre el medio social en que se consumen drogas o las lecciones aprendidas en intervenciones anteriores.

4. Enfoque amplio

61. La cobertura completa de toda la población destinataria es esencial para que las medidas de prevención logren modificar el curso de la epidemia en un país. Hay que llegar a tantos individuos en situación de riesgo como sea posible. Además, un conjunto amplio de intervenciones para prevenir el VIH entre los consumidores de drogas podría abarcar la educación sobre el SIDA, el desarrollo de aptitudes para la vida, la distribución de preservativos, asesoramiento y pruebas de detección del VIH de carácter voluntario y confidencial, el acceso a agujas y jeringas limpias y a material desinfectante y la remisión a diversas opciones de tratamiento.

5. Integración en programas sociales y sanitarios más amplios

62. Los programas de reducción de la demanda de drogas y prevención del VIH deberían integrarse en políticas más amplias de promoción del bienestar social y la salud y en programas de educación preventiva. Las intervenciones específicas para reducir la demanda de drogas y prevenir el VIH deberían ser respaldadas por un entorno propicio, en el que los modos de vida sanos sean atractivos y asequibles y en el que haya también iniciativas destinadas a reducir la pobreza y brindar oportunidades de educación y empleo.

6. Alternativas a la reclusión y prestación de servicios en el sistema de justicia penal

63. Por sí solas, las iniciativas del sistema de justicia penal no pueden resolver los problemas del uso indebido de drogas. Un enfoque punitivo puede empujar a las personas que más necesitan servicios de prevención y atención a pasar a la clandestinidad. Cuando proceda, se debe ofrecer tratamiento contra el consumo de drogas, en vez o además del castigo. Los programas de prevención del VIH y tratamiento del uso indebido de drogas en los establecimientos penitenciarios también son elementos importantes para prevenir la transmisión del VIH.

7. Disponibilidad y flexibilidad del tratamiento

64. Los servicios de tratamiento tienen que estar al alcance y ser flexibles. Se pueden perder candidatos al tratamiento si éste no está inmediatamente disponible o no es de fácil acceso. Los sistemas de tratamiento deben ofrecer una gama de opciones terapéuticas para responder a las diferentes necesidades de los toxicómanos y deben asegurar una evaluación constante de las necesidades de los pacientes, ya que estas pueden modificarse durante el tratamiento. Existe una correlación entre la duración del tratamiento y su conclusión, por un lado, y la reducción de los comportamientos de alto riesgo en relación con el VIH o un aumento de la protección frente al virus, por otro. Los programas de tratamiento del uso indebido de drogas deberían incluir exámenes de detección del VIH/SIDA y otras enfermedades infecciosas, y brindar asesoramiento para ayudar a los pacientes a modificar los comportamientos por los que ellos mismos u otras personas corren el riesgo de contraer una infección. Se debería prestar atención a las necesidades de atención médica de los toxicómanos, brindando servicios *in situ* de atención de

salud primaria y organizando el envío de pacientes a los establecimientos de atención médica.

8. Participación de los grupos destinatarios

65. Probablemente sea más fácil elaborar respuestas eficaces al problema del VIH entre los toxicómanos si se tienen en cuenta las opiniones de éstos y de las comunidades en que viven y se asegura su participación activa en todas las fases de la elaboración y ejecución de los programas. Los programas tienen que tener sentido para las personas a las que están destinados.

9. Concentración en los comportamientos sexuales de alto riesgo

66. Los programas de prevención del VIH deberían centrarse también en los comportamientos sexuales de alto riesgo entre los consumidores de drogas inyectables u otras sustancias. Los resultados de las investigaciones indican que está aumentando la transmisión del VIH por vía sexual entre los consumidores de drogas inyectables o de crack. Los toxicómanos perciben los riesgos del comportamiento sexual en el contexto de una gama de otros riesgos y peligros que pueden considerar más inmediatos e importantes, como los vinculados con las sobredosis o la utilización de agujas compartidas. En consecuencia, frecuentemente se pasa por alto la importancia de la transmisión del VIH por vía sexual entre los toxicómanos.

10. Extensión

67. Es necesaria una labor de extensión y de educación entre pares fuera de los entornos normales de prestación de servicios, de los horarios de trabajo y de otros arreglos laborales convencionales para poder acceder a los grupos a los que no llegan eficazmente los servicios existentes o la educación sanitaria tradicional. También es preciso contar con una reserva de recursos suficiente para responder al probable aumento de los pacientes y del número de casos como resultado de la labor de extensión.

11. Atención y apoyo

68. Se debe prestar atención y apoyo, con la participación de la comunidad, a los toxicómanos que viven con el VIH/SIDA y a sus familiares, incluido el acceso a una atención clínica o domiciliaria asequible, así como a intervenciones eficaces de prevención del VIH, servicios jurídicos y sociales esenciales, apoyo sicosocial y servicios de asesoramiento.

C. Orientación práctica para la prevención del VIH/SIDA vinculado con el uso indebido de drogas

69. Para suministrar a quienes participan en la planificación y ejecución de las estrategias y los programas de prevención del uso indebido de drogas y el VIH/SIDA información sobre las lecciones útiles y las mejores prácticas al respecto, el PNUFID y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) han producido un folleto titulado: *Drug Abuse and HIV/AIDS: Lessons*

Learned, en que se dan detalles sobre una serie de prácticas que se aplican en Europa central y oriental y en los Estados del Asia central, donde el consumo de drogas inyectables es un factor importante de la epidemia de VIH. El folleto está disponible en la siguiente dirección de la Internet: www.unodc.org/odccp/report_2001-08-31_1.html En el sitio del ONUSIDA en la Internet aparecen también diversos ejemplos de las mejores prácticas disponibles; los relacionados con el consumo de drogas inyectables figuran en las siguientes direcciones: www.unaids.org/bestpractice/digest/table.html-inj y www.unaids.org/fact_sheets/ungass/word/Fsdruguse_en.doc
