

Prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes. Parte I: Estudio descriptivo del consumo de drogas en el Partido de Morón (Buenos Aires, Argentina).

Prevalences of use of psychoactive substance in young people. Part I: A descriptive study of drug use in the Morón district (Buenos Aires, Argentina).

Claudio O. Cervino¹, Miriam Pereyra² y Pablo Navarro³

¹Instituto de Fisiología y Neurociencias (IFiNe-SeCyT), Universidad de Morón.

²Facultad de Informática, Cs. de la Comunicación y Técnicas Especiales, Universidad de Morón.

³Secretaría de Vinculación, Extensión y Asistencia, Universidad de Morón.

Manuscrito recibido: 10 de agosto de 2017; aceptado para publicación: 17 de octubre de 2017

Autor de contacto: Dr. Claudio O. Cervino. Instituto de Fisiología y Neurociencias (IFiNe-SeCyT), Universidad de Morón.
Machado 914, (1708) Morón, Buenos Aires, Argentina.
ccervino@unimoron.edu.ar

Resumen

Introducción: El consumo de drogas se asocia a un gran número de problemas tanto médicos como sociales en la adolescencia. Resulta necesario conocer la prevalencia de su consumo, así como los factores asociados y las peculiaridades de cada zona, para a partir de ello plantear estrategias de prevención adecuadas. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de consumo de sustancias adictivas por parte de jóvenes entre 16-24 años, de distintos niveles socioeconómicos, del Partido de Morón (Buenos Aires, Argentina). **Material y Método:** Relevamiento de datos mediante técnica de encuesta (N = 592, ambos sexos) distribuidos en las cinco localidades del Partido. Variables estudiadas: prevalencias por edad y sexo, por tipo de sustancia consumida (N = 13) y promedio de edad de inicio. Se aplicó análisis de frecuencias y correlaciones entre estas variables. **Resultados:** Prevalencias de vida alcohol 84%, tabaco 51%, marihuana 44% y cocaína 10%. Los varones presentan una tasa más elevada de consumo. La edad promedio de inicio se ubica entre los 14 y los 15 años, según la sustancia (inicio más temprano, alcohol 14,4 y tabaco 14,8 años). **Discusión:** El fenómeno de las drogas se ha convertido en un problema de salud pública en los diferentes países. Este estudio presenta un panorama actual de la situación en el Partido de Morón a mediados de 2016. Encarar estudios epidemiológicos particulares en una localidad permite conocer en detalle la amplitud y los alcances de la problemática de las adicciones. Seguir en el tiempo la evolución del consumo de drogas en una población permite diseñar e implementar políticas tendientes a prevenir y actuar sobre los factores de riesgo que llevan a los jóvenes a iniciarse y abusar de las drogas lícitas e incorporar el consumo de drogas ilícitas, con los consecuentes problemas de salud, familiar, escolar y laboral.

Palabras clave: adicciones, prevalencia, edad de inicio, bebidas alcohólicas, Partido de Morón

Abstract

Introduction: Drug use is associated with many medical and social problems in adolescence. It is necessary to know about the prevalence of their use, as well as the associated factors and peculiarities of each area, to be able to plan

appropriate prevention strategies. Objective: To determine the prevalence of use of addictive substances among young people (16-24 years old) of different socioeconomic status from the Morón district (Buenos Aires, Argentina). Materials and Method: Data collection by survey technique (N= 592, both sexes) distributed in the 5 towns of the district. Variables studied: prevalence by age and sex, by kind of substance consumed (N= 13) and by average debut age. Analysis of frequencies and correlations between these variables was applied. Results: Lifetime prevalence of alcohol 84%, tobacco 51%, marijuana 44% and cocaine 10%. Males have a higher rate of consumption. The average debut age is between 14 and 15 years old, depending on the substance (early start, alcohol 14.4 and tobacco 14.8 years old). Discussion: The drug use phenomenon has become a problem of public health in different countries. This study depicts an image, the situation in the Morón district by mid-2016. To address epidemiological studies in a town allows knowing in detail about the breadth and the scope of the problem of addiction. To follow the evolution of drug use by a population over time allows to design and implement policies aimed at preventing and acting on risk factors that lead young people to debut and abuse legal drugs, and to incorporate illegal drug consumption, with the consequent problems, of health, in the family, at school and at work.

Keywords: *addictions, prevalence, drug debut age, alcoholic beverages, Morón district*

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1969) define droga como “*toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones*”. Esta definición es poco útil e inexacta, ya que engloba a fármacos de prescripción, sustancias psicoactivas, muchos productos vegetales y tóxicos. En 1982, la OMS intentó delimitar cuáles son las sustancias que producían dependencia y declaró como Droga de Abuso a “*aquella con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) susceptible de ser auto-administrada*”.

Actualmente, y desde la perspectiva médica y científica, se utiliza el vocablo droga para referir a un gran número de sustancias que cumplen las siguientes condiciones (Lorenzo Fernández *et al.*, 2009; Rang *et al.*, 2012): a) son capaces de alterar una o varias de las funciones psíquicas de la persona al ser consumida; b) inducen a las personas que las toman a repetir su auto-administración, por el efecto que generan, y c) no tienen ninguna indicación médica y, si la tienen, pueden utilizarse con fines no terapéuticos. Así, una *sustancia psicoactiva* es toda molécula que, al ser ingresada al organismo, actúa sobre el Sistema Nervioso Central (SNC), provocando una alteración física, psíquica o intelectual (OMS, 2001a)

Al momento de establecer una clasificación de este tipo de sustancias, se puede organizar varias formas de ordenarlas,

cada una de ellas con sus propios problemas y limitaciones. Una primera clasificación hace referencia a su estatus legal, distinguiendo entre *drogas legales e ilegales*: el alcohol, el tabaco y el café son drogas permitidas por la mayoría de los países occidentales; el resto de las drogas se encuentran sometidas a distintas regulaciones legales. Con respecto a su origen, se pueden distinguir las *drogas naturales* (las que aparecen de forma espontánea en la naturaleza) de las *drogas sintéticas* (aquellas que con intervención humana, requieren de procesos físico-químicos para su preparación). Algunos autores distinguen entre *drogas duras* (aquellas que producen graves riesgos para la salud) y *drogas blandas*, supuestamente menos peligrosas (alcohol, tabaco y cannabis).

Una forma práctica de clasificar las drogas es aquella que se refiere a sus efectos (OMS, 2004). Por un lado están los *estimulantes*: sustancias que activan el SNC (cocaína, anfetaminas, cafeína, etc.). Por otro, están los *depresores*: drogas que disminuyen el grado de actividad del SNC: alcohol, barbitúricos, benzodiazepinas, etc. Finalmente hay un tercer grupo de sustancias que producen alteraciones perceptivas, los *psicodélicos* (mal llamados alucinógenos): LSD, psilocibina, ketamina, etc. La clasificación de Goldstein (2001) da una idea bastante exacta de las principales familias de drogas clasificadas según sus efectos.

La *adicción* a las drogas de abuso se ha convertido en un problema muy importante en nuestra sociedad

(Insulza, 2013; ONU, 2016). La adicción se define como la dependencia física o psicofisiológica a una determinada sustancia química cuya supresión causa síntomas de privación al individuo (Mora y Sanguinetti, 2004), o como la dependencia a una sustancia o a una actividad, hasta el punto de que detenerla resulta muy difícil y causa alteraciones psíquicas y mentales graves (Cervera *et al.*, 2001).

La adicción es considerada una enfermedad que afecta directamente a la estructura y el funcionamiento cerebral (OMS, 2004; Kalivas y Volkow, 2005; Insulza, 2013; NIDA, 2014; Cervino, 2017). Además, se considera un trastorno bio-psico-social, que supone un proceso en el que inciden diversos factores (Fernández H *et al.*, 2007).

