
LA EVALUACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN PERSPECTIVA.

ANTECEDENTES

Desde que se comenzaron a realizar evaluaciones sistemáticas del consumo de sustancias en España, hace ahora casi tres décadas, la evolución ha ido fluctuando bastante en función de las épocas y de los mecanismos que se han ido poniendo en marcha para tratar el problema. Las sustancias de corte legal y que han estado más “protegidas” socialmente, el tabaco y el alcohol han ido manteniendo un nivel de consumo homogéneo, con pequeños vaivenes, fruto probablemente, de programas de prevención puntuales en el espacio y en el tiempo, así como de medidas legales, sobre todo con el tabaco. De hecho en el año 1997, la tasa de consumidores de tabaco era de un 69,7% pasando a un 68,5% en el año 2007, dato que nos indica claramente que poco se ha podido hacer en esa década. El alcohol, por su parte, ha descendido del año 1997 al 2007 en casi dos puntos porcentuales, pero con picos ascendentes muy pronunciados, como fue el caso del año 2005 (PNsD, 2007).

Otra de las sustancias estrella, ha sido y sigue siendo el cannabis que, tras varios procesos de normalización social, y controvertidos debates desde los que apoyan incondicionalmente su legalización, basando sus argumentos fundamentalmente en cuestiones de baja peligrosidad y altos beneficios para la salud, ha conseguido saltar a proporciones de consumo realmente significativas entre la población general de un 14% en el año 1995 a más de un 27% en el año 2007 (PNsD, 2007), a pesar de haberse intentado poner barreras a su rápida evolución, mediante programas preventivos al efecto.

El resto de sustancias que circulan por nuestro contexto, arrojan porcentajes de consumo proporcionalmente mucho más bajos, en comparación a las anteriormente mencionadas, aunque también experimentan aumentos considerables en el tiempo, en función de la sustancia. Por ejemplo, el éxtasis y sus derivados duplican su consumo, pasando de un 2% a un 4,3% (1995-2007); algo similar ocurre con la cocaína que pasa de un 3,4% a un 8% en la misma etapa temporal; o cifras mucho más elocuentes con los tranquilizantes, que en tan solo dos años, pasa de un 7% a más de un 13% (2005-2007) (PNsD, 2007).

La heroína, debe de tener una mención más especial, porque representa el desencadenante de toda la estructura donde se engarza el sistema y las políticas de prevención y tratamiento de drogas desde el año 1985 que nace en nuestro país el Plan Nacional sobre Drogas. No contamos con datos oficiales de las cifras de consumo real de los años setenta y ochenta, recurriendo para su medición a las tasas de tratamiento y muerte por consumo de heroína que se experimentaron durante estas dos décadas. Obviamente no se puede extrapolar a los datos actuales, ya que las circunstancias eran diferentes y la forma de evaluar también.

Se estima que en la España de los ochenta había una población de heroínómanos que rondaba los 300.000 (De la Fuente, Brugal, Domingo-Salvany, Bravo, Neira-León y Barrio, 2006), que comparada con las cifras que manejamos en la actualidad no sería una cantidad alarmante en absoluto, dado que estaría levemente por debajo de las actuales, un 0,79% de la población en el año 1980 frente a un 0,8% en el año 2007. Según el estudio elaborado por Sánchez-Niubó y cols. (2009), los ingresos por tratamiento de heroína experimentaron un espectacular aumento en el año 1980, después de pasar de 40 ingresos por 100.000 habitantes en el año 1971, a 190 en el año 1980 y reduciéndose espectacularmente a 8 casos por 100.000 habitantes en el año 2005 (Sánchez-Niubó, Fortiana, Barrio, Suelves, Correa y Domingo-Salvany, 2009).

Paradójicamente una sustancia como la heroína que ha representado tasas de prevalencia tan bajas, convulsionó a la población española de tal forma que entre las mayores preocupaciones de los españoles de los años ochenta estaba el consumo de drogas, cifrándose en más de un 49% los españoles preocupados por el consumo de drogas en el barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas correspondiente a junio de 1988, frente al 0,9% que se desprende del barómetro de mayo de 2011 (CIS, 2011). Estas cifras, de índole social, son las que pueden llegar a explicar que se pusieran medios suficientes para abordar el problema de la heroína en la década de los ochenta, más que el propio problema de heroína, que aun provocando muchas miles de muertes y un problema de salud pública desproporcionado por su asociación con el VIH, el VHB y el VHC, no podía competir con la repercusión e incidencia de nuestras drogas legales por excelencia y tradición, el tabaco y el alcohol.

