



Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe:

Un enfoque de salud pública



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: un enfoque de salud pública



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037

www.paho.org

2009

Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud

“Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: un enfoque de salud pública”

Washington, D. C.: OPS, © 2009

ISBN: 978-92-75-13058-2

I. Título

1. TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS PSICOATIVAS – epidemiología
2. DROGAS ILÍCITAS – efectos adversos
3. USO INYECTABLE DE DROGAS
4. ESTADÍSTICA COMO UN TÓPICO
5. AMÉRICAS

NLM WM270

© Organización Panamericana de la Salud, 2009

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones.

Publicado por

Organización Panamericana de la Salud

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

Organización Mundial de la Salud

525 Twenty-third Street, N.W.

Washington, D.C. 20037

www.paho.org

Índice

Prólogo	vii
Agradecimientos	viii
Resumen	ix
Introducción	x
1. Una instantánea: El uso de drogas y sus consecuencias en las Américas	1
2. Cómo afectan las drogas al cerebro, el comportamiento y la salud	2
Figura 1. Mecanismos que vinculan el uso de drogas con problemas sociales y de salud	2
Tolerancia, dependencia y abstinencia	3
Tolerancia	3
Dependencia	3
Abstinencia	3
Sustancias psicoactivas más comunes y sus efectos	3
Diagnóstico de la farmacodependencia	3
Figura 2: Criterios para el diagnóstico establecido por la CIE-10 y el DSM-IV	4
Consecuencias para la salud según el tipo de droga	5
<i>Cannabis</i>	5
<i>Cocaína</i>	5
<i>Estimulantes tipo anfetamina (ETA)</i>	6
<i>Sedantes e hipnóticos</i>	6
<i>Opioides</i>	6
<i>Sustancias inhalantes/solventes volátiles</i>	7
<i>Alucinógenos (distintos de la cannabis)</i>	7

Altos riesgos del uso inyectable de drogas	8
Mayor riesgo de desarrollar dependencia	8
Mayor riesgo de contraer enfermedades e infecciones transmitidas por la sangre	8
Problemas especiales de los estimulantes inyectables	8
3. Resumen de estudios sobre el uso de drogas y los trastornos asociados	9
Panorama de la Región	9
Uso de drogas como un factor de los AVAD	10
Prevalencia del uso de drogas	10
Cuadro 1	10
Cuadro 2	12
Cuadro 3	12
Cuadro 4	13
Mortalidad, carga de morbilidad y uso problemático de drogas	14
Cuadro 5	15
Mortalidad y morbilidad: el costo para la sociedad	15
Resultado de las encuestas según el tipo de droga	15
<i>Opiáceas</i>	15
Cuadro 6	16
Cocaína	16
Cuadro 7	16
<i>Cannabis (marihuana)</i>	18
Cuadro 8	18
<i>Estimulantes del tipo de las anfetaminas (ATS)</i>	18
Cuadro 9	19
<i>Sustancias inhalantes/solventes volátiles</i>	19
Uso no médico de medicamentos psicotrópicos de venta con receta.....	20
Uso inyectable de drogas (UID)	20
Trastornos causados por el uso de drogas: prevalencia y consecuencias	20
Cuadro 10	21
Cuadro 11	22
Cuadro 12	22
Cuadro 13	23
Cuadro 14	24
Cuadro 15	24
Cuadro 16	25
Cuadro 17	25
Cuadro 18	25
Cuadro 19	26

4. Recomendaciones para mejorar la calidad de los datos sobre el uso de drogas	27
La importancia de la información epidemiológica	27
Limitaciones de los datos existentes	27
Pocas encuestas	27
Deficiencias de los datos existentes	28
Problemas de los estudios de la prevalencia	28
Regreso a lo esencial: Descripción de las encuestas	28
Dos tipos de encuestas	28
Objetivos de las encuestas	29
Tres formatos comunes	29
Recomendaciones para generar mejores datos	29
Preguntas por escrito	30
Mediciones homogéneas	30
5. Hacia un enfoque de salud pública: Recomendaciones para la acción	31
Formulación de una respuesta de salud pública	31
Elaboración de programas de intervención basados en la investigación	31
Proceso continuo de atención	32
Prevención de la propagación de enfermedades infecciosas	32
Reducción del aislamiento social de los grupos de alto riesgo	32
Tratamiento y cuidados para todos, sin discriminación y cuando se requieran	33
Programa Mundial de Acción en Salud Mental	33
Diez pautas	34
Anexo	35
Referencias	35



Prólogo

El uso y dependencia de sustancias psicoactivas representan un factor significativo en la tasa total de morbilidad para las personas y sociedades en el mundo. El Informe Mundial de la Salud 2002 (OMS) estableció que el 8,9% de la carga total de morbilidad se atribuye al uso de sustancias psicoactivas, asociadas en un 4,0% al tabaco, 4,1% al alcohol y 0,8% a las drogas ilícitas. Gran parte de la carga de morbilidad atribuida a la morbilidad por el uso y dependencia de sustancias psicoactivas se relaciona con un amplio conjunto de problemas de salud y de exclusión social, incluyendo el VIH/SIDA.

En el 2004, traducimos para el Español y distribuimos en América Latina, en conjunto con la Comisión Interamericana de Control del Abuso de Drogas (CICAD), el libro de la OMS sobre Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas, con el fin de lograr una sensibilización en el sector político, el sistema judicial, el sector de protección social, las agencias coordinadoras, así como profesionales de la salud, sobre la naturaleza del uso y la dependencia de las sustancias psicoactivas, como problemas de salud que necesitan una respuesta sanitaria.

Con esta nueva publicación, aportamos una revisión sobre la situación epidemiológica sobre el uso y dependencia de sustancias en la América Latina y Caribe, Región en la cual la información es más dispersa y difícil de encontrar. Es necesario conocer la extensión del problema, y las brechas para la investigación e información disponible, para poder tomar decisiones sobre que hacer y como articular la respuesta de salud pública para estos problemas en la Región.

Asimismo, aclaramos que con las brechas múltiples que existen en la información y conocimiento, las consecuencias de los problemas del uso de sustancias psicoactivas son significativas y deben tener una respuesta inmediata de parte de la salud pública. Inequidades en desarrollo, falta de acceso a servicios de salud y la exclusión social son factores claves subyacentes a los daños causados por el uso y la dependencia de sustancias psicoactivas. Al poner a la salud y el derecho a la salud en el centro de las políticas públicas podremos tener un impacto significativo en las vidas de las personas afectadas, sus familias y la sociedad.

Mirta Roses Periago

Directora

Organización Panamericana de la Salud

Agradecimientos

La elaboración de este informe técnico fue coordinada por Maristela Monteiro. Los principales autores fueron Paulo Roberto Telles Dias, Aline Inglez-Dias, Guilherme Borges Guimarães y Maristela Monteiro, y aportaron sus contribuciones María Florencia Di Masi, Jürgen Rehm, Julio Bejarano, Robert Khon, Jorge Rodríguez, María Elena Medina Mora, Marcus Day, Elize Massard, Francisco Inácio Bastos, Waleska Caiaffa, Adriana Blanco y Alfonso Contreras. Ellen Whitford revisó y editó el documento para la publicación.

Descargo de responsabilidades: El informe contiene las opiniones de los autores, que no representan necesariamente la política establecida de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Resumen

Este informe presenta un panorama epidemiológico del consumo de drogas en las Américas y ofrece información básica acerca de las consecuencias para la salud y los trastornos causados por el uso de drogas ilegales y el uso no médico de medicamentos psicotrópicos de venta con receta. (El tabaco y el alcohol son temas tratados en otros informes publicados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y no se abordan aquí.)

Si bien la mayoría de los estudios mencionados en el informe incluyen datos de los Estados Unidos de América y Canadá, este informe se concentra principalmente en los países de América Latina y el Caribe.

Son escasos los estudios sobre el uso de drogas en la Región y los métodos empleados para recolectar los datos no son homogéneos. Sin embargo, varios hechos claves permiten llegar a una conclusión clara: el uso indebido de drogas representa un problema vital de salud pública que requiere atención inmediata.

Por lo menos 4,4 millones de hombres y 1,2 millones de mujeres de América Latina y el Caribe sufren trastornos causados por el uso de drogas –como dependencia y otros padecimientos– en algún momento de su vida. Anualmente, son afectados 1,7 millones de hombres y 400.000 mujeres.

Los trastornos debido al uso de drogas tienen considerables repercusiones en los sistemas asistenciales de muchos países de la Región, así como en la salud y en el tipo de discapacidad de las personas en los años más productivos de sus vidas.

Si bien los trastornos relacionados al uso de drogas son más frecuentes en los países desarrollados de las Américas, la carga para la salud recae en forma desproporcionada en los países de ingresos bajos y medios, donde no existen o no son asequibles los programas de tratamiento y prevención.

Hay tres factores que explican el problema: la desigualdad en el desarrollo, la falta de acceso a servicios de salud y la exclusión social que sufren algunos sectores de la población. En consecuencia, un enfoque de salud pública debe concentrarse en las siguientes líneas de acción:

- el desarrollo sostenible
- el suministro de atención de salud como un derecho básico del ser humano
- la promoción de programas de inclusión social para los grupos marginados expuestos a un consumo de alto riesgo y dependencia de las drogas.

Las consecuencias sociales y para la salud del uso de drogas son importantes y deben ser abordadas sin demora. Este informe ofrece recomendaciones para mejorar la calidad de las investigaciones –que constituyen los pilares esenciales de las políticas bien fundamentadas y los programas eficaces– y aboga por la instauración de medidas de salud pública que reducirían la carga de morbilidad resultante del uso de drogas.

Nota:

Esta es la primera de varias publicaciones que tienen el propósito de fundamentar y contribuir a configurar una respuesta de salud pública a los problemas del consumo de drogas en América Latina y el Caribe. En los próximos meses, la OPS:

1. Publicará un informe sobre los recursos existentes en la Región para prevenir y tratar los trastornos causados por el uso de drogas.
2. Publicará un libro sobre la política concerniente al uso de drogas y la salud pública.
3. Producirá y publicará un informe sobre la reducción de los daños y la salud pública.

Introducción

En este informe se describen los aspectos básicos del uso de drogas ilegales y del uso no médico de medicamentos psicotrópicos de venta con receta. Se ofrece un panorama del problema en América Latina y el Caribe, se explica la psicofarmacología del uso de drogas, se reúnen y sintetizan los datos disponibles y se formulan recomendaciones para políticas y prácticas encaminadas a prevenir y tratar la dependencia de drogas.¹

Si bien se mencionan y examinan estudios que incluyen a los Estados Unidos y Canadá, el informe se concentra principalmente en los demás países de las Américas.

El uso de drogas en América Latina y el Caribe es percibido como un problema creciente por el público y los políticos. No obstante, la calidad y la cantidad de la información epidemiológica disponible crea dificultades considerables para los prestadores de atención de salud, los expertos en las políticas y otros interesados, quienes se basan en esa información para priorizar los problemas, elaborar estrategias y asignar recursos.

En toda la Región, son escasos los estudios y los datos existentes no son homogéneos. La falta de información propicia conceptos erróneos y obstaculiza la intervención. Los analistas políticos, los administradores de los programas y los prestadores de servicios de salud deben conocer la magnitud del uso de drogas, los problemas que causa y el perfil de las personas que pueden necesitar ayuda. Sin acceso a esta y a otra información epidemiológica, es difícil establecer programas eficaces y determinar su éxito o fracaso.

A pesar de las deficiencias de los datos, sobresalen algunos hechos fundamentales que conducen a una conclusión clara: el uso de drogas es una preocupación pública importante para la mayoría de los países de la Región y merece una respuesta de salud pública. Tengamos en cuenta que:

- Los trastornos causados por el uso de drogas son una pesada carga para los individuos y las comunidades. El uso continuo de drogas puede causar dependencia y discapacidad además de problemas crónicos de salud. Las consecuencias sociales del uso perjudicial o dependencia de drogas llegan mucho más allá del usuario y afectan a sus familias y a otras relaciones personales.
- Las cargas sociales y para la salud impuestas no son inevitables: los problemas causados por las drogas y la dependencia de estas son prevenibles y tratables.
 - Cuando se lo identifica tempranamente, el uso riesgoso de drogas puede ser reducido o restringido mediante evaluaciones de la salud e intervenciones breves, antes de que los usuarios se vuelvan dependientes.
 - La dependencia de las drogas puede ser tratada y los usuarios pueden ser rehabilitados si se cuenta con servicios que sean de fácil acceso y de bajo costo.

La **sección 1** proporciona una breve descripción de los efectos para la salud y los costos sociales del uso de drogas.

La **sección 2** presenta un panorama de la forma en que las drogas afectan el cerebro y el comportamiento y una lista detallada de los efectos que cada una de las drogas usadas más comúnmente tienen sobre la salud.

La **sección 3** sintetiza la información epidemiológica existente acerca del uso de drogas y los trastornos que causa, concentrándose principalmente en los países de América Latina y el Caribe.

La **sección 4** evalúa la calidad de los estudios actuales efectuados en la Región y ofrece recomendaciones específicas para mejorar esos datos.

La **sección 5** formula recomendaciones para políticas de salud pública que permitirían prevenir y tratar la dependencia de drogas y ayudarían a evitar sus consecuencias sanitarias de largo alcance y los costos sociales.

¹ El tabaco y el alcohol no se incluyen en este informe porque son problemas abordados en otras publicaciones de la OPS.

Una instantánea: El uso de drogas y sus consecuencias en las Américas

Si bien son limitados los datos epidemiológicos acerca del uso de drogas en América Latina y el Caribe, son evidentes algunos hechos importantes.

Las drogas ilegales son usadas con más frecuencia en los países de ingresos altos de las Américas, pero las consecuencias de la dependencia de drogas para la salud –enfermedades, discapacidades y defunciones– se sienten de manera desproporcionada en los países de ingresos bajos y medios, donde las personas tienen menos acceso a la atención de salud.

Defunciones. En 2004, las sobredosis de drogas y otros trastornos relacionados con las drogas provocaron la muerte de 9.000 personas en las Américas: 5.000 en los países de ingresos altos y 4.000 en los países de ingresos bajos y medios (1). (Las cifras no incluyen las defunciones resultantes de delitos vinculados con las drogas o las defunciones en las cuales el consumo de drogas ilegales fue un factor de riesgo.)

Enfermedades. Los trastornos del uso de drogas se vinculan con varias enfermedades infecciosas, como la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y las hepatitis B y C. El uso prolongado de drogas también aumenta el riesgo de sufrir muchos trastornos de salud graves, a veces mortales, como los accidentes cerebrovasculares y las cardiopatías. El consumo excesivo de drogas en un lapso breve puede provocar un paro cardíaco mortal o un episodio psicótico. Estos trastornos requieren atención inmediata, pero, cuando están involucradas drogas ilegales, los usuarios a menudo no buscan ayuda a causa del riesgo de ser encarcelados.

Discapacidades. En 2004, los trastornos causados por el uso de drogas en las Américas cobraron un tributo de más de 2,4 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), 1,1 millones de AVAD en países de ingresos altos y más de 1,3 millones de AVAD en países de ingresos bajos y medios (1).

Salud mental. El uso prolongado de una sustancia psicoactiva puede provocar dependencia, que constituye un problema de salud mental, y puede exacerbar otros trastornos mentales, como la depresión, la ansiedad y la esquizofrenia, con una tasa elevada de comorbilidad. La dependencia de drogas también puede disuadir de buscar tratamiento a las personas con problemas de salud mental, porque a menudo los profesionales exigen abstinencia antes del tratamiento, lo cual empeora los probables resultados.

