



Universidad Nacional de Córdoba
Facultad de Ciencias Médicas
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA



**ANÁLISIS DEL REGISTRO DE INTERVENCIONES PREVENTIVAS SOBRE
EL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE
LA PROVINCIA DE CÓRDOBA – ARGENTINA.**

Tesista: Médica María Soledad Burrone

Directora: Prof. Doctora Alicia Ruth Fernández

2010

Agradecimientos

Extiendo mi mayor agradecimiento por su constante acompañamiento y generosidad a la Prof. Dra. Ruth Fernández y al Prof. Dr. Julio Enders, a través de ellos a la Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba.

Agradezco también, a todos mis compañeros de trabajo que compartieron este proceso brindándome tiempo, información y apoyo para cumplir el objetivo.

A mis amigos y familia, por los tiempos restados.

En especial a mis padres, por acompañarme siempre, por la confianza, por su comprensión y por darme todo lo que soy como persona... Por todo su amor.

INDICE

INTRODUCCIÓN	4
ANTECEDENTES	9
HIPÓTESIS	18
OBJETIVOS	18
Objetivo General	18
Objetivos Específicos	18
METODOLOGÍA.....	19
• Asignación de muestreo por estrato	19
• Selección de las escuelas dentro de cada estrato	20
• Selección de aula dentro de cada escuela seleccionada	20
• Muestras relevadas.....	20
• Variables a estudiar.....	21
• Instituciones involucradas.....	24
RESULTADOS	25
DISCUSIÓN	48
CONCLUSIÓN.....	61
BIBLIOGRAFÍA.....	64
ANEXOS.....	76

INTRODUCCIÓN

Una de las metas de las Instituciones dedicadas al abuso de drogas, es la de ayudar a la población a comprender las causas del abuso y de evitar su comienzo (Robertson E, David S y Rao S, 2004). El abuso de drogas tiene consecuencias serias en los hogares, en las escuelas y en las comunidades ya que el consumo de cualquier sustancia ilícita o el uso inapropiado de las lícitas se considera abuso de drogas (Pentz MA, 2003). En este contexto, el consumo de drogas en los adolescentes constituye uno de los problemas prioritarios que enfrentan los administradores de salud pública en la mayoría de los países (Fernández S, 2002).

Así desde la década del 90, se han identificado intervenciones eficaces con poblaciones más jóvenes para ayudar a prevenir las conductas de riesgo antes de que ocurra el abuso de drogas (Hawkins JD, Catalano RF y Arthur M, 2002. Pentz M A, 1998). Sin embargo, la Organización de las Naciones Unidas estima una prevalencia mundial de 4,2% para cualquier droga ilícita en mayores de 15 años, valor que para la Argentina alcanza el 2,3% (Medina-Mora ME, 2007). La Primer Encuesta Nacional a Estudiantes de la Enseñanza Media realizada por la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico de la Argentina (SEDRONAR) revela que más de la mitad de los adolescentes consumieron bebidas alcohólicas (SEDRONAR, 2001). Esta última junto al tabaco comparte la iniciación temprana, con un valor de 13 años para los varones y 15 años para las mujeres. En el mismo estudio se informa que entre el 3,5% y el 6,2% de los jóvenes utilizó alguna vez medicación psicotrópica. Con respecto a sustancias ilegales el 5% de los adolescentes usó alguna vez marihuana, siendo su edad de inicio los 15 años y el 3,6% de los estudiantes utilizó algún otro tipo de sustancia ilícita.

En los últimos 30 años el consumo de drogas aumentó en todas las regiones del mundo, convirtiéndose en un problema de salud pública y en el tercer flagelo de la humanidad (Bolaños Gil H y col, 2008). La Organización de las Naciones Unidas estima que el 5,09% de la población mundial entre las edades de 15 a 64 años, ha consumido drogas y el aumento del tráfico de drogas en los diferentes continentes afecta aproximadamente a 200 millones de personas en el mundo, fenómeno que es responsable de más del 50% de la delincuencia juvenil, siendo los adolescentes un grupo vulnerable al problema de consumo

de drogas ilícitas ^(ONU, 2004). Esta realidad requiere de esfuerzos en las políticas de prevención de abuso de drogas y de los problemas asociados. Las intervenciones han sido dirigidas a la población en general (prevención universal), a grupo de riesgo específicos (prevención selectiva) o a aquellas personas que ya manifiestan los primeros síntomas del problema (prevención indicada), siendo muy amplia la variedad de actuaciones propuestas ^(Gómez Franguela JA y col, 2002). Pero las actuaciones preventivas de carácter universal dirigidas al ámbito escolar fueron las realizadas con mayor énfasis. Las investigaciones sobre los programas de prevención permiten concluir que, en general, estas intervenciones logran resultados positivos sobre variables como el grado de información, o las actitudes hacia las drogas. Cuando el criterio de evaluación empleado es el consumo, los resultados positivos se limitan a aquellos programas que centran la intervención en la promoción de los factores protectores, habilidades sociales de los jóvenes y en las variables psicosociales relacionadas con el consumo ^(Tobler N, 1997; Tobler N, 2000; Wilson D, 2001).

Sin embargo, pese a las campañas y programas preventivos, en los países desarrollados entre un tercio y la mitad de los escolares experimentaron con el tabaco antes de terminar la escolarización secundaria ^(Fernández S, 2002).

En la actualidad se han identificado diversos factores de riesgo y de protección para el consumo de sustancias adictivas. Los factores de riesgo y de protección, son los principales objetivos de los programas eficaces de prevención utilizados en ambientes familiares, escolares y comunitarios. La meta de estos programas es la de crear nuevos factores de protección y fortalecer los existentes mientras revierten o reducen los factores de riesgo en la juventud. Los programas de prevención, generalmente están diseñados para alcanzar a las poblaciones objetivo en su ambiente primario. Sin embargo, en los últimos años se ha vuelto más común encontrar programas para cualquier grupo objetivo en una variedad de ambientes, como el realizar un programa para la familia en una escuela o en una iglesia. En estos casos el objetivo de los principios de la prevención es el de ayudar a los padres, educadores, y líderes comunitarios a ponderar, planificar, e introducir programas de prevención del abuso de drogas con bases científicas a nivel comunitario. En este marco, la bibliografía recomienda que los programas de prevención deban

estar enfocados a mejorar los factores de prevención y revertir o reducir los factores de riesgo (Chou C, Montgomery S, Pentz M, Rohrbach L, Johnson C, Flay B y Mackinnon D, 1998).

Los programas de prevención en las escuelas se concentran en las habilidades sociales y académicas de los niños, incluyendo el mejoramiento de las relaciones con los compañeros, el auto-control, el poder manejar los problemas, y las habilidades para rehusar las drogas. De ser posible, los programas de prevención basados en la escuela deben ser integrados al programa académico escolar, ya que se ha demostrado que el abuso de drogas se asocia al fracaso escolar. Los programas integrados a la currícula fortalecen los lazos de los estudiantes con la escuela y reducen la probabilidad de que abandonen la escuela (Bauman KE, Foshee VA, Ennett ST, Pemberton M, Hick KA, King TS y Koch GG, 2001). La mayoría de los materiales de prevención de las escuelas incluyen información sobre cómo corregir la percepción errada de que muchos estudiantes abusan de las drogas. Otros tipos de intervenciones incluyen programas para toda la escuela, que afectan el ambiente escolar en su totalidad. Otros factores descriptos son el impacto potencial de los riesgos específicos y de los factores de protección que cambian con la edad, ya que los factores de riesgo dentro de la familia tienen un impacto mayor en un niño más joven, mientras que la asociación con compañeros que abusan de las drogas puede ser un factor de riesgo más importante para un adolescente. Por tal motivo es importante fortalecer los factores de protección contra el abuso de drogas (Aos S, Phipps P, Barnoski R y Lieb R, 2001).

El presente trabajo: “ANÁLISIS DEL REGISTRO DE INTERVENCIONES PREVENTIVAS SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA”, se constituye en la investigación para optar al título de Magíster en Salud Pública, y representa la continuación del trabajo acreditado para la Beca de investigación en el marco del Programa de Especialización en Línea de Capacitación en Investigación sobre Fenómenos de las Drogas (PREINVEST), programa de especialización organizado por CICAD-OEA y la Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto de la Universidad de Sao Paulo – Brasil. Por otra parte la disponibilidad de la base de datos de SEDRONAR, surge de un convenio que la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas efectuó con los responsables del

Observatorio Argentino de Drogas para desarrollar proyectos de investigación en el tema de adicciones.

Así, este trabajo, se enmarca en las acciones conjuntas de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) con el Proyecto Continuidad del Sistema Subregional de Información. Éstas acciones con la finalidad de abordar la temática del uso indebido de drogas, programas de capacitación y recursos humanos e investigación.

El tabaquismo, el alcoholismo y la adicción a otras drogas en el ser humano son secundarios a una gran variedad de factores causales donde la influencia del contexto ambiental y la repercusión en el ámbito social han sido descritas ampliamente a nivel mundial, convirtiéndose con el transcurrir del tiempo en un problema con dimensiones de problema de salud pública por las consecuencias estudiadas en la salud del consumidor de estas sustancias y el impacto en la calidad de vida del individuo, existiendo grupos poblacionales con mayor riesgo de tener un problema de adicción, particularmente los adolescentes (Alcalá C, 2002; Osorio M, Ramos G, 2001). El adolescente, su familia, amistades y la comunidad donde vive son los principales perjudicados por esta actividad (Dusek DE y Girdano DA, 2001; Sánchez E, 2000; Alcalá C, 2002).

Las encuestas sobre conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el uso de drogas estiman la prevalencia de comportamientos reconocidos como “protectores” de la salud o de “riesgo” para enfermar, en particular aquellos que se reconocen como susceptibles de modificación a través de medidas de intervención, mediante una muestra representativa de la población residente habitual de un área geográfica, con énfasis en la población adolescente (12-17 años) y adulta, o sea, de 18-69 años (De Torres Y, 2006). Se reconoce en Salud la importancia de los conocimientos, actitudes y comportamientos para enfocar sus programas educativos y de medicina preventiva a la población de mayor riesgo (Ministerio de Salud y Fundación Santa Fé, 2003).

En cuanto a los programas de prevención existe evidencia controvertida. Hay evidencia que indica que los efectos de los programas desaparecen (Ellickson P, 1990; Klepp K, 1994; Osorio M y Ramos G, 2001), mientras otros evidencian que los efectos sobre el consumo de alcohol y tabaco se mantienen (Botvin G, 1995). Pentz en 1994 refiere la dificultad de evaluar programas de prevención del consumo drogas

realizadas con adolescentes (Pentz M, 1994). La importancia de investigar la efectividad de las campañas de prevención de abuso de drogas es poder adaptarlas según los resultados obtenidos. Así mismo los autores expresan que los programas de prevención deben ser adecuados para cada contexto y para cada población a la que van dirigidos.

En el informe del resumen estadístico sobre drogas de la CICAD del año 2001^(CICAD, 2001) se informa que los datos podrían ser utilizados para establecer prioridades y desarrollar métodos para la ejecución de los programas, pero no se realizó ninguna evaluación de los programas de prevención y rehabilitación porque éstos se introdujeron recientemente en el País.

La importancia de esta investigación se basa en detectar efectivamente si hay relación con consumo y/o experimentación en los adolescentes que recibieron campañas de prevención de drogas. Asimismo identificar si los adolescentes que recibieron cursos de prevención identifican los riesgos que corre una persona consumidora de drogas legales e ilegales. Así estos resultados colaborarán con futuras líneas de investigación y con nuevas visiones de programas de prevención en drogadependencia, ya que estos deben adecuarse a la realidad de la población a los que se dirigen. Así este estudio, analiza la frecuencia de experimentación de drogas de los alumnos de las escuelas de nivel medio de la provincia de Córdoba y relaciona esto con la información que los adolescentes escolarizados manifiestan tener acerca del consumo de drogas y con la fuente de información de la misma. La prevención requiere de un abordaje multidisciplinario e interdisciplinario, dirigidos a disminuir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección. Relevamientos de este tipo son de utilidad para implementar estrategias de prevención de la adicción en estos jóvenes, y será de ayuda en la realización de nuevos estudios para evaluar el impacto de las intervenciones en este campo.

ANTECEDENTES

La investigación y la práctica del fenómeno de las drogas implica paradigmas y modelos teóricos que faciliten el análisis del nivel macro (determinantes internacionales) y del nivel micro (condicionantes nacionales) posibilitando un abordaje integral del conocimiento de la problemática de las drogas en las Américas. Cuando se diseñan programas y proyectos relacionados con el fenómeno de las drogas, es importante considerar el paradigma de salud internacional. El Modelo Crítico-Holístico de Salud Internacional de Wright ^(Wright MG, 1994; 1995; 2000) puede ser aplicado al estudio y análisis de diferentes fenómenos de la sociedad, entre ellos, el fenómeno de las drogas ^(Wright MG, 2008). De acuerdo con este referencial teórico, el fenómeno de las drogas es analizado desde la perspectiva de lucha de poder entre diferentes sectores de la sociedad y también, como parte de la agenda de las relaciones internacionales. Permite identificar claramente los diversos factores que intervienen y condicionan la salud de la población, asimismo facilita la implementación de acciones dirigidas a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud. El modelo crítico-holístico de Salud Internacional utiliza el método dialéctico para el análisis del fenómeno de las drogas en las Américas, concentrándose en las dimensiones macro y micro del problema ^(Wright MG, Magosso Takayanagui AM, Ventura CA, 2008).

Tal como expone Villar MA y col ^(Villar MA, Da Silva EC, Corradi Webster C, 2008), en este trabajo no se utilizó un único referencial teórico, porque él está en construcción. Así, antes de imponer una directriz teórica, se ha optado por construir contenidos presentando parte del conocimiento existente, con la expectativa de la reflexión.

- **Uso de las drogas**

La Organización Mundial de la Salud definió drogas como toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones. En farmacología se refiere a cualquier sustancia química que altera los procesos bioquímicos y fisiológicos de tejidos u órganos ^(Bertolote, 1997). En esta investigación interesa, dentro de estas sustancias, las drogas psicotrópicas o

psicoactivas. Es decir aquellas que se definen como actuantes sobre el Sistema Nervioso Central. Las drogas psicoactivas alteran el estado emocional, las sensaciones, la conciencia y el pensamiento, propiciando el establecimiento de un síndrome de dependencia, trastornos mentales y del comportamiento ^(CIE 10 2004; DSM IV 2001). Asimismo la OMS estableció que las sustancias que producen dependencia son definidas como drogas de abuso, las cuales interesan particularmente en el marco de esta investigación. Una sustancia es potencialmente droga de abuso, cuando puede activar en el individuo la autoadministración repetida, que debido al uso regular, genera tolerancia (necesidad de crecientes cantidades de droga para alcanzar el efecto deseado), abstinencia (síndrome específico que surge con la supresión o reducción del consumo de drogas) y comportamiento del consumo compulsivo (Laranjeira R, 2003).

Actualmente existe entre los investigadores un consenso de concebir el abuso de drogas como un fenómeno evolutivo que se desarrolla a través de distintas etapas. En una primera instancia, el abuso de drogas se relaciona con el consumo temprano de sustancias socialmente aceptadas como el tabaco y el alcohol. Los cuales, luego, se convierten en patrones de uso más regulares convirtiéndose algunos sujetos en consumidores abusivos al final de la adolescencia o inicio de la adultez. Asimismo estas sustancias socialmente aceptadas se convierten en la puerta de entrada para las drogas ilícitas. Se define como droga lícita a aquellas sustancias comerciales de forma legal, pudiendo o no estar sometidas a algún tipo de restricción. Las drogas ilícitas por el contrario, son aquellas prohibidas por la ley.

El uso de las drogas por las poblaciones constituye un fenómeno de naturaleza psicosocial que acompaña a la humanidad desde su origen ^(Villar MA, Da Silva EC, Corradi Webster C, 2008). El consumo de drogas fue relatado en diversos contextos históricos, así en algunos trabajos de historia de la droga refieren el uso de éstas sustancias en la mayoría de los agrupamientos humanos ^(Escohotado A, 2005; 2008).

Históricamente en el continente americano el uso de ciertas plantas consideradas, ahora como sustancias adictivas, tuvo carácter religioso o terapéutico. Contemporáneamente el fenómeno de dependencia de las drogas alcanzó una gran importancia por su difusión, consecuencias sociales y

sanitarias en la última década. Se observa así, que en la evolución de diversas culturas o sociedades, se privilegia el consumo de algunas sustancias como una manera de favorecer la socialización y bienestar, buscando el placer ^(ENA, 1998). En los últimos años, el consumo de sustancias adictivas alcanzó extraordinaria importancia por su diseminación y masificación, debido a múltiples factores, entre ellos, la pérdida del halo mágico-religioso que poseían y la expansión del uso ^(Villar MA, Da Silva EC, Corradi Webster C, 2008). Esto se evidenció en la década del año ochenta, cuando el fenómeno se extendió generalizadamente a toda la sociedad occidental, donde al aumentar la demanda aumentó la producción de la misma y por ende el beneficio económico derivados de sus ventas ^(Cerro JA, 2002).

Actualmente la adicción a drogas sigue siendo uno de los problemas más importantes socio-sanitarios en el mundo y en Latinoamérica, impactando notablemente en la salud de las comunidades ^(Rojo MD, Bueno SMV, Silva EC, 2008). El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas está ligado a casi una cuarta parte de las defunciones anuales que se producen en las Américas. En el Cono Sur de América Latina, a los 15 años de edad ya fuma cerca del 40% de los jóvenes. En América Latina cada persona consume en promedio 6 kg de alcohol puro por año lo que constituye la cifra más alta del mundo subdesarrollado. Aunque los datos sobre el consumo de drogas ilegales no son abundantes se sabe que la marihuana es la droga que mayor proporción consume la población, estimándose su consumo a 45 millones de ciudadanos de las Américas ^(Peruga A, Rincón A y Selin H, 2002).

En Argentina, los datos referidos a prevalencia de consumo de drogas sufrieron frecuentes variaciones producidas por el incremento de consumo de clorhidrato de cocaína como de cannabis en franjas poblacionales jóvenes. Este uso indiscriminado de sustancias psicoactivas genera una tendencia progresiva en relación a la magnitud y el daño en la sociedad ^(Rojo MD, Bueno SMV, Silva EC, 2008). A modo de ejemplo se puede hacer referencia a la investigación de Hugo Míguez (2000), que expresa que el 72,5% de la población de 16-64 años, usó sustancias como alcohol o tabaco, el 2,9% drogas ilegales y el 1,2% medicamentos psicoactivos fuera de la prescripción médica en la Argentina.

Según el estudio nacional sobre el uso de drogas realizado por la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el

Narcotráfico ^(SEDRONAR, 2007), se estima que el consumo de drogas ilegales en la población entre 16 y 65 años es de 2,9% y para adolescentes de entre 12 y 15 años es de 1,2%. Asimismo este informe de la SEDRONAR, revela que las tasas de consumo de sustancias legales de alguna vez en la vida para la población de 12 a 65 años, es de 51,8% para el tabaco y 73,9% para alcohol. En tercer lugar, se ubica la marihuana (15,8% de tasa de consumo), los tranquilizantes y estimulantes usados sin prescripción médica tienen tasa de prevalencia de vida de 3,6% y 1,6% respectivamente ^(SEDRONAR, 2007).

Las drogas legales conforman un proceso de progresión del consumo desde estas sustancias a otras ^(Gómez Fragueta JA, 2002). Lo anterior se refleja en la encuesta realizada a Estudiantes de la Escuela Media ^(SEDRONAR, 2001) sobre una muestra de 31600 alumnos de entre 12 y 18 años donde el 45% de los encuestados fumó alguna vez y el 75% consumió bebidas alcohólicas alguna vez. La edad promedio de inicio de consumo de tabaco y alcohol, es los 13 años para los varones y 14 para las mujeres. Con respecto a los tranquilizantes el 6,2% de los encuestados los consumió sin receta médica, siendo esta proporción mayor para las mujeres (7,3%). También la proporción es mayor en las mujeres (4,2%) para el consumo de estimulantes. Para estas sustancias el 3,5% de los estudiantes respondió haberlos consumidos sin receta médica. Con respecto al consumo de drogas ilícitas, como la marihuana, un 5% de los encuestados consumió alguna vez, duplicando el consumo masculino respecto al femenino. El promedio de edad de inicio para el consumo de marihuana en la Argentina es de 15 años para ambos sexos.

Los datos anteriormente expuestos preocupan y se convierte en un problema prioritario de Salud Pública, ya que conlleva alta morbilidad y mortalidad prevenible ^(Sánchez-Zamorano L, 2007). Los jóvenes a corto plazo sufren consecuencias importantes y se asocian a violencia y suicidio, embarazo adolescente, enfermedades de transmisión sexual y problemas de salud mental, lo cual justifica la necesidad de poner en marcha acciones dirigidas a prevenir el uso de drogas en adolescentes ^(Bauman A, 1999; Knight J 2002).

- **Epidemiología de las drogas**

En las Américas el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas está ligado a la cuarta parte, aproximadamente, de las defunciones anuales. Así el tabaco es la principal causa de muerte evitable en las Américas y en el mundo. Más de un millón de personas mueren por consumir tabaco cada año en las Américas, de las cuales 46% son mujeres ^(Peruga A y Col, 2002). Las tasas de tabaquismo varían mucho en la Región de las Américas, registrándose las más altas en los países del Cono Sur (Chile y Argentina) y las más bajas en algunos países del Caribe ^(OPS, 2001 y Rojas M y Col, 2001). En cuanto al alcohol, América Latina es la segunda región del mundo con mayor número de muertes atribuibles a esta sustancia después de los países desarrollados (Canadá y Estados Unidos). El 14,7% de las enfermedades son atribuidas al alcohol en América Latina ^(Peruga A y Col, 2002).

