

Índice

PRESENTACIÓN	3
OBJETIVOS DEL MANUAL	5
Capítulo 1. Nociones básicas de la investigación epidemiológica	
1. ¿Qué es la epidemiología?.....	6
2. Metodologías de investigación.....	7
3. El raciocinio epidemiológico	10
4. Estudios epidemiológicos	10
5. Tipos de medidas de la Epidemiología.....	13
Capítulo 2. Diagnósticos locales	
1. ¿Qué es un diagnóstico local?.....	15
2. ¿En qué contextos es conveniente realizar un diagnóstico local sobre consumo de sustancias?	18
Capítulo 3. Una experiencia de diagnósticos locales: Ventanas epidemiológicas	
1. ¿Qué es una ventana epidemiológica?.....	19
2. El factor participativo.....	20
3. ¿En dónde es posible realizar una ventana epidemiológica?.....	21
4. Diseño muestral y alcance de resultados	23
5. Etapas de la implementación de las ventanas epidemiológicas	24
6. Antecedentes y perspectivas de las ventanas epidemiológicas	25
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	27

Presentación

El Manual de Epidemiología, conjuntamente con el de Estadística y el Manual de Procedimientos en SIG (Sistemas de Información Geográfica) constituyen una serie de herramientas de trabajo que el Observatorio Argentino de Drogas (OAD) de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), pone a disposición de los observatorios de drogas provinciales y municipales, así como a todo profesional o técnico de la salud que requiera del desarrollo de competencias en investigación en estos temas de trabajo.

El Observatorio Argentino de Drogas (OAD) se ocupa de la generación y recopilación de información oportuna, válida y confiable sobre los distintos aspectos del consumo de sustancias psicoactivas. Esta información es necesaria para la definición de políticas públicas integrales, inclusivas, participativas, acordes a las necesidades de toda la población y basadas en evidencia científica. La producción empírica que aporta el OAD es un insumo central para la definición de las estrategias de prevención y la ampliación eficaz de la oferta de tratamiento para la problemática del consumo en todo el territorio nacional.

¿Quiénes conformamos el OAD?

El equipo del observatorio es interdisciplinario y está conformado por profesionales con extensa trayectoria en investigación; pertenecen a las siguientes disciplinas: Psicología, Sociología, Geografía, Estadística y Ciencias Políticas.

Desde un enfoque social y participativo, la SEDRONAR se encuentra abocada a la redefinición de su perfil institucional en base a ejes prioritarios de gestión, entre ellos la elaboración de un Plan Nacional de Drogas, el trabajo conjunto con el COFEDRO (Consejo Federal de Drogas) como instancia nodal del fortalecimiento de la perspectiva federal. En este marco, el Observatorio de Drogas tiene como uno de sus ejes prioritarios de trabajo, la vinculación con las provincias y municipios con miras a la producción de información epidemiológica. El fortalecimiento de los observatorios provinciales tiene por finalidad asegurar la producción y disponibilidad de datos válidos y confiables para la evaluación de la situación local sobre el consumo problemático de sustancias.

Para ello, se requiere trabajar de forma intensa y sostenida en la capacitación y desarrollo de competencias de los equipos de los observatorios provinciales para la realización de actividades tales como el diseño de instrumentos y metodologías para la recolección de datos, ejecución de programas de investigación, profundización del análisis de las muestras provinciales, entre otras. A partir de las acciones del OAD y del fortalecimiento del COFEDRO, se busca que las provincias y municipios desarrollen sustentabilidad en el registro, análisis y seguimiento de indicadores clave para la formulación de sus políticas públicas locales, acordes a las especificidades de sus poblaciones (según género, edad, etnia y otras particularidades). Esta estrategia de trabajo contribuye en el desarrollo del espíritu federal y en la articulación entre las diversas jurisdicciones (nacional, provincial y municipio) con la Sociedad Civil, aspirando a consolidar la gestión de la SEDRONAR.

Los principios que orientan nuestro trabajo incluyen la articulación con diferentes actores -universidades, organismos gubernamentales, agencias de ciencia y técnica, comunidades, organizaciones de la sociedad civil, servicios de salud-; la integración de distintos métodos y niveles de análisis, acordes a los distintos objetivos y propósitos de las investigaciones; la atención a las múltiples dimensiones que conforman la problemática del consumo de sustancias y el abordaje analítico desde un enfoque interdisciplinario.

Los contenidos del Manual han sido elaborados a partir de la consulta de múltiples fuentes bibliográficas y de la experiencia del equipo del OAD. Con la finalidad de facilitar y dinamizar la lectura de este material, decidimos citar las fuentes hacia el final del Manual, exceptuando aquellas situaciones en las cuales se realicen citas textuales.

Objetivos del Manual

Brindar herramientas metodológicas y operativas a los equipos técnicos y/u Observatorios Provinciales de Drogas para la producción de información confiable y oportuna sobre el consumo de sustancias psicoactivas y sus problemáticas asociadas mediante el desarrollo de diagnósticos locales.

Este documento pretende colaborar con el desarrollo y fortalecimiento de los observatorios provinciales y municipales de drogas para la continuidad o implementación de estudios epidemiológicos sobre la temática.

Objetivos Específicos

- Describir los principales recursos técnicos y metodológicos para el desarrollo de diagnósticos locales, destinados especialmente a los equipos técnicos y/u Observatorios Provinciales de drogas.
- Describir los procedimientos encaminados al desarrollo metodológico de las ventanas epidemiológicas en Centros de Salud y en Escuelas.
- Facilitar el acceso a la información técnica y conceptual de los miembros de la comunidad, organizaciones sociales, trabajadores de la salud y de la educación involucrados en el desarrollo de los estudios.

Capítulo 1.

Nociones básicas de la investigación Epidemiológica

1. ¿Qué es la epidemiología?

La epidemiología se ha definido como “el estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o fenómenos relacionados con la salud en poblaciones específicas y la aplicación de este estudio al control de los problemas sanitarios” (Last, 1995, citado en Beaglehole et. al, 2003:14). La perspectiva epidemiológica aplicada al conocimiento y comprensión del consumo, abuso y dependencia a las drogas, constituye un aspecto esencial en su definición como problemática del campo de la salud pública. El enfoque epidemiológico permite conocer cómo se distribuye el consumo y las adicciones en las poblaciones, cuáles son los determinantes de tal distribución, cuáles los factores de riesgo y cuáles los de protección y, por ende, cuáles los grupos de mayor exposición o riesgo. Toda esta información constituye un insumo central para la definición acertada de las políticas públicas.