A la persona que consume una droga ilegal se la suele identificar como un “adicto”. Sin embargo, hay diferentes tipos de vínculos de las personas con las sustancias, y no todos ellos son adicciones, ni necesariamente problemáticos (OMS, 1994; Cervera *et al.*, 2001; Lorenzo Fernández *et al.*, 2009). Se entiende por *uso* aquel tipo de relación con las drogas en el que, bien por su cantidad, por su frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no se detectan consecuencias inmediatas sobre el consumidor ni sobre su entorno. En la práctica es muy difícil definir un consumo como uso, ya que son tantos los factores a considerar que lo que para el consumidor podría parecer un uso moderado, puede estar traspasando las fronteras del abuso para un observador neutral. En el *abuso*, la relación con las drogas, bien por su cantidad, por su frecuencia y/o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, se producen consecuencias negativas para el consumidor y/o su entorno. Hay que tomar diversos elementos referentes a las sustancias, a las pautas de consumo y al contexto personal y social en el que el consumo tiene lugar, antes de establecer si se está en presencia de una situación de uso o de abuso. Se considera *consumo problemático* el que realizan las personas calificadas como consumidores abusivos o dependientes. El consumo problemático de drogas tiende a estar relacionado con dificultades personales o familiares y con circunstancias sociales y económicas adversas. Estas circunstancias son a su vez factores que agravan el consumo porque son resultado del propio consumo; es un círculo vicioso: los problemas les llevan al consumo y el consumo les genera problemas o los acrecienta.

En la adicción, el sujeto siente o cree que no puede vivir

sin una sustancia, y la utiliza en forma permanente y de manera compulsiva. Tienen adicción las personas que no pueden parar de consumir, que viven por y para las drogas. Existe *drogadicción* cuando se tiene la necesidad inevitable de consumir alguna sustancia y se depende física y/o psíquicamente de ella. Se puede tener adicción tanto a drogas ilegales como legales. No sólo se puede tener una adicción química a drogas, también existen otras situaciones que pueden ser consideradas adicciones como las conductuales (adicción a la comida, al juego, al trabajo, a comprar, etc.).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994) da a entender a la *dependencia* como aquella pauta de comportamiento en la que se prioriza el uso de una sustancia psicoactiva frente a otras conductas consideradas antes como más importantes. El consumo de drogas, que quizás empezó como una experiencia esporádica sin aparente trascendencia, pasa a convertirse así en una conducta en torno a la cual se organiza la vida del sujeto. Este dedicará la mayor parte de su tiempo a pensar en el consumo de drogas, a buscarlas, a obtener financiación para comprarlas, a consumirlas, a recuperarse de sus efectos, etc. El concepto genérico de dependencia integra dos dimensiones: la física y la psicológica.

De acuerdo con el DSM-V de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA, 2013), la dependencia de una sustancia se caracteriza por un conjunto de desórdenes cognitivos, conductuales y psicológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas derivados de ese consumo. Según esta Asociación, para que exista una dependencia se deben dar al menos tres o más de los siguientes síntomas: el primer aspecto a destacar en toda conducta adictiva es la compulsión o la pérdida de control; otro de los aspectos es la abstinencia a la que da lugar la no realización de la conducta adictiva; y, el tercer aspecto a destacar es el de la tolerancia, proceso por el cual la persona que consume una sustancia necesita incrementar la dosis para lograr los efectos del inicio. En las adicciones, por lo general, la tolerancia cada vez es mayor, de modo que la persona necesita incrementar la frecuencia y la cantidad en la ingesta de la sustancia. En el caso de las adicciones comportamentales, se sustituye la sustancia por la conducta (APA, 2013).

Hay que destacar que el DSM-V hace una nueva clasificación, pues ya no diferencia entre uso, abuso y dependencia a las

sustancias, sino que diferencia entre niveles de gravedad de la adicción (leve, moderado o severo).

La preocupación que genera el consumo de sustancias tóxicas por parte de la población, especialmente entre los jóvenes, se ve reflejada a menudo en las encuestas epidemiológicas que los distintos países realizan a fin de actualizar la información existente para monitorear el problema en cuestión. Por esta razón, esta investigación se realiza con el fin de indagar y reconocer datos en el Partido de Morón (Provincia de Buenos Aires, Argentina) a fin de detectar la magnitud de la población consumidora, determinar población de riesgo y reconocer las posibles implicancias en la salud individual y pública.

El consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales, se asocia a un gran número de problemas, tanto médicos como sociales en la adolescencia (Cervera *et al.*, 2001; Mora y Sanguinetti, 2004; OMS, 2004). Por ello, resulta necesario conocer la prevalencia de su consumo, así como los factores asociados y las peculiaridades de cada zona, para a partir de ello plantear estrategias de prevención. Bajo esta visión, el objetivo primario de la presente investigación fue determinar la prevalencia de consumo de sustancias adictivas por parte de jóvenes entre 16 y 24 años, de distintos niveles socioeconómicos, del Partido de Morón.

Por la extensión del estudio, el informe final se dividió en dos partes. En esta primera parte, los objetivos específicos propuestos son: a) explorar y describir los hábitos de consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes de 16 a 24 años del Partido de Morón, y establecer el tipo de sustancias, frecuencias de consumo y edades de inicio; b) describir las prevalencias de consumo en el universo seleccionado, y así exponer los más utilizados; c) conocer la proporción de consumidores de distintas drogas de uso social y de abuso, rango etario/sexo de mayor consumo, y d) conocer la edad de inicio de consumo de las diferentes sustancias y su asociación con consumos problemáticos.

Material y Métodos

La investigación desarrollada fue de tipo descriptivo transversal y se seleccionó una muestra probabilística. La misma estuvo compuesta por 592 sujetos, con edades comprendidas entre 16 y 24 años y que tienen sus hogares en el Partido de Morón (Pcia. de Buenos Aires, Argentina). El Partido de Morón está ubicado en el Conurbano Oeste del Gran Buenos Aires, con una superficie de 55,6 km², dividido

en 3.520 manzanas, y una población de 343.687 habitantes (Censo Nacional 2010) con una densidad de 6.392 hab/km². El distrito de Morón está compuesto por cinco localidades: Castelar, El Palomar, Haedo, Morón y Villa Sarmiento.

Población y muestra

En la dimensión cuantitativa se realizó un relevamiento de datos mediante la técnica de encuesta. El diseño muestral seleccionado fue un muestreo por conglomerados. El tamaño de la muestra fue de 592 casos por medición (error muestral ± 4 intervalos de confianza; 95,5% de confiabilidad). La población consistió en jóvenes conformando un grupo etario comprendido entre los 16 y los 24 años, en ambos sexos, todo nivel socioeconómico y el alcance de la muestra incluyó a todo el Partido de Morón, en sus cinco localidades.

Se encuestaron todos los hogares en cada manzana seleccionada de cada Localidad. El porcentaje de no respuesta fue del 37% (hogares sin población en el rango etario, viviendas deshabitadas, etc.). El porcentaje de no respuesta efectiva fue de 9,5%.

Operativo de campo

El estudio probabilístico por conglomerados se realizó por encuestas individuales, con un cuestionario estructurado y precodificado administrado por un encuestador. La encuesta, con una periodicidad de relevamiento único, consistió en preguntas estructuradas con opciones. La duración del cuestionario fue en promedio alrededor de 30 minutos. Tanto la confidencialidad como el anonimato fueron garantizados. El instrumento de recolección de datos fue administrado por un encuestador y presentado como parte de una investigación sobre hábitos de consumo de drogas en jóvenes. Se buscó la manera de evitar un comportamiento defensivo o evasivo en el entrevistado derivando las preguntas hacia algunos distractores para poder preguntar sobre las posibles sustancias consumidas. Las mismas fueron realizadas en la puerta de la casa/edificio en donde vivían los entrevistados. El trabajo de campo estuvo a cargo de un equipo de 2 supervisores y 6 encuestadores previamente capacitados para el mismo. A cada encuestador se le asignaron 75 encuestas. Cada uno de ellos trabajó en manzanas diferentes, solicitud de Consentimiento Informado con aprobación oral y remarcando la confidencialidad. La duración total del período de relevamiento fue de 48 días (abril-mayo 2016).

Se concurrió a las manzanas designadas para cada conglomerado (conforme la muestra proporcional) y se procedió a relevar el total de las viviendas de manera continua, seleccionando aquellas en las que residía al menos un individuo de la franja etaria definida, sin saltar unidades, con excepción de los edificios de propiedad horizontal en los cuales se relevaran los pisos impares, saltando una unidad de por medio.