El tabaco ha sido definido como una de las drogas de puerta de entrada al resto de las sustancias adictivas ^(Kandel D, 1992), asimismo se ha definido al tabaquismo como una enfermedad pediátrica ^(Giovino GA, 1999), por lo que el riesgo de usar otras drogas aumenta. La exposición temprana a drogas es un predictor importante para el desarrollo de problemas relacionados a las drogas ^(Anthony JC, 1995 y Hanna E, 1999), mientras más temprano empieza una persona a fumar, mayor será su riesgo de convertirse en un fumador regular, desarrollar dependencia y sufrir consecuencias a largo plazo derivada de ese hábito ^(Medina Mora ME, 2002).

La exposición al tabaco también se asocia con el riesgo de usar otras drogas ^(Hanna E, 1999), si bien la mayor parte de las personas que fuman tabaco nunca prueban otras drogas sin incluir el alcohol.

En cuanto a las drogas ilegales, la marihuana es la droga ilegal de mayor consumo en el mundo y en las Américas, se estima 45 millones de consumidores en las Américas ^(Peruga A y Col, 2002). La proporción de la población latinoamericano que consumió alguna vez en su vida, varía mucho entre el 2% para Paraguay y República Dominicana a 17% de Chile ^(Peruga A y Col, 2002).

Medina Mora refiere que el consumo de drogas ha tenido variaciones con el transcurrir del tiempo, fundamentalmente desde la década del 70 donde se realizaron las primeras encuestas y estudios para conocer la distribución de consumo en México. Así, al tradicional problema de uso de inhalables entre los

menores y de marihuana entre los jóvenes, se suma el consumo de cocaína que ha llegado hasta los niños y los sectores pobres de la población. Además aparecen nuevas drogas, como las metanfetaminas y el inicio de consumo se inicia en edades cada vez más temprana, por tanto es de interés estudiar al sector más joven de la población y dilucidar cuáles son los factores que los llevan al uso de las drogas (Medina Mora ME, 2003; Villatoro VJA, 2005).

La Organización de las Naciones Unidas estima una prevalencia mundial de 4,2% para cualquier droga ilícita en la población mayor a 15 años. Los índices de uso de marihuana son de 3,4% para hombres y de 1% para mujeres, para heroína 0,22% y menor a 0,1% respectivamente (ODCCP, 1987; Medina Mora ME y col, 2003).

Los estudios sobre la prevalencia del uso de drogas en la población estudiantil identifican el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas que los jóvenes adolescentes tienen sobre las drogas, y determina la prevalencia de su consumo en este grupo poblacional, que en su mayoría son jóvenes que están en una etapa temprana de la vida y que presentan mayor riesgo para iniciarse con el consumo de alcohol y tabaco (considerados como drogas de entrada para el uso de otras como la marihuana y la cocaína) (Osorio M, Ramos G, 2001).

Una intervención temprana en los factores de riesgo, a menudo, tiene un impacto mayor al modificar la trayectoria de la vida del niño, alejándolo de los problemas y dirigiéndolo hacia conductas positivas (Dishion T, Kavanagh K, Schneiger AKJ, Nelson S, Kaufman N, 2002). Aunque los factores de riesgo y de protección pueden afectar a personas de todos los grupos, estos factores pueden tener un efecto diferente dependiendo de la edad, sexo, raza, cultura y ambiente de la persona.

- **Prevención y promoción de la salud**

La salud tiene determinantes sociales, económicos, políticos y culturales más amplios que lo meramente biológico. La evidencia demostró que existe una fuerte relación entre los estilos de vida de las personas, su posición social y económica, condiciones de vida y su estado de salud (Czeresnia D y Machado de Freitas, C. 2006). Por lo que se observó que las acciones destinadas a abordar los determinantes estructurales e individuales de la salud constituyen la base de la estrategia de prevención de la enfermedad y promoción de la salud más eficaz (Nutbeam D, 1999).

Algunos determinantes sociales pueden contribuir para el uso de drogas, en cualquiera de sus patrones de consumo (uso, abuso y dependencia) por lo que una estrategia de abordaje de esta problemática es a través de la prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Los programas de prevención deben dirigirse a todas las formas de utilización de sustancias psicoactivas, por separado o en conjunto, incluyendo el consumo de drogas legales por menores; el uso de drogas ilegales; y el uso inapropiado de sustancias obtenidas legalmente, los medicamentos de prescripción, o aquellos que no necesitan prescripción (Botvin GJ, Griffin KW, Diaz T, Williams M, 2001; Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, 2002; Muñoz Rivas JM, Graña JL, Cruzado JA, 2000). Las acciones preventivas, a fin de ser efectivas, deben contemplar la suficiente información para alcanzar en forma eficaz a los adolescentes escolarizados y también a aquellos que por distintas circunstancias abandonaron la escuela. Es fundamental identificar las fuentes de las cuales proviene la información, ya que la misma debe llegar a los jóvenes de forma tal de garantizar su efectividad. Para efectivizar la prevención, deben generarse acciones de control de la producción, tráfico y suministro; de concientización pública, mediante mensajes informativos y educativos a través de los medios masivos de comunicación; de promoción de la salud con alternativas consistentes en actividades deportivas, culturales y de participación social y acciones de información y educación sobre las causas, efectos y consecuencias del consumo de drogas (Castrejón JM, Tovilla M, 2002). Todas estas medidas con enfoque preventivo se fortalecen con el acompañamiento de acciones de movilización social en donde se comprometan las familias, las escuelas y las comunidades, ya que éstas son instancias de educación y socialización.

El uso de drogas es un problema multicausal; intervienen una serie de factores que predisponen posteriormente al consumo de drogas que producen dependencia. En casi todos los estudios se ha encontrado que las características de la personalidad más comunes en las personas con adicciones son la baja autoestima, los problemas de identidad, la dependencia hacia la madre, los problemas para tomar decisiones, la carencia de una meta y de un proyecto, así como la incapacidad de expresar sentimientos.

Los padres pueden ayudar en la prevención y educación, a temprana edad, acerca de las drogas, estableciendo comunicación, siendo modelo y reconociendo desde el comienzo si hay problemas ^(Alcalá C, 2002; Sánchez E, 2000).

- **Factores de riesgo y protección**

Como se refirió anteriormente el uso de drogas es un problema en el que convergen una serie de factores que predisponen a la construcción de circunstancias de consumo. Estos factores son llamados factores de riesgo. Es decir aquellos que tornan a las personas vulnerables, a tener comportamientos que pueden llevarlo a la utilización de sustancias psicoactivas.

En contraposición existen los llamados factores protectores que colaboran para que el individuo sea capaz de preservarse, aunque tenga contacto con las sustancias psicoactivas.

La adolescencia como etapa evolutiva es un periodo significativo en relación al consumo de sustancias. El consumo de las drogas tiene su origen en edades relativamente tempranas, concretamente en las primeras etapas de la adolescencia ^(Sánchez-Zamorano L, 2007; Ortiz A, 2005). Los adolescentes son más vulnerables a esta problemática por una serie de cambios cognitivos, personales y psicosociales que los acercan a los factores de riesgo individual, relacional y social.

Los factores de riesgo individuales son aquellos que se refieren a las características del individuo, tales como la edad, la personalidad, el autoestima y los valores, que entre otros conforman un sujeto único.

Los factores de riesgo relacionales hacen referencia al entorno más próximo de la persona. La interacción específica de cada sujeto con la familia, los amigos, y la escuela determinan su situación relacional.

Otro grupo de factores de riesgo que debe tenerse en cuenta son los que hacen referencia al entorno social más amplio. Estos son la estructura económica, normativa, la accesibilidad al consumo, la aceptación social, las costumbres que generan una característica que diferencia una cultura de otra y por tanto afecta a la conducta de cada individuo.

El uso de sustancias químicas continuará existiendo ya que es un fenómeno presente a lo largo de la historia de la humanidad, por lo tanto es tarea del

profesional de la salud y de la sociedad como un todo, redimensionar la comprensión de ese comportamiento psicosocial y observar su evolución, superando prejuicios y actualizando conceptos para que los profesionales de salud, con ayuda de gobierno y sociedad civil, puedan desarrollar formas de intervención creativas y eficaces que consideren todos los determinantes involucrados en ese fenómeno ^(Villar MA, Da Silva EC, Corradi Webster C, 2008).

HIPÓTESIS

En virtud de que la prevención del consumo-abuso de sustancias psicoactivas es una necesidad apremiante para muchas comunidades y que los resultados de las campañas de prevención de adicciones son controvertidas, el análisis entre la adquisición de conocimiento de riesgo en adolescentes que recibieron campañas de prevención y el consumo y/o experimentación de sustancias psicoactivas, aporta información relevante para las propuestas de prevención y promoción.

OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar el nivel de asociación entre la información sobre riesgo de consumo de drogas en los adolescentes escolarizados de la provincia de Córdoba con el consumo y/o experimentación de sustancia psicoactiva.

Objetivos Específicos

1. Analizar la frecuencia de experimentación de drogas de los alumnos de las escuelas medias de la provincia de Córdoba registrada en la base de datos de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR)
2. Identificar la información que los adolescentes escolarizados de la provincia de Córdoba manifiestan tener acerca del consumo de drogas.
3. Identificar la fuente de información que tienen los adolescentes escolarizados de la provincia de Córdoba sobre las drogas.
4. Relacionar las variables anteriormente mencionadas con las características sociodemográficas y con niveles de consumo.

METODOLOGÍA

La base de datos con la cual se realizó el presente trabajo fue suministrada por la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), a partir de un convenio que la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas efectuó con los responsables del Observatorio Argentino de Drogas para desarrollar proyectos de investigación en el tema de adicciones.

El tipo de estudio es observacional, analítico y de correlación el cuál fue efectuado en base al registro realizado por SEDRONAR a partir de la Segunda Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2005 (n=4594), en la provincia de Córdoba. El envío de la base de datos desde SEDRONAR se efectuó con un código de identificación para cada encuestado, que fue confidencialmente resguardado en el proceso de investigación.

Para generar la base de datos, la SEDRONAR diseñó una muestra probabilística estratificada, polietápica, de alumnos, tomando como universo la base de escuelas del Censo Educativo 2004 de la provincia de Córdoba y se utilizó como referencia los totales de alumnos dados por el Censo Educativo.

La estratificación de la base de datos fue por tipo de establecimiento (Tipo de colegio: Privado. Público. Sin datos)

La encuesta se realizó sobre una muestra representativa de alumnos de 13, 15 y 17 años de la provincia de Córdoba, que corresponde a los años 1°, 3° y 5° del Regimen Educativo Tradicional o Nivel Medio; 1° y 2° del Polimodal.

- **Asignación de muestreo por estrato**

Una vez asignada la muestra en la provincia, se distribuyó la muestra en forma proporcional a la cantidad de escuelas del estrato, pero con un mínimo de una escuela por estrato: todos los estratos están así representados en la muestra.

- **Selección de las escuelas dentro de cada estrato**

Las escuelas se seleccionaron dentro de cada estrato con probabilidad proporcional a su cantidad de alumnos en la franja de edad bajo estudio. Se aplicó un muestreo sistemático ordenado por estrato por departamento, localidad y nombre de la escuela. De esta forma se garantiza una correcta cobertura geográfica del estrato.

- **Selección de aula dentro de cada escuela seleccionada**

Para tener una muestra aproximadamente autoponderada dentro de cada provincia, se seleccionó una cantidad fija dentro de cada escuela. Esto obedeció también a las limitaciones de la carga de trabajo de los encuestadores. La pauta fue encuestar un mínimo de una división por año y un máximo de dos por año.

- **Muestras relevadas**

En Córdoba la muestra fue de 4593, 1968 hombres y 2625 mujeres.

Evaluación Estadística

El análisis descriptivo de las variables se efectuó a partir de las medidas de resumen. El análisis exploratorio realizado a partir de análisis factorial de correspondencia múltiple, permitió extender la aplicación del análisis tanto de variables escalares como categóricas incorporadas en los registros. El procesamiento estadístico de los datos fue efectuado como análisis bivariado, a través de datos categóricos (test de Chi –cuadrado, Mantel Haenzel o test de Fisher) obteniéndose la razón de riesgo y los Intervalos de Confianza (IC) para cada variable estudiada. Se utilizó el procedimiento de Regresión Logística a fin de evaluar las posibles variables regresoras con respecto al evento “consumo

o experimentación”. En todos los casos se estableció un nivel de significación del 95%.

Las etapas del desarrollo de la investigación fue en primer instancia el diagnóstico de los datos de la base de SEDRONAR, teniendo en cuenta la categorización de las variables sociodemográficas presentadas en el Libro de Códigos de SEDRONAR. Luego se realizó el análisis de la información respecto a la frecuencia de la experimentación y consumo de los adolescentes escolarizados, de la información con que los adolescentes de la provincia contaban, su fuente de información y nivel de conocimiento sobre riesgo de consumo de drogas que se registra a través de la encuesta. Luego se desarrolló la asociación de éstos datos.

- **Variables a estudiar**

- Caracterización del colegio
- Características sociodemográficas de los alumnos
- Situación conyugal de los padres
- Expectativas de los alumnos sobre su educación
- Rendimiento y comportamiento en la escuela
- Entorno de amigos
- Niveles de información, fuente de información, percepción y cursos de prevención
- Percepción de la realidad socioeconómica de la familia y el entorno actual y a futuro
- Expectativa de los alumnos
- Percepción del riesgo del consumo de drogas
- Prevalencia del consumos de vida, año y mes. Definiendo a prevalencia de vida como el consumo realizado por los estudiantes en algún momento de la vida, prevalencia de año como el consumo del último año anterior a la encuesta, el cual puede ser entendido como consumo reciente y prevalencia de mes a los estudiantes que manifestaron haber consumido alguna sustancias en los últimos 30 días o primer contacto.
- Incidencia

- Edad de inicio
- Frecuencia de uso
- Abuso de alcohol
- Oferta y accesibilidad de drogas ilegales

Operacionalización de las variables

Caracterización del colegio: Esta variable se operacionalizó preguntando respecto a a tipo de colegio (público, privado y sin dato), jornada de estudio (matutina, vespertina y nocturna) y año de estudio (8º, 10º y 12º grado).

Características sociodemográficas de los alumnos: para el siguiente ítems se preguntó lugar donde vive, edad y sexo.

Situación conyugal de los padres: Estados civil de los padres (casado, divorciado, separado, viudo/a, unidos/juntados/convivientes, soltero/a, no sabe), y con que personas vive actualmente.

Expectativas de los alumnos sobre su educación: una vez que termines el colegio, ¿qué te gustaría hacer? (trabajar, estudiar una carrera técnica, estudiar en la Universidad, entrar en las Fuerzas Armadas o Policía, no sé lo que haría, otra).

Rendimiento y comportamiento en la escuela: Se consultó sobre ¿Cuán probable vos pensás que vas a terminar el último año del secundario?, ¿Cuán probable vos pensás que vas a ingresar a la Universidad?, ¿Cuántos grados o cursos repetiste durante tus estudios? y ¿Cuán exigente académicamente es tu colegio?.

Entorno de amigos: ¿Cómo es la relación que actualmente tenés con tus amigos más cercanos? (muy buena, buena, regular, mala, muy mala), ¿Si en tu grupo de amigos más cercanos supieran que fumás marihuana, vos pensás que?

Niveles de información, fuente de información, percepción y cursos de prevención: ¿Te sentís lo suficientemente informado sobre las consecuencias del consumo de drogas (tabaco, alcohol, marihuana, pasta base, cocaína, etc.)?, ¿De donde vienen principalmente tus conocimientos sobre drogas?, ¿Has recibido en tu colegio cursos sobre prevención del consumo de drogas?

Percepción de la realidad socioeconómica de la familia y el entorno actual y a futuro: para este punto se preguntó ¿De cuánto dinero al mes disponés generalmente para tus gastos?, donde la respuesta se categorizó según disponga menos de \$30, entre \$30 y \$60 pesos mensuales, entre \$61 y \$90, entre \$91 y \$120 y más \$120 mensuales. Asimismo se preguntó acerca de como piensan los adolescentes que están actualmente las condiciones socioeconómicas de sus familia (bueno, regular, mala, no se), ¿Cómo pensás que están actualmente las condiciones socioeconómicas en general de las familias de tu localidad? (bueno, regular, mala, no se), ¿Cómo pensás que están actualmente las posibilidades de que puedas realizar un proyecto personal?, ¿Cómo pensás que serán en el futuro las condiciones socioeconómicas de tu familia? y ¿Cómo pensás que serán en el futuro las condiciones socioeconómicas en general de las familias de tu localidad? (bueno, regular, mala, no se).

Expectativa de los alumnos: esta variable se midió con las siguientes preguntas ¿Cómo pensás que serán en el futuro las posibilidades de que puedas realizar un proyecto personal? (bueno, regular, mala, no se).

Percepción del riesgo del consumo de drogas: variable definida con las siguientes preguntas, ¿Si en tu grupo de amigos más cercanos supieran que fumás marihuana, vos pensás que?, Si en tu grupo de amigos más cercanos supieran que has probado una droga distinta de la marihuana: como cocaína, pasta base, éxtasis, ácidos o cosas parecidas, vos pensás que:, Riesgo de fumar cigarrillos alguna vez, riesgo de fumar cigarrillos frecuentemente, Riesgo de tomar bebidas alcohólicas alguna vez y frecuentemente, Riesgo de emborracharse con bebidas alcohólicas y riesgo de consumir drogas ilegales. Asimismo se consultó ¿Alguna vez sentiste curiosidad por probar alguna droga ilegal? y Si tuvieras la ocasión, ¿probarías alguna droga ilegal?.

Prevalencia del consumos de vida, año y mes. Definiendo a prevalencia de vida como el consumo realizado por los estudiantes en algún momento de la vida, prevalencia de año como el consumo del último año anterior a la encuesta, el cual puede ser entendido como consumo reciente y prevalencia de mes a los estudiantes que manifestaron haber consumido alguna sustancias en los últimos 30 días o primer contacto.

Edad de inicio: Edad en que consumió alguna sustancia adictiva por primera vez.

Frecuencia de uso: Número de veces por tiempo que consume alguna sustancia adictiva.

Abuso de alcohol: Esta variable se indaga con 9 preguntas (preg 48 a 57) referidas al consumo de alcohol.

Oferta y accesibilidad de drogas ilegales: ¿Cuán fácil o difícil te sería conseguir marihuana?, ¿Cuán fácil o difícil te sería conseguir cocaína?, ¿Cuán fácil o difícil te sería conseguir Pasta Base?, ¿Cuán fácil o difícil te sería conseguir Éxtasis?, ¿Cuándo fue la última vez que te ofrecieron marihuana?, ¿Cuándo fue la última vez que te ofrecieron cocaína?, ¿Cuán fácil o difícil te sería conseguir Pasta Base?, ¿Cuán fácil o difícil te sería conseguir Éxtasis?, ¿Cuándo fue la última vez que te ofrecieron marihuana? y lugares donde les ofrecieron drogas ilegales. Asimismo se consultó si ¿Has usado tranquilizantes sin receta médica alguna vez en los últimos 30 días?, En los últimos 30 días, ¿cuántos días consumiste tranquilizantes sin receta médica?, ¿cómo obtuviste los tranquilizantes que consumiste?, estas mismas preguntas se interrogaron con estimulantes.

- **Instituciones involucradas**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA y Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico de la Argentina (SEDRONAR)

RESULTADOS

Con el fin de cumplimentar el primer objetivo específico respecto a **analizar la frecuencia de experimentación de drogas de los alumnos de las escuelas medias de la provincia de Córdoba**, se realizó un análisis exploratorio de la base de datos.

Se relevaron 4593 estudiantes de la provincia de Córdoba. En la muestra analizada se observó que la media de edad de los estudiantes fue de $14,91 \pm 0,03$ años con un rango entre los 11 y 22 años (Fig. 1), identificándose entre menores de 14 años (40,37%) el grupo etario con mayor frecuencia ($p < 0,0001$). En el grupo de estudiantes de entre 15 a 16 años se identificó el 33,9% y en el grupo etario de mayores de 17 años el 25,73% de la muestra estudiada.

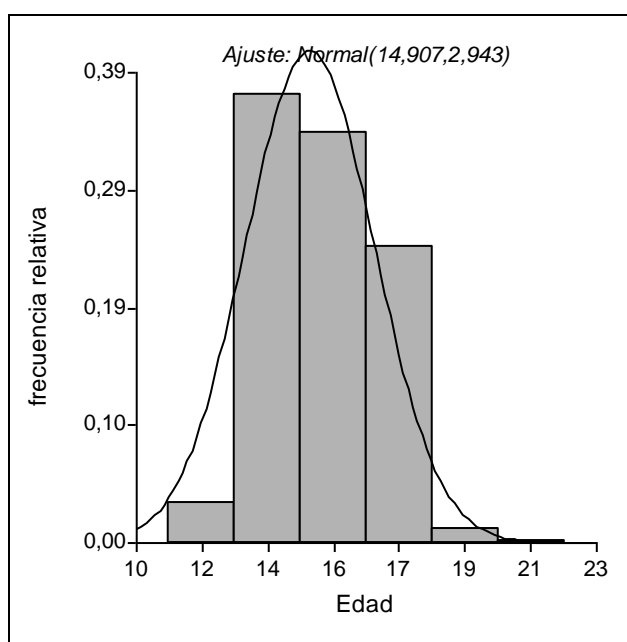


Figura 1: Distribución de edad en la muestra de estudiantes de la provincia de Córdoba . Año 2005.

