



Escuela de Graduados de la Facultad de Ciencias Económicas

Universidad Nacional de Córdoba

DOCTORADO EN DEMOGRAFÍA

**CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. RELACIÓN CON LAS
CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y DEMOGRÁFICAS. APORTES PARA EL
DESARROLLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS ORIENTADAS A LA PREVENCIÓN**

Por Alejandra Cuasnicu

Tesis doctoral presentada para optar al grado de Doctor en Demografía

Director : Dr. Eduardo Bologna

Córdoba, Argentina, junio de 2021



CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. RELACIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y DEMOGRÁFICAS. APORTES PARA EL DESARROLLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS ORIENTADAS A LA PREVENCIÓN por Alejandra Cuasnicu se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Índice general

1. Introducción.....	11
2. Antecedentes – El estado del arte en el estudio del consumo de sustancias psicoactivas	15
3. Aspectos conceptuales.....	18
3.1 Aspectos conceptuales sobre el consumo de sustancias	18
Introducción.....	18
El concepto de Consumos de Riesgos.....	20
Criterios para establecer consumo de riesgos.....	23
Epidemiología del consumo de riesgo de drogas.....	31
Conceptos claves en epidemiología.....	33
Estudios nacionales de consumo de sustancias	34
Algunas cuestiones conceptuales sobre las drogas y sus clasificaciones	36
Para clasificar las drogas se pueden seguir diferentes criterios, por ejemplo, por su origen (naturales, sintéticas, semisintéticas), por su estructura química, por su acción farmacológica, por el medio socio-cultural (legales-ilegales, institucionalizadas-no institucionalizadas, duras-blandas, más peligrosas-menos peligrosas) o con respecto al sujeto, utilizándose en este caso clasificaciones clínicas (Soler Insa, 1981).....	36
Vulnerabilidad, factores de riesgo y protección.....	38
3.2 Asociación del consumo de sustancias psicoactivas con la morbilidad y la mortalidad	43
3.3 Aspectos conceptuales sobre el desarrollo socioeconómico y demográfico	47
4. Metodología de trabajo.....	63
La construcción de la variable dependiente: el consumo de riesgo de sustancias	67
La construcción de las variables independiente: Indicadores de desarrollo sociodemográfico y caracterización de las provincias argentinas en la década del 2010.....	69
5. Caracterización de las provincias argentinas en el consumo de sustancias por parte de adolescentes escolarizados en el año 2014.....	106
Descripción del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados.....	106
Consumo de sustancias psicoactivas de los estudiantes secundarios argentinos	107
Consumo de sustancias psicoactivas de los estudiantes secundarios argentinos por provincia.....	113
6. Asociación entre el consumo de sustancias y el desarrollo socioeconómico y demográfico y las condiciones de vida.....	121
Análisis bivariado	121
Análisis bivariado – índice de consumo de riesgo.....	121
Análisis bivariado – prevalencia de año de alguna droga ilícita.....	134
Análisis bivariado – consumo episódico excesivo (binge drinking).....	140
Análisis bivariado – consumo diario de tabaco	145

Análisis multivariado – análisis de conglomerados	150
Análisis de conglomerado – prevalencia de año de alguna droga ilícita.....	151
Análisis de conglomerado – consumo episódico excesivo (binge drinking)	151
Análisis de conglomerado – consumo diario de tabaco	152
7. Conclusiones y discusión	154
8. Bibliografía.....	159
9. Anexos.....	171
Construcción del índice de consumo de riesgo de sustancias:	171
Cuestionario de la sexta encuesta para estudiantes de enseñanza media 2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas.....	174
.....	175
Cuestionarios básico y ampliado del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2010.....	188

Índice de tablas

Tabla 1. Porcentaje de muertes por causas atribuibles al consumo de sustancias psicoactivas sobre el total de defunciones por provincia. Argentina. 2017	46
Tabla 2. Indicadores de Estructura socioeconómica – condiciones de vida, por provincia. 2010.	70
Tabla 3. Indicadores de Estructura socioeconómica – acceso a la educación, por provincia. 2010.	72
Tabla 4. Indicadores de Estructura socioeconómica. – acceso a la salud, por provincia. 2010.	73
Tabla 5. Indicadores de Estructura socioeconómica – acceso al trabajo, por provincia. 2010.	74
Tabla 6. Indicadores de Estructura demográfica – indicadores de mortalidad, por provincia. 2008 – 2010 - 2011.	76
Tabla 7. Indicadores de Estructura demográfica – indicadores de fecundidad, por provincia. 2010.	77
Tabla 8. Indicadores de Estructura demográfica – composición poblacional, por provincia. 2011.	79
Tabla 9. Indicadores de Estructura socioeconómica – condiciones de vida. Medidas de tendencia central y dispersión. 2010.	80
Tabla 10. Indicadores de Estructura socioeconómica – acceso a la educación. Medidas de tendencia central y dispersión. 2010.	87
Tabla 11. Indicadores de Estructura socioeconómica – acceso a la salud. Medidas de tendencia central y dispersión. 2010.	90
Tabla 12. Indicadores de Estructura socioeconómica – acceso al trabajo. Medidas de tendencia central y dispersión. 2010.	91
Tabla 13. Indicadores de Estructura demográfica – indicadores de mortalidad. Medidas de tendencia central y dispersión. 2008 – 2010 - 2011.	95
Tabla 14. Indicadores de Estructura demográfica – indicadores de fecundidad. Medidas de tendencia central y dispersión. 2010.	100
Tabla 15. Indicadores de Estructura demográfica – composición poblacional. Medidas de tendencia central y dispersión. 2011.	102
Tabla 16. Indicadores seleccionados para la aplicación del modelo bivariado y multivariado	105
Tabla 17. Análisis de correlación de indicadores que presentaron correlación con la variable índice de consumo de riesgo comparados con la correlación con la prevalencia de año de alguna droga ilícita, consumo episódico excesivo y consumo diario de tabaco. (Casos válidos: 24)	133
Tabla 18. Conglomerados finales definidos por k-medias. (final clúster centers) – Prevalencia de año de alguna droga ilícita.	151
Tabla 19. Conglomerados finales definidos por k-medias. (final clúster centers) – Consumo episódico excesivo (binge drinking).	152
Tabla 20. Conglomerados finales definidos por k-medias. (final clúster centers) – Consumo diario de tabaco.	153
Tabla 21. Construcción del índice de consumo de riesgo de sustancias.	172

Índice de gráficos

Gráfico 1. Estudiantes de enseñanza media. Prevalencia de vida de consumo de sustancias psicoactivas. Argentina. 2014.....	107
Gráfico 2. Estudiantes de enseñanza media. Prevalencia de vida de consumo de sustancias psicoactivas por sexo. Argentina. 2014	108
Gráfico 3. Estudiantes de enseñanza media. Prevalencia de vida de consumo de sustancias psicoactivas por grupos de edad. Argentina. 2014	108
Gráfico 4. Estudiantes de enseñanza media. Prevalencia de año de consumo de sustancias psicoactivas. Argentina. 2014.....	109
Gráfico 5. Estudiantes de enseñanza media. Prevalencia de año de consumo de sustancias psicoactivas por sexo. Argentina. 2014	110
Gráfico 6. Estudiantes de enseñanza media. Prevalencia de año de consumo de sustancias psicoactivas por grupos de edad. Argentina. 2014	110
Gráfico 7. Estudiantes de enseñanza media. Prevalencia de mes de consumo de sustancias psicoactivas. Argentina. 2014.....	111
Gráfico 8. Estudiantes de enseñanza media. Prevalencia de mes de consumo de sustancias psicoactivas por sexo. Argentina. 2014	112
Gráfico 9. Estudiantes de enseñanza media. Prevalencia de mes de consumo de sustancias psicoactivas por grupos de edad. Argentina. 2014	112
Gráfico 10. Estudiantes de enseñanza media. Prevalencia de año de consumo de alguna droga ilícita por provincia. Argentina. 2014	114
Gráfico 11. Estudiantes de enseñanza media. Prevalencia de año de consumo de alguna droga ilícita por provincia según sexo. Argentina. 2014.	115
Gráfico 12. Estudiantes de enseñanza media. Prevalencia de año de consumo de alguna droga ilícita por provincia según grupo de edad. Argentina. 2014.....	115
Gráfico 13. Estudiantes de enseñanza media. Prevalencia de mes de consumo de alcohol por provincia. Argentina. 2014	116
Gráfico 14. Estudiantes de enseñanza media. Prevalencia de mes de consumo de alcohol por provincia según sexo. Argentina. 2014.	117
Gráfico 15. Estudiantes de enseñanza media. Prevalencia de mes de consumo de alcohol por provincia según grupos de edad. Argentina. 2014.	117
Gráfico 16. Estudiantes de enseñanza media. Prevalencia de mes de consumo de tabaco por provincia. Argentina. 2014.	118
Gráfico 17. Estudiantes de enseñanza media. Prevalencia de mes de consumo de tabaco por provincia según sexo. Argentina. 2014.	119

Gráfico 18. Estudiantes de enseñanza media. Prevalencia de mes de consumo de tabaco por provincia según grupos de edad. Argentina. 2014.	119
Gráfico 19. Estudiantes de enseñanza media. Índice de consumo de riesgo por provincia. Argentina. 2014	68
Gráfico 20. Indicadores de Estructura socioeconómica – condiciones de vida: % de hogares con desagüe del inodoro a red cloacal, por provincia.2010	81
Gráfico 21. Indicadores de Estructura socioeconómica – condiciones de vida: % de hogares con agua de red, por provincia.2010	82
Gráfico 22. Indicadores de Estructura socioeconómica – condiciones de vida: % de hogares hacinados, por provincia.2010	83
Gráfico 23. Indicadores de Estructura socioeconómica – condiciones de vida: % de hogares sin retrete, por provincia.2010.....	84
Gráfico 24. Indicadores de Estructura socioeconómica – condiciones de vida: % de hogares en viviendas deficitarias, por provincia.2010	85
Gráfico 25. Indicadores de Estructura socioeconómica – condiciones de vida: % de hogares NBI, por provincia.2010.....	86
Gráfico 26. Indicadores de Estructura socioeconómica – acceso a la educación: % de población analfabeta, por provincia. 2010.....	87
Gráfico 27. Indicadores de Estructura socioeconómica – acceso a la educación: % de niños de 6 a 12 años que no asisten a la escuela, por provincia. 2010.....	88
Gráfico 28. Indicadores de Estructura socioeconómica – acceso a la educación: % de población con secundario completo y más, por provincia. 2010.....	89
Gráfico 29. Indicadores de Estructura socioeconómica – acceso a la salud: % de población sin obra social, prepaga o plan estatal, por provincia. 2010.....	90
Gráfico 30. Indicadores de Estructura socioeconómica – acceso al trabajo: % de población de 14 años y más desocupada. 2010.	92
Gráfico 31. Indicadores de Estructura socioeconómica – acceso al trabajo: % de población de 14 años y más económicamente activa. 2010.....	93
Gráfico 32. Indicadores de Estructura socioeconómica – acceso al trabajo: % de población ocupada que no tiene descuentos ni aportes jubilatorios. 2010.	94
Gráfico 33. Indicadores de Estructura demográfica – indicadores de mortalidad: esperanza de vida al nacer ambos sexos. 2008 – 2010.....	95
Gráfico 34. Indicadores de Estructura demográfica – índice masculinidad por provincia. 2008 – 2010.....	96

Gráfico 35. Indicadores de Estructura demográfica – indicadores de mortalidad: tasa de mortalidad. 2011.	97
Gráfico 36. Indicadores de Estructura demográfica – indicadores de mortalidad: tasa de mortalidad infantil. 2011.	98
Gráfico 37. Indicadores de Estructura demográfica – indicadores de mortalidad: tasa de mortalidad materna por provincia. 2011.	99
Gráfico 38. Indicadores de Estructura demográfica – indicadores de fecundidad: tasa global de fecundidad por provincia. 2010.	100
Gráfico 39. Indicadores de Estructura demográfica – indicadores de fecundidad: tasa de fecundidad adolescente por provincia. 2010.	101
Gráfico 40. Indicadores de Estructura demográfica – composición poblacional: % de población de 65 años y más, por provincia. 2011.	102
Gráfico 41. Indicadores de Estructura demográfica – composición poblacional: % de población en áreas rurales, por provincia. 2011.	103
Gráfico 42. Indicadores de Estructura demográfica – composición poblacional: tasa de dependencia potencial, por provincia. 2011.	104
Gráfico 43. Porcentaje de hogares con NBI respecto al índice de consumo de riesgo. (Significancia: ,019 – Casos válidos: 24).	122
Gráfico 44. Porcentaje de hogares hacinados respecto al índice de consumo de riesgo.	122
Gráfico 45. Porcentaje de hogares con agua de red pública respecto al índice de consumo de riesgo. (Significancia: ,091 – Casos válidos: 24).	123
Gráfico 46. Porcentaje de hogares con desagüe del inodoro a red cloacal respecto al índice de consumo de riesgo. (Significancia: ,015 – Casos válidos: 24).	123
Gráfico 47. Porcentaje de hogares que habitan viviendas inconvenientes respecto al índice de consumo de riesgo. (Significancia: ,003 – Casos válidos: 24).	124
Gráfico 48. Porcentaje de población analfabeta respecto al índice de consumo de riesgo.	124
Gráfico 49. Porcentaje de población de 6 a 12 años que no asiste a la escuela respecto al índice de consumo de riesgo. (Significancia: ,008 – Casos válidos: 24).	125
Gráfico 50. Porcentaje de población sin obra social, prepaga o plan estatal respecto al índice de consumo de riesgo. (Significancia: ,000 – Casos válidos: 24).	125
Gráfico 51. Porcentaje de población de 14 años y más económicamente activa respecto al índice de consumo de riesgo. (Significancia: ,000 – Casos válidos: 24).	126

Gráfico 52. Porcentaje de población de ocupados que no aportan ni le descuentan para la jubilación respecto al índice de consumo de riesgo. (Significancia: ,000 – Casos válidos: 24)	126
Gráfico 53. Tasa de mortalidad infantil respecto al índice de consumo de riesgo. (Significancia: ,001 – Casos válidos: 24).....	127
Gráfico 54. Tasa de mortalidad materna respecto al índice de consumo de riesgo. (Significancia: ,135 – Casos válidos: 24).....	127
Gráfico 55. Tasa global de fecundidad respecto al índice de consumo de riesgo. (Significancia: ,257 – Casos válidos: 24).....	128
Gráfico 56. Tasa de fecundidad adolescente respecto al índice de consumo de riesgo. (Significancia: ,292 – Casos válidos: 24).....	128
Gráfico 57. Porcentaje de población de 65 años y más respecto al índice de consumo de riesgo. (Significancia: ,516 – Casos válidos: 24)	129
Gráfico 58. Porcentaje de población en áreas rurales respecto al índice de consumo de riesgo. (Significancia: ,002 – Casos válidos: 24).....	129
Gráfico 59. Índice de dependencia potencial respecto al índice de consumo de riesgo. (Significancia: ,000 – Casos válidos: 24).....	130
Gráfico 60. Porcentaje de hogares hacinados respecto a la prevalencia de alguna droga ilícita. (Significancia: ,016 – Casos válidos: 24).....	135
Gráfico 61. Porcentaje de hogares con desagüe del inodoro a la red cloacal respecto a la prevalencia de alguna droga ilícita. (Significancia: ,000 – Casos válidos: 24)	135
Gráfico 62. Porcentaje de hogares que habitan viviendas inconvenientes respecto a la prevalencia de alguna droga ilícita. (Significancia: ,022 – Casos válidos: 24)	136
Gráfico 63. Porcentaje de población analfabeta respecto a la prevalencia de alguna droga ilícita. (Significancia: ,003 – Casos válidos: 24).....	136
Gráfico 64. Porcentaje de población de 6 a 12 años que no asiste a la escuela respecto a la prevalencia de alguna droga ilícita. (Significancia: ,000 – Casos válidos: 24)	137
Gráfico 65. Porcentaje de población sin obra social, prepaga o plan estatal respecto a la prevalencia de alguna droga ilícita. (Significancia: ,000 – Casos válidos: 24)	137
Gráfico 66. Porcentaje de población de 14 años y más económicamente activa respecto a la prevalencia de alguna droga ilícita. (Significancia: ,000 – Casos válidos: 24)	138
Gráfico 67. Porcentaje de ocupados que no aportan ni le descuentan respecto a la prevalencia de alguna droga ilícita. (Significancia: ,000 – Casos válidos: 24)	138
Gráfico 68. Tasa de mortalidad infantil respecto a la prevalencia de alguna droga ilícita. (Significancia: ,002 – Casos válidos: 24).....	139

Gráfico 69. Porcentaje de población en áreas rurales respecto a la prevalencia de alguna droga ilícita. (Significancia: ,002 – Casos válidos: 24).....	139
Gráfico 70. Índice de dependencia potencial respecto a la prevalencia de alguna droga ilícita. (Significancia: ,002 – Casos válidos: 24).....	140
Gráfico 71. Porcentaje de hogares NBI respecto al consumo episódico excesivo (binge drinking). (Significancia: ,008 – Casos válidos: 24).....	141
Gráfico 72. Porcentaje de hogares hacinados respecto al consumo episódico excesivo (binge drinking). (Significancia: ,000 – Casos válidos: 24).....	141
Gráfico 73. Porcentaje de hogares que habitan en viviendas deficitarias respecto al consumo episódico excesivo (binge drinking). (Significancia: ,007 – Casos válidos: 24).....	142
Gráfico 74. Porcentaje de población analfabeta respecto al consumo episódico excesivo (binge drinking). (Significancia: ,022 – Casos válidos: 24).....	142
Gráfico 75. Porcentaje de población sin obra social, prepaga o plan estatal, respecto al consumo episódico excesivo (binge drinking). (Significancia: ,004 – Casos válidos: 24).....	143
Gráfico 76. Población de 14 años y más económicamente activa respecto al consumo episódico excesivo (binge drinking). (Significancia: ,005 – Casos válidos: 24).....	143
Gráfico 77. Porcentaje de población ocupada que no tiene descuentos ni aportes jubilatorios respecto al consumo episódico excesivo (binge drinking). (Significancia: ,002 – Casos válidos: 24).....	144
Gráfico 78. Tasa de mortalidad infantil respecto al consumo episódico excesivo (binge drinking). (Significancia: ,005 – Casos válidos: 24).....	144
Gráfico 79. Índice de dependencia potencial respecto al consumo episódico excesivo (binge drinking). (Significancia: ,009 – Casos válidos: 24).....	145
Gráfico 80. Porcentaje de hogares NBI respecto al consumo diario de tabaco. (Significancia: ,010 – Casos válidos: 24).....	146
Gráfico 81. Porcentaje de hogares hacinados respecto al consumo diario de tabaco. (Significancia: ,000 – Casos válidos: 24).....	146
Gráfico 82. Porcentaje de hogares que habitan en viviendas deficitarias respecto al consumo diario de tabaco. (Significancia: ,014 – Casos válidos: 24).....	147
Gráfico 83. Porcentaje de población analfabeta respecto al consumo diario de tabaco. (Significancia: ,045 – Casos válidos: 24).....	147
Gráfico 84. Porcentaje de población sin obra social, prepaga o plan estatal, respecto al consumo diario de tabaco. (Significancia: ,003 – Casos válidos: 24).....	148
Gráfico 85. Población de 14 años y más económicamente activa respecto al consumo diario de tabaco. (Significancia: ,006 – Casos válidos: 24).....	148

Gráfico 86. Porcentaje de población ocupada que no tiene descuentos ni aportes jubilatorios respecto al consumo diario de tabaco. (Significancia: ,019 – Casos válidos: 24)	149
Gráfico 87. Tasa de mortalidad infantil respecto al consumo diario de tabaco. (Significancia: ,013 – Casos válidos: 24).....	149
Gráfico 88. Índice de dependencia potencial respecto al consumo diario de tabaco. (Significancia: ,038 – Casos válidos: 24).....	150

1. Introducción

Según el proceso de la transición demográfica y la transición epidemiológica la esperanza de vida es cada vez más alta y la población muere cada vez menos por causas evitables, ya que las sociedades van adquiriendo control social de la muerte. (Torrado, 2007)

La teoría de la transición epidemiológica describe el cambio de los patrones de mortalidad y de enfermedad como el reemplazo de la predominancia como causa principal de muerte de las enfermedades infecciosas y transmisibles por las enfermedades crónicas y degenerativas (Omram, 1983). Mestre y Robles (2000) retoman a Omram y señalan que las enfermedades que pasan a ser más prevalentes son las cardiovasculares y el cáncer, así como se incrementan las enfermedades mentales, las adicciones y los accidentes. Asociado al proceso de envejecimiento de la población y la cronicidad de las enfermedades, se acuña otro término, el de transición sanitaria, que se focaliza en los determinantes sociales, culturales y de comportamiento frente a la salud y que permite pensar a la salud desde sus condicionantes socioculturales (Mestre y Robles, 2000).