En el caso de que en la unidad abordada residía más de una persona encuestable, sólo una de ellas fue efectivamente consultada, haciendo prevalecer los criterios de homeostasis de la muestra (representación equilibrada de edad y el sexo).

Instrumento y variables

El cuestionario fue estructurado en 17 bloques, con 171 preguntas en total, en su mayoría cerradas con categorías dicotómicas o de respuesta múltiple. Estas últimas incluían la posibilidad de varias respuestas a la misma pregunta.

El cuestionario recabó información demográfica, socioeconómica y de consumo de sustancias. Así, en los dos primeros aspectos las variables relevadas fueron: edad, sexo, situación familiar, educación, situación laboral y salud general.

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas, se relevaron distintas variables para: bebidas alcohólicas (BA); tabaco (TBC); marihuana (MH); tranquilizantes (TQZ); alucinógenos (ALC); cocaína (CC); éxtasis (ET); inhalables (IHL); estimulantes (ETM); pasta base (PB); opiáceos y anestésicos (O+A); crack (CK) y otras drogas (OD). Se consultó sobre las prevalencias –prevalencia del mes (quienes manifestaron haber consumido alguna sustancia en los últimos 30 días o primer contacto), prevalencia anual (consumo del último año anterior a la encuesta, el cual puede ser entendido como consumo reciente), prevalencia de vida o global (consumo realizado por los encuestado al menos una vez en su vida)—, y edad de inicio.

También durante la encuesta se relevó otra información como percepción de problemas asociados al consumo (problemas de salud, en el trabajo o en los estudios, conductas agresivas, o depresión, tristeza y apatía), y conocimiento de las instituciones civiles y organismos del Estado (en sus distintas jurisdicciones) en cuestiones de asistencia y prevención de las adicciones. Para finalizar la encuesta, se consultó, en caso de la presencia de una adicción o uso problemático, el impacto de dicha conducta

en los últimos 12 meses y la demanda de tratamiento. Toda esta información relevada en la encuesta será incorporada como parte de un trabajo de investigación cuantitativa.

Procesamiento de los datos

Los datos se volcaron a una planilla electrónica y, previamente al análisis, se controló la coherencia y la confiabilidad de las respuestas, y la exactitud de la transcripción. Las encuestas con respuestas incongruentes se eliminaron. Asimismo, se previó una acción de revisión de los resultados de relevamiento sobre un 15% de las encuestas positivamente realizadas por cada encuestador.

Las variables estudiadas fueron: proporción de consumidores de drogas dentro de la población estudiada, por edad y sexo, por tipo de sustancia consumida, por localidad y promedio de edad de inicio. Para esta primera parte se aplicó análisis de frecuencias (edad, sexo, tipo de droga, edad de inicio) y correlaciones entre estas variables (edad, sexo y tipo de droga; edad de inicio y tipo de droga).

Resultados

El universo estudiado fue de 592 individuos, de los cuales el total fue incluido en el procesamiento de datos. La muestra incluyó 330 varones (56%) y 262 mujeres (44%).

Los resultados mostraron que el consumo de drogas en la población en estudio presenta una prevalencia del 88% en el total de la muestra, en donde 522 encuestados consumieron por lo menos alguna vez en la vida, alguna de las drogas consultadas. En la **Figura 1** se muestra el porcentaje de consumidores de drogas sociales y de abuso según grupo etario encuestado.

Prevalencias comparadas de consumo de sustancias psicoactivas

Las prevalencias comparadas de consumo se muestran en la **Tabla I**. En “otras drogas” los encuestados han señalado: “lanzaperfume o kuka” (N= 12); BHD, popper o nitritos de alquilo (N= 3); salvia (N= 1); viagra o sildenafil (N= 1); GHB o éxtasis líquido (ácido gammahidroxibutírico) (N= 2) y medicamentos para adelgazar sin indicación médica (N= 4).

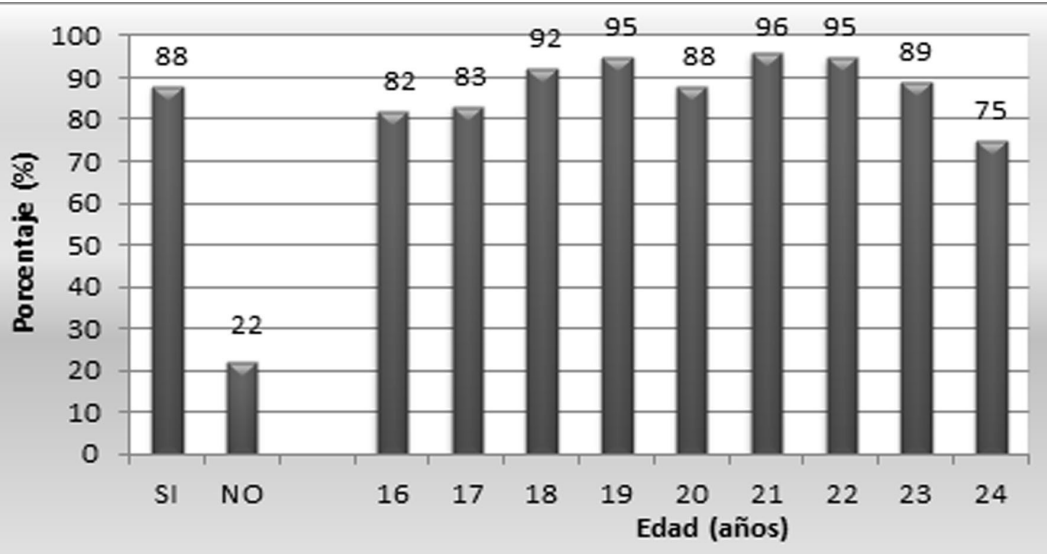


Figura 1. Porcentaje de consumidores de drogas sociales y de abuso en el Partido de Morón (N= 592). El consumo de drogas está ampliamente extendido entre los jóvenes de 16 y 24 años.

Las sustancias de comercio legal como el alcohol y el tabaco presentan las prevalencias de vida más elevadas: el 83,7% (N= 491) de la población consumió bebidas alcohólicas y el 50,6% (N= 297) tabaco. La marihuana es la sustancia de comercio ilegal más consumida por los jóvenes encuestados, ya que el 44,1% (N= 259) la ha probado en alguna ocasión, seguida por los tranquilizantes (N= 84; 14,3%), los alucinógenos (N= 73; 12,3%) y la cocaína (N= 61; 10,4%).

Tabla I. Prevalencias comparadas de consumo de sustancias psicoactivas (N= 592 encuestados) en el Partido de Morón (N, totales; %, porcentaje; M, varones; F, mujeres).

		BA	TBC	MH	TQZ	ALC	CC	ET	IHL	ETM	OD	PB	O+A	CK
Encuestas respondidas	N	587	587	587	587	589	589	588	590	588	590	588	588	587
Prevalencia de vida	N	491	297	259	84	73	61	50	36	36	27	20	14	6
	%	83,7	50,6	44,1	14,3	12,3	10,4	8,4	6,1	6,1	4,6	3,3	2,4	1,0
	M	281	172	168	43	55	47	35	29	22	20	16	12	5
	F	210	125	91	41	18	12	15	7	14	7	4	2	1
Prevalencia último mes	N	345	23	120	15	13	6	8	2	7	3	3	4	2
	%	58,3	3,9	20,3	2,5	2,2	1,0	1,4	0,3	1,2	0,5	0,5	0,7	0,3
Prevalencia anual >1 mes, <1 año	N	115	20	59	12	34	19	18	2	12	7	5	10	1
	%	19,4	3,4	10,0	2	5,7	3,2	3,0	0,3	2,0	1,2	0,8	1,7	0,2
Promedio de edad de inicio	años	14,4	14,8	15,5	15,8	17,1	17,4	17,6	15,4	16,5	15,5	15,1	18,3	18,7

BA, bebidas alcohólicas; TBC, tabaco; MH, marihuana; TQZ, tranquilizantes; ALC, alucinógenos; CC, cocaína; ET, éxtasis; IHL, inhalables; ETM, estimulantes; OD, otras drogas; PB, pasta base; O+A, opiáceos y anestésicos; CK, crack.