Se observó que el 42,85% de la muestra es de sexo masculino y el 57,15% es femenino (Fig. 2).

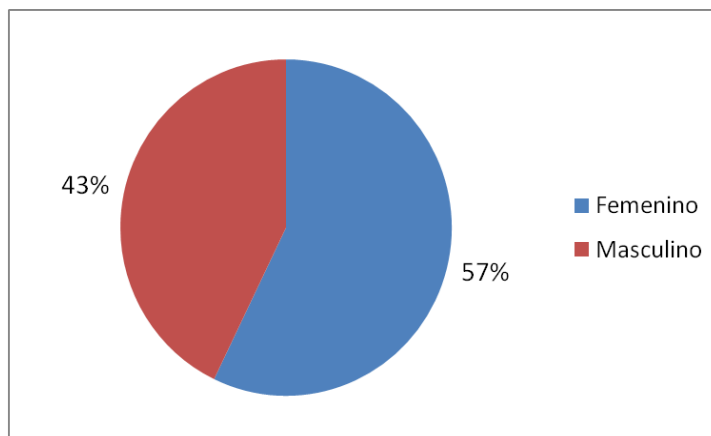


Figura 2: Distribución según sexo de los estudiantes relevados en la provincia de Córdoba. Año 2005.

Al comparar la media de edad de los grupos estratificados por sexo se observó que la media de edad de los varones fue superior a la observada en las mujeres ($14,96 \pm 0,04$ años y $14,87 \pm 0,03$ años respectivamente, $p < 0,01$). Cuando se observó el tipo de colegio al que concurrían los adolescentes, resultó que el 54,45% de los estudiantes escolarizados concurrían a escuelas públicas, el resto a colegios privados, y el 73,74% del total asistía al turno mañana.

Al observar la muestra se identifica que el 54,45% de los estudiantes encuestados correspondían a colegios públicos, correspondiendo a una distribución de la muestra según tipo de colegio homogénea (Fig. 3). Al observar la distribución de los estudiantes en tipo de colegio según sexo, se observa predominio de adolescentes en escuelas mixtas ($p < 0,0001$). Como así también se observa predominio en escuelas con turno de desempeño matutino ($p < 0,0001$).

Respecto al año de cursado de la escuela media el 38,43% concurría a 1ª año, el 32,94% a tercer año, y el 28,63% concurría a quinto año del Regimen Educativo Tradicional o Nivel Medio.

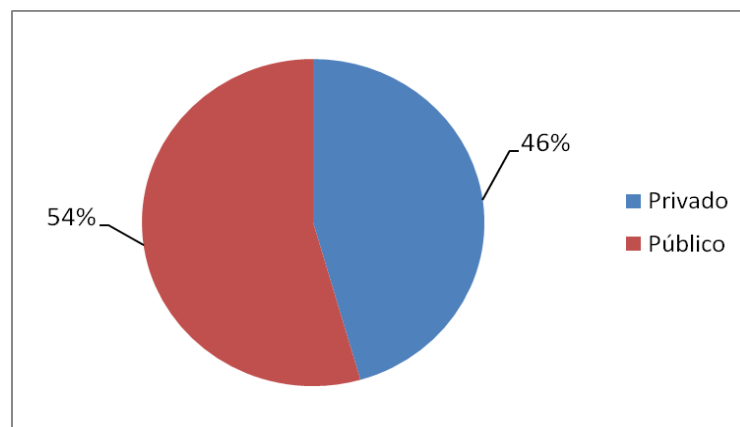


Figura 3: Distribución de los estudiantes encuestados según tipo de colegio.

Cuando se relacionaron las variables edad y tipo de colegio se observó una media de edad mayor para colegios públicos 14,96 años y para los colegios privados 14,84 años ($p < 0,01$).

Respecto a las características de las familias de los adolescentes escolarizados se detectó que el 68,91% de los padres estaban casados, 5,18% divorciados, 12,02% separados, 6,58% unidos en convivencia, 2,18% solteros y 3,29% viudos.

Al analizar las variables estado civil de los padres y tipo de colegio, se observó que la proporción de padres con estado civil casado es mayor en los colegios privado que en los públicos ($p < 0,0001$).

En cuanto a la convivencia, los adolescentes manifestaron en el 75,50% de los casos que viven con el padre y la madre, el 0,94% con el padre y su pareja, el 4,6% madre y su pareja, el 2,18% sólo con el padre, el 13,59% sólo con la madre y el 2,20% con ninguno de los dos.

Respecto a la actividad fuera del colegio la mayoría de los encuestados, respondió que lo más frecuente es estar con sus amigos o sus amigos y otras actividades o grupos de personas (54,09%). En segundo lugar, los estudiantes refieren como actividad mirar televisión combinada con las otras actividades propuestas (52,55%) y en tercer orden estudiar o hacer las tareas de la escuela (49,30%). Con menor frecuencia se observa la opción de las otras actividades (ver tabla N° 1).

Tabla N° 1: Actividades realizadas por los adolescentes de las escuelas de la provincia de Córdoba fuera del horario escolar.

Actividades fuera del colegio	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (porcentaje)
Amigos	2465	54,09
Estudio o hago las tareas	2247	49,30
TV	2395	52,55
Deportes	1465	32,14
Chateo	1346	29,53
Tareas del hogar	1090	23,91
Familia	1060	23,26
Trabajo	373	8,18
Lee o escribe	228	5,00

Los porcentajes expresados corresponden a la proporción de respuesta en función del total de la misma.

El 66,23% de los alumnos respondió que sus padres saben donde están después del colegio, 27,06% a veces no saben y el 6,40% nunca o casi nunca saben donde están. Los valores de frecuencia de este ítem respecto al nivel de conocimiento de los padres expresa que tanto en los adolescentes que viven con ambos padres o con madre y su pareja, respondieron que siempre o casi siempre sus padres conocen lo que hacen después de salir del colegio. El grupo de adolescentes que manifestaron tener la percepción de que sus padres saben donde están después del colegio es en el grupo donde está la madre presente ($p=0,0002$)

El 53,54% de los alumnos refirió que los padres controlan lo que sus hijos ven por televisión. Respecto a la percepción que tiene los adolescentes respecto a la atención que le brindan sus padres en el colegio, el 35,47% dijo que bastante (ver figura 4).

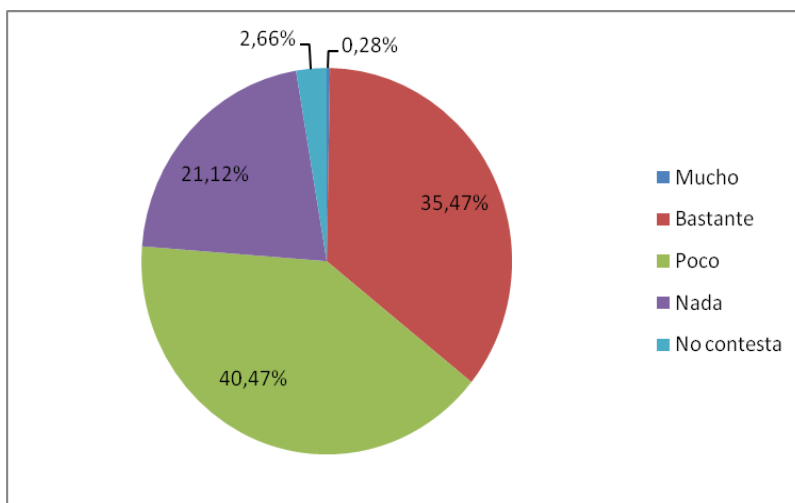


Figura 4: Percepción de los adolescentes escolarizados de la provincia de Córdoba respecto a la atención que le brindan sus padres.

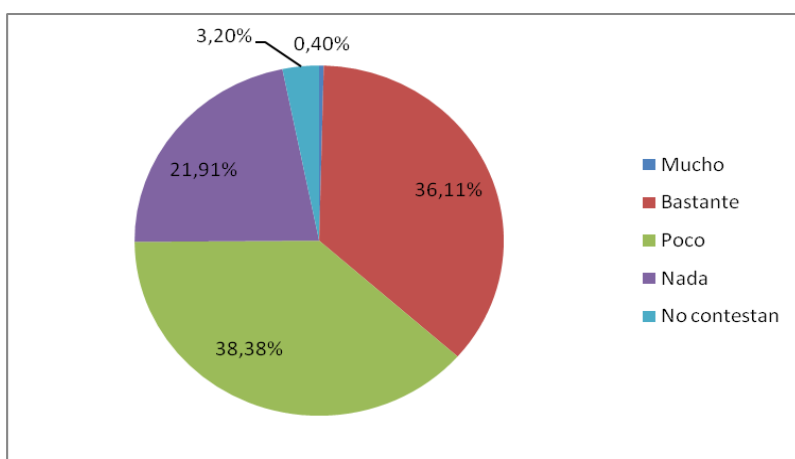


Figura 5: Percepción de los adolescentes escolarizados de escuelas públicas de la provincia de Córdoba respecto a la atención que le brindan sus padres.

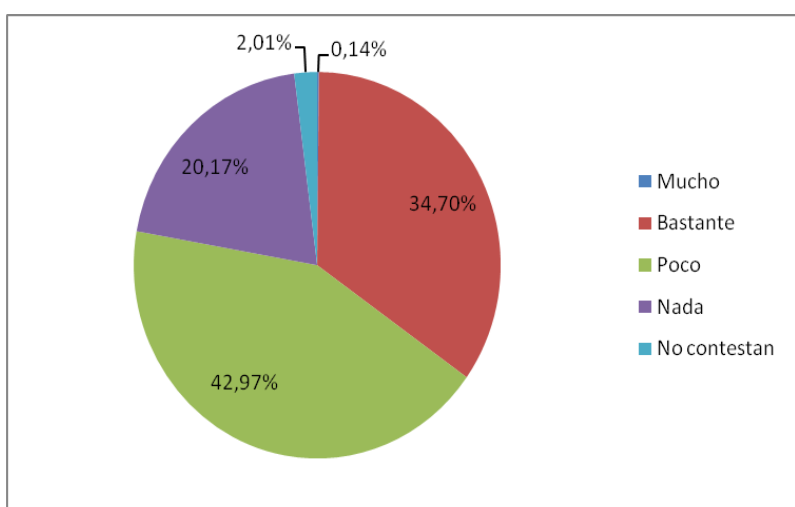


Figura 6: Percepción de los adolescentes escolarizados de escuelas privadas respecto a la atención que le brindan sus padres en la provincia de Córdoba. 2005

Respecto a la cantidad de días que comen juntos los adolescentes con sus familias, el 72,42% come con su familia entre seis y siete días a la semana, 8,67% come con su familia entre cuatro a cinco días por semana, 11,65% come con su familia entre dos a tres días por semana y 6,33% de los adolescentes comen un día con sus familias o ninguno.

En cuanto al control que los padres realizan sobre los adolescentes escolarizados de la provincia de Córdoba, los encuestados refirieron que el 71,78% de los padres los controlaban respecto a la hora de llegada a la noche y los fines de semana y el 87,79% de los adolescentes refirieron que los padres les preguntaban cuando salen de su casa.

Respecto a los amigos, el 54,39% de los estudiantes respondieron que sus padres conocían bastante a sus amigos, 35,88% más o menos y el 9,12% refirió que sus padres conocían poco a sus amigos.

Las condiciones socio-económicas de las familias de los estudiantes reflejó que el 55,34% de los estudiantes pensaban que la condición socio-económica de su familia era buena, 29,65% creían que la condición era regular, 3,3% que era mala y 4,78% no sabía.

El 61,63% de los adolescentes escolarizados contaban con hasta 60 pesos de disponibilidad de dinero mensual y el 37,30% con más de 60 pesos. Cuando los adolescentes procedían de colegios públicos el 67,57% contaban con hasta 60 pesos y en los privados el 61,76% de los encuestados.

En cuanto a las tasas de consumo se evidenció, tal como se observa en la figura siete, respecto a la prevalencia de vida (consumo realizado por los estudiantes en algún momento de la vida), que el alcohol y el tabaco son las sustancias de mayor consumo. Dentro del conjunto de psicofármacos usados sin prescripción médica, los tranquilizantes ocupan el primer lugar.

Asimismo un 12,2% de los estudiantes de la provincia de Córdoba probó alguna vez alguna droga ilícita.

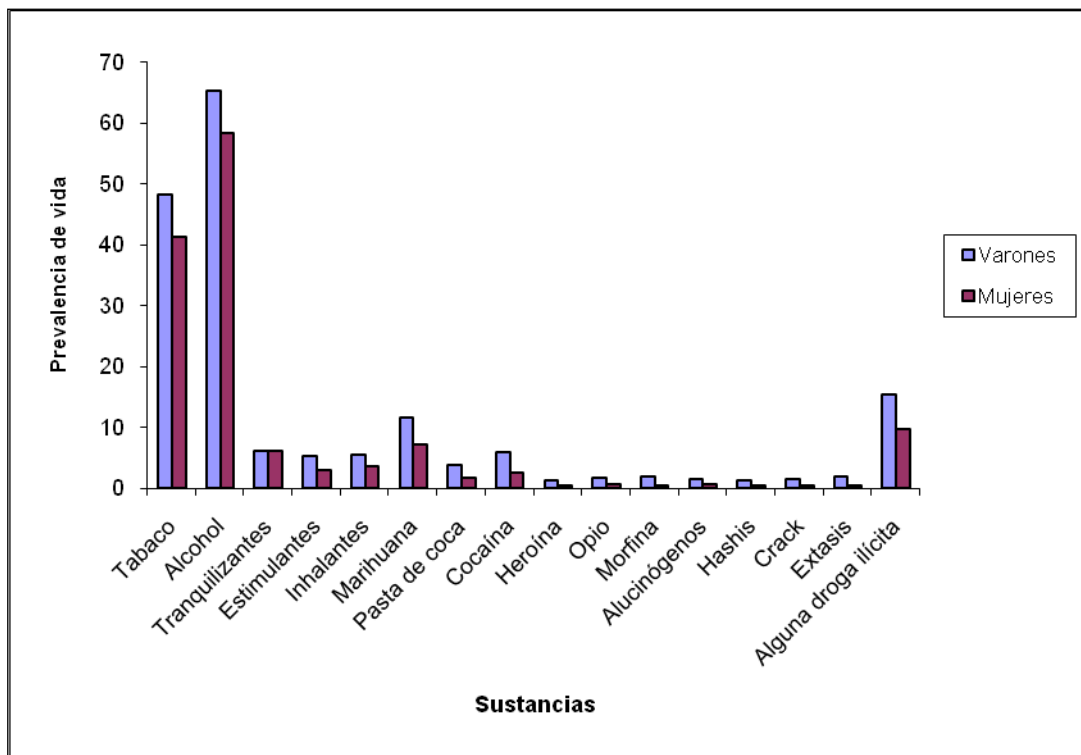


Figura 7: Prevalencia de vida por tipo de sustancias psicoactivas según sexo en la población escolar de nivel medio de la provincia de Córdoba. 2005.

Respecto a cualquier consumo realizado en el último año anterior a la encuesta, el cual puede ser entendido como consumo reciente, es referido como prevalencia de año, y se observó:

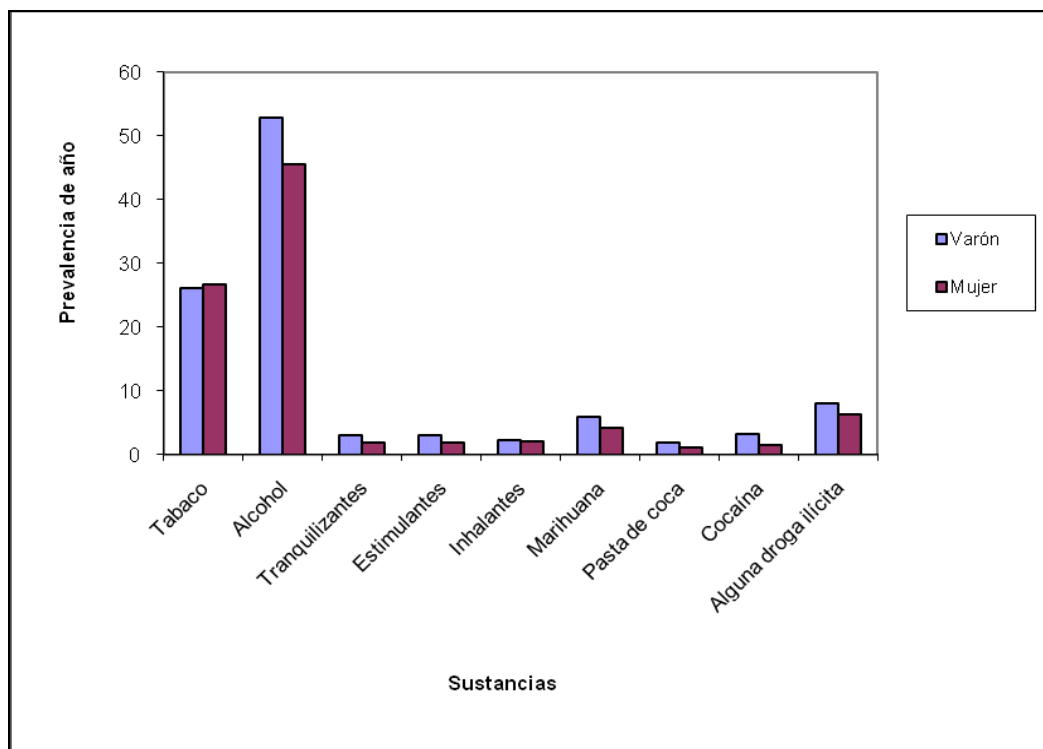


Figura 8: Prevalencia de año por tipo de sustancia psicoactiva según sexo e intervalos de confianza del 95%. Población escolar de nivel medio de la provincia de Córdoba.

Respecto a cualquier consumo realizado en el último año anterior a la encuesta o prevalencia año, se observó que el 52,8% de los varones consumió alcohol siendo esta una prevalencia mayor que en las mujeres (45,6%, $p < 0,0001$). El 48,9% de los adolescentes escolarizados consumió alguna bebida alcohólica durante el último año si se tiene en cuenta los adolescentes que no contestaron la pregunta, es de destacar que esta frecuencia se incrementa al 87,03% cuando sólo tenemos en cuenta los estudiantes que sí respondieron a ésta incógnita (56,22%). El odd ratio (OR) respecto al consumo de alcohol anual mostró un riesgo dos veces mayor en la provincia de Córdoba que con la media de país, con la Ciudad Autónoma de Bs As, y con provincias como Buenos Aires, Santa Fe, y Jujuy.

Cuando la variable analizada es prevalencia de consumo de tabaco en el último año no se observaron diferencias según sexo, siendo 26,1% para varones y 26,8% para mujeres. Respecto a drogas ilícitas el 7% de los estudiantes presenta consumo reciente.

Teniendo en cuenta que la prevalencia de mes corresponde a los estudiantes que manifestaron haber consumido las sustancias en los últimos 30 días, también se consideró a este consumo como primer contacto, encontrándose que el 22,5% de los estudiantes fuma y el 44% ha tomado alguna bebida alcohólica.

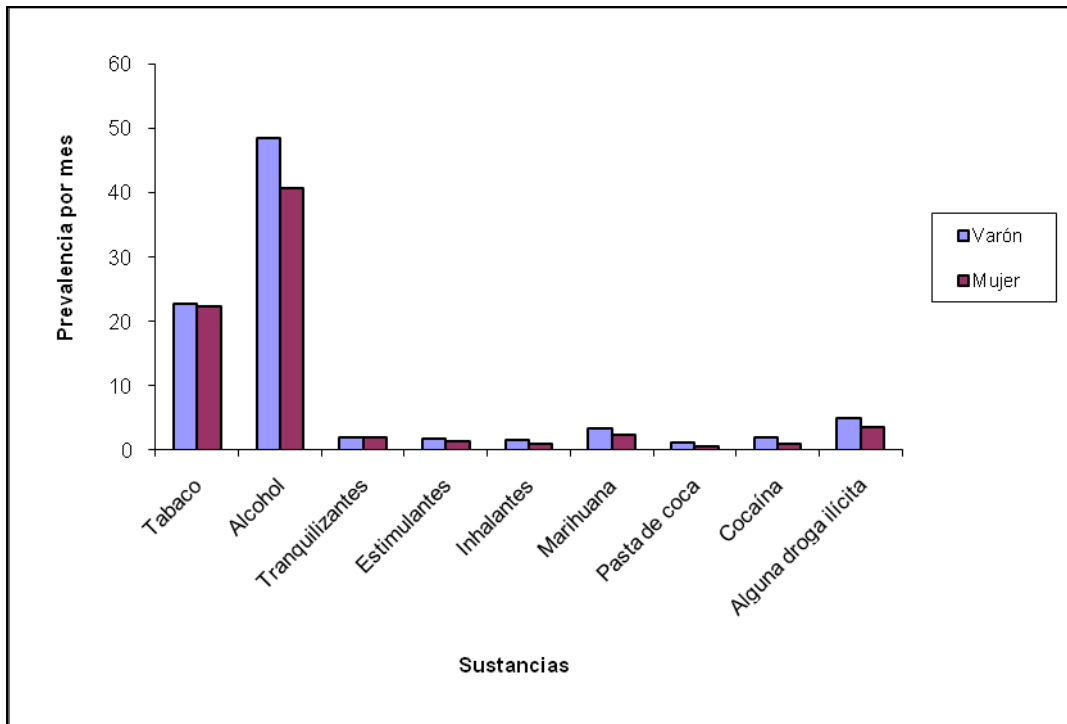


Figura 9: Prevalencia de mes por tipo de sustancia psicoactiva según sexo e intervalo de confianza del 95%. Población escolar de nivel medio de la provincia de Córdoba durante el año 2005.