Datos de la Dirección de Estadísticas del Sistema de Salud de Argentina (DEIS, 2019) confirman que, en Argentina, durante el 2017, casi siete de cada diez defunciones se debieron a enfermedades del sistema circulatorio, tumores y enfermedades del sistema respiratorio. Se trata de causas prevenibles y difíciles de combatir (Grushka, 2014).

De acuerdo a informes del Observatorio Argentino de Drogas, del Observatorio Interamericano de Drogas de la CICAD-OEA y de COPOLAD de la Unión Europea, el consumo de sustancias psicoactivas tiene un impacto en la mortalidad de la población que debe ser estudiado.

Para analizar la relación entre el consumo de sustancias y los niveles de mortalidad se retoma el indicador de Mortalidad Relacionada al Consumo de Drogas (OEA, 2014). El mismo toma como fuente los registros de Estadísticas Vitales y considera dos tipos de causas de muerte, las directas, definidas como las ocurridas como “reacción aguda al consumo accidental, autoinfligido intencionalmente, heteroinferido o de intención no determinada y, aquellas cuyas causas de muerte se deban directamente al, o como consecuencia del consumo consuetudinario de drogas”, y las indirectas, que remiten a aquellas que surgen de la evidencia del efecto del consumo en el desarrollo de determinadas enfermedades. Este indicador estima el número anual de defunciones que

pueden relacionarse directa o indirectamente con el consumo de sustancias psicoactivas en un territorio determinado. (OAD, 2019).

El indicador calcula por un lado la mortalidad que puede atribuirse directamente al consumo de sustancias, como por ejemplo la que se produce por una sobredosis, o por una cirrosis por el uso de alcohol, y por otro, aquella que se produce en forma indirecta como, por ejemplo, la que deviene de un enfisema pulmonar o un cáncer de hígado. En la primera el uso de sustancias es la causa básica de la muerte, y en la segunda, las defunciones son parcialmente atribuibles al consumo, ya que este incrementa las probabilidades de padecer algunas enfermedades (OAD, 2019).

OAD (2019) informa también respecto a que las defunciones que estuvieron directa o indirectamente relacionadas con el consumo de sustancia fueron del 19,1% del total de muertes de la población de 15 a 64 años. El 6,5% se trató de mortalidad por causas directamente relacionadas, mientras que el 93,5% se trata de decesos indirectamente asociados al consumo. La sustancia asociada a la mayor proporción de casos es el tabaco, en segundo lugar, el alcohol y por último las drogas ilícitas o las de uso indebido (como solventes o psicofármacos).

En el mismo sentido, Hernandez Lopez y otros (2009) señalan que los consumos de tabaco, alcohol y drogas ilegales producen un impacto importante en la mortalidad, en especial la prematura.

Si bien las muertes por estas causas se concentran en personas adultas, los hábitos de consumo suelen iniciar en la adolescencia. Organismos internacionales como CICAD – OEA (2019) señalan que la evidencia empírica demuestra que cuando el inicio del consumo es a edades tempranas los riesgos para la salud son mayores y también la probabilidad de desarrollar un consumo de riesgo.

En Argentina, las personas empiezan a consumir en promedio tabaco y alcohol a los 17 años, marihuana a los 18 años, alucinógenos, cocaína y opiáceos, a los 20 años, éxtasis, a los 21 años, mientras que la sustancia de uso más tardío son los psicofármacos, con un promedio de edad de inicio de 25 años (OAD, 2019). Hernandez López y otros (2009) abonan estos datos señalando que el consumo de sustancias legales se concentra en la adolescencia y que luego se extiende a las ilegales, pasando de la experimentación al consumo regular en alrededor de tres años.

El campo de estudio sobre el consumo de sustancias psicoactivas en Argentina es prolífero, en especial durante las últimas décadas. Estudios cualitativos y cuantitativos como por ejemplo Hernández López y otros (2009) y OAD (2005 y 2015) abordan factores relacionados al inicio del consumo de sustancias, y estos se centran en factores genéticos, familiares, psicológicos, relativos a la influencia del grupo de pares, la influencia de la escuela, las perspectivas a futuro.

En la búsqueda de las causas que determinan el consumo, los autores denominan factores de riesgo a aquellas características sociales, culturales y/o individuales que, en conjunto, en un momento determinado, incrementan las condiciones de vulnerabilidad de la persona para el consumo de drogas. Por otra parte, los factores de protección se refieren a los estímulos y situaciones originadas en el individuo, el grupo o el medio social que, al estar presente en un específico periodo de la vida, determinan una menor vulnerabilidad en relación con el uso de drogas. (OAD, 2015).

La construcción de la subjetividad de los adolescentes, su autoestima y la conformación de sus habilidades para desarrollar proyectos personales e interrelacionarse está íntimamente relacionada con su entorno familiar (OAD, 2005). Según CICAD – OEA (2004) las familias disfuncionales y la falta de lazos afectivos en la misma son factores de riesgo que predisponen las conductas adictivas, mientras que los lazos fuertes funcionan como factor de protección.

En este sentido, Ramírez Ruiz (2005) señala que “la carencia de apoyo familiar puede llevar a los niños y adolescentes a usuarios de alcohol y tabaco utilizando esta manera como forma alternativa para enfrentar sus problemas generados por ese ambiente”.

Entre muchas investigaciones que lo corroboran, el Observatorio Argentino de Drogas señala que una escuela que sea valorada por los adolescentes como un articulador de sentidos que le ofrece herramientas para la vida por venir y el desarrollo de proyectos futuros, que garantiza la sociabilidad actual y los contiene, funciona como un factor que los protege frente a hábitos de riesgo (OAD, 2005). OPS (2002) aporta que la escuela tiene que contribuir a partir de estrategias participativas en que los estudiantes incorporen los conocimientos y las prácticas saludables. Asimismo, Pantoja Peschard, (2010) agrega que los adolescentes que permanecen en la escuela están menos expuestos a caer en el abuso de sustancias en comparación con los que ya no están estudiando.

Paramo (2011) señala que dentro de los factores de protección contra las adicciones en adolescentes se encuentra el tener proyectos y un sentido de la vida y un alto nivel de resiliencia. En el mismo sentido, OAD (2015) explica que, en relación al estudio del consumo de sustancias psicoactivas, es un factor importante la expectativa de realizar proyectos y de poder prever el futuro, y Paramo (2015) afirma que el bienestar psicológico que se asocia con las perspectivas positivas respecto al futuro funciona como un buen factor protectorio.

La revisión de antecedentes muestra que, al momento de realización de este trabajo, los factores que se han estudiado en relación al consumo se concentran en mayor medida entre los mencionados, no obstante, Acosta, et al. (2011), ha encontrado asociación entre el consumo episódico excesivo y la pobreza estructural.

En esta tesis se consideran a las sustancias psicoactivas como un concepto único que aglutina a las drogas ilegales y a las legales, para lo cual se construye un índice combinado como variable dependiente, se realiza la búsqueda del estado del arte y se estudian las causales del fenómeno bajo esta consideración. Si bien no se desconoce que cada sustancia puede tener su particularidad, analizar cada una de ellas en forma separada sería un objetivo inabarcable, ya que, según se comentará en el capítulo conceptual sobre las sustancias psicoactivas, las clasificaciones son múltiples. De este modo se elige dividir a las sustancias entre drogas ilícitas, alcohol y tabaco, estas últimas por ser de carácter legal y tener gran impacto en el consumo, y elaborar una variable que combine el consumo de riesgo de cada una de ellas, bajo el supuesto de que las condiciones sociales influyen del mismo modo en la decisión de los adolescentes escolarizados de consumir sustancias y lograr efectos psicoactivos.

Aquí se considera que los fenómenos sociales relacionados con el bienestar social y la dinámica demográfica son recíprocos (Torrado, 2007), y en ese sentido surge una pregunta que aún no ha sido formulada: ¿cómo se vinculan estos dos factores con un comportamiento social como el consumo de sustancias psicoactivas? ¿hay posibilidad de diseñar un sistema de indicadores multivariado que permita mejorar la eficiencia y efectividad de las políticas sociales relativas a la temática?

2. Antecedentes – El estado del arte en el estudio del consumo de sustancias psicoactivas

Como se menciona en la introducción, al realizar una revisión de los estudios realizados en relación a las causales y las variables relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, se encuentra que las mismas se relacionan en su mayoría con factores conductuales, culturales, psicológicos o del entorno cercano, como la familia, la escuela, el entorno de amigos, las actividades de ocio, entre otras, y que existen pocas investigaciones que analizan su relación con variables macro como las abordadas en este estudio. Este vacío fue la motivación fundamental en la elección del problema de investigación.

En este capítulo se intentará presentar una revisión de las investigaciones más relevantes y actuales a las que se haya podido acceder que se aproximen al fenómeno que aquí se estudia, con el objeto de desarrollar exhaustivamente el estado del arte y también, poder confrontar, en la discusión final, los resultados a los que se arribe en esta tesis.

En principio se plantea a las sustancias psicoactivas como un concepto único que aglutina tanto a las drogas ilegales como a las legales, razón por la cual la búsqueda de antecedentes se realiza en forma combinada.

Las investigaciones que analizan la relación entre las condiciones socioeconómicas y el consumo de sustancias psicoactivas pueden dividirse entre las que analizan la realidad de Argentina y las internacionales.

Entre las realizadas en Argentina, Abeldaño (2014) en la búsqueda de la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y su relación con las condiciones de vulnerabilidad a partir del análisis de 6.122 casos de población de 18 a 34 años de 10 provincias argentinas provenientes de la base de datos de la Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENPreCoSP-2.008) concluyó que las Necesidades Básicas Insatisfechas operan como factor de riesgo mientras que tener ingresos superiores a la línea de la pobreza es un factor de protección. En la misma dirección y utilizando la misma fuente, Acosta, et al (2011) encuentra que, entre otros factores asociados al uso de alcohol, existe asociación entre el consumo episódico excesivo y la pobreza estructural. Por el contrario, Fantin y Morales de Barbenza (2006) en su estudio sobre la relación entre consumo de sustancias y nivel socioeconómico en adolescentes escolarizados de San Luis encontraron que los estudiantes de nivel socioeconómico alto son los que más consumen, seguidos por los del nivel más bajo, mientras que los de estrato medio son los de menor prevalencia.

En cuanto a los estudios internacionales, en primer lugar, Arriagada y Hopenhayn (2000) en su trabajo realizado para la CEPAL, afirman que la distribución del consumo de sustancias psicoactivas entre los jóvenes de América Latina se distribuye homogéneamente entre los distintos niveles socioeconómicos. Sin embargo, la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Departamento de Salud del Gobierno Vasco - SIIS Centro de Documentación y Estudios de la Fundación Eguía Careaga (2014) señala que una revisión de investigaciones en España realizadas durante la última década del siglo XX apunta a que la privación y la pobreza favorecen el incremento del consumo de sustancias psicoactivas y establece que es comprobable que la brecha entre ricos y pobres es un causal de consumo. Asimismo, el estudio analiza la relación entre el contexto y el consumo de sustancias e indica que, si bien hay indicios de esta relación, los mismos no son concluyentes cuando se analiza en contextos más pequeños y específicos. Ortiz Hernandez, et.al (2007), analizó el impacto del uso y dependencia de sustancias a partir de bases de datos internacionales y regionales y observó que, a nivel general, pertenecer a estratos socioeconómicos bajos se asocia con mayor riesgo de trastornos mentales, entre los cuales incorpora a la drogodependencia, aunque encuentra diferencias entre el uso y el abuso de tabaco, alcohol, drogas médicas, solventes y drogas ilegales y si los consumidores son adolescentes o adultos. Por su parte, García Aurrecoechea, et.al. (2016) en su Diagnóstico macrosocial de riesgo del consumo de drogas en México que utilizó el método Delphi, metodología estructurada para recolectar sistemáticamente juicios de expertos sobre un problema y, a través de recursos estadísticos, obtener un promedio, concluyó que los distritos con peores condiciones socioeconómicas y de acceso mostraban mayor consumo de sustancias ilegales. Resultados diferentes presenta el estudio de Caballero et al (1999), que, con un estudio cuantitativo a partir de la aplicación de una encuesta a 866 adolescentes de Guadalajara con el objetivo de buscar la relación entre el consumo de sustancias y variables sociodemográficas, encontró que en los estratos medios y altos es mayor el consumo de tabaco y alcohol, mientras que en los bajos, el de drogas. Por su parte, con resultados opuestos, Alvarez (2021) en su estudio que tuvo como objetivo analizar la relación entre las características socioeconómicas individuales y el consumo de cigarrillos en España a partir de la Encuesta Europea de Salud en España concluyó que la prevalencia y el nivel de consumo de cigarrillos aumenta en los grupos de inferior clase social. En una tercera posición, Villalbí (2020) en su estudio sobre prevalencia de los episodios de consumo intensivo de alcohol entre estudiantes de secundaria y factores urbanos contextuales en estudiantes de 2do y 4año de Barcelona en 2016, no encontró una relación significativa entre el consumo intensivo de alcohol en estudiantes

secundarios y la riqueza del barrio. Otros resultados son los que presenta Machado Pratta E y Dos Santos, M (2007) en su estudio epidemiológico trasversal de encuesta por muestreo exploratoria y descriptiva sobre el impacto del nivel socioeconómico en el uso de sustancias psicoactivas en la adolescencia realizado en San Pablo, en donde concluye que los estudiantes de los estratos más altos son los que más consumen.

Como puede observarse, los estudios sobre la temática arrojan resultados disímiles y contrapuestos entre sí.

3. Aspectos conceptuales

3.1 Aspectos conceptuales sobre el consumo de sustancias

Introducción

El consumo de drogas como problema social /sanitario ha sido muchas veces mal definido utilizando conceptos globales y onmiexplicativos, poniendo en evidencia la existencia de un sistema de creencias generalizadoras constituidas por una diversidad de mitos y estereotipos en relación al tema drogas y sus consumos (Gómez, 2017). Es por ello que un problema complejo como el uso de drogas requiere y admite múltiples lecturas desde un enfoque multidisciplinario o interdisciplinario.

La problemática de las drogas y sus usos generan especialmente cogniciones, sensaciones y sentimientos a veces contradictorios y confusos. Regularmente al acercarnos a estos temas surgen sentimientos de temor, rechazo o angustia. Las vivencias personales, las experiencias profesionales, los discursos de los medios de comunicación social, etc. constituyen un bagaje que podríamos denominar “saberes previos”. La experiencia indica que en la temática de lo que algunos denominan drogodependencias se vuelve imperativo, para un abordaje eficaz y racional del problema, confrontar este bagaje con los saberes y evidencias provenientes de las disciplinas científicas (Gómez, 2017; Nowlis, 1975).

El uso de drogas por lo seres humanos no es algo actual, dado que la historia de las drogas remite a la propia historia de la humanidad. Distintas sociedades han conocido y usado para distintos fines, individuales o colectivos, diferentes productos químicos a fin de alterar sus estados de ánimo, estimularse, sedarse, modificar su percepción y diversos procesos cognitivos (Davenport-Hines, R. 2003).

Hacia fines del siglo XIX y principios del XX, las ciencias de la salud en particular y las ciencias sociales en general, incorporan conceptos tales como abuso de sustancia y drogodependencia. Tales conceptos hacen referencia al vínculo patológico que un sujeto puede establecer con las drogas. Dicho vínculo se caracteriza por un patrón compulsivo de consumo que implica para estos sujetos un deterioro progresivo de su salud física, mental y de sus relaciones sociales.

Con el avance del conocimiento el abuso de sustancias y las adicciones comienzan, en la segunda mitad del siglo pasado, a considerarse no tan solo como una cuestión

estrictamente médica y/o farmacológica, sino también desde una dimensión sociológica, interpersonal y psicológica. (Gómez, 2017).

Hasta hace poco tiempo los enfoques y desarrollos en relación al uso problemático de drogas estaban hegemonizados por una perspectiva reduccionista del fenómeno desde lo que podríamos llamar un paradigma simplista (Slapak, & Grigoravicius, 2006; Gómez, 2007). Estos desarrollos, frecuentemente, se centraban en la información sobre las drogas y sus efectos, dando particular preeminencia a los aspectos biológicos y/o farmacológicos de las sustancias. De esta manera se reducía el problema a los efectos –sobre todo nocivos- que las drogas producen sobre el organismo (Pantoja y Abeijón; 2004; Tokatlian & Briscoe, 2010).

La perspectiva tradicional y hegemónica implica un centramiento en el “objeto” droga, produciendo el esperable corrimiento y/o desconocimiento, al menos parcial, de “sujeto” que establece una relación problemática con la sustancia. La consecuencia lógica de este modelo es que imposibilita interrogar sobre las intervenciones, los dispositivos asistenciales, las políticas sobre el consumo de riesgo de drogas y su eficacia; generando, adicionalmente, un reforzamiento de los estereotipos que aún impregnan las prácticas preventivas, asistenciales y de formación de recursos humanos en la temática (Gómez, 2007, Nowlis 1975; Tokatlian 2010).

Todo abordaje que se intente realizar en drogodependencia se encontrará con un fenómeno capaz de adquirir diversas expresiones, según las diversas variables socio-ambientales y subjetivas que entran en juego, complejizando los aspectos a considerar para cualquier elaboración conceptual que intente fundamentar una política sanitaria en relación a las drogas y sus usos. (Gómez, 2017).

A partir de la generalización y extensión de los fenómenos relacionados con el uso y abuso de drogas, la drogodependencia -ya como conjunto de fenómenos, como espacio de intervención o como objeto teórico-, ha impactado profundamente en las disciplinas del ámbito sanitario demandando y provocando elaboraciones teóricas ajustadas a sus características, renovaciones en las técnicas y modalidades de intervención acordes a sus nuevos objetos, suscitando nuevas temáticas y fenómenos a considerar (Gómez, 2017).

Los usos aprobados de las sustancias psicoactivas se han definido siempre en el marco de cada cultura, y, en consecuencia, difieren de una cultura a otra y tienden a cambiar a largo del tiempo.

Cuando una droga se utiliza de una forma que difiere del uso aprobado por una cultura, se habla de abuso. De esta manera, los conceptos de uso y abuso de drogas (ver más abajo) están definidos por una cultura determinada en un momento histórico determinado, y no por un mecanismo psicofarmacológico (Stahl, 2002).

El concepto de Consumos de Riesgos.

La noción de consumos problemáticos o de riesgo es una construcción conceptual relativamente reciente. Si bien en el uso cotidiano, sobre todo mediático, y en algunas bibliografías se utilizan términos clásicos tales como “adicción”, “dependencia”, etc. (Gómez, 2017).

La distinción clásica que suele utilizarse en la bibliografía es la que diferencia: uso, como esporádico, recreativo, o incluso indicado para el tratamiento de algún síntoma; abuso, como el uso susceptible de comprometer física, psíquica y/o socialmente al sujeto o a su entorno; y la llamada “adicción” o “dependencia”, en donde aparecen rasgos físicos o psíquicos de un “impulso irrefrenable o compulsivo” por el consumo de dicha sustancia (Camarotti, Kornblit & Di Leo, 2013).

A lo largo de más del último siglo y medio se irán acuñando diversos términos para dar cuenta de los procesos y situaciones que se ponen en juego en una a la relación patológica que un sujeto puede establecer con las drogas. Esta relación se caracteriza por un esquema compulsivo de consumo que implica para estos sujetos un deterioro progresivo de su salud física, mental y de sus relaciones sociales. Así, originalmente a finales del siglo XIX y principios del XX, las ciencias de la salud en particular y las ciencias sociales en general, incorporan conceptos tales como abuso de sustancia y drogodependencia, toxicomanías, adicción etc. (Davenport-Hines, R. 2003). En la primera década del presente siglo comienza a utilizarse de manera crítica la expresión de “consumos problemáticos o de riesgo” para referirse al conjunto de fenómenos asociados al consumo de sustancias psicoactiva con consecuencias adversas. (Gómez, 2017).

La idea de “consumos problemáticos o de riesgo” ha permitido incorporar en las definiciones la dimensión particular del sujeto que consume. En el mismo sentido, “consumos” en plural intenta des homogeneizar este campo, recuperando la multiplicidad de las experiencias que una persona puede tener con las drogas psicoactivas. Por otro lado, la referencia a “problemáticos” intenta identificar el impacto del consumo en la vida cotidiana de ese sujeto en particular. Es decir, poder establecer con criterios objetivos

cuando el consumo interfiere de manera significativa con las actividades particulares de cada sujeto (Ferreira, 2018).

Así, los consumos problemáticos o de riesgo pueden definirse como: “aquellos consumos que –mediando o sin mediar sustancia alguna- afectan negativamente, en forma aguda o crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales”. (Ley 26.934, 2014: art. 2).

Los consumos problemáticos o de riesgo pueden manifestarse como dependencias o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicoactivas –legales o ilegales- o producidas por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras, o cualquier otro consumo diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud (Ley 26.934, 2014: art. 2).