Al analizar la prevalencia del mes, el alcohol y la marihuana poseen los valores más altos, con 58,3% (N= 345) y 20,3% (N= 120), respectivamente.

Con respecto a la prevalencia anual, también las bebidas alcohólicas y la marihuana sobresalen, con 19,4% (N= 115) y 10,0% (N= 59), respectivamente.

Asimismo, en el consumo de bebidas alcohólicas (14,4 años) y de tabaco (14,8 años) se observa la edad de inicio promedio más temprana en relación a las demás sustancias psicoactivas. La pasta base (15,1 años) y los inhalables (15,4 años), seguida por la marihuana (15,5) son las drogas

de comercio ilegal de iniciación de los jóvenes en el Partido de Morón. Para el resto de las drogas los 17 años concentran las edades medias.

Prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas por edad y sexo

En la **Tabla II** se muestra, según edad y sexo, los porcentajes de consumo de drogas sociales y de abuso considerando la cantidad de encuestas respondidas para cada sustancia de consumo.

Tabla II. Prevalencias porcentuales (%) comparadas de consumo de sustancias psicoactivas. Datos discriminados por edad (años) y sexo (M= masculino; F= femenino), considerando la cantidad de encuestas respondidas (Tabla I).

Edad (N)	Sexo	BA ^d	TBC ^d	MH ^d	TQZ ^d	ALC ^b	CC ^b	ET ^c	IHL ^a	ETM ^c	OD ^a	PB ^c	O+A ^c	CK ^d
16 (90)	M	7,1	4,4	4,1	1,2	0,7	0,7	0,3	0,5	0,2	0,0	0,5	0,0	0,0
	F	4,6	2,6	1,7	1,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0
17 (86)	M	6,3	3,2	3,4	0,7	1,0	0,5	0,5	0,5	0,3	0,7	0,9	0,2	0,0
	F	5,2	2,9	2,2	1,4	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0
18 (74)	M	7,1	3,4	4,8	1,0	1,7	1,2	0,9	1,0	0,7	0,7	0,5	0,2	0,3
	F	4,1	2,6	1,7	0,3	0,3	0,0	0,2	0,3	0,5	0,2	0,2	0,0	0,0
19 (82)	M	7,1	4,9	4,6	0,9	1,5	1,0	1,1	1,2	0,2	0,7	0,5	0,0	0,2
	F	5,2	3,4	1,9	1,0	0,3	0,8	0,2	0,0	0,5	0,2	0,3	0,0	0,0
20 (59)	M	4,1	2,6	2,7	0,7	1,2	1,4	0,3	0,2	0,9	0,2	0,0	0,3	0,0
	F	4,1	2,7	1,7	0,9	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,0	0,0	0,1	0,1
21 (54)	M	5,2	2,7	2,9	0,3	1,2	0,5	0,9	0,2	0,3	0,3	0,0	0,2	0,2
	F	3,2	2,4	1,7	0,7	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2	0,0
22 (58)	M	4,6	3,2	2,0	0,5	0,5	0,8	0,7	0,3	0,3	0,5	0,0	0,5	0,0
	F	3,9	2	2,0	0,3	0,7	0,8	0,9	0,7	0,3	0,5	0,0	0,0	0,0
23 (48)	M	3,2	2,4	1,9	1,0	0,7	1,2	0,5	0,3	0,5	0,3	0,3	0,2	0,0
	F	3,4	1,7	1,9	0,9	0,9	0,3	0,3	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0
24 (44)	M	3,4	2,4	2,2	1,0	0,9	0,9	0,9	0,9	0,3	0,0	0,0	0,5	0,2
	F	1,9	1,1	0,7	0,5	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	M	48,1	29,2	28,6	7,3	9,4	8,2	6,1	4,9	3,7	3,4	2,7	2,1	0,9
	F	35,6	21,4	15,5	7,0	3,1	2,2	2,3	1,2	2,4	1,2	0,7	0,3	0,1
Relación M/F		1,35	1,37	1,86	1,04	3,03	3,73	2,65	4,08	1,54	2,83	3,86	7,00	9,00
General		83,7	50,6	44,1	14,3	12,5	10,4	8,4	6,1	6,1	4,6	3,4	2,4	1,0

BA, bebidas alcohólicas; TBC, tabaco; MH, marihuana; TQZ, tranquilizantes; ALC, alucinógenos; CC, cocaína; ET, éxtasis; IHL, inhalables; ETM, estimulantes; OD, otras drogas; PB, pasta base; O+A, opiáceos y anestésicos; CK, crack. Encuestados respondieron NS/NC: a, dos (0,3%); b, tres (0,5%); c, cuatro (0,7%); d, cinco (0,8%).

En general, se observa un mayor consumo entre los varones con respecto a las mujeres. Esto se repite en todas las edades, a excepción de los 22 años, en donde las mujeres igualan o superan a los varones en varios tipos de drogas. Para los tranquilizantes, la relación entre varones y mujeres consumidores es 1,0:1,0, pero para las bebidas alcohólicas, el tabaco, la marihuana y los estimulantes, la relación entre varones y mujeres es de 1,0:~1,5. En cambio para alucinógenos, cocaína, éxtasis, inhalables, pasta base y otras drogas, por cada varón que utiliza estas drogas, hay entre 3 y 4 mujeres que lo hacen. Finalmente, la relación entre varones y mujeres para opiáceos + anestésicos y para crack es de uno a 7 y 9, respectivamente.

Con respecto a los consumidores de medicamentos para adelgazar sin indicación médica, todos los encuestados fueron mujeres.

La distribución de consumo entre los distintos grupos de edad, en nuestro estudio, arrojó el siguiente resultado, mostrados en la **Tabla II**. Para las bebidas alcohólicas, la mayor prevalencia fue en varones entre 16 y 19 años (6,9% en promedio), siendo el doble que para la franja etaria de 22 a 24 años, de ambos sexos (3,2%). Para el tabaco, la mayor prevalencia se encontró en varones entre 16 y 19 años (4,0%), siendo 2,5 veces mayor que para las mujeres

entre 22 a 24 años (1,6%). Es conveniente separar a la marihuana del resto de las drogas de abuso, siendo mayor la prevalencia en varones entre 16 y 21 años (3,8%), el doble que para el grupo de mujeres encuestadas (1,7%). Para el resto de las drogas de abuso, la mayor prevalencia fue en varones entre 17 a 20 y de 23 a 24 años (0,61%), siendo el triple que para el grupo de mujeres encuestadas (0,21%), a excepción de los tranquilizantes en donde el porcentaje es similar para ambos sexos, tomando todas las edades. En el caso de la pasta base, se observa claramente que el consumo es mayor en varones y en edades menores. En el caso de opiáceos y anestésicos (opio, morfina, heroína, codeína y ketamina) se comprueba un consumo mayor en varones y de edades mayores dentro del grupo encuestado. La prevalencia de vida en el consumo de sustancias psicoactivas según sexo muestra que los varones (N= 330) presentan niveles más altos de consumo en las sustancias de mayor prevalencia, tanto en bebidas alcohólicas 85,5% (281), en tabaco 52,1% (172) y en marihuana 50,9% (168). En cuanto a la prevalencia de consumo en tranquilizantes se observa una mayor proporción de consumo en las mujeres (N= 262) en un 15,7% (41) en comparación con los varones 13% (43) (**Tabla I** y **Fig. 2**).

