

LA INVESTIGACION EN EL MARCO DE LA FARMACODEPENDENCIA *

Por HUGO A. MIGUEZ

R E S U M E N

A partir de una reflexión general sobre los problemas inherentes a la investigación en fármacodependencia, se llega a la conclusión que es necesario, por un lado, entender a la investigación como un apoyo sistemático de los programas de prevención, asistencia y rehabilitación, y por otro, que debe hacerse de la investigación un instrumento ágil que sirva no solo a los responsables del diseño de políticas de salud, sino también a los agentes que tienen relación con el problema (maestros, líderes, profesionales, etc.). Para ello se proponen tres niveles de acción: 1) el institucional, procurando mejorar los sistemas de registro y vigilancia epidemiológica; 2) el técnico-profesional, involucrando a los agentes de prevención en fármacodependencia en tareas de investigación que puedan retroalimentar y corregir sus propios programas; y 3) de participación comunitaria, como las investigaciones que realiza el autor en algunos gremios bonaerenses en relación a hábitos y actitudes frente al alcohol por parte de los miembros de esos gremios que participan en el acopio de datos.

S U M M A R Y

In the frame of a general conceptualization of research in the field of drug abuse, the author establishes two basic needs. Understanding research as means to support systematically all preventive, therapeutic and rehabilitating programs, in the first place; and managing research as a useful tool to the service not only

PALABRAS-CLAVE: *Fármacodependencia. Drogas. Epidemiología. Investigación, prevención, asistencia y rehabilitación.*

KEY WORDS: *Substance abuse and dependence. Drugs. Prevalence, investigation, prevention, treatment and rehabilitation of drug abuse.*

* Ponencia presentada en la II Reunión Subregional Andina del Grupo Consultivo sobre Farmacodependencia MSP/CHU/OPS, Quito (Ecuador), 20-24 de octubre de 1986.

or the officials in charge of health policies but for the sake of people in the field concerned with the day problems of it (teachers, community leaders, professionals, et al). He proposes three levels of investigation: first, the institutional one, increasing the quality of registration and epidemiological vigilance systems; second, involving the technicians and professionals working in drug abuse centers in research tasks in order to facilitate and feedback their own work; third through community interventions, i.e. the actual work of the author with some unions in Buenos Aires, in which it is the very workers who design and collect data about alcohol use and related attitudes.

INTRODUCCION

Antes de iniciar el examen de los diferentes campos que se abren para la investigación en fármacodependencia, me parece oportuno detenerme brevemente a reflexionar acerca de algo que por su relevancia debiera puntualizarse desde el primer momento. Me refiero a la formulación de una política de investigación en fármacodependencia, una política que en forma explícita marque el rumbo a seguir y de, por lo tanto, sentido a los diferentes estudios sobre el problema. En definitiva, una política que fundamente un plan general de investigación donde pueda establecerse cuáles son los temas y aspectos prioritarios a estudiar.

La experiencia nos indica que la falta o incompleta formulación de este tipo, se traduce permanentemente en la dispersión de los hallazgos, en la falta de unidad que presentan, y, en definitiva, en la dificultad (y a veces imposibilidad) de integrar el conocimiento obtenido en un programa de trabajo. De esta forma, muchos de los hallazgos pierden su valor y su utilidad por tratarse de intentos aislados que no responden a una búsqueda sistemática de respuesta. Desafortunadamente, ésta es gran parte de la historia que caracteriza tesis, estudios institucionales e incluso investigaciones que han demandado un gran esfuerzo pero que no han trascendido un aspecto puntual y poco integrable a una respuesta global.

Las consecuencias no sólo pasan por el desaprovechamiento del esfuerzo de un investigador que busca una respuesta, sino también, lo que es más grave, por el grado de desinformación con que a veces debe llevarse a cabo la toma de decisiones en los niveles de programas y acciones.

Frente a esto se hace necesario que los sectores políticos institucionales comiencen por definir sus prioridades en materia de información, acerca de las drogas y expliciten la línea a seguir en campos de alternativas tan conflictivas como los que representan, entre otros: las drogas legales y las ilegales, las acciones preventivas y las asistenciales, y la problemática de la dependencia y la del consumo.