La prevalencia de consumo de vida, año y mes por tipo de sustancia psicoactiva según edad tiene un comportamiento similar que cuando se analiza según año de estudio.

En todas las sustancias la prevalencia aumenta (tanto para vida, año y mes) a medida que aumenta el rango de edad y/o el año de estudio. Excepto estimulante, inhalantes y pasta de coca.

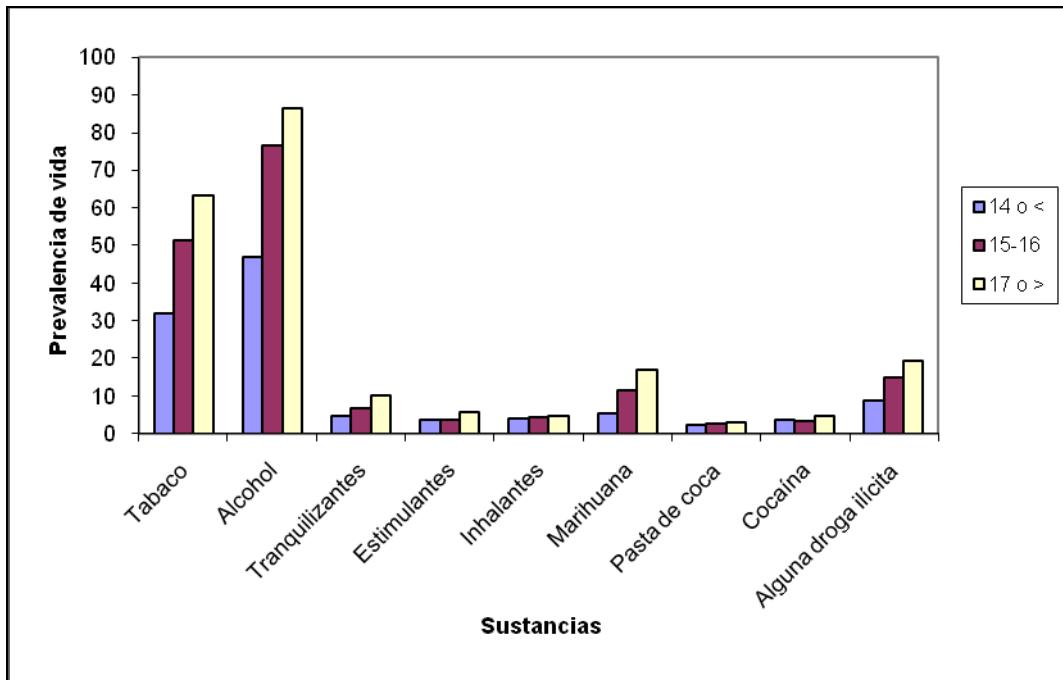


Figura 10: Prevalencia de consumo de vida por tipo de sustancia psicoactiva según edad en los estudiantes de escuela media de la provincia de Córdoba.

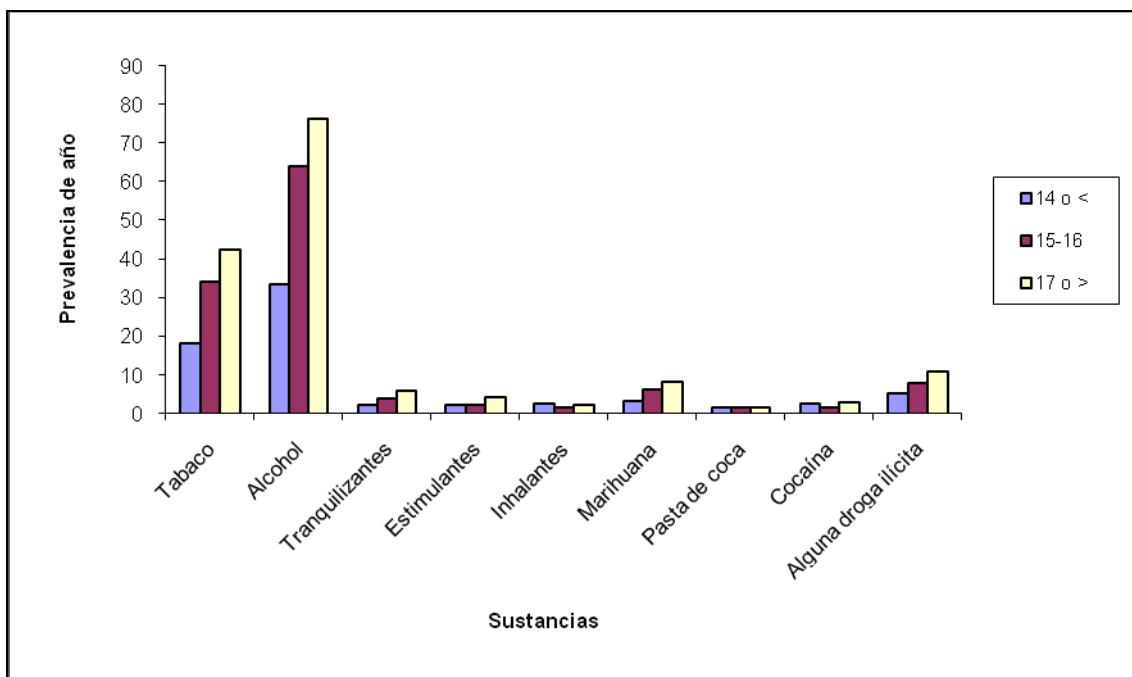


Figura 11: Prevalencia de consumo de año por tipo de sustancia psicoactiva según edad en adolescentes escolarizados de la provincia de Córdoba.

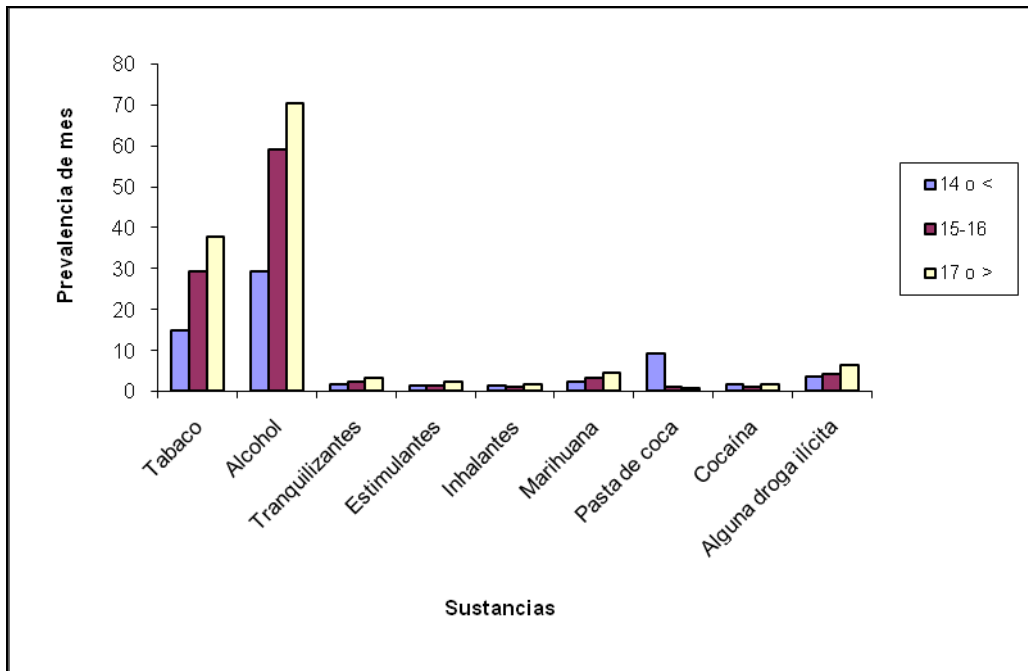


Figura 12: Prevalencia de consumo de mes por tipo de sustancia psicoactiva según edad en adolescentes escolarizados de la provincia de Córdoba.

En cuanto a la edad de inicio de consumo de tabaco el 13% manifestó iniciar el consumo a los 13 años, con menores prevalencia las edades de inicio fueron los 12 y 14 años. Estos resultados corresponden al 42,52% que contestaron la pregunta. En cuanto al inicio del consumo de alcohol la edad más frecuente fue los 14 años, y con menor frecuencia fueron los 13, 12 y 15 años.

El primer contacto o consumo de tabaco en los últimos 30 días aumenta al incrementarse la disponibilidad de dinero con el que cuentan los adolescentes escolarizados mensualmente. Al analizar estas variables (consumo de tabaco de los estudiantes en los últimos 30 días con disponibilidad de dinero mensual) se observó que la prevalencia para los que cuentan hasta con 60 pesos es de 75,76% y de 80,34% para los que tienen más de 60 pesos mensuales ($p < 0,03$). Al efectuar el análisis de riesgo para esta frecuencia se observó que los que poseen más de 60 pesos incrementa el riesgo de consumir tabaco en la adolescencia en una vez. Cuando se realiza el mismo análisis respecto al consumo de alcohol de los últimos 30 días (prevalencia mes de alcohol) se observa que el 90,68% de los estudiantes que cuentan con más de 60 pesos consumieron alcohol en los últimos 30 días y el 84,78% de los que tienen hasta 60 pesos ($p < 0,001$) con OR de 1,75 con IC:

1,35-2,25. Es decir que para los adolescentes que cuentan con más de 60 pesos mensuales, hay en la provincia de Córdoba, dos veces más riesgo para consumo de alcohol y una vez para el consumo de tabaco.

Cuando analizamos esta variable con tipo de colegio se observó que el comportamiento no se modificó según colegio público o privado. Los alumnos de colegio público que cuentan con más dinero tienen mayor consumo en el último mes para alcohol que los que tienen disponibilidad menor a 60 pesos mensuales. No se observa diferencia según disponibilidad de dinero para el consumo de marihuana pero si para cocaína que presenta un mayor riesgo ($p < 0,02$). Es de destacar que la tasa de respuesta de éstas preguntas es baja, con un 5,9% para prevalencia de mes para marihuana y 2,56% la prevalencia de mes para cocaína.

El segundo objetivo específico de este trabajo fue **identificar la información que los adolescentes escolarizados de la provincia de Córdoba manifiestan tener acerca del consumo de drogas**. Para esto se utilizó como variable la percepción que tienen los adolescentes sobre las consecuencias del consumo de drogas, donde se observó que el 54% manifestaba sentirse bien informado sobre las consecuencias del consumo de las drogas.

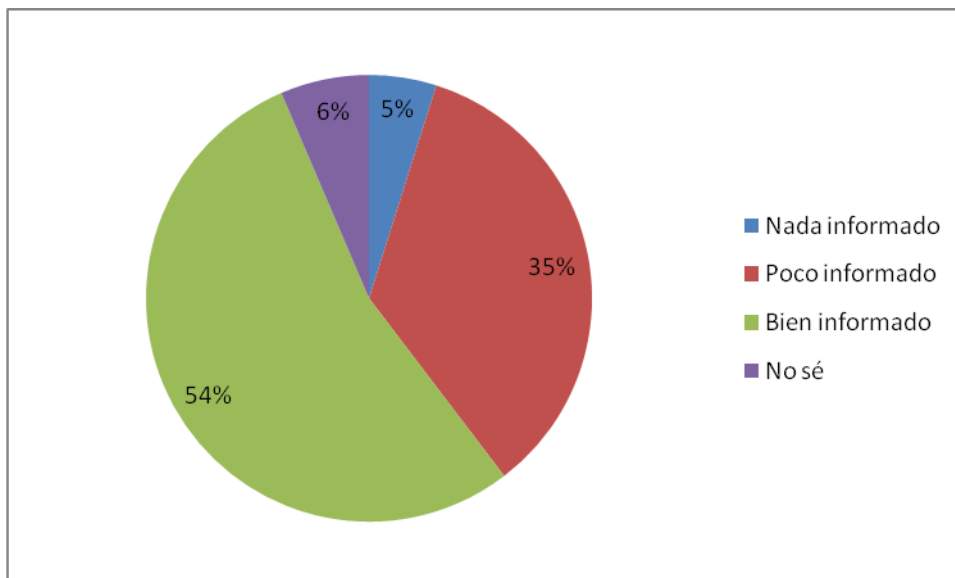


Figura 13: Percepción de información en adolescentes escolarizados de la provincia de Córdoba, año 2005.

La percepción de los adolescentes como causa de consumo aparece como respuesta más frecuente que los consumidores tienen problemas personales o porque les gusta, divierte o da placer y en tercer lugar es que está informado pero no le importa.

Tabla N°2: Percepción de los adolescentes de la provincia de Córdoba de la causa de consumo de drogas, total año 2005.

Percepción de causa de consumo de drogas	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa
No está informado sobre daño que produce	393	8,55%
Tiene problemas personales	1732	37,70%
Le gusta, divierte, placer	1133	24,66%
Esta informado pero no le importa	949	20,66%
Otra	66	1,44%
No se	286	6,22%
Error	35	0,76%
Total	4594	100%

Para cumplimentar el tercer objetivo, el cual refiere a **identificar la fuente de información que tienen los adolescentes escolarizados de la provincia de Córdoba sobre las drogas**, se realizó análisis de frecuencia de las preguntas pertinentes.

Para esto se trabajó con la variable 37, que corresponde a la pregunta que permite conocer la procedencia principal de los conocimientos de los adolescentes escolarizados. Ésta es una variable de múltiples respuesta, la categoría de respuesta para esta pregunta fueron amigos, padres (familiares), profesores, profesionales, periódicos (revistas), televisión (internet), afiches (folletos), experiencia propia, no sé nada sobre drogas y todas las combinaciones posibles.

Es importante destacar como primer resultado de la observación de esta variable que uno de cada tres adolescentes no contestó esta pregunta, es decir el 32% de los encuestados no otorgó una respuesta.

La respuesta más frecuente, entre los que contestaron, corresponde al 8,55% y refieren que la información proviene de padres y/o familiares. En segundo lugar los adolescentes manifestaron que la información proviene de amigos y de la televisión/internet, ambas opciones se representaron con el 5,99% y en tercer lugar la información proviene de padres y/o familiares y de profesores, esta opción corresponde al 4,01%. En el siguiente gráfico se observa las opciones más frecuentes que respondieron los alumnos respecto a la fuente de información respecto a las drogas.

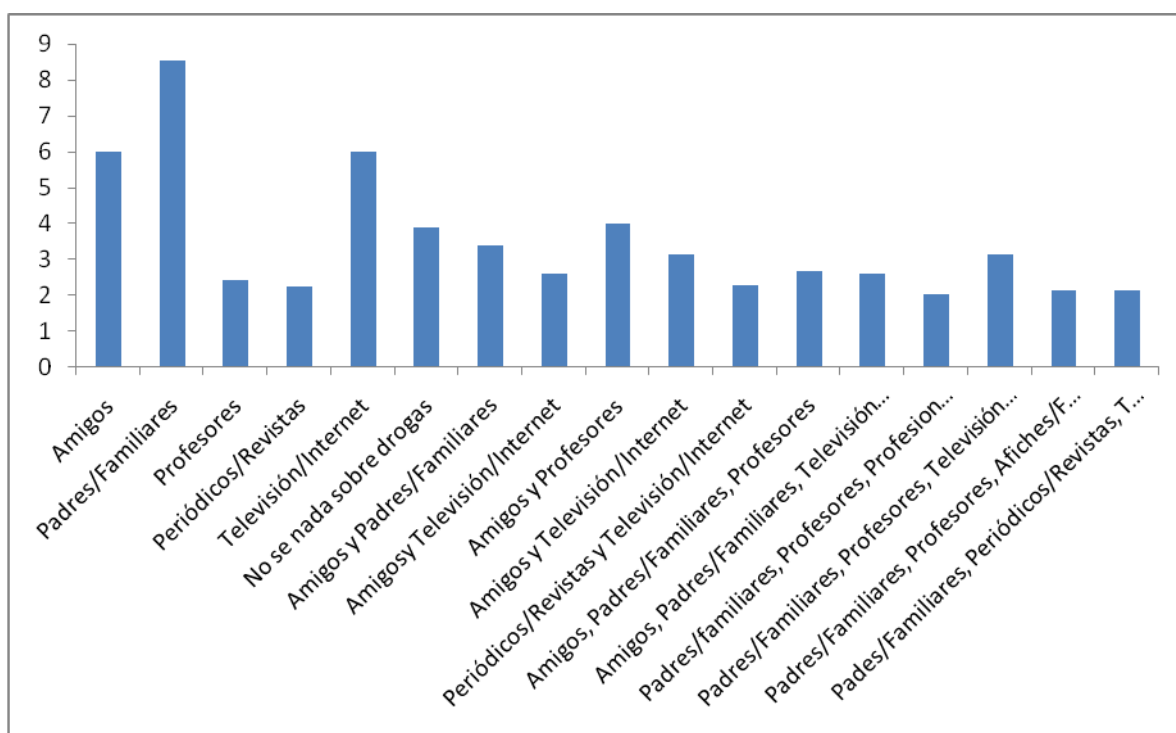


Figura 14: Fuentes de información más frecuentes sobre drogas en adolescentes escolarizados de la provincia de Córdoba.

La variable respecto a fuente de información respecto a drogas, como ya fue mencionado, es de respuesta múltiple. Si analizamos la misma según las nueve categorías de respuesta sin combinaciones se observa que en promedio cada alumno contestó dos opciones.

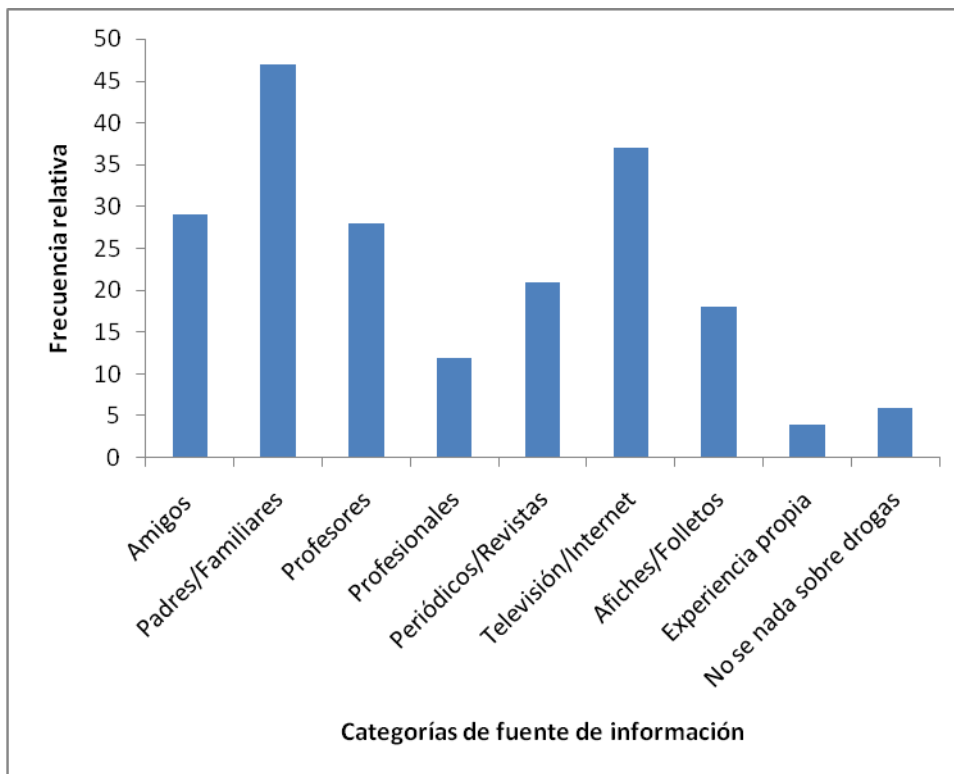


Figura 15: Distribución respecto a la fuente de información considerando categorías únicas de respuesta.

Así en la figura quince se observa que, 1465 (47%) estudiantes adolescentes de la provincia de Córdoba refirieron a los padres o familia como fuente de información sobre drogas, y en segundo lugar 1170 (37%) refirieron que los conocimientos que tienen sobre las drogas provienen de televisión. En tercer lugar el 29% de los estudiantes mencionaron que la fuente de información son los amigos, 874 (28%) dijeron que los profesores, 663 hablaron sobre periódicos y revistas, 571 recibieron información a través de afiches y folletos, 388 mencionaron como fuente de información a los profesionales y 137 experiencia propia. Por último 144 refirió no saber nada respecto a las drogas.

Respecto a si los adolescentes escolarizados de la provincia de Córdoba recibieron charlas sobre prevención del consumo de drogas, sólo el 17,67% recibió varias veces, el 26,56% recibió una vez, el 44,4% no recibió nunca y el resto no sabe. Las siguientes figuras grafican la recepción de curso de prevención según sexo en adolescentes escolarizados de la provincia de Córdoba.

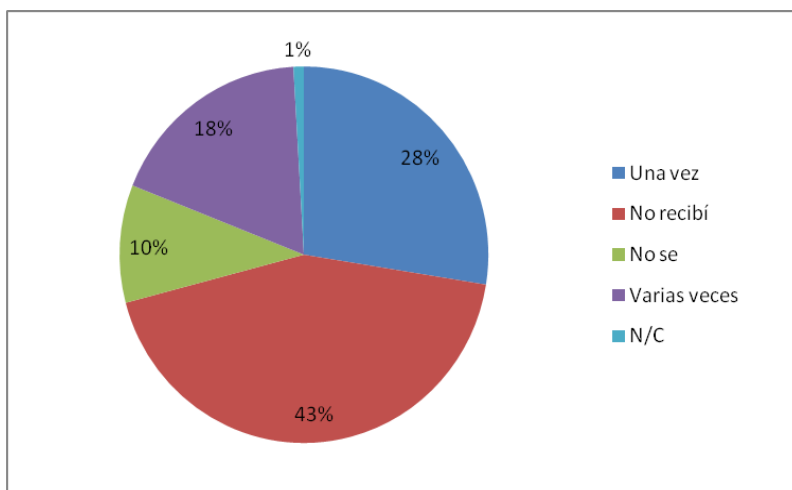


Figura 16: Proporción de adolescentes varones de la provincia de Córdoba que manifiestan haber recibido cursos sobre prevención del consumo de drogas en la escuela.