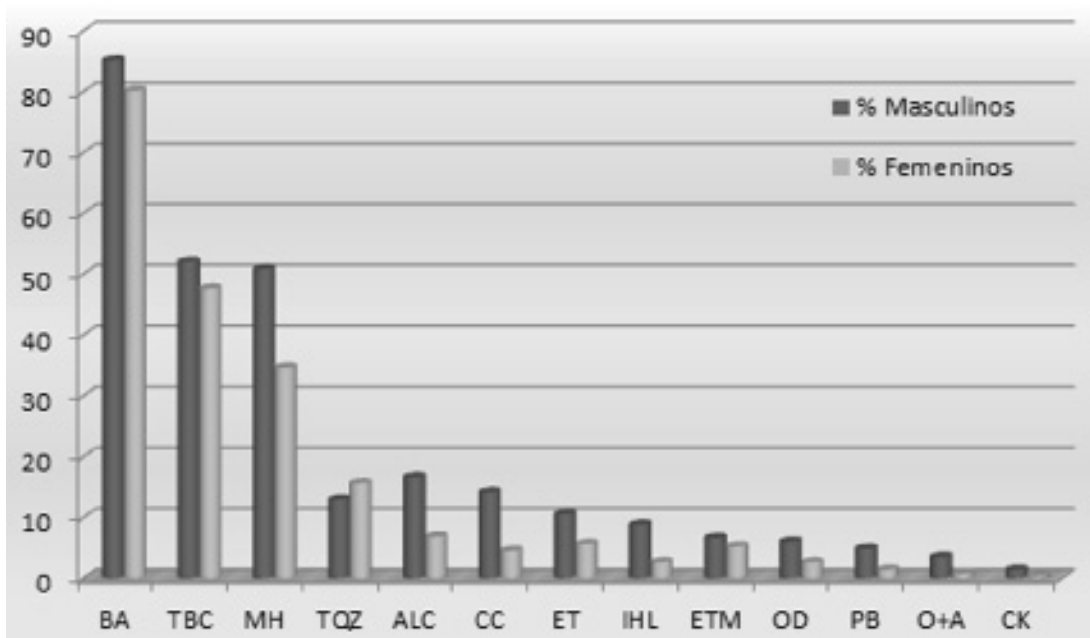


Figura 2. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en el Partido de Morón. Datos según sexo (330 masculinos y 262 femeninos) y para jóvenes entre 16 y 24 años. BA, bebidas alcohólicas; TBC, tabaco; MH, marihuana; TQZ, tranquilizantes; ALC, alucinógenos; CC, cocaína; ET, éxtasis; IHL, inhalables; ETM, estimulantes; OD, otras drogas; PB, pasta base; O+A, opiáceos y anestésicos; CK, crack.

Discusión y Conclusiones

Si bien la problemática de las adicciones químicas es un problema global, las características en cada país son distintas debido a la idiosincrasia de cada pueblo, su cultura y sus costumbres, el perfil socio-económico de su población, las diversas acciones encaradas por los gobiernos, etc. y, en países tan amplios y diversos como la Argentina, a su vez, en cada región las problemáticas locales se superponen a las nacionales.

Las realidades locales dependiendo de la extensión de los consumos de drogas en la adolescencia, de sus edades de inicio y de factores como la permisividad social respecto a algunos consumos, pueden presentar diferencias importantes y se requieren estudios locales que aporten la información necesaria respecto de estas cuestiones, para la mejor planificación preventiva. Es por ello que se justifica, y aún es imprescindible, encarar estudios epidemiológicos particulares en cada localidad para conocer en detalle la amplitud y los alcances de este problema.

El presente estudio se realizó a partir de 592 encuestas en jóvenes de 16 a 24 años, de ambos sexos, que viven en el Partido de Morón. Se tuvo cuidado de muestrear la superficie total del partido, pesando la muestra sobre la base de la población en cada localidad. Un primer resultado que salta a la vista, es que el 88% de los jóvenes en la banda etaria muestreada, han consumido drogas, por lo menos una vez en la vida. Las edades en donde el consumo iguala o supera la media están comprendidas entre 18 y 23 años. Se comprueba que el periodo de riesgo para el consumo se concentra en la adolescencia mediana y tardía.

El consumo de drogas en las sociedades occidentales es un fenómeno extendido fundamentalmente entre los varones jóvenes (Degenhardt *et al.*, 2008; Cotto *et al.*, 2010). En todas las sustancias psicoactivas encuestadas en nuestro estudio, los jóvenes del sexo masculino reportan una mayor proporción de consumo de sustancias adictivas, a excepción de los tranquilizantes, en donde la proporción es mayor en mujeres. Sin embargo se observa, como en otros países, la tendencia a reducirse las clásicas diferencias de consumo intergénero en las cohortes más jóvenes; estas cohortes también presentan niveles más elevados de consumo de drogas de comercio ilegal (Degenhardt *et al.*, 2008).

Con respecto al tipo de droga que consumen los jóvenes en el Partido de Morón el estudio de la prevalencia de vida mostró que el 83,7% consumió bebidas alcohólicas (etanol)

y el 50,6% son tabaquistas (nicotina), en ambos casos, con un predominio entre los varones. Entre las drogas de consumo ilegal más frecuentes, se encontraron: marihuana (44,1%), tranquilizantes (14,3%), alcaloides (12,3%), cocaína (10,4%) y éxtasis (8,4%). El resto de las drogas consultadas mostraron una prevalencia menor al 6%.

En el Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años, sobre el consumo de sustancias psicoactivas, Argentina 2017 (Sedronar, 2017), el estudio de la prevalencia de vida del consumo en la población de 18 a 24 años en la provincia de Buenos Aires, muestra que el 89,8% consume bebidas alcohólicas y el 46,6% son tabaquistas, en ambos casos, con un predominio entre los varones. Entre las drogas de consumo ilegal más frecuentes, se encontraron: marihuana (33,8%), cocaína (9,3%), ketamina (2,8%), tranquilizantes sin prescripción médica (2,7%) y éxtasis (2,5%). Dicho estudio muestra que en la población de 18 a 24 años obtuvo los valores más elevados de todas las franjas etarias, concentrando de este modo el consumo de sustancias entre los jóvenes. Los resultados de nuestro estudio muestran que en el Partido de Morón el consumo de etanol, nicotina y cocaína mostraron una prevalencia de vida similar a la media nacional. No fue así con respecto a la marihuana, los analgésicos opiáceos sin prescripción médica, los alucinógenos y el éxtasis, siendo mayor en nuestro estudio. El estudio de la prevalencia en el último mes de cada clase de droga muestra que en el Partido de Morón el 58,3% de los jóvenes consumió bebidas alcohólicas y el 3,9% son tabaquistas. Entre las drogas de consumo ilegal más frecuentes, se encontraron: marihuana (20,3%), tranquilizantes (2,5%), alcaloides (2,2%), éxtasis (1,4%), cocaína (1,0%) y estimulantes (1,2%). El resto de las drogas consultadas tenían una prevalencia del mes menor al 1%. La prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en el último mes en la población de 18 a 24 años en la Provincia de Buenos Aires (Sedronar, 2017) indica que el 64,5% consume bebidas alcohólicas y el 27,6% son tabaquistas, en ambos casos, con un predominio entre los varones. Entre las drogas de consumo ilegal más frecuentes, se encontraron: marihuana (14,5%), cocaína (2,4%), tranquilizantes sin prescripción médica (0,6%) y éxtasis (0,6%). Los resultados de nuestro estudio muestran que en el Partido de Morón el consumo de etanol y cocaína mostraron una prevalencia último mes similar a la media nacional. No fue así con respecto a la marihuana, siendo

mayor en nuestro estudio, y el consumo de tabaco fue mucho menor.

Con respecto a la prevalencia anual o consumo reciente y el tipo de droga que consumen los jóvenes en el Partido de Morón, se obtuvo que el 19,4% consumió alcohol y el 3,4% son tabaquistas, en ambos casos, con un predominio entre los varones. Entre las drogas de consumo ilegal más frecuentes, se encontró: marihuana (10,0%), alcaloides (5,7%), cocaína (3,2%) y éxtasis (3%). El resto de las drogas consultadas tenían una prevalencia del año < 3%. La prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas durante el último año en la población de 18 a 24 años en la provincia de Buenos Aires (Sedronar, 2017), se obtuvo que el 82,2% consume bebidas alcohólicas y el 33% son tabaquistas, en ambos casos, con un predominio entre los varones. Entre las drogas de consumo ilegal más frecuentes, se encontró: marihuana (17,1%), cocaína (4%), tranquilizantes sin prescripción médica (0,6%) y éxtasis (0,6%). En comparación con nuestros resultados en Morón, el consumo o prevalencia anual en la mayor parte de las drogas encuestadas fue menor en nuestro estudio. En cuanto a los tranquilizantes y éxtasis fue mayor en nuestra investigación.