Esta preocupación inicial tiene que ver con una forma de concebir la investigación que se exprese fundamentalmente por dos aspectos:

Por un lado, el entender a la investigación como un apoyo sistemático de los programas de prevención, asistencia y rehabilitación. El investigar además de

constituirse en una herramienta de clarificación y ampliación del cuerpo de conocimientos es un auxilio indispensable para la elaboración, evaluación y ajuste de las acciones programáticas. Por otro lado, debe hacerse de la investigación un instrumento ágil que sirva, no sólo a los responsables del diseño de políticas de salud, sino también a los diferentes agentes que tienen relación directa con el problema (maestros, líderes, profesionales, etc.).

Es decir, la investigación debe servir a una función de capacitación sobre el agente y de concientización de la comunidad. Entrando ya al tema de métodos, estrategias y temas a estudiar en fármacodependencia y en el entendido que estos debieran responder a un plan general, podemos ahora examinar estos aspectos de acuerdo a los diferentes ámbitos desde donde pueden organizarse las investigaciones. Con una finalidad exclusivamente práctica, propongo en forma tentativa caracterizar estos ámbitos como: campo institucional, campo técnico-profesional y ámbito comunitario.

AMBITO INSTITUCIONAL

Comprende aquellos departamentos, unidades o centros especializados en la investigación de la fármacodependencia que atienden este tema en forma permanente desde el campo estatal o bien con alguna relación formal con él. Dentro de estos voy a referirme especialmente a los orientados al diseño y evaluación de programas. Las características propias de estas unidades, hacen que representen un lugar apropiado para la organización de un banco de información epidemiológica. La relativa fijeza que tienen sus funciones al estar institucionalizadas, y el acceso formal a otras dependencias oficiales o privadas, las colocan en una buena situación. La creación de un banco de información epidemiológico en fármacodependencia, comprenden dos actividades básicas: 1) La organización de los datos existentes; y 2) La producción de nueva información sobre el tema.

En materia de organización de los datos existentes, esto nos lleva a un campo conocido por todos nosotros. Me refiero a los registros continuos que completan los indicadores de tipo morbi-mortalidad asociada al consumo de drogas, detenciones y sentencias, accidentes (tránsito y laborales), datos de tráfico, producción y consumo de drogas legales e ilegales, etc.

Estos registros, tan frecuentemente criticados como utilizados para elaborar perfiles epidemiológicos del problema de drogas, están tradicionalmente afectados por dificultades para su registro. Reconocemos en ellos graves problemas de distorsión y sesgo. Problemas que tienen mucho que ver con la misma condición de estigma, ilegalidad y hasta de connotación delictiva que tiene el problema que se estudia.

Ahora bien, esta es nuestra realidad. Estos indicadores con todos los problemas que sabemos que presentan, son a menudo, la única información con la que se cuenta. Incluso hasta el sólo hecho de poder contar con ella como recurso, significa frecuentemente un logro. Se han escrito críticas severas sobre estos re-

gistros, al punto de descalificarlos por completo y frente a esto cabe reflexionar sobre algunos puntos.

En primer lugar, creo que, al menos por ahora, debemos aceptar como investigadores que parte de la tarea en algunos de nuestros países es aprender a manejarnos con información que tiene problemas de recolección y proceso. En segundo lugar, es probable que nuestro desafío profesional pase, entre otras cosas, por ver cómo recuperar esta información en términos que le den cierta capacidad explicativa y predictiva confiable.

En atención a esto hay dos procedimientos que quisiera reseñar aquí: el primero tiene que ver con la problemática de lo incompleto o insuficiente de los registros. Es decir, con la recuperación de la información contenida en los originales, su organización y centralización. Cuando se habla de recuperación, debe tomarse en cuenta que la mayor parte de la información que proviene de las fórmulas de aplicación obligatoria en diferentes instituciones, simplemente no se tabula.

Los informes estadísticos rutinarios toman, por lo general, unas pocas características y las otras variables son desestimados, pasando a constituir una reserva de información, por lo general desconocida.