Costos económicos. En los Estados Unidos, se estimó que el costo del uso de drogas ilegales en 2002 fue de US\$ 180,8 mil millones. La suma incluye los costos de los recursos para abordar los problemas de delitos y de salud relacionados con el uso de drogas, así como la pérdida de productividad causada por las defunciones, las discapacidades y el abandono del trabajo (2). En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe no se cuenta con cálculos de este tipo.

El uso de drogas en la población en general. Los profesionales de la salud muy frecuentemente prescriben drogas psicotrópicas sin evaluar la posibilidad de que se pueda hacer luego un uso no médico, contribuyendo de esta manera al problema global del uso indebido de drogas.

El uso de drogas entre los estudiantes. La mitad de los países de la Región han efectuado encuestas entre los estudiantes en relación con su consumo de drogas ilegales y medicamentos psicoactivos de venta con receta, que frecuentemente comienza en la adolescencia. El uso de drogas entre los estudiantes es un problema especial porque los estudios indican que la asistencia a la escuela sirve como un factor de protección y reduce las probabilidades de consumo de drogas. Las encuestas escolares también excluyen a los estudiantes que no asisten a la escuela y, en consecuencia, tal vez el registro del uso de drogas entre los jóvenes sea inferior al real.

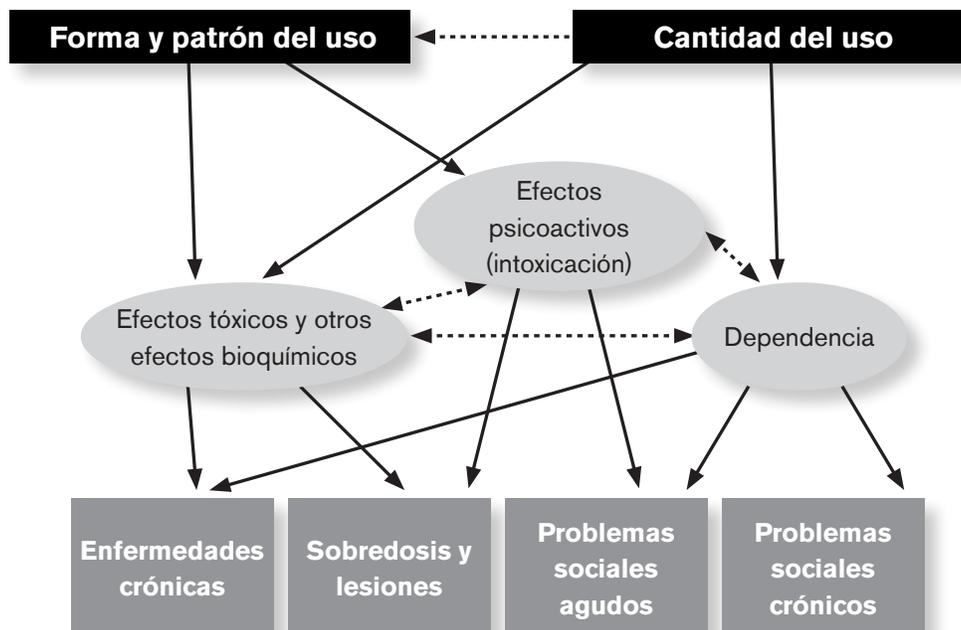
2

Cómo afectan las drogas al cerebro, el comportamiento y la salud

En esta sección se describe cómo el uso de drogas afecta al comportamiento, los aspectos esenciales de la tolerancia a las drogas, la dependencia y la abstinencia de drogas y las consecuencias neuropsicológicas de las distintas sustancias psicoactivas más comúnmente usadas en la Región. La información presentada en esta sección ha sido tomada de la publicación de la OMS *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas* (3) y de la publicación del Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA, por su sigla en inglés) *The Neurobiology of Drug Addiction* (4), salvo que se indique otra fuente.

Los daños causados por las drogas pueden ser el resultado de consumirlas durante un período breve –normalmente relacionado con intoxicación, incluidas las sobredosis– así como del uso durante un período prolongado, que puede conducir a la dependencia o a problemas sociales y de salud a largo plazo (figura 1). La forma en que los usuarios se administran o consumen una droga también puede tener consecuencias para la salud. En particular, los usuarios que se inyectan drogas y comparten agujas y otra parafernalia con otros usuarios aumentan el riesgo al que están expuestos de transmitir o contraer la infección por el VIH y las hepatitis B y C y de sufrir infecciones en el sitio de inyección. La reutilización de agujas y jeringas sin limpiar también puede conducir a daños e infecciones en las venas.

FIGURA 1. Mecanismos que vinculan el uso de drogas con problemas sociales y de salud



Fuente: (3).

Tolerancia, dependencia y abstinencia

Tolerancia

Cuando se usan drogas de manera reiterada, los usuarios normalmente desarrollan tolerancia y ya no responden a la droga en la forma en que lo hacían inicialmente. La tolerancia a una droga hace que los usuarios consuman cantidades mayores para alcanzar el grado de respuesta que conseguían cuando la usaron por primera vez.

Dependencia

Cuando se usa una droga de manera reiterada, las neuronas del cerebro se adaptan a ella y funcionan normalmente solo en presencia de esa droga. A su vez, esto conduce a una sensación de ansia irresistible y al uso compulsivo.

Abstinencia

Otro proceso psicofarmacológico, la abstinencia, se caracteriza por la aparición de síntomas físicos y psicológicos desagradables cuando se reduce abruptamente o se interrumpe el consumo de una droga. Los síntomas de abstinencia varían desde los más leves, como los que experimenta el bebedor de café que reduce o interrumpe la ingestión de cafeína, a los síntomas que ponen en peligro la vida.

Sustancias psicoactivas más comunes y sus efectos

Las sustancias psicoactivas más comunes se pueden agrupar en cuatro categorías:

- **Alucinógenos:** cannabis, fenciclidina (PCP) y dieltilamida de ácido lisérgico (LSD)
- **Estimulantes:** cocaína, anfetaminas y éxtasis
- **Opioides:** morfina y heroína
- **Depresores:** alcohol, sedantes/hipnóticos e inhalantes/solventes volátiles

Todas las sustancias psicoactivas afectan a los circuitos cerebrales que participan en los procesos del aprendizaje y la memoria, la recompensa y la motivación y el control del comportamiento. Sin embargo, en otros aspectos, las drogas de las distintas categorías varían mucho: se unen a diferentes tipos de receptores cerebrales y afectan la actividad de las neuronas mediante una serie de mecanismos diversos. Estas diferencias influyen en los efectos sobre el comportamiento que produce la droga, la velocidad con que el usuario desarrolla tolerancia y dependencia en relación con una droga en particular, los síntomas de abstinencia y las consecuencias para la salud de un uso breve o prolongado de las mismas.

Diagnóstico de la dependencia de drogas

En todo el mundo, hay dos sistemas principales de diagnóstico de los trastornos causados por el uso de drogas:

- La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10), de la Organización Mundial de la Salud (5).
- El Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales, Cuarta Revisión (DSM-IV), de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (6).

(Nota: La definición farmacológica de la dependencia es más restringida que la definición empleada en esos sistemas.)

Tanto el DSM-IV como la CIE-10 requieren que se cumplan tres o más criterios para poder hacer un diagnóstico de dependencia (figura 2). Si no se cumplen tres criterios, el DSM-IV proporciona un diagnóstico alternativo de abuso de sustancia, mientras que la CIE-10 proporciona un diagnóstico alternativo de uso perjudicial.

FIGURA 2: Criterios para el diagnóstico en el DSM-IV y la CIE-10

	DSM-IV	CIE-10
Criterios para la clasificación en un grupo	Un patrón de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres o más de los siguientes síntomas en algún momento de un período continuado de 12 meses:	Tres o más de los criterios para la dependencia se cumplen durante por lo menos un mes; o, si es menos de un mes, se cumplen juntos repetidamente en un período de 12 meses.
Tolerancia	Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de las sustancias para conseguir la intoxicación o el efecto deseado; o el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye notablemente con el consumo continuado.	Necesidad de cantidades considerablemente mayores de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado; o el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye notablemente con el consumo continuado.
Abstinencia	El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (u otra muy parecida), o consumo de bebidas alcohólicas para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.	Síntomas fisiológicos característicos del síndrome de abstinencia de la sustancia; o uso de la sustancia (u otra muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
Cantidades mayores o períodos más largos de lo previsto	La sustancia es consumida en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que inicialmente se pretendía.	Dificultades para controlar el uso de la sustancia en cuanto al inicio, la terminación o los grados del uso; consumo de la sustancia en cantidades más grandes o durante un período más prolongado de lo que se pretendía; o un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o reducir el consumo de la sustancia.
Control deficiente del uso de la sustancia	Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.	(Incluido en lo anterior)
Descuido de otras actividades	Se abandonan o reducen importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.	Se abandonan o reducen importantes actividades recreativas u otros intereses a causa del consumo de la sustancia.
Tiempo dedicado a actividades relacionadas con la sustancia	Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención o el consumo de la sustancia, o en recuperarse de los efectos de la sustancia.	O Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención o el consumo de la sustancia, o en recuperarse de los efectos de la sustancia.
Uso continuado de la sustancia a pesar de los problemas que causa	Se continúa consumiendo la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recurrentes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el uso de la sustancia.	Persistir en el uso a pesar de las pruebas claras y el conocimiento de las consecuencias físicas o psicológicas perjudiciales.
Compulsión (deseo intenso)	(Ninguno)	Un deseo desmedido o ansia compulsiva de consumir la sustancia.
Duración	No se especifica por separado ningún criterio de duración, pero se pueden cumplir repetidamente varios de los criterios de dependencia, como lo especifican los calificativos de duración asociados con los criterios (por ejemplo, "persistente", "continuado").	Tres o más de los criterios para la dependencia se cumplen durante por lo menos un mes; o, si es menos de un mes, se cumplen juntos, repetidamente, en un período de 12 meses.

Los trastornos causados por el uso de drogas se relacionan con daños sociales y para la salud. Las personas por lo general usan sustancias psicoactivas porque quieren obtener un beneficio, para evitar el dolor o experimentar placer. No obstante, el consumo de sustancias psicoactivas también conlleva un potencial de daños, no solamente el daño causado por el efecto tóxico de la droga sino también el daño resultante del uso prolongado y el daño asociado con el mayor riesgo de sufrir consecuencias sociales negativas, como las probabilidades de ser encarcelado por posesión de drogas.

Consecuencias para la salud según el tipo de droga

Las consecuencias para la salud varían según la droga y también dependen de que se la consuma en forma esporádica, con un efecto intoxicante que puede causar una sobredosis, o durante un período prolongado, el cual a menudo conduce a la dependencia. La lista de riesgos para la salud presentada a continuación fue tomada del documento WHO-ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test): Guidelines for Use in Primary Care, de la Organización Mundial de la Salud (7).

► **Cannabis**

En todo el mundo, el cannabis, comúnmente llamado marihuana, es la droga ilegal más ampliamente usada. Clasificada como un alucinógeno, el cannabis se asocia con una serie de riesgos para la salud. Si bien son posibles las sobredosis y la toxicidad, el cannabis entraña un riesgo muy bajo de causar la muerte. Sin embargo, las probabilidades pueden aumentar cuando se combina con otras drogas.

La intoxicación aguda con cannabis se asocia con un mayor riesgo de:

- Ansiedad
- Deterioro de la atención y la memoria
- Disforia
- Mayor riesgo de sufrir accidentes y traumatismos
- Náuseas
- Pánico
- Paranoia

El hábito de fumar cannabis de forma regular crea muchos de los mismos riesgos de cáncer que genera el tabaco. Esos riesgos incluyen el cáncer de pulmón y las vías respiratorias superiores y el cáncer del aparato digestivo.

El consumo habitual aumenta el riesgo y la gravedad de los siguientes trastornos:

- Asma
- Bronquitis
- Cáncer del aparato digestivo
- Cáncer de pulmón y de las vías respiratorias superiores

- Cardiopatías
- Depresión
- Deterioro de la capacidad de resolver problemas
- Deterioro de la memoria
- Disminución de la libido
- Enfisema
- Hipertensión
- Pérdida de motivación

Las personas con antecedentes personales o familiares de esquizofrenia también están expuestas a un riesgo mayor de sufrir psicosis.

► **Cocaína**

El uso de la cocaína, un estimulante, se asocia con una amplia gama de problemas físicos y mentales y con conductas de riesgo, como tener relaciones sexuales no seguras, que a su vez aumentan las probabilidades de que los usuarios y sus parejas contraigan enfermedades de transmisión sexual y virus transmitidos por la sangre. El uso repetido de dosis elevadas de cocaína puede llevar a la psicosis. Existe también un riesgo considerable de complicaciones tóxicas, sobredosis y muerte súbita, comúnmente provocada por insuficiencia cardíaca. La combinación con el alcohol aumenta considerablemente la toxicidad cardiovascular y hepática.

Los problemas físicos más comunes asociados con el consumo de cocaína incluyen:

- Agotamiento
- Cefaleas
- Disminución de la inmunidad a las infecciones
- Entumecimiento y/u hormigueo
- La persona se rasca o hurga la piel en forma repetida
- Mayor riesgo de sufrir accidentes y traumatismos
- Pérdida de peso
- Piel fría y húmeda

Los problemas psicológicos pueden incluir:

- Ansiedad
- Comportamiento violento o agresivo
- Depresión
- Deterioro de la memoria
- Dificultad para conciliar el sueño

- Fluctuaciones del estado de ánimo
- Paranoia

► **Estimulantes de tipo anfetamínico (ETA)**

Los efectos de los estimulantes del tipo de las anfetaminas –anfetamina, dexanfetamina, metanfetamina y éxtasis– son similares a los de la cocaína, pero los perfiles farmacológicos de estas drogas son diferentes.

Los problemas y riesgos para la salud incluyen:

- Arritmias
- Cefaleas
- Contractura de la mandíbula
- Daño hepático
- Deshidratación
- Deterioro de la resistencia a las infecciones
- Dificultad para conciliar el sueño
- Dolor muscular
- Disnea
- Estrés cardiovascular, que puede llevar a la muerte súbita
- Hemorragia cerebral
- Pérdida del apetito, que provoca pérdida de peso
- Temblores

Los efectos sobre la salud mental incluyen:

- Agitación
- Alucinaciones
- Comportamiento violento o agresivo
- Deterioro de la memoria
- Dificultad para concentrarse
- Fluctuaciones del estado de ánimo, que incluyen ansiedad, depresión, euforia, pánico y manía
- Paranoia

El consumo de dosis elevadas de metanfetaminas en un período prolongado también afecta el riesgo de malnutrición y puede causar daños permanentes a las células cerebrales.

► **Sedantes e hipnóticos**

Los sedantes, los hipnóticos y las píldoras para dormir contienen benzodiazepinas y compuestos afines;

todos ellos son depresores y normalmente se recetan para ayudar a las personas a dormir, o para tratar la ansiedad y otros trastornos del estado de ánimo, el dolor muscular, las crisis convulsivas y los traumatismos. Los sedantes y los hipnóticos pueden causar problemas, en particular cuando se usan con más frecuencia o en dosis más elevadas de lo prescrito. Los síntomas de abstinencia incluyen ansiedad severa y pánico, insomnio, depresión, cefalea, sudor y fiebre, náuseas, vómitos y convulsiones.