De esta manera, lo que supone el concepto de consumos problemáticos o de riesgo es que el consumo es cualitativamente distinto de un sujeto a otro, y que cada acto de consumo asume una característica particular y especial en cada contexto y por lo tanto en el devenir de la relación con la sustancia (Gómez, 2017; Ferreira, 2018). Estas diferencias pueden observarse tanto en los efectos como en las consecuencias que trae el consumo en la vida cotidiana de los sujetos, como ser: su vida personal y relaciones sociales, su capacidad de producir (trabajar o estudiar), sus posibilidades de elección o autonomía, su salud psicofísica, etc. (Ley 26.934, 2014: art. 2).

A partir de la incorporación del concepto de consumos problemáticos o de riesgo, desde hace un tiempo, algunos autores han comenzado a incorporar la categoría de consumos perjudiciales y de riesgo, como un patrón de consumo de una sustancia psicoactiva que causa daño a la salud y que eleva el riesgo de sufrir consecuencias nocivas para el consumidor. El daño puede ser físico (p. ej., hepatitis por inyección de drogas) o mental (p. ej., episodios depresivos secundarios a una ingestión masiva de alcohol). El consumo perjudicial comporta a menudo, aunque no siempre, consecuencias sociales adversas. El equivalente más aproximado en otros sistemas diagnósticos (p. ej., DSM-IV-TR) es “abuso de sustancias”, que normalmente incluye las consecuencias sociales.

El riesgo hace referencia al incremento de probabilidades de sufrir consecuencias nocivas para el consumidor. Algunos autores limitan estas consecuencias a las de tipo físico y mental, mientras que otros incluyen también las consecuencias sociales (World Health Organization, 1994).

El patrón de consumo de alcohol que realizan actualmente los jóvenes y adolescentes, se caracteriza por ingerir cantidades elevadas (cinco o más tragos en una misma ocasión), durante unas pocas horas y algunos días a la semana -*Binge drinking*, consumo concentrado, consumo en atracón, consumo intensivo de alcohol (CIA)-, es una realidad que comparten muchos países, entre los que se incluye España y Argentina (Anderson y Baumberg, 2006; Comisión Clínica 2007; Del Zotto et al, 2010; Special Eurobarometer 272b/ Wave 66.2-CE, 2007; WHO, 2007; Kelly et al, 2013), este patrón de consumo es considerado un indicador de riesgo de consumo de riesgo (Gómez, 2017).

El consumo en atracón o CIA se caracteriza por un uso abusivo de alta intensidad y baja frecuencia, generalmente de los fines de semanas, las características de este patrón de consumo es la presencia de períodos de abstinencia entre los episodios de Consumo Intensivo (Comisión Clínica PNSD, 2007; Del Zotto y col, 2010). De esta manera los nuevos consumidores problemáticos se alejan del estereotipo de alcohólico crónico, consumidor diario, ya que se establecen un patrón de consumo excesivo pero centrado generalmente en tiempos de ocio, dando lugar a nuevas problemáticas como los cuadros de intoxicación agudos (OAD, 2013). Por lo que se hace necesario poder diferenciar los distintos modos de uso (uso, abuso, dependencia) sobre todo en el periodo adolescente ya que es difícil que, en estos grupos, aparezca el síndrome de abstinencia o tolerancia, por lo que no se hace adecuado hablar de dependencia sino de un consumo de riesgo de alcohol (Gómez y Calabrese, 2012).

En este sentido la expresión Consumo Intensivo de Alcohol (también denominado Consumo Excesivo Episódico) será utilizada para la medición realizada en los datos utilizados en esta tesis (Del Zotto y col 2010).

En el ámbito de las prácticas de salud dos son las referencias para establecer criterios que permitan delimitar fenomenológicamente los consumos de sustancias con consecuencias adversas para la salud. Por un lado, encontramos la CIE-10,- la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental realizada por la OMS- (Organización Mundial de la Salud) en 1992. La OMS es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. En nuestro país, el Ministerio de Salud ha adoptado esta clasificación para el registro de las atenciones en salud mental y psiquiatría.

El 18 de junio de 2018; la Organización Mundial de la Salud (OMS), lanzó una versión de la CIE-11 para permitir a los estados miembros prepararse para la implementación, incluida

la traducción de la CIE a sus idiomas nacionales¹. (Basarán, Flórez, Seijo & García, 2019).

Por el otro, encontramos el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM, por sus siglas en inglés) de la American Psychiatric Association (Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos) contiene una clasificación de los trastornos mentales con el propósito de proporcionar descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales (APA, 2013).

La elaboración del DSM en la década del 1950 surgió de la necesidad de contar con un sistema de clasificación de los trastornos mentales consensuado y aceptado ampliamente, debido al escaso acuerdo que había respecto de los criterios diagnósticos y las nominaciones de las diversas patologías en aquellos años (Frances, 2013; Echeburua, et al, 2014).

La primera edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, el DSMI, fue publicada en 1952 por el Comité de nomenclaturas y estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría. Este manual fue revisado, ampliado y actualizado desde ese entonces, encontrándose diversas versiones desde aquella primera edición, en 1968 apareció el DSM-II; en 1980 el DSM-III, en 1987 se publicó la revisión de la tercera edición llamada DSM-III-R; la cuarta edición revisada, el DSM-IV fue editado en 1994. En 2013 se publicó la edición número 5 conocida como DSM 5 actualmente en vigencia. (Frances, 2013).

Criterios para establecer consumo de riesgos

La CIE-10 ordena las situaciones relacionadas con el consumo de cualquier sustancia a partir de los tres principios siguientes:

a) La existencia de una relación etiológica entre el consumo de una sustancia y el trastorno mental observado.

¹ La CIE-11 se presentó además en la 144^a reunión de la Junta Ejecutiva en enero de 2019 y en la septuagésima segunda Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2019 y, tras su aprobación, los Estados miembros comenzarán a informar utilizando la CIE-11 el 1 de enero de 2022. (Basarán, Flórez, Seijo & García, 2019).

b) El concepto de sustancia psicoactiva (o psicotrópica). Estas sustancias son las que tienen “como efecto primario la alteración del funcionamiento cerebral” (CIE-10).

c) La actividad asistencial como criterio para establecer el diagnóstico principal. El trastorno principal es el que determina el seguimiento a largo plazo o bien el que motiva en un momento concreto la consulta médica o el ingreso en el hospital. En caso de que existan dudas sobre cuál es el trastorno principal y cuál el secundario o adicional, el manual recomienda seguir el orden numérico establecido (Pérez de los Cobos Peris, Etcheberrigaray Carrasco, Batlle Batlle, 2017).

De acuerdo con los principios referidos, los trastornos mentales relacionados con el consumo de sustancias se describen en los tres apartados siguientes:

- F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.
- F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas.
- F50-F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y factores somáticos.

A las alteraciones psicopatológicas causadas por las sustancias psicoactivas se les dedica el apartado específico denominado “F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas”. En esta sección se reúnen dos grandes grupos de alteraciones psicopatológicas. El primer grupo engloba trastornos que sólo algunas sustancias psicoactivas son capaces de causar: el consumo perjudicial y el síndrome de dependencia.

Además, este grupo de trastornos adictivos se encuentra integrado por la intoxicación aguda y el síndrome de abstinencia que son dos alteraciones muy relacionadas con los anteriores.

En el segundo grupo se recogen alteraciones mentales orgánicas que tanto las sustancias psicoactivas como las no psicoactivas pueden producir. Estas alteraciones son el trastorno psicótico, el síndrome amnésico, el trastorno de personalidad orgánico, el trastorno afectivo orgánico y la demencia. Este segundo grupo, obviamente, no es necesario describirlo en este apartado (Pérez de los Cobos Peris, Etcheberrigaray Carrasco, Batlle Batlle, 2017; Bascarán, Flórez, Seijo & García, 2019).

Los Trastornos por consumo de sustancias y comportamientos adictivos constituyen una agrupación de trastornos que se desarrollan como resultado del uso de sustancias psicoactivas, incluidos los medicamentos, y trastornos debidos a conductas adictivas que se desarrollan como resultado de comportamientos específicos de recompensa y refuerzo repetitivos (Heinz, Daedelow, Wackerhagen y Di Chiara, 2019). En la CIE-10, se ha de identificar primero la sustancia y luego calificar el síndrome clínico apropiado.

Los diagnósticos primarios mutuamente excluyentes son:

- Intoxicación Aguda
- Consumo Perjudicial
- Síndrome de Dependencia

Además, los siguientes diagnósticos pueden ser motivo de prestación de servicios de salud:

- Intoxicación por sustancias
- Abstinencia de sustancias

Intoxicación Aguda: Estado consecutivo a la administración de una sustancia psicoactiva, que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras respuestas y funciones psicofisiológicas. Las alteraciones están directamente relacionadas con los efectos farmacológicos agudos de la sustancia y se resuelven con el tiempo y con recuperación completa, salvo si el tejido cerebral está dañado o surge alguna otra complicación. Las complicaciones pueden ser traumatismos, aspiración del vómito, delirium, coma, convulsiones u otras complicaciones médicas. La naturaleza de estas complicaciones depende del tipo farmacológico de la sustancia y del modo de administración (Bascarán, Flórez, Seijo & García, 2019).

Para el diagnóstico tres criterios deben ser tenidos en cuenta:

C1. Debe haber evidencia clara de consumo reciente de una sustancia psicoactiva (o sustancias) en dosis lo suficientemente elevadas como para poder dar lugar a una intoxicación.

C2. Debe haber síntomas o signos de intoxicación compatibles con el efecto de una sustancia en particular (o sustancias), como se especifica más adelante, y de la suficiente

gravedad como para producir alteraciones en el nivel de conciencia, la cognición, la percepción, el estado afectivo o el comportamiento de modo clínicamente relevante.

C3. Los síntomas o signos no pueden ser explicados por ninguna enfermedad médica no relacionada con el consumo de la sustancia, ni por otro trastorno mental o del comportamiento.

Consumo Perjudicial: Forma de consumo de alguna sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicoactivas por vía parenteral) o mental (por ejemplo, episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol). Esta categoría implica lo que clásicamente se denomina Abuso de Sustancias (Bascarán, Flórez, Seijo & García, 2019).

Los criterios a tener en cuenta son:

A. Debe haber pruebas claras de que el consumo de una sustancia ha causado (o contribuido sustancialmente a) un daño físico o psicológico, incluido el deterioro de la capacidad de juicio o alteraciones del comportamiento.

B. La naturaleza del daño debe ser claramente identificable (y especificada).

C. La forma de consumo ha persistido por lo menos un mes o se ha presentado reiteradas veces en un período de doce meses.

D. El trastorno no cumple criterios para ningún otro trastorno mental o del comportamiento relacionado con la misma sustancia en el mismo período de tiempo (excepto para la intoxicación aguda).

Síndrome de Dependencia: La CIE 10 denomina así a un conjunto de fenómenos comportamentales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan tras el consumo reiterado de una sustancia y que, típicamente, incluye deseo intenso de consumir la droga; dificultades para controlar el consumo; persistencia en el consumo a pesar de las consecuencias dañinas; mayor prioridad dada al consumo que a otras actividades y obligaciones; aumento de la tolerancia y, a veces, un cuadro de abstinencia física.

El síndrome de dependencia puede presentarse para una sustancia psicoactiva específica (por ejemplo, tabaco, alcohol, diazepam), para una clase de sustancias (por ejemplo, opiáceos) o para un amplio rango de sustancias psicoactivas farmacológicamente diferentes.

La CIE establece que para establecer este diagnóstico deben haberse presentado simultáneamente tres o más de las siguientes manifestaciones durante al menos un mes o, si persisten durante períodos inferiores a un mes, deben haberse presentado repetidas veces y simultáneamente en un período de 12 meses:

1. Un deseo intenso o sensación de compulsión a consumir la sustancia.
2. Disminución de la capacidad para controlar el consumo en lo referente al inicio, término o cantidades consumidas, como se prueba por: consumo frecuente de cantidades mayores o durante más tiempo del que se pretende, o deseo persistente o esfuerzos sin éxito de reducir o controlar el consumo.
3. Un cuadro fisiológico de abstinencia cuando se reduce o cesa el consumo de la sustancia, como se prueba por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia, o por el consumo de la misma (o alguna parecida) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
4. Pruebas de tolerancia a los efectos de la sustancia tales como necesidad de aumentar significativamente la cantidad de la sustancia para conseguir intoxicarse o el efecto deseado, o marcada disminución del efecto tras el consumo continuado de la misma cantidad de sustancia.
5. Preocupación por el consumo de la sustancia, que se manifiesta por el abandono o reducción de importantes alternativas placenteras o de interés a causa del consumo de la sustancia; o por el empleo de mucho tiempo en actividades necesarias para obtener, consumir o recuperarse de los efectos de la sustancia.
6. Consumo persistente de la sustancia a pesar de las pruebas claras de sus consecuencias perjudiciales, que se evidencia por el consumo continuado cuando el individuo tiene en realidad conocimiento, o puede suponerse que lo tiene, de la naturaleza y amplitud del daño.

En el caso DSM 5 en el diagnóstico de los Consumo de riesgos la edición vigente incorporó una serie de cambios significativos en las categorías diagnósticas contenidas en los Trastornos por Consumo de Sustancias del DSM anterior-Versión IV-TR. El DSM-5 combina las categorías Abuso y Dependencia que establecía la versión anterior en un trastorno único medido en un “continuo secuencial” que va de leve a severo.

Cada sustancia específica (excepto la cafeína, que no puede diagnosticarse como trastorno de uso de sustancias) es atendida como un trastorno separado (por ejemplo, trastorno por uso de alcohol, trastorno por uso de estimulantes, etc.), pero casi todas las sustancias se diagnostican con base en los mismos criterios generales. En este trastorno abarcador, los criterios no solo se han combinado, también se han fortalecido. Mientras que el diagnóstico por abuso de sustancias antes requería solo de un síntoma, el trastorno leve por uso de sustancias requiere de entre dos y tres síntomas de una lista de once (APA, 2013).

Los principales cambios que el DSM-5 introduce, de acuerdo a Becoña Iglesias (2014), son los siguientes:

1) Se elimina el abuso y dependencia del DSM-IV-TR y solo queda el Trastornos Relacionados con Sustancias (TRS) como una suma de criterios de abuso y dependencia del DSM-IV-TR. El diagnóstico se hace cuando la persona tiene 2 o más síntomas de 11 a lo largo de un periodo de tiempo de 12 meses.

2) Aparece el Nivel de Severidad: Leve (2-3 síntomas), Moderado (4-5 síntomas) o Severo (6 o más síntomas) en función del número de criterios diagnósticos. Se ha sugerido que la categoría de leve equivale al abuso del DSM-IV-TR, y las de moderado y severo a las de dependencia del DSM-IV-TR.

3) Los 11 criterios proceden de unir los de abuso y dependencia del DSM-IV con las siguientes excepciones: a) se elimina el ítem del DSM-IV-TR referido a tener problemas legales (aduciendo que apenas se utilizaba y que reforzaba los prejuicios sociales hacia este tipo de trastornos), y b) se añade el ítem de craving.

4) Los TRS se dividen en dos grupos: a) trastornos por consumo de sustancias, y b) trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, otros trastornos mentales inducidos por una sustancia o medicación). Se mantienen la mayoría de los síndromes psiquiátricos inducidos por sustancias del DSM-IV-TR (ej., depresión inducida por consumo de sustancias) y se amplían a otros (ej., trastorno bipolar inducido por el consumo de sustancias).

5) Aparece por primera vez en el DSM-5 el trastorno de juego dentro de la categoría de trastorno por consumo de sustancias.

6) Las sustancias pasan de 11 en el DSM-IV-TR a 10 en el DSM-5, al hacer una reordenación de las mismas. Quedan las siguientes: alcohol; cafeína; cannabis; alucinógenos (fenciclidina y otros alucinógenos); inhalantes; opiáceos; sedantes; hipnóticos y ansiolíticos; estimulantes (sustancia anfetamínica, cocaína y otros estimulantes), tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas).

7) Se introduce el síndrome de abstinencia del cannabis (que no aparecía en el DSM-IV). El síndrome de abstinencia para la cafeína no se incluye, solo aparece en el apartado C del manual.

En el DSM 5 no se usa el término adicción como un término diagnóstico en esta clasificación, más allá de que sea usado en muchos países para describir problemas severos relacionados con el consumo compulsivo y habitual de sustancias (APA, 2013).

El término más neutral “trastornos por uso de sustancias” es usado para describir la amplia gama del trastorno, desde una forma leve a un estado grave de tipo crónico, recidivante y compulsivo de consumir drogas.

Algunos clínicos elegirán el término adicción para describir estos estados más extremos, pero la palabra fue omitida del diagnóstico del trastorno por uso de sustancias del DSM 5 por su incierta definición y su connotación potencialmente negativa.

Por otro lado, este nuevo esquema superador del categorial anterior por uno “secuencial” o “dimensional” ha dado lugar a debates tanto en ámbitos clínicos como epidemiológicos. Son varias las implicaciones que tienen para la clínica y para los estudios epidemiológicos de prevalencia los nuevos criterios diagnósticos, junto con algunos problemas que surgen con los mismos (Becoña Iglesias, 2014).

La consideración de una relación jerárquica entre abuso y dependencia era considerada problemática (Jones, Gill y Ray, 2012), de ahí que se haya eliminado. Es cierto que, aunque la mayoría de los clínicos asumían que un diagnóstico de abuso era un precursor y/o antecedente del posterior diagnóstico de dependencia, los estudios rigurosos indican lo contrario. Por ejemplo, en el de Schuckit et al. (2001) solo el 10 % de las personas diagnosticadas de abuso del alcohol se convertían posteriormente (3-5 años de seguimiento) en personas dependientes del alcohol (Becoña Iglesias, 2014).

La justificación de la unidimensionalidad para los Trastornos Relacionados con Sustancias (TRS) se basó en distintos análisis factoriales y en los estudios con la teoría de la respuesta

al ítem. En estos estudios aparecía un solo factor que incluye a ambas categorías de Abuso y dependencia (Hasin et al., 2013).

Otro importante punto de discusión es el punto de corte para el diagnóstico. Ahora son 2 de 11 criterios. En los estudios de validación realizados, utilizando tanto muestras de la población general como clínicas, cambiaba poco la prevalencia de usar 2, 3 o 4 criterios como punto de corte para el TRS (Hasin et al., 2013). Pero otros estudios, con muestras muy amplias y controlando la diversidad cultural (Kerridge, Saha, Gmel y Rehm, 2013), indican para el alcohol que el punto adecuado con criterios DSM-5 sería el de 4, no 2. Y, en el estudio de Compton & Baler (2016), también con una amplia muestra, con criterios DSM-5, el punto de corte sería de 4 o más para el alcohol, cocaína y opiáceos. Para el cannabis sería de 6 o más criterios.

Lo que pretende el DSM-5 al bajar el punto de corte es contener a los “diagnósticos huérfanos” o falsos negativos (Agrawal, Health y Lynskey, 2011). El problema ahora está en que hay el riesgo de diagnosticar esos diagnósticos huérfanos y otros adicionales que no tengan esas personas, esto es incrementar los falsos positivos.

La tensión, siempre presente, entre sensibilidad versus especificidad de un instrumento diagnóstico se resolvería inclinando la balanza del lado de la sensibilidad al costo del sobre diagnóstico (Frances, 2013).

Es así que algunos autores sugieren categorizar el listado de 11 criterios (síntomas) de acuerdo a cuatro categorías que permitirían especificar mejor la magnitud y la característica del trastorno: Control deficitario, Deterioro social, Consumo de riesgo y Criterio farmacológico (Portero Lazcano, 2015).

Así agrupados los 11 criterios del DSM 5 quedan:

Control deficitario

- Consumo de grandes cantidades de sustancia o lo hace durante un tiempo más prolongado de lo previsto.
- Deseos insistentes de dejar o regular su consumo y relata esfuerzos fallidos por disminuir o abandonar este.
- Inversión de gran parte del tiempo intentando conseguir la droga, consumiéndola o recuperándose.
- Deseo intenso de consumo (Craving).

Deterioro social

- El consumo recurrente puede llevar al incumplimiento de deberes en los ámbitos académicos, laborales o domésticos.
- Puede seguir consumiendo a pesar de los problemas recurrentes o persistentes en la esfera social o interpersonal causados o exacerbados por los efectos del consumo.
- Se reducen o abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo de sustancias.

Consumo de riesgo

- Puede producirse un consumo recurrente de la sustancia incluso en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
- La persona consume de forma continuada a pesar de saber que padece un problema físico o psíquico recurrente o persistente que probablemente se pueda originar o exacerbar por dicho consumo.

Criterio farmacológico

- Signos y síntomas claros de Tolerancia.
- Signos y síntomas claros de Abstinencia.

Epidemiología del consumo de riesgo de drogas

La epidemiología se ha definido como “el estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o fenómenos relacionados con la salud en poblaciones específicas y la aplicación de este estudio al control de los problemas sanitarios” (Vidal Ledo, Guinovart Díaz, Baldoquín Rodríguez, Valdivia Onega & Morales Lezca; 2020).

La perspectiva epidemiológica aplicada al conocimiento y comprensión del consumo de riesgo de drogas, constituye un aspecto esencial en su definición como problemática del campo de la salud pública.