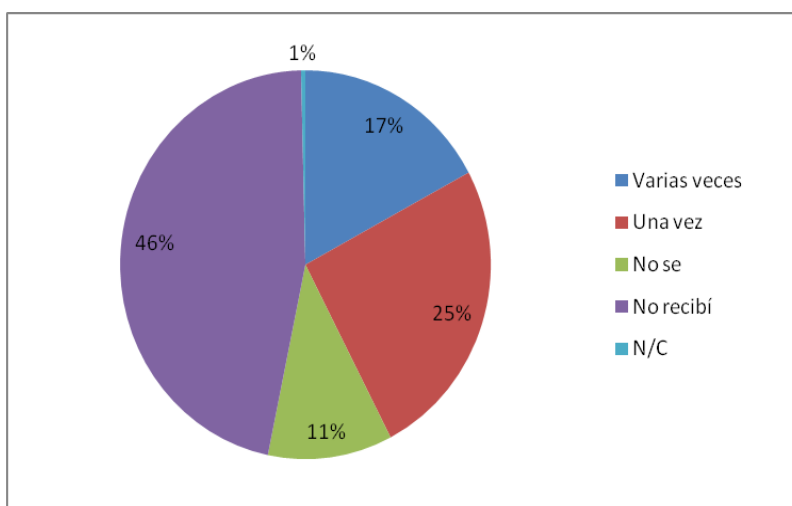


Figura 17: Proporción de adolescentes mujeres de la provincia de Córdoba manifiestan haber recibido cursos sobre prevención del consumo de drogas en la escuela.

Para cumplimentar el cuarto objetivo específico referido a **relacionar las variables utilizadas con las características sociodemográficas y con niveles de consumo**, se realizaron diversas asociaciones.

Cuando se analizó la prevalencia mes de tabaco (consumo últimos 30 días) se observó que la tasa de respuesta en el colegio público es de 34,95% y en las escuelas privadas 28,49%. De los adolescentes que contestaron esta pregunta indagatoria respecto a la prevalencia de tabaco en el último mes, el 80% de los adolescentes de colegios públicos lo había consumido. En los colegios privados el 73,43% de los adolescentes. Así, en colegios públicos fuman más que en los privados ($p=0,0033$). Los adolescentes de escuelas públicas tendrían 1,44 veces más de riesgo de fumar que los que van a

escuelas privadas. Asimismo se evidenció que en las escuelas públicas existe 1,6 veces más riesgo de consumir marihuana que en los colegios privados ($p=0,0001$ OR 1,60) y que los adolescentes de escuelas públicas tienen 2,03 veces más riesgo de consumir cocaína que en las escuelas privadas (OR 2,03 $p=0,01$). Respecto a la prevalencia de consumo de alcohol el último mes, de estimulantes y de tranquilizantes en el último mes respecto al tipo de colegio (público o privado) no reflejó diferencias.

Se observó diferencia de consumo tanto para drogas legales como ilegales según jornada escolar, evidenciándose menor consumo en los adolescentes de turnos escolares matutinos respecto a los que concurren en horario vespertino y nocturno ($p<0,001$).

Cuando se analizó la prevalencia vida de alcohol, al igual que lo que sucede en la prevalencia mes de esta droga, no reflejó diferencia según tipo de colegio, pero si mantuvo diferencia según jornada (la jornada matutina refleja menor consumo). Los análisis efectuados con prevalencia de vida para tranquilizantes, marihuana y cocaína reflejan el mismo comportamiento descrito para el consumo de alcohol. Respecto a exigencia académica se evidenció que la prevalencia mes y vida para estas drogas se incrementa cuando la exigencia disminuye ($p<0,02$).

En las siguientes figuras se observa la relación entre los factores familiares y el “no consumo de tabaco y marihuana”. Se utilizó para realizar este análisis una droga legal y tres ilegales.

En la figura 18 se observa el resultado del análisis factorial que incluye las variables de consumo de bebida alcohólica en los últimos 30 días y el control de los padres respecto a las salidas nocturnas de los hijos. En la misma se refleja un eje que agrupa las variables analizadas en dos partes. Hacia la izquierda del eje la elipse marcada en la gráfica muestra cómo las variables de no consumo se asocia a los adolescentes que perciben el control de sus padres respecto a la hora de regreso y a las salidas que efectúan. Mientras que a la derecha del eje se observa que el consumo se asocia a la percepción de los adolescentes respecto a la falta de control de sus padres.

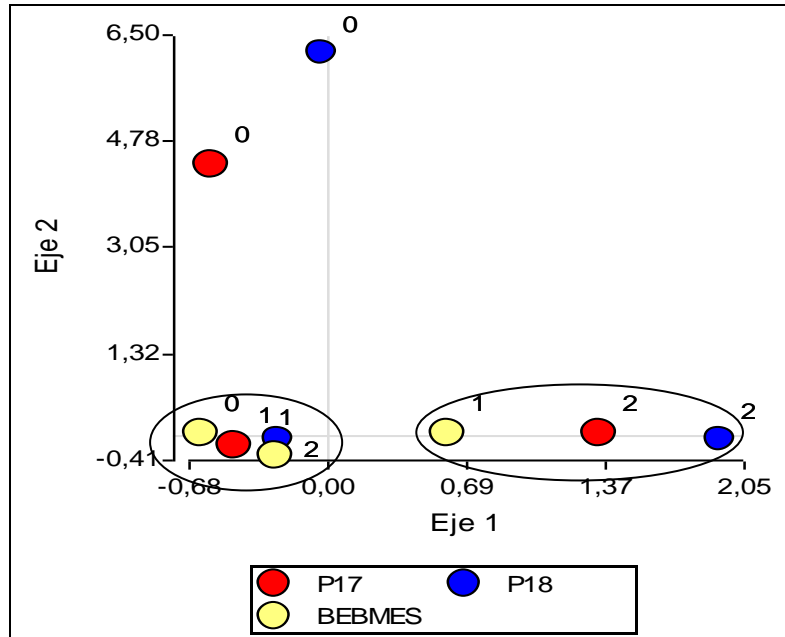


Figura 18: Análisis multivariado entre las preguntas 17 (durante los fines de semana tus padres controlan la hora de regreso), 18 (Cuándo salís de tu casa tus padres preguntan a dónde vas) y si bebió alcohol durante el último mes.

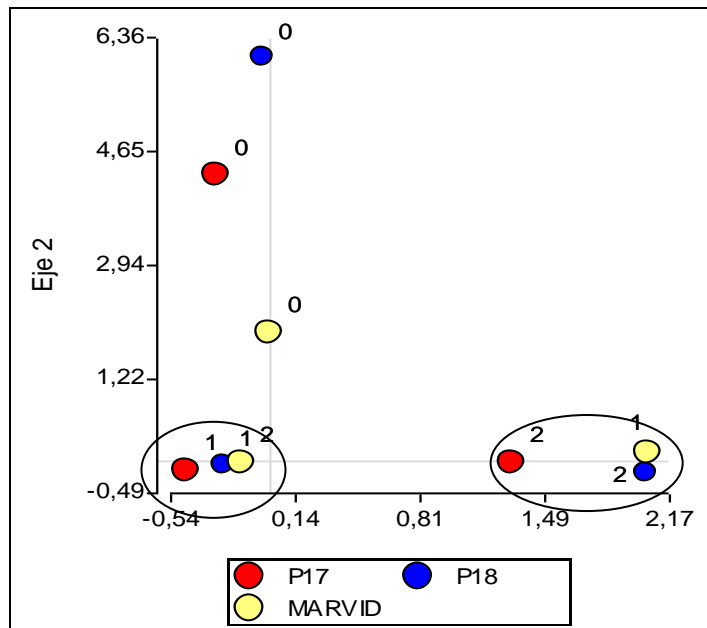


Fig. 19: Análisis multivariado entre las preguntas 17 (durante los fines de semana tus padres controlan la hora de regreso) y 18 (Cuándo salís de tu casa tus padres preguntan a dónde vas) respecto a prevalencia vida de uso de marihuana.

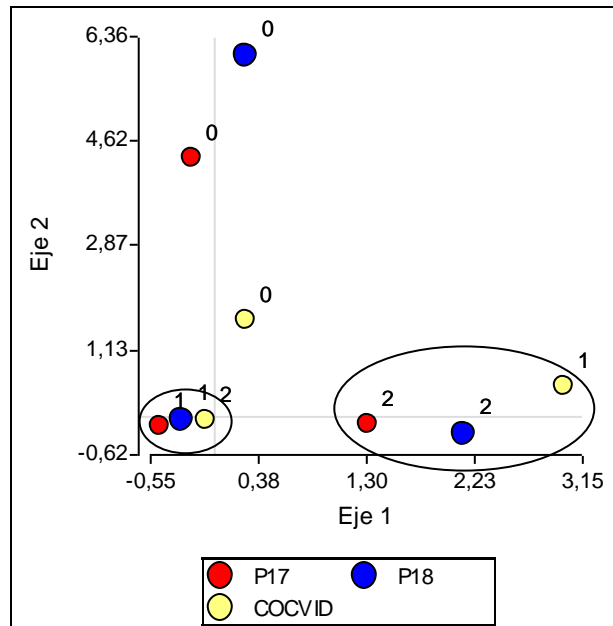


Figura 20: Análisis multivariado entre pregunta 17 y 18 con respecto a prevalencia de vida para cocaína.

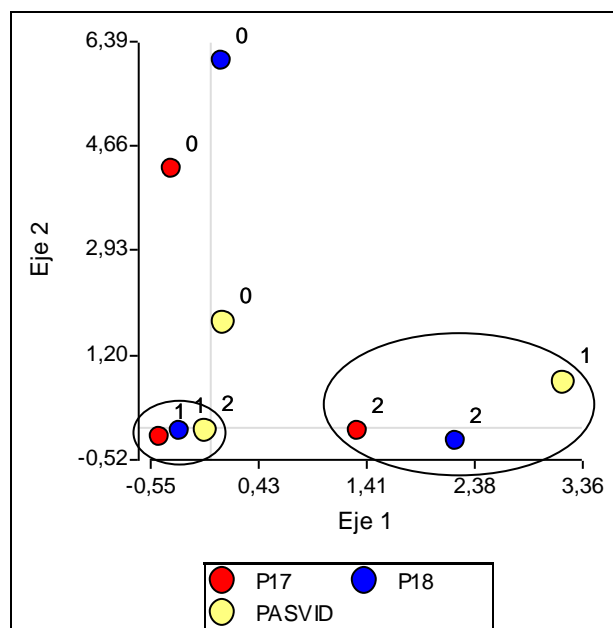


Fig. 21: Análisis multivariado correspondiente a las preguntas 17 y 18 respecto a prevalencia de vida de pasta base.

En las figuras 19, 20 y 21 se evidencia que la categoría 1 de las preguntas si durante los fines de semana tus padres controlan la hora de regreso y cuándo salís de tu casa tus padres preguntan a dónde vas, se asocian al no consumo de vida para marihuana, cocaína y pasta de base.

En todos los casos mencionados se relacionó la percepción de los estudiantes en relación al nivel de atención de los padres como positivo,

quienes percibieron atención de sus padres se asoció a el no consumo tanto del último mes y de vida para drogas legales e ilegales.

Cuando se realizó análisis multivariado entre prevalencia de vida de consumo de una droga ilegal con la percepción de información (p 35), se observó que los adolescentes que refirieron estar poco o bien informados se relacionó con el no consumo vida de pasta base.

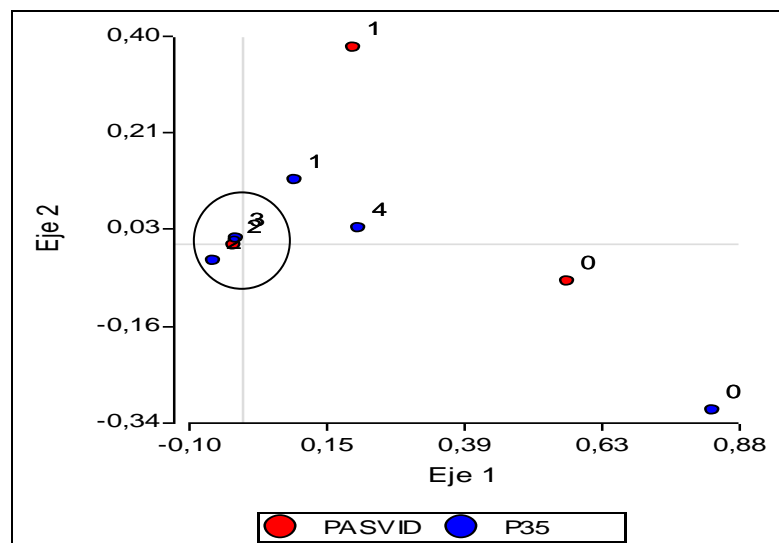


Fig. 22: Análisis multivariado entre prevalencia de vida de consumo de pasta base y percepción de información.

En la figura 22, se relaciona prevalencia de vida de pasta base con la pregunta 38, que se refiere a si los adolescentes recibieron en el colegio cursos sobre prevención de drogas. Así se observa que el no consumo de vida de marihuana se relaciona con la percepción de haber recibido varias veces cursos sobre prevención de adicciones en la escuela.

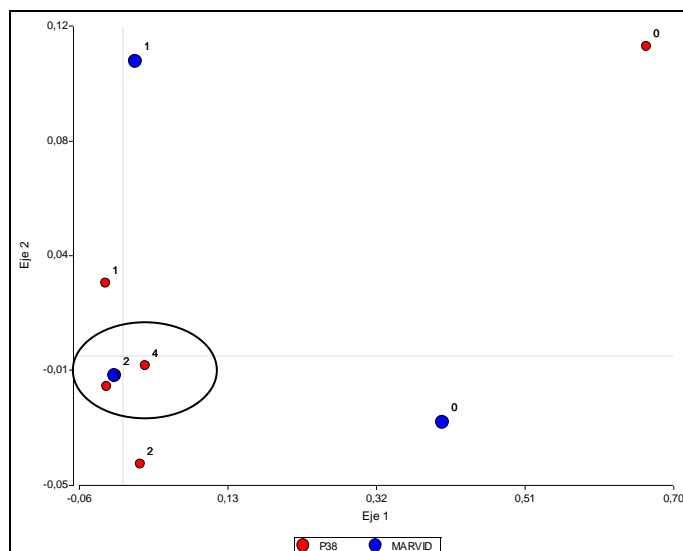


Figura 23: Análisis multivariado entre las pregunta sobre percepción de cursos de prevención de drogas y prevalencia vida de marihuana.

En este estudio, como ya fue mencionado en el apartado de la metodología, se utilizó análisis por regresión logística a fin de evaluar las posibles variables regresoras con respecto al evento “consumo o experimentación”.

Se analizó, el consumo de cigarrillo en el mes, como variable regresora y como variables indicadoras el sexo, tipo de colegio, edad de inicio del consumo, y si recibió información. Resultado de esté análisis aparecen como factores de riesgo la edad de inicio y el tipo de colegio (más riesgo en los públicos que en los privados). En la tabla número 3, se presenta los datos correspondientes con valores de $p < 0,05$ para las preguntas 43 (edad de inicio) y pregunta 4 (tipo de colegio) con la constante consumo de cigarrillo.

Tabla 3: Análisis por regresión logística de consumo de tabaco, sexo, tipo de colegio, edad de inicio del consumo y si recibió información.

Parámetros	Estimación	EE	Odd	p-valor
Constante	-2,92	0,16	0,05	<0,0001
Sexo	0,01	0,09	1,01	0,9516
No recibió cursos de prevención en el colegio	-0,09	0,15	0,92	0,5513
Recibió una vez un curso de prevención en el colegio	-0,43	0,16	0,65	0,0064
Recibió varias veces cursos de prevención en la escuela	-0,21	0,17	0,81	0,2153
Tipo de colegio	0,42	0,09	1,53	<0,0001
Edad de inicio de consumo de tabaco	0,28	0,01	1,32	<0,0001

Cuando se efectuó el mismo esquema de análisis para el consumo de alcohol en el mes como variable regresora y nuevamente el sexo, tipo de colegio, edad de inicio del consumo, y si recibió información como variables indicadoras, aparecen como factores de riesgo la edad de inicio, el tipo de colegio (más riesgo en los públicos que en los privados), y se agrega el sexo masculino como factor de riesgo. Lo anterior se observa en la tabla número cuatro.

Tabla N° 4: Análisis por regresión logística de consumo de alcohol con sexo, tipo de colegio, edad de inicio del consumo y si recibió información.

Parámetros	Estimación	EE	Odd	p-valor
Constante	-0,63	0,12	0,53	<0,0001
Sexo (Masculino)	0,40	0,07	1,49	<0,0001
No recibió cursos de prevención en el colegio	-0,28	0,12	0,76	0,0171
Recibió una vez un curso de prevención en el colegio	0,01	0,13	1,02	0,9051
Recibió varias veces cursos de prevención en la escuela	0,08	0,13	1,09	0,5395
Tipo de colegio (público)	-0,17	0,07	0,85	0,0166
Edad de inicio de consume de alcohol	0,18	0,01	1,20	<0,0001

Cuando la misma regresión se realizó con consumo de marihuana como variable regresora, desaparece la información como factor protector, lo cual puede objetivarse en la tabla número 5.

Tabla N° 5: Análisis por regresión logística de consumo de marihuana con sexo, tipo de colegio, edad de inicio del consumo y si recibió información.

Parámetros	Estimación	EE	Odd	p-valor
Constante	-3,55	0,22	0,03	<0,0001
Sexo (Masculino)	0,20	0,13	1,22	0,1212
No recibió cursos de prevención en el colegio	-0,09	0,20	0,91	0,6526
Recibió una vez un curso de prevención en el colegio	-0,40	0,22	0,67	0,0735
Recibió varias veces cursos de prevención en la escuela	-0,30	0,24	0,74	0,2132
Tipo de colegio (público)	0,57	0,13	1,76	<0,0001
Edad de inicio de consumo de marihuana	0,08	0,01	1,08	<0,0001

Para el caso de consumo de cocaína y pasta base se puede observar, en las tablas 6 y 7, que se asocia el colegio público, la edad de inicio y el sexo.

Tabla N° 6: Análisis por regresión logística de consumo de cocaína con sexo, tipo de colegio, edad de inicio del consumo y si recibió información.

Parámetros	Estimación	EE	Odd	p-valor
Constante	4,07	0,27	58,49	<0,0001
Sexo (Masculino)	-0,49	0,15	0,62	0,0012
No recibió cursos de prevención en el colegio	-0,07	0,25	0,93	0,7747
Recibió una vez un curso de prevención en el colegio	0,14	0,27	1,15	0,6117
Recibió varias veces cursos de prevención en la escuela	0,25	0,30	1,29	0,4002
Tipo de colegio (público)	-0,55	0,16	0,58	0,0005
Edad de inicio de consumo de cocaína	-0,06	0,01	0,94	<0,0001

Tabla N° 7: Análisis por regresión logística de consumo de pasta base con sexo, tipo de colegio, edad de inicio del consumo y si recibió información.

Parámetros	Estimación	EE	Odd	p-valor
Constante	4,10	0,29	60,53	<0,0001
Sexo (Masculino)	-0,52	0,17	0,59	0,0016
No recibió cursos de prevención en el colegio	0,09	0,27	1,10	0,7248
Recibió una vez un curso de prevención en el colegio	0,15	0,29	1,16	0,6146
Recibió varias veces cursos de prevención en la escuela	0,45	0,33	1,57	0,1743
Tipo de colegio (público)	-0,63	0,18	0,53	0,0004
Edad de inicio de consume de pasta base	-0,04	0,01	0,96	0,0019

DISCUSIÓN

El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas está ligado a aproximadamente la cuarta parte de las defunciones anuales que se producen en las Américas (Peruga A, 2002). El nivel de consumo de drogas ha presentado variaciones a partir de la década de los 70, fecha en la que se realizan las primeras encuestas y otros estudios de carácter epidemiológico y social con el interés de conocer la distribución del consumo de drogas en diversos países de América Latina. Al tradicional problema de uso de inhalables entre los menores, y de marihuana entre los jóvenes y algunos grupos de la población adulta, se suma un consumo cada vez mayor de cocaína que ha llegado hasta los niños y los sectores pobres de la población; aparecen nuevas drogas como las metanfetaminas y el inicio del consumo se ubica en edades cada vez más tempranas (Medina Mora ME, 1998). Poblaciones como la de Perú evidencian un inicio del uso de drogas en niños con una edad promedio de 8,8 años (Oblitas YM y col, 2005). En Holanda en 1992, la prevalencia del consumo diario a los 12-13 años era del 3%, y aumentaba hasta el 16% a los 14-15 años (De Zwart WM y col, 1994). En Alicante, España la edad media de inicio más temprano es a los 12,8 años corresponde al tabaco (Alfonso J, 2009), edad cercana a la manifestada por México (Medina Mora ME, 2003). Argentina, según la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico y el Observatorio Argentino de Drogas, presenta valores cercanos a los referido a siendo la edad de inicio en el consumo de tabaco y alcohol los 13 años, y a medida que aumenta la edad de los estudiantes se observa mayor consumo (SEDRONAR, 2010). El aumento de consumo de sustancias psicoactivas en niños, jóvenes y adolescentes en edad escolar es una gran preocupación para la salud pública, ya que hay claras evidencias de que el consumo de drogas es acumulativo y secuencial (Oblitas YM y col, 2005), el uso experimental de una droga a una edad temprana puede conducir en el futuro al consumo de drogas más peligrosas (Santo Domingo J, 2003). Este inicio de consumo iniciado en edades cada vez más tempranas de la etapa evolutiva de los seres humanos, genera el interés y la necesidad de estudiar al sector más joven de la población y dilucidar cuáles son los factores que se relacionan con la exposición, el abuso y/o el uso indebido de drogas y con la dependencia y/o adicción.