Es muy poco probable que las sobredosis de benzodiazepinas provoquen la muerte, aun cuando se trate de dosis muy grandes. No obstante, cuando se combinan con otras sustancias como el alcohol, otras drogas depresoras u opioides, aumenta considerablemente el riesgo de una sobredosis y la muerte.

El uso de sedantes y píldoras para dormir se puede asociar con:

- Cefaleas
- Confusión, somnolencia y mareos
- Depresión
- Náuseas
- Pérdida del equilibrio, marcha vacilante y un mayor riesgo de caídas

► **Opioides**

Los opioides son compuestos extraídos de las semillas de amapola. Tienen efectos en el organismo similares a los de la morfina y reducen el dolor al desacelerar las funciones del sistema nervioso central. Tanto los opioides prescritos legalmente como las versiones “callejeras” –la heroína y el opio– pueden generar numerosos problemas de salud. Las personas que usan opioides recetados corren un riesgo particular si usan las drogas con más frecuencia o en dosis más elevadas de lo prescrito. Se produce una sobredosis cuando la cantidad de opioide deprime el centro respiratorio y esto puede hacer que el usuario caiga en coma y muera. El riesgo de sobredosis es considerablemente mayor cuando el usuario también consume alcohol o toma otros sedantes.

Los efectos del uso en un lapso breve incluyen:

- Deterioro de la memoria
- Dificultad para concentrarse

- Estreñimiento
- Náuseas y vómitos
- Prurito
- Respiración superficial o disnea
- Somnolencia

Los efectos del uso prolongado incluyen:

- Depresión
- Disminución de la libido
- Impotencia
- Insuficiencia respiratoria, que conduce a la muerte
- Períodos menstruales irregulares

Los síntomas de abstinencia incluyen diarrea, calambres abdominales y vómitos; hipertensión y pulso acelerado; pensamientos acelerados; sudores y/o piel de gallina; bostezos, goteo nasal y ojos llorosos.

► *Inhalantes/solventes volátiles*

Los inhalantes, o solventes volátiles, se clasifican como depresores. Se los encuentra en muchos productos de uso doméstico o empleados en el lugar de trabajo: encendedores, botes de recarga, aerosoles, pegamentos basados en solventes, diluyentes químicos, líquidos correctores y líquidos para limpieza en seco. Los inhalantes se asocian con una serie de efectos graves, tanto a corto como a largo plazo. La inhalación de grandes cantidades puede causar confusión y desorientación, articulación confusa de las palabras, debilidad, temblores y alucinaciones visuales. En última instancia, el uso de inhalantes puede provocar el coma o la muerte debido a un ataque cardíaco.

Los efectos del uso por poco tiempo incluyen:

- Ansiedad u otros trastornos del estado de ánimo
- Cefaleas
- Coma
- Comportamiento impredecible y a veces peligroso
- Crisis convulsivas
- Delirio
- Desorientación y somnolencia
- Deterioro de la coordinación y la respuesta
- Diarrea

- Dolor muscular
- Inconsciencia
- Muerte por insuficiencia cardíaca
- Náuseas y vómitos
- Pérdida del control de sí mismo
- Reducción de la provisión de oxígeno al cuerpo
- Visión borrosa

El uso por un tiempo prolongado puede causar:

- Cansancio extremo
- Cefaleas crónicas, problemas en los senos paranasales, hemorragias nasales, tos persistente y ojos enrojecidos y llorosos
- Comportamiento agresivo
- Daño orgánico (cardíaco, pulmonar, hepático y renal)
- Depresión
- Estremecimientos y temblores
- Indigestión y úlcera gástrica
- Pérdida de la memoria y confusión
- Síntomas similares a los de la influenza

► *Alucinógenos (distintos del cannabis)*

Los efectos de los alucinógenos son imprevisibles y pueden variar de un usuario a otro o en diferentes ocasiones. Los alucinógenos pueden provocar imágenes retrospectivas, la recurrencia espontánea de los efectos del uso de alucinógenos en el pasado. El uso por un período prolongado puede aumentar los efectos de problemas mentales como la esquizofrenia.

El uso de alucinógenos puede causar:

- Aceleración de la frecuencia cardíaca e hipertensión
- Alteraciones de los sentidos: auditivas, visuales, olfativas y táctiles
- Alucinaciones
- Crisis convulsivas
- Debilidad muscular
- Dificultad para conciliar el sueño
- Entumecimiento
- Fluctuaciones del estado de ánimo, como ansiedad, pánico, euforia y paranoia
- Náuseas y vómitos
- Temblores y contracciones espasmódicas



El éxtasis (MDMA), un alucinógeno y estimulante del tipo de las anfetaminas, se asocia con una serie de trastornos muy poco frecuentes, pero que ponen en peligro la vida, tales como:

- Alteraciones del equilibrio entre el sodio y el agua corporal
- Daño hepático
- Hemorragia cerebral
- Hipertermia (temperatura corporal muy alta)

El éxtasis también puede llevar a problemas crónicos de salud mental, como deterioro de la memoria, depresión, trastornos de pánico, delirio e imágenes retrospectivas. Hay datos crecientes que prueban que el éxtasis es una neurotoxina que provoca daño neurológico en el cerebro.

Altos riesgos del uso inyectable de drogas

El inyectarse drogas, lo que la literatura denomina *uso inyectable de drogas* o UID, es una actividad de alto riesgo, que aumenta las probabilidades de desarrollar dependencia severa de la droga o de contraer la infección por el VIH o la hepatitis. La inyección de estimulantes entraña otro riesgo más: la posibilidad de sufrir psicosis inducida por la droga.

Mayor riesgo de desarrollar dependencia

Las personas que se inyectan drogas aumentan el riesgo de volverse dependientes; también es más probable que se vuelvan *severamente* dependientes, en comparación con los usuarios que consumen la droga usando otro método.

Mayor riesgo de contraer enfermedades e infecciones transmitidas por la sangre

Las personas que comparten agujas con otros usuarios o que utilizan equipos contaminados cuando se inyectan drogas aumentan considerablemente el riesgo de contraer enfermedades transmitidas por la sangre, como la infección por el VIH/SIDA y las hepatitis B y C, y corren un riesgo mayor de contraer infecciones en el sitio de inyección.

Problemas especiales del uso inyectable de estimulantes

Las personas que se inyectan estimulantes como las anfetaminas o la cocaína están expuestas a un mayor riesgo de sufrir psicosis relacionada con las drogas. La inyección intravenosa de cocaína también expone a los usuarios a un riesgo mucho mayor de sufrir problemas en sus venas, que se encogen. Esto, a su vez, hace muy difícil inyectar la droga en la vena y aumenta el riesgo de que los usuarios inyecten la droga bajo la piel (en forma subcutánea) ocasionando abscesos o celulitis (7, 8).

Resumen de estudios sobre el uso de drogas y los trastornos asociados

La información epidemiológica es un elemento crítico de toda política o programa de atención de salud, esencial para asignar los recursos, formular estrategias de prevención y tratamiento y vigilar su eficacia (9). Sin embargo, en América Latina y el Caribe son escasos los datos y los estudios existentes a menudo no son homogéneos, lo cual hace imposible comparar los datos de los países, o identificar y analizar patrones y extraer conclusiones.

En esta sección se sintetiza la información disponible sobre el uso de drogas en la Región y recopila estimaciones de la mortalidad y la morbilidad atribuibles al uso de drogas ilegales. Debido a las deficiencias de los datos, la sección ofrece comparaciones y análisis limitados. No obstante, como tendencia general, la prevalencia en 12 meses y en toda la vida del uso de drogas y de los trastornos causados por ella en América Latina y el Caribe es considerablemente más baja que en Estados Unidos y Canadá. Sobre la base de los datos extraídos de los registros hospitalarios de ingreso a tratamiento, parecen afectar desproporcionadamente más a los hombres que a las mujeres, si bien, debido a una serie de factores sociales, es menos probable que las mujeres concurren a los servicios de salud para el tratamiento y, por consiguiente, sus datos no están incluidos.

La mayoría de la información sobre la mortalidad y la morbilidad ha sido sintetizada del análisis comparativo de las evaluaciones de riesgo efectuado por la OMS (10); el resto proviene de una búsqueda en las principales bases de datos y en documentos no catalogados. Se presentan las estimaciones a nivel de país o a nivel de las regiones o subregiones de la OMS (11).

Se calculó la carga de morbilidad a nivel regional usando las subregiones de la OMS y sobre la base de la investigación epidemiológica de las relaciones de riesgo existente entre distintas categorías de enfermedades y el uso de anfetaminas, cocaína y opiáceos. No se incluyeron en el análisis drogas tales como el éxtasis, los solventes y el cannabis porque había demasiada poca información para cuantificar los riesgos para la salud asociados con ellas (10).

Panorama de la Región

En las Américas y en todo el mundo, las drogas ilegales usadas más ampliamente son el cannabis, la cocaína, los estimulantes del tipo de las anfetaminas y los opiáceos (13).

Sustancias	Usuarios en las Américas (en millones)	Usuarios en todo el mundo (en millones)
Cannabis	37,6	162
Cocaína	8,6	14,3
Estimulantes de tipo anfetamínico		
• anfetaminas	5,7	25
• éxtasis	2,7	10
Opiáceos en general (incluida la heroína)	2,1	16
• usuarios de heroína	1,5	11

En América Latina y el Caribe, los inhalantes/solventes volátiles desplazan a los opiáceos como la cuarta categoría de droga más ampliamente utilizada.

Uso de drogas ilegales como un factor de los AVAD

El uso de drogas ilegales ocupó el octavo lugar como factor principal de los AVAD en las Américas en el año 2000, lo que representa 0,018% de la carga total de morbilidad (12). Sin embargo, al considerar únicamente los países de América Latina y el Caribe, su importancia disminuyó. El uso de drogas ilegales ya no se encontró entre los 20 factores principales de los AVAD en la Región. Su contribución a la carga total de morbilidad fue 0,014% (las posiciones en la clasificación se basan en la mortalidad y la morbilidad relacionadas con las drogas, no en las defunciones causadas por delitos violentos vinculados con las drogas).

Prevalencia del uso de drogas

En los cuadros 1 a 4 se muestra la prevalencia del uso de drogas en diversos países. Nota: El uso de una droga no crea necesariamente un problema de salud y solo una pequeña proporción de las personas que usaron una sustancia en el último año son usuarios frecuentes de la droga cuyos hábitos entra-

ñan un riesgo considerable para su salud. Sin embargo, el uso de drogas ilegales siempre representa un riesgo de crear problemas sociales y de tener consecuencias jurídicas.

No es fácil comparar los datos de las encuestas. Hay variaciones en los países en cuanto a la escala de edad de las poblaciones, al año en que se reunieron los datos y en la forma en que se formularon las preguntas.

El cuadro 1 sintetiza los cálculos hechos por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) sobre la prevalencia de las drogas ilegales (opiáceos, cocaína, marihuana, anfetamina y éxtasis) en las Américas, por país. En el "Informe Mundial sobre las Drogas", la ONUDD calculó la prevalencia del uso de drogas ilegales en cada país basándose en estudios locales, evaluaciones de los organismos encargados de hacer cumplir las leyes y encuestas en grupos especiales de población. (En algunos casos, los cálculos son tentativos.) Los datos sobre el consumo de drogas ilegales en las Américas se obtuvieron básicamente de cuestionarios para informes anuales que los gobiernos enviaron a la ONUDD. Cuando fue necesario, se complementó esa información con datos de otras fuentes, si se dispuso de ellas. En el informe se describen los detalles de la metodología (13).

CUADRO 1. Prevalencia del uso de drogas en los últimos 12 meses como porcentaje de la población de 15 a 64 años de edad (salvo cuando se indique una edad distinta).

	Opiáceos	Cocaína	Cannabis	Anfetaminas	Éxtasis
América Central					
Belice	–	0.7 (2002)*	6.7 (2003)*	–	0.2 (2003)*
Costa Rica	0.1*	0.4 (2001)	1.3 (2000/1) 12-70	1.0 (2000)	–
El Salvador	0.1 (2005)*	0.4 (2005)12-65	2.7(2005) 12-45	3.0 (2003)12-65	0.1 (2003)*
Guatemala	0.04(2005)	0.2(2005)	4.8 (2005)12-65	0.9(2005)*	0.1 (2005)*
Honduras	0.2 (2005)	0.9 (2005) 12-35	1.5 (2004)*	0.8 (2005)*	0.1(2005)*
Nicaragua	–	1.0 (2003)*	2.2 (2002)*	0.8 (2003)*	0.1 (2003)*
Panamá	0.2 **	1.2 (2003) 12-65	4.0 (2003)*	0.6 (2003)*	0.4 (2003)*
América del Norte					
Canadá	0.3 (2005) 15-64	2.3 (2004)15-64	17.0 (2004) 15-64	1.0 (2004)15-64	1.3 (2004)15-64
Estados Unidos	0.6 (2000) 15-64	3.0 (2006)15-64	12.2 (2004) 15-64	1.6(2006)15-64	1.0 (2006) 15-64
México	0.1 (2002)	0.8 (2006)	3.1 (2006)*	0.4 (2006)*	0.01 (2002)

CUADRO 1. Continúa

	Opiáceos	Cocaína	Cannabis	Anfetaminas	Éxtasis
América del Sur					
Argentina	0.2 (2005)	2.6 (2006)12-64	6.9(2006) 12-65	0.6 (2005)*	0.5 (2004)12-65
Bolivia	0.07 (2004)**	1.9 (2005) 12-50	3.2 (2005)	0.3 (2004)*	0.1 (2005)
Brasil	0.5 (2005)12-65	0.4 (2001) 12-64	2.6 (2005) 12-65	0.7 (2005) 12-65	0.2 (2005)*
Chile	0.2 (2004)	1.5 (2006)12-64	7.0 (2006)12-64	0.4 (2006)12-64	0.1 (2006)12-64
Colombia	0.1 (2004)*	0.8 (2003) 18-65	1.9 (2003) 18-65	0.5 (2005)*	0.2 (2005)*
Ecuador	0.1 (2005)*	1.2 (2005)*	2.1 (2005)*	0.2 (2005)*	0.2 (2005)*
Guyana	0.3(2002)*	–	2.6 (2002)*	–	0.1 (2002)*
Paraguay	–	0.3 (2004)	1.6 (2005) 12-65	0.5(2005)*	0.1 (2005)*
Perú	0.2 (2005)12-64*	2.2 (2005)12-64	3.3 (2005) 12-64	0.1 (2005)*	0.9 (2005)12-64
Suriname	0.08 (2002)*	0.5 (2002)*	2.0 (2002)*	0.6 (2002)*	0.1 (2002)*
Uruguay	0.2 (2003)*	1.4 (2006)12-65	5.2 (2006) 12-65	0.3 (2006)12-65	0.1 (2003)*
Venezuela	0.1 (2003)*	1.1 (2001)*	3.3 (2002)*	0.6 (2002)*	0.2 (2006)*
Caribe					
Antigua y Barbuda	0.05 (2000)	0.1 (2000)	–	–	–
Aruba	–	1.3 (1997)*	–	–	–
Bahamas	0.2 (2003)*	0.8 (2001)*	4.70 (2003)*	0.3 (2003)*	0.1 (2003)*
Barbados	0.1 (2006)**	0.4 (2007)*	8.30(2007)*	0.2 (2007)*	0.5 (2007)
Grenada	–	0.9 (2003)*	6.70 (2003)*	0.7 (2005)	–
Haití	–	0.9 (2006)*	6.20(2005)	–	–
Islas Caimán	–	0.6 (2000)*	–	–	–
Islas Turcas y Caicos	0.07 (2002)*	0.7 (2002)*	–	0.3 (2003)*	0.7 (2003)*
Jamaica	0.1(2001)*	1.1 (2006)*	10.70 (2001)12-55*	–	–
República Dominicana	0.1 (2001)*	0.9 (2000) 12-70	1.90(2000)	1.1 (2003)*	0.2 (2000)*
Santa Lucía	–	1.0 (2002)*	9.00 (2006)*	–	–
San Vicente	–	0.7 (2002)*	–6.20 (2002)*	–	–

* Estimados basados en estudios locales, estudios grupales sobre población especial y evaluaciones de agencias de aplicación de la ley.