El enfoque epidemiológico permite conocer cómo se distribuye el consumo en las poblaciones, cuáles son los determinantes de tal distribución, cuáles los factores de riesgo y cuáles los de protección y, por ende, cuáles los grupos de mayor exposición o riesgo. Toda esta información constituye un insumo central para la definición acertada de las políticas públicas (OAD, 2016).

La unidad de análisis en la investigación epidemiológica suele ser la población humana. Esta población puede ser de un tamaño muy variable y tiende a estar definida geográficamente y/o por determinadas características (como ser: sexo, edad, nivel educativo, entre muchas otras). Desde esta perspectiva, la unidad investigada puede estar conformada, por ejemplo: por jóvenes escolarizados de una escuela determinada, por pacientes en centros de rehabilitación, o la población general de un país, una región, una provincia u otro recorte geográfico (OAD, 2016).

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

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

Lo que surge de manera clara es que los modelos explicativos de los procesos asociados a los consumos problemáticos o de riesgo de sustancias solo pueden ser asumidos como estructuras multivariadas y complejas. Esto es, modelos explicativos que puedan integrar el análisis de múltiples variables al mismo tiempo. Este tipo de mirada sólo puede ser desarrollada mediante métodos estadísticos que permitan determinar la contribución de varios factores en un simple evento o resultado como lo hace el denominado Análisis Multivariante; según el cual los factores de estudio son los llamados factores de riesgo, variables independientes o variables explicativas (Alaminos et al. 2016).

De esta manera los consumos problemáticos o de riesgo constituyen fenómenos para estudios de tipo multicausal, donde confluyen en su producción factores sociales, económicos, culturales, ambientales, biológicos y sobre todo psicológicos. Acorde con este enfoque teórico, el marco metodológico de esta tesis se apoya en los modelos multivariados, buscando complementar diversas fuentes de información y de modalidades de análisis de los datos, para abordar y comprender de manera más integral la problemática bajo estudio.

Este tipo de metodología, a partir de la medición numérica y el análisis estadístico, puede ser aplicado para la consecución de diversos objetivos tales como: establecer patrones de

comportamiento o regularidades, estudiar relaciones entre variables, probar teoría, explicar y/o predecir hechos. El diseño de este tipo de investigación presenta un alto grado de estructuración y especificación del objeto de estudio, de la definición de las variables intervinientes, de las técnicas de recolección y de análisis de datos. El estudio de los fenómenos bajo esta perspectiva metodológica implica trabajar con datos y hechos cuantitativos, cuantificables o mensurables. Una de sus particularidades centrales es la posibilidad de establecer generalizaciones respecto a los resultados alcanzados (OAD, 2016; Alaminos et al. 2016).

El Paradigma del Riesgo (juego de probabilidades) ha impregnado la lógica epidemiológica preponderante (López & González, 2014).

Es así que, en el análisis del estudio de la salud de una población o grupo determinado, se indagará qué probabilidades existen que se produzca cierto evento de salud a partir de una serie dada de factores de exposición. En este sentido, cualquier posible asociación entre un evento (por ej. consumo de alguna sustancia en particular) y un factor de riesgo (por ejemplo, tener fácil acceso a la compra de la sustancia) será medido en términos de probabilidad, pero nunca en términos de causalidad (López & González, 2014).

Conceptos claves en epidemiología

La Epidemiología dispone de diferentes tipos de medida: a) de ocurrencia de la enfermedad; b) de asociación y c) de significancia estadística. En los denominados estudios descriptivos se manejan fundamentalmente dos tipos de cálculos de tasas, que pertenecen al primer grupo enunciado (de ocurrencia). Estas medidas se denominan tasa de **prevalencia** y tasa de **incidencia** (Almeida Filho & Rouquayrol, 2008).

La prevalencia se define como la proporción de casos de un evento de interés (una enfermedad o evento de salud) en una población expuesta al riesgo en un momento determinado. Clásicamente se diferencian tres tipos de prevalencia: de punto, de periodo y de vida. En el caso específico del consumo de sustancias estos tres tipos de prevalencias se denominan:

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

Prevalencia de año: número de personas que consumió en el último año determinada sustancia.

Prevalencia de vida: indica el número de personas que consumió alguna vez en la vida determinada sustancia.

La tasa de prevalencia se calcula dividiendo el número de casos (cantidad de personas que han consumido X sustancia) sobre la población expuesta al riesgo (es decir, que tiene probabilidad de consumir) y suele ser expresado en casos por 10, 100 o 1000 personas (Almeida Filho & Rouquayrol, 2008).

La incidencia se define como la proporción de casos nuevos de un evento de interés (una enfermedad o evento de salud) en una población y en un periodo de tiempo determinado. En relación a los consumos de sustancias, la incidencia de consumo estima el número de nuevos consumidores de determinadas sustancias en un periodo determinado, por ejemplo, en el último año (incidencia anual).

Desde el punto de vista epidemiológico, hay mayor interés en conocer específicamente cuántos casos nuevos de un determinado padecimiento aparecen en una población durante un período de tiempo. Más concretamente, es importante conocer cuántos casos nuevos surgen de una población que está en riesgo de padecer una determinada enfermedad o daño a la salud; es decir, un indicador de la rapidez de cambio del proceso dinámico de salud y enfermedad en la población. La medida de ocurrencia de casos nuevos de enfermedad en una población en riesgo en un tiempo determinado se denomina incidencia. En general, la incidencia nos da una idea del riesgo promedio que tienen los individuos en la población de padecer un evento de salud negativo, así como evaluar la eficacia de las acciones de control adoptadas (Castillo, C., Mujica, O., Loyola, E., & Canela, J. 2013).

Estudios nacionales de consumo de sustancias

Los primeros estudios nacionales en Argentina datan de 1989 y fueron llevados a cabo por el Observatorio Argentino de Drogas (Sedronar), en población general de 12 a 65 años y del año 2001 en estudiantes del nivel medio.

En ambas poblaciones se continuaron los estudios con cierta periodicidad, pero la mayor comparabilidad se ha logrado con los estudios en población adolescente escolarizada.

Los estudios nacionales en los estudiantes del nivel medio, con muestras provinciales, se realizaron en el 2001, 2005, 2007, 2009, 2011 y 2014 (OAD, 2012).

El objetivo de estos estudios fue construir información rigurosa, útil y confiable que aporte al diseño, monitoreo y evaluación de políticas públicas, estos estudios tienen como propósito estimar la magnitud y tipos de consumo de sustancias psicoactivas de adolescentes y jóvenes que asisten a establecimientos de enseñanza media en nuestro país desde una perspectiva que reconozca las múltiples dimensiones de estos fenómenos y las heterogéneas maneras en que se configuran territorialmente.

A su vez, estas investigaciones forman parte del Sistema Interamericano de Datos Uniformes, por lo que se siguen los lineamientos sugeridos por organismos multilaterales como la CICAD/OEA y ONUDD garantizando la comparabilidad de estos datos con estudios previos realizados en nuestro país y con los realizados en otros países de la región (OAD, 2014).

La meta explícita de estos registros es comprender a los adolescentes escolarizados como sujetos históricos inmersos en condiciones de vida particulares antes que como meros “consumidores” de una u otra sustancia psicoactiva. Frente a las explicaciones causales o deterministas del consumo de sustancias, se busca poner en juego un análisis que permita identificar contextos de vulnerabilidad específicos, reconociendo a los jóvenes como actores sociales con capacidad de acción y atendiendo a la manera en que reflexionan sobre sí mismos, sobre la relación con sus pares, su familia, la escuela, sus deseos y problemas (OAD, 2014).

Son trabajos de carácter cuantitativo que proponen como estrategia la implementación de un cuestionario estructurado, auto administrado, anónimo y voluntario. La cobertura alcanza al total del país y los datos obtenidos tienen representatividad nacional y provincial. Además de estimar la magnitud y características del consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enseñanza media, tanto a nivel nacional como provincial, se buscó poder garantizar la comparabilidad de la información obtenida con los estudios nacionales realizados anteriormente (OAD, 2014).

La población bajo estudio fueron los estudiantes de enseñanza media. Por las características del estudio, se seleccionaron los alumnos que cursan el 8vo, el 10mo y el 12avo año de estudios en escuelas públicas y privadas de todo el país. En cada provincia

se seleccionó una muestra representativa mediante un sorteo aleatorio utilizando como marco el listado oficial de instituciones provisto por el Ministerio de Educación de la Nación.

En el 2014 se registró un tamaño muestral mayor a los estudios anteriores, también se observó una alta tasa de efectividad, lo cual es un indicador de que los datos obtenidos serán de precisión y confiabilidad. Cabe recordar que sólo los estudios del 2009, 2011 y 2014, incluyeron escuelas de todas las provincias del país.

El diseño del cuestionario en 2014 se ajustó a los objetivos específicos de este tipo estudios, pero además se introdujeron algunas modificaciones con el fin de lograr una caracterización sociodemográfica más precisa de los estudiantes.

Por este motivo, se incluyeron preguntas en las cuales se indagó acerca de los vínculos afectivos, espacios de pertenencia, tiempo libre, expectativas para el futuro y los problemas que más los preocupan. También se incorporaron preguntas sobre el uso combinado de alcohol y tranquilizantes, éxtasis o energizantes durante el último mes.

Algunas cuestiones conceptuales sobre las drogas y sus clasificaciones

Para clasificar las drogas se pueden seguir diferentes criterios, por ejemplo, por su origen (naturales, sintéticas, semisintéticas), por su estructura química, por su acción farmacológica, por el medio socio-cultural (legales-ilegales, institucionalizadas-no institucionalizadas, duras-blandas, más peligrosas-menos peligrosas) o con respecto al sujeto, utilizándose en este caso clasificaciones clínicas (Soler Insa, 1981).

Estos diferentes criterios responden a la diversidad de puntos de vista disciplinarios. Aunque no se cuestiona la utilidad metodológica y didáctica de estas clasificaciones, la verdad es que cualquiera de ellas presenta limitaciones reales importantes (Cortés y Mayor; 2002). Sin duda alguna, la clasificación de las drogas depende del contexto.

Asumiendo que todas las clasificaciones son parciales e insuficientes, una clasificación proveniente de la ciencia empírica debe poder establecer con claridad lo que son drogas diferenciándolas de las que no lo son. Deben estar incluidas todas las drogas, algo que, en algunos ámbitos, como la legislación penal, no parece tenerse en cuenta.

Siendo consecuente con una aproximación científica a esta temática, sabemos que el paso inmediato y superador de la mera observación es la de agrupar los objetos de estudio en grupos según características comunes y excluyentes. En este sentido, la existencia de

clasificaciones de las sustancias psicoactivas remite a un concepto central y de gran importancia para las ideas desarrolladas en esta tesis: existen las drogas, no “la droga” en singular (Soler Insa, 1981).

Teniendo en cuenta la gran diversidad de drogas disponible en la actualidad, y que la característica común a las denominadas drogas de abuso es la “psicoactividad”, es decir, su capacidad para llegar al cerebro y modificar su funcionamiento habitual; en esta tesis tomaremos este último criterio de clasificación, atendiendo a que el principal interés son los efectos de las drogas sobre el comportamiento y los procesos cognitivos.

Se hace a continuación una clasificación atendiendo a su principal efecto sobre el SNC.

Clasificación de drogas de acuerdo a su principal efecto sobre el SNC

1. Drogas depresoras del SNC: Son aquellas sustancias que tienen la propiedad de disminuir o bloquear las funciones del SNC, tendientes a reducir el nivel de *arousal* (activación), producir relajación, sedación. Producen ralentización del procesamiento de la información y de las respuestas de los sujetos. Algunas de ellas pueden, en dosis bajas e inicialmente, producir excitación y estimulación: alcohol, opiáceos y analgésicos narcóticos (heroína, morfina, codeína, metadona, propoxifeno), sedantes y ansiolíticos, hipnóticos (barbitúricos y no barbitúricos, y tranquilizantes mayores o anti psicóticos.

En nuestro país los informes epidemiológicos indican que las sustancias de este grupo con mayor prevalencia de vida son el Alcohol con un 81% en población general y 70,5% en escolares y el grupo sedante y ansiolíticos con 3,2% y 4,5% respectivamente (OAD, 2014, 2017). Finalmente cabe aclarar que se han incluido en este grupo los Tranquilizantes mayores o antipsicóticos atendiendo al criterio de clasificación, pero no hay evidencia de sean utilizadas como drogas de abuso (OAD, 2017).

2. Drogas estimulantes del SNC: Aquellas sustancias que tienen la propiedad de activar o estimular las funciones del SNC. Suelen aumentar la atención y el estado de alerta, pueden producir una sensación subjetiva de mayor rendimiento mental y físico, generando una ilusión de mayor capacidad intelectual y exceso de confianza en sí mismo. Disminuyen la sensación de fatiga y reducen el hambre: estimulantes mayores como diversas formas de cocaína y anfetaminas o estimulantes menores como la nicotina y las xantinas.

Dentro de este grupo destaca el consumo de Nicotina: 51,3 % en población general y 35,8% en escolares; Las diversas formas de Cocaína 5,8% en población general y 6% en

escolares. Mención aparte merece las Xantinas (Cafeína) no medida en población general pero que indagada en población escolar indica una prevalencia del 67,5% consumida en el formato de bebidas energizantes (OAD, 2014; 2017).

3. Drogas perturbadoras del SNC: Son aquellas sustancias que pueden modificar la actividad mental produciendo distorsiones perceptivas, ilusiones y alucinaciones de intensidad variable. Pueden producir una sensación subjetiva de bienestar, relajación y euforia. También producen dificultades para fijar la atención, problemas de concentración, memoria y una marcada disminución de los reflejos y la coordinación motriz en general: alucinógenos, derivados del cannabis, drogas de síntesis, e inhalantes.

En grupo podemos mencionar a los derivados del Cannabis (Marihuana, etc) con una prevalencia 19% en población general y de 15,9% en escolares; Éxtasis 1,3% en población general y 2,3% en escolares (OAD, 2014; 2017).

Vulnerabilidad, factores de riesgo y protección

Las personas difieren en el uso que hacen de las drogas y el alcohol. Algunas personas nunca experimentan con ellas. De aquellas que la usan, algunas dejan de utilizarlas luego de algunas experiencias y no vuelven usarlas de nuevo. Otras continúan utilizándolas de forma irregular o pueden convertirse en un usuario regular y recurrente. Por último, algunos pocos desarrollan un patrón patológico de uso de drogas que pueden terminar en un consumo de riesgo severo (Gómez 2017).

Por lo tanto, no todo el mundo consume drogas, no todos los que consumen se convierten en usuarios regulares o irregulares y de estos sólo algunos se vuelven usuarios compulsivos de las drogas. La diferencia en el resultado del comportamiento respecto a las drogas es atribuible a diferencias en la "vulnerabilidad" de los sujetos respecto al uso de las mismas (Glanz y Pickens; 1992).

El intento de comprender mejor los factores que intervienen en la vulnerabilidad es un tema central de esta tesis. Es decir, comprender mejor los factores que contribuyen a la progresión del consumo de drogas de abuso.

Hablar de consumos problemáticos o de riesgo es hablar de diferentes personas que consumen drogas, en diferentes situaciones y con diferentes consecuencias.

Contrariamente a los prejuicios y mitos arraigados en nuestra sociedad, una persona no comienza a consumir hoy una droga y mañana tiene una dependencia de la misma. El proceso es mucho más complejo, más lento e impredecible.

Clásicamente se ha propuesto diferenciar, en el proceso que lleva a un consumo de riesgo, una fase previa o de predisposición, una fase de conocimiento, una fase de experimentación e inicio al consumo de sustancias, la fase de consolidación, pasando del uso al abuso y a la dependencia, la fase de abandono o mantenimiento y la fase de recaída (Becoña Iglesias; 2002).

Si bien hay acuerdo para afirmar que el origen del consumo de drogas se sitúa en la infancia temprana (Becoña Iglesias, 2002), de acuerdo a los datos epidemiológicos disponibles la iniciación real en el consumo comienza normalmente, para la mayoría de las personas, en la adolescencia temprana, y avanza a partir de aquí, según una secuencia bastante bien definida, a lo largo de la adolescencia media (Millman y Botvin, 1992, OAD 2012, Gómez 2107).

En sus primeras etapas, el consumo de drogas es infrecuente, se limita a una única sustancia y a situaciones sociales determinadas. A medida que aumenta la implicación, el consumo se incrementa tanto en frecuencia como en cantidad y progresa hacia múltiples sustancias.

Conocer los factores de riesgo y de protección que entran en juego en el desarrollo de un patrón patológico del consumo de drogas, se convierte así en un punto de gran relevancia para el tratamiento y la prevención de los consumos problemáticos.

Se entiende por factor de riesgo «un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)» (Clayton, 1992, p. 15).

Por factor de protección «un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas» (Clayton, 1992, p. 16).

En ambas definiciones se observa la condición de probabilísticos de los denominados factores de riesgo o protección en relación a la vulnerabilidad de los sujetos (Newcomb y Bentler;1998).

Los supuestos básicos que caracterizan la investigación sobre los factores de riesgo en relación con el abuso de drogas son los siguientes: 1) un simple factor de riesgo puede tener múltiples resultados, 2) varios factores de riesgo o de protección pueden tener un impacto en un simple resultado, 3) el consumo de riesgo puede tener efectos importantes en los factores de riesgo y de protección, y 4) la relación entre los factores de riesgo y de protección entre sí y las transiciones hacia el consumo de riesgo pueden estar influidas de manera significativa por las normas relacionadas con la edad (Becoña Iglesias; 2002).

Un factor de riesgo viene a ser una asociación o correlato entre un sujeto o situación y un resultado (Offord y Kraemer, 2000). De esta manera es una correlación y de ahí que hablemos de un correlato con una probabilidad de resultado.

A su vez Offord y Kraemer (2000) distinguen tres tipos de riesgo: marcador fijo, factor de riesgo variable y factor de riesgo causal. El factor de riesgo que no puede cambiarse ni modificarse sería el marcador fijo, como por ejemplo el sexo, etc. Cuando un factor de riesgo puede cambiar espontáneamente dentro del sujeto o como resultado de una intervención se habla de factor de riesgo variable. Cuando un factor de riesgo puede ser manipulable y cuando dicha manipulación cambia la probabilidad del resultado, ésta se llama el factor de riesgo causal. Pero, además, aunque encontremos que un factor de riesgo es significativo, no debemos olvidar si es de relevancia clínica o social.

Recordando que se trata de correlaciones, no es lo mismo la significación estadística que la relevancia clínica o social de los fenómenos.

El citado texto de Clayton (1992) ha insistido en que existen varios principios generales que se deben siempre tener en cuenta cuando hablamos de los factores de riesgo, que para él son cinco:

1) los factores de riesgo (características individuales o condiciones ambientales) pueden estar presentes o no en un caso concreto. Cuando un factor de riesgo está presente, es más probable que la persona use o abuse de las drogas que cuando no lo está.

2) La presencia de un solo factor de riesgo no es garantía para que vaya a producirse el abuso de drogas y, por el contrario, la ausencia del mismo no garantiza que el abuso no se produzca. Lo mismo sucede en el caso de los factores de protección. El consumo de riesgo suele ser probabilístico y, en todo caso, es el resultado de la intervención conjunta de muchos factores.

3) El número de factores de riesgo presentes está directamente relacionado con la probabilidad del abuso de drogas, aunque este efecto adicional puede atenuarse según la naturaleza, contenido y número de factores de riesgo implicados.

4) La mayoría de los factores de riesgo y de protección tienen múltiples dimensiones medibles y cada uno de ellos influye de forma independiente y global en el abuso de drogas.

5) Las intervenciones directas son posibles en el caso de alguno de los factores de riesgo detectados y pueden tener como resultado la eliminación o la reducción de los mismos, disminuyendo la probabilidad del abuso de sustancias. Por el contrario, en el caso de otros factores de riesgo, la intervención directa no es posible, siendo el objetivo principal atenuar su influencia y, así, reducir al máximo las posibilidades de que estos factores lleven al abuso de drogas.

En este texto Clayton (1993), enumeraba de forma genérica los siguientes factores de riesgo: tener problemas económicos, ser hijo de padres con problemas de abuso de drogas, ser víctima de abuso físico, sexual o psicológico, jóvenes sin hogar, jóvenes que abandonan la escuela, jóvenes embarazadas, jóvenes implicados en actos delictivos y/o violentos, jóvenes con problemas de salud mental, jóvenes que han intentado cometer suicidio.

Más recientemente Becoña Iglesias (2002) propone la clasificación elaborada Pollard et al. (1997), quienes, en base a un cuestionario diseñado para evaluar los factores de riesgo y protección, han planteado los que son más relevantes y que por ello deben ser evaluados. Estos autores los dividen en cuatro dominios: comunidad, escuela, familia e individual-pares.

Dentro de la comunidad los factores de riesgo considerados son: bajo apego en la crianza, desorganización comunitaria, migraciones y movilidad, leyes y normas favorables al uso de drogas y disponibilidad percibida de drogas y armas de fuego. En este dominio los factores de protección son reforzar la implicación en la comunidad y las oportunidades para esta implicación o integración en la comunidad (Becoña Iglesias; 2002).