La unidad de análisis en la investigación epidemiológica suele ser la población humana. Esta población puede ser de un tamaño muy variable y tiende a estar definida geográficamente y/o por determinadas características (como ser: sexo, edad, nivel educativo, entre muchas otras). Desde esta perspectiva, la unidad investigada puede estar conformada, por ejemplo: por jóvenes escolarizados de una escuela determinada, por pacientes en centros de tratamiento, o la población general de un país, una región, una provincia u otro recorte geográfico.

Los usos de la investigación epidemiológica son muy diversos dentro del campo de la salud pública: identificación de las causas (etiología) de una enfermedad; descripción de la historia natural de la enfermedad (evolución y desenlace); descripción del estado de salud de la población; detección de los determinantes sociales de la salud y la enfermedad, de los factores de riesgo y de protección; y evaluación de la efectividad y eficiencia de los efectores de salud.

Los **factores de riesgo** se definen como características o atributos (que pueden ser individuales -biológicos o psicológicos- familiares, sociales, ambientales, entre otros) que en su presencia incrementan la probabilidad de ocurrencia del evento, en nuestro caso, el consumo o dependencia a sustancias psicoactivas.

Los **factores de protección**, por el contrario, también son atributos o características, cuya presencia reduce o inhibe la ocurrencia del evento de nuestro interés.

En nuestro caso, la epidemiología nos permite fundamentalmente describir el estado de situación de los consumos de sustancias psicoactivas y cuáles son sus determinantes sociales en una población determinada. Asimismo nos permite conocer la evolución de la frecuencia del consumo a lo largo del tiempo. El conocimiento de la situación de los consumos es esencial para el diseño de políticas públicas de prevención y asistencia.

2. Metodologías de investigación

En la actualidad existe consenso en el medio científico respecto a la complejidad que encierra el consumo de sustancias. Esta definición de “complejidad” nos exige abandonar las explicaciones mono-causales, que tienden a asociar el consumo con una causa única, como por ejemplo: factores genéticos, ambientales u otros.

Partimos entonces de la afirmación de que el consumo y la adicción a sustancias constituyen fenómenos de estudio de tipo multicausal, donde confluyen en su producción factores sociales, económicos, culturales, ambientales, biológicos y psicológicos. Acorde con este enfoque teórico, el marco metodológico de investigación hace énfasis en los modelos multi-método, buscando complementar diversas fuentes de información y de modalidades de análisis de los datos, para abordar y comprender de manera más integral la problemática.

A su vez, además de la integración de diversos métodos y fuentes de información, en la conformación de los diagnósticos locales (por ejemplo, en un barrio determinado), un componente central es la participación de la comunidad. La investigación-acción participativa, que tiene su origen en la Sociología, Psicología y en la Educación Popular, parte del supuesto ontológico y epistemológico referente a la existencia y valor de diferentes tipos de conocimiento (el científico y el “popular”) y su elaboración en situación relacional: el conocimiento se produce en relación con otro/s. Desde la perspectiva de Maritza Montero, el aspecto más interesante de la investigación-acción participativa es que supone métodos:

“capaces de producir preguntas y respuestas ante sus transformaciones y ante los planteamientos que éstas provocan. Métodos cuya característica fundamental sea la capacidad de cambiar según los cambios del problema que estudia, de tal manera que se generen construcciones en una acción crítica y reflexiva de carácter colectivo. Se busca entonces construir una metodología dialógica, dinámica y transformadora que incorpore a la comunidad ‘a su autoestudio’” (Montero, 2004: 98).

Nuestros estudios locales (en municipios pequeños o barrios) involucran la participación de diversos actores sociales en las distintas fases de indagación y, fundamentalmente, en el proceso de reflexión y de construcción colectiva de estrategias resolutivas posibles. Volveremos sobre este tema más adelante.

Ahora bien, las definiciones metodológicas tradicionales describen las metodologías cuantitativas, cualitativas y los enfoques mixtos. A continuación veremos muy sintéticamente cada uno de ellos.

Metodología Cuantitativa

Este tipo de metodología, a partir de la medición numérica y el análisis estadístico, puede ser aplicado para la consecución de diversos objetivos tales como: establecer patrones de comportamiento o regularidades, estudiar relaciones entre variables, probar teoría, explicar y/o predecir hechos. El diseño de investigación presenta un alto grado de estructuración y especificación del objeto de estudio, de la definición de las variables intervinientes, de las técnicas de recolección y de análisis de datos. El estudio de los fenómenos bajo esta perspectiva metodológica implica trabajar con datos y hechos cuantitativos, cuantificables o mensurables. Una de sus particularidades centrales es la posibilidad de establecer generalizaciones respecto a los resultados alcanzados.

Metodología Cualitativa

Se caracteriza por enfocar de manera integral, holística, el problema de estudio; se lo indaga en los propios contextos naturales donde se presenta. Se busca prioritariamente comprender el sentido del fenómeno desde la perspectiva de los sujetos involucrados. Por ende, se la suele caracterizar como inductiva, pragmática, interpretativa, basada en métodos múltiples, reflexiva y asentada en la experiencia de las personas. Sus fenómenos de estudio suelen referir a la comprensión de procesos, significados, contextos particulares; a cómo se significan y experimentan la vida, los sucesos, la experiencia, el mundo del que forman parte las personas; a la revisión, modificación o creación de teorías empíricamente fundamentadas; entre otros. La construcción del conocimiento constituye un proceso flexible, recursivo, que implica ir de los datos a la teoría, de ésta a aquellos de forma sucesiva. El investigador se constituye como el instrumento principal de recolección y análisis de datos. A diferencia de la metodología cuantitativa, la cualitativa busca comprender en profundidad los fenómenos de su interés sin pretensión de generalización de sus resultados.

Enfoque mixto

Es un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos para responder al planteamiento del problema. Permite un acercamiento más integral al problema de estudio. El concepto en que se fundamenta este enfoque es la triangulación, con el objetivo de complementar y validar los datos (Sampieri y otros, 2006).

Comparación de los procesos cuantitativo y cualitativo

Características cuantitativas		Características cualitativas
<ul style="list-style-type: none"> • Orientado hacia la descripción, predicción y explicación • Específico y acotado • Dirigido hacia datos medibles u observables 	Planteamiento del problema	<ul style="list-style-type: none"> • Orientado hacia la exploración, la descripción y el entendimiento • General y amplio • Dirigido a las experiencias de los participantes
<ul style="list-style-type: none"> • Instrumentos predeterminados • Número considerable de casos • Se realiza de manera “externa” a los actores y escenarios 	Recolección de datos	<ul style="list-style-type: none"> • Los datos emergen gradualmente • Número relativamente pequeño de casos • Contacto directo con los actores y escenarios
<ul style="list-style-type: none"> • Análisis estadístico • Descripción de tendencias, comparación de grupos o relación entre variables • Comparación de resultados con predicciones y estudios previos 	Análisis de los datos	<ul style="list-style-type: none"> • Ideografía; datos textuales, detallados, ricos y profundos • Descripción, análisis y desarrollo de temas • Significado profundo de los resultados
<ul style="list-style-type: none"> • Estándar y fijo • Objetivo y sin tendencias • Orientado al resultado 	Reporte de resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Emergente y flexible • Reflexivo y con aceptación de tendencias • Orientado al proceso

Fuente: Adaptado de Sampieri et. al. 2006. Comparación de los procesos cuantitativos y cualitativos en la investigación científica.