** Estimados tentativos.

Nota: El año de referencia es el 2005, salvo cuando se indique un año distinto.

Fuentes: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), Cuestionarios de los informes anuales; Informes gubernamentales; Departamento de Estado de los Estados Unidos, Observatorio Europeo de Drogas.

En los cuadros 2 y 3 se reúnen los resultados de encuestas de la población en general y encuestas de la población estudiantil, respectivamente, realizadas por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). Ambos cuadros incluyen también datos tomados de encuestas nacio-

nales auspiciadas por el gobierno de México. Para el cuadro 2, véase <http://www.cicad.oas.org/oid/esp/statisticscountryprofileindex.asp>; para el cuadro 3, véase <http://www.cicad.oas.org/oid/esp/statisticscountryprofileindex.asp>.

CUADRO 2. Prevalencia de 12 meses y de vida del uso de drogas, basada en encuestas de la población en general.

País y año	Cannabis		Cocaína		Pasta de coca		Éxtasis	
	Toda la vida	Último año	Toda la vida	Último año	Toda la vida	Último año	Toda la vida	Último año
Argentina (2006)	15,8	6,9	7,9	2,6	1,0	0,5	1,4	0,5
Bolivia (2005)	6,2	3,2	2,4	1,6	2,5	1,9	... ^a	...
Brasil (2005)	8,8	2,6	2,9	0,7	...	...	0,19	...
Chile (2006)	24,3	7,0	5,9	1,2	2,6	0,6	0,4	0,1
Costa Rica (2006) ⁰	7,5	1,0	1,82	0,2	...	...	0,2	0,0
El Salvador (2005)	6,1	0,35	1,9	0,2	0,3	0,08	0,17	0,0
Guatemala (2005)	2,8	0,13	0,8	0,12	0,3	0,08	0,03	0,0
Nicaragua (2006)	7,9	1,06	2,5	0,3	0,5	0,0	0,02	0,0
México (2002) ^b	3,5	0,6	1,2	0,3	...	...	...	...
México (2008) ^c	4,2	1,0	2,4	0,4	...	...	0,5	0,1
Uruguay (2006)	12,2	5,2	4,0	1,4	0,8	0,3	0,7	0,1

^a no hay datos.

^b Referencia 14.

^c Referencia 15.

CUADRO 3. Prevalencia de 12 meses y de vida del uso de drogas, basada en encuestas escolares de estudiantes de 13 a 17 años de edad.

País y año	Cannabis		Cocaína		Pasta de coca		Inhalantes	
	Toda la vida	Último año	Toda la vida	Último año	Toda la vida	Último año	Toda la vida	Último año
Antigua y Barbuda (2005)	24,9	13,4	1,7	1,0	0,6	0,9	13,4	4,0
Argentina (2005)	8,7	5,4	3,4	2,1	2,5	1,4	4,2	2,3
Barbados (2006)	17,4	10,6	2,0	0,9	1,0	...	19,6	9,8
Bolivia (2004)	... ^a	2,7	...	0,9	...	0,7	...	1,2
Brasil (2004)	5,9	4,6	2,0	1,7	...	...	15,5	14,1
Chile (2005)	19,9	15,2	4,7	2,9	3,7	2,6	6,2	3,0
Colombia (2004)	7,6	6,6	1,8	1,6	1,4	1,2	3,8	3,3
Costa Rica (2006)	6,9	4,5	1,3	0,9	...	...	5,9	2,9
Dominica (2006)	29,4	17,9	...	...	...	...	7,8	3,9
Ecuador (2005)	7,9	4,1	2,5	1,3	1,9	0,9	5,8	2,5
Granada (2005)	27,5	15,9	1,5	1,0	...	...	9,7	5,6
Guyana (2002)	6,8	3,5	0,7	0,3	...	...	6,9	3,5
Honduras (2005)	2,9	1,06	...	...	0,32	0,16	1,9	0,6
Jamaica (2006)	25,1	14,6	3,2	2,1	2,8	1,4	27,8	13,7

CUADRO 3. Continúa

País y año	Cannabis		Cocaína		Pasta de coca		Inhalantes	
	Toda la vida	Ultimo año	Toda la vida	Ultimo año	Toda la vida	Ultimo año	Toda la vida	Ultimo año
Paraguay (2005)	4,2	3,0	1,0	0,7	...	...	2,8	1,5
Perú (2005)	4,6	2,7	1,7	1,04	1,3	0,8	4,5	1,8
Santa Lucía (2005)	25,5	15,9	1,5	0,8	...	...	9,7	5,7
San Vicente y las Granadinas (2006)	17,8	11,7	0,6	0,3	0,5	...	5,2	3,3
Suriname (2006)	6,8	4,1	0,6	0,2	0,7	0,0	7,3	3,4
Trinidad y Tabago (2006)	12,0	6,5	0,8	...	...	...	26,4	13,4
Uruguay (2005)	12,8	9,5	2,5	1,5	1,2	0,6	3,0	1,6
Venezuela (2005)	1,5	1,0	0,5	0,34	0,4	0,3	...	...

^a No hay datos.

^b Referencia 16.

El cuadro 4 muestra una recopilación de resultados de encuestas realizadas en la Región como parte de la Encuesta Mundial de Salud a Escolares de la OMS/OPS. La información está agrupada por país y se reunieron datos del año indicado. Se pre-

guntó a los estudiantes si habían usado alguna sustancia ilegal una o más veces en su vida (prevalencia de vida). Los cuestionarios eran anónimos y se garantizó la confidencialidad.

CUADRO 4. Prevalencia de vida del uso de alguna droga ilegal entre estudiantes de 13 a 15 años de edad, por sexo y por país; datos tomados de la Encuesta Mundial de Salud Escolar de la OMS/OPS.

País y año	% de personas que usó drogas ilegales por lo menos una vez en su vida					
	Ambos sexos		Varones		Mujeres	
	%	Desviación estándar	%	Desviación estándar	%	Desviación estándar
Argentina (2007)	9,0	± 3,1	11,6	± 4,1	6,7	± 3,1
Chile/Zona Metropolitana (2004)	10,1	± 2,4	10,7	± 2,0	9,5	± 3,5
Chile/Región I (2004)	9,0	± 2,9	9,5	± 2,5	8,5	± 4,2
Chile/Región V (2004)	8,3	± 2,5	9,4	± 3,4	7,0	± 2,2
Chile Región VIII (2004)	7,2	± 2,0	7,8	± 2,5	6,3	± 2,3
Colombia/Bogotá (2007)	10,8	± 2,8	13,7	± 3,3	8,3	± 3,4
Colombia/Escuelas públicas de Bogotá (2007)	10,4	± 3,7	13,7	± 4,0	8,0	± 4,3
Colombia/Escuelas privadas de Bogotá (2007)	12,4	± 5,7	17,2	± 7,4	8,9	± 5,6
Colombia/Bucaramanga (2007)	6,8	± 1,5	8,6	± 2,4	5,2	± 2,4
Colombia/Cali (2007)	17,8	± 2,4	21,1	± 4,2	15,1	± 2,6
Colombia/Manizales (2007)	21,0	± 3,0	21,1	± 4,3	20,8	± 2,9
Colombia/Valledupar (2007)	3,5	± 1,1	4,5	± 1,8	2,8	± 1,4
Ecuador/Guayaquil (2007)	7,7	± 2,3	9,9	± 2,9	5,7	± 2,5
Ecuador/Quito (2007)	5,5	± 1,5	7,0	± 1,9	4,1	± 2,1
Ecuador/Zamora (2007)	3,1		4,2		2,0	
Granada (2008)	13,9	± 2,6	21,9	± 3,9	7,8	± 2,7
Guyana (2004)	11,7	± 2,8	17,7	± 4,5	5,9	± 2,5
Islas Caimán (2007)	15,6		20,3		10,3	

CUADRO 4. Continúa

País y año	% de personas que usó drogas ilegales por lo menos una vez en su vida					
	Ambos sexos		Varones		Mujeres	
	%	Desviación estándar	%	Desviación estándar	%	Desviación estándar
Trinidad y Tabago (2007)	12,8	± 2,9	15,3	± 4,2	10,1	± 2,7
Trinidad (2007)	12,7	± 3,0	15,1	± 4,3	10,2	± 2,8
Tabago (2007)	14,0	± 3,3	20,0	± 5,0	9,0	± 3,0
Uruguay (2006)	8,4	± 1,7	10,5	± 2,8	6,7	± 1,7
Uruguay/Montevideo (2006)	10,6	± 3,2	13,8	± 4,6	7,6	± 2,7
Uruguay/Resto del país (2006)	6,7	± 1,9	7,4	± 3,2	6,1	± 2,1
Venezuela/Barinas (2003)	3,1	± 1,2	4,7	± 2,2	1,7	± 1,4
Venezuela/Lara (2003)	3,1	± 1,0	4,2	± 1,1	2,2	± 1,2

Notas:

¹ En los casos en que no se muestra varianza en las tasas de prevalencia (Islas Caimán y Ecuador/Zamora), se efectuó la encuesta en el universo completo de escuelas del país o ciudad y el porcentaje refleja la prevalencia global.

² La OMS/OPS también apoya la recolección de datos de la población estudiantil relacionados con varios factores de riesgo que afectan la salud de los adolescentes usando cohortes de niños y niñas de 13 a 15 años de edad.

Fuente: Referencia 17.

Mortalidad, carga de morbilidad y uso problemático de drogas

Las variaciones de la calidad y la cantidad de los datos disponibles, como los que se muestran en los cuadros 1 a 4, representan serios problemas para evaluar la mortalidad y la morbilidad atribuibles al uso de drogas ilegales. El patrón de uso más comúnmente examinado en las encuestas de población —la prevalencia de vida— se asocia con aumentos pequeños de la mortalidad o morbilidad (10) porque la prevalencia de vida mide la proporción de la población que ha usado una droga aunque sea solo una sola vez en su vida.

Sin embargo, cuando se usan las drogas ilegales con más frecuencia y/o se incrementa la cantidad de droga consumida, aumentan también la morbilidad y los riesgos de mortalidad (18). Los usuarios que se inyectan drogas diariamente o casi todos los días durante un período de años están expuestos al riesgo más elevado de una sobredosis mortal (19) y de contraer enfermedades víricas transmitidas por la sangre (20).

Es difícil establecer definiciones e indicadores comunes debido a las deficiencias de los datos reunidos y a los desacuerdos acerca de cómo definir el uso “problemático” de drogas ilegales. La publi-

cación de la OMS “*Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Diseases Attributable to Selected Major Risk Factors*” proporciona orientación sobre cómo se definió el “uso problemático de drogas” (10). La OMS adoptó la definición usada por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), que define el uso problemático de drogas como el “uso de drogas inyectables en un período prolongado, o el uso habitual de opiáceos, cocaína o anfetaminas” (21).

Conforme a esa definición, el uso problemático de drogas ilegales está más estrechamente asociado a una mayor carga de morbilidad.

El cuadro 5 proporciona datos sobre la prevalencia estimada del uso problemático de drogas en los últimos 12 meses entre personas de más de 15 años de edad.

CUADRO 5. Uso problemático de drogas ilegales entre personas de más de 15 años de edad en los últimos 12 meses (prevalencia anual) por subregión de la OMS, 2000^a

	Subregión de la OMS AMR-A ^b	Subregión de la OMS AMR-B ^b	Subregión de la OMS AMR-D ^b
Población de más de 15 años de edad	255.420.000	297.625.000	44.658.000
Opioides % de la población de más de 15 años de edad con uso problemático de drogas ilegales durante los 12 meses anteriores	0,13%	0,03%	0,07%
Cocaína % de la población de más de 15 años de edad con uso problemático de drogas ilegales durante los 12 meses anteriores	0,78%	0,24%	0,43%
Anfetaminas % de la población de más de 15 años de edad con uso problemático de drogas ilegales durante los 12 meses anteriores	0,20%	0,20%	0,11%

^a Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), estimaciones derivadas de la prevalencia. Algunas estimaciones se basaron en datos provenientes de un pequeño número de países de cada subregión.

^b**Subregiones de la OMS:**

AMR-A: Países de las Américas con mortalidad infantil y de adultos muy bajas (Canadá, Cuba y los Estados Unidos de América).

AMR-B: Países de las Américas con mortalidad infantil y de adultos baja (Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Granada, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela).

AMR-D: Países de las Américas con mortalidad infantil y de adultos elevada (Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haití, Nicaragua y Perú).

Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), estimaciones derivadas de la prevalencia

Mortalidad y morbilidad: el costo para la sociedad

El uso de drogas contribuye a la carga de morbilidad, causa defunciones prematuras y tiene considerables consecuencias para la salud. En comparación con las personas de la misma edad que no usan drogas, los usuarios de drogas ilegales tienen más probabilidades de morir prematuramente por una sobredosis de droga, por el VIH/SIDA, por suicidio o traumatismos. También es más probable que sufran discapacidades al menos durante parte de sus vidas (10).

Los principales efectos para la salud atribuibles al uso de drogas ilegales incluyen la infección por el VIH/SIDA, las hepatitis B y C, la dependencia de las drogas, sobredosis no mortales, intentos de suicidios y lesiones resultantes de traumatismos (causados por incidentes tales como verse involucrados en accidentes automovilísticos propiciados por el consumo de drogas). Es difícil de medir el grado en que la morbilidad vinculada con las drogas contribuye a la carga total de enfermedades y probablemente sea subestimado (10). No obstante, según un análisis

del uso de drogas en los Estados Unidos (2), los costos para la sociedad de la morbilidad inducida por las drogas son muchas veces superiores a los costos de la mortalidad inducida por las drogas.

Resultados de las encuestas según el tipo de droga

► Opiáceos

El cuadro 6 muestra la cantidad estimada de personas en las Américas que usaron opiáceos y/o heroína en los últimos 12 meses (13).

En **Brasil**, 600.000 personas (0,05 % de la población de 12 a 65 años de edad) señalaron que habían usado opiáceos por lo menos una vez en su vida (13). Según los resultados de una encuesta nacional domiciliaria efectuada en 2005, Brasil es el mercado más grande para los opiáceos en América del Sur, básicamente para los opiáceos sintéticos.

Los resultados de una encuesta domiciliaria realizada en 107 de las ciudades brasileñas más grandes, que incluían 41,3 % de la población del país, mues-

tran tasas estimadas de prevalencia de vida de 1,4 % para los opiáceos y de 0,1 % para la heroína (21). (Ambas tasas son estimaciones de poca precisión.)

En **México**, los estudios revelan que el consumo de heroína está aumentando en zonas de la frontera con los Estados Unidos y que una proporción considerable de usuarios se inyectan la droga y emplean prácticas de riesgo, como compartir las agujas, lo cual los expone a un mayor riesgo de ser infectados por virus transmitidos por la sangre, como el VIH/SIDA (22). La heroína es la droga más frecuente entre los usuarios que se inyectan drogas.