En el dominio escolar los autores señalan dos factores de riesgo y otros dos de protección.

Los de riesgo son el bajo rendimiento académico y el bajo grado de compromiso con la escuela. Los de protección las oportunidades por la integración en la escuela y los refuerzos por la implicación en la escuela (Becoña Iglesias; 2002).

Dentro del dominio familiar los factores de riesgo propuestos son la baja supervisión familiar, la baja disciplina familiar, el conflicto familiar, la historia familiar de conducta antisocial, las actitudes parentales favorables a la conducta antisocial y las actitudes parentales favorables al uso de drogas. Como factores de protección indican el apego a la familia, las oportunidades para la implicación familiar y los refuerzos por la implicación familiar (Becoña Iglesias; 2002).

Finalmente, en el dominio individual y de pares, los factores de riesgo que estos autores consideran son la rebeldía, la temprana iniciación en la conducta antisocial, las actitudes favorables a la conducta antisocial, las actitudes favorables al uso de drogas, la conducta antisocial de los iguales, el uso de drogas por los iguales, el refuerzo por parte de los iguales de la conducta antisocial, la búsqueda de sensaciones y el rechazo de los iguales. Y, como factores de protección la autodisciplina, la creencia en el orden moral, las habilidades sociales y el apego a los iguales (Becoña Iglesias; 2002).

Posteriormente Muñoz-Rivas et al. (2000) revisan extensamente los factores de riesgo y protección y los agrupan en ambientales/contextuales, individuales (genéticos, biológico-evolutivos y psicológicos) y factores de socialización. Por ejemplo, dentro de los psicológicos considera la depresión y la ansiedad, las características de personalidad (búsqueda de sensaciones, personalidad antisocial), actitudes favorables hacia las drogas y ausencia de valores ético-morales.

Estos autores (Muñoz-Rivas et al.; 2000) incluyen dentro de los factores de socialización los familiares, los factores relacionados con la influencia del grupo de iguales y los factores escolares.

Específicamente, para los factores familiares consideran cinco: la estructura y composición familiar, el estatus socioeconómico familiar, la disciplina familiar, las relaciones afectivas y de comunicación, y las actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas.

Desde hace años varios autores han propuesto que el consumo de drogas no se separe de otras conductas problema. Esto es, la persona que consume drogas, también lleva a cabo conductas violentas, de riesgo, etc. (Becoña Iglesias; 2002). A esto se le ha dado distintos nombres, como el de síndrome de la conducta problema (Jessor, Donovan y Costa, 1991).

De modo semejante Félix-Ortiz y Newcomb (1999) incluyen todos los factores de riesgo y protección para el consumo de drogas bajo un solo factor de *vulnerabilidad*. El mismo estaría constituido por los factores de riesgo y protección en los siguientes niveles: intrapersonal, familiar, iguales y cultura y sociedad. De los factores de riesgo, algunos de ellos incrementarían más la vulnerabilidad que otros, aunque hoy no se conoce claramente la jerarquización de los mismos.

Este factor de vulnerabilidad serviría para explicar el consumo de todas las drogas, tanto consideradas en conjunto como separadamente para cada una de ellas (Becoña Iglesias; 2002).

El modelo epidemiológico del uso de drogas hipotetiza que el consumo está influenciado por el número más que por el tipo de factores de riesgo al que la persona es expuesta (Félix-Ortiz y Newcomb, 1999). Con frecuencia suele omitirse que los factores de riesgo no están solos. Junto a ellos están también presentes los factores de protección.

Una amplia literatura (Becoña Iglesias; 2002; Jessor, Donovan y Costa, 1991; Félix-Ortiz y Newcomb; 1999) ha relacionado los factores de riesgo, protección y la vulnerabilidad a la drogodependencia con otras conductas problema, especialmente a las conductas antisociales o consideradas problemáticas socialmente. Detectar los jóvenes vulnerables a este tipo de problemas es de gran relevancia y pone en evidencia la complejidad de los problemas agrupados bajo la categoría de consumos problemáticos o de riesgo.

Finalmente es importante señalar que casi toda la literatura con base empírica en este tema ha concluido que, la mejora en las condiciones materiales de existencia (ej., reducción de la precarización laboral y el desempleo, mejora de la calidad educativa, accesibilidad a los servicios de salud; etc.) y del ambiente psicológico (ej., crianza adecuada con una buena interacción con la familia y un adecuado nivel de afectividad; poder desarrollar sus capacidades y expresar sus opiniones; etc.) de las personas, son factores cruciales a la hora de pensar y diseñar abordajes eficaces en esta problemática (Becoña Iglesias, 2002; Gómez, 2017).

3.2 Asociación del consumo de sustancias psicoactivas con la morbilidad y la mortalidad

El análisis de los factores que intervienen en el comportamiento de la mortalidad a lo largo del tiempo es uno de los principales objetos de estudio de la demografía. Si bien la muerte es un imperativo inevitable asociado a la condición de mortal del ser humano, toda

defunción tiene asociada una causa y la humanidad ha tenido la capacidad a lo largo de la historia de controlar y retrasarlas, aumentando la esperanza de vida de las poblaciones. Las causas de muerte pueden ser endógenas o exógenas y su estudio permite mejorar las condiciones de salud de la población. En este capítulo se presentan los aspectos conceptuales relativos a la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas, como causa exógena, y la morbilidad y mortalidad, lo que permite evaluar el impacto epidemiológico y demográfico de un comportamiento individual, usualmente estudiado desde el punto de vista psicológico, médico o legal.

Para poder zanjar la complejidad de obtener estadísticas confiables que permitan estudiar esta relación, desde la CICAD y la OEA (2014) se ha desarrollado un indicador a partir de los registros de estadísticas vitales que permite establecer proporciones en los niveles de mortalidad producidos por el consumo de sustancias psicoactivas. El indicador de mortalidad relacionada al consumo de sustancias (IMRCD) estima el número anual de defunciones que pueden relacionarse directa o indirectamente con el consumo de sustancias psicoactivas en un territorio determinado. (OAD, 2012 - Mortalidad relacionada al consumo de drogas en Argentina 2004-2010). El indicador considera dos tipos de causas de muerte: las directas que provienen de una “reacción aguda al consumo accidental, autoinfligido intencionalmente, hetero inferido o de intención no determinada y, aquellas cuyas causas de muerte se deban directamente al, o como consecuencia del consumo consuetudinario de drogas”, como por ejemplo las muertes por envenenamiento o por sobredosis o por enfermedades alcohólicas del hígado; y las indirectas, que remiten a aquellas que surgen de la evidencia del efecto del consumo en el desarrollo de determinadas enfermedades, es decir que solo son parcialmente atribuibles a las sustancias psicoactivas, como algunos tipos de cáncer cuya probabilidad de incidencia se incrementa con el uso de tabaco, alcohol o alguna otra sustancia psicoactiva. (OAD, 2019).

De acuerdo a Cherpitel (2009). Alcohol and injuries: emergency department studies in an international perspective. World Health Organization: Geneva. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/msbalcinuries.pdf), la exposición prolongada a los efectos del consumo de sustancias incrementa las posibilidades de desarrollar ciertas enfermedades, operando el consumo como un factor de riesgo.

Asimismo, de acuerdo al quinto estudio realizado en salas de emergencia en el año 2012 por el Observatorio Argentino de Drogas de la SEDRONAR, el 12,3% de las consultas a

las salas de emergencia se produjeron por causas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. (OAD, 2013).

El impacto del consumo en las muertes para las cuales el consumo de sustancias psicoactivas es una causa indirecta se denomina fracción atribuible (FA) y cuantifica la carga atribuible al consumo de cada sustancia como factor de riesgo de una enfermedad o lesión. Como cualquier medida estadística, la misma puede variar de acuerdo a las características demográficas. La fórmula relaciona las prevalencias de consumo de cada sustancia con el riesgo relativo a padecer una enfermedad teniendo o no teniendo prevalencia de consumo de cada sustancia. En el caso de la Argentina, donde no se conocen los riesgos relativos, la FA es analizada utilizando coeficientes calculados por la OMS, The American Cancer Society's Cancer Prevention Study, phase II y por Schultz, J. (OAD, 2017)

Con el fin de presentar la importancia de estudiar los diferenciales en el consumo de sustancias psicoactivas entre los estudios de morbilidad y mortalidad se presenta el estado de situación de las muertes atribuibles, ya sea en forma directa como indirecta, al consumo de sustancias por causa de muerte para Argentina y cada una de las provincias, en el año 2017. Para esto se retoman los datos presentados por SEDRONAR (OAD, 2019) en base al Registro Nacional de Defunciones de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación y a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10) de la OMS. Debe tenerse en cuenta que la declaración de las causas de muerte en los certificados de defunción presenta problemas de calidad, por lo que los valores que se presenten estarán sujetos a un subregistro. (OAD, 2017).

De acuerdo a OAD (2019), en el año 2017 hubo 81.114 muertes de personas de 15 a 64 años (una tasa bruta de mortalidad de 287,13 cada 100.000 habitantes). De estas, se estima que el 19,1% es atribuible en forma directa o indirecta al consumo de sustancias. Este porcentaje implica 15.500 personas, y una tasa bruta de mortalidad de 54,9 cada 100.000 habitantes. De estos 15.500 fallecimientos, el 6,5% se debe a causas directas y el 93,5% a indirectas (con tasas brutas de mortalidad de 3,6 cada 100.000 y 51,3 cada 100.000 respectivamente).

La relación con el consumo de sustancias psicoactivas es superior entre los varones, ya que mientras en las defunciones totales de 2017 representaron el 63%, para las relacionadas con el consumo de sustancias, se eleva al 69,4%.

Dentro de las defunciones por causas atribuibles, la sustancia con mayor incidencia es el tabaco (70,8% de las causas), seguido por el alcohol (27,2%) y en menor proporción las drogas ilegales (1,5%) y las sustancias de uso indebido (0,5%).

En cuanto a las causas de muerte atribuibles al consumo de sustancias el 91,8% corresponde a enfermedades crónicas, y entre estas, las enfermedades cardiovasculares representan el 42,9%, los cánceres y neoplasias el 38,5%, las enfermedades infecciosas el 10,3%, mientras que las enfermedades neuro-psiquiátricas al 1,8% y otras enfermedades como gastritis alcohólica, enfermedad alcohólica del hígado, pancreatitis crónica inducida por el alcohol, afecciones tubulares y tubulointestinales inducidas por drogas y por metales pesados, diabetes mellitus, enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno, pancreatitis aguda, y otras pancreatitis crónicas, el 6,5%.

El restante 8,2% de muertes atribuibles al consumo de sustancias tiene como causa lesiones o causas externas, como accidentes, suicidios, envenenamientos, sobredosis. Estas últimas son especialmente elevadas en la población entre 20 y 35 años.

En esta investigación la unidad de estudio son las provincias argentinas, por lo que resulta fundamental establecer la proporción de muertes por causas atribuibles sobre el total de defunciones para cada jurisdicción. A continuación, se presentan las 24 provincias según dicha proporción.

Tabla 1. Porcentaje de muertes por causas atribuibles al consumo de sustancias psicoactivas sobre el total de defunciones por provincia. Argentina. 2017

Provincia	% de muertes por causas atribuibles sobre el total de defunciones
Total del país	19,1
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	18,7
Buenos Aires	19,9
Catamarca	16,0
Córdoba	17,6
Corrientes	16,4
Chaco	18,3
Chubut	22,7
Entre Ríos	20,9
Formosa	18,3
Jujuy	16,9
La Pampa	20,8

La Rioja	15,8
Mendoza	20,9
Misiones	21,4
Neuquén	20,5
Río Negro	18,6
Salta	18,7
San Juan	19,2
San Luis	22,2
Santa Cruz	21,8
Santa Fe	18,0
Santiago del Estero	17,9
Tierra del Fuego	27,0
Tucumán	15,6

Fuente: OAD, 2019

3.3 Aspectos conceptuales sobre el desarrollo socioeconómico y demográfico

El objetivo de este capítulo es desarrollar un marco conceptual relacionado con la calidad de vida, la pobreza y las condiciones materiales de existencia que permita seleccionar indicadores pertinentes para el objetivo propuesto en esta tesis, es decir para estudiar los diferenciales según las condiciones de vida, del consumo de riesgo de sustancias psicoactivas. Por este motivo, en este apartado se revisan diversos desarrollos teóricos y se rescatan múltiples variables que luego serán puestas a prueba en un esquema de análisis multivariado, reconociendo la imposibilidad de abarcar todas las conceptualizaciones posibles, y ante el riesgo de perder aportes que pudieran resultar de utilidad.

Se partirá desde una perspectiva de análisis marxista, que explique la realidad en forma holística considerando las relaciones y los procesos jerárquicos, desde una perspectiva dialéctica. Según Breilh (1991) “vista desde este ángulo la salud-enfermedad, tanto colectiva como la de los individuos, es una parte del todo social y los fenómenos epidemiológicos que observamos en esa parte, en un momento dado, son dimensiones de la realidad con historia y futuro”.

El enfoque marxista permite entender los fenómenos sociales como una relación dialéctica entre lo social y lo individual que comprende el rol de la comunidad, las estrategias familiares de vida, las condiciones de reproducción económicas y sociales, como incidentes en las decisiones de cada una de las personas, entendiendo la relación que existe entre práctica y conciencia y el vínculo entre la conciencia colectiva con sus raíces estructurales.

Así, en este desarrollo conceptual, se buscarán variables que predisponen, que se asocian, pero no que determinan la variable dependiente de este trabajo: el consumo de riesgo de sustancias psicoactivas. Retomando a Breihl (1991), el marxismo permitirá “ubicar y relacionar los procesos mediadores en la producción de estados de salud – enfermedad”, teniendo en cuenta que la salud y la enfermedad no se distribuyen aleatoriamente.

Distintas posiciones de la epidemiología resultan de utilidad para construir este apartado de aspectos conceptuales: según la epidemiología clásica, la versión positivista nos indica que hay una realidad que puede ser estudiada, y un paradigma histórico – social, que señala que esa realidad tiene que ver con la reproducción social, la estructura socioeconómica, etc. A la misma se suma la epidemiología comunitaria, que le otorga a los sujetos el albedrío para dialogar con esta realidad, entendiendo en forma dialéctica la relación entre lo objetivo y lo subjetivo como sujetos y entornos históricos (Urquía, 2019).

Con una aproximación histórico estructural se intentará encontrar aquellos indicadores que vinculen el nivel macrosocial (estructura socioeconómica y demográfica) con el nivel microsociales (comportamientos individuales) a partir de entender que los individuos se agrupan en hogares o familias y estas a su vez se constituyen en clases sociales. (Torrado, 1998).

Engels (1845) se circunscribía dentro de la denominada teoría miasmática², distinguiendo al modo de producción capitalista como determinante mediato de la producción social de las enfermedades. A partir de utilizar datos concretos para estudiar los vínculos entre las variables, expone, en distintos niveles de abstracción, que el sistema económico, las condiciones de vida de la población, la vivienda, la alimentación, el acceso a la educación y a la salud condicionaban las tasas de morbilidad y morbilidad y la esperanza de vida. En la situación de la clase obrera en Inglaterra, Engels (1845) demuestra como el acceso al trabajo, las condiciones de trabajo, el lugar ocupado en la estructura ocupacional y la rama de actividad económica, condicionan el acceso a la vivienda, a la salud y a la educación, y expone los diferenciales. Incluso, según Engels, la situación de carencia y explotación que vive la clase obrera, predispone al “alcoholismo” lo que desmejora su salud, que ya está

² La teoría miasmática de la enfermedad contenía el concepto de que las fuentes de enfermedad no solo eran producto de la naturaleza, tales como tifones, cambios estacionales o atmosféricos, sino que también podían ser producto del hombre. (Urquía, 2019).

en condiciones desventajosas por la mala alimentación a la que puede acceder, el hacinamiento, el smog de su vida urbana, etc., que se agrava por el menor acceso a la atención médica. Engels (1845), muestra como las ciudades las que viven los obreros tienen tasas más altas de mortalidad y de mortalidad infantil. También introduce el enfoque de género, alertando respecto a que la situación de las mujeres es más desventajosa que la del hombre y las consecuencias de la explotación y la desigualdad impacta de manera más profunda en las obreras, en especial si son madres y solteras.

Urquía (2019) circunscribe dentro de estas concepciones al ideario de Rosen de medicina social a partir de tres principios fundamentales “1) la salud del pueblo es un problema que concierne a toda la sociedad. La sociedad tiene la obligación de asegurar la salud de sus miembros; 2) las condiciones sociales y económicas tienen un efecto importante en la salud y en la enfermedad, y esas relaciones deben estar sujetas a la investigación científica; 3) como corolario de los principios anteriores, se desprende que las medidas que se adopten para promover la salud y combatir la enfermedad deben ser tanto sociales como médicas”.

De acuerdo a Luxardo (2020) puede considerarse el concepto de determinantes sociales de la salud como una subdisciplina dentro de los estudios de salud pública. Para Krieger (2001), es una combinación entre el estudio del rol de los factores sociales en la salud que vincula la sociología con la epidemiología. Si bien es un movimiento amplio que engloba distintas corrientes, su conceptualización amplia será de utilidad para esta tesis y solo se mencionan los aspectos teóricos que se consideran más relevantes a los fines de este trabajo.

Paradójicamente, en Europa, del mismo modo que en el siglo XIX en los estudios de Engels, el tema fue alcanzando relevancia en las últimas décadas del siglo XX en Inglaterra, a partir de varios estudios (entre los que se encuentra un informe del Departamento de Estado), que reparaban en las diferencias en relación a la morbilidad y a la mortalidad basada en las desigualdades de ingresos, condiciones de trabajo, educación y otros factores sociales, a pesar del acceso universal a la atención de la salud. (Luxardo, 2020)

No obstante, la Argentina para 1946, durante el gobierno de Juan Domingo Perón, nombró al Dr. Ramón Carillo al frente de la Secretaría de Salud Pública para ser luego, el primer Ministro de Salud Pública y Asistencia Social de la Nación, quien declaró ante Radio Abierta en 1955 que “Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causas de enfermedad,

son unas pobres causas”, en América Latina el tema empezó a tratarse hacia la década de 1960 dentro de los estudios marxistas, en el marco de la medicina social latinoamericana y los estudios de salud colectiva, bajo la crítica al capitalismo y abogando por una distribución equitativa y justa de la riqueza, el poder y el conocimiento y el respeto por los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, sexuales y reproductivos. (Brehil, 2006)

En esta corriente latinoamericana de discusión del tema de los diferenciales socioeconómicos, surgen distintas conceptualizaciones y estrategias estadísticas de poder clasificar a la población según éstos, dentro de los que se destaca el de necesidades básicas insatisfechas (NBI) (Altimir, 1979). Según este concepto, la población se agrupa en hogares y se considera pobre a aquellos que “están significativamente privados de los bienes, los recursos o las oportunidades que posibilitarían su subsistencia y desarrollo en condiciones mínimas acordes con la dignidad humana, puede llevarse a cabo con un grado razonable de objetividad recurriendo al concepto de necesidades básicas” (INDEC, 1984). Para poder construir un indicador válido que se ajuste a esta definición con datos censales y que por lo tanto se pueda aplicar a todo el país, se consideró que un hogar tenía las necesidades básicas insatisfechas si tenían al menos alguno de las siguientes privaciones: hacinamiento (más de 3 personas por cuarto), habitar una vivienda de tipo inconveniente, que no tuvieran baño o letrina en la vivienda, que exista en el hogar al menos un niño en edad escolar sin asistir a la escuela, o bien que tuvieran una tasa de dependencia económica de 3 miembros inactivos por miembro ocupado y, cuyo jefe nunca asistió a algún establecimiento educacional o asistió, como máximo, hasta 2º año de nivel primario. (INDEC, 1984)

El concepto de población es construido, una forma de sociedad humana con ciertos elementos compartidos. En ese sentido, la provincia es un tipo de población, que será objeto de este estudio demográfico, y deben buscarse indicadores que funcionen como “un promedio ponderado de las dinámicas demográficas de cada uno de los segmentos sociales existentes en la sociedad en un momento determinado” (Torrado, 2007:16).

Nun (2007) aporta el término de régimen social de acumulación (RSA) para combinar aspectos territoriales, demográficos, con prácticas relativas al proceso de acumulación de capital. El concepto combina diferentes variables asociadas con el desarrollo capitalista consideradas en forma histórica y tomando en cuenta tanto estructura como estrategia y

táctica, y considerando al factor económico en forma integrada a otros aspectos sociales y al rol del estado.

