

**UP .Universidad de Palermo
Facultad de Ciencias Sociales**

Trabajo final integrador

Percepción de riesgo y prevalencia de consumo de drogas en
alumnos universitarios

Tutor: Dr. Eduardo Leiderman

Autor: Andrés Otero

Indice:

1-Introducción.....	4
2-Objetivos.....	4
3-Consumo de sustancias.....	5
3-1-Diferentes conductas de consumo.....	6
3-1-1- Uso de sustancias.....	6
3-1-2-Abuso de sustancias.....	7
3-1-3-Dependencia de sustancias.....	7
3-2-1-Consumo de sustancias en subregión de América del sur.....	9
3-2-2-El consumo de sustancias de los universitarios argentinos.....	10
4-Factores de riesgo y protección.....	13
4-1-La percepción de riesgo.....	14
4-2-Teorías de adicciones.....	17
4-2-1-La Teoría de acción razonada.....	19
5-1- Objetivos específicos de la investigación.....	21
5-2-Metodología.....	21
5-2-1-Tipo de estudio.....	21
5-2-2-Población.....	21
5-2-3-Instrumentos.....	22
5-2-4-Procedimiento.....	23
5-2-5-Presentación y análisis de resultados.....	23
6- Conclusiones.....	35

Índice de tablas:

Tabla 1- Comparación de prevalencia de consumo de mes de principales sustancias y países. Año 2006-2007	10
Tabla 2- Teorías explicativas de la experiencia con el uso de sustancias	18
Tabla 3- Prevalencia de vida de consumo de sustancias	24
Tabla 4- Prevalencia de vida de consumo por género y edad de inicio	25
Tabla 5- Accesibilidad percibida para conseguir sustancias	27
Tabla 6- Percepción de riesgo de consumo de sustancias	28
Tabla 7- Consumo de sustancias en %, condicionado a la percepción de riesgo	29
Tabla 8- Resumen de los resultados de la prueba chi-cuadrado entre percepción de riesgo y consumo de sustancias.	31
Tabla 9- Resumen de los datos obtenidos en las pruebas de chi-cuadrado entre percepción de riesgo y curiosidad por consumir alguna sustancia.	32
Tabla 10- Resumen de los datos obtenidos en las pruebas de chi-cuadrado entre percepción de riesgo e intencionalidad de consumir.	34
Tabla 11- Comparación de la prevalencia de consumo de vida entre la encuesta nacional del OAD-CEDRONAR y nuestra muestra de 88 participantes	36
Tablas de contingencia en anexo	48

1-Introducción

El presente trabajo integrador fue producto de los intereses despertados en la práctica profesional V. La práctica fue realizada en una institución que se dedica al tratamiento de pacientes con trastornos por abuso de sustancias. Durante la práctica tuve la posibilidad de ver trabajar a un grupo de psicólogos con un gran compromiso en la tarea de recuperación de adictos a distintas sustancias; sin embargo también pude observar que las personas que llegan a un tratamiento con internación se encuentran con serias dificultades al momento de pensar en la recuperación; esto es muy visible con solo observar que, pese al gran compromiso y experiencia del staff del programa, el número de deserciones del tratamiento es realmente alto. Esto despertó en mí la motivación por investigar sobre cuestiones que estén vinculadas a la prevención y a la identificación de factores que tengan relación con el hecho de que una persona comience o no a consumir una determinada droga. Esto nos lleva a analizar el consumo de sustancias en un espectro anterior al de los trastornos de dependencia por abuso de sustancias. La problemática de las adicciones es realmente muy compleja. Este trabajo no pretende encontrar la solución a la prevención de las adicciones. Sí pretende ser una investigación que colabore a aumentar la cantidad de información respecto de la identificación de factores que se vinculan al inicio o no del consumo de sustancias.

2- Objetivos

Conocer las actitudes y las opiniones acerca del consumo de drogas, tanto legales como ilegales, entre la población de alumnos universitarios.

- Conocer la prevalencia de vida de consumo de las principales sustancias.
- Describir la percepción que los universitarios tienen respecto al grado de accesibilidad de las diferentes sustancias.
- Conocer la percepción del riesgo de consumo que los estudiantes universitarios tienen de diferentes drogas.
- Analizar la relación existente entre la percepción de riesgo y consumo de sustancias

- Analizar la relación entre percepción de riesgo y los siguientes indicadores de propensión a consumir: Curiosidad por probar alguna droga y percepción sobre la decisión del consumo o no frente a la ocasión de probar alguna droga.

3- Consumo de sustancias

Haciendo un recorrido de lo general a lo particular, la problemática abordada corresponde al tema de adicciones, por lo que nuestro marco teórico comenzará por una breve historia del consumo de sustancias, mostrando cómo la evolución en el consumo llega a representar la problemática de las drogodependencias de hoy en día.

El consumo de sustancias psicoactivas para la alteración de la conciencia es un fenómeno que ha acompañado al hombre a lo largo de su historia (Escohotado, 1989). Sin embargo este fenómeno ha cambiado en las últimas décadas aumentando sensiblemente la manufactura y distribución organizada de sustancias a nivel mundial y con esto la aparición de distintos problemas: personales, sociales, policiales y sanitarios (Becoña, en Belloch, 1995). Según Lorenzo Fernández y Martín del Moral (1998) este cambio se enmarca dentro de la evolución de la sociedad industrial y de consumo. En líneas generales, los cuatro autores antes mencionados coinciden al decir que el hombre siempre ha consumido sustancias psicoactivas, solo que antiguamente tanto las sustancias como el consumo estaban teñidos de un halo mágico religioso que durante siglos restringió su consumo a determinadas personas. También coinciden en que -desde una perspectiva histórica- la drogodependencia como fenómeno masivo es un hecho relativamente reciente.

Para hablar de sustancias psicoactivas se toma la definición de la OMS: "Droga" es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas. La Organización Mundial de la Salud pone su acento en el efecto de la sustancia y en la relación del sujeto con la misma para definir la

“Drogodependencia” como el estado psíquico y a veces físico causado por la **acción recíproca** entre un organismo vivo y una sustancia psicoactiva. Esta acción recíproca se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones, que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación del mismo.

La expresión *consumo de sustancias* se refiere, en este trabajo, a cualquier forma de autoadministración de una sustancia psicoactiva, y se usa en lugar de abuso de sustancias, como expresión más amplia que abarca todos los grados de consumo, desde el ocasional hasta el prolongado.

3-1-Las diferentes conductas de consumo

El consumo de sustancias se conceptualizará a través de la definición fenomenológica y clínica de: uso, abuso y dependencia de sustancias.

Uso

Abuso

Dependencia

3-1-1-Por *uso* se entiende un consumo esporádico que no acarrea consecuencias negativas para el individuo (Becoña, en Belloch, et al 1995). El uso de sustancias no representa una instancia diagnóstica en lo que hace a los trastornos por consumo de sustancias. Es por eso que hablamos de uso de sustancias psicoactivas siempre que éste no llegue a producir dependencia ni habituación a la sustancia, ni repercusiones negativas en áreas importantes de la vida de una persona (la familia, el trabajo, los amigos, la pareja, salud física y psicológica...). Aunque se puede hacer una distinción entre uso y *abuso*, distintos estudios nos muestran que entre uno y otro podemos establecer un continuo que muchas veces es difícil de diferenciar (Medina Mora, en Belloch, et al 1995).

3-1-2-Para la OMS el abuso de drogas está definido por “un uso excesivo, esporádico o persistente, no relacionado con una práctica médica aceptable”.

El abuso, según la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) implica la presencia de una o más de las siguientes cuatro condiciones, en algún momento, durante un período de 12 meses:

- 1) Consumo repetido de la sustancia que implica dejar obligaciones laborales, académicas o del hogar.
- 2) Uso repetido de la sustancia en situaciones que implican riesgo físico para la persona.
- 3) Su consumo conlleva repercusiones legales (multas, deudas, juicios...).
- 4) Se sigue consumiendo a pesar de los problemas sociales y personales que está creando la sustancia.

También en el caso del DSM IV, podemos ver el abuso como un mal uso ya sea por la cantidad de sustancia ingerida o por la finalidad con que se consume. No obstante, también existen malos usos que no llegan a la categoría de abuso, como el beber alcohol para afrontar algunas situaciones sociales, como por ejemplo para disminuir la vergüenza por la exposición pública. En estos casos, aunque no se cumplan los criterios para el diagnóstico de abuso, existe un tipo de uso en el que la persona que experimenta con el alcohol puede llegar a aprender un tipo de afrontamiento y esto representa un riesgo de convertirse en abuso, Bandura, A. (1984).

3-1-3-La *dependencia* se produce como consecuencia de repetidos abusos. Según la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV), para poder diagnosticarla como tal, es necesario que se den al menos tres de las siguiente condiciones o criterios durante un período de 12 meses (aunque períodos más cortos también pueden requerir de una intervención):

- 1) Tolerancia o habituación: necesidad de aumentar progresivamente las dosis para conseguir los mismos efectos que anteriormente, o manteniendo la misma cantidad de la droga se produce una disminución de los efectos esperados.

- 2) Síntomas ante la abstinencia o supresión de la sustancia: El síndrome de supresión o abstinencia se produce cuando se deja de ingerir súbitamente la droga.
- 3) Se usa la sustancia en mayor cantidad o por un período más largo de lo que la persona en un principio pretendía.
- 4) Deseo persistente de consumir la sustancia, y uno o más esfuerzos inútiles por controlar o suprimir el consumo.
- 5) Gran parte del tiempo se emplea en actividades relacionadas con la obtención, consumo y recuperación de los efectos de la sustancia.
- 6) Reducción importante o abandono de actividades sociales, laborales o recreativas a pesar de tener conciencia de que se padece un problema físico o psicológico provocado o empeorado por la sustancia.