El crecimiento de la población vulnerable (jóvenes), el incremento de factores de riesgo derivados de las transiciones sociales y la mayor disponibilidad de drogas, se han propuesto como factores que elevan el número de usuarios al tiempo que disminuyen la edad de inicio. Al comparar la edad de inicio promedio en el consumo de tabaco entre nuestro estudio y el de la Provincia de Buenos Aires (Sedronar, 2017) se ubica a los 14,8 años en Morón y pasando los 16 años en la provincia. En el caso del consumo de alcohol el inicio se observa a los 14,4 años en Morón y pasados los 17 años en la provincia. Respecto al consumo de marihuana y cocaína, la población relevada en la provincia señala una edad de inicio promedio entre los 18 y los 20 años, y para nuestro estudio, 15,5 y 17,4, respectivamente. De esta forma el alcohol es la sustancia que se consume a más temprana edad, y además, en el Partido de Morón el consumo se inicia más temprano, al igual que el resto de las drogas consideradas.

Del mismo modo, al comparar el consumo de bebidas alcohólicas se puede observar que la prevalencia de vida en el consumo en el Partido de Morón es la más alta 83,6% (N= 495 de 592) si se la compara, con la prevalencia a

nivel nacional 75,7%, la de Gran Buenos Aires 80,9% (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y 24 partidos de Buenos Aires) y la del conurbano bonaerense 72,8% (24 partidos de la provincia de Buenos Aires) (ENPreCoSP, 2011). A analizar las prevalencias del mes, el alcohol sigue siendo la droga de mayor consumo, pero seguida de la marihuana y el tabaco. De acuerdo al ENPreCoSP (2011) la prevalencia último mes en los jóvenes entre 16 a 24 años del consumo de alcohol es del 52,1%, mientras que en nuestro estudio fue del 58,3%. Mientras que el consumo de drogas sociales (alcohol y tabaco) a nivel mundial tiende a estar distribuido de forma mucho más homogénea entre los distintos grupos de edad que el consumo de otras drogas, en nuestro estudio se observa que en los más jóvenes, especialmente varones, el consumo de estas drogas legales es el doble con respecto a los jóvenes veinteañeros.

El alcohol y el tabaco están ampliamente disponibles por su carácter legal, pero estas dos drogas son responsables de una gran cantidad de enfermedades y muertes en el mundo (Ezzati *et al.*, 2002). El hecho objetivo es que la morbilidad, mortalidad y gasto sanitario asociadas al alcohol y el tabaco es mucho mayor que el de todas las demás drogas ilegales juntas.

El uso de alcohol se considera una práctica aceptada en diversos escenarios de la socialización humana, sin embargo, es considerado un grave problema social en muchas partes del mundo ya que se inicia el consumo cada vez a más temprana edad y con mayor frecuencia e intensidad. Tanto en Latinoamérica como en la Argentina, esto tiene serias implicaciones en las condiciones generales de salud (Rehm y Monteiro, 2005; Monteiro, 2007) y su relación con la violencia adolescente (Pierobon *et al.*, 2013). El consumo excesivo episódico, especialmente entre jóvenes, es particularmente elevado en muchos países de la Región (OMS, 2001b). Los estudios sugieren que, en ciertos países de las Américas, los niños están empezando a beber alcohol desde los diez años de edad (Carlini-Cotrim, 1999), sin descontar el uso de alcohol como alimento aún para los lactantes, sobre todo en regiones empobrecidas y productoras de algún tipo de alcohol.

Además, por el fácil acceso y por las estrategias cada vez más complejas y sofisticadas del mercado, las bebidas alcohólicas tienen un impacto importante en los estilos de vida de las personas y en los patrones de consumo de etanol, las cuales tienden a simbolizar y construir una cultura en los

grupos de referencia a través de esta práctica, como por ejemplo las denominadas “previas”.

A nivel mundial se estima que el 5% de las muertes en adolescentes y jóvenes de 15 a 29 años son atribuibles al alcohol (Jeringan, 2001). Además de los daños que producen directamente sobre el organismo, hay evidencia sólida de que su consumo a edades tempranas incrementa el riesgo de experimentar con otras drogas. El inicio precoz de alcohol también se ha visto asociado con consumo de alcohol más intensivo, con más frecuencia de borracheras, con consumos más prevalentes de otras drogas (Vieira *et al.*, 2007) y también con trastornos de abuso/dependencia del alcohol en la edad adulta (Grant *et al.*, 2006; Warner *et al.*, 2007).

A pesar de las suficientes evidencias científicas sobre los efectos nocivos del tabaco y de estar catalogado como la principal causa de mortalidad y morbilidad prematura prevenible, el consumo de tabaco a nivel mundial ha aumentado principalmente entre la población más joven. El consumo de tabaco durante el último mes es del 25% de la población mundial mayor de 15 años, mientras que en nuestro estudio es del 3,9% para los jóvenes entre 16 y 24 años, con una prevalencia de vida del 57% y una edad de comienzo promedio de 14,8.

En el mundo el tabaco es una de las drogas legales más consumida por los jóvenes en la actualidad. En los jóvenes la motivación para fumar obedece a factores personales, sociales y ambientales. Dado que el cigarrillo es una sustancia socialmente permitida y promocionada, fumar se convierte para este grupo poblacional en un mecanismo de integración y aceptación social. Durante la adolescencia y la juventud se inicia y se consolida el hábito de fumar. La nicotina, su principio activo es altamente adictiva (Jiménez *et al.*, 2004) y posee las características de otras drogas: tolerancia, dependencia física y psicológica. Además, en un estudio realizado en adolescentes escolarizados en la Provincia de Santa Fe, Argentina (Paulone y Candiotti, 2006), con promedio de edad de los escolares de 15,4 años (rango: 12-24 años), se comprobó que entre los fumadores hubo mayores prevalencias para alcohol y drogas que entre los no fumadores.

Las dos drogas ilícitas de mayor consumo en todo el mundo siguen siendo la marihuana (prevalencia mundial entre el 2,6 y el 5,0%) y los estimulantes de tipo anfetamínico, excluido el “éxtasis” (0,3% a 1,2%). Según nuestros registros, la

prevalencia de vida en el consumo de marihuana en jóvenes del Partido de Morón llega a un 44,1%, con una prevalencia en el último mes del 20,3% y de un mes a un año del 10,0%. Una edad de inicio de 15,5 años y casi un doble de consumo de marihuana en varones con respecto a las mujeres, en el rango de 16 a 24 años.

De acuerdo al ENPreCoSP (2011) la prevalencia en los jóvenes entre 16 a 24 años del consumo de marihuana fue de 2,7%, también con un mayor consumo en varones que en mujeres en el rango de 16 a 65 años.

Esta información no solamente debe llamar la atención por sus guarismos, sino porque un estudio longitudinal concluye que los comienzos tempranos en el consumo de cannabis (también alcohol y tabaco) se relacionan con más altos niveles de transición a trastornos de abuso y dependencia, sobretudo en el tabaco, sin embargo la transición más rápida a abuso se observó para la marihuana (Behrendt *et al.*, 2009). En una revisión sobre esta droga se afirma que el inicio precoz de consumo de esta sustancia y su uso regular en la adolescencia se asocian con consumo problemático de cannabis y de otras drogas, con menor rendimiento escolar, deterioro de la salud mental, conductas sexuales de riesgo y delincuencia (Copeland y Swift, 2009). Otros estudios sobre consumo de cannabis precoz encuentran asociación con bajo rendimiento escolar (Hall, 2006), como un factor de riesgo para el desarrollo de psicosis, apreciándose una relación temporal y de dosis respuesta, además se confirma la importante influencia del consumo precoz para el desarrollo de síntomas psicóticos (Stefanis *et al.*, 2004; Hall, 2006; Roncero *et al.*, 2007).