CONSECUENTES

Uno de los principales consecuentes de las evaluaciones en materia de drogas, una vez reconocido el problema como de vital importancia para la sociedad en su conjunto, es la repercusión que se revierte en la prevención de las drogodependencias. En los años setenta y ochenta, en consonancia con los tratamientos paliativos, comienza el desarrollo y la puesta en marcha de programas de prevención de todas las sustancias, con el fin último de evitar que el problema tomara unas dimensiones mayores, así como intentar reducir, en la medida de lo posible, la prevalencia de sustancias legales como el alcohol y el tabaco.

El planteamiento formal de evaluar la prevención, no fue inmediato, dado que los primeros trabajos que fueron apareciendo en foros científicos, se basaban fundamentalmente en "experiencias" que se traducían en meras impresiones de los implementadores de acciones y/o programas preventivos, sin dar lugar a mediciones objetivas basadas en la evidencia científica. Si nos detenemos en la década 1975-1985, previa a la implantación del Plan Nacional sobre Drogas gubernamental, podemos observar que las acciones preventivas en nuestro país eran prácticamente nulas. Según la "Memoria del grupo de trabajo para el estudio de los problemas derivados del alcoholismo y del tráfico y consumo de estupefacientes" de 1974, se desprende que no existen acciones preventivas ni para el alcohol ni otras drogas, así como tampoco se han puesto en marcha actividades de formación especializada en materia de drogas (Farrés, 1985).

A pesar de los esfuerzos que se han desarrollado en el campo de las drogodependencias, continuamos aun sin un cuerpo teórico propio en esta materia, lo que imposibilita que los avances sean lo óptimos que deseáramos. Posiblemente uno de los grandes pasos de la evaluación de la prevención se desencadena a partir del cambio de clasificación de la propia prevención, cuando se pasa de la elaborada por Caplan (1964) a la que promueve Gordon (1987) aceptada y adaptada por el Comité de Prevención de Trastornos Mentales del Instituto de Medicina de los Estados Unidos en 1994, que orienta la medición de la prevención en tres vertientes: universal, selectiva e indicada. A partir de esta nueva clasificación, la evaluación toma nuevos rumbos y se orienta hacia tres posibilidades de medición de programas preventivos: evaluación del proceso, de los

resultados y del impacto de los programas. Estas son las nuevas bases a la hora de plantear medidas en prevención de drogas y que conllevan un avance muy significativo en los procesos de evaluación en general, consiguiendo que las investigaciones sobre prevención busquen nuevas metas evaluativas, mejorando los diseños metodológicos.

En general, e independientemente de los progresos experimentados, los estudios sobre prevención de drogas, siguen buscando la reducción de los consumos en su meta final más objetiva, de tal forma que un buen programa ha de conseguir que en su evaluación de resultados el consumo, en un corte longitudinal, tienda a estabilizarse y/o reducirse en comparación con un grupo control no intervenido. Pero posiblemente uno de los inconvenientes más generalizados con los que tropezamos en la medición del consumo es, sin duda, que no contamos con instrumentos de medida universales a la hora de ejecutar la evaluación. Cada grupo de investigación se esfuerza en construir ad hoc, un instrumento que satisfaga sus necesidades, hecho que hace que las comparaciones entre estudios sea complicada o imposible, dado que la forma de medida no está consensuada.

Una posibilidad para ir avanzando en este sentido, es proponer un instrumento de partida, que sea sencillo de aplicar y que abarque todo el espectro de consumo, facilitando unas medidas objetivas, sin olvidar que al tratarse de un autoinforme, siempre estaremos en la duda razonable, de que los sujetos que contesten al mismo lo hagan influidos por la deseabilidad social y/o la aquiescencia, que tergiverse sus respuestas. En el anexo se propone una escala de consumo de tabaco, alcohol, y otras drogas, que puede servir de base para la evaluación del consumo.

José A. García del Castillo.
Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID).
Universidad Miguel Hernández de Elche.

ANEXO. ESCALA DE CONSUMO DE DROGAS (ESCON)

ESCON (ESCALA DE CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y OTRAS DROGAS).

(José A. García del Castillo, C. López-Sánchez, Mónica Gázquez y
Álvaro García del Castillo-López)*

Las cuestiones que te presentamos a continuación, se refieren al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, si es tu caso. Este cuestionario es anónimo, por favor, si decides rellenarlo contesta con total SINCERIDAD.

1. Basándote en la cantidad de tabaco, alcohol y otras drogas que consumes actualmente, dónde te situarías en una escala de 0 a 10 (0 ausencia de consumo y 10 consumo máximo):

0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	----	--------------------------

2. ¿Fumas?:

- 1 Sí.
2 Muy rara vez.
3 No.