Llegamos así a definir un tipo de consumo que entra de lleno en el campo de las adicciones. Salazar y Rodríguez (1994) sostienen que la denominación de adicción aplicada a las sustancias psicoactivas ha ido evolucionando de modo de ser reemplazada por la de dependencia, aunque también ha surgido otro término que es el de conducta adictiva el cual incluye también a las adicciones que no tienen presente el consumo de sustancias como en el caso del juego patológico (Becoña, 1993).

Hablando de conducta adictiva Grossop (1989) la define a través de cuatro elementos esenciales: (1) un fuerte deseo o compulsión para llevar a cabo la conducta particular, especialmente cuando la oportunidad de llevar a cabo tal conducta no está disponible; (2) capacidad deteriorada para controlar la conducta (notablemente en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o controlar el nivel en que la conducta ocurre); (3) malestar emocional cuando la conducta es impedida o dejada de hacer y (4) se sigue consumiendo a pesar de los problemas sociales y personales que está creando la sustancia.

Para el caso de nuestro trabajo, estas definiciones toman cuerpo en la medida que conozcamos los datos respecto del consumo de sustancias. Comenzaremos por una referencia internacional de una subregión de países de América del sur, para terminar mostrando los datos de consumo de los universitarios argentinos.

3-2-1-Consumo de sustancias comparativo: Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay

A modo de referencia internacional se presenta los consumos de las principales sustancias en los países: Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay. Información publicada por Naciones Unidas, oficina contra la droga y el delito en el año 2008 sobre encuestas tomadas en los distintos países durante los años 2006 y 2007, en población general de 15 a 64 años. En todos los casos los resultados corresponden a personas que al momento de la encuesta han declarado haber consumido la sustancia dentro del último mes.

Comenzando por las drogas legales el país que más tabaco consumió fue Chile con un valor estimado en el 44%, le siguen Argentina y Uruguay con un consumo cercano al 34%, el consumo de Bolivia fue del 26% y los países que menos tabaco han consumido son Ecuador y Perú con un consumo que ronda el 19%. Para el consumo de alcohol Chile tuvo un consumo del 60%, le siguen Argentina y Uruguay con un consumo que ronda el 52%, declararon consumir alcohol un 43% de los participantes de Bolivia, y Perú y Ecuador tuvieron un consumo de 33% y 36% respectivamente.

Respecto de las drogas ilegales, la marihuana es la más consumida: Uruguay tuvo un consumo de 3.8% el cual coincide con el promedio mundial; por encima de este valor Argentina y Chile con valores del 4.7% y 4.2%; para el caso de Bolivia el consumo fue de 0.6%, y Perú y Ecuador 0.4%.

Tabla 1- Comparación de prevalencia de consumo de mes de principales sustancias y países. Año 2006-2007

País	Tabaco	Alcohol	Marihuana	Cocaína	Pasta Base
Argentina	33.9%	52.4%	4.7%	1.63%	0.27%
Bolivia	26.1%	43.8%	0.6%	0.45%	0.08%
Chile	44.3%	60.8%	4.2%	0.62%	0.30%
Ecuador	19.0%	33.0%	0.4%	0.07%	0.12%
Perú	19.1%	36.6%	0.4%	0.16%	0.18%
Uruguay	34.2%	52.9%	3.8%	0.92%	0.15%

3-2-2-El Consumo de sustancias en universitarios de Argentina

Con intención de brindar una perspectiva realista de las dimensiones que dicho tema tiene en nuestro país, se presenta aquí los últimos datos que el Observatorio Argentino de Drogas tiene publicados respecto de la prevalencia de consumo de sustancias en alumnos universitarios de la República Argentina.

El primer estudio acerca del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes Universitarios del Área Metropolitana de Buenos Aires realizado en el año 2005 por la SEDRONAR a través de su Observatorio de Drogas y un segundo estudio realizado con la misma metodología en el año 2006 con estudiantes universitarios del interior del país, nos muestran que, en el caso de la población de estudiantes universitarios, el consumo de drogas legales es mayor en el interior del país mientras que el consumo de drogas ilícitas es mayor en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA).

El alcohol y el tabaco son las sustancias más consumidas. Al respecto, 4 de cada 10 estudiantes del interior del país ha fumado tabaco en el último año y 3 de cada 10 en el último mes. Para el caso de los universitarios del AMBA, los valores son menores, 3 de cada 10 y 2,5 de cada 10, respectivamente. En el caso del alcohol las prevalencias del interior son cerca del 83% anual y 66% mensual mientras que las del AMBA son cerca del 69% y 54%, respectivamente.

Para el resto de las sustancias, las declaraciones de consumo en el último año de alguna droga ilícita indican una prevalencia del 11%. El cannabis presenta mayor proporción de uso, seguido de cocaína. En el caso de AMBA le siguen éxtasis y opiáceos.

El consumo en los universitarios presenta las mismas características que las del resto de las poblaciones: las únicas sustancias más consumidas por mujeres son el tabaco y los tranquilizantes, mientras que para el resto de las sustancias el registro de consumo es mayor para los varones. Las diferencias según sexo son significativas, en particular en el caso de drogas ilícitas. En el caso de los consumidores del interior del país, el consumo de cocaína de los varones es 5 veces mayor que el de las mujeres, y el doble

para el caso de cannabis. En el AMBA también el consumo de drogas ilícitas masculino duplica al femenino y en el caso de la cocaína lo triplica.

El consumo del resto de las sustancias psicoactivas para los encuestados del AMBA que han consumido alguna vez en la vida, presenta la siguiente frecuencia: tranquilizantes, estimulantes, cannabis y cocaína manifestaron haberlo hecho alguna vez en el último año; pasta base y opiáceos declararon haberlo hecho diariamente; y alucinógenos, solventes e inhalables, éxtasis y ketamina alguna vez en la vida.

Si consideramos a los estudiantes encuestados del interior del País, los que han consumido alguna vez en la vida sustancias ilegales o psicofármacos sin prescripción médica, en su mayoría se trata de consumo “ocasional”. Por otro lado un 4,7% consume “diariamente” cannabis y un 11,1% “algunas veces por semana”.

En el citado estudio, se analizaron diferentes variables asociadas con las actitudes del consumo, con lo que se obtuvieron algunos resultados interesantes respecto al perfil de los consumidores universitarios.

De acuerdo a la edad, quienes presentan mayores tasas de consumo reciente de casi todas las sustancias son los estudiantes de entre 19 y 25 años, salvo en el caso de psicofármacos sin receta médica que son los sujetos de entre 26 y 34 años. La mayoría de los estudiantes ha iniciado el consumo antes del ingreso a la Universidad o durante el primer año de cursada.

Teniendo en cuenta el tipo de universidad a la que concurren los encuestados, se encontró que la prevalencia de consumo de cannabis es mayor en los alumnos que cursan en universidades públicas mientras que la prevalencia de consumo de tranquilizantes, estimulantes, cocaína y éxtasis es mayor en estudiantes de universidades privadas.

Se puede observar que el consumo de sustancias legales es a las claras el que presenta las mayores prevalencias de consumo. El consumo de tabaco y alcohol es el responsable de la mayor cantidad de defunciones asociadas al consumo de sustancias en la Argentina. Por ejemplo: en el año 2006 el total de muertes fue de 292.313 de las cuales 47.598 defunciones son atribuibles al consumo de drogas; de estas un 83.14%

(40.911) a tabaco; un 16,24% (7.992) a alcohol y un 0,62% (307) a drogas ilegales. No obstante los riesgos que corre una persona que abusa o desarrolla una dependencia por consumo de sustancias, no solo están ligados a la probabilidad de morir, sino que como hemos visto en las condiciones para su diagnóstico, tanto abuso como dependencia, afectan fuertemente la calidad de vida.

4-Factores de riesgo y de protección

Los factores de riesgo y de protección son un grupo de variables relacionadas con el consumo de sustancias dentro de los cuales se encuentra nuestra variable de estudio. Como señala Laespada et al (2004), la conducta del consumo de drogas es el resultado de la interacción de múltiples factores, no siendo posible identificar de modo causal y fehaciente cual es la diferencia exacta que existe entre los jóvenes que consumen y los que no. Pese a esto, distintos estudios han podido identificar factores tanto de riesgo como de protección cuya presencia aumenta o disminuye la probabilidad de que un joven consuma drogas. Nuestra variable de estudio se encuentra enmarcada dentro de este tipo de factores.

Luengo y otros (1999), afirman que un factor de riesgo es una característica interna y/o externa al individuo cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno. La existencia de un factor de riesgo no es condición necesaria ni suficiente pero sí aumenta la probabilidad de que alguien inicie o mantenga el consumo de sustancias.

Dado que existe una gran cantidad de trabajos que han identificado factores de riesgo y de protección respecto del consumo, tomaremos el esquema propuesto por Laespada et al (2004) quien propone agruparlos en tres grupos: factores de riesgo individuales, relacionales y sociales.

Entendemos por factores de riesgo individuales aquellos vinculados con las características propias de cada persona: su forma de ser, de sentirse, de comportarse. La edad, su estructura de personalidad, los recursos sociales de que dispone, sus actitudes, sus valores, su autoestima, etc. En definitiva lo que conforma un sujeto único.

Los factores de riesgo relacionales son aquellos que nos remiten a la interacción específica que cada sujeto tiene con sus vínculos más cercanos: familia, amigos, escuela, y que determinan la peculiaridad de su entorno íntimo.