En síntesis, proponemos entonces un abordaje investigativo con enfoque mixto, en tanto constituye una estrategia válida para el estudio de fenómenos complejos, tal como lo conforma el consumo de sustancias. No obstante, no debemos olvidar que la elección del método siempre está sujeta a la forma en que definimos nuestro problema de estudio.

Además de la elección del método –acorde a la definición teórica del problema de estudio- se requiere también establecer el **diseño de investigación**. Por “diseño” nos referimos al plan o la estrategia ge-

neral concebidos para obtener la información que se requiere. En un estudio pueden plantearse uno o más diseños; esta última opción, especialmente cuando se trata de objetos de estudio complejos, como es nuestro caso.

3. El Raciocinio epidemiológico

Como toda ciencia, la epidemiología tiene un conjunto de estrategias de investigación y de técnicas de análisis correspondientes a su forma de definición de su objeto de estudio. Desde la perspectiva de algunos autores, el Paradigma del Riesgo (juego de probabilidades) ha impregnado la lógica epidemiológica preponderante. Es así que en el análisis del estudio de la salud de una población o grupo determinado, se indagará qué probabilidades existen que se produzca cierto evento o enfermedad a partir de una serie dada de factores de exposición. En este sentido, cualquier posible asociación entre un evento (por ej. consumo de alguna sustancia en particular) y un factor de riesgo (por ejemplo, tener fácil acceso a la compra de la sustancia) será medido en términos de probabilidad, pero nunca en términos de causalidad (es decir, pensar en estos términos significaría que ante la presencia del factor de riesgo inevitablemente se producirá el evento).

El enfoque causal no resulta adecuado cuando los problemas en estudio son propios de las Ciencias Sociales y Humanas e involucran fenómenos complejos (multiplicidad de variables intervinientes en su definición). Tal es el caso del consumo de sustancias.

4. Estudios epidemiológicos

Los estudios epidemiológicos pueden clasificarse de muy diversas maneras. Una de las formas clasificatorias los distinguen en dos tipos: estudios **observacionales** y estudios **experimentales**. Una segunda estrategia clasificatoria diferencia entre **descriptivos** y **analíticos**.

Los **estudios observacionales**, tal como lo expresan Bonita et. al., *dejan que la naturaleza siga su curso: el investigador mide pero no interviene*. En este tipo de estudios, el investigador asume una posición pasiva y se limita –que no es poco– a registrar de forma sistemática y metódica, sin interferencia alguna sobre el objeto estudiado. Estos estudios son particularmente adecuados cuando las variables a estudiar no son factibles (material, ética o legalmente) de ser manipuladas. Por ejemplo, si nos interesa indagar cómo se asocia el sexo con el consumo de alguna sustancia en particular, no podemos “asignar la variable sexo”, sino que debemos limitarnos a escoger –por ejemplo– un grupo de hombres y un grupo de mujeres y **observar** cómo es la distribución del consumo de la sustancia X en uno y otro grupo. Muchas variables, como sexo, edad, nivel socioeducativo, antecedentes hereditarios, costumbres o hábitos, entre tantas otras, no son facti-

bles de intervención para ser asignadas (intencional o aleatoriamente) a un grupo en particular.

Por el contrario, los **estudios experimentales** (o de intervención) conllevan la manipulación de la variable de exposición. En otros términos, el investigador asume un rol activo interviniendo de manera controlada y sistemática sobre una exposición a un factor de riesgo o de protección, o un tratamiento. Este tipo de estudios es adecuado para estudiar, por ejemplo, la eficacia de un fármaco o tratamiento, de un equipamiento o instrumental diagnóstico, de un programa comunitario de intervención. Dentro de esta categoría de estudios encontramos dos diseños: los ensayos comunitarios y los ensayos clínicos aleatorizados.

La segunda estrategia clasificatoria nos permitía distinguir entre **descriptivos y analíticos**. Los **estudios descriptivos** tienen tres utilidades centrales: permiten establecer la distribución de la frecuencia de un evento (por ejemplo, del consumo de alcohol, de cocaína, etc.), identificar posibles factores de riesgo y esbozar hipótesis de asociación (entre un evento y una variable de exposición).

Los estudios descriptivos tienen múltiples utilidades dado que permiten: caracterizar el estado de salud de una población, brindar información para una adecuada planificación sanitaria, evaluar las acciones que se llevan adelante desde Salud, sugerir hipótesis etiológicas.

En no pocas oportunidades, este tipo de diseño suele ser adecuado como un primer acercamiento al estudio de una problemática específica dado que, en general, son más sencillos, económicos y de plazos más acotados que otros estudios de tipo analítico (como por ejemplo, los de Cohorte); además de que permite medir muchas variables de forma simultánea. Esta última afirmación parece constituir una ventaja, y de hecho lo es, pero también implica una restricción. En los Estudios transversales o de prevalencias (que se clasifican como descriptivos), si yo quiero estudiar cómo una variable (por ejemplo, una que constituya un factor de riesgo o de protección) determina la aparición (o no) de un evento, en este diseño es muy probable que acontezca que yo no tenga certeza del *carácter etiológico de la variable en cuestión*. En otros términos, no necesariamente se tiene conocimiento si aconteció antes la “presunta causa” o el evento.

Pongamos un ejemplo: supongamos que tenemos la hipótesis de que el divorcio en hombres aumenta las probabilidades de consumo abusivo de alcohol. Cuando realizamos el relevamiento de datos en el marco de un estudio de prevalencias, de forma simultánea (por ejemplo, en el marco de una encuesta) consultaremos a los hombres sobre su patrón de consumo de alcohol (para verificar si abusa o no de él) y sobre su estado civil. Ahora bien, suponiendo que los datos nos arrojan que los hombres que abusan de alcohol mayormente están divorciados,

no tenemos certeza qué aconteció antes: ¿comenzó a abusar de alcohol y luego se divorció? O ¿se divorció y luego comenzó a abusar del alcohol?

Por supuesto que para verificar este tipo de asociación existen otros diseños más adecuados como el de Cohorte.