La edad de inicio de consumo de las diversas drogas es una variable explorada clásicamente en los estudios de base poblacional sobre consumo, básicamente en los referidos a población adolescente y joven. Por otro lado, los modelos de la “piedra angular” (“*stepping-stone model*”) y de “puerta de entrada o portal” (“*gateway model*”) ofrecieron las primeras observaciones epidemiológicas acerca del vínculo entre el uso de alcohol o tabaco y un exceso de riesgo para iniciar el uso de otras drogas, como marihuana y cocaína (Kandel *et al.*, 1992; Willner, 2001; Herrera-Vázquez *et al.*, 2004). En estos modelos, el uso inicial de alcohol o tabaco se asocia con un riesgo mayor de iniciar el uso de marihuana, lo que a su vez incrementa el riesgo de usar cocaína y otras drogas (Medina-Mora Icaza *et al.*, 1995; Kosterman *et al.*, 2000). En nuestro estudio, el promedio de edad de inicio

fue menor para el alcohol y el tabaco (aprox. 14 años), ya que ambas son consideradas drogas de inicio y entre 17 y 18 años para las drogas de abuso ilegales. Así, nuestros datos concuerdan con que se experimenta antes con drogas de comercio legal y más tarde con sustancias de comercio ilegal y con alto grado de transición a patrones de consumo regular en los tres primeros años tras la experimentación (Wittchen *et al.*, 2008).

Así, la bibliografía sobre el tema ubica al consumo de alcohol o tabaco como un importante antecedente del inicio en el consumo de otras sustancias, ya que se observa que la proporción de usuarios aumenta con la edad y documenta una vez más un exceso de riesgo asociado al sexo masculino (Anthony *et al.*, 1994; Grant, 1997; Kosterman *et al.*, 2000; Medina-Mora *et al.*, 2002; Herrera-Vázquez *et al.*, 2004). El considerar la edad de inicio a las adicciones es importante, ya que directamente señala edades diana en las cuales deben implantarse acciones preventivas eficaces tanto de prevención primaria universal como de prevención de trastornos de abuso y dependencia. Por el mismo egocentrismo los adolescentes suelen subestimar los riesgos y prevalecen en ellos sentimientos de invulnerabilidad, inmunidad y curiosidad canalizada hacia la búsqueda de gratificaciones inmediatas sin contemplar las posibles consecuencias a largo plazo. Este hecho aumenta la probabilidad de que los adolescentes se involucren en actividades peligrosas que pueden incluir el abuso de sustancias psicoactivas.

Definida como la etapa entre la niñez y la edad adulta, la adolescencia (de los 10 a los, ahora, 24 años de edad) constituye una de las etapas más vulnerables del ser humano para desarrollar costumbres y hábitos de riesgo para su salud, entre los que destacan el alcoholismo, el tabaquismo y la drogodependencia. Los resultados de nuestro estudio en el Partido de Morón concuerdan con la evidencia epidemiológica mundial que reconoce que el uso ocasional o continuo de alcohol y tabaco, solos o combinados, permanece obstinadamente común entre la gente joven, con mayores prevalencias de uso en el sexo masculino, con mayor número de usuarios de alcohol que de tabaco y mayor preferencia por el alcohol como droga de inicio en los jóvenes de 16 a 19 años de edad; así también, muestra que la edad de inicio es una variable fuertemente asociada al consumo de drogas.

El fenómeno de las drogas se ha convertido en un problema de

salud pública en los diferentes países (OMS, 2004; Insulza, 2013); aún y cuando registran similitudes muy marcadas, las estrategias de control generalizado no han resultado tan eficaces por ser un problema multicausal, reflejado por el creciente aumento, la diversidad de sustancias, métodos y procedimientos utilizados para el consumo en cualquier estrato social.

En un documento que describe los datos recabados en los primeros 17 países participantes en la Iniciativa Encuesta de Salud Mental del Mundo (MMS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Degenhardt *et al.*, 2008), se concluye que las diferencias de sexo fueron documentadas sistemáticamente, pero disminuyen en las cohortes más recientes, también tienen niveles más altos de consumo de drogas ilícitas y una extensión en el período de riesgo para la iniciación.

Se considera que la probabilidad de que los varones consuman marihuana, cocaína o anfetaminas es tres veces mayor que la de las mujeres, y es más probable que estas consuman opioides y tranquilizantes de venta con receta con fines no médicos. Las disparidades de género en el consumo de drogas pueden atribuirse en mayor medida a las oportunidades de consumirlas en un entorno social que a la mayor susceptibilidad o vulnerabilidad de uno u otro género al consumo de drogas. Se considera que los hombres tienen más oportunidades de consumir drogas que las mujeres, pero las probabilidades de que ambos géneros las consuman son las mismas cuando se presenta la oportunidad de hacerlo (van Etten *et al.*, 1999; van Etten y Anthony, 2001).

El inicio temprano del consumo de alcohol y tabaco incrementa la probabilidad de usar otras drogas. Por lo tanto, es necesario continuar con las campañas que limitan el acceso de los menores de edad al tabaco y reforzar los programas de prevención de abuso de alcohol en este grupo. También, en la mayoría de las encuestas se informa de que la prevalencia del consumo de drogas es más elevada en los jóvenes que en los adultos y las diferencias de género en cuanto al consumo de drogas son menores entre los jóvenes que entre los adultos (Cotto *et al.*, 2010).

Este estudio representa una foto, la situación en el Partido de Morón a mediados de 2016. El encarar estudios epidemiológicos particulares en cada localidad permite conocer en detalle la amplitud y los alcances de la problemática de las adicciones. Es recomendable que

periódicamente se realicen encuestas para poder seguir en el tiempo la evolución del consumo de drogas en la población investigada, lo cual permitirá diseñar e implementar políticas tendientes a prevenir y, cuando sea necesario, actuar sobre los factores de riesgo que llevan a los jóvenes a iniciarse y a abusar de las drogas lícitas e incorporar como consumo a las drogas ilícitas, con los consecuentes problemas de salud (física y mental), familiares, escolares y laborales.

Conclusiones

En este informe se han presentado los principales resultados sobre la magnitud del consumo de drogas en el Partido de Morón (Buenos Aires, Argentina), en base a las prevalencias de vida, año y mes, y las edades de inicio. Adicionalmente, dichos resultados se han analizado en su distribución según sexo y rangos etarios. Se obtuvieron las siguientes derivaciones:

- Nuestros resultados coinciden con la información epidemiológica nacional e internacional la cual reconoce que el uso ocasional o continuo de alcohol y/o tabaco, es común entre la gente joven, con mayor prevalencia de uso en el sexo masculino, con mayor número de usuarios de alcohol que de tabaco y con mayor preferencia por el alcohol como droga de inicio en los jóvenes de 16 a 24 años de edad; así también, nuestros resultados muestran que la edad de inicio en el uso de alcohol y/o tabaco es una variable fuertemente asociada al ulterior consumo de otras drogas.
- Entre la población de 16 a 24 años que reside en el Partido de Morón, el 83,7% consumió alguna vez alcohol, y el 50,6% fumó tabaco alguna vez en la vida. Las prevalencias de vida de marihuana y cocaína, por otro lado, son 44,1% y 10,4% respectivamente.
- El 58,3% y el 19,4% de la población encuestada consumió alcohol durante el último mes y año, respectivamente. Las prevalencias de mes y de año de tabaco, marihuana y cocaína, por su parte, son del 3,9% y del 3,4%, 20,3% y 10,0%, y 1,0% y 3,2%, respectivamente. No se observan valores distantes a las tasas nacionales en ninguna de las prevalencias observadas.
- Los varones presentan una tasa más elevada de consumo en la mayoría de las sustancias. Esta relación se presenta con mayor intensidad en las sustancias ilegales o de uso indebido. Las mujeres registraron una proporción de consumo más elevado sólo en el caso de tranquilizantes sin prescripción médica.

- En las tres medidas informadas (prevalencia de vida, año y mes), el tramo de edad en el que se observan mayoritariamente los valores más altos tanto para alcohol como tabaco es el comprendido entre los 16 y los 19 años de edad, extendiéndose hasta los 21 años para la marihuana.
- La edad promedio de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas se ubica entre los 14 y los 15 años, según la sustancia. Así, las sustancias de inicio en el consumo más temprano son el alcohol (14,4 años) y el tabaco (14,8 años).