Los factores de riesgo sociales están vinculados a la estructura social que rodea a la persona, las costumbres, las tradiciones, la normativa, el sistema económico, los valores. En síntesis, las características que diferencian a las distintas culturas y que afectan a la conducta del individuo.

Según Simons et al., (1988), el enfoque del factor de riesgo fue tomado de la investigación biomédica y utilizado para la identificación de factores biopsicosociales, del comportamiento y del medio ambiente que parecían estar asociados con la aparición de un problema de salud.

En cuanto a los factores de protección, Félix-Ortiz & Newcomb, (1992), sostienen que representan variables que contribuyen a modular, prevenir o limitar (reducir) el uso de drogas; Pérez-Gómez y Mejía Motta, (1998), los define como los atributos individuales, condición situacional, ambiente o contexto que reduce la probabilidad de ocurrencia de un comportamiento desviado. Martínez Gonzales et al, (2006), afirman que los factores de protección presentan una influencia variable dependiendo del tipo de consumo así como también afectan de distinta manera a cada individuo.

4-1-Percepción de riesgo:

El término riesgo es utilizado por diferentes técnicos y especialistas que trabajan en la elaboración o confección de estrategias en el contexto preventivo. Pero también forma parte del lenguaje diario y cotidiano de las personas que son susceptibles de sufrirlo.

Rastreando el concepto encontramos que fue la sociología la primera en definir la percepción de riesgo. Una interesante definición es la de Ulrich Beck (1994), quien hablando sobre el discurso del riesgo, afirma que este comienza donde la confianza en nuestra seguridad termina, y deja de ser relevante cuando ocurre el potencial daño, lo cual posiciona al concepto riesgo en un lugar intermedio entre seguridad y destrucción, donde la *percepción* de riesgos amenazantes determina pensamiento y acción. Esta definición resultó interesante dado que algunas de nuestras inquietudes están claramente orientadas a observar cómo la percepción de riesgo condicionaría pensamientos y acción en el caso del consumo de sustancias.

Las primeras investigaciones sobre *percepción de riesgo* estuvieron destinadas a estudiar el riesgo social, llegando a generalizarse a partir de los años setenta del siglo pasado, intentando dar respuesta, comprender y mitigar una serie de protestas ciudadanas que para aquel entonces la sociedad tenía en contra de tecnologías y actividades industriales tales como energía nuclear, plantas químicas, vertederos de residuos, etc. (Espluga, 2004). Esto impulsó la necesidad de identificar la percepción del riesgo que tenían los individuos, para así poder tomar decisiones encaminadas a reducir el desfasaje existente entre la sociedad y los expertos (Espluga, 2004); según este autor todo esto inició una serie de debates sobre la aceptabilidad del riesgo y a su vez estas reflexiones estuvieron impulsadas por un artículo que escribiera Star en el año 1969, quien sostenía que estas investigaciones partían de la premisa de suponer que los individuos que hicieran un cálculo racional de sus costos y beneficios, dejarían de oponerse a aquellas instalaciones tecnológicas.

Actualmente también estudiar la percepción de riesgo aporta datos para que la comunidad científica pueda elaborar intervenciones, que en el caso del consumo de sustancias suelen ser de orden preventivo; sin embargo la percepción del riesgo, más allá de los datos objetivos, numéricos o cuantificables, es una construcción social sobre qué es un riesgo, y qué tipo de actividades son potencialmente amenazadoras.

Avanzando en la revisión del concepto, y adentrándonos en mostrar lo que diversos estudios han encontrado en cuanto a su valor como factor de riesgo o protección, encontramos los siguientes trabajos:

Johnston LD, O'Malley PM, (1998), realizaron un estudio donde analizaron los consumos de marihuana, cocaína y crack; como parte de los resultados encontraron que la alta percepción de riesgo está asociada a un menor consumo. Fonsi Santacana, María, Pérez Gómez, Augusto y Trujillo, Ángela M., (2007) sostienen que pese a que las sustancias psicoactivas tiene efectos sobre la salud de forma directa (sobredosis, enfermedades cardiovasculares) e indirecta (accidentes de tráfico, deterioro familiar), los jóvenes, aún siendo conscientes de estas posibles consecuencias negativas, tienden a experimentar con este tipo de actividades de alto riesgo. En una investigación que Parker et al. (1998) realizaron con jóvenes australianos encontraron que el consumo no se halla sólo ligado a una respuesta pasiva frente a la oportunidad y/o incentivo de uso, sino que las decisiones sobre el uso de drogas están relacionadas con las apreciaciones de beneficio y de riesgo que el consumo supone. Fountain, Griffiths, Farrell, Gossop, y Strang, (1999), han demostrado que hay adolescentes que rechazan ciertas drogas, a pesar de las oportunidades que tienen para utilizarlas. Por ello es importante entender qué hace que un joven se involucre en estas actividades, mientras que otro no lo haga. Otra de las investigaciones que avala el rol que la percepción de riesgo toma para el consumo es la de Benthin, Slovic y Severson, (1993), quienes proponen que el consumo se presenta por la influencia de las percepciones y actitudes sobre los riesgos asociados a una actividad en particular. Calafat, Fernández, Juan, Bellis, Bohrn et al., (2001) encuentran que la percepción de riesgo y la predisposición al mismo, son determinantes importantes para que un joven tenga un comportamiento de alto riesgo.

Por su parte, Mayock, (2002) identificó que el miedo a las consecuencias negativas de las actividades de riesgo es dominante para abstenerse de ejecutarlas. Al comparar consumidores con no consumidores se evidenció que los no consumidores suelen sobrevalorar las posibles consecuencias negativas que surgen del uso de sustancias, en comparación a cualquier beneficio. En contrapartida, en el estudio de IREFREA (Calafat, Stocco, Mendes, Simon, Van de Wijngaart et al. 1998), sobre el uso de éxtasis se halló que los consumidores de esta sustancia valoraron positivamente sus efectos y subvaloraron los peligros relacionados con su uso.

4-2-Teorías de adicciones:

Definida nuestra variable de estudio y las conductas vinculadas a nuestra investigación se considera de importancia contar con un modelo explicativo que nos aporte un marco teórico que sustente o al menos no contradiga la posible relación entre nuestra variable de estudio y la conducta en concreto de consumir sustancias. Flay y Petraitis (1995) han realizado un relevamiento de las teorías más representativas que explican el consumo, intentando dar respuesta a la relación que se establece entre las determinadas variables y factores, y la conducta que se pretende explicar. Como sostiene Laespada y otros (2004), de un modo más general es posible identificar dos grupos de teorías: por un lado las centradas en el análisis de aspectos concretos o de pocos factores explicativos de la conducta, siendo esta línea la que mejor justifica nuestro trabajo; por otro las que contemplan una gran variedad de factores que están en la base de la conducta de consumo. Ambos tipos de acercamiento contienen elementos a favor y en contra. Estudiar pocos factores facilita el control de las variables y contribuye a confirmar hipótesis, dada la capacidad de manejarlas, evaluarlas y someterlas a estudio. Más allá de que no es nuestra intención explicar todo el fenómeno del consumo de sustancias a través del análisis de la percepción de riesgo, debemos aclarar que la dificultad que enfrenta este tipo de teorías es su carácter parcial y su incapacidad de explicar por sí el inicio y el mantenimiento del consumo. Por otra parte, las teorías más complejas, mayoritarias hoy en día, tienen en cuenta la multidimensionalidad del fenómeno que abordamos pero también son conscientes de la dificultad de operativizar, evaluar y conocer las variables que las integran, ya que es imposible controlar cómo afecta cada una, su magnitud y la interdependencia entre ellas.

En la tabla (2) se muestra un esquema de las distintas teorías aplicadas a comprender la experiencia del consumo de sustancias por Petraitis, Flay y Miller, (1995)

Tabla 2- Teorías explicativas de la experiencia con el uso de sustancias

Teorías cognitivo-afectivas	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Teoría de la acción razonada (Ajzen y Fishbein, 1980; Fishbein y Ajzen, 1975) ▶ Teoría de la conducta planificada (Ajzen 1985, 1988)
Teorías del aprendizaje Social	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Teoría del aprendizaje social (Akers et al., 1979) ▶ Teoría del aprendizaje social/cognitiva social (Bandura, 1986)
Teorías del apego social	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Teoría del control social (Elliot et al., 1985, 1989) ▶ Modelo del desarrollo social (Hawkins y Weis, 1985)
Teorías en las que las características intrapersonales juegan un papel esencial	<ul style="list-style-type: none"> ▶ El modelo de ecología social (Kumpfer y Turner, 1990-1991) ▶ Teoría del autodesprecio (Kaplan, Martin y Robbins, 1982, 1984) ▶ Modelo de varias etapas de aprendizaje social (Simons et al., 1988) ▶ Teoría de la interacción familiar (Brooks et al., 1990)
Teorías que integran constructos cognitivo-afectivos, de aprendizaje, compromiso y apego e intrapersonales	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Teoría de la conducta problema (Jessor y Jessor, 1977) ▶ Teoría del cluster de iguales (Oetting y Beauvais, 1986^a, 1986b, 1987) ▶ Modelo de vulnerabilidad de Sher (1991) ▶ Modelo del dominio (Huba y Bentler, 1982)

De este grupo de teorías, el modelo explicativo que más se ajusta a nuestra investigación es la teoría de acción razonada de Ajzen y Fishbein, (1980) y Ajzen, (1975).