También hay casos de uso de heroína en otras partes de México (23). En un estudio realizado en el

año 2000 **en una prisión de Ciudad Juárez**, 69,8 % de los presos habían usado heroína en algún momento de sus vidas y, en ese grupo, 26,4 % habían usado la droga en los últimos seis meses (24).

Varios factores pueden contribuir al uso de heroína en México, en particular en las ciudades de la frontera con los Estados Unidos: el mayor cultivo de la amapola de opio en algunos estados mexicanos, los precios más bajos para la heroína negra (vulgarmente conocida como “black tar heroin”, “alquitrán negro” o “goma”) y las medidas de seguridad más estrictas en los cruces fronterizos entre México y los Estados Unidos (22).

CUADRO 6. Cantidad estimada de personas de las Américas que usaron opiáceos/heroína en los últimos 12 meses (prevalencia anual), 2006

	Todos los opiáceos (incluida la heroína), prevalencia anual		Solo heroína, prevalencia anual	
	Número de personas que usan opiáceos	Usuarios de opiáceos como % de la población de 15 a 64 años de edad	Número de personas que usan heroína	Usuarios de heroína como % de la población de 15 a 64 años de edad
Las Américas	2.180.000	0,4 %	1.520.000	0,3 %
América del Norte	1.330.000	0,5%	1.270.000	0,4 %
América del Sur, América Central y el Caribe	850.000	0,3 %	250.000	0,1 %

Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), Informe Mundial sobre las Drogas 2008.

► **Cocaína**

El cuadro 7 muestra la cantidad estimada de personas que usaron cocaína en las Américas en los últimos 12 meses (prevalencia anual). Según recientes informes, el uso de la cocaína está aumentando en América Latina y el Caribe. Seis países de la Región

informaron que las tasas se estaban elevando y cuatro comunicaron tasas estables. Ninguno señaló una disminución de las tasas (25). La encuesta reveló que las tasas de prevalencia en 12 meses se habían incrementado de 0,4% en 2001 a 0,7% en 2005 (26).

CUADRO 7. Cantidad estimada de personas en las Américas que usaron cocaína en los últimos 12 meses (prevalencia anual), 2006 o último año disponible

	Número de usuarios de cocaína, prevalencia anual	Usuarios como % de la población de 15 a 64 años de edad, prevalencia anual
Las Américas	10.196.000	1,74%
América del Norte	7,097.000	2,42%
América del Sur, América Central y el Caribe	3.099.000	1,05%

Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), Informe Mundial sobre las Drogas 2008. (13).

En **Brasil**, una encuesta nacional domiciliaria efectuada en 2001 encontró que la prevalencia de vida del consumo de clorhidrato de cocaína era de 2,3% y la del crack, de 0,4% (21). En comparación con otros usuarios de cocaína, era más probable que los fumadores de crack tuvieran escasa instrucción escolar, fueran desempleados, no tuvieran hogar y consumieran grandes cantidades de droga, según lo reveló la encuesta. También eran encarcelados con más frecuencia y era más probable que usaran drogas mientras estaban en prisión (27).

El consumo de cocaína en Brasil es considerablemente más elevado en algunos subgrupos de la población. Por ejemplo, una encuesta de usuarios que eran tratados en **hospitales psiquiátricos públicos de São Paulo**, la ciudad más grande de Brasil, encontró que 29,8% habían inhalado polvo de cocaína en algún momento de sus vidas y 38,4% habían usado crack. En comparación con las personas que usaban otras formas de cocaína, era más probable que los fumadores de crack fueran desempleados, no tuvieran hogar ni instrucción escolar suficiente, consumieran grandes cantidades de la droga y fueran encarcelados con más frecuencia. También informaron más a menudo que usaban drogas mientras estaban en la prisión (27).

En otro estudio realizado en São Paulo en un centro de rehabilitación de jóvenes, 57% de los adolescentes entrevistados indicaron que habían usado cocaína; 42% señalaron que habían consumido crack (28).

En **las escuelas de Brasil**, el nivel de consumo de cocaína permaneció estable entre 1997 y 2004, el año más reciente para el cual se dispone de datos sobre los escolares (29).

En **Chile**, una encuesta nacional efectuada en 2004 por el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) reveló que 1,3% había usado clorhidrato de cocaína y 0,6% había usado pasta base de cocaína (30), pero el consumo entre los **estudiantes** era más elevado. El estudio mostró que 2,9% de los estudiantes entrevistados habían usado clorhidrato de cocaína en los últimos 12 meses; en ese mismo período, 2,6% de los estudiantes habían usado pasta base de cocaína.

El uso era considerablemente más elevado entre los **presos**, en comparación con los estudiantes o la población en general. La encuesta nacional de 2004 mostró que más de la mitad de los presos (57%) habían usado cocaína en el pasado y uno de cada cuatro (25%) la usaba con frecuencia. En la misma encuesta, 44% de los presos señalaron que habían usado clorhidrato de cocaína y 10% indicaron que lo usaban con frecuencia. Por último, 5% de los presos informaron que se habían inyectado drogas.

En general, el uso de la cocaína en Chile parece relativamente estable. Se elevó durante los años noventa, pero, en encuestas domiciliares anuales realizadas entre 2000 y 2004, la tasa de prevalencia en 12 meses en la población general bajó ligeramente, de 1,9% en 2000 a 1,7% en 2004. El uso de cocaína entre los estudiantes de Chile también permaneció estable según los resultados de encuestas efectuadas en 2001 y 2005.

En **Colombia**, en los años más recientes para los cuales se dispone de información, el uso de la cocaína ha sido estable. Las encuestas entre estudiantes realizadas en 1997 y 2004 virtualmente indicaron que no hubo cambios en las tasas de prevalencia de vida, en 12 meses, en un mes y en una semana. Las tasas de prevalencia en 1997 y 2004 fueron respectivamente las siguientes: en toda la vida, 2,7% y 2,8%; en los 12 últimos meses, 2,2% y 2,3%; en el último mes, 1,8% y 1,8%; y en la última semana, 1,2% y 1,1% (31).

En **México**, entre las personas que viven en las ciudades, la tasa de prevalencia en 12 meses fue de 0,38% en 2002, una disminución con respecto al 0,48% registrado en 1998 (32).

El estudio efectuado en 2002 reveló que son marcadas las diferencias regionales en México. Las tasas más elevadas de uso de cocaína correspondieron a los estados del norte de México, en particular los situados en zonas de la frontera con los Estados Unidos de América, donde 3,1% de las personas entrevistadas dijeron que habían consumido cocaína por lo menos una vez en su vida. En los estados del centro y el sur de México, las tasas de prevalencia de vida fueron mucho más bajas: solo 0,7% en la región central y 0,5% en el sur.

CUADRO 8. Cantidad estimada de personas en las Américas que usaron cannabis en los últimos 12 meses (prevalencia anual), 2006 o último año del que se disponen datos

	Número de usuarios de cannabis, prevalencia anual	Usuarios como % de la población de 15 a 64 años de edad, prevalencia anual
Las Américas	40.500.000	6,9%
América del Norte	30.600.000	10,5%
América del Sur, América Central y el Caribe	9.900.000	3,4%

Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), Informe Mundial sobre las Drogas 2008.

► **Cannabis (marihuana)**

El cuadro 8 muestra la cantidad estimada de personas en las Américas que usaron cannabis (marihuana) en los últimos 12 meses (prevalencia anual). Según los informes recientes, el uso está aumentando en los países sudamericanos.

Un estudio efectuado en Brasil en la población en general en 2005 mostró que 6,9% de las personas habían usado marihuana por lo menos una vez en su vida. El porcentaje que la había usado en los últimos 12 meses fue de 2,6%, un aumento con respecto al 1% observado en 2005 (26). Entre los adolescentes internados en un centro de rehabilitación para jóvenes de São Paulo, la prevalencia de vida fue de 83% (28).

En **Ecuador**, un estudio de estudiantes universitarios mostró una prevalencia de vida de 3% (32). El estudio también indicó que la marihuana era la droga ilegal más ampliamente usada.

La marihuana es también la sustancia ilegal usada con más frecuencia entre los estudiantes de **Colombia**, según una encuesta que se llevó a cabo en 2004. Aproximadamente 5,5% de los estudiantes habían usando marihuana por lo menos una vez en sus vidas; 4,4% la habían usado en los últimos 12 meses, 3,4%, en el último mes, y 2,3%, en la última semana. Las tasas de uso se han elevado desde mediados de los años noventa. Entre 1996-1997 y 2004, el porcentaje de estudiantes que informaron que usaron marihuana en los últimos 12 meses subió de 1,5% a 4,4% (31).

En una encuesta nacional efectuada en **Chile** en 2004 por el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), 5,3% de las personas

señalaron que habían usado marihuana por lo menos una vez en su vida (30). Entre los **presos**, la tasa era considerablemente más alta: 88% de los presos entrevistados habían usado la droga. Entre los **estudiantes**, 15,2% dijeron que habían usado marihuana en los últimos 12 meses.

En **México**, el uso de marihuana parece estar disminuyendo ligeramente, según la Encuesta Nacional de Adicciones efectuada en el país en 2002. El uso de marihuana bajó de 1,21% en 1988 a 1,03% en 1998 y descendió nuevamente a 0,61% en 2002 (32). Como en otros países, la marihuana es la droga ilegal más ampliamente usada en México.

► **Estimulantes de tipo anfetamínico (ATS)**

Se estima que 1,9 millones de personas de América Latina y el Caribe han usado estimulantes del tipo de las anfetaminas en el último año. En América del Sur, **Brasil** tiene la tasa más alta de uso, y en América Central, la tasa más alta de uso corresponde a **El Salvador**.

En toda la Región, está aumentando el uso de este tipo de estimulantes. Cinco países informaron niveles crecientes y otros cinco señalaron que las tasas de consumo permanecían estables. Ninguno comunicó una disminución. El aumento obedece a las tasas crecientes de consumo de estimulantes *legales* del tipo de las anfetaminas en los últimos años (13).

CUADRO 9. Cantidad estimada de personas en las Américas que usaron estimulantes de tipo anfetamínico en los últimos 12 meses (prevalencia anual); 2006 o el último año del que se disponen datos

	Número de usuarios, prevalencia anual	Usuarios como % de la población de 15 a 64 años de edad, prevalencia anual
Las Américas	5.670.000	0,96%
América del Norte	3.720.000	1,27%
América del Sur, América Central y el Caribe	1.960.000	0,66%

Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), Informe Mundial sobre las Drogas 2008.

En **Brasil**, una encuesta domiciliar nacional (27) encontró que 1,5% de las personas habían usado estimulantes, principalmente anfetaminas, para perder peso, por lo menos una vez en su vida.

En **Colombia**, una encuesta entre estudiantes efectuada en 2004 reveló que 2,8% había usado estimulantes y 3,3% había usado éxtasis por lo menos una vez en su vida. Otras tasas de prevalencia de los estimulantes y el éxtasis, respectivamente, fueron: en los últimos 12 meses, 1,9% y 2,5%; en el último mes, 1,3% y 1,8%; en la última semana, 1,0% y 1,4% (31).

En **Chile**, 0,33% de las personas de 12 a 64 años de edad han usado éxtasis por lo menos una vez en su vida, según el sexto Estudio Nacional sobre las Drogas, efectuado en 2004. La tasa muestra un considerable aumento con respecto a un estudio realizado en 2002, que encontró una tasa de prevalencia de vida de 0,17%. La popularidad del éxtasis también parece haberse incrementado sustancialmente entre los adolescentes: en un estudio de 2005, 0,46% de los entrevistados de 12 a 18 años de edad dijeron que habían usado la droga durante el último año (30).

En **México**, el uso de los estimulantes de tipo anfetamínico también ha aumentado, en particular en las ciudades de la frontera con Estados Unidos (32). Las tasas más elevadas del uso quizás reflejen la creciente industria de producción de metanfetamina en México. Si bien la mayor parte de la metanfetamina está destinada al mercado estadounidense, una pequeña proporción queda en México, es fácilmente accesible e impulsa la demanda doméstica (13).

► *Inhalantes/solventes volátiles*

Un estudio multinacional que se llevó a cabo en siete países latinoamericanos en 1999-2000 estima que entre 12% y 13% de los estudiantes han tenido oportunidad de probar inhalantes y 5% los han usado por lo menos una vez (33).

Según los resultados de un segundo estudio comparativo realizado en nueve países en 2006, el uso de inhalantes por los **estudiantes brasileños** fue más de cuatro veces superior al observado en cualquiera de los otros países (34). En Brasil, 15,3% de los estudiantes dijeron que habían usado una droga inhalable en los últimos 12 meses, tasa que es más de cuatro veces superior a la registrada en **Colombia**, que tiene la segunda tasa más elevada, 3,5%.

En **otros países**, los porcentajes de estudiantes que habían usado inhalantes en los últimos 12 meses fueron: **Argentina**, 2,6%; **Chile**, 2,5%; **Ecuador**, 2,3%; **Perú**, 1,8%; **Uruguay**, 1,5%; **Paraguay**, 1,5%; y **Bolivia**, 1,2%.

Entre la población general de **Brasil**, la prevalencia de vida estimada del uso de inhalantes es de 5,2%, según una encuesta domiciliar realizada en 107 de las ciudades brasileñas más grandes (21). También en Brasil, un estudio efectuado en un **centro de rehabilitación para jóvenes de São Paulo** revela que 42% de los adolescentes habían usado un inhalante por lo menos una vez (28).

En **México**, se informó que el uso de inhalantes había disminuido de 0,15% en 1998 a 0,09% en 2002 (32).

Uso no médico de medicamentos de venta con receta

Una encuesta entre estudiantes secundarios de nueve países sudamericanos (34) muestra que el uso de drogas de uso farmacéutico sin una receta médica es relativamente elevado. Entre la **población estudiantil** del estudio, la prevalencia del uso de tranquilizantes en 12 meses fue la siguiente: en **Paraguay**, 7,1%; en **Bolivia**, 7,0%; en **Colombia**, 6,4%; en **Uruguay**, 4,0%; en **Brasil**, 4,0%; en **Argentina**, 3,0%; en **Ecuador**, 3,0%; y en **Perú**, 2,2%.

En **Brasil**, una encuesta domiciliaria efectuada en 107 de las ciudades más grandes del país mostró que la prevalencia de vida estimada del uso de tranquilizantes (benzodiazepinas) era de 3,3% (21).

Uso de drogas inyectables (UDI)

Pocos estudios epidemiológicos efectuados en América Latina y el Caribe se concentran en el consumo de cocaína crack y drogas inyectadas, principalmente por vía intravenosa, llamado uso de drogas inyectables (UDI). Sin embargo, un conjunto creciente de datos probatorios revelan la función importante del UDI para la salud pública, especialmente para la epidemia de infección por el VIH y la hepatitis C en Brasil, Argentina, Haití y Guayana Francesa. Por el contrario, algunos países hasta ahora siguen libres de la epidemia (36). Si bien el UDI se vincula estrechamente con la epidemia de infección por el VIH en países como Brasil, Argentina y Puerto Rico, aparentemente su influencia es insignificante en la mayoría de los demás países. La cocaína crack también ha sido asociada con la epidemia de infección por el VIH (ayudada por prácticas sexuales de riesgo) en países como Santa Lucía, Jamaica y Trinidad y Tabago (36). Las infecciones por el VIH asociadas con el uso de drogas inyectables han disminuido, en particular en países donde la epidemia es más antigua. La merma de las infecciones por el VIH en Brasil es atribuida a varios programas de reducción del daño auspiciados por el Ministerio de Salud de Brasil (37).