Nuestra experiencia en algunos países nos enseñó por ejemplo, que dentro del sistema judicial, la información que correspondía a todos aquellos procesados, por alguna causa asociada al consumo o tráfico de drogas, y que sólo se refería a edad, sexo y causa de detención, podía extenderse hasta completar otros aspectos socio-demográficos significativos para observar mejor el problema. Un ejemplo de la utilidad de esta información, se nos presentó cuando con la recuperación de la variable "escolaridad" asociada a detenciones, pudimos determinar, en una serie de cuatro años, el cambio que se estaba presentando en el mercado de consumo de marihuana, que avanzaba de los sectores marginales a los sectores medios. Esta información existía pero nadie la había tabulado. Lo cierto era que el registro correspondiente a detenciones, con todas las limitaciones que pudiese tener, era la única fuente que nos daba una serie histórica de varios años. La estrategia fue no tomar ingenuamente estos datos, pero no desestimarlos.

Uno puede advertir que el hallazgo de este tipo de relaciones, con información habitualmente no considerada, suele ser el mejor argumento para insistir en las instituciones acerca de realizar tabulaciones completas con toda la información recogida.

El procedimiento siguiente a la recuperación de la información está representado por la crítica y estimación del error que han introducido las limitaciones de la recolección y el proceso. Para citar un caso, dentro de las drogas legales, podemos referirnos a los problemas de subregistro de un indicador, como es la consulta por alcoholismo, dentro del sistema hospitalario. Este subregistro hace que el dato global esté muy por debajo de su valor real. Sin embargo, teniendo conciencia del ocultamiento, el indicador final suele tener valor expresivo siempre y cuando se lo cite como a un emergente en lugar de tratar de tomarlo

como dato absoluto. Por otra parte, este indicador (al igual que los demás) es ajustable por sus relaciones con otros y por procedimientos de investigación directa. En relación con este último aspecto, me refiero a investigaciones puntuales, sobre muestras restringidas, que nos señalan la distancia posible entre lo que se informa por ejemplo, en cuanto a consulta por alcoholismo y la demanda real.

Para concluir este punto, quisiera hacer mención a un tema que no he desarrollado y que está relacionado con todas aquellas observaciones que puedan hacerse para el mejoramiento de esta información a partir de corregir los problemas de la misma fuente que los produce. Dentro de este tema se incluye la revisión de fórmulas y cuestionario, la introducción de fórmulas de vigilancia epidemiológica, el ajuste y racionalización de los pasos administrativos, la capacitación y motivación del personal que interviene en el proceso, la mejoría y modernización de la tecnología para su manejo instrumental y múltiples aspectos más. No desarrollo estos aspectos porque prefiero enfocar el tema desde el ángulo del investigador que por lo general en la práctica es muy poco lo que puede hacer para superar los complejos problemas que genera el aparato administrativo. De esta forma opté por presentar los registros continuos desde lo que pueda estar al alcance del investigador. El interés y la acción concreta desde el área administrativa haría innecesario gran parte de los procedimientos que el investigador se ve obligado a utilizar para ajustar los datos que recibe .

El otro aspecto que debe contemplar un banco de información está representado por los estudios directos sobre la población. Entre estos, los de prevalencia e incidencia, a los que me voy a referir concretamente. Hoy en día la mayor parte de los estudios con los que contamos, constituyen caracterizaciones socio-demográficas de poblaciones cautivas, instituciones penales, servicios hospitalarios, lugares de custodia de menores, etc.

Esta información proveniente, tanto de los registros continuos que mencionábamos recién, como de estudios transversales de carácter ocasional (entre la que se cuenta mucha de la investigación clínica), tienen un valor considerable en tanto tipifica las características de una consulta, de una población penal o de un grupo asistido por un programa social. Sin embargo, lo cierto es que estas poblaciones no sólo constituyen una faz, generalmente terminal, del problema, sino que son el resultado de un complejo proceso de selección social que las ponen muy lejos de representar la problemática de la población general.

Si analizamos la problemática del alcoholismo, encontraremos que esta sólo se presenta en la consulta cuando alcanza niveles realmente manifiestos, mientras que el campo correspondiente a la bebida excesiva e incluso a los primeros estadios de la dependencia física es prácticamente inexistente. De forma semejante, los estudios sobre drogas que se llevan a cabo, por ejemplo, en poblaciones penales, recogen policonsumidores, quedando eliminados el consumidor experimental y ocasional, o sea se recoge una relación inversa a la predominante en la población. Esta información, valiosa en cuanto define a un grupo que debe ser cla-

ramente acotado, debe ser completada desde el campo de los estudios de prevalencia dentro de la población general.