4-3-Teoría de acción razonada de Ajzen y Fishbein, (1980) y Ajzen, (1975)

Si bien esta no es una teoría que se utilice únicamente para predecir conductas de consumo de sustancias, ha demostrado ser útil para comprenderlas y predecirlas, Maya Jariego, I. & Holgado, D. (2004) afirma que este modelo es uno de los más utilizados para el sustento de intervenciones preventivas dada su alta efectividad en resultados empíricos. Dicho modelo se enmarca dentro de un grupo de teorías que tienen en el campo actitudinal su cuerpo explicativo. El supuesto básico es que la persona toma decisiones de manera racional, haciendo uso en forma sistemática de la información disponible, la cual es utilizada para formar la intención de realizar (o no realizar) una conducta específica. Laespada y otros (2004), han articulado de forma interesante dicha teoría al área del consumo de sustancias, la que describiremos a continuación.

La intención de consumir una sustancia sería la causa principal de dicha conducta y dado que es el determinante más inmediato de cualquier comportamiento humano, es

considerada la pieza de información más importante para la predicción de una determinada conducta, a su vez modelada por dos variables que son:

- . Las actitudes frente al consumo.
- . Las normas subjetivas sobre el mismo.

El componente actitudinal se refiere a la actitud del sujeto hacia el propio desempeño de una conducta específica bajo determinadas circunstancias, que en nuestro caso está representada por las consecuencias que los jóvenes esperan del hecho de consumir y la importancia atribuida a esas consecuencias personal y subjetivamente. Si la persona atribuye mayor valor a los beneficios que a los costos de consumir o magnifica los primeros en detrimento de los segundos, mostrará una actitud positiva hacia él. Dado que Fishbein (1967) en Fishbein, M.; Ajzen, I. (1975), define a la actitud como una predisposición aprendida a responder a un objeto en forma consistentemente favorable o desfavorable, este componente apunta a los sentimientos positivos o negativos del sujeto respecto de su conducta en cuestión.

El componente normativo se refiere a la norma subjetiva del individuo que indica su percepción de la presión social que se ejerce sobre él para que ejecute (o no ejecute) una determinada conducta, o sea la percepción de la persona de lo que otras personas importantes para él, aprueban y/o esperan respecto del consumo así como también la motivación disponible para acomodarse a las expectativas de su entorno. Por ejemplo, si uno de los participantes de nuestra encuesta cree que sus amigos esperan que él consuma drogas y él desea agradarles, o sea, no defraudar sus expectativas, su actitud tenderá a inclinarse hacia el consumo.

Estas dos variables se combinan de forma distinta en cada persona; en algunas los beneficios o efectos positivos esperados tendrán más peso en su intención de consumir una sustancia y para otras personas el hecho de ajustarse a las expectativas de los demás será el ingrediente de importancia para determinar su intención de consumir o no una sustancia.

Los autores del modelo son conscientes de que existen otras variables como las características demográficas, situacionales o de personalidad; la teoría de la acción razonada las define como externas al modelo y que si bien pueden influir sobre la intención y también, indirectamente, sobre la conducta real, esto solo es posible si dichas variables influyen sobre el componente actitudinal y/o sobre el componente normativo y/o sobre sus pesajes respectivos. Es decir, que la relación entre una variable externa y la intención de llevar a cabo una conducta específica está mediada por uno o por los dos factores que determinan la intención.

5-Objetivos específicos

- Conocer la prevalencia de vida de consumo de las principales sustancias.
- Conocer la percepción que los universitarios tienen respecto al grado de accesibilidad de las diferentes sustancias.
- Describir la percepción del riesgo de consumo que los estudiantes universitarios tienen de diferentes drogas.
- Conocer la relación existente entre la percepción de riesgo y consumo de sustancias
- Analizar la relación entre percepción de riesgo y los siguientes indicadores de propensión a consumir: Curiosidad por probar alguna droga y percepción sobre la decisión del consumo o no frente a la ocasión de probar alguna droga.

5-2-Metodología

5-2-1-Tipo de estudio

Descriptivo

5-2-2-Población

La muestra está constituida por un grupo de 92 alumnos universitarios. De los cuales 36 son mujeres y 52 son varones. El promedio de edad es de 25 años con un desvío de +/- 6,24 años y un coeficiente de variación de 0,25 lo cual significa que el 95% de los casos entran en el promedio +/- un desvío. Del total de 92 encuestas fueron eliminadas 4 por estar incompletas, lo cual nos dejó un total de 88 perfiles para analizar.

5-2-3-Instrumentos

Se administró el anexo “droga” de una encuesta confeccionada por el Observatorio Argentino de Drogas, la cual contiene las variables a analizar del presente trabajo. La encuesta fue voluntaria y anónima.

El instrumento de recogida de información (ver anexo)

- Datos sociodemográficos:

- Edad
- Sexo
- Situación laboral

- Percepción de riesgo:

- Es una medida subjetiva de percepción del daño asociado al consumo de determinada droga.

- Indicadores de propensión a consumir:

- Percepción de facilidad de acceso: medida subjetiva de la percepción de dificultad para conseguir una droga determinada.
- Curiosidad por probar alguna droga.
- Percepción sobre la decisión de consumo o no frente a la ocasión de probar alguna droga.

- Otros aspectos:

- Consumo del entorno: medida objetiva sobre tenencia de amigos o familiares que consumen drogas.
- Oferta de drogas: medida objetiva de haber recibido una oferta directa de drogas.

5-2-4-Procedimiento

Las encuestas fueron administradas en forma grupal en el aula de cada curso; a cada participante se le entregó el cuestionario y un sobre para luego colocar la encuesta. Asimismo se aclaró respecto del carácter voluntario de la misma, de la confidencialidad de los datos y de la importancia de contestar sinceramente.

La información obtenida fue volcada en una hoja de cálculos Excel y analizada estadísticamente con dicho programa.

5-2-5-Presentación y análisis de resultados

La prevalencia de consumo de vida indica si los participantes han consumido determinada sustancia alguna vez en la vida; en el caso de nuestro estudio las drogas legales encabezan el consumo. El 93,18% ha declarado haber consumido alcohol alguna vez y el 57,95% para el caso del tabaco.

Siguiendo con el orden de mayor a menor, para el caso de las drogas ilegales, la más consumida es la marihuana siendo que 40 de los participantes han declarado haberla consumido alguna vez o sea un 45,45% de la muestra. Le siguen los tranquilizantes cuyo consumo fue de un 22,73% de nuestra muestra, el 13,64% manifestó haber consumido éxtasis y el 11,36% ha consumido alucinógenos (tales como LSD, peyote, San Pedro); para la cocaína la prevalencia fue de 9,9% y para el hashish de 7,95%. Luego de la ketamina que tuvo un consumo de 6,82% las demás sustancias arrojaron valores que oscilaron entre el 1 y 3 por ciento, como los solventes e inhalantes que mostraron un consumo del 2,72% , el 1.14% consumió heroína alguna vez; en el mismo porcentaje se encuentra el consumo de opio y de crack. La población estudiada manifiesta no haber consumido nunca paco así como tampoco consumió morfina sin prescripción médica.

Tabla 3- Prevalencia de vida de consumo de sustancias

¿Ha consumido alguna de estas sustancias alguna vez en su vida?	Si		No	
		%		%

Tranquilizantes	20	22,73%	68	77,27%
Estimulantes (Tamilán, Artane/Anfetaminas)	5	5,68%	83	94,32%
Solventes e Inhalantes	2	2,27%	86	97,72%
Marihuana	40	45,45%	48	54,55%
Hashish	7	7,95%	81	92,05%
Paco	0	0%	88	100%
Cocaína	8	9,09%	80	90,90%
Crack	1	1,14%	87	98,86%
Éxtasis	12	13,64%	76	86,36%
Heroína	1	1,14%	87	98,86%
Opio	1	1,14%	87	98,86%
Morfina (sin prescripción médica)	0	0%	88	100%
Alucinógenos (Tales como LSD, peyote, San Pedro)	10	11,36%	78	88,64%
Ketamina	6	6,82%	82	93,18%
Tabaco	51	57,95%	37	42,05%
Alcohol	82	93,18%	6	6,82%

Dado que las drogas legales fueron las de mayor prevalencia y con intención de describir el consumo en otro nivel de análisis se comparó las prevalencias de consumo de los fumadores y no fumadores respecto de los demás consumos. Como dato relevante se encontró que dentro del grupo que declaró haber fumado tabaco al menos una vez el 68.62% también ha fumado marihuana, porcentaje cinco veces mayor que el del grupo de los que nunca han fumado tabaco, lo cual nos habla de la importancia que tiene pensar a las drogas legales como posible puerta de acceso al consumo de drogas ilegales.