Los resultados obtenidos en relación con la prevalencia de vida de consumos de sustancia psicoactivas en adolescentes escolarizados de la provincia de Córdoba, coinciden con los observados en el análisis a nivel nacional (SEDRONAR, 2005). El alcohol y el tabaco son las sustancias de mayor consumo, según el análisis de prevalencia de vida de éste trabajo. El 48,7% de los adolescentes encuestados consumió alguna bebida alcohólica valores cercanos al nacional, el cual corresponde al 48% en el año 2005 y del 46% en el año 2009 (SEDRONAR, 2010). Otros estudios demuestran que el alcohol es la droga más utilizada entre adolescentes escolarizados en el mundo (Aguilar HC y col, 1993; Patton GC y col, 1995; Pecci MC, 1995; Deitos FT y col, 1998; Galduróz JCF y col, 1997; Muza GM, 1997). En los adolescentes escolarizados de la provincia de Córdoba se observa que en el consumo de tabaco no hay diferencias entre varones y mujeres y en alcohol son los varones los que tienen la mayor tasa de consumo. En ambos casos se repite el patrón de consumo a nivel nacional. Tavares B en un estudio del 2001 en Brasil muestra un comportamiento similar de consumo de alcohol y tabaco, con mayor consumo de alcohol en hombres y tendencia al equilibrio en el consumo de tabaco según sexo (Tavares BF y col, 2001).

Los problemas que conllevan el consumo excesivo o inadecuado de alcohol son muy graves y constituyen junto con el tabaco una importante causa de mortalidad y morbilidad en el conjunto de la población (Mendoza Sierra MI y col, 2003). La 32 Asamblea Mundial de la Salud, en 1979, declaró que los problemas relacionados con el alcohol y en particular al consumo excesivo, figuran entre los principales problemas de salud pública del mundo y se constituyen amenazas para la salud, el bienestar y la vida de la humanidad (OMS, 1980). Estudiar el consumo de alcohol en la adolescencia es importante porque las consecuencias trágicas de su abuso se evidencia a corto plazo y porque es en esta etapa de la vida cuando suele adquirirse el hábito, y una vez establecido es difícil de modificar (Mendoza Sierra MI y col, 2003). La complejidad y magnitud de los cambios que acontecen en la adolescencia sitúan a ésta en un periodo crítico, tanto para el consumo de alcohol como para el desarrollo de actitudes y de otras conductas relacionadas con la salud (Guthrie BJ, Loveland-Cherry C, Frey MA y Dielman TE, 1994). La adolescencia es una etapa donde suceden una serie de cambios físicos y que crean en el adolescente la necesidad de aceptar y asimilar un nuevo cuerpo y también, es una etapa donde el desarrollo cognitivo que alcanzan los

jóvenes favorece la toma de conciencia sobre esos cambios y sobre su mayor o menor ajuste a las normas estéticas que imponen la sociedad ^(Mendoza Sierra MI y col, 2003). La adolescencia es una etapa de la vida en la que el individuo hace frente a un sinnúmero de situaciones difíciles y potenciales de estrés ^(Oblitas YM, 2005). Es por esto que es importante las evaluaciones a los adolescentes sobre su grado de satisfacción personal, la confianza en si mismos, el sentimiento de indefinición y el padecimiento de estados de ánimos negativos, porque se sabe que los jóvenes que comienzan a beber más precozmente alcohol presentan un patrón de consumo más elevado que los que comienzan más tardíamente y sufren a posteriori más problemas como consecuencia de dicho consumo ^(Fergusson DM, Horwood LH y Linskey MT, 1995).

El 7% de los estudiantes de la provincia en estudio presenta consumo reciente de alguna droga ilícita valores que se asemejan al 7,1% para la media nacional. Al igual que en otras ciudades de Latinoamérica el consumo de drogas ilícitas en mujeres es de menor proporción que en hombres ^(Medina Mora ME y col, 2003).

La prevalencia de consumo de drogas ilícitas es de marihuana, en primer lugar, seguido por tranquilizantes, inhalantes y en último lugar con una prevalencia de 3,9% los estimulantes y cocaína. Asimismo este estudio reveló que la prevalencia de consumo aumenta (tanto para vida, año y mes) para todas las sustancias a medida que aumenta el rango de edad y/o el año de estudio, a excepción de estimulantes, inhalantes y pasta de coca. Esto coincide parcialmente con lo observado en estudios realizados en Brasil en donde la marihuana es la droga ilícita con mayor prevalencia, pero seguida por los inhalantes ^(Tavarés BF y col, 2001; Villatoro JA y col, 1997; Tapia-Conver R y col, 1998).

Cuando relacionamos la frecuencia de experimentación y consumo de drogas de los alumnos de la escuela media de la provincia de Córdoba las variables socio-demográficas se observó que para el consumo de alcohol y drogas ilegales es más frecuente en el sexo masculino y en los que tienen mayor disponibilidad de dinero. No se observó diferencia entre los adolescentes que asisten a escuelas públicas y privadas. Pero se sabe que la asistencia a la escuela es un factor protector importante para el consumo ^(Medina Mora ME y col, 2003).

La presente investigación reveló que el primer contacto o consumo de tabaco los últimos 30 días aumenta al incrementarse la disponibilidad de dinero con el que cuentan los adolescentes escolarizados mensualmente, esto está de acuerdo con un estudio que describe que el uso de las sustancias ilícitas es mayor en los estratos socio-económicos altos ^(Muza, 1997). La asociación entre disponibilidad de dinero y uso de drogas se demostró en varios estudios en otros países del mundo ^(Beutelspacher NA, 1994; Cardenal CA, 1995; Singh H, 1994).

Una de las variables estudiadas en el cuestionario, utilizado en la Segunda Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media de la SEDRONAR ^(SEDRONAR, 2005), que se aplicó en este estudio, fue el nivel de información que los adolescentes poseen acerca del consumo de sustancias, cuáles son las fuentes de información que tienen, a qué causa, los jóvenes escolarizados atribuyen el consumo de sustancia y si recibieron en la escuela cursos o charlas de prevención sobre las drogas.

Con respecto a la percepción de información, el 46% de los adolescentes manifestó no sentirse bien informado. Villalobos ^(Villalobos L, 2005) refiere que el desconocimiento, es decir el no tener información, provoca desorientación y desinformación; en consecuencia, se generan mitos y falsas creencias o actitudes hacia la droga y sus efectos. El adolescente que está en proceso de encontrar su propia identidad, no cuenta con una estructura psíquica suficientemente establecida para tomar decisiones adecuadas y oportunas ^(Villalobos L, 2005). Coincidentemente, Bolaños Gil H manifiesta a partir de un estudio realizado en Perú en el año 2008 que la disponibilidad de información es un factor protector para no usar o para interrumpir la utilización de las drogas ^(Bolaños Gil H, 2008). Según la bibliografía de distintos países de América Latina, los jóvenes perciben que sus conocimientos sobre las drogas son cada vez mayores y demandan información cada vez más fiables sobre las drogas legales e ilegales, asimismo se registra la demanda de los adolescentes respecto a educación sobre prevención de consumo de sustancias adictivas y reducción de daño ^(Bolaños Gil H, 2008). Numerosos estudios refieren que las intervenciones de carácter preventivo, ya sean dirigidas a la población general o dirigida selectivamente a subgrupos de adolescentes con alguna vulnerabilidad, son importantes ^(Martínez-Mantilla JA, 2007; Muñoz Rivas M, 2001; Peruga A, 2002). Los

adolescentes no toman sus decisiones en el vacío, de forma totalmente libre, sino en un determinado contexto social que influye poderosamente en las mismas. Por tal la prevención debe tomar diversas características según a quién va dirigida y según sea la intención, se impone la prevención selectiva en aquellos subgrupos que presentan niveles elevados de fracaso escolar, en otras condiciones resulta necesario implicar en los programas preventivos a los líderes juveniles dado a que las conductas de riesgo se originan o manifiestan en el entorno del grupo de pares, o actividades de prevención dirigidas a mejorar las relaciones familiares (Mendozas Sierra MI, 2003; León JC, 2002; León JC, 2000). Lo anteriormente descritos no acuerda con la proporción de respuesta que revela la presente investigación, la cual evidencia que aproximadamente el 50% de los adolescentes escolarizados de la provincia de Córdoba no recibió prevención en las escuelas y el 59% de los adolescentes que manifestó recibir información respecto a esta temática, la recibe a través de los medios de difusión masivo. Estudios realizados en Madrid evidencian que los medios de comunicación juegan un importante papel en el aprendizaje de aspectos relacionados al tema de las drogas en los adolescentes, y son percibidos por los jóvenes como una fuente fidedigna de información (González Calleja F y col, 1996). Los medios de comunicación requieren fomentar actitudes y transmitir conocimientos adecuados en materia de sustancias adictivas, caso contrario la información puede llegar a extender el consumo de las drogas o agravar la reacción de la sociedad drogodependiente, traumatizar a los padres y provocar desprecio, marginación y aislamiento de los dependientes de las drogas (Bolaños Gil H, 2008). La influencia de los medios de comunicación sobre el consumo de drogas ilegales, es muy difícil de establecer, pues existe una falta de control sobre la exposición a dichos mensajes (González Calleja F y col, 1996).

La presente investigación evidencia que los adolescentes de la provincia de Córdoba que contestaron la pregunta respecto a identificar la fuente de información, mencionaron como principal proveedor de información a los padres y/o familias. Distintas investigaciones destacan a la familia como el principal divulgador de información respecto a las drogas, ya que puede establecer diálogos sobre el tema (Kelly k y col, 2002 y Oliveira MR y col, 2005). Estudios realizados por Dento y Kampfe (1994) afirma que la familia ejerce una gran influencia sobre el consumo de drogas en sus miembros, puede actuar

elicitando, neutralizando o inhibiendo tales conductas ^(Dento R, 1994). Favorecer una mejor comprensión de los padres y adultos sobre las características evolutivas y los condicionantes sociales que viven los jóvenes, es una característica importante a tener en cuenta para fomentar en las actividades de prevención. La mejora de las relaciones familiares es un factor de protección de las conductas de riesgo para la salud. Investigaciones previas detectaron la influencia de los amigos como el más claro predictor del consumo de drogas en los adolescentes ^(Bailey y Hubbard, 1991; Epstein J y col, 1995; García-Pintado G, 1993). Muchos padres se muestran más preocupados por la clase de amistades que eligen los adolescentes, ya que temen por la influencia de estos últimos, que por mantener un estilo educativo que genere confianza en las relaciones que mantienen con sus hijos ^(León JC, 2000). Los adolescentes son más influenciados por sus pares cuanto menos confianza y autonomía personal le generan sus relaciones familiares ^(Turner RA, 1993).

En cuanto a la fuente de información sobre las drogas que tienen los adolescentes escolarizados de la provincia de Córdoba, en este estudio, aparecen en cuarto lugar los profesores como fuente de información de esta temática y que los afiches y folletos sólo impactan en el 18% de los adolescentes escolarizados de la provincia de Córdoba. Asimismo la mayoría de los adolescentes no recibió nunca charlas de prevención. Estudios realizados en México refieren que sólo el 11,6% de los docentes incluyen temas de prevención de consumo de sustancias adictivas en sus clases ^(Novelo Moreno G y Sánchez Escobedo P, 2000). Un estudio realizado en la ciudad de Mérida a docentes de las escuelas de nivel secundario, para medir los conocimientos y acciones de los docentes respecto a las drogas demostró ausencia específica de temas de prevención de abuso de sustancia en la currícula de las escuelas secundarias generales y que no existen objetivos de aprendizaje manifiestos directamente relacionadas con esta problemática. Asimismo se identificó que los profesores de secundaria no cuentan con los conocimientos básicos respecto al promedio de edad de inicio del consumo de bebidas alcohólicas y el lugar que más se consumen drogas ilegales. En cuanto a las consecuencias del tabaco, la mayoría de los profesores están conscientes de sus efectos. Diversos estudios demuestran que los docentes de secundaria tienen una actitud favorable en cuanto a la prevención del abuso de sustancias. A pesar

que los planes y programas de estudio de las escuelas secundarias generales no especifican los temas de prevención, los docentes, según los resultados del estudio, sí incluyen estos temas en sus clases. No detallan la manera de cómo lo imparten, pero sí mencionan las fuentes donde obtuvieron la información para la prevención, así como los métodos y/o recursos que manejan en la clase. La mayoría de los docentes obtuvieron la información en los libros, revistas y folletos, seguidamente por las conferencias. Los métodos fueron la exposición de ellos en la clase y la exposición de algún especialista del tema; y los recursos fueron la televisión y la vídeo - grabadora, seguidamente por lo folletos. En otros aspectos la mayoría de los docentes de secundaria no consideran que exista un problema grave entre los alumnos respecto al abuso de sustancias en las escuelas secundarias generales, ya que en la mayoría de las escuelas no se ha presentado el caso o porque existe una estricta vigilancia de los prefectos o de ellos mismos. Sólo en dos escuelas presentaron un mayor porcentaje en comparación de las otras escuela en que los docentes sí han detectado el problema, y una causa que mencionan es la ubicación de éstas en la zona. Por otro lado, los profesores de secundaria están dispuestos en colaborar con las autoridades educativas en la solución del problema de las drogas, consideran que es necesario un programa de prevención en el currículo de las escuela secundarias y la capacitación a los docentes, para llevar adecuadamente los contenidos de prevención en sus clases. En este marco se coincide con la necesidad de hacer recomendaciones al respecto basadas en que las autoridades educativas del ámbito del Ministerio de Educación analice la necesidad de enfocarse en los temas de prevención del abuso de sustancias de los planes y programas de estudio, proporcionándole al docente las técnicas y dinámicas individuales y grupales, especificando cómo y cuándo utilizarlos para su clase, para empezar en las materias de biología, civismo y orientación educativa para que más adelante se puedan practicar, de alguna manera, en las materias restantes que comprende el currículo de las escuela secundarias. Además sugiere hacer campañas para los maestros y padres de familia del grave problema del abuso de sustancias, y capacitar a los docentes por medio de cursos, conferencias u otros eventos en cuanto al tema de prevención, para su formación y actualización académica.

Entre los resultados que son necesarios destacar y discutir a partir del análisis del objetivo que implicaba relacionar las variables utilizadas con las características sociodemográficas y con niveles de consumo, se destaca que el consumo de sustancias aumenta cuando la exigencia académica disminuye y la asociación del control familiar con el no consumo, es decir que evidenció como positivo por parte de los adolescentes el nivel de atención para el no consumo. Esto último puede relacionarse positivamente con la identificación realizada por los adolescentes como primer fuente de información a la familia.

También se observó que recibir información una vez tiene efecto protector, no así varias veces. Impresiona que la reiteración en la información no es efectivo, sino más bien en la calidad de la información original que reciben los estudiantes. En función de lo mencionado es necesario discutir la calidad de la prevención, y se considera que la misma debe realizarse en el marco de una situación regional y local, teniendo en cuenta las características de cada comunidad. Hugo Míguez (2001) en su documento “Fundamentos para la tarea preventiva” manifiesta la situación de salud de Argentina, en el contexto de América latina, se define por la coexistencia de problemas de salud asociados al subdesarrollo con los problemas de los países más desarrollados y generalmente envejecidos. Esto coincide con lo definido por otros autores, como la transición epidemiológica. Dado a que las problemáticas de salud son tantas y tan diversas, es que se considera necesario abordar la problemática desde las comunidades. Míguez, refiere que son las propias comunidades las que tienen a cargo la acción y que los profesionales de salud deben posicionarse como cooperantes que aportan información, conocimientos y herramientas a la comunidad y a otros sectores para realizar la tarea de manera conjunta y articulada (Míguez H, 2004). El punto de partida debe ser la capacitación de los propios miembros de la comunidad para el monitoreo de los problemas de uso de sustancias adictivas y para la planificación participativa de las acciones en prevención (Míguez, 2001).

La Declaración de Yakarta generó un fuerte respaldo respecto a que las comunidades son las que deben tomar decisiones y participar de los programas. Esta Conferencia Internacional de la Organización Mundial de la Salud celebrada en Yakarta en el año 1997 (OPS, 1997), reafirmó los principios de la Declaración de Ottawa, generando puntos directrices y elementos nucleares

de la promoción de la salud aplicables a todos los países. Los principales resultados de esta Declaración fueron fomentar la responsabilidad social a favor de la salud, consolidar y ampliar alianzas para trabajar conjuntamente a favor de la salud, aumentar la capacidad de las comunidades y preparar a los individuos y garantizar la infraestructura para la promoción de la salud. En la Declaración de Yakarta se plantea guiar la promoción de salud hacia el siglo XXI, mediante los enfoques globales y teniendo en cuenta los más eficaces para el desarrollo de la salud, que son esenciales para sostener los esfuerzos y la participación de las personas y la comunidad en la toma de decisiones y el empoderamiento que estos deben tener ^(Mulet Robello C, 2002). En la Quinta Conferencia Internacional de Promoción de Salud: “Promoción de la Salud hacia una mayor equidad” en el año 2000 en Santa Fé, México se retoman las líneas de acción de Yakarta y se enfatiza en la capacidad de la comunidad y el empoderamiento ^(OMS, 2000). Asimismo en la Declaración de México, se enfatizó el aporte de la promoción de la salud en las políticas, los programas y proyectos de salud y calidad de vida, promoviendo los Planes Nacionales de Promoción de la Salud. Se instó a apoyar la investigación para conocer prioridades y la movilización de recursos financieros y operacionales para elaborar, aplicar, vigilar y evaluar los planes de acción nacionales y establecer o fortalecer redes nacionales e internacionales que promuevan la salud ^(OMS, 2000). Se avanzó en el desarrollo de las cinco prioridades para el Siglo XXI en Promoción de la Salud, que como se mencioné anteriormente fueron identificadas en Yakarta y confirmadas en la Resolución sobre la Promoción de la Salud adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1998 ^(OPS, 1998). En Bangkok, Tailandia 2005, se realizó la Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, titulada «Los determinantes de la salud en relación con las políticas y las alianzas para la acción sanitaria» orientada a reducir las desigualdades en materia de salud en un mundo globalizado mediante el fomento de la salud ^(OMS, 2005). Fue en este informe del 2005 de la OMS en que se introdujo el tema de los determinantes de la salud, incluyendo los conceptos de equidad y condiciones socio-económicas, género, situación laboral, vivienda, relacionados con la salud ^(Crovetto M, 2009).

Diferentes textos e investigaciones han documentado la importancia y el éxito de las intervenciones en prevención de la enfermedad, de promoción de

la salud y de educación para la salud ^(Sánchez Lázaro A, 2005), como así también de los pilares fundamentales que significan la descentralización, la participación social y la intersectorialidad para entender a la salud como derecho y contribuir a construir una salud pública integral. Uno de los principios básicos de un Sistema Nacional de Salud es la participación de la comunidad en las acciones de salud, expresada en la colaboración activa de las organizaciones sociales y comunitarias, en los debates y solución de los problemas de salud de las comunidades ^(Mulet Robello C, 2002). Los Sistemas Locales de Salud independientemente de estar ubicados en un territorio, no representan un simple espacio geográfico; son también un espacio demográfico, epidemiológico, tecnológico, económico, social y sobre todo político, insertado en una totalidad histórica donde se articulan, por una parte, las unidades productoras de servicios y, por otra, la población con sus diferentes necesidades y posibilidades ^(Vilava E, 1990). Esto se refleja en el modelo de salud de Cuba, que construyó un modelo social que tiene como centro al hombre y su bienestar biopsicosocial, perfeccionándolo mediante las estrategias que propicien la participación social y comunitaria ^(Mulet Robello C, 2002). La participación comunitaria debe ser entendida como el desarrollo de procesos reflexivos y continuos fundados en la acumulación de experiencias y la democratización de conocimientos mediante los cuales las comunidades se organizan para el logro de mejores condiciones de vida, realiza sus intereses, establecen sus necesidades y prioridades, interviniendo sobre su realidad para alcanzar salud ^(Mulet Robello C, 2002).

Retomando párrafos anteriores donde se discutió la importancia de que los adolescentes contaran con información apropiada referente a la temática de las drogas y teniendo en cuenta los resultados de la presente investigación donde se evidenciaba que la mitad de los estudiantes de la provincia de Córdoba no recibieron prevención respecto a la temática en la escuela, que las principales fuentes de información son los padres y/o familias y los medios de comunicación masivos y que es importante la calidad de la información, es relevante plantear el enfoque de la prevención del abuso de sustancias psicoactivas. Este enfoque, tal como refiere Hugo Míguez debe estar orientada a la población general y a grupos selectivos. Míguez plantea al uso de sustancias psicoactivas analizado como la resultante de un campo de fuerzas

definidas como disponibilidad, tolerancia y vulnerabilidad social. Este conjunto conforma para Míguez una pirámide epidemiológica en cuyo ápice se encuentra la adicción. Por tanto el diseño de una acción preventiva debe incluir la conceptualización a nivel de las poblaciones no involucradas en el consumo como así también, la resocialización de los pacientes dependientes ^(Míguez H, 2004). En función de esto la prevención se representa en la prevención primaria, secundaria y terciaria.