Entonces, no obstante las atractivas ventajas de los diseños descriptivos, también presentan limitaciones. Si queremos estudiar con precisión cuál es la asociación entre una variable de exposición y un evento o, en otros términos, entre el estado de salud y alguna variable que lo determina, lo más pertinente es hacerlo utilizando alguno de los diseños que se incluyen dentro de los **estudios analíticos** (por ejemplo, los estudios de Cohorte o de Casos y Controles).

Por otra parte, resulta de particular interés el desarrollo contemporáneo de la “epidemiología de los servicios de salud”, que permite avanzar en la investigación sobre la asociación entre indicadores de enfermedad o su modificación respecto a variables *microcontextuales*, tales como la organización del servicio, la distribución de los RR.HH o de los recursos económicos. Este tipo de enfoque permite adecuar la organización de los servicios para obtener los mejores resultados en la modificación de la situación epidemiológica del grupo poblacional que es objeto de las prácticas de intervención, utilizando los recursos de una forma más racional.

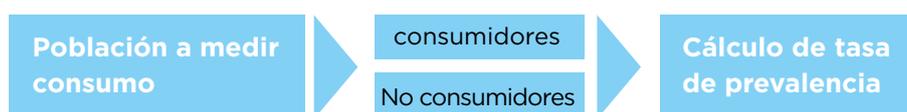
Tipo de estudio	Sinónimos	Unidad de estudio
Estudios observacionales		
Estudios descriptivos		
Estudios analíticos		
Ecológicos	De correlación	Poblaciones
Transversales	De prevalencia	individuos
De casos y controles	De casos y testigos	individuos
De cohorte	De seguimiento	individuos
Estudios experimentales	Estudios de intervención	
Ensayos aleatorios controlados	Ensayos clínicos	Pacientes
Ensayos de campo		Personas sanas
Ensayos comunitarios	Ensayos de intervención en comunidades	Comunidades

Fuente: Beaglehole et. al. (2003). Cuadro: Tipos de Estudios epidemiológicos

No describiremos aquí todos los diseños presentados en el cuadro, en tanto no es objeto de este manual. Nos limitaremos a profundizar las características principales del diseño más utilizado en el análisis del consumo de drogas en la población: el **estudio transversal o de prevalencia**.

El **estudio transversal o de prevalencia** forma parte de los diseños descriptivos y permite calcular –entre otras medidas posibles- la tasa de prevalencia, que desarrollaremos a continuación. En comparación con otros estudios, es más sencillo y económico. Tal como anticipamos algunos párrafos atrás, la observación en simultáneo de las variables de exposición y de resultado (evento) impide arribar a conclusiones etiológicas. El diseño permite establecer la frecuencia del evento de interés en distintos grupos según diversas variables tales como edad, sexo, etnia, ubicación geográfica, nivel socioeconómico, educativo, etc. Los datos que se obtienen permiten estimar la magnitud de la problemática y establecer las necesidades de atención de salud de las poblaciones.

Graficamos el procedimiento básico de un estudio de prevalencias, donde primeramente se debe definir la población donde se medirá el evento de interés (por ejemplo, consumo de sustancias), se aplica una única vez el instrumento (en nuestro caso, una encuesta que consulta sobre consumo y otras variables -por ejemplo, edad, sexo, nivel de escolarización, accesibilidad a sustancias, etc.-). Luego se verifica quiénes declaran ser consumidores y quiénes no. Sobre esta información es posible calcular la tasa de prevalencia, que describiremos inmediatamente a continuación. Luego podemos observar la distribución del consumo –siguiendo la misma lógica- sólo en hombres y sólo en mujeres, por rangos etareos, y así como tantas variables nos interesa analizar. Ello nos permite no sólo calcular la magnitud del consumo en la población medida sino también comparar su distribución según las diferentes variables de interés.



5. Tipos de medidas de la Epidemiología

La Epidemiología dispone de diferentes tipos de medida: a) de ocurrencia de la enfermedad; b) de asociación y c) de significancia estadística. A los fines del presente manual, nos interesa particularmente detenernos sólo en dos tipos de cálculos de tasas, que pertenecen al primer grupo enunciado (de ocurrencia). Estamos haciendo referencia a la **tasa de prevalencia** y a la **tasa de incidencia**.

La **prevalencia** se define como la proporción de casos de un evento de interés (una enfermedad o evento de salud) en una

población y tiempo determinado. Se diferencian tres tipos de prevalencia: de punto, de periodo y de vida. En el caso específico del consumo de sustancias estos tres tipos de prevalencias se suelen abordar preguntando, respectivamente: ¿Ha consumido X sustancia en los **últimos 30 días**? ¿Ha consumido X sustancia en los **últimos 12 meses**? ¿Ha consumido X sustancia **alguna vez en la vida**?

En otras palabras, podemos definir las tasas de prevalencia de consumo de sustancias de la siguiente manera:

- Prevalencia de mes: señala el número de personas que consumió X sustancia en el último mes. La prevalencia de mes referirá entonces al porcentaje de la población estudiada que manifestó haber consumido una sustancia determinada al menos una vez en los últimos 30 días en el momento en que se hizo el estudio.
- Prevalencia de año: número de personas que consumió en el último año determinada sustancia.
- Prevalencia de vida: indica el número de personas que consumió alguna vez en la vida determinada sustancia.

La incidencia se define como la proporción de casos nuevos de un evento de interés (una enfermedad o evento de salud) en una población y en un periodo de tiempo determinado.

En nuestro caso, la incidencia de consumo estima el número de **nuevos consumidores** de determinadas sustancias en un periodo determinado, por ejemplo en el último año (incidencia anual).

La **tasa de prevalencia** se calcula dividiendo el número de casos (cantidad de personas que han consumido X sustancia) sobre la población expuesta al riesgo (es decir, que tiene probabilidad de consumir) y suele ser expresado en casos por 10, 100 o 1000 personas. Por ejemplo, siguiendo con el consumo de sustancias psicoactivas, la tasa de prevalencia de vida se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{Número de personas que consumió x sustancia psicoactiva alguna vez en la vida}}{\text{Total de personas encuestadas (Población expuesta al riesgo en un momento determinado)}} \times 10^n$$

Capítulo 2.

Diagnósticos locales

1. ¿Qué es un diagnóstico local?

Una de las características de los relevamientos a nivel nacional y provincial es que aportan una mirada general sobre la distribución de la problemática bajo análisis. Sin embargo, es frecuente que este enfoque situado en lo macro opaque o diluya las realidades locales. La brecha que se establece entre la generalidad del dato construido a nivel nacional y la realidad local, se expresa en distintos niveles. Particularmente en las percepciones de los referentes locales y/o trabajadores de la salud que están en contacto con la cotidianeidad de los barrios, y que no ven reflejada su realidad local en los datos estadísticos a nivel nacional o provincial.