Los datos sobre el UDI reunidos entre 1998 y 2003 en **Buenos Aires, Argentina**, mostraron que la sustancia inyectada con más frecuencia era la cocaína, con una prevalencia de 87,1%, seguida de

la morfina, con 10%. No obstante, la frecuencia del UDI —especialmente la inyección diaria de la droga— cayó de 43,6% en 1998 a 5% en 2005 (38).

En **São Paulo, Brasil**, un estudio transversal de usuarios de drogas internados en **hospitales psiquiátricos públicos** encontró que 1,6% se había inyectado drogas por vía intravenosa (27).

Según otra encuesta en São Paulo, la tasa de UDI entre **adolescentes encarcelados** era más elevada, de 5,5%, incluyendo a 2% que se habían inyectado una droga por día intravenosa en el mes anterior a ser encarcelados (39).

Otro estudio más efectuado en **São Paulo**, que incluyó a los presos recluidos en la prisión más grande de América del Sur, investigó la correlación entre la infección por el VIH y la hepatitis C. Los resultados indicaron que el VIH se transmitía básicamente por medio de la inyección de drogas, en general cocaína, y que el riesgo de infección por el VIH aumentaba paralelamente al tiempo que permanecía encarcelado el preso. Las tasas de prevalencia entre los presos incluidos en el estudio fueron las siguientes: infección por el VIH, 16%; hepatitis C, 34%; y sífilis, 18% (39).

Un estudio transversal en **cuatro ciudades de Brasil** encontró una tasa de prevalencia de la infección por el VIH de 37% entre usuarios que se inyectaban drogas por vía intravenosa. Las tasas de infección se asociaban con encarcelamientos y con tener relaciones sexuales sin protección con otros hombres (35).

Otro estudio más realizado en **Porto Alegre, Brasil**, se concentró en las personas que solicitaban pruebas gratuitas de detección de la infección por el VIH. De 106 participantes que informaron el uso de drogas intravenosas en toda la vida, 50% tuvieron resultados positivos para la infección por el VIH. El estudio encontró que la inyección de drogas aumentaba por un factor de ocho el riesgo de contraer la infección por el VIH (40).

Trastornos causados por el uso de drogas: prevalencia y consecuencias

Entre las consecuencias más importantes del uso de drogas se cuentan el sufrimiento humano, los costos

de la atención de salud y la pérdida de productividad causada por los trastornos provocados por ese uso. Sin embargo, solo algunos de esos trastornos llegan a ser asistidos clínicamente (41) y, por lo tanto, es en extremo importante estudiar la población en general en un esfuerzo por evaluar el uso de drogas y los problemas asociados que, de otro modo, serían pasados por alto.

Las encuestas con muestras representativas de la población en general de todo un país, o simplemente de las ciudades más grandes del país, son costosas y, por consiguiente, poco frecuentes. Aun así, en los últimos 20 años se han realizado suficientes encuestas de ese tipo para estimar la prevalencia y las repercusiones de los trastornos causados por

el uso de drogas en la población de América Latina y el Caribe. Los cuadros y análisis presentados a continuación se basan en esa labor (42, 43).

El cuadro 10 muestra la prevalencia de vida total de los trastornos causados por el uso de drogas, la cual varía de 1% en **São Paulo, Brasil**, a 3,5% en **Chile**.

La prevalencia en los últimos 12 meses es mucho más baja y fluctúa entre 0,4% en **México** y 1,8% en **Chile**. Las tasas de abuso o dependencia de drogas (tanto la prevalencia de vida como la prevalencia en los últimos 12 meses) son mucho más elevadas para los hombres que para las mujeres, excepto en Chile, donde sucede lo contrario.

CUADRO 10. Tasas de la prevalencia del abuso o la dependencia de drogas en América Latina y el Caribe; encuestas basadas en la comunidad^a.

Lugar del estudio	Abuso o dependencia de drogas					
	Prevalencia de vida			Prevalencia en 12 meses		
	% del total	% de hombres	% de mujeres	% del total	% de hombres	% de mujeres
São Paulo, Brasil	1,0	1,9	0,6	0,6	1,1	0,2
Chile	3,5	3,4	3,5	1,8	1,7	2,1
Colombia	1,6	2,3	0,3	0,5	0,9	0,2
Lima, Perú	1,5	2,2	0,7	0,2 ^b	0,2 ^b	0,2 ^b
México ^a	1,4	2,9	0,2	0,4	0,9	0,0
Puerto Rico (Estados Unidos de América)	1,2	2,2	0,4	Ninguna observación	Ninguna observación	Ninguna observación
Promedio	1,6	2,5	1,0	0,7	1,0	0,5
Mediana	1,5	2,3	0,5	0,5	1,0	0,2

^a Fuente: Referencia 42; México: Referencia 44.

^b Tasa de prevalencia en los últimos 6 meses.

Sobre la base de las estimaciones presentadas en el cuadro 10, Kohn y Rodríguez (43) calcularon las tasas medias y las medianas de la prevalencia de

vida y en 12 meses de los trastornos causados por el uso de drogas en la Región. En el cuadro 11 se muestran los resultados.

CUADRO 11. Tasas de prevalencia del abuso y la dependencia de drogas entre los adultos (15 o más años de edad) en América Latina y el Caribe.

Prevalencia del abuso o la dependencia de drogas en América Latina y el Caribe		Número de adultos (de 15 o más años de edad) afectados
Prevalencia de vida, usando las tasas medianas		Número de personas afectadas en toda la vida
Total	1,6%	6,3 millones
Hombres	2,3%	4,4 millones
Mujeres	0,6%	1,2 millones
Prevalencia en 12 meses, usando las tasas medianas		Número de personas afectadas en los últimos 12 meses
Total	0,6%	2,3 millones
Hombres	0,9%	1,7 millones
Mujeres	0,2%	0,4 millones
Prevalencia en toda la vida, usando las tasas medias		Número de personas afectadas en toda la vida
Total	2,1%	8,2 millones
Hombres	3,2%	6,1 millones
Mujeres	1,2%	2,4 millones
Prevalencia en 12 meses, usando las tasas medias		Número de personas afectadas en los últimos 12 meses
Total	0,7%	2,7 millones
Hombres	0,9%	1,7 millones
Mujeres	0,5%	1,0 millones

Fuente: Referencia 43.

El cuadro 12 muestra que, entre los hombres de 15 a 59 años de edad, los trastornos provocados por el uso de drogas fueron clasificados como la

quinta causa más importante de AVAD y la novena causa más importante de años vividos con una discapacidad (AVD).

CUADRO 12. Trastornos provocados por el uso de drogas clasificados según su importancia como factor que contribuye a los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) y a los años vividos con discapacidad (AVD) en América Latina y el Caribe, 2002.

	Lugar que ocupan los trastornos provocados por el uso de drogas según su importancia como causa que contribuye a los ...	
	AVAD	AVD
En personas de 15 a 59 años de edad		
Hombres	5°	9°
Mujeres	... ^a	...
Total	7°	13°
En personas de todas las edades		
Hombres	7°	20°
Mujeres	...	...
Total	14°	...

^a No figuraron entre las 20 causas más importantes.

Fuente: Referencia 43.

El cuadro 13 muestra la importancia de los trastornos provocados por el uso de drogas como causa que contribuye a los AVD en cada país de la Región. Los trastornos provocados por el uso de drogas tuvieron las consecuencias más importantes en la **República Dominicana**, donde aportaron 2,5%

de los AVD, seguida por **Ecuador**, donde generaron 2,4% de los AVD. Los trastornos provocados por el uso de drogas tuvieron las repercusiones más bajas en **Cuba**, donde aportaron solo 0,01% de los AVD, y en **Granada y Honduras**, donde generaron 0,1% de los AVD en esos países.

CUADRO 13. Porcentaje con que los trastornos causados por el uso de drogas contribuyeron a los AVD, por país, 2002.

País	% de AVD aportado por los trastornos provocados por el uso de drogas
Antigua y Barbuda	0,6
Argentina	1,5
Bahamas	0,6
Barbados	0,6
Belice	0,6
Bolivia	1,5
Brasil	0,9
Chile	2,1
Colombia	2,0
Costa Rica	0,2
Cuba	0,0
Dominica	0,6
Ecuador	2,4
El Salvador	0,5
Granada	0,1
Guatemala	0,6
Guyana	0,4
Haiti	0,4
Honduras	0,1
Jamaica	2,1
México	0,5
Nicaragua	0,8
Panamá	0,2
Paraguay	0,6
Perú	2,0
República Dominicana	2,5
Saint Kitts y Nevis	0,5
Santa Lucía	0,2
San Vicente y las Granadinas	0,6
Suriname	0,4
Trinidad y Tabago	0,6
Uruguay	0,5
Venezuela	1,7

El cuadro 14 muestra la cantidad estimada de defunciones acaecidas en 2000, directa o indirectamente atribuibles al uso de drogas ilegales. Se presentan estimaciones de la mediana de las defun-

ciones y las estimaciones más bajas y más altas de la cantidad de defunciones en las subregiones de la OMS. Las causas de muerte fueron: SIDA, sobredosis, suicidio y traumatismos.

CUADRO 14. Cantidad estimada de defunciones por SIDA, sobredosis, suicidio o traumatismos directa o indirectamente atribuibles al uso de drogas: estimaciones de la mediana de las defunciones y de la cantidad más baja y más alta de defunciones en cada subregión de la OMS, 2000.

Subregión de la OMS ^a	SIDA	Sobredosis	Suicidio	Traumatismos
AMR-A				
Estimación de las defunciones provocadas por el uso de drogas				
Mediana	4.000	6.397	2.034	4.057
Estimación más baja	4.000	5.144	806	718
Estimación más alta	4.000	7.649	3.261	7.397
AMR-B				
Estimación de las defunciones provocadas por el uso de drogas				
Mediana	5.000	1.845	922	2.342
Estimación más baja	5.000	1.530	240	985
Estimación más alta	5.000	2.159	1.604	3.699
AMR-D				
Estimación de las defunciones provocadas por el uso de drogas				
Mediana	0	498	78	716
Estimación más baja	0	300	49	319
Estimación más alta	0	744	107	1.243

^a Véase la descripción de las subregiones de la OMS en la nota al pie del cuadro 5.

Fuente: Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors (WHO, 2004). Referencia 10.

En el cuadro 15 se comparan dos métodos para calcular la mortalidad total atribuible al uso de drogas ilegales. El método A suma las cuatro causas mostradas en el cuadro 14: SIDA, sobredosis, suicidio y traumatismos. El método B usa estimaciones de la mortalidad “por todas las causas” derivadas de los

estudios de cohortes, y de las fracciones atribuibles al uso de drogas. El método de “todas las causas” genera una estimación más alta ya que el método “de las cuatro causas” no utiliza una lista exhaustiva de todas las causas posibles de muerte.

CUADRO 15. Comparación de dos métodos para calcular la mortalidad atribuible al uso de drogas ilegales, por subregión de la OMS, 2000.

Subregión de la OMS ^a	Población de más de 15 años de edad	Defunciones, método A ^b : suma de 4 causas	Tasa de mortalidad por 1.000, método A	Defunciones, método B ^c : todas las causas	Tasa de mortalidad por 1.000, método B
AMR-A	255.420.000	16.488	0,06	40.356	0,16
AMR-B	297.625.000	10.109	0,03	18.425	0,06
AMR-D	44.580.000	1.292	0,03	2.522	0,06

^a Véase la descripción de las subregiones de la OMS en la nota al pie del cuadro 5.

^b Método A: suma de las medianas de estimaciones para las cuatro causas: sida, sobredosis de opioides, suicidio y traumatismos.

^c Método B: estimaciones de las medianas de todas las causas de mortalidad derivadas de análisis de índices normalizados de la mortalidad y la combinación de las tasas brutas de mortalidad.

Fuente: Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors (WHO, 2004). Referencia 10.

CUADRO 16. Porcentaje de defunciones de personas de sexo masculino atribuibles al uso de drogas ilegales, por subregión de la OMS, 2000.

Subregión de la OMS ^a	% de defunciones de personas de sexo masculino atribuibles al uso de drogas ilegales
AMR-A	0,56%
AMR-B	0,63%
AMR-D	0,72%

^a Véase la descripción de las subregiones de la OMS en la nota al pie del cuadro 5.

Fuente: Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors (WHO, 2004). Referencia 10.

CUADRO 17. Número de defunciones atribuibles al uso de drogas ilegales, por sexo y por subregión de la OMS, 2000.

Subregión ^a	Suma de cuatro causas de mortalidad	Mortalidad por todas las causas
AMR-A		
Hombres	9.233	22.599
Mujeres	7.255	17.757
AMR-B		
Hombres	6.369	11.608
Mujeres	3.740	6.817
AMR-D		
Hombres	930	1.816
Mujeres	362	706

^a Véase la descripción de las subregiones de la OMS en la nota al pie del cuadro 5.

Fuente: Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors (WHO, 2004). Referencia 10.

El cuadro 18 presenta estimaciones de los AVAD atribuibles a las drogas ilegales, por subregión de la OMS. Para la agrupación por edad, se supuso que ninguna persona menor de 15 años y ninguna mayor de 54 eran usuarios problemáticos de drogas ilegales. (Se ha encontrado que entre estos límites

de edad está incluida la gran mayoría de usuarios problemáticos de drogas ilegales.) Se calcularon las estimaciones del cuadro 18 sobre la base de datos limitados acerca de la edad y el sexo de las personas que morían a causa del SIDA, sobredosis, traumatismos y suicidio.

CUADRO 18. Carga de morbilidad, medida según los AVAD, atribuible al uso de drogas ilegales, por sexo y por subregión de la OMS, 2000.

Subregión de la OMS ^a	AVAD atribuibles al uso de drogas ilegales	
	Hombres	Mujeres
AMR-A	594.000	185.000
AMR-B	586.000	13.000
AMR-D	193.000	59.000

^a Véase la descripción de las subregiones de la OMS en la nota al pie del cuadro 5.

Fuente: Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors (WHO, 2004). Referencia 10.

CUADRO 19. Distribución estimada de las causas de muerte atribuibles al uso de drogas ilegales, por edad; 2000

Causa de defunción	Defunciones (por sobredosis, suicidio y traumatismos) atribuibles al uso ilegal de drogas					
	Menores de 15 años	15 a 24 años	25 a 34 años	35 a 44 años	45 a 54 años	Más de 54 años
Sobredosis	0	1/6	1/3	1/3	1/6	0
Suicidio	0	1/3	1/3	1/6	1/6	0
Traumatismos	0	1/3	1/3	1/6	1/6	0
Total^a	0	0,13	0,34	0,29	0,24	0

^a Promedio ponderado de las tres causas.

Fuente: Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors (WHO, 2004). Referencia 10.

Recomendaciones para mejorar la calidad de los datos sobre el uso de drogas

La importancia de la información epidemiológica

Desde hace mucho tiempo el uso de drogas ilegales ha sido un problema en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. El problema se ha agravado en los últimos años a medida que han proliferado las drogas sintéticas y han aumentado la producción y el uso de drogas ilegales.

Desde los años setenta, se han realizado esfuerzos en la Región para combatir tanto la oferta como la demanda de drogas ilegales mediante las sanciones legales y la reducción del tamaño del mercado de drogas. La estrategia no ha resultado eficaz para disminuir la disponibilidad de drogas y ha crecido el uso de drogas ilegales. (Paradójicamente, hacer las drogas ilegales, puede volverlas más, no menos, atractivas en ciertas subculturas [3].)