Si analizamos el consumo teniendo en cuenta el género, para el caso de consumo de tranquilizantes las mujeres triplican el consumo de los varones; también mostraron mayor consumo de alcohol, aunque no con diferencia significativa; para el resto de los casos los varones mostraron consumos superiores. Dentro del consumo de sustancias ilegales las mujeres solo han declarado consumir marihuana y tranquilizantes; ninguna ha declarado algún consumo de otras drogas ilegales. Respecto de la edad de inicio, en todos los casos los varones mostraron haber experimentado primero que las mujeres; los promedios de edad de inicio de tabaco y alcohol rondan los 15 años para los

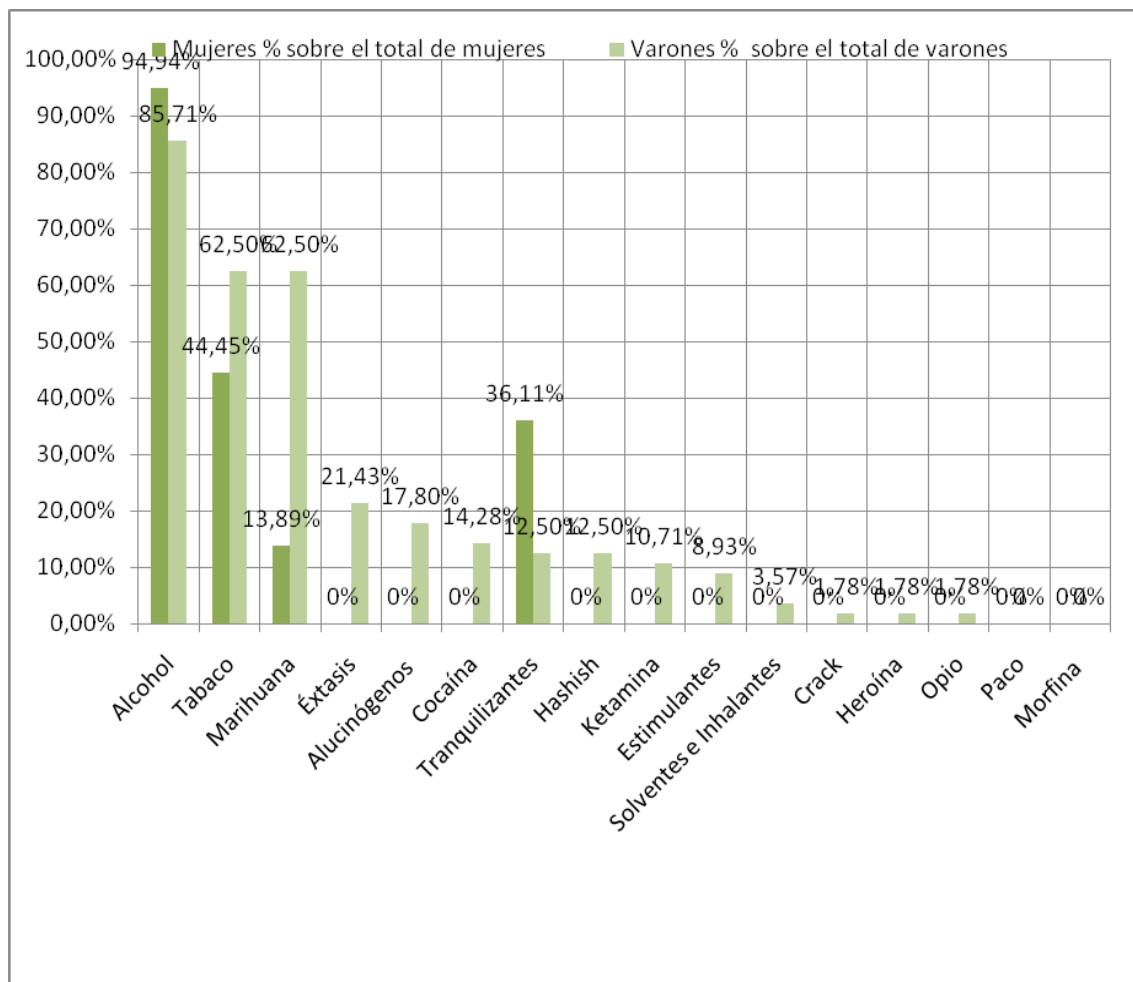
varones y los 17 años en el caso de las mujeres. El inicio de consumo de marihuana en los varones rondó los 18 años y 24 años fue el promedio de edad para el primer consumo de tranquilizantes; en las mujeres estos promedios se aproximaron a los 20 años y 25 años respectivamente. Ver Tabla 4 y Gráfico 1.

Tabla 4- Prevalencia de vida de consumo por género y edad de inicio

Prevalencia de vida de consumo de:	Mujeres % sobre el total de mujeres	Promedio de edad primer consumo	Varones % sobre el total de varones	Promedio de edad primer consumo	Mujeres Y Varones sobre el total de la muestra
Tranquilizantes	36,11 %	25,38 años	12,5 %	23,66 años	22,73 %
Estimulantes (Tamilán, Artane/Anfetaminas)	0 %	-	8,93 %	18,66 años	5,68 %
Solventes e inhalantes	0 %	-	3,57 %	18,5 años	2,27 %
Marihuana	13,89 %	20,2 años	62,5 %	18,48 años	45,45 %
Hashish	0 %	-	12,5 %	17,33 años	7,95 %
Paco	0 %	-	0 %	-	0 %
Cocaína	0 %	-	14,28 %	18,86 años	9,09 %
Crack	0 %	-	1,78 %	21 años	1,14 %
Éxtasis	0 %	-	21,43 %	21 años	13,63 %
Heroína	0 %	-	1,78 %	18 años	1,14 %
Opio	0 %	-	1,78 %	17 años	1,14 %
Morfina (sin prescripción médica)	0 %	-	0 %	-	0 %
Alucinógenos (tales como LSD, Peyote, San Pedro)	0 %	-	17,8 %	19 años	11,36 %
Ketamina	0 %	-	10,71 %	19,4 años	6,82 %
Tabaco	44,45%	17 años	62,5 %	15,16 años	57,95 %
Alcohol	94,94 %	17,48 años	85,71 %	14,86 años	93,18 %

Gráfico 1

Comparativo de consumos de vida por sustancia y por género.



Accesibilidad: Como tal representa una barrera objetiva frente a la restricción o no del consumo pero dado el carácter de opinión que posee nuestra encuesta el dato obtenido es una apreciación subjetiva sobre la que se les preguntó a los participantes.

La pregunta fue: ¿Cuán fácil sería según su opinión conseguir...: marihuana, cocaína, paco y éxtasis. El 75% de los alumnos cree que le será fácil conseguir marihuana; más de la mitad, el 53,41%, percibe que conseguir éxtasis le sería sencillo. Le sigue la cocaína con un 31,82% y por último el paco con un 25% de respuestas que sostienen que les sería fácil conseguir.

Tabla 5- Accesibilidad percibida para conseguir sustancias

Accesibilidad	Sería fácil	%	Sería difícil	%	No podría	%	No sé	%
Marihuana	66	75%	5	5,68%	4	4,55%	13	14,77%
Cocaína	28	31,82%	27	30,68%	8	9,09%	25	28,41%
Pasta base/Paco	22	25%	22	25%	11	12,50%	33	37,50%
Éxtasis	47	53,41%	15	17,05%	7	7,95%	19	21,59%

La percepción de riesgo se midió con un cuestionario del tipo likert de cuatro puntos respecto de varios tipos de conducta de consumo, en la que los participantes contestaron a preguntas del tipo: En su opinión ¿qué riesgo cree usted que corre alguien que consume cocaína alguna vez?. Las opciones de respuesta fueron: 1- Ningún riesgo, 2- Riesgo moderado, 3- Gran riesgo y 4- No sé que riesgo corre. Para el caso de los que contestaron que no existía ningún riesgo fueron cuatro las conductas que indicaron algún valor: el 1,14% respondió que fumar frecuentemente no acarrea riesgos, el 3,41% indicó bajo riesgo para el consumo de cocaína alguna vez; para el

consumo ocasional de éxtasis el 4,55%, y el porcentaje más alto de respuestas, 26,14%, indicó bajo riesgo para la conducta de fumar marihuana alguna vez. Para las demás conductas de consumo ningún participante indicó bajo riesgo. La conducta que indicó el mayor riesgo fue la de consumir cocaína frecuentemente en un 98,86%; le sigue en la percepción de alto riesgo el consumo frecuente de paco con un 95,45% de respuestas afirmativas; el consumo frecuente de éxtasis fue considerado muy riesgoso por el 90,91%. Las respuestas que indicaron mayor valor en riesgo moderado, fueron para el consumo esporádico de: marihuana, cocaína y éxtasis con valores de 55,68%, 45,45% y 42,05% respectivamente.

Tabla 6- Percepción de riesgo de consumo de sustancias

¿Cuál cree usted que es el riesgo que corre alguien que...?	Ningún riesgo	Riesgo Moderado	Gran Riesgo	No sé que riesgo
Consume cigarrillos frecuentemente	1,14%	19,32%	79,55%	0,00%
Toma bebidas alcohólicas frecuentemente	0,00%	38,64%	61,36%	0,00%
Toma tranquilizantes/estimulantes sin prescripción médica frecuentemente	0,00%	15,91%	80,68%	3,41%
Fuma marihuana alguna vez	26,14%	55,68%	17,05%	1,14%
Fuma marihuana frecuentemente	0,00%	30,68%	69,32%	0,00%
Consume cocaína alguna vez	3,41%	45,45%	48,86%	2,27%
Consume cocaína frecuentemente	0,00%	0,00%	98,86%	1,14%
Consume pasta base y/o paco ocasionalmente	0,00%	10,23%	82,95%	5,68%
Consume pasta base y/o paco frecuentemente	0,00%	1,14%	95,45%	3,41%
Consume éxtasis alguna vez	4,55%	42,05%	48,86%	4,55%

vez				
Consume éxtasis frecuentemente.	0,00%	4,55%	90,91%	4,55%

Relación entre percepción de riesgo y consumo de sustancias:

Una de las formas de analizar de qué manera la percepción de riesgo afecta el consumo de sustancias, metodológicamente, fue la comparación de grupos. Se compararon los consumos entre los grupos que han declarado baja, media y alta percepción de riesgo y se encontró que en todos los consumos de sustancias ilegales analizados, el consumo de los grupos que tienen alta percepción de riesgo es sensiblemente menor que en los grupos de percepción de riesgo moderado o bajo. Para el caso del consumo de tabaco el grupo que menos consumidores de tabaco tuvo fue el de percepción de riesgo moderado.