Agradecimientos

Los autores agraden al Dipl. Rodrigo Jimeno por la lectura crítica del manuscrito.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders DSM-V*. Washington, DC; London, England.
- Anthony JC, Warner LA, Kessler RC (1994). Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants. Basic findings from the National Comorbidity Survey. *Exp Clin Psychopharmacology*, 2: 244-268.
- Behrendt S, Wittchen HU, Höfler M, Lieb R, Beesdo K (2009). Transitions from first substance use to substance use disorders in adolescence: is early onset associated with a rapid escalation? *Drug Alcohol Depend*, 99: 68-78.
- Carlini-Cotrim B (1999). *Country profile on alcohol in Brazil*. In: Riley L, Marshall M, editors. Alcohol and public health in eight developing countries. Geneva: World Health Organization: 13-35
- Cervera G, Haro G, Martínez-Raga J, Bolinches F, Vicente P, Valderrama JC (2001). Los trastornos relacionados con el uso de sustancias desde la perspectiva de la psicopatología y la neurociencia. *Trastornos Adictivos*, 3 (3): 164-171.
- Cervino C. 2017. *Neurociencia: cerebro, mente y conducta*. Morón: Ed. Praia. 684 pp.
- Copeland J, Swift W (2009). Cannabis use disorder: epidemiology and management. *Int Rev Psychiatry*, 21: 96-103.

- Cotto JH, Davis E, Dowling GJ, Elcano JC, Staton AB, Weiss SR (2010). Gender effects on drug use, abuse, and dependence: a special analysis of results from the National Survey on Drug Use and Health. *Gender Medicine*; 7 (5): 402-413.
- Degenhardt L, Chiu W-T, Sampson N, Kessler RC, Anthony JC, *et al.* (2008). Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med*, 5 (7): 1053-1067. doi:10.1371/journal.pmed.0050141
- Ezzati M, Lopez A, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray C *et al.* (2002). Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet*, 360: 1347-1360.
- Fernández Hermida JR, Carballo JL, Secades-Villa R, García-Rodríguez, O (2007). Modelos teóricos de la conducta adictiva y recuperación natural. Análisis de la relación y consecuencias. *Papeles del Psicólogo*, 28 (1): 2-10.
- Goldstein, A (2001). *Addiction: From Biology to Drug Policy*. New York: Oxford University Press.
- Grant BF (1997). Prevalence and correlates of alcohol use and DSM-IV alcohol dependence in the United States: Results of the national longitudinal alcohol epidemiologic survey. *J Stud Alcohol*, 58: 464-473.
- Grant JD, Scherrer JF, Lynskey MT, Lyons MJ, Eisen SA, Tsuang MT, True WR, Bucholz KK (2006). Adolescent alcohol use is a risk factor for adult alcohol and drug dependence: evidence from a twin design. *Psychol Med*, 36: 109-118.
- Hall WD (2006). Cannabis use and the mental health of young people. *Aust N Z J Psychiatry*, 40 (2): 105-113.
- Herrera-Vázquez M, Wagner FA, Velasco-Mondragón E, Borges G, Lazcano-Ponce E (2004). Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. *Salud Publica Mex*, 46: 132-140.
- Insulza, JM. 2013. *El problema de las drogas en las Américas: drogas y salud pública*. OEA documentos oficiales. 84 pp.
- Jernigan DH (2001). *Global Status Report: Alcohol and Young People*. Geneva: World Health Organization.
- Jiménez L, Bascarán MT, García-Portilla MP, Sáiz PA, Bousoño M, Bobes J (2004). La nicotina como droga. *Adicciones*, 16 (Supl.2): 143-153.
- Kalivas PW, Volkow ND (2005). The neural basis of addiction: A pathology of motivation and choice. *Am. J. Psychiatry*, 162 (8): 1403-1413.
- Kandel DB, Yamaguchi K, Chen K (1992). Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: Further evidence for the gateway theory. *J Stud Alcohol*, 53: 447-457.
- Kosterman R, Hawkins JD, Guo J, Catalano RF, Abbott RD (2000). The dynamics of alcohol and marijuana initiation: Patterns and predictors of first use in adolescence. *Am J Public Health*, 90: 360-366.
- Lorenzo Fernández P, Ladero JM, Leza Cerro JC, Lizasoain Hernández I (2009). *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana. 725 pp.
- Medina-Mora Icaza ME, Villatoro JA, López EK, Berenzon S, Carreño S, Juárez F (1995). Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos. *Gac Med Mex*, 131: 383-393.
- Medina-Mora ME, Peña-Corona MP, Cravioto P, Villatoro J, Kuri P (2002). Del tabaco al uso de otras drogas: ¿el uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas? *Salud Publica Mex*, 44 (Supl 1): S109-S115.
- Ministerio de Salud de la Nación (2011). *Encuesta Nacional sobre prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas*. Buenos Aires, 17 pp.
- Monteiro, MG (2007). *Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción*. Washington, D.C: OPS. 64 pp.
- Mora F, Sanguinetti AM (2004). *Diccionario de Neurociencias*. Madrid: Alianza Editorial. 344 pp.
- National Institute on Drug Abuse (2014). *Las Drogas, el Cerebro y el Comportamiento. La Ciencia de la Adicción*. Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/abuso-y->

- adiccion-las-drogas. Consulta: 28/05/2017.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2016). *Informe Mundial sobre las Drogas 2016*. Publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.16.XI.7. Disponible en: https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf Consulta: 28/05/2017.
 - Organización Mundial de la Salud (1969). *Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. 16º Informe*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 30 pp.
 - Organización Mundial de la Salud (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones. 66 pp.
 - Organización Mundial de la Salud (2001a). *Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 169 pp.
 - Organización Mundial de la Salud (2001b). *Global Status Report: Alcohol and Young People*. Ginebra: OMS. 57 pp.
 - Organización Mundial de la Salud (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas: resumen*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 40 pp.
 - Paulone I, Candioti, CA (2006). Consumo de sustancias adictivas en adolescentes escolarizados. *Archivos argentinos de pediatría*, 104 (3): 227-233.
 - Pierobon M, Barak M, Hazrati S, Jacobsen, KH (2013). Alcohol consumption and violence among Argentine adolescents. *Jornal de Pediatria*, 89 (1): 100-107. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2013.02.015>
 - Rang HP, Dale MM, Ritter JM, Flower RJ, Henderson G. 2012. *Farmacología*. 7ª ed. Barcelona: Elsevier España. 777 pp.
 - Rehm J, Monteiro M (2005). Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: implications for alcohol policy. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18 (4-5), 241-248. <https://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892005000900003>
 - Roncero C, Collazos F, Valero S, Casas M (2007). Cannabis consumption and development of psychosis: state of the art. *Actas Esp Psiquiatr*, 5 (3): 182-189.
 - Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (2017). *Sexto Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas, Argentina 2017*. Buenos Aires, 43 pp.
 - Stefanis NC, Delespaul P, Herquet C, Bakoula C, Stefanis CN, van Os J (2004). Early adolescent cannabis exposure and positive and negative dimensions of psychosis. *Addiction*, 99: 1333-1341.
 - van Etten ML, Anthony JC (2001). Male-female differences in transitions from first drug opportunity to first use: searching for subgroup variation by age, race, region, and urban status. *J. Women's Health and Gender-based Medicine*, 10 (8): 797-804.
 - van Etten ML, Neumark YD, Anthony JC (1999). Male-female differences in the earliest stages of drug involvement. *Addiction*, 94 (9): 1413-1419.
 - Vieira DL, Ribeiro M, Laranjeira R (2007). Evidence of association between early alcohol use and risk of later problems. *Rev Bras Psiquiatr*, 29: 222-227.
 - Warner LA, White HR, Johnson V (2007). Alcohol initiation experiences and family history of alcoholism as predictors of problem-drinking trajectories. *J Stud Alcohol Drugs*, 68: 56-65.
 - Willner P (2001). A view through the gateway: Expectancies as a possible pathway from alcohol to cannabis. *Addiction*, 96: 691-703.
 - Wittchen HU, Behrendt S, Höfler M, Perkonig A, Lieb R, Bühringer G, Beesdo K (2008). What are the high risk periods for incident substance use and transitions to abuse and dependence? Implications for early intervention and prevention. *Int J Methods Psychiatr Res*, 17: S16-29.