Dada la extensión territorial y la heterogeneidad económica, cultural y étnica de la Argentina, resulta pertinente el desarrollo de estudios que permitan caracterizar el consumo a nivel local, como también generar información sobre los sistemas de abordaje institucionales disponibles para la atención de los consumos problemáticos. Se busca con estos estudios impulsar la descentralización y favorecer la toma de decisiones y la adecuación de políticas y programas a la realidad de cada territorio. La producción de información es una tarea que debe ser construida colectivamente a partir de una pluralidad de voces que puedan dar cuenta de la diversidad territorial y el carácter federal de nuestro país. Desde esta perspectiva, la participación de las provincias en la producción de la información que servirá al diseño de políticas públicas, resulta crucial y promueve la sensibilización de los actores involucrados con la temática del consumo problemático.

Para avanzar en la implementación de estos diagnósticos locales, es importante reconocer la presencia de múltiples factores que inciden en la realidad local, como son los factores sociales, económicos, culturales, ambientales y político-institucionales, además de aspectos específicamente relacionados con la oferta y la demanda de drogas ilícitas (también lícitas, en particular el alcohol) en la localidad. En todos los casos, estos factores son entendidos por la comunidad en relación al riesgo que generan en las relaciones familiares y/o sociales, en la salud, en el trabajo o rendimiento escolar, entre otros. Por lo tanto, el conocimiento y la comprensión de estas dimensiones es una vía inclusiva para el desarrollo de estrategias y políticas locales acordes a las necesidades de los grupos poblacionales.

El contenido de los diagnósticos se construye a partir de la formulación de distintas metodologías y técnicas cualitativas y cuantitativas,

así como también a través de distintas fuentes de información, ya sea a nivel primario (otorgada por actores claves) como fuentes secundarias (dadas por el nivel central según diferentes fuentes y bases de datos, como puede ser desde el INDEC, o el OAD-SEDRONAR, entre otras tantas).

Para profundizar sobre la definición y tipos de fuentes, les sugerimos consultar el manual de Estadística, que forma parte de esta serie de publicaciones.

A continuación nos detendremos en precisar cuál es el objetivo general y los objetivos específicos que debe perseguir un **diagnóstico local sobre el consumo de sustancias**.

Objetivo general

Establecer un sistema de información actualizada a nivel comunitario sobre la magnitud y características de las problemáticas vinculadas al consumo de sustancias psicoactivas, que permita la reflexión y la posterior planificación de políticas y estrategias de intervención a nivel local.

Objetivos específicos

- Conformar equipos de trabajo interdisciplinarios a largo plazo que viabilicen el sostenimiento de un sistema de información epidemiológica.
- Disponer de instrumentos estandarizados para recoger la particularidad de cada localidad y a su vez se pueda establecer comparaciones con otras localidades para generar intercambios de conocimiento y de estrategias de intervención entre territorios (por ejemplo, entre municipios o entre provincias limítrofes).
- Identificar los patrones de consumo y de consumo problemático de drogas legales e ilegales en la comunidad, factores de riesgo y protección, y accesibilidad a recursos de atención de la población local.
- Comprometer y sensibilizar a los miembros de la comunidad y trabajadores de la salud y de la educación en la problemática.
- Contar con información geo referenciada relevante para la temática.

Es así que este manual pretende brindar herramientas epidemiológicas para elaborar diagnósticos locales apropiados al análisis de contextos específicos. Es decir, generar información confiable, rigurosa y útil, haciendo uso inteligente de los recursos disponibles. En este

sentido, las investigaciones que denominamos “Ventanas epidemiológicas” (tema que será desarrollado más adelante) conjuntamente con los instrumentos que el OAD pone a disposición de los observatorios provinciales y locales, permiten:

- » Describir las características de consumo de sustancias y opiniones sobre la temática en población consultante en centros de salud del Primer Nivel de Atención.
- » Describir las características de consumo, expectativas y creencias de jóvenes insertos en el nivel de Enseñanza Media.

Diagnóstico: Antes de invertir recursos en cualquier intervención que afronte un problema social es esencial conocer su naturaleza, características y su magnitud; identificar los recursos que están -o podrían estar- disponibles para responder al mismo, así como identificar aquellas intervenciones que sean cultural, social, económica y políticamente apropiadas (Suárez et. al., 2011: 22).

Según la guía metodológica de la CICAD¹, “Elaboración de diagnósticos locales sobre la problemática del consumo de drogas”, un diagnóstico local representa un conjunto de procedimientos encaminados al conocimiento de causas y posibles recursos para enfrentar una situación problemática específica con el objetivo de determinar una acción concreta para su abordaje y posible solución (Suárez et al, 2011).

Se trata entonces de una investigación para la evaluación de una situación a nivel territorial sobre la cual se espera proyectar algún tipo de intervención. Este proceso de investigación involucra la búsqueda y organización sistemática de información relevante para el diagnóstico, a partir del cual podrá posteriormente contrastarse la situación inicial con la situación posterior a la intervención.

En otras palabras, un diagnóstico local nos brinda conocimiento de la situación de partida respondiendo a una serie de preguntas sencillas:

¿Qué sucede aquí-ahora?

¿Con qué problemas nos enfrentamos?

¿Qué magnitud tienen estos problemas?

¿A quiénes afecta?

¿Con qué recursos contamos para enfrentarlos?

¿Por dónde empezar?

¹ Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas.

Por lo tanto, un diagnóstico local debe generar un producto final que contenga dos aspectos básicos: por un lado, la caracterización del fenómeno que estamos estudiando -en este caso, el consumo de sustancias- en un momento y espacio determinado; por el otro, un proceso de análisis e interpretación de la información obtenida, que se constituya en la base para la generación de propuestas de acciones concretas de intervención en el territorio.

En síntesis: la propuesta de diagnósticos locales pretende detectar problemas concretos en nuestra comunidad, jerarquizarlos y descubrir relaciones entre ellos de modo de contribuir a una adecuada formulación de planes y programas y proyectos de intervención en la realidad local.

2. ¿En qué contextos es conveniente realizar un diagnóstico local sobre consumo de sustancias?

En barrios, escuelas, áreas programáticas de salud, o en cualquier territorio social debidamente definido, donde se busque aplicar -o se esté aplicando- un programa de prevención o reducción del consumo de sustancias. Es conveniente que en el ámbito institucional ya exista una entidad local encargada de conducir el proceso con el apoyo expreso de la autoridad política local y la participación e involucramiento de las diferentes instituciones y organizaciones locales y otros actores sociales, así como de representantes de la comunidad. Esto será un factor clave para el éxito de la estrategia general que, como vimos, trasciende a la obtención de “meros datos”.