He tenido en diferentes ocasiones la oportunidad de llevar a cabo estudios de prevalencia, sobre los diferentes niveles de consumo de alcohol y drogas en la población general. Sobre esto quiero hacer algunas consideraciones. Como todos saben, el estudio de esta problemática cuenta con una resistencia natural de la población a manifestarse sobre conductas que son censuradas y hasta consideradas como delictivas por la sociedad.

Trabajando desde hace mucho tiempo en el campo del alcohol, habíamos aprendido a cotejar con diferentes informantes, las respuestas que obteníamos sobre la conducta de ingestión, utilizando para el chequeo final la entrevista médica de los casos considerados presuntivamente como alcohólicos. Al incorporar a nuestros estudios las drogas restantes, decidimos manter la metodología establecida para el alcoholismo como la forma de aproximación inicial, completándola con otros procedimientos.

Concretamente, de acuerdo a nuestra experiencia, optamos por desarrollar los estudios en dos etapas: la primera, iniciando el estudio con una entrevista sobre los hábitos generales de alimentación e ingestión, y particularizando sobre los de ingestión alcohólica, llevado a cabo por un sistema de muestra que nos ubica el trabajo en conglomerados por barrios o manzanas que permitía cierto conocimiento de los entrevistados entre sí. La segunda etapa, apoyada por el estudio inicial, se desarrollaba en un mayor tiempo e incorporando técnicas de carácter antropológico: fundamentalmente entrevistas libres y observación participante, que posteriormente eran sistematizadas con relación a las variables de interés para la investigación. Sobre los casos de mayor consumo, se llevaba a cabo la entrevista médica, en un momento donde ya el entrevistado había cedido parte de su reserva inicial.

La dificultad mayor que encontramos en materia de estudios de prevalencia, fue la determinación de tasas de inhalación de disolventes en niños. A las dificultades propias de estos estudios, se añadía aquí, el fenómeno que algunos han definido como la doble marginalidad del inhalador. Esto significa que el niño no sólo está marginado por su pertenencia a un sector de gran deterioro social y económico, sino que padece además, una segunda marginalidad de la que es objeto por ser un inhalador dentro de su propia comunidad. De esta manera las condiciones para su estudio se complican más. Estas características nos exigieron diferentes modificaciones y pruebas, lo que finalmente constituyó nuestra metodología de trabajo que está lejos aún de ser procedimientos finales y que se presenta con un carácter ilustrativo.

En principio debimos abandonar la idea de trabajar con una muestra extensa que tuviera cuotas representativas de distintas áreas. En su lugar debimos escoger una comunidad en forma intencional, bajo el criterio de que ésta fuese lo suficientemente pequeña como para permitir un trabajo de campo de cierta duración. De esta forma, las tasas finales serían indicativas de un sector donde

el problema tenía alcances extremos. Una vez delimitada un área con estas características, se levantó un censo de niños entre los 7 y 13 años, residentes permanentes dentro de la comunidad. El programa de trabajo estaba incluido dentro de la acción comunitaria de una cátedra de la Universidad. Cada investigador (estudiantes avanzados de psicología) tuvo a su cargo la observación de un grupo aproximado de 10 niños. El investigador de hecho trabajaba en varias actividades y con otros niños, pero dedicaba una atención especial a las conductas vinculadas a la inhalación y a los niños que tenían asignados. Todas las semanas se llevaban a cabo reuniones de intercambio entre investigadores que facilitaban la confirmación de conducta y actitudes sobre el tema. De esta forma obtuvimos las tasas de inhalación en niños para una comunidad marginal, lo que permitió iniciar la tarea de prevención y asistencia. Además, este dato, ahora complementado con los perfiles de menores detenidos, nos dió un panorama más completo de las gradientes del problema, a la vez que nos resolvió dudas y problemas para llevar adelante un estudio general. Indudablemente, los métodos de este tipo son laboriosos, exigen controles diferentes y suelen extenderse en el tiempo. Sin embargo, y hasta tanto no se planteen otras técnicas, lo cierto es que es un costo bajo si se consideran los beneficios de, no sólo estimar estos problemas en su magnitud real, sino el descubrimiento de cuáles son las poblaciones en riesgo que se encuentran en juego y que pueden ser objeto de una atención prioritaria. Por ejemplo, del estudio referido, observamos que bajo una misma situación de deterioro socio-económico severo, la disolución de vínculos con un adulto era un factor significativo a la hora de definir la participación en un grupo de inhaladores y a la inversa. Por supuesto, estos son primeros resultados, son apenas una primera aproximación, tienen la virtud de caracterizar no ya a un grupo de niños internados, sino que trata de niños de una comunidad observados en su propio medio social, con una referencia que habla también de sus propias actitudes hacia la inhalación, de las creencias que apoyan su práctica, y del uso cultural en los que este se inscribe.