Otro aspecto que permite caracterizar y diferenciar a las poblaciones, es el estadio en el proceso de transición demográfica. Este proceso está asociado con el desarrollo económico social, desde sociedades agrarias o tradicionales, hasta poblaciones modernas y urbanas, en las cuales se va a adquiriendo el control social de la muerte. En el plano demográfico, esto se traduce en una primera etapa de alta natalidad y alta mortalidad, en la que el crecimiento es bajo, la población es joven, pero el potencial de crecimiento es alto, a una etapa final en la que ambos fenómenos son bajos, y el crecimiento también, pero con poblaciones envejecidas y un bajo potencial de crecimiento, en la transición, al disminuir primero el factor mortalidad, el crecimiento es alto. Este proceso es conocido como el de la primera transición demográfica, para pasar luego, a el fenómeno conocido como de la segunda transición demográfica, en donde los niveles de la fecundidad llegan a estar por debajo del reemplazo (tasa global de fecundidad³ de 2,1 hijos por mujer), por lo que las sociedades tienden a disminuir su tamaño. Este marco explicativo aplica a poblaciones cerradas, por lo que, para alcanzar una buena descripción de una población, debe estudiarse también a la migración. (Torrado, 2007). Ahora bien, el proceso de transición se presenta en forma diferencial por regiones geográficas y estructura social (Gómez, 2003), de acuerdo a Torrado (1990), se pueden observar estas ya que los estratos medios y altos han finalizado la transición y tienen, por lo tanto, un bajo crecimiento actual y un bajo potencial de crecimiento mientras que los bajos tienen un alto crecimiento actual y un crecimiento potencial en vías de disminución, siendo la velocidad de disminución directamente proporcional al mejoramiento de sus condiciones de vida.

El tamaño y la estructura de la población se explican por estos tres factores demográficos, natalidad, mortalidad y migraciones (Welti, 1997), y el mismo está correlacionado con el bienestar (Torrado, 2007). Resulta, así como primera conclusión, que uno de los indicadores a utilizar será el estadio en la transición demográfica de cada provincia, así como sus niveles de natalidad y mortalidad.

³ “La tasa global de fecundidad se interpreta como el número de hijos que, en promedio, tendría cada mujer de una cohorte sintética de mujeres no expuestas al riesgo de muerte, desde el inicio hasta el final de su periodo fértil y que, a partir del momento en que se inicia la reproducción, están expuestas a la tasa de fecundidad por edad de la población en estudio” (Welti, 1997: 112)

Torrado (2007) propone el indicador de bienestar social como el nivel que alcanza una población en relación con la satisfacción de algunas necesidades básicas como la alimentación, la salud, la vivienda, la educación.

El modelo de acumulación actual que se impone en nuestro país, con mayor o menor nivel de desarrollo por provincia, es de un capitalismo abierto a la globalización económica internacional, en este sentido, debe estudiarse la distribución sectorial de la mano de obra, su estratificación social y en lo posible, la movilidad social. (Torrado, 2007)

Torrado (1976) propone el concepto de estrategias familiares de vida, que refiere a cómo los hogares de cada clase social, en base a sus condiciones materiales de existencia, garantizan su reproducción material y biológica. El concepto tiene la virtud de poder ser aplicado temporalmente y tener la posibilidad de obtener datos a partir de indicadores concretos, así como de proponer en una variable única la posibilidad de clasificar a la población. También permite vincular el comportamiento individual con el contexto – niveles macro y micro. (Torrado, 1980). Algunas variables que permiten aplicar este concepto son la constitución de la unidad familiar, la procreación, la preservación de la vida, socialización y aprendizaje, ciclo de vida familiar, división familiar del trabajo, organización del consumo familiar, migraciones laborales, localización residencial, allegamiento cohabitacional, cooperación extrafamiliar, entre otras.

Según el proceso de la transición demográfica y la transición epidemiológica la esperanza de vida es cada vez más alta y la población muere cada vez menos por causas evitables, ya que las sociedades van adquiriendo control social de la muerte. (Torrado, 2007)

En la Argentina, a pesar de que en promedio se pueda considerar que se encuentra en una etapa avanzada, se observa una gran heterogeneidad regional y por grupo social en donde los estratos medios y altos han finalizado la transición mientras que los bajos se encuentran en etapas más atrasadas y son los que todavía tienen altos niveles de fecundidad y peores niveles de mortalidad asociados a la precariedad de sus condiciones de vida (Torrado, 1990). Torrado (1995) afirma que la variable NBI muestra diferenciales significativos en los comportamientos demográficos. El indicador NBI expresa la pobreza de tipo estructural, y es plausible de ser calculada con datos censales, mientras que la pobreza coyuntural puede ser medida con encuestas de hogares a partir del indicador de la línea de pobreza. De acuerdo a INDEC (2016), el método de la línea de pobreza es un método indirecto que compara el ingreso del hogar con el de una canasta total básico de consumos básicos.

Si bien el NBI y la Línea de Pobreza (LP) son los indicadores construidos con datos estadísticos comúnmente usados, los mismos han sido conceptualmente discutidos, en especial durante el Siglo XXI. Según Álvarez (2007) hacia finales del siglo veinte el concepto y la medición de la pobreza han estado bajo discusión, y eso produjo diversos efectos. En principio el concepto se extendió hacia otras dimensiones de las condiciones de vida como el nivel de alfabetismo, las condiciones y el acceso a la salud y la esperanza de vida. Pero aún si el criterio de pobreza se mantiene bajo parámetros estrictos en relación a la satisfacción de necesidades debe definirse que se considera como necesidad y cuál es la unidad de análisis de tal necesidad. En especial, al tratarse de mediciones estadísticas, tanto el NBI como la LP plantean un límite estricto, y ambos utilizan a una unidad arbitrariamente construida como el hogar, entendido como el grupo de personas que cohabitan y comen del mismo presupuesto, como unidad de medición.

Estudios sobre la pobreza mostraron distintos resultados al comparar las poblaciones pobres según NBI y según LP, por tratarse la primera de una medida estructural y la segunda, una coyuntural, por lo que según Álvarez (2007) Katzman y Boltvinik propusieron una tipología múltiple combinando ambos indicadores. Con el objeto de poder utilizar este método combinado a partir de datos censales, y dado que los censos argentinos no indagan sobre los ingresos del hogar, se elaboró el Índice de Privación Material de los Hogares (IPMH). Dicho indicador combina un índice estructural, denominado condición habitacional (CONHAB) y otro coyuntural, denominado capacidad económica de los hogares (CAPECO). El IPMH surge de la combinación de ambos y clasifica a los hogares en cuatro categorías a) hogares sin privación, es decir donde no se superan los umbrales críticos, b) hogares con privación de recursos corrientes, en donde CAPECO está por debajo del umbral crítico, c) hogares con privación patrimonial, donde CONHAB no alcanza el umbral crítico y d) hogares con privación convergente, es decir aquellos con ambas privaciones. (INDEC, 2004).

El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), elaboró a partir de 1990 índices para medir la pobreza y la desigualdad, que en vez de considerar al hogar o al individuo como unidad de análisis, toman para su medición a las áreas geográficas para su aplicación. El primero de ellos, el índice de desarrollo humano (IDH) combina en un solo número información sobre salud, educación e ingreso, combinando la esperanza de vida al nacer, el año promedio de escolaridad y los años esperados de escolaridad y el ingreso nacional bruto per cápita. Asimismo, el PNUD incorpora la brecha de género en relación a los indicadores de salud y escolaridad como otro elemento de desigualdad. (PNUD, 2018).

Otros indicadores sugeridos por PNUD, de utilidad para este estudio, son la medición de la calidad de la salud, a partir, por ejemplo, de los indicadores del acceso a médicos o camas de hospital y la utilización de indicadores demográficos como la tasa de dependencia potencial, que mide la proporción de población menor de 15 años y mayor de 65 por sobre la población en edad activa, la tasa global de fecundidad y la tasa de mortalidad, que, además de permitir estudiar los niveles de desigualdad, permiten situar a las sociedades en su estadio de la transición demográfica, demostrando una vez más, la vinculación entre desarrollo demográfico y desarrollo socioeconómico.

Si bien organismos internacionales como la ONU y la OMS han tenido en sus comienzos un tratamiento acerca de la igualdad, es recién que en el año 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) forma una comisión exclusivamente para el estudio integral de la desigualdad. (Luxardo, 2020 y Meghji, 2021)

Dicha comisión establece como principios básicos que las inequidades sanitarias son “las desigualdades evitables en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países. Esas inequidades son el resultado de desigualdades en el seno de las sociedades y entre sociedades. Las condiciones sociales y económicas, y sus efectos en la vida de la población, determinan el riesgo de enfermar y las medidas que se adoptan para evitar que la población enferme, o para tratarla”. Asimismo, reconoce que la salud está asociada con la pobreza y que existe un “gradiente social de la salud”. Define a los determinantes sociales de la salud como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas.”. Define a los factores que inciden en esta inequidad en relación con los ingresos, educación, ocupación, género, etnia, entre otros factores en relación a la vulnerabilidad ante la salud. (OMS, 2020)

Asimismo, Naciones Unidas, si bien, como se mencionó previamente, hacia 1990 había elaborado índices amplios de medición de la pobreza, en la última década promovió un abordaje integral para el establecimiento de los objetivos de desarrollo sustentable (ODS), que ponen el foco en las desigualdades globales e incorpora estrategias globales que reconocen los fuertes determinantes socioeconómicos de la salud y del bienestar y la interrelación entre el desarrollo socioeconómico y la salud. (Luxardo, 2020).

En este marco, el 25 de septiembre de 2015, los líderes mundiales adoptaron un conjunto de objetivos globales para erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la

prosperidad para todos como parte de una nueva agenda de desarrollo sostenible. Cada objetivo tiene metas específicas que deben alcanzarse en los próximos 15 años. En el marco de los ODS y continuando los ODM (objetivos del milenio) se elaboró la Agenda de salud sostenible para las Américas 2018 – 2030, a cargo de la OPS. La misma tiene once objetivos enfocados a garantizar que toda mujer, hombre y niño puede vivir una vida sana y productiva, entre los cuales figuran el acceso equitativo a servicios de salud y las desigualdades e inequidades en torno de la salud. Particularmente el objetivo 3, refiere a garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades. a la salud y el bienestar, reconociendo que, todavía persisten desigualdades en el acceso a la asistencia sanitaria” La Resolución de las Naciones Unidas UN A / Res / 70 / L1 "Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible", adoptada en septiembre de 2015, esbozó una visión ambiciosa para una nueva era de desarrollo mundial de 2016 a 2030. La Agenda, vista como un plan de acción universal para las personas, el planeta, la paz, la prosperidad y la asociación sirve como un llamado a la acción para que todos los países y partes interesadas formen asociaciones colaborativas para abordar los desafíos sociales, económicos, ambientales y de gobernanza. (Naciones Unidas, 2020). Para monitorear el avance en relación al objetivo 3, Naciones Unidas se propuso una serie de metas e indicadores (Naciones Unidas, 2018):

Meta 1: Reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos

- Tasa de mortalidad materna
- Proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado

Meta 2: Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años:

- Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años
- Tasa de mortalidad neonatal

Meta 3: Poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles

- Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados, desglosado por sexo, edad y poblaciones clave -Incidencia de la tuberculosis por cada 100.000 habitantes

- Incidencia de la malaria por cada 1.000 habitantes
- Incidencia de la hepatitis B por cada 100.000 habitantes
- Número de personas que requieren intervenciones contra enfermedades tropicales desatendidas

Meta 4: Reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar

- Tasa de mortalidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas
- Tasa de mortalidad por suicidio

Meta 5: Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol

- Cobertura de los tratamientos (farmacológicos y psicosociales y servicios de rehabilitación y postratamiento) de trastornos por abuso de sustancias adictivas
- Consumo nocivo de alcohol, definido según el contexto nacional como el consumo de alcohol per cápita (a partir de los 15 años de edad) durante un año civil en litros de alcohol puro

Meta 6: Reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo

- Tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico

Meta 7: Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales

- Proporción de mujeres en edad de procrear (entre 15 y 49 años) que cubren sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos
- Tasa de fecundidad de las adolescentes (entre 10 y 14 años y entre 15 y 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad

Meta 8: Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos

- Cobertura de los servicios de salud esenciales (definida como la cobertura media de los servicios esenciales entre la población general y los más desfavorecidos, calculada a partir de intervenciones trazadoras como las relacionadas con la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles y la capacidad de los servicios y el acceso a ellos)
- Proporción de la población con grandes gastos sanitarios por hogar como porcentaje del total de gastos o ingresos de los hogares

Meta 9: Reducir considerablemente el número de muertes y enfermedades causadas por productos químicos peligrosos y por la polución y contaminación del aire, el agua y el suelo

- Tasa de mortalidad atribuida a la contaminación de los hogares y del aire ambiente
- Tasa de mortalidad atribuida al agua insalubre, el saneamiento deficiente y la falta de higiene (exposición a servicios insalubres de agua, saneamiento e higiene para todos)
- Tasa de mortalidad atribuida a intoxicaciones involuntarias

Meta 10: Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda

- Prevalencia del consumo actual de tabaco a partir de los 15 años de edad (edades ajustadas)

Meta 11: Apoyar las actividades de investigación

- Proporción de la población inmunizada con todas las vacunas incluidas en cada programa nacional
- Total neto de asistencia oficial para el desarrollo destinado a los sectores de la investigación médica y la atención sanitaria básica
- Proporción de centros de salud que disponen de un conjunto básico de medicamentos esenciales asequibles de manera sostenible

Meta 12: Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo

- Densidad y distribución del personal sanitario

Meta 13: Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial

- Capacidad prevista en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y preparación para emergencias de salud

Dado que este trabajo utilizará como unidades a las provincias, interesan aquellos indicadores para monitorear objetivos de desarrollo sostenible para los cuáles es factible obtener datos confiables para dichas áreas.

Según la OPS “El daño asociado al uso de sustancias psicoactivas, a corto o a largo plazo, depende de la interacción de un conjunto de factores, tales como el tipo de sustancia y la forma de consumo, las características personales, físicas y psicológicas, del consumidor, pero también del contexto social en el que se produce el consumo....El tratamiento debe ser accesible, especialmente para los grupos más vulnerables, adecuado a las necesidades y perfil particulares de la población usuaria, mantenido en el largo plazo, enfocado a la recuperación y al resguardo de los derechos humanos”. (<https://www.paho.org/es>– tema abuso de sustancias)

Habiendo establecido la relación entre el contexto socioeconómico y la salud de la población y la orientación marxista de este trabajo, se retoma el esquema de clases sociales propuesto por Sautú (2018), quien caracteriza a la población de acuerdo a su posición en la estructura social con datos disponibles, a partir de considerar la clase social según la ubicación de los sujetos en la estructura productiva y el uso de la ocupación como emergente observable válido de la pertenencia a clase social. Con un enfoque marxista-weberiano que postula el poder como el sustento de la conformación de las clases sociales, las mismas y la determinación de sus condiciones materiales de existencia se definen en función de sus probabilidades de apropiación del excedente económico entendidos como el poder de acceso y control de los medios de producción, la posesión de conocimientos y capacidades, la capacidad y acceso a detentar la autoridad y el control de los medios de información y recursos simbólicos involucrados en los procesos productivos. En términos metodológicos se utilizan las variables de ocupación a partir del CIUO⁴, la categoría

⁴ Agregar que es el ciuo

ocupacional definida por el lugar que ocupa el trabajador en la estructura productiva, la formalidad del empleo. Asimismo, utiliza la rama de actividad y el tamaño del establecimiento, para conocer las características del mercado y las posibilidades de acceso de los ocupados. No obstante se desarrolló un sistema amplio de estratos, a los objetos de esta tesis, interesa reconfigurar en cinco clases sociales: la clase baja constituida por obreros y trabajadores poco calificados y peones, el sector informal de la economía y servicios de limpieza y servicio doméstico; la clase media baja conformada por ocupaciones calificadas y técnicos y trabajadores especializados, la clase media conformada por las ocupaciones administrativas, el estamento docente de los ciclos medio y elemental, y varias profesiones de nivel terciario, agentes, intermediarios y representantes, y técnicos de cuello blanco; la clase media-alta constituida por managers, directores, profesionales universitarios de alto nivel y la clase alta; constituida por los dueños de grandes empresas y posiciones de autoridad. (Sautu, 2018)

En el mismo sentido, Torrado (1998), ante la necesidad de operacionalizar el concepto de clase social, propone utilizar la condición de actividad económica, la ocupación, la rama de actividad y la categoría ocupacional, el tamaño del establecimiento, incorporando también el grado de formalidad del empleo. Este aporte, permite, aunque con los límites propios de cualquier medición estadística, la ubicación en la estructura de clases, entendida como la situación de propiedad de los medios de producción y las relaciones de producción, que son determinantes, aunque en forma dialéctica de las condiciones de existencia. Dado que los hogares son los que intermedian entre la capacidad de subsistir de los individuos y la sociedad, también resultan de importancia estudiar el tamaño y composición de los mismos, la distribución del trabajo al interior del hogar, el ciclo de vida, entre otras variables de descripción de las unidades domésticas. Torrado (1998) considera que este es un enfoque pragmático que permite construir un nomenclador de condición socioeconómica que sea compatible con los datos obtenibles por fuentes secundarias.

Otro aporte metodológico que resulta de utilidad retomar es el índice de calidad de vida elaborado por Velázquez (2014), quien utiliza el enfoque geográfico para realizar un análisis espacial de carácter empírico. Para esto define pobreza en contraposición con bienestar, utilizando tres indicadores ya mencionados en este capítulo: NBI, LP e IPMH. Define entonces calidad de vida como “una medida de logro respecto de un nivel establecido como ‘óptimo’ teniendo en cuenta dimensiones socioeconómicas y ambientales dependientes de la escala de valores prevaleciente en la sociedad y que varían en función de las expectativas de progreso histórico” (Velázquez, 2014: 12).

Asimismo, Velázquez (2014), se encuentra con una dificultad que también se plantea en este trabajo que es la de trabajar con agrupaciones que “enmascaran desigualdades agrupando territorios y sociedades heterogéneas” como las provincias (Velázquez, 2014: 15). El índice que construye está constituido por tres dimensiones: socioeconómica, ambiental y recreativa. En este trabajo interesa retomar la primera, para lo que utiliza como fuentes los Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas y las Estadísticas Vitales. Las subdimensiones que considera son *educación*, cuyos indicadores escogidos son: porcentaje de población de 15 años o más que ya no asiste y con nivel de instrucción alcanzado menor a primario completo y proporción de población de 15 años o más que ya no asiste y con nivel de instrucción alcanzado universitario completo; *salud*, cuyos indicadores son: tasa de mortalidad infantil según lugar de residencia de la madre y proporción de población sin cobertura por obra social, plan de salud privado o mutual; y *vivienda*, a partir de los siguientes indicadores: porcentaje de población que reside en hogares que tienen inodoro sin descarga de agua o carecen de inodoro y proporción de población en hogares hacinados, considerando como tales a aquellos que superan las 2 personas por cuarto. La selección de estas subdimensiones y estos indicadores para construir un índice de calidad de vida obedece a la estrecha relación entre nivel educativo y la inserción laboral y la calidad de dicha inserción. En cuanto a la tasa de mortalidad infantil, es un indicador que posee fuerte determinación social, mientras que la información sobre cobertura social refleja indirectamente la proporción de población “contenida” en el sistema de salud y en la estructura económica. En cuanto a la vivienda, es un elemento de inserción e identificación social, y los indicadores seleccionados reflejan elementos de necesidad básica. (Velázquez, 2014).

Cómo se mencionó previamente, según el proceso de la transición demográfica y la transición epidemiológica la esperanza de vida es cada vez más alta y la población muere cada vez menos por causas evitables, ya que las sociedades van adquiriendo control social de la muerte. (Torrado, 2007)

La teoría de la transición epidemiológica describe el cambio de los patrones de mortalidad y de enfermedad como el reemplazo de la predominancia como causa principal de muerte de las enfermedades infecciosas y transmisibles por las enfermedades crónicas y degenerativas (Omram, 1983). Mestre y Robles (2000) retoman a Omram y señalan que las enfermedades que pasan a ser más prevalentes son las cardiovasculares y el cáncer, así como se incrementan las enfermedades mentales, las adicciones y los accidentes. Asociado al proceso de envejecimiento de la población y la cronicidad de las

enfermedades, se acuña otro término, el de transición sanitaria, que se focaliza en los determinantes sociales, culturales y de comportamiento frente a la salud y que permite pensar a la salud desde sus condicionantes socioculturales (Mestre y Robles, 2000). Según la transición sanitaria, la condición de salud de la población está influenciado por su estrato social, su comportamiento individual, pero también por el desarrollo social y los niveles de equidad (Fanta y Tumas, 2020). Fanta y Tumas (2020) retoman a Bernabeu Mestre y Robles González y dividen a la transición sanitaria en la transición de riesgos y la transición de la atención sanitaria. La primera remite a la exposición a factores ambientales, la urbanización, la industrialización, etc., mientras que la segunda se focaliza en la organización y la respuesta del sistema de salud, lo que se encuentra vinculado al desarrollo social, tecnológico y económico.