Ahora bien, desde nuestra perspectiva, “lo local” *per se* no existe. Es una realidad y un espacio que requiere ser *construido*. Se consideran por lo menos tres dimensiones o elementos para su definición:

- El territorio, como geografía física y social: se entiende que lo local no es solamente un territorio geográfico, sino también un conjunto social localizado, una población con características particulares que se afina en un territorio, se lo apropia y lo transforma.
- El territorio en su dimensión socio-simbólica: corresponde a una noción de cultura e identidad. Se refiere al conjunto de rasgos compartidos que configuran una “manera de ser”, un sistema de creencias y valores interiorizado por cada uno de los miembros de una sociedad local.
- El territorio como sistema de relaciones- sistemas de poder y de influencia en la vida cotidiana: se trata de un sistema de actores, que conforman un tejido social no neutro, que tiene capacidad de incidir en la vida cotidiana de quienes lo habitan.

Capítulo 3.

Una experiencia en diagnósticos locales: Ventanas epidemiológicas.

1. ¿Qué es una ventana epidemiológica?

La definición de ventanas epidemiológicas se funda en la necesidad de construir información local, con las especificidades propias de cada caso. Pero también, a su vez, esta estrategia metodológica impulsa el desarrollo de competencias locales en la producción y comprensión de la problemática del consumo. En esta línea de pensamiento, H. Míguez, precursor del desarrollo de ventanas epidemiológicas en nuestro país, planteaba que los estudios de escala nacional, además de insumir elevados costos económicos y logísticos (materiales y humanos), constituyen sistemas de producción de información que, una vez finalizados, no conllevan la subsistencia de las competencias ni las prácticas aprendidas para futuros emprendimientos investigativos.

El uso de la estrategia de Ventanas Epidemiológicas en nuestro país se remonta a mediados de los años '80. Desde el Programa de Epidemiología Psiquiátrica del CONICET se implementaron los Centros de Estudios Locales (CEL)², que relevaban información relativa al consumo de sustancias legales e ilegales, en comunidades, municipios y otros aglomerados, mediante modelos de vigilancia epidemiológica de inserción comunitaria. Esta forma de implementar las ventanas epidemiológicas significó la incorporación e involucramiento de los agentes responsables de las acciones de prevención y asistencia, tales como profesionales de la salud, de la educación y voluntarios (Míguez, 1998). La construcción de ventanas epidemiológicas constituye entonces una alternativa metodológica de producción de información en el tema de consumo de sustancias, que incluye la capacitación de los recursos institucionales existentes en los territorios, en tanto productores de información confiable y oportuna:

“Este método, denominado ‘ventanas epidemiológicas’ entraña la recuperación de la propia experiencia y conocimiento de las personas ubicadas en instituciones clave de la comunidad como los servicios de emergencia hospitalarios o escuelas y colegios y, por otro, aquellas ubicadas en comunidades testigo como es el caso, por ejemplo, de las poblaciones de frontera” (Míguez, 1998: 117).

En una perspectiva coincidente, Brasesco y Canay plantean la necesidad de implementar enfoques epidemiológicos renovadores, que permitan abordar la complejidad del consumo de sustancias apelando a la participación y al fortalecimiento de los escenarios y recursos locales:

² SEDRONAR apoyó la creación de 50 CEL distribuidos en todo el territorio argentino, entre los años 1998 y 1999.

“Estos nuevos enfoques deben contemplar componentes participativos que a su vez impacten en las políticas públicas. La epidemiología crítica marca un rumbo en este sentido, que se refleja en diferentes experiencias como la epidemiología comunitaria en el campo de las adicciones” (Brascesco & Canay, 2011: 13).

En síntesis: Una “ventana” permite, en una semana típica (que no contiene festividades que alteren de manera significativa el consumo ordinario de bebidas alcohólicas y de otras sustancias psicoactivas), captar información relevante en torno a los consumos de sustancias psicoactivas en una población previamente definida, que será destinataria de acciones preventivas y/o asistenciales.

Una ventana epidemiológica aporta datos sobre la distribución de esta problemática en una población definida, en base a los cuales se planificará y/o mejorarán los programas existentes.

En pocas palabras, se trata de una forma de diagnóstico local que da una respuesta más ágil de información, y permite a su vez cruzar los límites sectoriales del ámbito institucional, invitando a una construcción colectiva del diagnóstico local de la situación de consumo.

A diferencia de las campañas preventivas generales, esta estrategia buscará desarrollar destrezas comunicacionales por parte de quienes se desempeñan en el campo de las acciones preventivas (maestros, entrenadores, enfermeros, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, etc.), para que puedan componer una conceptualización preventiva derivada de datos propios. Se trata entonces de brindarles apoyo y capacitación a estos agentes que son efectivamente la primera línea de respuesta a los consumos de sustancias desde el campo comunitario.

2. El factor participativo

La particularidad distintiva de la metodología utilizada en la construcción de un diagnóstico local es la inclusión de un factor esencial: la participación de la comunidad. La idea central de la Ventana Epidemiológica es, de la mano de la Epidemiología Comunitaria, “incorporar a la gente involucrada en la primera línea de atención y prevención del problema, médicos, educadores, voluntarios, en un estudio que les sirviera de apoyo para dar seguimiento al problema y a su propia práctica dentro de la comunidad. De esta forma el concepto de ventana epidemiológica supone la no intrusión sobre la práctica local porque el resultado buscado es precisamente su objetivación, es decir el aprovechamiento estadístico de lo que ocurre en ámbitos

claves de la comunidad” (Míguez, 2011: 7).

El momento de cierre del estudio incorpora un espacio de “devolución” de los datos obtenidos. En términos estrictos, si entendemos que la información no es ajena a la comunidad, ni externa a ella, por el contrario, es producida por ella misma a partir del grupo o los actores sociales involucrados (trabajadores de la salud y de la educación), podemos afirmar que no hay devolución, ya que la información surge en y desde la propia comunidad.

Pero entonces **¿cuál es el rol del técnico en este proceso?** Los investigadores tienen a cargo la compleja tarea de la coordinación de los grupos, deben actuar como facilitadores de producción de conocimiento y de desarrollo de capacidades comunicacionales en los grupos involucrados en el trabajo, y no posicionarse como “expertos” que traen información. Se trata de posibilitar la participación de los grupos: primero en el análisis, luego en las conclusiones, por último en las reflexiones sobre sus alcances y recomendaciones. El coordinador es como un puente entre los datos y los instrumentos estadístico-conceptuales para que la comunidad pueda recorrerlo y comprender lo que sucede, para actuar sobre ello con mayor autonomía.