Con relación al punto de actitudes, quisiera hacer referencia del mismo, dentro del campo epidemiológico. Mi propuesta es utilizar las mediciones actitudinales, como un elemento más dentro de los estudios de prevalencia. De esta forma, completar la información obtenida, con una medida de la posición que la comunidad tiene con respecto a estos temas. Más aún, una medida actitudinal nos permite conocer el grado de resistencia o aceptación, que sería dable esperar según el nivel de consumo que posee el entrevistado.

Voy a explicar esto a partir de un caso concreto. En una oportunidad utilizamos como complemento de la entrevista, sobre hábitos de consumo del alcohol y drogas, una versión del diferencial semántico de Osgood. El diferencial semántico consiste en una serie de palabras significativas acompañadas por antónimos, sobre los que el individuo debe expresar su opinión en una escala. Es decir, se le entrega una hoja donde en la parte superior se encuentra escrita la palabra "Cerveza", abajo tiene 5 escalas que van de "muy de acuerdo" a "totalmente en

desacuerdo", para adjetivos del tipo "INOCENTE" y "PELIGROSA", y el entrevistado debe marcar el lugar con su opinión más apropiada con este aspecto. Así con varios conceptos y varias escalas.

En un trabajo de prevalencia, donde estudiamos casi 6000 individuos a lo largo de dos años, aplicamos junto a las preguntas generales y de hábitos de alcohol, el diferencial. Inicialmente tuvimos serias dudas acerca de la voluntad del entrevistado a expresarse con un instrumento que nos parecía muy fuera de la experiencia común, de un campesino o de un obrero bananero, por ejemplo. Realmente la sorpresa fue observar que esto era en realidad un prejuicio nuestro, la gente no sólo se interesaba, sino que trataba de dar una respuesta lo más exacta posible. Hasta le gustaba hacerlo. Obtuvimos de esta forma un perfil actitudinal para cada uno de los entrevistados y luego, agrupados los casos, podríamos leer las diferencias de actitud entre abstemios, por ejemplo, moderados, excesivos, alcohólicos, ex-bebedores, etc. Los puntajes actitudinales eran notablemente congruentes con el diagnóstico de sus hábitos de ingestión. Pudimos incluso medir según la variabilidad de las respuestas, el grado de homogeneidad que presentaban los grupos. Así, por ejemplo, abstemios y alcohólicos presentaban la menor variabilidad. Esto no era demasiado novedoso pero si lo era, por ejemplo, hallar una gran dispersión en el nivel de excesivos. Esto nos señalaba, por ejemplo, que podíamos esperar en una campaña preventiva que los tuviese como referencia. De la misma forma podía continuar el análisis dentro de los excesivos, por grupo de edad, sexo, etc.

Otro dato importante, fue ver que el patrón actitudinal de un cuasi abstemio (alguien que tomaba dos o tres veces al año solamente) se acercaba mucho más a los bebedores que lo que hubiéramos supuesto por su cuasi abstención. Esto era válido, fundamentalmente, para todos aquellos que desde la prevención debían evaluar las poblaciones en riesgo. Porque, si algo era claro, es que lo que amenaza a una población que todavía no consume alcohol o drogas, es una representación de estos, una configuración psicológica, un marco cultural o subcultural que en definitiva habría de legitimar la conducta de ingestión.

De modo que la medición de actitudes como parte del estudio epidemiológico, pasó también a constituir parte de una información indispensable de un banco de información que debe nutrir la decisión en el campo preventivo. Esto requiere cierto nivel de complejidad y una capacitación suficiente, por lo que pensamos que su lugar apropiado es siempre el área institucional y por medio de una unidad especializada en este tema.