Siguiendo a Fanta y Tumas (2020) existe una relación, que, si bien no es lineal, si es de un desenvolvimiento mutuo, entre la etapa en la transición demográfica y la transición sanitaria. Señalan que Argentina se encuentra en una etapa de envejecimiento avanzado y un promedio de fecundidad de 1,9 a 2,8 hijos por mujer de acuerdo a la provincia, a la vez que, dentro del proceso de transición sanitaria, los servicios y la infraestructura de salud fueron incorporando tecnología y reforzando la atención primaria, aunque, fue ampliándose la exposición de la población a riesgos ambientales y al sedentarismo y la obesidad. Las autoras proponen una serie de indicadores basados en una revisión de artículos científicos actuales y la disponibilidad de datos, para estudiar la vinculación entre ambos procesos que aplican a las mismas áreas en las que se focaliza este trabajo, es decir, por provincias. Es por este motivo que se detallan en su completitud:

- Hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI)
- Población urbana
- Población masculina y femenina con estudios superiores completos
- Tasa de empleo varones y mujeres.
- Tasa global de fecundidad
- Nuliparidad al término de la vida fértil
- Edad media al primer hijo/a
- Porcentaje de uniones consensuales por sexo
- Porcentaje de población mayor de 18 años divorciada por sexo
- Porcentaje de adolescentes mujeres de 15-19 años que han tenido hijos nacidos vivos

- Porcentaje de mujeres en edad fértil que utilizan métodos anticonceptivos modernos
- Índice de dependencia potencial de padres
- Porcentaje de población de 80 años y más
- Tasa de mortalidad infantil
- Porcentaje de población sin cobertura de salud por sexo.
- Control de la presión arterial, colesterol y glucemia en adultos
- Realización de mamografías y papanicolaou
- Realización de estudios de rastreo de cáncer de colon
- Salud auto percibida
- Acceso a red cloacal, agua de red, índice contaminación por plaguicidas
- Índice de contaminación ambiental absoluto
- Obesidad en adultos
- Nivel de actividad física baja en adultos
- Consumo de alcohol regular de riesgo en adultos
- Consumo adecuado de frutas y verduras por día en adultos
- Consumo de tabaco en adultos

4. Metodología de trabajo

La pregunta que guía el presente trabajo es si existen relaciones identificables entre el desarrollo socioeconómico y demográfico y el consumo de sustancias psicoactivas.

El objetivo general es identificar diferenciales en los patrones de consumo de sustancias psicoactivas en relación al desarrollo socioeconómico y demográfico de las sociedades que permitan mejorar la eficiencia y efectividad de las políticas públicas relativas a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

Para lograr este objetivo se trabaja con la población de adolescentes escolarizados de las distintas provincias argentinas durante la década de 2010 – 2019, ya que es la población en la que se requiere focalizar las políticas públicas de prevención.

Los objetivos específicos son:

- Caracterizar y clasificar a las provincias argentinas según niveles de consumo de riesgo de sustancias psicoactivas.
- Caracterizar y clasificar a las provincias argentinas según características socioeconómicas y demográficas.
- Establecer la vinculación entre los niveles de consumo de riesgo de sustancias psicoactivas y sus características socioeconómicas y demográficas.
- Encontrar patrones en los niveles de consumo de riesgo de sustancias psicoactivas y las características socioeconómicas y demográficas.

Se plantea un estudio de tipo transversal y cuantitativo, que utilizará fuentes secundarias.

La unidad de análisis son las provincias argentinas y la población analizada, los adolescentes escolarizados de 13 a 17 años durante el año 2014 en la Argentina. Se construye un índice de consumo de riesgo de sustancias psicoactivas consideradas como un corpus único en esa población específica según el cual se clasificará cada provincia.

Se utiliza como fuente de información la Sexta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media sobre consumo de sustancias psicoactivas y factores de riesgo y protección asociados, realizada en el año 2014 por la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico a través de su Observatorio Argentino de Drogas, que es la última disponible al momento de elaboración de esta tesis.

La metodología utilizada en la Encuesta fue la implementación de un cuestionario estructurado, auto administrado, anónimo y voluntario. La cobertura alcanzó al total del país y los datos obtenidos tienen representatividad nacional y provincial. La población bajo estudio fueron los estudiantes de enseñanza media. En cada provincia se seleccionó una muestra representativa mediante un sorteo aleatorio utilizando como marco el listado oficial de instituciones provisto por el Ministerio de Educación de la Nación. Fueron encuestadas 1009 escuelas de las 1100 muestradas, lo que implica una efectividad del 91,7%. Se realizaron, cargaron y procesaron 112.199 cuestionarios de todo el país. La cantidad de escuelas seleccionadas, escuelas encuestadas y alumnos entrevistados por provincia y la proporción de cada jurisdicción sobre el total se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 2. Cantidad de escuelas seleccionadas, escuelas encuestadas y alumnos entrevistados por provincia y la proporción de cada jurisdicción sobre el total. Argentina. 2014

Medidas de tendencia central y dispersión	Escuelas seleccionadas	Escuelas encuestadas	Alumnos entrevistados	Proporción sobre el total
Total del país	1.100	1.009	112.199	100
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	42	34	4.112	3,7
Buenos Aires	171	159	16.435	14,6
Catamarca	39	38	3.155	2,8
Córdoba	45	40	5.147	4,6
Corrientes	37	28	3.651	3,3
Chaco	40	37	4.376	3,9
Chubut	47	44	4.833	4,3
Entre Ríos	36	35	3.443	3,1
Formosa	43	40	4.670	4,2
Jujuy	50	49	6.534	5,8
La Pampa	36	36	3.153	2,8
La Rioja	43	37	3.139	2,8
Mendoza	41	32	3.668	3,3

Misiones	37	37	4.193	3,7
Neuquén	40	33	3.426	3,1
Río Negro	40	37	3.825	3,4
Salta	39	38	5.002	4,5
San Juan	40	38	4.074	3,6
San Luis	44	42	5.043	4,5
Santa Cruz	34	31	3.345	3,0
Santa Fe	43	43	5.074	4,5
Santiago del Estero	44	40	4.982	4,4
Tierra del Fuego	31	29	2.879	2,6
Tucumán	38	32	4.040	3,6

Fuente: OAD, 2015

Para la clasificación de las características socioeconómicas y demográficas se utilizan datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 y de la Dirección de Estadísticas de Información en Salud (DEIS), por tratarse de mediciones universales y con representatividad provincial.

Para el análisis de la Sexta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media sobre consumo de sustancias psicoactivas y factores de riesgo y protección asociados, para la cual se cuenta con las bases de datos se trabajó fundamentalmente con procesamientos propios realizados mediante el software SPSS versión 21.

Para la clasificación socioeconómica y demográfica se utilizan datos procesados a través del REDATAM on line en la página web del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), en el caso del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, mientras que, respecto a los datos de la Dirección de Estadísticas de Información en Salud, se recopilan datos publicados en la página web de dicha Dirección.

En cuanto a las limitaciones de las fuentes, se consideran que la selección de una encuesta de representatividad nacional para la medición de la variable dependiente y de dos fuentes universales para las variables independientes, siendo todas generadas por organismos públicos de renombre dedicados a la producción de estos datos minimiza las mismas. Sin

embargo, debe tenerse en cuenta que el enfoque ecológico elegido tiene la limitación intrínseca de caracterizar cada jurisdicción con datos provenientes de distintas fuentes y, si bien se trata de periodos cercanos, los mismos oscilan entre el año 2008 y el año 2014.

A lo fines de alcanzar los objetivos propuestos se proponen medidas y pruebas estadísticas descriptivas e inferenciales.

Sumariamente las medidas y pruebas utilizadas son:

- ✓ Distribución de Frecuencias absolutas y relativas: La frecuencia absoluta es el número de veces que se repite cada dato y la frecuencia relativa se obtiene dividiendo la frecuencia absoluta entre el total de registro. Medidas de tendencia central y dispersión (Bologna, 2010).
- ✓ Diagramas de dispersión bivariados (Blalock, 1986).
- ✓ Pruebas de correlación de Pearson, que permiten conocer la relación existente entre dos variables métricas y también brinda información sobre la intensidad y sobre la dirección de la relación (Bologna, 2010).

En un segundo momento se aplican técnicas y pruebas provenientes del análisis multivariado. El análisis multivariado es un método estadístico utilizado para determinar la contribución de varios factores en un simple evento o resultado (Alaminos et al, 2016).

Se realiza una prueba multivariada como el análisis de conglomerados, utilizando las variables que surgen del análisis bivariado como relevantes en los análisis previos. El análisis de conglomerados (clúster) es una técnica multivariante que busca agrupar elementos (o variables) tratando de lograr la máxima homogeneidad en cada grupo y la mayor diferencia entre los grupos (Alaminos et al, 2016). El mismo es un método que permite descubrir asociaciones y estructuras en los datos que no son evidentes a priori pero que pueden ser útiles una vez que se han encontrado. Los resultados de un análisis de conglomerados pueden contribuir a la definición formal de un esquema de clasificación tal como una taxonomía para un conjunto de objetos, a sugerir modelos estadísticos para describir poblaciones, a asignar nuevos individuos a las clases para diagnóstico e identificación, establecer perfiles prevalentes en una población estudio etc. (Alaminos et al, 2016). Este método tiene por objeto agrupar elementos en grupos homogéneos en función de las similitudes entre ellos. Detecta grupos internamente homogéneos (y heterogéneos entre sí).

La construcción de la variable dependiente: el consumo de riesgo de sustancias

Dado la uniformidad del marco teórico en relación al condicionamiento de la situación de pobreza en relación a los factores relacionados con la salud y la heterogeneidad encontrada en la revisión del estado del arte, se decidió trabajar con un concepto único de sustancias psicoactivas.

A fin de poder contar con una variable dependiente que permita responder la pregunta de este estudio y bajo el criterio de considerar a las sustancias psicoactivas como un corpus único, y en el intento de comprender mejor los factores que determinan la vulnerabilidad se desarrolla un índice de consumo de riesgo para clasificar a las provincias argentinas. Los indicadores que se utilizan para la construcción del índice son la prevalencia de año de alguna droga ilícita, considerando que su sola utilización en población adolescente enmarca un consumo de riesgo; el porcentaje de estudiantes con un uso diario de cigarrillos sobre el total de los que consumieron el último mes y el porcentaje de estudiantes con consumo episódico excesivo medido a partir del indicador de “binge drinking”⁵, término que se utiliza para denominar al consumo rápido e intensivo de bebidas alcohólicas, en “atracones”, que se produce cuando se consumen alrededor de cinco bebidas en un plazo corto de tiempo, es decir los que consumieron cinco tragos o más durante las últimas dos semanas, sobre el total de estudiantes con consumo durante el último mes (OAD, 2005), patrón de consumo de alcohol prevalente en los adolescentes y jóvenes (Acosta, et.al, 2011).

Para la elaboración del índice se suman los porcentajes obtenidos por cada provincia en las tres variables seleccionadas como indicadores de consumo de riesgo obteniendo de este modo un indicador cuantitativo que permita observar si existe asociación y correlación con los indicadores sociodemográficos seleccionados como variables independientes.

A fin de obtener un índice con valores inferiores a 100, la variable consumo episódico excesivo de alcohol se divide por 10 en forma previa a realizar la sumatoria. Esta decisión se fundamenta en que los valores sustancialmente más elevados de este indicador distorsionarían el índice general, siendo que su objetivo fundamental es la comparación de

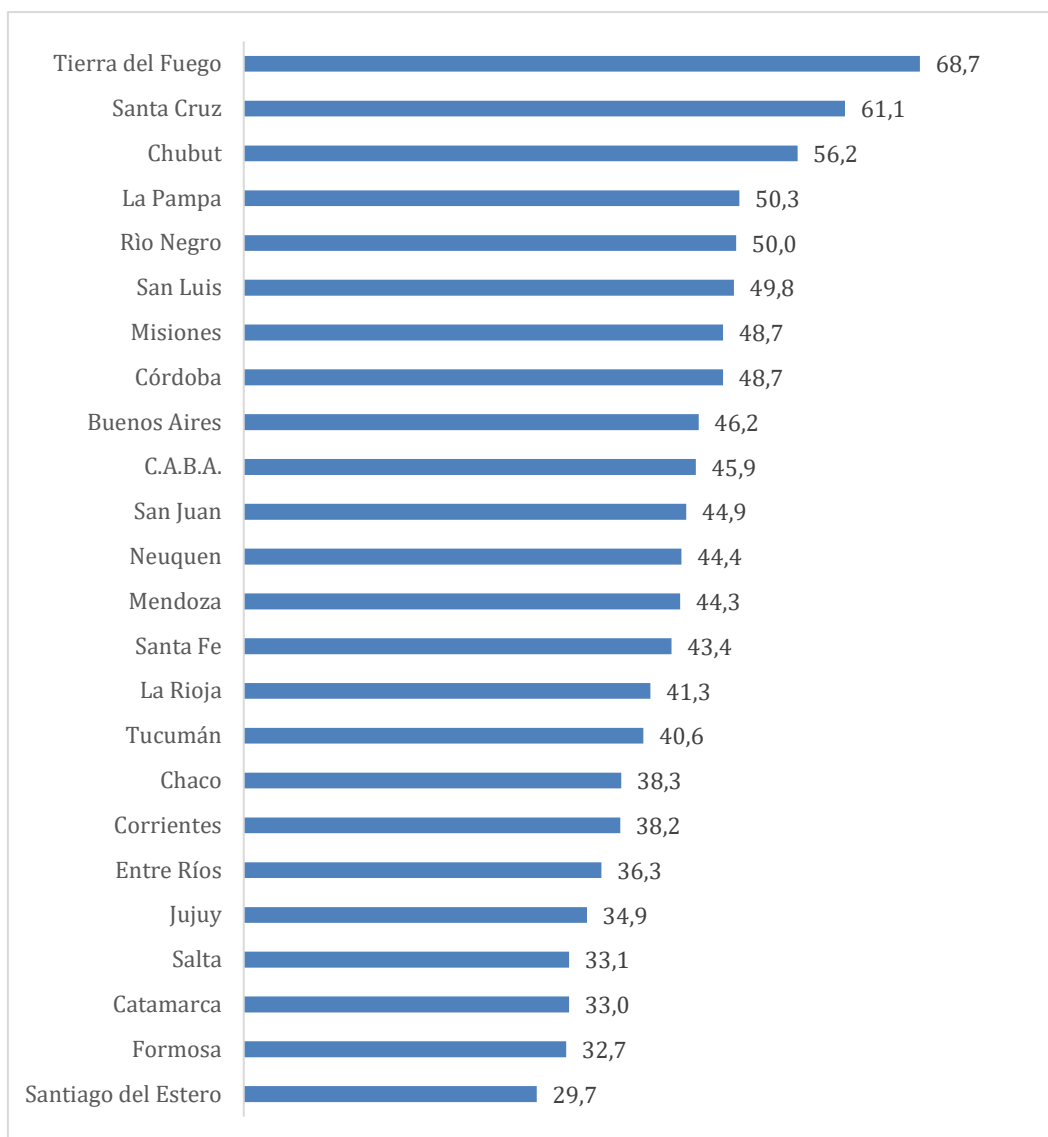
⁵ La encuesta indaga a los estudiantes que tomaron alcohol en el último mes si bebieron cinco tragos o más en una misma ocasión o salida durante las últimas dos semanas.

las distintas provincias y que el método gráfico resultaría de difícil visualización de no realizarse el ajuste. La fórmula queda conformada del siguiente modo:

$ICR = \% \text{ de prevalencia de año de alguna droga ilícita} + (\% \text{ de consumo episódico excesivo} / 10) + \% \text{ consumo diario de tabaco.}$

De este modo, las provincias se agrupan de la siguiente manera según este índice. Los valores de sus componentes y su sumatoria quedan expuestos en el anexo:

Gráfico 1. Estudiantes de enseñanza media. Índice de consumo de riesgo por provincia. Argentina. 2014



Fuente: Elaboración propia en base a OAD, 2014.

La construcción de las variables independiente: Indicadores de desarrollo sociodemográfico y caracterización de las provincias argentinas en la década del 2010.

De acuerdo al marco conceptual relacionado con la calidad de vida, la pobreza y las condiciones materiales de existencia, y tomando en cuenta la disponibilidad de datos de calidad para el periodo analizado, se seleccionan los siguientes indicadores para estudiar la relación con la variable dependiente.

Por tratarse de una investigación de carácter nacional se utilizarán datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, para lo cual se seleccionarán aquellos cuya medición es considerada como confiable por el Instituto, de modo que se descartan aquellos indicadores que solo pueden obtenerse de los datos provenientes de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), dado que en el marco de la emergencia estadística, el INDEC dispuso que las series publicadas con posterioridad al primer trimestre de 2007 y hasta el cuarto trimestre de 2015, deben ser consideradas con reservas (INDEC, 2017) y se privilegian los provenientes del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 (Censo 2010). Para aquellos datos registrales se utilizarán los provistos por el Ministerio de Salud a partir de las Estadísticas Vitales, también para el año 2010, o en el caso de no disponer de ese dato exacto, para el periodo 2008 – 2010 o para el año 2011.

Las mismas se organizan por dimensión, subdimensión y fuente. En primer lugar, se clasificará a cada provincia en relación a estos indicadores, luego se estudiará el grado de asociación con la variable dependiente, para seleccionar luego aquellas que mayor nivel de asociación presentan y realizar el análisis multivariado a través del análisis de conglomerados.

Dimensión 1: estructura socioeconómica

Subdimensión 1.1: condiciones de vida

- Porcentaje de hogares NBI – Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario básico.
- Porcentaje de hogares hacinados (tres personas o más por cuarto) - Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario básico.
- Porcentaje de hogares sin baño con retrete - Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario básico.

- Porcentaje de hogares con agua por red pública- Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario básico.
- Porcentaje de hogares con desagüe del inodoro a cloaca- Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario básico.
- Porcentaje de hogares en viviendas deficitarias⁶ - Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario básico.

Tabla 3. Indicadores de Estructura socioeconómica – condiciones de vida, por provincia. 2010.

Provincia	% hogares NBI	% hogares hacinados	% hogares sin baño con retrete	% hogares con agua por red pública	% hogares con desagüe del inodoro a cloaca	% hogares en viviendas deficitarias
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	6,0	1,5	0,9	99,6	99,0	6,1
Buenos Aires	8,2	3,6	1,7	75,1	48,4	15,9
Catamarca	11,4	5,2	4,9	93,1	46,7	21,0
Córdoba	6,0	3,2	1,7	91,9	39,0	9,1
Corrientes	15,2	6,4	4,7	87,1	56,0	23,1
Chaco	18,2	7,2	8,1	76,5	28,7	38,6
Chubut	8,5	3,9	2,4	96,4	79,7	10,9
Entre Ríos	8,1	3,8	2,0	90,4	71,2	11,8
Formosa	19,8	9,5	8,4	76,8	34,3	40,1
Jujuy	15,5	6,7	5,3	94,5	64,2	26,0
La Pampa	3,8	1,7	0,9	87,1	59,6	4,9

⁶ Es el tipo de vivienda que habitan los hogares que moran en habitaciones de inquilinato, hotel o pensión, viviendas no destinadas a fines habitacionales, viviendas precarias y otro tipo de vivienda. Se excluye a las viviendas tipo casa, departamento o rancho

La Rioja	12,3	5,7	4,1	93,8	53,3	19,0
Mendoza	7,7	3,8	2,8	90,5	65,0	10,9
Misiones	15,7	4,4	5,9	71,9	19,7	34,8
Neuquén	10,4	4,6	3,0	93,6	74,3	11,9
Río Negro	9,5	4,1	2,9	92,1	62,9	13,2
Salta	19,5	8,9	6,6	91,2	66,5	28,9
San Juan	10,3	5,3	3,7	93,2	30,6	12,5
San Luis	7,9	3,9	2,5	94,5	61,8	11,5
Santa Cruz	8,3	3,6	1,9	97,2	84,0	9,0
Santa Fe	6,5	3,2	1,7	84,4	51,2	12,7
Santiago del Estero	17,7	7,6	9,4	75,8	24,2	36,1
Tucumán	13,4	5,6	4,5	88,9	48,7	25,9
Tierra del Fuego	14,3	2,4	1,4	94,2	90,5	15,6

Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario básico.

Subdimensión 1.2: acceso a la educación

- Porcentaje de analfabetismo⁷ - Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario básico.
- Porcentaje de población con secundario completo y más⁸ - Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario básico.
- Porcentaje de niños de 6 a 12 años que no asisten a la escuela - Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario básico.

⁷ Población de 10 años o más que no sabe leer y escribir.

⁸ Población de 18 años y más con secundarios completo y más.

Tabla 4. Indicadores de Estructura socioeconómica – acceso a la educación, por provincia. 2010.

Provincia	% analfabetismo	% población con secundario completo y más	% niños de 6 a 12 años que no asisten a la escuela
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	0,5	71,4	0,8
Buenos Aires	1,4	42,8	1,0
Catamarca	2,0	45,0	1,1
Córdoba	1,5	47,8	0,9
Corrientes	4,3	39,1	1,7
Chaco	5,5	33,9	1,8
Chubut	2,0	43,1	0,7
Entre Ríos	2,1	39,8	0,9
Formosa	4,1	35,6	1,4
Jujuy	3,1	41,6	0,8
La Pampa	1,9	38,0	1,4
La Rioja	1,8	47,1	1,1
Mendoza	2,2	42,1	0,7
Misiones	4,1	32,5	1,9
Neuquén	2,3	43,0	0,8
Río Negro	2,5	39,7	0,7
Salta	3,1	42,6	1,1
San Juan	2,1	39,7	1,2
San Luis	1,8	42,9	1,1
Santa Cruz	1,1	43,6	0,6
Santa Fe	1,8	45,4	0,9
Santiago del Estero	4,0	32,3	1,8

Tucumán	2,5	40,6	1,2
Tierra del Fuego	0,7	54,9	0,4

Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario básico.