Se propone entonces la realización de talleres u otras actividades que aseguren la participación de todos los involucrados, en los centros de salud y en escuelas donde se implemente la metodología. Se convocarán a los maestros, profesionales, técnicos, personal de apoyo y miembros de la comunidad que hayan participado en el desarrollo e implementación de la ventana epidemiológica, como así también a las personas que se consideren apropiadas en el momento de la sensibilización, reflexión, discusión de resultados, elaboración de estrategias a futuro para la prevención, y cualquier otra instancia de abordaje de la problemática.

“Si la reflexión sistemática, se fija como proceso en la comunidad, es posible que la misma actúe más allá de la mera información sobre sustancias para pasar a ser una herramienta de concientización y, también, de organización preventiva con acciones intencionadas y eficaces” (Míguez, 2002: 12).

3. ¿En dónde es posible realizar una ventana epidemiológica?

Hay tres sectores principales que pueden sub-dividirse en otros:

- » Salud: hospitales, salas de emergencia, unidades sanitarias.
- » Educación: escuelas, colegios.
- » Comunitario: centros comunales, clubes, etc.

Áreas de investigación-acción: instituciones y objeto de estudio desde las ventanas epidemiológicas de los CEL



Fuente: Míguez, H. (2002). Estrategias de epidemiología comunitaria: Centros de estudios Locales (CEL) y Ventanas epidemiológicas. Disponible en: <http://www.hugomiguez.com.ar/Epicom/manual.pdf>

Nos detendremos sólo en las Ventanas en Salud y en Educación. Antes de pasar a ello, es necesario resaltar que por las características de este estudio, el campo de aplicación de los instrumentos epidemiológicos es siempre un área programática definida para estudiar los grupos que son o serán objeto de intervención, es decir, de las acciones concretas en el campo de la prevención o tratamiento.

Ventanas en Centros de Salud

La realización de un estudio focal en la población que ingresa a los centros de salud o unidades sanitarias será muy importante en tanto aportará información que permanece –en no pocas ocasiones– “invisible” a los dispositivos de salud. Específicamente, los centros de salud han sido pensados para una primera contención sanitaria de la población y no para la atención de problemáticas con elevada complejidad médica, y suelen estar ubicados en las periferias, en los barrios, por ello permiten captar un dato relativo a la realidad barrial/comunal.

El uso de sustancias psicoactivas y las consecuencias que ocasionan en la salud de quienes las utilizan no es habitualmente un problema que alcance la consulta externa. Por un lado, porque el sistema de sa-

lud tiene dificultades para visualizar los problemas de consumo como un área de trabajo sanitario y, por otro lado, porque la problemática está impregnada con la idea de ilicitud, sumada a una fuerte negación de quien la padece. Estos factores terminan configurando una consulta escasa y oculta bajo el trastorno sintomático o en la recurrencia de otros trastornos no estigmatizantes.

La población objetivo en el estudio es toda aquella persona mayor de 12 años que se acerque al Centro de salud y que voluntariamente acepte realizar la encuesta, durante los días que se defina el trabajo de campo (por ejemplo, una o dos semanas). Estos días se corresponderán a *semanas típicas* del calendario. Recordemos que por semana típica se entiende que no contenga festividades que alteren de manera significativa el consumo ordinario de bebidas alcohólicas y otras sustancias psicoactivas.

Ventanas en Escuelas

La realización de estudios de este tipo en establecimientos educativos constituye un recurso muy importante; especialmente en la definición de acciones preventivas, es decir: en la detección del riesgo de iniciación y de abuso de consumo de sustancias, de aquellos niños y adolescentes escolarizados que no necesariamente participan del consumo, o bien participan pero no han entrado en patrones de adicción. El objetivo de este estudio será entonces principalmente analizar las creencias, normas, prácticas y representaciones inductoras o legitimadoras del abuso de sustancias.

La población objetivo en este caso serán todos los alumnos de *X año* (por ejemplo, de 1er año y de *X curso*), considerando esta forma de selección como un “censo de pequeños grupos” con cierta representación de lo que sucede en esa población.

4. Diseño muestral y alcance de resultados

En los estudios focales con objetivos diagnóstico-comunitarios, como se presentó en apartados anteriores, no es necesario recurrir a métodos de selección de muestra que sean probabilísticos y requieran por tanto de fórmulas estadísticas que garanticen la representatividad y probabilidad de la generalización de sus resultados. En estos casos, se propone tomar las unidades poblacionales (población que ingresa al centro de salud, y población de estudiantes) de forma completa, llevando adelante lo que algunos autores llaman “censo de pequeños grupos”. En realidad, se les denomina muestras intencionales o cualitativas, las cuales tienen por objetivo dar sólo referencia a los grupos, personas o instituciones que están trabajando en torno a programas de prevención y/o asistencia locales. En otras palabras, el área programática la define la acción o intervención que se quiere realizar en un área de la comunidad, lo que requiere de su descripción exhaus-

tiva, ya que es allí y sólo allí donde serán aplicables los resultados obtenidos por el proceso diagnóstico.

Sugerimos consultar el Manual de Estadística que acompaña al presente para profundizar sobre la temática de *Muestras*.

Es por tanto un error pretender que estos resultados se generalicen a áreas más amplias de las del campo programático local, en tanto no es el objetivo de esta metodología establecer generalizaciones sobre lo que sucede a nivel municipal, ni provincial o nacional. **Los límites de los resultados son los límites del territorio definido por el programa preventivo-asistencial.**