Tabla 7- Consumo de sustancias en %, condicionado a la percepción de riesgo

Tipo de consumo:	Tipo de percepción de riesgo:	Consumió la sustancia en %
Consumir cigarrillos frecuentemente	Baja 1,14%	100%
	Media 19,32%	41,18%
	Alta 79,55%	61,43%
Fumar marihuana alguna vez	Baja 26,14%	73,91%
	Media 55,68%	40,48%
	Alta 17,05%	20%
Consumir cocaína alguna vez	Baja 3,41 %	66,66%
	Media 45,45%	10%
	Alta 48,86%	4,65%
Consumir éxtasis alguna vez	Baja 4,55%	75%
	Media 42,05%	18,92%

Alta 48,86%

4,65%

Relación entre percepción de riesgo y variables vinculadas al consumo:

Para analizar la relación entre la percepción de riesgo que los participantes han declarado tener y las distintas variables tales como el *consumo de sustancias* y nuestros dos indicadores de propensión a consumir que son la *curiosidad por consumir* y la *intención de consumir*, se realizó la prueba no paramétrica llamada Chi-cuadrado, prueba estadística que parte de una hipótesis implícita de independencia de las variables a analizar. Dicha prueba se basa en el cálculo de un indicador probabilístico llamado “P Value” el cual según el valor que arroja permite determinar independencia entre las variables para valores cercanos a uno y dependencia para valores cercanos a cero. El grado de certeza que se utilizó es del 95%. En función de esto, todos nuestros valores de “P” que estén por debajo de 0,05 habrán refutado la hipótesis de independencia y nos permitirán afirmar que nuestras variables guardan una relación de dependencia. Es importante aclarar que esta prueba no nos permite hacer atribución causal, por lo que en ningún caso se podrá afirmar metodológicamente que la percepción de riesgo es causa de las demás variables. Respecto de la confiabilidad de la información, se aclara que la ausencia de respuestas con baja percepción de riesgo sobre muchas de las conductas encuestadas (ver tabla anterior) disminuyó la confiabilidad tanto metodológicamente como cualitativamente, dado que varias de las tablas de contingencia tuvieron en su análisis de percepción de riesgo solo las variables riesgo moderado y riesgo alto con ausencia de respuestas que indiquen riesgo bajo, lo cual nos hubiera dado una mayor contundencia en los resultados obtenidos. Otro factor que afectó la confiabilidad de los datos fue que la prueba de Chi-cuadrado sugiere que para más confiabilidad de la información no haya casilleros en las tablas de contingencia con datos menores a cinco unidades y eso no fue posible en todos los casos. Sugerimos por lo tanto prudencia al momento de pensar las relaciones descriptas a continuación.

Para realizar la prueba se confeccionaron 28 tablas de contingencia. Ver anexo.

En cada una se verifica o no la relación entre la percepción de riesgo y las demás variables de consumo y de propensión a consumir.

Relación entre percepción de riesgo y prevalencia de vida de consumo de sustancias:

La información obtenida nos permite afirmar que en los universitarios encuestados, la percepción de riesgo afecta condicionando el inicio en el consumo de marihuana. Para quienes opinaron sobre el consumo ocasional de cocaína, percibirlo como riesgoso afecta el inicio de su consumo, no siendo posible verificar lo mismo para el consumo frecuente por falta de datos. En el caso del consumo de éxtasis, se encontró que el consumo esporádico está relacionado a la percepción de riesgo y el consumo frecuente, no. Para el caso de las drogas legales, no se ha encontrado relación con dicha percepción. En síntesis la percepción de riesgo actúa limitando el consumo de sustancias para los casos en los que hemos encontrado relación; es decir actúa como factor de protección y si bien esto no se ha verificado en todos los casos, esto no desestima la importancia que representa la percepción de riesgo frente al consumo; solo que no pudo observarse que sea un factor de protección universal. Por ejemplo: el consumo que mayor independencia mostró tener de la percepción de riesgo fue el consumo frecuente de alcohol, con lo que es posible pensar que la aceptabilidad social, la publicidad y la legalidad de consumo que tiene dicha sustancia podrían tener mayor relación con el consumo que los riesgos posibles derivados del mismo.

Tabla 8- Resumen de los resultados de la prueba chi-cuadrado entre percepción de riesgo y consumo de sustancias.

Riesgo percibido de:	Prevalencia de vida de consumo de:	Resultado de P value:
fumar cigarrillos frecuentemente	consumo de cigarrillos	0,219
consumo frecuente de alcohol	consumo de alcohol	0,782
consumo de tranquilizantes/estimulantes, sin prescripción médica	consumo de tranquilizantes	0,372

consumo de tranquilizantes/estimulantes, sin prescripción medica	consumo de estimulantes	0,306
consumo de marihuana alguna vez	consumo de marihuana	0,0027
consumo frecuente de marihuana	consumo de marihuana	0,0078
consumo de cocaína alguna vez	consumo de cocaína	0,0016
Riesgo de consumo de cocaína frecuentemente y prevalencia de vida de consumo de cocaína (no realizada por falta de datos)		
Riesgo de consumo de paco alguna vez y prevalencia de vida de consumo de paco (no realizada por falta de datos)		
Riesgo de consumo de paco frecuentemente y prevalencia de vida de consumo de paco (no realizada por falta de datos)		
consumo de éxtasis alguna vez	consumo de éxtasis	0,00034
consumo de éxtasis frecuentemente	consumo de éxtasis	0,530

Relación entre percepción de riesgo y curiosidad por consumir:

Se presenta a continuación un resumen de las pruebas realizadas para comprobar si existe relación entre la percepción de riesgo que nuestros participantes declararon tener y su curiosidad por consumir una sustancia. La idea está dirigida a tratar de ver si la variable percepción de riesgo tiene una relación como factor de protección frente al consumo, solo que en este caso lo que estamos viendo es si afecta la variable curiosidad la cual es un indicador de propensión a consumir. En la tabla siguiente se presentan todos los resultados que fue posible obtener de la prueba Chi-cuadrado, en la cual marcamos en rojo los valores que demuestran que existe relación entre las variables mencionadas.

Tabla 9- Resumen de los datos obtenidos en las pruebas de Chi-cuadrado entre percepción de riesgo y curiosidad por consumir alguna sustancia.

Relación entre percepción de riesgo de distintas conductas y curiosidad por consumir	Resultado de Pv en la prueba Chi cuadrado
Fumar cigarrillos frecuentemente	Pv = 0,3240

Tomar bebidas alcohólicas frecuentemente	Pv = 0,3197
Tomar tranquilizantes/estimulantes sin prescripción médica frecuentemente	Pv = 0,6305
Fumar marihuana alguna vez	Pv = 0,0756
Fumar marihuana frecuentemente	Pv = 0,0318
Consumir cocaína alguna vez	Pv = 0,0333
Consumir cocaína frecuentemente	Pv = 0,119
Consumir pasta base y/o paco alguna vez	Pv = 0,8723
Consumir pasta base y/o paco frecuentemente	Faltaron datos suficientes
Consumir éxtasis alguna vez	Pv = 0,0130
Consumir éxtasis frecuentemente	Pv = 0,119

En función de estos datos podemos afirmar que la curiosidad de consumir una sustancia se asocia a la percepción de riesgo atribuida para los casos de consumo frecuente de marihuana, al consumo esporádico de cocaína y al consumo esporádico de éxtasis. En síntesis, para los casos en donde se encontró relación la percepción de riesgo se relaciona limitando al hecho de tener curiosidad por consumir sustancias.

Relación entre percepción de riesgo e intencionalidad de consumir

Se presenta a continuación un resumen de las pruebas realizadas para comprobar si existe relación entre la intención de consumir una sustancia de tener la oportunidad y la percepción de riesgo que nuestros participantes declararon tener. La idea está dirigida a tratar de ver si la variable percepción de riesgo tiene una relación como factor de protección frente al consumo. En la tabla siguiente se presentan todos los resultados que fue posible obtener de la prueba Chi-cuadrado, en la que se marcó en rojo los valores que demuestran que la percepción de riesgo afecta la intencionalidad de consumir una sustancia.

Tabla 10- Resumen de los datos obtenidos en las pruebas de Chi-cuadrado entre percepción de riesgo e intencionalidad de consumir.

Relación entre percepción de riesgo de distintas conductas de consumo e intencionalidad de consumir	Resultado de Pv en la prueba Chi cuadrado
Fumar cigarrillos frecuentemente	Pv = 0,024
Tomar bebidas alcohólicas frecuentemente	Pv = 0,445
Tomar tranquilizantes/estimulantes sin prescripción médica frecuentemente	Pv = 0,579
Fumar marihuana alguna vez	Pv = 0,059
Fumar marihuana frecuentemente	Pv = 0,088
Consumir cocaína alguna vez	Pv = 0,090
Consumir cocaína frecuentemente	Faltaron datos suficientes
Consumir pasta base y/o paco alguna vez	Pv = 0,701
Consumir pasta base y/o paco frecuentemente	Faltaron datos suficientes
Consumir éxtasis alguna vez	Faltaron datos suficientes
Consumir éxtasis frecuentemente	Faltaron datos suficientes

La intención de consumo frecuente de tabaco ha demostrado estar influenciada con la percepción de riesgo, es decir que los participantes que han considerado que fumar tabaco representa un riesgo no han tenido la intención de consumirlo; recordemos que según nuestro modelo la intención es la variable más directa que antecede a la conducta en concreto; ahora bien, cuando se vio la relación entre percepción de riesgo y consumos, se encontró que el consumo de tabaco no guarda relación con la percepción de riesgo; según esto, la percepción de riesgo representa un factor de protección al potencial consumidor de tabaco y no al que ya lo ha consumido.

La percepción de riesgo no afecta a la intención de consumo para los demás casos. En algunos de ellos no fue posible realizar la verificación. La conducta que mayor independencia mostró respecto de la percepción de riesgo fue la del consumo de tranquilizantes/estimulantes sin prescripción médica, pudiéndose afirmar que dentro de nuestra muestra, los consumidores de tranquilizantes y estimulantes no lo consideran un riesgo.