3. En caso de que fumes, ¿qué cantidad de tabaco consumes a diario?:
_____ (nº de cigarrillos diarios).

4. ¿Bebes alcohol?:

- 1 Sí.
2 Muy rara vez.
3 No.

5. En caso de consumir bebidas alcohólicas, indica:

- 1 No bebo.
2 Muy rara vez.
3 Sólo en las comidas.
4 Sólo fines de semana.
5 Sólo en celebraciones: fiestas y reuniones.
6 Todos los días.

6. ¿Qué cantidad de vino bebes semanalmente? (Especifica número de vasos): _____ (1L = 5 vasos).

7. ¿Qué cantidad de cerveza bebes semanalmente? (Especifica número de botellines o cañas): _____ (1L = 5 cañas).

8. ¿Qué cantidad de otras bebidas alcohólicas, solas o combinadas, bebes semanalmente? (güisqui, ginebra, licor, coñac, ron, etc.): _____ (número de copas, se entiende una copa bien sola o combinada de refresco de cola, etc.).

9. ¿Cuántas veces, aproximadamente, te has emborrachado?:

- 1 Nunca.
- 2 Una vez.
- 3 Entre dos y seis veces.
- 4 Más de seis veces.
- 5 Son tantas, que he perdido la cuenta.

10. ¿Tomas estimulantes?:

- 1 Sí.
- 2 Muy rara vez.
- 3 No.

11. En el caso de que tomes estimulantes, ¿qué cantidad consumes semanalmente?: _____ (nº de dosis).

12. ¿Tomas tranquilizantes?:

- 1 Sí.
- 2 Muy rara vez.
- 3 No.

13. En el caso de que tomes tranquilizantes, ¿qué cantidad consumes semanalmente?: _____ (nº de dosis).

14. ¿Tomas analgésicos?:

- 1 Sí.
- 2 Muy rara vez.
- 3 No.

15. En el caso de que tomes analgésicos, ¿qué cantidad consumes semanalmente?: _____ (n° de dosis).

16. ¿Tomas marihuana?:

- 1 Sí.
- 2 Muy rara vez.
- 3 No.

17. En el caso de que tomes marihuana, ¿qué cantidad consumes semanalmente?: _____ (n° de porros).

18. ¿Tomas cocaína?:

- 1 Sí.
- 2 Muy rara vez.
- 3 No.

19. En el caso de que tomes cocaína, ¿qué cantidad consumes semanalmente?: _____ (n° de gramos).

20. ¿Tomas heroína?:

- 1 Sí.
- 2 Muy rara vez.
- 3 No.

21. En el caso de que tomes heroína, ¿qué cantidad consumes semanalmente?: _____ (n° de dosis).

22. ¿Tomas drogas sintéticas?:

- 1 Sí.
- 2 Muy rara vez.
- 3 No.

23. En el caso de que tomes drogas sintéticas, ¿qué cantidad consumes semanalmente?: _____ (n° de dosis).

24. Indica con una "X", la casilla que corresponda a tu consumo:

	Nunca	Muy rara vez	Mensualmente	Semanalmente	A diario
Tabaco					
Alcohol					
Estimulantes					
Tranquilizantes					
Analgésicos					
Marihuana					
Cocaína					
Heroína					
Drogas sintéticas					
Otras (especificar)					

* Grupo de Investigación PREVENGO. Universidad Miguel Hernández de Elche.

REFERENCIAS

- Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (2011). Tres problemas principales que existen actualmente en España, [en línea] CIS. Dirección URL: http://www.cis.es/cis/opencms/Archivos/Indicadores/documentos_html/TresProblemas.html [Consulta: 30 de junio de 2011].
- De la Fuente, L., Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A., Bravo, M.J., Neira-León, M. y Barrio, G. (2006). Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 80(5), 505-520.
- Farrés, C. (1985). La prevención en drogodependencias: prevención escolar de las drogodependencias y prevención del alcoholismo: La situación en nuestro país (39-72). *XIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol*. Palma de Mallorca: Socidrogalcohol.

- Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. In J. Steinberg y M. M. Silverman (Eds.), *Preventing mental disorders* (pp. 20-26). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Plan Nacional sobre Drogas (2007). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2007, [en línea] PNsD. Dirección URL: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Domiciliaria2007.pdf>. [Consulta: 30 de junio de 2011].
- Sánchez-Niubó, A., Fortiana, J., Barrio, G., Suelves, J.M., Correa, J.F. y Domingo-Salvany, A. (2009). Problematic heroin use incidence trends in Spain. *Addiction*, 104(2), 248-255.