Míguez (2004) en su texto referido al abuso de sustancias psicoactivas y su relación con la prevención define que en la postmodernidad el malestar cultural se expresa por el individualismo y la crisis del deber ser, y que las reglas llevan a la satisfacción personal. Asimismo plantea Míguez que los medios de comunicación inundan a los jóvenes con productos que se asocian a satisfacción, lo que genera una fuente inagotable para la cultura de los jóvenes y que genera inequidad en su acceso, implicando el armado de alternativas de escape a su privación. Por tanto, la prevención primaria requiere del rescate de una cultura narrativa vinculada a la historia resiliente, es decir a los relatos con significado e historia local que recupere los elementos de resiliencia necesarios para contestar tanto a la carencia como a los mismos objetos mediáticos que se proponen para llenarla. Más que la promoción de una colección de habilidades y destrezas independientes, se necesita un desarrollo conceptual a partir de un relato que trate sobre el conflicto, los niños y los jóvenes para poder desprender una táctica y estrategia consistente ^{(Míguez H, 2004; Bettelheim B, 2007;}

^{Bruder M, 2004; Duschatzky S, 2004)}

La lógica publicitaria de los valores anudados comercialmente al consumo de objetos, y a su vez, de los castigos sociales por no tenerlos, promueve también los escapes para sobrevivir. Míguez refiere, en este proceso de comunicación comercial que se involucran dos procesos: la naturalización de las sustancias psicoactivas como objeto que completa el vacío y el modelaje de la forma como la persona debe vincularse con ellas. La confrontación a una normativa comunicacional que define valores y significados sociales a partir de la adquisición de productos comerciales no es fácil desde ninguna etapa de la vida. Por tanto la capacidad que las personas hayan adquirido para cuestionar la presión social del consumo y para comprender, contener y manejar libremente las emociones que despierta la vida cotidiana es una tarea en la que

participan múltiples instituciones del campo público y privado. Pero, en la etapa de niñez y juventud, el papel de los padres en este proceso es intransferible. En función de esto el autor, plantea como estrategia de la prevención, que el fortalecer a los niños y jóvenes en habilidades que le permitan desarrollar una mayor capacidad crítica frente a la comunicación social y una mejor comprensión y aceptación de las emociones que despierta el desarrollo es responsabilidad del vínculo de los padres y madres con sus hijos; y en este contexto las instituciones de la comunidad solo pueden apoyarlo pero no sustituirlo.

La dependencia o adicción es un problema expresado a partir de la unidad sujeto-sustancia. En el tercer nivel de prevención, el objetivo tiene relación con interrumpir la fusión con la droga y, por consiguiente refiere Míguez, con el avance del costo de ésta en los vínculos sociales y sobre la salud física y psíquica. Desde la prevención terciaria se trata de anticiparse al proceso de aislamiento social, donde el adicto experimenta la soledad con su droga. Por eso, es en este momento, donde tiene especial importancia prevenir el problema del aislamiento social mediante la remoción de resistencias que puedan surgir para la contención comunitaria de la problemática de los adictos. Las políticas públicas que priorizan la cesación de consumo partieron de la definición de un regreso social solo posible mediante la participación y compromiso comunitario.

Al relacionar las variables utilizadas en la presente investigación con las características sociodemográficas y con niveles de consumo, se observó que el consumo de sustancias psicoactivas se incrementa cuando la exigencia académica disminuye, que el control de la familia es un factor protector, que los adolescentes que refirieron estar poco o bien informados se relacionó con el no consumo vida de pasta base, que el no consumo de vida de marihuana se relaciona con la percepción de haber recibido varias veces cursos sobre prevención de adicciones en la escuela. Como ya se mencionó se analizó, el consumo de cigarrillo en el mes, el consumo de alcohol, y otras drogas ilícitas como variable regresora y como variables indicadoras el sexo, tipo de colegio, edad de inicio del consumo, y si recibió información. El resultado de éste análisis mostró que la edad de inicio temprana y el tipo de colegio (más riesgo

en los públicos que en los privados) son factores de riesgo. Este último se puede relacionar con el nivel socioeconómico. Los resultados dan cuenta que, en algunas condiciones recibir información tendría efecto protector, en cambio en otras, la reiteración de la información no se asociaría a esta protección. Por lo anterior, sería importante evaluar la calidad de la información que reciben los adolescentes escolarizados.

CONCLUSIÓN

- En cuanto a las tasas de consumo de los estudiantes de nivel medio de la provincia de Córdoba se evidenció, prevalencias de vida de tabaco similares a las descritas a nivel nacional. Dentro del conjunto de psicofármacos usados sin prescripción médica, los tranquilizantes ocupan el primer lugar al igual que en el resto del país.
- El consumo de alcohol de vida mostró un riesgo dos veces mayor en la provincia de Córdoba que con la media de país, con la Ciudad Autónoma de Bs As, y con provincias como Buenos Aires, Santa Fe, y Jujuy.
- El 12,2% de los estudiantes de la provincia de Córdoba probó alguna vez alguna droga ilícita.
- La edad de inicio de consumo de tabaco fue los 13 años y en cuanto al inicio del consumo de alcohol la edad más frecuente fue los 14 años, coincidente con los observados a nivel nacional.
- En todas las sustancias, la prevalencia en los adolescentes escolarizados de la provincia de Córdoba aumenta (para vida, año y mes) a medida que aumenta el rango de edad y/o el año de estudio. Excepto estimulante, inhalantes y pasta de coca.
- El primer contacto o consumo de tabaco en los últimos 30 días aumenta al incrementarse la disponibilidad de dinero con el que cuentan los adolescentes escolarizados mensualmente.
- Los adolescentes que cuentan con más de 60 pesos mensuales tienen dos veces más riesgo para consumo de alcohol y una vez para el consumo de tabaco que los que no cuentan con esa suma de dinero mensual.

- Los adolescentes de escuelas públicas tendrían más riesgo de consumo de tabaco, marihuana y cocaína.
- Se evidencia menor consumo en los adolescentes de turnos escolares matutinos respecto a los que concurren en horario vespertino y nocturno.
- Al relacionar las variables utilizadas en la presente investigación con las características sociodemográficas y con niveles de consumo, se observó que el consumo de sustancias psicoactivas se incrementa cuando la exigencia académica disminuye.
- El control de la familia es un factor protector, ya que se evidenció asociación entre consumo y la percepción de los adolescentes respecto a la falta de control de sus padres.
- La temprana edad de inicio de consumo, el colegio público y el sexo masculino fueron identificados como los factores que se asocian al consumo de alcohol, marihuana, cocaína y pasta base.
- Acerca de la información recibida por los estudiantes sobre prevención en adicciones, los resultados son controvertidos, mientras que para algunas sustancias esta información se asocia como factor protector, para otras se constituye en factor de riesgo o no tiene ningún tipo de asociación.

Los resultados respecto a la efectividad de los programas de prevención dan cuenta que por lado sería necesario abordar cualitativamente la temática de influencia de los cursos de prevención en el imaginario de los adolescentes escolarizados y por otro que las estrategias de prevención deberían incorporarse desde la etapa inicial del proceso de escolarización.

RECOMENDACIONES

El consumo de las sustancias adictivas constituye una amenaza para la salud pública, y la implementación de las estrategias de prevención de las adicciones en los jóvenes deben ser acordes a las realidades, evaluables y sostenidas. La prevención debe estar integrada a los programas académicos desde la escuela inicial y con propuestas destinadas a padres, educadores, líderes comunitarios para que la información que reciban sea adecuada y de calidad, recordando que los padres son la fuente de información más frecuente, no sólo y en función de lo referido, para los adolescentes, sino también en todas las etapas evolutivas de sus hijos. Los programas de prevención deben centrar las intervenciones de promoción de competencias y en variables psicosociales relacionadas al consumo.

Este trabajo, permitió identificar las características epidemiológicas, respecto al consumo sustancias psicoactivas, de la población de adolescentes escolarizados de la provincia de Córdoba, generando nuevas incógnitas y preguntas de investigación para nuevos estudios en este campo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar HC, Martínez MRB. Consumo de alcohol y adolescencia. Rev. Méd. Inst Méx. Seguro Soc 1993; 31:279-81.
2. Alcalá, Comide et al. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes: estudio de dos cohortes, medicina de familia (Andalucía) 2002; 3(2) 81-87.
3. Alfonso JP, Huedo-Medina T y Espada J. Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. Rev. Anales de psicología. 2009, vol. 25, nº 2 (diciembre), 330-338
4. America academy of Child and Adolescents Psychiatry. 2002. Relación entre Adolescentes y Drogas, Tomado de mujer, Salud y Desarrollo, Monografía (Publicación electrónica)
5. Anthony JC, Petronis KR. Early onset drug use and risk of later drugs problems. Drugs Alcohol Depend 1995; 40:9-15.
6. Aos, S; Phipps, P; Barnoski, R; Lieb, R. (2001). The Comparative Costs and Benefits of Programs to Reduce Crime. Volume 4 (1-05-1201). Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy
7. Bailey S y Hubbard R. Developmental Changes in Peer Factors and the Influence on Marijuana Initiation Among Secondary School Student. Journal of Youth and Adolescence, 1991. 20 (3): 339-360.
8. Bauman A, Phongsavan B. Epidemiology of substance use in adolescence: prevalence, trends and policy implications. Drug, Alcohol, Dependence 1999; 55: 1987-207.
9. Bauman, KE.; Foshee, VA; Ennett, ST; Pemberton, M; Hicks, KA; King, TS; Koch, GG. (2001). The influence of a family program on adolescent tobacco and alcohol. American Journal of Public Health 91(4):604–610.
10. Bertolote, JM. Glossario de Termos de Psiquiatria e Saúde Mental da CID 10 e seus derivados. Porto Alegre, Artes Médicas. 1997.
11. Bettelheim B. Psicoanálisis de los cuentos de hadas. Biblioteca de bolsillo. 8º edición. Barcelona. 2007

12. Beutelspacher NA, Conyer RT, Romero AV, Alvarez GL, Mora MEM, Izaba BS. Factores asociados al consumo de drogas em adolescentes de áreas urbanas de México. *Salud pública de Méx.* 1994; 36:646-54.
13. Bolaños Gil H, Falleiros de Mello D, Carvalho Ferriani M, Lossi Silva MA. Opiniones de los adolescentes escolares sobre el consumo de drogas: un estudio de caso en Lima, Perú. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2008. 16 (especial).
14. Botvin G, Baker E, Dusembury L, Botvin E, Diaz T. Long-term Follow-up Results of Randomized Drug Abuse Prevention Trial in a White Middle-class Population. *Journal of American Medical Association* 1995. 12 (273): 1.106- 1.112.
15. Botvin GJ, Griffin KW, Diaz T, Williams M. (2001). Drug abuse prevention among minority adolescents: Post-test and one-year follow-up of a school-based preventive intervention. *Prevention Science*, 2(1), 1-13
16. Bruder M. Implicancias del cuento terapéutico en el bienestar psicológico y sus correlatos. Tesis doctoral. Universidad de Palermo. Buenos Aires. Argentina 2004.
17. Cardenal CA, Adell MN. Consumo de alcohol en escolares. *Med Clin (Barc)* 1995; 105:481-6.
18. Carta de Bangkok para el Fomento de la salud en un mundo globalizado. VI Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. OMS. Tailandia, Bangkok, 7-11 Agosto 2005
19. Castrejón, JM; Tovilla, M. 2002. Técnicas de prevención de las adicciones. Secretaría de Salud. Consejo Nacional Contra las Adicciones. Las adicciones en México: hacia un enfoque multidisciplinario. México, D.F, Secretaría de Salud. 2. p.99-104. México.
20. Cerro JA, Ballota J. Cauderno del instituto vasco de criminología. San Sebastián, N° 16. 2002.
21. Comisión Inter-Americana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) (2001). Informe Técnico de la VI Reunión Internacional Anual del Proyecto de la CICAD de las Escuelas de Enfermería en Reducción de la Demanda de Drogas en América Latina in Washington, D.C. Junio 28-30.

22. Chou, C.; Montgomery, S.; Pentz, M.; Rohrbach, L.; Johnson, C.; Flay, B.; and Mackinnon, D. Effects of a community-based prevention program in decreasing drug use in high-risk adolescents. *American Journal of Public Health* 88:944–948, 1998.
23. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. CIE 10-OMS. Ed. Médica panamericana. Primera edición, 2004.
24. Crovetto M y Vio del R F. International and National background of the Chilean health promotion policy: lessons learned and future projections. *Rev Chil Nutr* Vol. 36, N°1, Marzo 2009
25. Czeresnia, D y Machado de Freitas C. promoción de la salud, conceptos, referencias y tendencias. Edit. Luges, primera edición. Bs As. 2006
26. De Torres, Y. 2006. Encuesta: Uso de Drogas que Generan Adicción. Colombia.
27. De Zwart WM, Mensik C, Kuipers SBM. Key data: smoking, drinking, drug use and gambling among pupils aged 10 years and older. Utrecht: Netherlands Institute on Alcohol and Drugs, 1994.
28. Deitos FT, Santos RT, Pasqualotto AC, Segat FM, Guillande S, Benvengú LA. Prevalência do consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas em estudantes de uma cidade de médio porte no sul do Brasil. *Inf Psiquiatr.* 1998; 17: 11-6.
29. Dento R y Kampfe Ch. The Relations-hip between family variables and adolescent substance abuse: literature review. *Adolescence*, 1994. 29 (114): 475-495
30. Dishion, T; Kavanagh, K; Schneiger, AKJ; Nelson, S; Kaufman, N (2002). Preventing early adolescent substance use: A family centered strategy for the public middle school. *Prevention Science* 3(3):191–202.
31. DSM IV- Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales IV – Texto Revisado. A.P.A. (American Psychiatric Association). Ed. Masson. 2001 Primera edición.
32. Duschatzky S, Corea C. Chicos en bandas: los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones. Buenos Aires. Paidós. 2004
33. Dusek, DE; Girdano, DA. 2001. Drogas: Un estudio basado en hechos. 4° ed. México. SITESA.

34. Ellickson P, Bell R. Drug Prevention in Junior High: A multisite longitudinal test. *Science* 1990. 247 (1): 299-1305.
35. Encuesta Nacional de adicciones 1998 (ENA 1998). México. Secretaría de salud. México, SSA 1999. Disponible en <http://www.encuestanacionalsobredrogas.com> .
36. Epstein J, Botvin G, Díaz T y Schinke S. The role of social factors and individual characteristics in promoting alcohol use among inner-city minority youth. *Journal of Studies on Alcohol*, 1995. 56 (1), 39-49.
37. Escotado, A. Escapa Calpe SA. 2005 Madrid. Historia generad de las drogas.(primera edición).
38. Escotado, A. Escapa Calpe SA. 2008 Madrid. Los enemigos del comercio. (primera edición).
39. Ferusson DM, Horwood LH y Linsky MT. (1995). The prevalence and risk factors associated with abusive or hazardous alcohol consumption in 16 years old. *Addiction*, 90:935-946.
40. Fernández S, Nebot M, Jané M. Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿Qué nos dicen los meta-análisis? *Rev. Esp. De Salud Pública* 2002, 76: 175-187.
41. Fleiz C, Borges G, Rojas E, Benjet C, Medina-Mora ME. Uso de alcohol, tabaco y drogas en población mexicana: un estudio de cohortes. *Salud Mental*, Vol. 30, No. 5, septiembre-octubre 2007 63.
42. Galduróz JCF, Noto AR, Carlini EA. IV levantamento sobre o uso das drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras - 1997. São Paulo: Centro Brasileiro de informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID/Escola Paulista de Medicina – EPM; 1997.
43. García Pintado G. La influencia del grupo de iguales en el consumo adolescente de la droga. *Psiquis*, 1993. 15 (4): 39-47.
44. Giovino GA. Epidemiology of tobacco use among US adolescents. *Nicotine Tobacco Res* 1999; 1: 31-40.

45. Gómez Fraguela JA, Luego Martín A, Romero Triñanes E. Prevención del consumo de drogas en la escuela: cuatro años de seguimiento de un programa. *Psychothema* 2002. 14 (4): 685-692.
46. González Calleja F, García-Señorán MM, González González SG. Consumo de drogas en la adolescencia. *Psychothema*, 1996. Vol 8, nº 2, pp: 257-267.
47. Guthrie BJ, Loveland-Cherry C, Frey MA, Dielman TE. (1994). A theoretical approach to studying health behaviors in adolescents: an at risk population. *Family and Community Health*, 17 (3): 35-48.
48. Hanna E, Grant FB. Parallels to early onset alcohol use in the relationship of early onset smoking with drug use and DSM-IV drug and depressive disorders. Findings from the national longitudinal epidemiologic survey. *Alcohol Clin Exp Res* 1999; 23 (3): 513-522.
49. Hawkins, JD; Catalano, RF; Arthur, M. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors* 90(5):1-26
50. Johnston, LD; O'Malley, PM; Bachman, JG. (2002). *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975-2002. Volume 1: Secondary School Students*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
51. Kandel D, Yamaguchi K, Chen K. Stage of progression in drug involvement adolescent to adulthood: Further evidences for the gateway theory. *J Study Alcohol* 1992, 53:447-457.
52. Kelly KJ, Comello MLG, Hunn LCP. Parent-child communication, perceived sanctions against drug use and youth drug involvement. *Adolescence* 2002, 37 (1):775-87.
53. Klepp K, Oygard L, Tell G, Vellar O. Twelve-year follow-up of a school-based health education program. The Oslo Youth Study. *European Journal Public Health*. 1994. 4: 195-200.
54. Knight JR, Wecheler H, Kuo M, Seibring M, Weitzman ER, Schuckit M. Alcohol abuse and dependence among US college students. *Journal of Studies of Alcohol*. 2002, 63 (3): 263-270.

55. Laranjeira, R. Usuarios de sustancias psicoactivas: abordaje, diagnóstico y tratamiento. Ed. Sao Paulo. Consejo Regional de medicina del Estado de Salo Paulo. Asociación Médica Brasileira. 2003.
56. León JC y Sánchez García M. (2002). Estrategias de intervención comunitaria para la prevención de conductas no saludables en la adolescencia. Madrid. Biblioteca Nueva.
57. León JC y Sánchez M (2000). La agrupación de conductas de riesgo para la salud en los adolescentes españoles. En J. Fernández del Valle, J. Herrero y A. Bravo (Eds.). Intervención psicosocial y comunitaria (Pág.: 287-295). Madrid: Biblioteca Nueva.
58. Martínez –Mantilla JA, Amaya-Naranjo W, Campillo HA, Ruedas-Jaime GE, Campo-Arias A, Díaz- Martínez LA. Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes, Bucaramanga, Colombia, 1996-2004. Rev. Salud Pública 9 (2):215-229. 2007
59. Medina Mora ME; Craviota P; Villatoro J; Fleiz C; y col. Consumo de drogas entre adolescentes: resultado de la encuesta nacional de adicciones, 1998. Salud Pública de México 2003, 45 supl 1:s16-s25.
60. Medina-Mora Ma Elena, Cravioto Patricia, Villatoro Jorge, Fleiz Clara, Galván-Castillo Fernando, Tapia-Conyer Roberto. Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998. Salud pública Méx., 2003. Supl 45. 1:s16-s25. [periódico en la Internet]. [citado 2007 Dic 14]. Disponible en: http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000700005&lng=es&nrm=iso.
61. Medina-Mora Ma. Elena, Peña-Corona Marco Polo, Cravioto Patricia, Villatoro Jorge, Kuri Pablo. Del tabaco al uso de otras drogas: ¿el uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas?. Salud pública Mex 2002, 44 supl 1:s 109-s115 [serial on the Internet]. [cited 2008 Nov 17]. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000700016&lng=en. doi: 10.1590/S0036-36342002000700016.

62. Mendoza Sierra MI, Carrasco González AM, Sánchez García M. Consumo de alcohol y autopercepción en los adolescentes españoles. *Intervención Psicosocial*, 2003. Vol 12 N° 1: 95-111.
63. Míguez H. *Epidemiología Psiquiatría del CONICET*. *Psicoactiva* 18: 1-17, 2000.
64. Míguez HA. Fundamento para una tarea preventiva. Trabajo presentado en el III Congreso Internacional sobre adicciones del programa Cambio. Abstract del congreso. Córdoba, 2001
65. Míguez Hugo. Abuso de sustancias psicoactivas: sobre la prevención. En prensa *acta psiquiátrica y psicológica de América latina*. 2004.
66. Ministerio de Salud y Fundación Santa Fé. 2003. Encuesta sobre Tabaquismo y Adicción. Colombia.
67. Mulet Robello C y Castanedo Rojas I. La participación comunitaria y el medio ambiente. *Rev Cubana Enfermer* 2002;18 (2):125-8
68. Muñoz Rivas, JM; Graña, JL; Cruzado, JA. (2000). Factores de riesgo es drogodependencias: Consumo de drogas en Adolescentes. Madrid. Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense. Madrid. España
69. Muñoz Rivas MJ y Graña Lopez JL. Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema* 2001, vol 13 N° 1: 87-94
70. Muza GM, Bettiol H, Muccillo G, Barbieri MA. Consumo de sustancias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). *Rev Saúde Publica* 1997; 31:163-70.
71. Novelo Moreno G, Sánchez Escobedo P. El papel del docente de secundaria en la prevención del abuso de sustancias en los adolescentes. Universidad Autónoma de Yucatán. 2000. www.cpti.com.mx/El%20docente%20y%20el%20abuso%20de%20sustancias.pdf
72. Nutbeam D. Health Promotion effectiveness. En: International Union of Health Promotion and Education (IUHPE) The evidence of Health Promotion effectiveness. Bruselas, European Commission, 1999. (Parte II).