Conclusiones:

Consumo de sustancias:

Los datos obtenidos nos muestran que son las drogas legales las que encabezan el consumo de sustancias por parte de nuestro grupo de universitarios encuestados. Declararon haber consumido tabaco alguna vez en la vida el 57,95%; de este grupo el 68,62% también ha consumido marihuana. Este porcentaje es cinco veces mayor que en el grupo de los que no han fumado tabaco nunca, lo cual nos indica que el hecho de consumir tabaco aumenta la probabilidad de ser consumidor de marihuana. Siguiendo con las drogas legales, el alcohol fue a las claras la sustancia más consumida siendo que el 93,18% ha manifestado haber consumido alcohol alguna vez en la vida; si bien los datos de prevalencia de vida no son un indicador de consumo problemático, los consumos de sustancias legales representan, epidemiológicamente hablando, el mayor problema de salud pública en nuestro país, como nos muestra un estudio realizado por la SEDRONAR (Indicador de mortalidad vinculado al consumo de drogas) en el año 2006: un total de 47.598 defunciones son atribuibles al consumo de drogas; de estas un 83,14% (40.911) a tabaco; un 16,24% (7.992) a alcohol y un 0,62% (307) a drogas ilegales. Se resalta con esto la importancia de la concientización sobre la problemática del consumo de sustancias legales en todos los trabajos de orden preventivo que estén dirigidos a la población general.

Para analizar el consumo de drogas ilegales se comparó la información obtenida con los resultados de prevalencia de vida de consumo de universitarios de facultades privadas de área metropolitana de Buenos Aires realizado en el año 2005 por el Observatorio Argentino de droga. Ver tabla comparativa.

Tabla 11- Comparación de la prevalencia de consumo de vida entre la encuesta nacional del OAD-CEDRONAR y nuestra muestra de 88 participantes.

Sustancias Psicoactivas	Universidades privadas 2005 (OAD-CEDRONAR)	Universidades privadas 2009 (muestra de 88 alumnos)
Tranquilizantes sin receta médica	9,8 %	22,73 %
Estimulantes si receta médica	5,4 %	5,68 %
Marihuana	16,6 %	45,5 %
Pasta Base	0,7 %	0 %
Cocaína	3,5 %	9,09 %
Opiáceos	0,6 %	1,14 %
Alucinógenos	2,4 %	11,36 %
Solventes e inhalantes	2,0 %	2,72 %
Éxtasis	3,2 %	13,64 %
Ketamina	1,5 %	6,82 %

En líneas generales vemos un aumento en el consumo de sustancias ilegales respecto del estudio realizado en el año 2005. En función del tamaño de nuestra muestra esta comparación infiere solo respecto de los alumnos encuestados no siendo posible hacer una generalización respecto del consumo de todos los estudiantes de universidades privadas.

El consumo que más aumentó respecto de la investigación anterior es el de alucinógenos: 11,36 % de los encuestados declaró haberlo consumido alguna vez. Esta cifra es 4,73 veces mayor que la del año 2005; el consumo de ketamina fue 4,55 veces mayor con un 6,82 %; para el caso del éxtasis la prevalencia de vida fue de 13,64 % cifra 4,26 veces mayor que la investigación anterior; la sustancia más consumida fue la marihuana con un consumo del 45,45 % cifra 2,74 veces mayor al año 2005, el

consumo de cocaína fue de 9,09 % con un aumento de 2,6 veces; el consumo de tranquilizantes mostró un de aumento 2,3 veces con un porcentaje de consumo de 22,73 % , el menor aumento de consumo fue para el opio: 1,9 veces mayor. Ninguno de nuestros participantes declaró haber consumido paco siendo que la prevalencia de consumo del año 2005 fue de 0,7 %.

Buscando entender estas diferencias se encontraron tres motivos: ya mencionamos que el tamaño de nuestra muestra nos impide generalizar los datos obtenidos. El otro motivo que podría explicar un aumento en los consumos es que nuestra muestra no estuvo emparejada por género: 41 % mujeres y 59 % varones. Y dado que se ha visto que en general el consumo de los varones es significativamente mayor que el de las mujeres es posible que esto justifique parte del aumento. Por último, no podemos descartar la apreciación más obvia que es que el consumo de sustancias ilegales se haya incrementado en estos últimos años.

Al igual que en los anteriores estudios nacionales, se encontró que las mujeres consumen más tranquilizantes que los varones. En el estudio realizado por la SEDRONAR (2005), la otra sustancia más consumida por mujeres fue el tabaco a diferencia de nuestra muestra que fue el alcohol, aunque con diferencia poco significativa. Para el resto de las sustancias los varones mostraron consumos muy superiores a los de las mujeres. El grupo de varones que ha consumido marihuana es más de cuatro veces mayor al de las mujeres, para el resto de las sustancias ilegales ninguna mujer ha declarado haber consumido alguna vez.

Respecto de la accesibilidad percibida, los resultados nos muestran que de las cuatro sustancias examinadas (marihuana, cocaína, paco y éxtasis) las sustancias percibidas como de más fácil acceso son las más consumidas, a excepción del paco dado que un 25% declaró que le sería fácil conseguirlo y ningún participante declaró haberlo probado.

La conclusión más general que surgió del análisis de la precepción de riesgo fue que se ha demostrado el valor que tiene como factor de protección ante determinadas actitudes y consumos, no siendo extensible esto a todos los casos; en consecuencia

hemos encontrado que aún representando un factor de protección, este no tiene el carácter de universal. Oviedo (2003), en Martínez González, et al, (2006), realizó un estudio en el que encontró que los factores de protección presentan distinta importancia dependiendo de la sustancia; es por esto que nuestras conclusiones serán presentadas por sustancia y para los casos donde la información mostró datos relevantes.

Percepción de riesgo y consumo de marihuana:

La percepción de riesgo fue medida para dos conductas de consumo de marihuana, el consumo ocasional y el consumo frecuente. La percepción de riesgo más baja de todo el estudio, 26,14%, fue para el consumo ocasional de marihuana. De estos el 73,91% ha consumido marihuana alguna vez y dentro del 17,5% que declaró alto riesgo, el consumo fue del 20%; vemos aquí que a mayor percepción de riesgo es menor el consumo, en coincidencia con lo propuesto por LD, O'Malley PM, (1998). También se ha verificado mediante la prueba de Chi-cuadrado que la percepción de riesgo condiciona el inicio de consumo. Por consiguiente dicha percepción tiene importancia para limitar tanto el consumo frecuente como el ocasional. La curiosidad por consumir una sustancia dependió de la percepción de riesgo para los que opinaron sobre el consumo frecuente y no para los que opinaron sobre el riesgo del consumo ocasional. La intencionalidad de consumir una sustancia fue independiente de la percepción de riesgo para el consumo de sustancias ilegales. Vemos hasta aquí que la percepción de riesgo representa un factor de protección directo deteniendo el inicio de consumo de marihuana y vista como factor de protección indirecto (variables actitudinales anteriores al consumo) afecta un gran número de variables.

Percepción de riesgo y consumo de cocaína:

Al igual que con la sustancia anterior el riesgo fue medido para consumo ocasional y frecuente. La investigación que realizó LD, O'Malley PM, (1998), analizó consumos de marihuana, cocaína y crack; en nuestro estudio, de los participantes que contestaron que consumir cocaína alguna vez es de bajo riesgo, el 66,66% ha consumido alguna vez y dentro del 48,86% que lo consideró muy riesgoso el consumo fue del 4,65%; en

coincidencia con el estudio del año 1998 la alta percepción de riesgo está asociada a menor consumo. La curiosidad de consumo es limitada por la percepción de riesgo para quienes opinaron sobre el consumo ocasional. De todo este estudio, la conducta de consumo que mayor percepción de riesgo mostró fue el consumo frecuente de cocaína: 98,86%. Esto impidió tener datos suficientes para realizar las verificaciones de dependencia con las demás variables.

Percepción de riesgo y consumo de éxtasis:

Dentro del grupo que opinó sobre la percepción de riesgo de consumo ocasional de éxtasis también los consumos fueron significativamente distintos; consumió éxtasis el 75% de los que lo percibieron de bajo riesgo y el 4,65% de los que lo consideraron muy riesgoso. El consumo frecuente de éxtasis fue considerado muy riesgoso por el 90,91% de los participantes y ninguno lo consideró de bajo riesgo. Se ha demostrado que el consumo y la curiosidad se asocian a la percepción de riesgo para quienes contestaron sobre el consumo ocasional e independiente para quienes lo hicieron sobre el consumo frecuente; en este punto podemos ver un quiebre en el que la percepción de riesgo funciona como factor de protección si evaluamos el consumo ocasional y no lo hace respecto del consumo frecuente, lo que nos remite a la investigación de IREFREA (Calafat, Stocco, Mendes, Simon, Van de Wijngaart et al. 1998), que encontró que los consumidores de estas sustancias sobrevaloran los beneficios en detrimento de los perjuicios. Estos resultados se asemejan a los nuestros para el grupo de participantes que contestó sobre el consumo frecuente de éxtasis y no para el consumo ocasional.

Percepción de riesgo y consumo de cigarrillos:

La intención de consumir alguna sustancia mostró relación con el riesgo percibido de fumar cigarrillos frecuentemente; a su vez el consumo de cigarrillos no verificó dependencia frente a los riesgos. Esto nos sitúa frente a la paradoja de afirmar que la alta percepción de riesgo en este caso disminuye la intención de fumar entre quienes no fuman y es independiente para quienes sí lo hacen. La curiosidad de consumir tabaco es independiente de la percepción de los riesgos que implica su consumo.