AMBITO TECNICO-PROFESIONAL

Hablemos de un segundo ámbito desde dónde pueden organizarse las acciones de investigación y lo llamaremos tentativamente técnico-profesional, con la idea de enmarcarlo dentro del campo de actividades correspondiente a un agente de salud, médico, maestro, trabajador social, psicólogo, líder comunitario, etc.

Se trata en este caso no de una institución o centro especializado (aunque puede estar coordinada con esto) sino que tiene que ver con promover la investigación como una herramienta más para todos aquellos agentes que trabajan en áreas vinculadas al tema.

De esta forma se busca desarrollar el potencial investigativo de líderes, técnicos y profesionales, promoviendo la recuperación científica de sus experiencias. Esto implica capacitar para la aplicación de una metodología básica de investigación que esté al alcance del médico de la consulta hospitalaria, del maestro y de técnicos en general, que llevan largo tiempo trabajando en el tema.

Por ejemplo, a partir de un programa de atención primaria, llevado a cabo en una zona obrera, se inició un trabajo orientado de esa manera. Se procuraba que cada uno de los equipos profesionales que daba asistencia dentro de la comunidad, desarrollara un plan mínimo de investigación con la finalidad de caracterizar las metodologías propias de la atención primaria en salud mental. O sea, que en este caso, la investigación se constituía en un instrumento que el propio grupo utilizaba para evaluar su acción y eventualmente ajustarla. En este ejemplo, la tarea de capacitación no se hizo con la finalidad de desarrollar una investigación determinada, sino para que el técnico y el profesional, pudiesen objetivar y sistematizar su experiencia. Objetivar y sistematizar son los primeros pasos para evaluar la acción, y también la condición indispensable para transmitir y aprovechar la experiencia.

AMBITO COMUNITARIO

El tercer ámbito es el comunitario, aquí la organización de las acciones de investigación tienen mucho que ver con lo que se ha dado en llamar la investigación-acción, la formación de grupos de autogestión, y la organización comunitaria en torno a la problemática de drogas.

En relación a este tema, me pareció conveniente hacer referencia concreta a una experiencia en el campo de la prevención. De esta forma, voy a incursionar ligeramente en este campo con el fin de poder explicar luego el papel de la comunidad y las posibilidades de este modelo.

El proyecto que tomo como ejemplo se está desarrollando en el marco de dos gremios de trabajadores. Está orientado sobre la prevención del alcohol y parte de considerar como material de trabajo de nivel de prevención primaria, el sistema de representaciones y prácticas, que tiene una comunidad con relación al beber y a las bebidas alcohólicas. Asimismo considera que la forma como es concebida la relación con la bebida, es parte de la cultura y se expresa operativamente por medio de diferentes patrones de comportamiento, que están legitimados socialmente. Es decir, que el objeto del estudio está focalizado en el proceso de alcoholización que transcurre dentro de límites tolerados socialmente. En este sentido, la investigación apunta a nutrir el nivel primario de prevención, delimitando

los alcances reales y potenciales que posee una determinada concepción del deber y por este medio, estimar la vulnerabilidad propia de diferentes grupos sociales. Concretamente del sector obrero de un área urbana.

Ahora bien, en este caso la metodología utilizada implica no sólo la participación de la comunidad, en las diferentes etapas de la investigación, sino también la intervención de la misma en el campo de la acción preventiva.

En el caso concreto de uno de los gremios, se comenzó por tomar contacto con los dirigentes sindicales, que en distintas oportunidades habían manifestado su preocupación por la utilización del alcohol (en algunos casos psicofármacos) en la situación de trabajo. Se constituyó un primer grupo de trabajo dentro del gremio que tuvo como objetivo explorar, durante un corto lapso, el patrón de alcoholización que imperaba en una sección y que podía considerarse como tolerado. Es decir, que no despertaba resistencia o señales de alarma especiales, ni era considerado dentro de lo que habitualmente se considera como "alcoholismo". El grupo constituido inicialmente por tres miembros (trabajadores del lugar) exploró los patrones de ingestión y semanalmente fue revisando los riesgos y peligros que éstos implicaban dentro de la situación de trabajo. Para recoger la información, se elaboró una guía sencilla donde cada uno registraba todos aquellos comportamientos que el grupo consideraba como normal en relación a la bebida.