73. Oblitas YM, Torres C, Sánchez E, Chavéz E. Factores de riesgo del consumo de bebidas alcohólicas en escolares de educación secundaria. *Invest Educ Enferm* 2005; 23(1): 54-67
74. Oliveira MR, Villar MA. Factores de riesgo para consumo de alcohol en escolares de 10 a 18 años, de establecimientos educativos fiscales en la ciudad de La Paz – Bolivia (2003-2004) *Rev. Latino-am Enfermagem* 2005; 13 (especial):880-7.
75. OMS. Comité de expertos de la OMS (1980). Problemas relacionados al consumo del alcohol. Ginebra: serie de informes técnicos, n° 650.
76. Organización Mundial de la Salud (OMS) - Organización Panamericana de la Salud. Declaración de México hacia una mayor equidad. Quinta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud hacia una mayor equidad. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Santa Fe, México, 5-9 Junio 2000.
77. Organización Naciones Unidas. Oficina contra las drogas y delito: tendencia mundial de drogas ilícitas. Viena (Austria); 2004.
78. Organización Panamericana de la Salud (OPS). El tabaquismo en América Latina, Estados Unidos y Canadá: período 1990 -1999. OPS, Washington DC, 2001.
79. Ortiz A, Soriano A, Galván J, Meza D. Tendencias y uso de cocaína en adolescentes y jóvenes de la ciudad de México. *Sistema de reporte de información en drogas. Salud Mental*, 28 (2). 2005
80. Osorio, M; Ramos, G. 2001. *Prevención del Consumo de Drogas. Honduras.*
81. Patton GC, Hibbert M, Rosier MJ, Carlin JB, Caust J, Bowes G. Patterns of common drug use in teenagers. *Aust J Public Health* 1995; 19:393-9.
82. Pecci MC. Varones y Jóvenes Sustancias Psicoactivas. *Acta Psiquiatría Psicol Am Lat* 1995; 41: 288-99.
83. Pentz, M A. Costs, benefits, and cost-effectiveness of comprehensive drug abuse prevention. In: Bukoski, WJ; Evans, RI. Es. *Cost-Benefit/Cost-Effectiveness Research of Drug Abuse Prevention: Implications for Programming and Policy.* (1998) NIDA Research Monograph No. 176. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, pp. 111–129.

84. Pentz, M. Adaptive evaluation strategies for estimating effects of community-based drug abuse prevention programs. *Journal of Community Psychology*, N° especial 26-51.1994
85. Pentz, MA. 2003. Costs, benefits, and cost effectiveness of comprehensive drug abuse prevention. En *Cost Effectiveness and Cost Benefit Research of Drug Abuse Prevention: Implications for Programming and Policy*. Editor: W. J. Bukoski Monografía de investigación del NIDA.
86. Peruga A, Rincón A y Selin H. El consumo de sustancias adictivas en las Américas. OPS. Adicciones 2002. vol 14. Num 2; pág 227-238
87. Resumen estadístico sobre drogas de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso De Drogas. 2001. Organización de los Estados Americanos.
88. Robertson, E; David, S; Rao, S. 2004. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. NIDA. ¿Cómo Prevenir el Uso de Drogas en los niños y adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad. Segunda Edición. Versión Abreviada. Maryland. E.E.U.U.
89. Rojas M, Barnett B, Peruga A, Selin E. El Tabaquismo en el Caribe Inglés. *Boletín Epidemiológico*, 2001.
90. Rojo MD, Bueno SMV y Silva EC. Concepción de los estudiantes de enfermería sobre promoción sobre la salud ante el uso de sustancias psicoactivas. *Rev. Latino-Am Enfermagem* [periódico en Internet] 2008 Agosto. Citado 2008 Nov 25]: 16 (spe): 627-633. Disponible en http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000700020&lng=es.
91. Sanabria Ramos Giselda. Participación social en el campo de la salud. *Rev Cubana Salud Pública* [revista en la Internet]. 2004 Sep [citado 2010 Nov 16] ; 30(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300005&lng=es.
92. Sánchez, E. 2000. Uso de Drogas en una muestra de Adolescente. *Anales de Psicología*. 16 (1) 79-85.

93. Sánchez Lázaro A. Algunas pruebas de la eficacia de la Educación para la salud. En *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*. N° 12-13 Segunda época. Universidad de Murcia. 2005-2006. Pág. 87-110
94. Sánchez-Zamorano LM, Llerenas AA, Anaya-Ocampo R, Lazcano-Ponce E. Prevalencia del uso de drogas ilegales en función del consumo de tabaco en una muestra de estudiantes en México. *Salud Pública de México*. 49 (2): 182-191. 2007
95. Santo-Domingo J. El desarrollo personal del joven y el alcohol. *Trastornos adictivos* [Publicación periódica, en línea] 2002. [Citada 2003 Nov. 12]: 4(4). Se encuentra en: <http://www.doyma.es/pdf/182/182v04n04a13041849pdf001.pdf>.
96. SEDRONAR. Resultado de la encuesta nacional a Estudiantes de la Enseñanza Media 2001.
97. SEDRONAR. Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas, Argentina 2006. Agosto 2007.
98. SEDRONAR. Segunda Encuesta Nacional a estudiantes de enseñanza media 2005. Informe regional de resultados. SEDRONAR - Observatorio Argentino de Drogas. 2007.
99. SEDRONAR. Cuarta encuesta Nacional a estudiantes de enseñanza media 2009. Informe final de resultados. SEDRONAR – Observatorio Argentino de Drogas. 2010.
100. Singh H, Mustapha N. Some factors associate with substance abuse among secondary school students in Trinidad and Tobago. *J Drug Educ* 1994; 24:83-93
101. Tavarés BF, Béria JU, Silva de Lima M. Prevalência do use de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. *Rev Saúde Publica* 2001; 35(2):150-158.
102. Tapia-Conyer R, Kuri P, Cravioto P, Revuelta A. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). Informe. México, DF: Secretaría de Salud; 1998.
103. Tobler N, Roona M, Oschshorns p, Marshall D, Streke A, Stakpole K. School based adolescent drug prevention programs: 1998. Meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*. 2000. 20 (4): 275-336.

104. Tobler N, Stratton H. Effectiveness of School-Based drug Prevention Programs: A Meta-Analysis of the Research. *Journal of Primary Prevention*. 1997. 18 (1): 71-128.
105. Turner RA, Irwin CE Jr, Tschmann JM y Millstein SG. Autonomy, relatedness, and initiation of health risk behaviors in early adolescence. *Health Psychology*, 1993. 12 (3): 200-208.
106. United Nations Office on Drug control and crime prevention. *Global Illicit Drug Trends 2001*. Nueva York (NY): UN ODCCP, 1987.
107. Vilava E. Importancia de los SILOS en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud. Washington D.C: OPS 1990 (Publicación Científica; No. 519).
108. Villalobos L. Aspectos culturales del consumo de sustancias adictivas. *Rev. Liber Addictus*, 2005.
109. Villar Luis MA, Da Silva EC y Corradi Webster C. Módulo II. EL fenómeno de las drogas en las Américas y en el mundo. PRE_INVEST. 2008.
110. Villatoro JA, Medina Mora ME, Cardiel H, Fleiz CM, Alcantares E, Hernandez S. La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la ciudad de México: medición otoño 1997. *Rev Salud Mental* 1999; 22:18-30.
111. Villatoro VJA, Medina Mora IME, Hernández VM, Fleiz BCM, Amador BNG y Bermúdez LP. La encuesta de estudiantes de nivel medio y medio superior de la ciudad de México: noviembre 2003. Prevalencia y evolución del consumo de las drogas. *Rev Salud mental* 2005, (28) 1
112. Wilson D, Grottfredson D, Najaka S. School-based prevention of problem behaviors: A meta-analysis. *Journal of quantitative criminology*. 2001. 17 (3): 247-272.
113. Wright MG, Magosso Takayanagui AM y Ventura CA. Salud Internacional y el Fenómeno de las Drogas en las Américas. Módulo 1. PREINVEST. 2008
114. Wright, MGM (1994). A Critical-Holistic International Health Model. Paper presented at a Seminar at Georgetown University, School of Nursing.

115. Wright, MGM (1995). International Health Program at Georgetown University: A Cooperative Interdisciplinary Project at Undergraduate Level. Paper Presented at the Latin American and Caribbean International Health Workshop, at Georgetown University, Washington, DC, June 7-9.
116. Wright, MGM (2000). A Critical-Holistic Paradigm for an Interdependent World. *American Behavior Scientist*, 40 (5), 229-232.

ANEXOS

1- TABLAS DE RESULTADOS

2- PRESENTACIONES A CONGRESOS Y PUBLICACIONES

TABLAS DE RESULTADOS

Prevalencia de vida por tipo de sustancias psicoactivas según sexo e intervalos de confianza del 95%. Población escolar de nivel medio de la provincia de Córdoba. Año 2005.

Sustancia	Prevalencia			
	Varón	Mujer	Total	IC
Tabaco	48,3	41,4	42,2	38,8 -45,7
Alcohol	65,4	58,3	61,3	57,3-65,4
Tranquilizantes	6,1	6,2	6,1	5,2-7,1
Estimulantes	5,2	3	3,9	3,2-4,7
Inhalantes	5,5	3,5	4,3	3,4-5,2
Marihuana	11,7	7,1	9,1	7,4-10,7
Pasta de coca	3,9	1,7	2,6	2,0-3,3
Cocaína	5,8	2,5	3,9	3,0-4,7
Heroína	1,3	0,4	0,8	,5-1,0
Opio	1,7	0,6	1	,7-1,4
Morfina	1,9	0,4	1,1	,7-1,4
Alucinógenos	1,4	0,6	0,9	,6-1,2
Hashis	1,2	0,5	0,8	,5-1,1
Crack	1,5	0,5	0,9	,6-1,2
Extasis	2	0,5	1,1	,8-1,4
Alguna droga ilícita	15,4	9,8	12,2	10,3-14,2

Prevalencia de año por tipo de sustancia psicoactiva según sexo e intervalos de confianza del 95%. Población escolar de nivel medio, 2005.

Sustancia	Prevalencia de año			
	Varón	Mujer	Total	IC
Tabaco	26,1	26,8	26,5	23,8-29,2
Alcohol	52,8	45,6	48,7	44,9-52,5
Tranquilizantes	3,1	2	2,4	1,9-2,9
Estimulantes	3	2	2,4	1,9-2,9
Inhalantes	2,4	2,2	2,3	1,8-2,8
Marihuana	5,9	4,2	4,9	4,0-5,9
Pasta de coca	1,9	1,2	1,5	1,1-1,9
Cocaína	3,2	1,6	2,3	1,8-2,8
Alguna droga ilícita	8,1	6,3	7	5,9-8,2

Prevalencia de mes por tipo de sustancia psicoactiva según sexo e intervalo de confianza del 95%. Población escolar de nivel medio de la provincia de Córdoba durante el año 2005.

Sustancia	Prevalencia de mes		
	Varón	Mujer	Total
Tabaco	22,7	22,4	22,5
Alcohol	48,4	40,7	44
Tranquilizantes	1,9	1,9	1,9
Estimulantes	1,8	1,4	1,5
Inhalantes	1,5	1	1,2
Marihuana	3,4	2,4	2,8
Pasta de coca	1,1	0,6	0,8
Cocaína	1,9	0,9	1,4
Alguna droga ilícita	4,9	3,5	4,1

Prevalencia de consumo de vida, año y mes por tipo de sustancia psicoactiva según edad en adolescentes escolarizados durante el año 2005 en la provincia de Córdoba.

Sustancia	Prevalencia de vida				Prevalencia de año				Prevalencia de mes			
	Tramo de edad			Total	Tramo de edad			Total	Tramo de edad			Total
	14 o <	15-16	17 o >		14 o <	15-16	17 o >		14 o <	15-16	17 o >	
Tabaco	31,9	51,2	63,1	42,2	18,2	34,2	42,5	26,5	14,9	29,2	37,8	22,5
Alcohol	46,9	76,6	86,4	61,3	33,4	64,1	76,5	48,7	29,2	59,1	70,6	44
Tranquilizantes	4,6	6,8	10,1	6,1	2,3	3,9	6	3,4	1,5	2,1	3	1,9
Estimulantes	3,6	3,6	5,7	3,9	2,2	2,3	4,4	2,4	1,4	1,4	2,1	1,5
Inhalantes	4,1	4,5	4,7	4,3	2,5	1,8	2,4	2,3	1,2	0,9	1,7	1,2
Marihuana	5,5	11,6	17,1	9,1	3,2	6,4	8,3	4,9	2,3	3	4,5	2,8
Pasta de coca	2,5	2,6	3,1	2,6	1,6	1,5	1,5	1,5	9	0,8	0,7	0,8
Cocaína	3,8	3,3	4,9	3,9	2,5	1,5	2,9	2,3	1,5	0,9	1,6	1,4
Alguna droga ilícita	8,9	14,8	19,5	12,2	5,4	8,1	11	1	3,4	4,1	6,4	4,1

Prevalencia de consumo de vida, año y mes por tipo de sustancia psicoactiva según año de estudio en adolescentes escolarizados de la provincia de Córdoba durante el año 2005.

Sustancia	Prevalencia de vida				Prevalencia de año				Prevalencia de mes			
	Año de estudio			Total	Año de estudio			Total	Año de estudio			Total
	8°	10°	12°		8°	10°	12°		8°	10°	12°	
Tabaco	33,6	48,1	61,3	42,2	19,6	31,9	40,9	26,5	16,4	27,1	35,4	22,5
Alcohol	48,6	71,8	87,3	61,3	34,7	60,3	77,2	48,7	31	54,6	70,6	44
Tranquilizantes	4,8	6,2	10	6,1	2,4	3,9	5,7	3,4	1,5	2,3	2,7	1,9
Estimulantes	3,7	3,7	5	3,9	2,2	2,5	3,1	2,4	1,4	1,5	1,9	1,5
Inhalantes	4,4	4,5	3,8	4,3	2,5	2,2	1,8	2,3	1,4	1	1,1	1,2
Marihuana	6,5	10,5	15,1	9,1	3,7	5,8	7,8	4,9	2,4	3	3,8	2,8
Pasta de coca	2,9	2,3	2,2	2,6	1,6	1,3	1,4	1,5	9	0,9	0,7	0,8
Cocaína	4,1	3,5	3,8	3,9	2,5	1,9	2,1	2,3	1,6	1,1	1,1	1,4
Alguna droga ilícita	9,7	14,3	17,4	12,2	5,7	8	9,8	7	3,6	4,6	5,1	4,1

Análisis por regresión logística de consumo de tabaco sexo, tipo de colegio, edad de inicio del consumo y si recibió información.

Parámetros	Estimación	EE	Odd	p-valor
Constante	-2,92	0,16	0,05	<0,0001
Sexo	0,01	0,09	1,01	0,9516
No recibió cursos de prevención en el colegio	-0,09	0,15	0,92	0,5513
Recibió una vez un curso de prevención en el colegio	-0,43	0,16	0,65	0,0064
Recibió varias veces cursos de prevención en la escuela	-0,21	0,17	0,81	0,2153
Tipo de colegio	0,42	0,09	1,53	<0,0001
Edad de inicio de consumo de tabaco	0,28	0,01	1,32	<0,0001

	Grados de libertad (GL)	-2[L0-L1]	p-valor
Sexo	1	3,7E-03	0,9516
Recepción de cursos de prevención	4	13,51	0,0090
Tipo de colegio	1	24,39	<0,0001
Edad de inicio de consumo de tabaco	1	2237,13	<0,0001

Análisis por regresión logística de consumo de alcohol con sexo, tipo de colegio, edad de inicio del consumo y si recibió información.

Parámetros	Estimación	EE	Odd	p-valor
Constante	-0,63	0,12	0,53	<0,0001
Sexo (Masculino)	0,40	0,07	1,49	<0,0001
No recibió cursos de prevención en el colegio	-0,28	0,12	0,76	0,0171
Recibió una vez un curso de prevención en el colegio	0,01	0,13	1,02	0,9051
Recibió varias veces cursos de prevención en la escuela	0,08	0,13	1,09	0,5395
Tipo de colegio (público)	-0,17	0,07	0,85	0,0166
Edad de inicio de consume de alcohol	0,18	0,01	1,20	<0,0001

	GL	-2[L0-L1]	p-valor
Sexo	1	32,97	<0,0001
Recepción de cursos de prevención	4	21,67	0,0002
Tipo de colegio	1	5,76	0,0164
Edad de inicio de consume de alcohol	1	1230,68	<0,0001

Análisis por regresión logística de consumo de marihuana con sexo, tipo de colegio, edad de inicio del consumo y si recibió información.

Parámetros	Estimación	EE	Odds	p-valor
Constante	-3,55	0,22	0,03	<0,0001
Sexo (Masculino)	0,20	0,13	1,22	0,1212
No recibió cursos de prevención en el colegio	-0,09	0,20	0,91	0,6526
Recibió una vez un curso de prevención en el colegio	-0,40	0,22	0,67	0,0735
Recibió varias veces cursos de prevención en la escuela	-0,30	0,24	0,74	0,2132
Tipo de colegio (público)	0,57	0,13	1,76	<0,0001
Edad de inicio de consumo de marihuana	0,08	0,01	1,08	<0,0001

	GL	-2[L0-L1]	p-valor
Sexo	1	23,51	<0,0001
Recepción de cursos de prevención	4	5,69	0,2237
Tipo de colegio	1	19,82	<0,0001
Edad de inicio de consumo de marihuana	1	198,58	<0,0001

Análisis por regresión logística de consumo de cocaína con sexo, tipo de colegio, edad de inicio del consumo y si recibió información.

Parámetros	Estimación	EE	Odds	p-valor
Constante	4,07	0,27	58,49	<0,0001
Sexo (Masculino)	-0,49	0,15	0,62	0,0012
No recibió cursos de prevención en el colegio	-0,07	0,25	0,93	0,7747
Recibió una vez un curso de prevención en el colegio	0,14	0,27	1,15	0,6117
Recibió varias veces cursos de prevención en la escuela	0,25	0,30	1,29	0,4002
Tipo de colegio (público)	-0,55	0,16	0,58	0,0005
Edad de inicio de consumo de cocaína	-0,06	0,01	0,94	<0,0001

	GI	-2[L0-L1]	p-valor
Sexo	1	10,58	0,0011
Recepción de cursos de prevención	4	9,42	0,0514
Tipo de colegio	1	12,61	0,0004
Edad de inicio de consumo de marihuana	1	27,37	<0,0001

Análisis por regresión logística de consumo de pasta base con sexo, tipo de colegio, edad de inicio del consumo y si recibió información.

Parámetros	Estimación	EE	Odds	p-valor
Constante	4,10	0,29	60,53	<0,0001
Sexo (Masculino)	-0,52	0,17	0,59	0,0016
No recibió cursos de prevención en el colegio	0,09	0,27	1,10	0,7248
Recibió una vez un curso de prevención en el colegio	0,15	0,29	1,16	0,6146
Recibió varias veces cursos de prevención en la escuela	0,45	0,33	1,57	0,1743
Tipo de colegio (público)	-0,63	0,18	0,53	0,0004
Edad de inicio de consumo de pasta base	-0,04	0,01	0,96	0,0019

F.V.	GI	-2[L0-L1]	p-valor
Sexo	1	10,01	0,0016
Recepción de cursos de prevención	4	10,72	0,0299
Tipo de colegio	1	13,41	0,0003
Edad de inicio de consumo de pasta base	1	9,40	0,0022

PRESENTACIONES A CONGRESOS

- Análisis del registro de intervención preventiva sobre el consumo de drogas en adolescentes escolarizados. Antuña A, Burrone MS, Fernández AR. IV Jornada Internacional de Salud Pública. Córdoba, octubre 2008. Rev. Salud Pública (4):52. Octubre 2008. (resumen)
- Análisis de consumo de sustancias adictivas en relación a variables sociodemográficas en adolescentes de la provincia de Córdoba. Burrone MS, Lucchese M, Enders J, Fernández AR. V Jornadas Internacionales de Salud Pública. Córdoba, noviembre 2009. Revista de Salud Pública, Ed. Especial, nov. 2009 (resumen).
- Análisis de la frecuencia de experimentación y consumo de drogas de los alumnos de las Escuelas Medias de la Provincia de Córdoba, Argentina. Burrone MS, Lucchese M, Enders JE, Logo de Costa JR, Fernández AR. VII Congreso de Prevención y Asistencia de la Drogadependencia, Internacional. Programa CAMBIO. Córdoba, octubre 2009.
- Condiciones sociodemográficas, educativas y de consumo de adolescentes de Córdoba. Lucchese M, Gallo V, Acosta L, Burrone MS, Villacé M, Menel C, Vila M, Bella M, Escuti C, Bikic J, López de Neira MJ, Fernández AR. Revista de Salud Pública, Ed. Especial, nov. 2009 (resumen).
- Información sobre el consumo de drogas y prevención en adolescentes escolarizados en Córdoba. Lucchese M, Enders J, Burrone MS, Fernández AR. Presentado en las VI Jornadas Internacionales de Salud Pública. ESP – FCM. Córdoba, Argentina. Noviembre, 2010. Revista de Salud Pública, Ed. Especial. Noviembre, 2010. (resumen).

PUBLICACIONES

- Análisis de la frecuencia de experimentación de drogas de los alumnos de las escuelas medias de la provincia de Córdoba, Argentina. Burrone MS, Villela Bueno SM, Lobo da Costa Jr M, Enders J, Fernández AR. Rev. Latino-Americana de Enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 18, May-June 2010. ISSN: 0104-1169 Printed, ISSN: 1518-8345 Online.