Otra estrategia para reducir la demanda no se concentra en las sanciones legales per se sino en la reducción de los daños, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, que tienen como objetivo disminuir las consecuencias para la salud del uso de drogas y prevenir el inicio o el incremento de ese uso.

No obstante, para que cualquier método tenga éxito, los expertos en materia de salud, los legisladores, los administradores de programas y otros interesados necesitan información confiable. Tienen que conocer la magnitud del problema y la población destinataria. ¿Quiénes usan drogas? ¿Con qué frecuencia y en qué circunstancias? ¿Cuáles son las barreras para obtener ayuda? A menudo se carece de esa información (9).

Es preciso contar con una sólida base de información epidemiológica exacta para asignar los recursos en forma apropiada, diseñar programas eficaces y medir su éxito.

Limitaciones de los datos existentes

La ONUDD ha hecho considerables esfuerzos por mejorar la calidad de la información acerca del uso de drogas y los programas de prevención y tratamiento, pero persisten considerables problemas en relación con los datos.

► *Pocas encuestas*

Una tercera parte de los países de la Región no tienen información acerca del uso de drogas en la población en general. Apenas la mitad de los países han realizado encuestas sobre el uso de drogas entre los estudiantes. Solo unos cuantos cuentan con información sobre el uso de drogas ilegales en subgrupos de la población expuestos al más alto riesgo de consumir drogas: los presos, las personas sin hogar y los pacientes VIH-positivos.

En algunos países, no se han publicado o catalogado encuestas ya completadas, lo cual las vuelve imposible de localizar a través de revisiones normales de la literatura; los investigadores deben consultar a funcionarios gubernamentales o al personal que trabaja sobre el terreno.

Además, virtualmente no existen estudios de los trastornos provocados por el uso de drogas y sus consecuencias para la salud; solo un pequeño número de países han obtenido esa información.

► **Deficiencias de los datos existentes**

Los estudios existentes a menudo presentan deficiencias: las preguntas no están normalizadas, los métodos de las encuestas no son homogéneos de un país a otro y muchos estudios son actividades efectuadas una sola vez, factores que hacen imposible detectar tendencias, evaluar patrones o comparar y contrastar el uso de las drogas en los distintos países.

En la mayoría de los países, las encuestas generales no incluyen datos sobre los sectores de la población de más edad, otras carecen de información sobre las poblaciones rurales o sobre grupos étnicos e indígenas.

► **Problemas de los estudios de la prevalencia**

- **Encuestas de la población en general**

Las estimaciones de la prevalencia varían según los supuestos adoptados para el estudio y la metodología empleada. Los datos proporcionados por la ONUDD no tienen la misma confiabilidad de las encuestas domiciliarias en gran escala, pero estas últimas son demasiado costosas para ser viables en la mayoría de los países de la Región. Aun cuando se dispusiera de los recursos necesarios, las encuestas domiciliarias en gran escala no permitirían calcular con exactitud la prevalencia del uso de drogas en la población en general, no solo por la notificación incompleta de una práctica ilegal sino también porque ciertos grupos marginados de la sociedad —los niños de la calle, los adultos sin hogar, los presos y otros grupos— normalmente son pasados por alto en las encuestas

de la población en general. No obstante, estos son los sectores de la población que más probablemente usen drogas ilegales.

- **Encuestas basadas en las escuelas**

Las encuestas basadas en las escuelas presentan dos defectos. En primer lugar, excluyen a los jóvenes que no asisten a la escuela. La omisión puede ser importante y eliminar a una gran proporción de jóvenes de ese grupo de edad. Por ejemplo, en algunos países de América del Sur la tasa de deserción escolar es de 40% o más. En segundo lugar, la asistencia a la escuela sirve como factor “protector” que reduce las probabilidades de uso de drogas, lo cual indica que el uso de drogas entre los jóvenes que no asisten a la escuela tal vez sea más elevado que entre los estudiantes. En consecuencia, las encuestas basadas en las escuelas pueden subestimar la prevalencia del uso de drogas por un margen considerable.

Regreso a lo esencial: Descripción de las encuestas

Para realizar encuestas que proporcionen datos útiles, homogéneos, es preciso conocer los distintos tipos de encuestas, sus objetivos y formatos.

► **Dos tipos de encuestas**

Los estudios epidemiológicos normalmente utilizan uno de los dos tipos de encuestas descritos a continuación.

- El primero es la encuesta en la población general, con personas que viven en una zona determinada, definida por límites políticos o geográficos. La zona puede ser muy pequeña (una aldea con unas centenas de habitantes) o muy amplia (una nación con muchos millones de habitantes).
- El segundo tipo es la encuesta de un grupo especial de la población, como los estudiantes. Varios países han realizado encuestas nacionales representativas de los estudiantes de escuelas secundarias. Son menos frecuentes las encuestas de grupos especiales como los militares, los presos, los trabajadores y los pacientes de centros de salud.

► **Objetivos de las encuestas**

- **Calcular el número de personas afectadas**

El primer objetivo de toda encuesta sobre el uso de drogas es obtener una estimación de la cantidad de personas que usan drogas y sufren trastornos causados por ese uso. Sin embargo, como se señaló anteriormente, tanto las encuestas de la población en general como las basadas en las escuelas pueden subestimar el número de usuarios. El riesgo de pasarlos por alto es especialmente elevado cuando se trata de usuarios que no tienen hogar, están desempleados o forman parte de un grupo social marginado, los cuales están expuestos al mayor riesgo de sufrir problemas y dependencia de drogas.

- **Calcular la prevalencia del uso de drogas en el transcurso del tiempo**

El segundo objetivo de toda encuesta sobre drogas es establecer la prevalencia del uso en el transcurso del tiempo. Dos mediciones clave son *la prevalencia de vida* y *la prevalencia actual*. La prevalencia de vida indica cuáles personas han usado una droga en algún momento de su vida, aunque fuera por una sola vez. La prevalencia actual por lo general se mide determinando si una droga ha sido usada en el último año (últimos 12 meses), o en el último mes (últimos 30 días).

- **Definir los perfiles de riesgo**

También se pueden emplear las encuestas sobre drogas para reunir las características demográficas o personales que indican cuáles personas tienen más probabilidades de hacer uso indebido de drogas o de sufrir consecuencias para la salud, como la sobredosis, o consecuencias sociales, como verse involucradas en un accidente de tránsito o abandonar sus estudios como resultado del uso de drogas.

► **Tres formatos comunes**

Las encuestas comúnmente utilizan uno de los tres formatos que se describen a continuación. Según la población que será sometida a la encuesta, un formato puede ser más apropiado y más fácil de usar que otro.

1. **Los cuestionarios autoadministrados** son eficaces en función del costo, pero requieren que los entrevistados tengan un grado razonable de instrucción.
2. **Los cuestionarios administrados por el entrevistador** no requieren el mismo grado de instrucción por parte de los entrevistados, pero les dan menos privacidad porque el entrevistador por lo general hace las preguntas y toma nota de las respuestas de los entrevistados.
3. **Los formularios para informes de casos administrados por los médicos** constituyen una forma de reunir información más compacta; el formulario a menudo no incluye el texto completo de cada pregunta. Los formularios para informes de casos por lo general deben ser llenados por una persona capacitada para usarlos. Algunos investigadores consideran que este formato es más variable que los otros porque las preguntas no están expresadas por completo y no siempre se ofrecen a los entrevistados alternativas de las respuestas fijas.

Recomendaciones para generar mejores datos

Como organismo sanitario internacional dedicado a mejorar la salud y el estándar de vida en los países de las Américas, la OPS piensa que proporcionar información es una forma adecuada de mejorar la asignación de recursos para prevenir el uso indebido de drogas y tratar los trastornos y problemas conexos resultantes de ese uso. Nuestras recomendaciones para mejorar la calidad de los estudios disponibles se basan en la publicación de la OMS *Guide to Drug Abuse Epidemiology* (9) y fueron elaboradas mediante la consulta con investigadores y epidemiólogos de todo el mundo.

► **Preguntas por escrito**

Todo estudio debe basarse en preguntas escritas, que puedan ser normalizadas.

Establecer estudios basados en preguntas por escrito —y no orales— asegura que las preguntas y

la información que de ellas surge sean consistentes en distintos lugares y períodos de tiempo, lo cual hace posible detectar cambios y analizar tendencias y patrones. Asimismo, las preguntas normalizadas aumentan las probabilidades de que se puedan integrar los resultados generados por países de cualquier parte del mundo. Esto, a su vez, hace posible determinar si los patrones o las relaciones son universales (9).

► Mediciones homogéneas

Todos los cuestionarios deben contener elementos específicos y usar mediciones homogéneas.

Los cuestionarios sobre el uso de drogas siempre deben:

1. **Emplear las mismas categorías de drogas:** cannabis, cocaína, etc. Se deben evitar categorías que puedan diferir de un país a otro, ya que esto hace difícil establecer comparaciones entre los países.
2. **Medir la prevalencia del uso.** Se deben medir tres períodos:
 - el uso de drogas en toda la vida del entrevistado,
 - el uso de drogas en el año/12 meses anteriores a la encuesta,
 - el uso de drogas en el mes/30 días anteriores a la encuesta.

Estos períodos permiten a los investigadores determinar qué proporción de la población incluida en la encuesta ha usado una droga alguna vez en su vida (prevalencia de vida), qué proporción ha usado una droga en los 12 meses anteriores (prevalencia anual) y, por lo tanto, tal vez aún siga usando la droga, y qué proporción de la población está constituida por usuarios actuales o recientes (prevalencia en 30 días).
3. **Medir la frecuencia del uso.** Los períodos para medir la frecuencia deben incluir: las veces que se usa la droga en un año, en un mes, en una semana, diariamente y más de una vez al día.

4. **Preguntar la edad en la que los entrevistados usaron la droga por primera vez.** Esta es una dimensión importante, identificada como una variable básica. La edad puede variar mucho de un entrevistado a otro. Todo entrevistado también puede informar edades muy diversas para la primera vez que usó distintas drogas.
5. **Preguntar cómo se administra o consume la droga.** ¿Se administra por vía oral, por aspiración o se inyecta? El método puede variar considerablemente según las distintas drogas. El método de administración/consumo es importante porque los diferentes métodos entrañan distintos grados de riesgo. La inyección de drogas, por ejemplo, implica un alto riesgo de transmisión de la infección por el VIH y la hepatitis si los usuarios comparten las agujas. Se debe incluir por lo menos una pregunta para establecer si los entrevistados usan equipos para inyectar las drogas (excluyendo las drogas prescritas para propósitos médicos).
6. **Preguntar acerca de las consecuencias del uso.** Las consecuencias pueden relacionarse con la salud, las relaciones personales, la asistencia o el desempeño en el trabajo o la escuela, contactos con el sistema de justicia penal, como el número de arrestos, el número de condenas o el tiempo pasado en prisión, o con cuestiones tales como la sobredosis de drogas o las lesiones físicas causadas por el uso de drogas, como las lesiones sufridas en un accidente automovilístico propiciado por el consumo de drogas.
7. **Desagregar los datos por sexo.** El consumo de drogas, las consecuencias sanitarias y sociales, los factores de riesgo y protección, y los servicios necesarios son distintos para hombres y mujeres. Al Desagregar los datos por sexo, el análisis de género es posible, permitiendo informar sobre las brechas en la investigación, y en la formulación de políticas y programas adecuados.

Hacia un enfoque de salud pública: Recomendaciones para la acción



Las necesidades de atención de salud de las personas de la Región que dependen de las drogas o sufren problemas relacionados con ellas simplemente no están bien documentadas. Sin embargo, con pocos programas concentrados en la prevención y el tratamiento del uso de drogas, podemos estar seguros que, en la mayoría de los países, la necesidad de servicios supera la disponibilidad de recursos, probablemente por un margen muy amplio.

Formulación de una respuesta de salud pública

Es el momento de responder a los problemas generados por el uso y la dependencia de drogas con un enfoque de salud pública que incluya a los usuarios de drogas en la cobertura de los servicios de salud.

Para determinar cuáles servicios de salud se necesitan con más urgencia se requieren datos confiables, que puedan ser compartidos por los países de toda la Región, información que nunca ha estado disponible. No obstante, eso cambiará en el 2010, cuando la OMS publique el informe ATLAS, que proporcionará la primera estimación de los recursos, país por país, para prevenir y tratar los problemas y trastornos relacionados con el uso de drogas. El informe constituye un hito importante en el esfuerzo por establecer políticas públicas y programas que aborden los problemas del uso de drogas en la Región.

Elaboración de programas de intervención basados en la investigación

El primer paso al elaborar programas de intervención es evaluar la magnitud del abuso de drogas y los daños causados en el país o jurisdicción donde se va a trabajar. Las evaluaciones deben basarse en información obtenida en encuestas generales de población, así como de jóvenes y grupos de alto riesgo. Deben incluir estadísticas de la mortalidad atribuibles al uso de drogas y estimar las repercusiones que el tratamiento de los trastornos relacionados tiene en los servicios de urgencia de los hospitales y otros servicios de salud.

La confidencialidad es fundamental. Toda información acerca del uso de drogas por una persona debe ser mantenida como estrictamente confidencial de tal modo que los entrevistados sepan que pueden buscar atención para el uso de drogas ilegales sin arriesgarse a las consecuencias jurídicas.

Todos los países de la Región se beneficiarán con la colaboración en las actividades de investigación. Al trabajar juntos y compartir información por medio de una red de grupos de investigación, los países podrán identificar factores en temas relacionados con las drogas que pueden ser modificados o aminorados. También podrán compartir modelos útiles para la prevención y el tratamiento.

Se carece de investigaciones sobre una amplia variedad de temas, percibidos como pertinentes y cuya importancia está creciendo en diversos países de la Región: las consecuencias para la salud del uso de éxtasis; los resultados de compartir el equipo para inhalar drogas; las redes sociales de usuarios de drogas no inyectables y la transmisión de la infección por el VIH y las hepatitis B y C; el tratamiento de la dependencia de la cocaína crack; el tratamiento de la dependencia del cannabis; el entender el uso de drogas de venta con receta y sus consecuencias; las relaciones entre la pobreza y el uso de drogas; el consumo de drogas y la participación en

el tráfico de drogas; el uso de drogas y el comercio sexual, entre muchas otras cosas. Definir una agenda para la investigación en América Latina y establecer una red de investigadores e instituciones puede contribuir a llenar las lagunas en el conocimiento y en la salud pública.

Proceso continuo de atención

Siempre que sea posible, el tratamiento de los trastornos causados por el uso de drogas debe ser proporcionado por servicios de atención primaria de la salud, servicios de tratamiento ambulatorio de personas que usan drogas, servicios diurnos de la comunidad y, cuando sea necesario, por servicios de hospitalización, como los de los hospitales generales y sus unidades psiquiátricas, en un proceso continuo de atención que abarque desde la atención inicial a los programas intensivos, y desde la atención general de salud a la más especializada.

Los servicios de la comunidad y los servicios de atención primaria –prestadores de servicios de salud del primer nivel– deben servir como punto de contacto en las actividades de prevención y tratamiento del uso de drogas y ofrecer pruebas de tamizaje e intervenciones breves. Las pruebas de tamizaje y las intervenciones breves son económicas y eficaces para disminuir el uso de drogas antes de que las personas se vuelvan dependientes o de que su dependencia se agrave (45-50). (Se puede encontrar información sobre pruebas de tamizaje e intervenciones tempranas en el sitio web de la OMS: http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/index.html.)