Al finalizar el mes, este grupo tenía un primer perfil de una sección de trabajo, que señalaba por ejemplo los niveles de alcoholización estimados como normales y la funcionalidad de los mismos, con determinadas condiciones de trabajo.

Lograda esta definición, se discutió con el grupo de trabajadores que habían participado en la investigación, cuáles eran los contenidos y la forma más apropiada para volcar estos resultados al grupo de compañeros y de esta forma definir el programa educativo que desarrollarían los mismos trabajadores que llevaron adelante la investigación con base a sus propios hallazgos.

El trabajo sobre estos resultados no sólo consolida a los que ya estaban trabajando, sino que es probable que incorpore a una nueva gente y de esta forma, vaya extendiendo el programa, tanto en lo que hace al conocimiento de los patrones de alcoholización, como en lo que toca a la acción preventiva.

En síntesis, este modelo implica que la participación en el estudio de las creencias, actitudes y prácticas relacionadas, en este caso con la alcoholización, (pero que también es válida para el conjunto de la farmacodependencia) lleva a la comunidad a reflexionar sobre sus propios problemas, a intentar formas activas de acción sobre el mismo. Promueve, desde otro ángulo, la aparición de formas organizativas del tema salud, y por consiguiente, apunta también a una toma de conciencia del problema.

Para finalizar, las acciones de investigación provenientes de los tres ámbitos citados implican diferentes cortes de la realidad. Es probable que por sí solas, su capacidad explicativa y predictiva sea limitada, pero es de su sistematiza-

ción e integración en un cuerpo racional de información donde puede pasar de una colección de datos a un marco de referencia y orientación epidemiológica que dé el sustento científico necesario para la programación.

Tal como se planteaba al comienzo, será la formulación de una política de investigación el primer paso a dar para conseguir la meta anterior.

R E S U M E

L'examen inhérent aux recherches sur les problèmes de pharmaco-dépendance conduit à la conclusion qu'il faut, d'un côté, comprendre l'investigation comme un appui systématique aux programmes de prévention, assistance et réadaptation, y de l'autre côté, l'investigation doit être un instrument agile. On propose trois niveaux d'action: 1) institutionnel, dirigé à améliorer les systèmes d'enregistrement et de surveillance épidémiologique; 2) technique et professionnelle destiné aux agents de prévention; 3) participation communautaire.

ZUSAMMENFASSUNG

Zwischen Forschung und Vorbeugungsprogrammen der Drogenabhängigkeit soll einen engen Zusammenhang bestehen. Die Ergebnisse der Feldstudien sollen auch den Lehrern, Verantwortungsträgern der Gemeinden und Sozialpädagogen zugänglich und vom Nutzen sein. Um das zu erreichen ist es erforderlich, folgenden Bedingungen zu erfüllen: 1) Epidemiologische Beachtung, 2) Technische berufstätige Programme; 3) Kommunitarische Mitarbeit.

REFERENCIAS

1. MARCONI, J. y ADIS CASTRO, G. (1967): "Análisis de los métodos y resultados de algunas investigaciones epidemiológicas y socioantropológicas latinoamericanas". En *Epidemiología del Alcoholismo en América Latina*, Monografía N° 1, Acta, Fondo para la Salud Mental, Buenos Aires.—
2. MARCONI, J.; HORWITZ, J. y ADIS CASTRO, G.: "Aspectos metodológicos y técnicos de investigaciones multinacionales acerca de epidemiología y socioantropología del alcoholismo y problemas del alcohol en América Latina", *IBID.*—
3. MIGUEZ, H. (1980): "Los problemas con la información sobre alcohol y alcoholismo". En *Consideraciones acerca de la ingestión de alcohol en Costa Rica*, Instituto Nacional sobre Alcoholismo, San José de Costa Rica.—
4. MIGUEZ, H. (1985): "Problema de farmacodependencia en Costa Rica". En *Informe para el desarrollo de guías para los registros de servicios de atención de la farmacodependencia* (Reunión de Expertos de OPS. Documento de trabajo), Washington, D. C.