5. Etapas de la implementación de las ventanas epidemiológicas

Fase I. Preparación y primeros datos

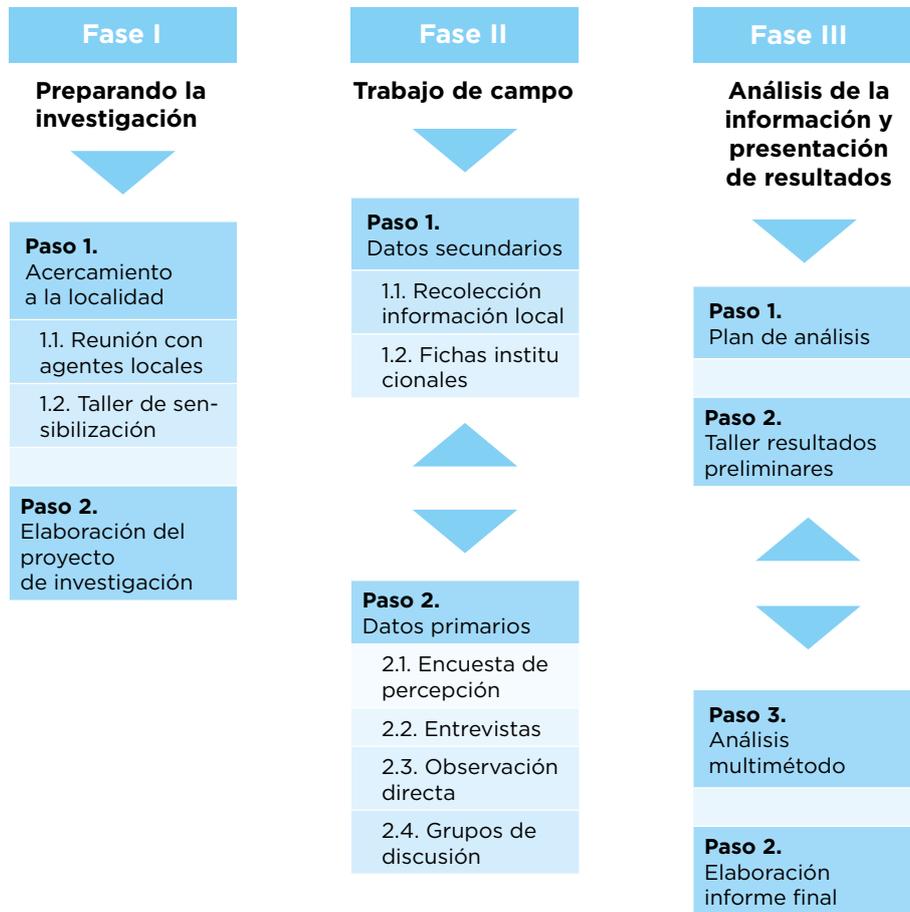
- a. Delimitación de la población o área programática a investigar.
- b. Reunión con los agentes locales.
- c. Recolección de fuentes secundarias: información local pertinente como distribución poblacional, morbi-mortalidad, natalidad, etc.
- d. Taller de sensibilización: armado de mapa institucional.
- e. Preparación del instrumento de recolección de datos cuantitativos.
- f. Capacitación de encuestadores.
- g. Delimitación temporal de la ventana: semana típica.

Preguntas clave: ¿Con qué recursos necesito contar para esta etapa? ¿Cómo debo organizarlos?

Fase II. Trabajo de campo: recolección de datos primarios

- a. Encuesta de consumo problemático, percepción de riesgo y accesibilidad para población que asiste a Centros de Salud, de 12 a 65 años (puesta a disposición desde el OAD).
- b. Encuesta de consumo problemático, percepción de riesgo y accesibilidad para adolescentes escolarizados de 13 a 17 años (puesta a disposición desde el OAD).
- c. Observación de campo.

Fase III. Análisis de datos: carga y procesamiento de datos y redacción de informes parciales



Fuente: Suarez, H. et. al (2011). Fases del Proceso diagnóstico. En: "Elaboración de diagnósticos locales sobre la problemática de consumo de drogas. Guía metodológica de investigación para la acción". Washington D.C.: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Secretaría de Seguridad Multidimensional de la Organización de los Estados Americanos (CICAD/SSM/OEA).

6. Antecedentes y perspectivas de las ventanas epidemiológicas

Desde el OAD-SEDRONAR, independientemente del valor estadístico que significan los estudios poblacionales para la definición de políticas públicas, damos un valor especial al desarrollo de estudios locales a partir de la estrategia de ventanas epidemiológicas. Tanto por la información que brindan sobre un recorte poblacional en particular y la posibilidad de comprender la problemática de los consumos en profundidad, como también por constituir una estrategia que conlleva la participación y el fortalecimiento de los recursos locales.

En este sentido, el OAD continúa el desarrollo de ventanas epidemiológicas, buscando ampliar a todo el territorio nacional la construcción de diagnósticos locales. Por tal razón se ha iniciado una serie de acciones que buscan por un lado, trabajar en forma conjunta con los observatorios provinciales en el desarrollo de ventanas en las capitales de cada jurisdicción provincial; por otro lado, incentivar a los municipios a que -con nuestro acompañamiento- desarrollen sus ventanas para comprender y mensurar la problemática de los consumos en sus poblaciones locales.

Es por ello que esta serie de Manuales -de Epidemiología, Estadística y Sistemas de Información Geográfica- busca no sólo, ni esencialmente, proveer de herramientas básicas en estadística, epidemiología y georreferenciamiento sino también incentivar la producción de estudios locales y el fortalecimiento de los actores sociales que cotidianamente enfrentan la problemática de los consumos de sustancias. El OAD pone a disposición sus recursos técnicos y profesionales (instrumentos, asesoramiento metodológico, capacitaciones) para el acompañamiento de la ejecución de estudios locales.

Bibliografía consultada

- Almeida Filho, N. & Rouquayrol, M. (2008). Introducción a la Epidemiología. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Almeida Filho, N. (1992). Epidemiología sin números. Una introducción crítica a la ciencia epidemiológica. Washington D.C.: OPS/OMS.
- Beaglehole, R.; Bonita, R.; Kjellström, T. (2003). Epidemiología Básica. Washington D.C.: OPS/OMS.
- Borsotti, C. (2006). Temas de metodología de la investigación en Ciencias Sociales empíricas. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Brasesco, V. & Canay, R. (2011). “El sentido social e la investigación epidemiológica en adicciones”, Revista Observatorio Social, 32. Pág. 13.
- Last, J. (1995). A Dictionary of Epidemiology (3rd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Míguez, H. (1998). Uso de sustancias psicoactivas. Investigación social y prevención comunitaria. Buenos Aires: Paidós
- Míguez, H. (2002). Estrategias de epidemiología comunitaria: Centros de estudios Locales (CEL) y Ventanas epidemiológicas. Disponible en: <http://www.hugomiguez.com.ar/Epicom/manual.pdf>
- Míguez, H. (2011). Implementación de ventanas epidemiológicas en el sistema de Atención Primaria de la Salud, Paraná - Provincia de Entre Ríos. Buenos Aires: SEDRONAR-OAD.
- Montero, M. (2004). Introducción a la Psicología Comunitaria. Buenos Aires: Paidós.
- Rivera y Revuelta, J.; Rodríguez Pulido, F.; Sierra López, A. (1993). El método epidemiológico en salud mental. Barcelona: Masson-Salvat.
- Sampieri, R.; Fernandez Collado, C.; Baptista Lucio, P. (2006). Metodología de la Investigación. México D.F: Mc Graw Hill Interamericana Editores.
- Sautú, R. (2005). Todo es teoría. Objetivos y métodos de investigación. Buenos Aires: Lumiere.
- Suarez, H.; Cheroni, S.; Failache, F.; Méndez, A.; Suarez Cambon, M. (2011). Elaboración de diagnósticos locales sobre la problemá-

tica de consumo de drogas. “Guía metodológica de investigación para la acción”. Washington D.C.: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Secretaría de Seguridad Multidimensional de la Organización de los Estados Americanos (CICAD/SSM/OEA).

- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa.

Dirección del Observatorio
Argentino de Drogas



SEDRONAR
Presidencia de la Nación