Prevención de la propagación de enfermedades infecciosas

Las personas que se inyectan drogas corren un riesgo particular de transmitir o contraer virus transmitidos por la sangre, que se transmiten por las jeringas compartidas entre los usuarios de drogas, los pinchazos con las agujas y las relaciones sexuales sin protección, entre otras formas.

Mediante varias técnicas, los programas de tratamiento pueden ayudar a los usuarios de drogas a evitar transmitir o contraer virus transmitidos por la sangre. Para lograr la máxima eficacia, los programas deben utilizar todas las técnicas en combinación (8):

- Ofrecer pruebas y orientación acerca de la infección por el VIH, la hepatitis y trastornos conexos.
- Proporcionar tratamiento a las personas infectadas por el VIH.
- Propiciar el trueque de agujas y jeringas.
- Ofrecer terapias de sustitución de opiáceos, como la administración de metadona y buprenorfina a los usuarios dependientes de la heroína.
- Disponer de naloxona para prevenir las defunciones por sobredosis de opioides (y ofrecer capacitación sobre su uso).
- Distribuir condones.
- Vacunar contra la hepatitis B.

Reducción del aislamiento social de los grupos de alto riesgo

Las personas marginadas de la sociedad –los pobres, las personas sin hogar, los presos, los trabajadores del sexo, los transexuales, los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y otras personas marginadas– tienen más probabilidades de usar drogas y desarrollar dependencias que otros sectores de la población. Estos grupos de alto riesgo necesitan una atención especial. Las políticas y los programas deben brindarles un fácil acceso a servicios de bajos costos, no solo a evaluaciones sobre uso de drogas, a programas de reducción de los riesgos o a intervenciones a corto plazo, sino también acceso a la vivienda y a una serie de servicios sociales para mejorar sus condiciones de vida y reducir su aislamiento de la sociedad.

Tratamiento y cuidados para todos, sin discriminación y cuando se requieran

Ante todo, se deben poner los servicios a disposición de cualquier persona que los necesite, sin discriminación y cuando los requieran.

Las comunidades tal vez se resistan al establecimiento de centros asistenciales y otras instalaciones de atención de salud y servicios sociales en sus vecindarios por temor a verse forzados a asociarse demasiado estrechamente con usuarios de drogas. Las cuestiones relacionadas con la seguridad pueden ser un problema. Sin embargo, al trabajar juntos, la policía, los trabajadores de salud, los miembros de la comunidad y los pacientes pueden garantizar la seguridad de los residentes y el acceso a la atención para los usuarios de drogas. Aun cuando los usuarios cometan delitos para comprar drogas, la comunidad no debe responder negando los servicios. *El tratamiento debe estar disponible para todos los que lo necesiten.* Para las personas que sufren dependencia de las drogas, el primer paso fundamental es encontrar ayuda para controlar el consumo. Si bien esto no ha sido documentado oficialmente, los usuarios de drogas informan que la discriminación los disuade de acercarse a los servicios asistenciales y recibir medicamentos y una atención óptima. Debemos recordar que promover y proteger los derechos humanos es un principio esencial en el tratamiento y la atención brindados a las personas con trastornos causados por el uso de drogas. Los servicios deben estar exentos de toda discriminación. Se ha comprobado que los servicios para reducción de los daños establecidos en las comunidades donde se congre-

gan usuarios de drogas disminuyen la disgregación en lugar de contribuir a ella.

Además, se ha comprobado que los servicios de alcance comunitario y los programas de reducción de los daños son eficaces en función del costo para prevenir la infección por el VIH y otras infecciones transmitidas por la sangre y pueden facilitar la búsqueda de tratamiento por los usuarios de drogas. No obstante, la legislación a menudo considera delitos a esas prácticas, sanciona a los profesionales que proporcionan jeringas y agujas limpias, sanciona a los usuarios de drogas por llevar consigo ese equipo y, de ese modo, impide que se implementen prácticas eficaces. Esos servicios son parte de un proceso continuo de atención y no conducen a un aumento del uso de drogas en la comunidad en general. A nivel de país, es una prioridad revisar las leyes y políticas existentes concernientes al acceso al tratamiento y a la atención.

Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP)

En el otoño del 2008, la OMS puso en marcha en Ginebra el Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (*mhGAP*), diseñado para aumentar los servicios para tratar problemas mentales, neurológicos y de uso de drogas, especialmente en los países de ingresos medios y bajos. El programa afirma que, con una atención adecuada, asistencia psicosocial y medicación, se puede tratar a decenas de millones de personas aun cuando los recursos sean escasos (http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/index.html).

Diez pautas

Los mensajes clave del informe de 2001 de la OMS sobre salud mental (51) deben ser adaptados y aplicados a los trastornos causados por las drogas psicoactivas.

1. **Proporcionar tratamiento en la atención primaria de salud.**

Incluir pruebas de tamizaje e intervenciones breves para los usuarios de drogas antes de que desarrollen dependencia de las drogas.

2. **Disponer de medicamentos psicotrópicos para tratar los trastornos causados por el uso de drogas.**

En el caso de los opiáceos, la metadona y la buprenorfina forman parte de la lista de medicamentos esenciales de la OMS y pueden ser asequibles. Otros medicamentos psicotrópicos pueden ser usados para tratar las sobredosis y los síntomas de abstinencia de varias drogas psicoactivas comúnmente usadas.

3. **Proporcionar atención en la comunidad**

Incluir servicios de alcance comunitario.

4. **Instruir al público acerca de los trastornos causados por el uso de drogas y dónde encontrar servicios.**

5. **Involucrar a las comunidades, las familias y los usuarios.**

Las comunidades y las familias desempeñan una función importante en la atención y el tratamiento prestados a los usuarios.

6. **Establecer políticas, programas y leyes nacionales** que promuevan la atención de salud, instauren servicios de reducción de los daños, protejan los derechos humanos y ofrezcan alternativas a la prisión.

7. **Formar recursos humanos** para crear una fuerza laboral de trabajadores de salud que estén capacitados e informados en relación con el uso de drogas y los problemas asociados.

8. **Establecer vínculos con otros sectores de la sociedad.**

Involucrar a los sistemas judicial, educativo y de servicios sociales.

9. **Vigilar los programas de salud mental de la comunidad para mejorar los recursos** dedicados a prevenir y tratar los problemas causados por el uso de drogas.

10. **Apoyar la realización de otras investigaciones.**

La información epidemiológica es un elemento fundamental para planificar, establecer y vigilar la respuesta de salud pública. Se deben recolectar sistemáticamente datos confiables y comparables de distintos sectores de la población para definir las tendencias y evaluar la eficacia de las intervenciones.

Anexo

Para elaborar este informe, realizamos una búsqueda de bibliografía en las principales bases de datos y en la literatura no catalogada en inglés, español y portugués, con el fin de localizar información actualizada sobre la epidemiología del uso de drogas en la Región. También obtuvimos información de sitios web de observatorios nacionales del uso de drogas de distintos países y de publicaciones y páginas electrónicas de organismos como la OMS, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos (CICAD/OAS), el Departamento de Estado de los Estados Unidos de América, la ONUDD y el Banco Mundial. Además, consultamos estudios y datos epidemiológicos de la CICAD, la OMS y la OPS, incluida la Encuesta Mundial de Salud a Escolares.

Referencias

1. WHO. The Global Burden of Disease. 2004 Update. Geneva: World Health Organization, 2008.
2. Office of National Drug Control Policy (2002) The economic costs of drug abuse in the United States 2002, Washington DC, ONDCP (<http://www.whitehousedrugpolicy.gov>)
3. WHO. *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. GENEVA: World Health Organization, 2004.
4. NIDA Neurobiology of Drug Addiction <http://www.drugabuse.gov/pubs/teaching/Teaching2/Teaching2.html>
5. WHO. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization: Geneva, 1992.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. (DSM-IV)*. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
7. WHO. *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (Assist): Guidelines for Use in Primary Care*. World Health Organization: Geneva, 2003.
8. WHO. Training Guide for HIV Prevention: Outreach to Injecting Drug Users. Geneva: World Health Organization, 2003.
9. WHO. *Guide to Drug Abuse Epidemiology*. Geneva: World Health Organization, 2000.
10. Murray CJ, et al. *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Diseases Attributable to Selected Major Risk Factors*. World Health Organization, 2004.
11. WHO, *Health statistics and health information systems - Definition of region groupings*. 2008. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/definition_regions/en/index.html.
12. Rehm J, Monteiro M. *Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: implications for alcohol policy*. Rev Panam Salud Publica 2005. **18**(4-5): p. 241-8.
13. UNODC. *The World Drug Report 2008*, United Nations Office on Drug and Crime.
14. Villatoro J, Medina-Mora ME, Cravioto P, Fleiz C, Galván F, Rojas, Castrejón J, Kuri P, García A. (2004). "Uso y uso indebido de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002". En: Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y Otras Drogas 2003. Editor: Secretaría de Salud. Editorial: CONADIC. pp 71-84.
15. Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones, 2008. México: Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México, 172 pages.
16. Villatoro J, Gutiérrez M, Quiroz N, Moreno M, Gaytán L, Gaytán F, Amador N y Medina-Mora ME. Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes 2006. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México, D.F., (2007).
17. PAHO GSHS website: <http://www.bvsde.paho.org/bvsdeescuelas/EMSE/EMSEesp.html>
18. Fischer B, et al. *Charting WHO-goals for licit and illicit drugs for the year 2000: are we "on track"?* Public Health 1997; 111: p. 271-275.
19. Warner-Smith M, et al. *Heroin overdose: causes and consequences*. Addiction, 2001; 96: p. 1113-1125.
20. Ross M, et al. *Staying negative. Summary of the results of the Australian National AIDS and Injecting Drug Use Study*. ANAIDUS: Sydney; 1992.
21. Galduroz JC, et al. *Household survey on drug abuse in Brazil: study involving the 107 major cities of the country--2001*. Addict Behav 2005; **30**(3): p. 545-56.
22. Bucardo J, et al. *Historical trends in the production and consumption of illicit drugs in Mexico: implications for the prevention of blood borne infections*. Drug Alcohol Depend 2005. **79**(3): p. 281-93.

23. Medina-Mora ME, et al. *Mexico: systems for the epidemiological diagnosis of drug abuse*. Bulletin on Narcotics 2003; **LV**(1& 2): p. 105-119.
24. Cravioto P, et al. *Heroin consumption patterns in a northern Mexican border prison: Obstacles to treatment access*. Salud Pública Méx May/June 2003; **45**(3): p.181-190.
25. EMCDDA, *Study to obtain comparable national estimates of problem drug use prevalence for all EU member states*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Lisbon; 1999.
26. CEBRID, C.B.d.I.s.D.P.-. *II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 108 Maiores Cidades do País*. São Paulo; 2005.
27. Ferreira Filho OF, et al., *Epidemiological profile of cocaine users on treatment in psychiatric hospitals, Brazil* Rev. Saúde Pública 2003;**37**(6):751-759.
28. Peres CA, et al. *AIDS prevention among incarcerated teenagers, Brazil*. Saude Publica 2002; **36**(4 Suppl): p. 76-81.
29. CEBRID, *V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotropicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Publica de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras*. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: São Paulo; 2004.
30. CONACE, *Informe Anual de la Situación de las Drogas en Chile*. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes; 2006.
31. Martinez-Mantilla JA, et al. *[Substance abuse amongst adolescents, Bucaramanga, Colombia, 1996-2004]*. Rev Salud Publica (Bogota), 2007; **9**(2): p. 215-29.
32. Medina-Mora ME, et al. *Prevalence and correlates of drug use disorders in Mexico*. Rev Panam Salud Publica 2006; **19**(4): p. 265-76.
33. Dormitzer CM, et al. *The PACARDO research project: youthful drug involvement in Central America and the Dominican Republic*. Rev Panam Salud Publica 2004; **15**(6): p. 400-16.
34. CICAD, *Jóvenes y Drogas en Países Sudamericanos: un desafío para las políticas públicas*. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas; 2006.
35. Caiaffa WT , Bastos FI. *Redução de danos: marcos, dilemas, perspectivas, desafios*. Cad. Saúde Pública 2006. **22**(4): p. 702-703.
36. UNAIDS, *AIDS Epidemic update*. The Joint United Nations Program on HIV/AIDS/ World Health Organization; 2006.
37. Fonseca, E.M., et al., *Syringe exchange programs in Brazil: preliminary assessment of 45 programs*. Cad Saude Publica 2006; **22**(4): p. 761-70.
38. Rossi D, et al. *The HIV/AIDS epidemic and changes in injecting drug use in Buenos Aires, Argentina*. Cad. Saúde Pública 2006; **22**(4): p. 741-750.
39. Burattini M, et al. *Correlation between HIV and HCV in Brazilian prisoners: evidence for parenteral transmission inside prison*. Rev Saude Publica 2000; **34**(5): pp. 431-6.
40. Pechansky F, et al. *Substance use, risk situations, and HIV seroprevalence among individuals seeking free HIV testing in Porto Alegre, Brazil*. Rev Panam Salud Publica 2005; **18**(4-5): pp. 249-55.
41. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, Bruffaerts R, de Girolamo G, de Graaf R, Gureje O, Haro JM, Karam EG, Kessler RC, Kovess V, Lane MC, Lee S, Levinson D, Ono Y, Petukhova M, Posada-Villa J, Seedat S, Wells JE. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. Lancet. 2007 Sep 8; 841-50.
42. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Rev Panam Salud Publica 2005;**18**(4/5):229-40.
43. Kohn R, Rodríguez J Prevalencia y carga de los trastornos psiquiátricos en la población adulta de América Latina y en el Caribe. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2009, pp 19-34.
44. Medina-Mora ME, Borges G, Fleiz C, Benjet C, Rojas E, Zambrano J, Villatoro J, Aguilar-Gaxiola S. Prevalence and correlates of drug use disorders in Mexico. Prevalence and correlates of drug use disorders in Mexico. Rev Panam Salud Publica 2006 Apr;**19**(4):265-276.
45. Bernstein E, Bernstein J, Tassiopoulos K, Heeren T, Levenson S, Hingson R. Brief intervention at a clinic visit reduced cocaine and heroin use. *Drug Alcohol Depend* 2005;**77**:49-59.
46. Baker A, Lee NK, Claire M, Lewin TJ, Grant T, Pohlman S. Brief cognitive behavioural interventions for regular amphetamine users: A step in the right direction. *Addiction* 2005; **100**:367-378.
47. Cormack MA, Sweeney KG, Hughes-Jones H, Foot GA. Evaluation of an easy, cost-effective strategy for cutting benzodiazepine use in general practice. *Br J Gen Pract* 1994; **44**:5-8.
48. Bashir K, King M, Ashworth M. Controlled evaluation of brief intervention by general practitioners to reduce chronic use of benzodiazepines. *Br J Gen Pract* 1994; **44**: 408-412.
49. Marsden J, Stillwell G, Barlow H, Boys A, Taylor C, Hunt N, Farrell M. An evaluation of a brief motivational intervention among young ecstasy and cocaine users: no effect on substance and alcohol use outcomes. *Addiction* 2006; **101**(7):1014-1026.
50. Stephens RS, Roffman RA, Curtin L. Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *J Consult Clin Psychol*. 2000; **68**: 898-908.
51. WHO. World Health Report 2001–Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization, 2001.