Según nuestros resultados y para nuestros participantes, la alta percepción de riesgo representó un factor de protección para el consumo de marihuana en general y también, aunque afectando menos variables, para los consumos de cocaína y éxtasis. Para el consumo de cigarrillos, dicha percepción puede explicar variaciones respecto de la intención de fumar. Para el resto de los consumos analizados las prevalencias de consumo fueron muy bajas y en función del tamaño de nuestra muestra no se ha podido verificar algún tipo de relación.

Autocrítica y posibles mejoras:

En este punto se sugieren mejoras posibles al presente trabajo.

Contar con más información respecto de los consumos hubiera aportado precisión a las relaciones descritas, para lo cual hubiera sido importante contar con un cuestionario que incluya los datos de: prevalencia de consumo de año y de mes. Por otra parte contar con un mayor número de participantes le hubiera dado mayor confiabilidad a algunas de nuestras tablas de contingencia realizadas. Otra de las dificultades observadas fue que en casi todos los cursos al menos un alumno manifestó, en forma de chiste, dudas respecto de la confidencialidad de los datos; comentarios tales como “¿Cómo se yo si no van a analizar las huellas dactilares de este cuestionario?” O “Bueno, dale, ahora saca la cámara oculta” pueden haber ocasionado un sesgo de deseabilidad social al momento de completar algunas de nuestras preguntas. Otro punto que se considera de importancia es la posibilidad de evaluar la intencionalidad de consumo de manera singular para cada sustancia; la pregunta de nuestro instrumento fue: ¿si tuviera la ocasión, probaría una droga? Hubiera sido mejor contar con una pregunta por sustancia, ejemplo: ¿si tuvieras la oportunidad de probar cocaína, lo harías? Recordemos que la percepción de riesgo y la intencionalidad no mostraron dependencia para ningún consumo de sustancia ilegal. En síntesis ampliar la muestra hubiera ampliado la representatividad de los datos obtenidos y ampliar el instrumento hubiera permitido indagar más en la relación entre percepción de riesgo y consumos problemáticos.

Bibliografía

Alonso Morillejo E. & Pozo Muñoz C. *La percepción del riesgo en la prevención de accidentes laborales*. Universidad de Almería. Internet, disponible en :
www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL20_3_6.pdf

- Bandura, A. (1984). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid, Espasa-Calpe.
- Beck, U (1994) "*La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*", Paidós, Barcelona.
- Becoña E. en Belloch A., Ramos F, y Sadín B, (1995) *Manual de Psicopatología*. Madrid: Mc Graw Hill
- Benthin, A., Slovic, P., y Severson, H. (1993). *A psychometric study of adolescent risk perception*. *Journal of adolescence*, 16, 153 - 168.
- Calafat, A., Cesáreo, F., Juan, M., Bellis, M.a., Bohrn, K., Hakkarainen, P., Kilfoyle Carrington, M., Kokkevi, A., Maalsté, N., Mendes, F., Siamou, I., Simon, J., Stocco, P. y Zavatti, P. (2001). *Risk and Control in the Recreational Drug Culture*. Sonar 01. Palma de Mallorca: IREFREA.
- Escotado, A. (1989) *Historia de las drogas*. Madrid: Alianza
- Kumpfer, K. (1987). *Special populations: Etiology and prevention of vulnerability to chemical dependency in children of substance abusers*. In Brown, B., and Mills, A., eds. *Youth at High Risk for Substance Abuse*. DHHS Pub, Nº (ADM) 87-1537, Washington, DC: Supt, Of Docs, U.S. Govt, Print, Off.
- Lorenzo Fernández, P. y Martín del Moral, M. (1998) *Drogodependencias*. Buenos Aires: Panamericana
- Laespada, T., Iraurgi, I. & Aróstegi, E. (2004). *Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV*. Deusto, España: Instituto Deusto de Drogodependencias, Universidad de Deusto.
- Espluga Trenc J. (2004) *Conflictos socioambientales i estudi de la percepció social del risc*. Bellaterra, Barcelona. España: Universidad Autónoma de Barcelona. Departamento de Sociología
- Fishbein, M.; Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior*. Reading, M.A.: Addison-Wesley.
- Fonsi Santacana, María, Pérez Gómez, Augusto y Trujillo, Ángela M., (2007) *Uso de sustancias y percepción de riesgo: Estudio comparativo entre jóvenes de Bogotá y Barcelona*. *Adicciones* Vol. 19 nº 2 p. 179-190
- Fountain, J., Griffiths, P., Farrell, M., Gossop, M., y Strang, J. (1999). *Benzodiazepines in polydrug-using repertoires: the impact of the decreased availability of temazepam gel-filled capsules*. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 6, 61 - 69.
- Johnston LD, O'Malley PM, (1998). *Explaining recent increases in student' marijuana use: impact of perceived risks and disapproval, 1976 through 1996*. *Am J Public Health*. Vol 88 nº 6 p. 887-92.

- Luengo, M.A., Romero Tamames, E., Gómez Fragueta, J.A., García López, A., Lence Pereiro, M. (1999). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela. Análisis y evaluación de un programa*. Santiago, España: Universidad de Santiago de Compostela.
- Mayock, P. (2002). *Drug Pathways, transitions and decisions: The experiences of Young People in an inner-city Dublin*. Community. Contemporary Drug Problems, 29, 117 - 141.
- Martínez González J. M., Robles Losano L. & Trujillo Mendoza H. M. (2006) *Factores de riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas: implicaciones para la prevención*. Andalucía: Egondi Artes Gráficas S.A.
- Oviedo, E. (2003). *Consumo de alcohol y otras drogas en una muestra de estudiantes universitarios: Relación entre factores de protección, autoeficacia general y estrés percibido*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.
- OMS (1992). *CIE-10 Décima versión de la clasificación internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor
- OMS (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*.
Internet: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_S.pdf
- Parker, H., Aldridge, J., y Measham, F. (1998). *Illegal Leisure: the Normalisation of adolescent recreational drug use*. London: Routledge.
- SEDRONAR: *Indicador: Mortalidad relacionada al consumo de drogas. Año 2004/2005/2006*. Buenos Aires: Autor
- SEDRONAR (2007). *Estudio nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina 2006*. Buenos Aires: Autor
- SEDRONAR *Diagnóstico Situación del UISPA (Uso Indevido de Sustancias Psicoactivas) en Argentina*. Buenos Aires: Autor
- Simons, R.L., Conger, R.D., Withbeck, L.B. (1988). *A multistage social learning model of the influences of family and peers upon adolescent substance abuse*. Journal of Drug Issues, 18, 293-315.
- Petratis, J., Flay, B.R., Miller, T.Q. (1995). *Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle*. Psychological Bulletin, 117, 67-86.

Anexo

ENCUESTA

A- **Datos Generales**

1- ¿Cual es su edad?años Coloque el número de años

2- Usted es: Varón Mujer Coloque un X según corresponda

3- ¿Cuál es su situación laboral? Trabajo NO Trabajo Coloque una X

B- **Drogas**

4- ¿Tiene amigos o familiares que consumen Drogas tales como Marihuana o Cocaína?

Marcar con una X en el casillero correspondiente.

Ninguno Uno Dos o Más No lo sé No contesta

5- ¿Alguna vez tubo la posibilidad de probar una droga?

Ninguna Vez Una vez Dos veces o más No contesta

6- ¿Alguna vez sintió curiosidad por probar una droga?

No Puede ser Si No contesta

7- ¿Si tuviera la ocasión... probaría una droga?

No Puede ser Si No contesta

8- EN SU OPINIÓN ¿Cuál cree usted que es el riesgo que corre una persona que...?

	Ningún riesgo	Riesgo leve o moderado	Gran Riesgo	No se que riesgo corre
Fuma cigarrillos frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma bebidas alcohólicas frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma tranquilizantes/estimulantes sin prescripción médica frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuma marihuana alguna vez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuma marihuana frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consume cocaína alguna vez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consume cocaína frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consume pasta base y/o "paco" alguna vez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consume pasta base y/o "paco" frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consume éxtasis alguna vez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consume éxtasis frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9- ¿Cuán fácil o difícil le sería conseguir alguna de las siguientes drogas?

	Me sería fácil	Me sería difícil	No podría conseguir	No se si es fácil o difícil
Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasta base y/o "paco"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éxtasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10- ¿Alguna vez la han ofrecido alguna droga ya sea para comprar o probar, como marihuana, cocaína, pasta base o éxtasis?

Sí No No contesta

11- ¿Cuándo fue la última vez que le ofrecieron alguna de estas drogas, sea para comprar o probar?

	Durante los últimos 30 días	Hace más de un mes pero menos de un año	Hace más de un año	Nunca me han ofrecido
Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasta Base y/o Paco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éxtasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12- ¿Ha consumido alguna de estas sustancias alguna vez en su vida? ¿Qué edad tenía cuando probó por primera vez?

1 Tranquilizantes (valium, lexotanil, alplax, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	.....años
2 Estimulantes (tamilán, artane, anfetaminas)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	.....años
3 Solventes e inhalantes (naftas, pegamentos, pinturas, Powers.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	.....años
4 Marihuana	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	.....años
5 Hashis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	.....años
6 Pasta Base y/o Paco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	.....años
7 Cocaína	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	.....años
8 Crack	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	.....años
9 Éxtasis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	.....años
10 Heroína	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	.....años
11 Opio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	.....años
12 Morfina (sin prescripción médica)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	.....años
13 Alucinógenos (tales como LSD, peyote, san Pedro)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	.....años
14 Ketamina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	.....años
Otras drogas.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	.....años