Subdimensión 1.3: acceso a la salud

- Porcentaje de población sin obra social o prepaga o plan estatal - Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario ampliado.

Tabla 5. Indicadores de Estructura socioeconómica. – acceso a la salud, por provincia. 2010.

Provincia	% población sin obra social, prepaga o plan estatal
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	17,6
Buenos Aires	35,3
Catamarca	39,0
Córdoba	32,8
Corrientes	48,3
Chaco	57,9
Chubut	27,2
Entre Ríos	35,7
Formosa	56,9
Jujuy	45,2
La Pampa	32,2
La Rioja	38,1
Mendoza	36,9
Misiones	43,5
Neuquén	34,6
Río Negro	34,3
Salta	47,6
San Juan	43,8

San Luis	39,6
Santa Cruz	16,7
Santa Fe	31,6
Santiago del Estero	55,9
Tucumán	36,5
Tierra del Fuego	21,1

Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario ampliado.

Subdimensión 1.4: acceso al trabajo

- Porcentaje de población de 14 años y más desocupada - Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario ampliado.
- Porcentaje de población de 14 años y más económicamente activa - Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario ampliado.
- Porcentaje de población ocupada que no tiene descuentos ni aportes jubilatorios⁹ - Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario ampliado.

Tabla 6. Indicadores de Estructura socioeconómica – acceso al trabajo, por provincia. 2010.

Provincia	% población de 14 años y más desocupada	% población de 14 años y más económicamente activa	% población ocupada que no tiene descuentos ni aportes jubilatorios
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	3,5	69,9	23,4
Buenos Aires	4,2	66,0	37,5
Catamarca	4,1	60,4	41,7
Córdoba	3,7	64,0	42,8
Corrientes	3,0	54,3	52,1
Chaco	3,0	55,9	56,3
Chubut	4,0	67,4	29,6

⁹ Población ocupada que no tiene descuentos ni realiza aportes sobre el total de población ocupada.

Entre Ríos	2,9	60,0	40,7
Formosa	2,5	53,4	54,5
Jujuy	3,4	59,9	48,7
La Pampa	3,4	64,1	41,0
La Rioja	4,0	62,7	43,6
Mendoza	4,2	61,6	43,3
Misiones	2,9	57,6	51,2
Neuquén	4,3	66,5	32,0
Río Negro	4,2	66,4	35,8
Salta	4,5	58,9	51,1
San Juan	4,6	59,7	47,2
San Luis	4,5	64,3	45,3
Santa Cruz	3,7	71,7	23,7
Santa Fe	3,9	63,9	40,7
Santiago del Estero	3,3	54,0	58,6
Tucumán	4,3	57,2	45,0
Tierra del Fuego	5,0	75,0	21,4

Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario ampliado.

Dimensión 2: estructura demográfica

Subdimensión 2.1. Indicadores de mortalidad

- Esperanza de vida al nacer ambos sexos 2008 – 2010 - Fuente: Ministerio de Salud – Organización Panamericana de la Salud (2015).
- Tasa de mortalidad - Fuente: Estadísticas Vitales. Deis (2011)
- Tasa de mortalidad infantil - Fuente: Estadísticas Vitales. Deis (2011)
- Índice de masculinidad - Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario básico.

- Tasa de mortalidad materna - Fuente: Estadísticas Vitales. Deis (2011)

Tabla 7. Indicadores de Estructura demográfica – indicadores de mortalidad, por provincia. 2008 – 2010 - 2011.

Provincia	Esperanza de vida al nacer ambos sexos	Tasa de mortalidad	Tasa de mortalidad infantil	Índice de masculinidad	Tasa de mortalidad materna
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	77,17	10,8	7,0	85,2	0,9
Buenos Aires	75,18	8,4	12,0	94,8	4,4
Catamarca	75,96	5,6	15,4	98,3	1,5
Córdoba	75,75	8,2	11,1	94,2	4,8
Corrientes	74,41	6,3	16,8	95,6	5,9
Chaco	72,85	6,7	14,7	97,1	7,5
Chubut	75,97	6,3	9,8	100,1	3,0
Entre Ríos	74,98	7,7	11,6	95,8	3,1
Formosa	73,93	6,0	17,8	98,0	16,2
Jujuy	74,82	5,9	13,4	96,1	3,7
La Pampa	76,20	7,0	7,0	97,9	7,2
La Rioja	75,33	5,4	12,6	98,0	11,4
Mendoza	76,33	7,2	11,7	94,9	4,4
Misiones	74,21	5,8	13,2	98,8	8,1
Neuquén	77,29	4,9	9,2	98,5	3,3
Río Negro	76,35	6,3	9,4	98,4	0,8
Salta	74,86	5,6	12,8	96,7	5,8
San Juan	75,23	6,5	11,0	95,8	4,2
San Luis	76,13	5,9	10,7	97,5	3,8
Santa Cruz	75,32	5,6	9,7	106,2	3,3

Santa Fe	75,10	9,0	10,3	94,0	2,6
Santiago del Estero	74,25	6,0	14,0	98,0	1,7
Tucumán	75,12	6,4	14,1	95,5	3,0
Tierra del Fuego	76,98	3,3	9,9	105,3	0,0

Fuente: Esperanza de vida al nacer ambos sexos 2008 – 2010 - Ministerio de Salud – Organización Panamericana de la Salud (2015). Tasa de mortalidad, tasa de mortalidad infantil y tasa de mortalidad materna - Estadísticas Vitales. Deis (2011). Índice de masculinidad - Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario básico.

Subdimensión 2.2. Indicadores de Fecundidad

- Tasa global de fecundidad - Fuente: Estadísticas Vitales. Deis (2011)
- Tasa de fecundidad de las adolescentes - Fuente: Estadísticas Vitales. Deis (2012)

Tabla 8. Indicadores de Estructura demográfica – indicadores de fecundidad, por provincia. 2010.

Provincia	Tasa global de fecundidad	Tasa de fecundidad adolescente
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1,86	17,5
Buenos Aires	2,32	32,0
Catamarca	2,23	34,0
Córdoba	2,16	31,3
Corrientes	2,38	41,2
Chaco	2,41	52,3
Chubut	2,27	38,4
Entre Ríos	2,22	38,2
Formosa	2,52	45,3
Jujuy	2,29	35,1
La Pampa	2,18	35,0
La Rioja	2,11	32,4

Mendoza	2,34	35,8
Misiones	2,59	44,7
Neuquén	2,36	38,5
Río Negro	2,23	39,3
Salta	2,59	37,8
San Juan	2,48	36,8
San Luis	2,21	35,5
Santa Cruz	2,45	45,5
Santa Fe	2,06	36,4
Santiago del Estero	2,40	38,8
Tucumán	2,37	37,3
Tierra del Fuego	2,17	26,6

Fuente: Tasa global de Fecundidad - Estadísticas Vitales. Deis (2011). Tasa de fecundidad adolescente – Estadísticas Vitales. Deis (2012)

Subdimensión 2.3. Composición poblacional

- Porcentaje de población de 65 años y más - Fuente: Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario básico.
- Porcentaje de población en áreas rurales - Fuente: Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario básico.
- Tasa de dependencia potencial¹⁰- Fuente: Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario básico.

¹⁰ Es el cociente entre la población potencialmente inactiva (grupos de 0 a 14 y 65 años y más) y la población en edades “teóricamente” activas (15 a 64 años).

Tabla 9. Indicadores de Estructura demográfica – composición poblacional, por provincia. 2011.

Provincia	% de población de 65 años y más	% de población en áreas rurales	Tasa de dependencia potencial
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	16,4	0,0	48,7
Buenos Aires	10,7	2,9	55,1
Catamarca	7,9	22,9	59,0
Córdoba	11,2	10,9	55,1
Corrientes	7,9	17,2	59,3
Chaco	7,0	15,4	59,6
Chubut	7,4	8,8	51,6
Entre Ríos	10,3	14,3	57,5
Formosa	7,0	19,1	62,6
Jujuy	7,2	13,0	57,1
La Pampa	11,2	16,2	56,4
La Rioja	7,2	13,5	54,0
Mendoza	10,3	19,3	56,0
Misiones	6,3	26,3	63,5
Neuquén	6,6	8,3	49,6
Río Negro	8,5	13,0	52,6
Salta	7,0	13,0	61,7
San Juan	8,7	13,0	59,8
San Luis	8,7	11,8	57,7
Santa Cruz	5,3	3,9	50,2
Santa Fe	11,8	9,3	54,2

Santiago del Estero	7,7	31,3	64,8
Tucumán	8,0	19,5	56,7
Tierra del Fuego	3,8	1,2	45,4

Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario básico.

En primer lugar, y a fin de poder analizarse la asociación entre la variable dependiente y las variables independientes presentadas en éste capítulo, se descartarán aquellas que no muestren variabilidad entre las provincias, es decir, que no visibilicen la heterogeneidad de las provincias argentinas, ya que las mismas no son, empíricamente, buenas descriptoras de las desigualdades sociodemográficas y socioeconómicas, a pesar de haber sido seleccionadas por criterios conceptuales y la disponibilidad de datos confiables para el periodo estudiado.

Para la dimensión 1: estructura socioeconómica, subdimensión 1.1: condiciones de vida, se seleccionaron en primer lugar los siguientes indicadores: porcentaje de hogares NBI, porcentaje de hogares hacinados, porcentaje de hogares sin baño con retrete, porcentaje de hogares con agua por red pública, porcentaje de hogares con desagüe del inodoro a cloaca y porcentaje de hogares en viviendas deficitarias. Según se observa en la tabla 9 y en los gráficos 20 a 25 que presentan las medidas de tendencia central y dispersión y la distribución por provincias puede observarse que, si bien hay indicadores con mayor variabilidad, todos son plausibles de ser utilizados para describir la heterogeneidad entre las provincias.

También puede notarse que la distribución de los indicadores porcentaje de hogares hacinados y porcentaje de hogares sin baño con retrete son casi idénticas, por lo que a fin de economizar en el modelo de análisis se decide eliminar el segundo.

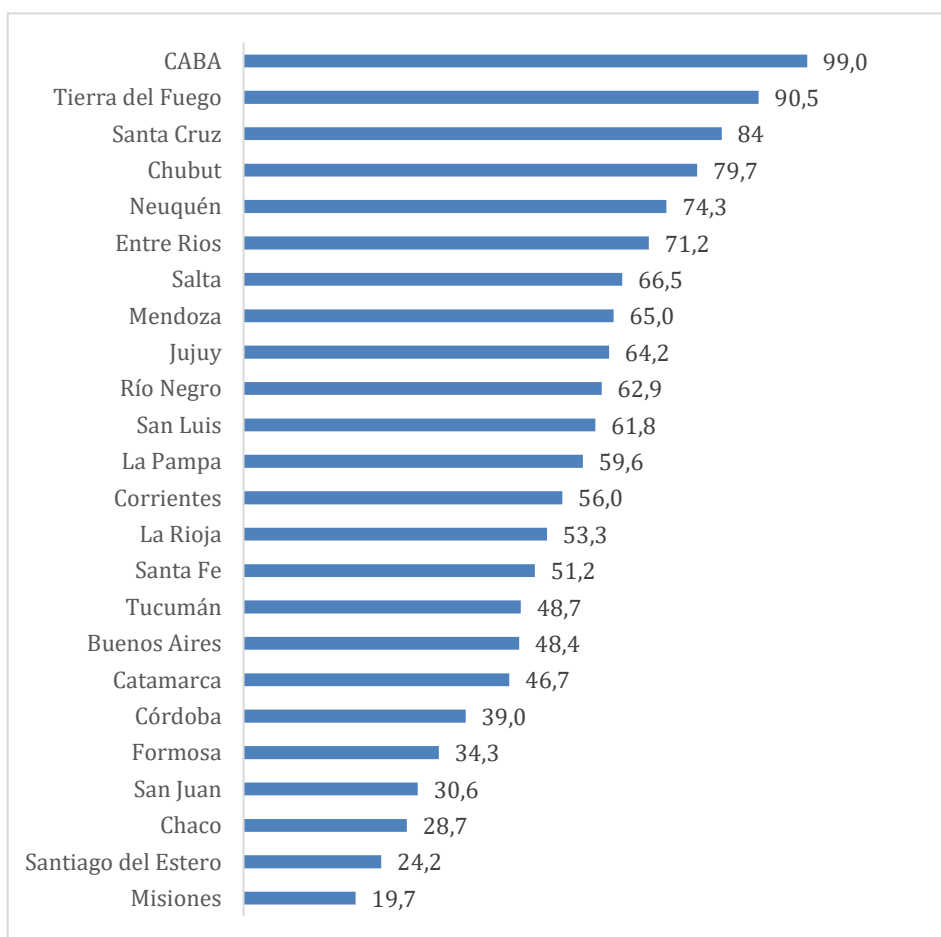
Tabla 10. Indicadores de Estructura socioeconómica – condiciones de vida. Medidas de tendencia central y dispersión. 2010.

Medidas de tendencia central y dispersión	% hogares NBI	% hogares hacinados	% hogares sin baño con retrete	% hogares con agua por red pública	% hogares con desagüe del inodoro a cloaca	% hogares en viviendas deficitarias
Media	11,4	4,8	3,8	88,7	56,6	18,7

Mediana	10,4	4,3	3,0	91,6	57,8	14,4
Desvío Estándar	4,6	2,1	2,4	7,9	20,9	10,6
Mínimo	3,8	1,5	0,9	71,9	19,7	4,9
Máximo	19,8	9,5	9,4	99,6	99,0	40,1
Rango	16,0	8,0	8,5	27,7	79,3	35,2

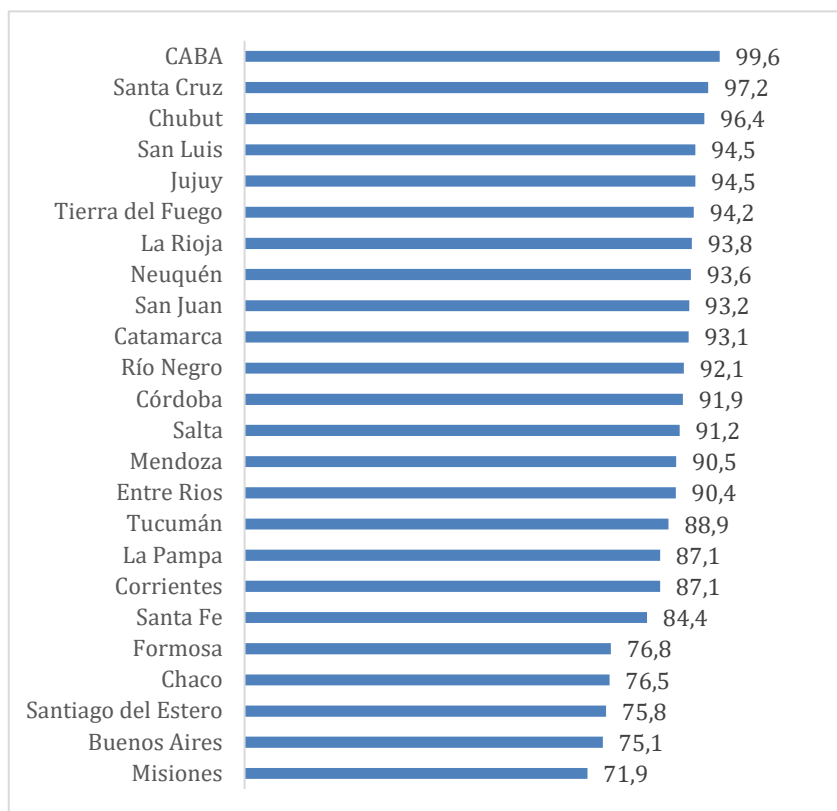
Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario básico.

Gráfico 2. Indicadores de Estructura socioeconómica – condiciones de vida: % de hogares con desagüe del inodoro a red cloacal, por provincia. 2010



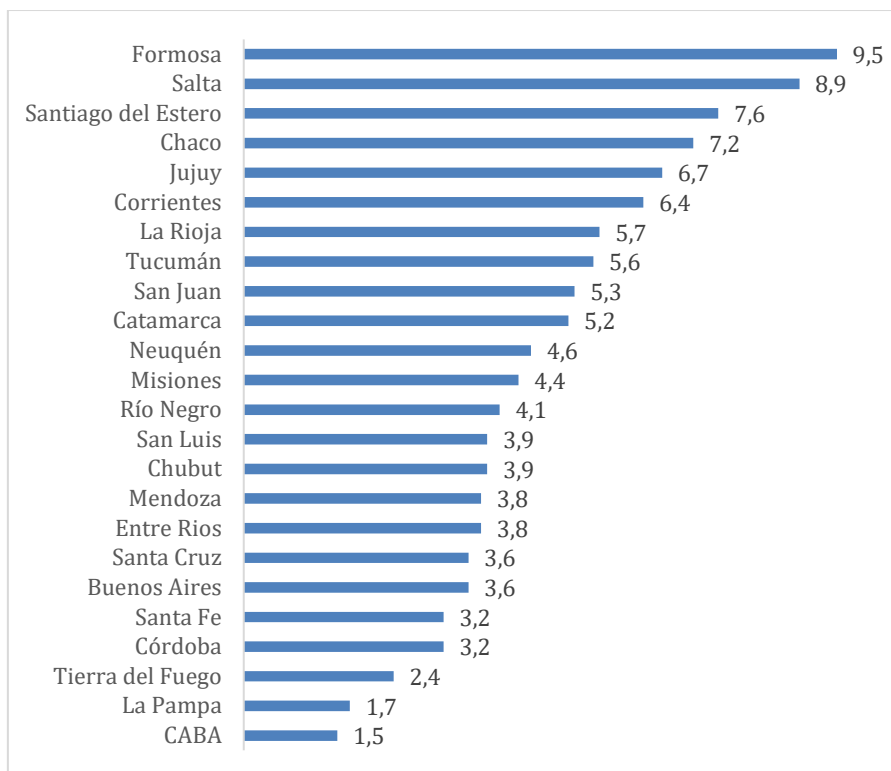
Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario básico.

Gráfico 3. Indicadores de Estructura socioeconómica – condiciones de vida: % de hogares con agua de red, por provincia.2010



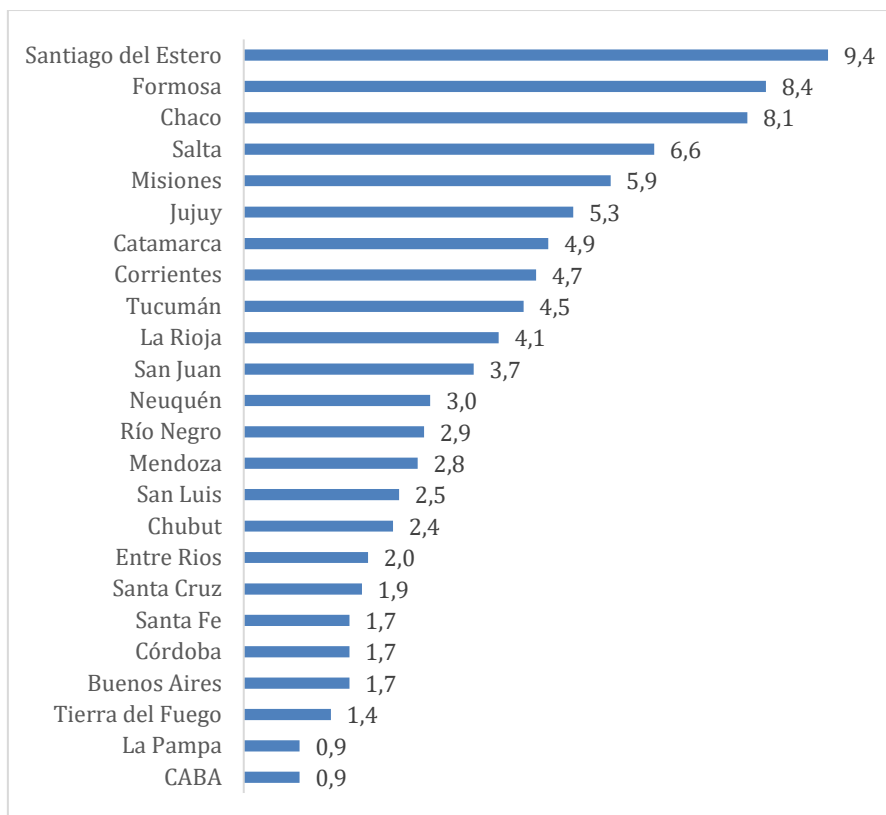
Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario básico.

Gráfico 4. Indicadores de Estructura socioeconómica – condiciones de vida: % de hogares hacinados, por provincia.2010



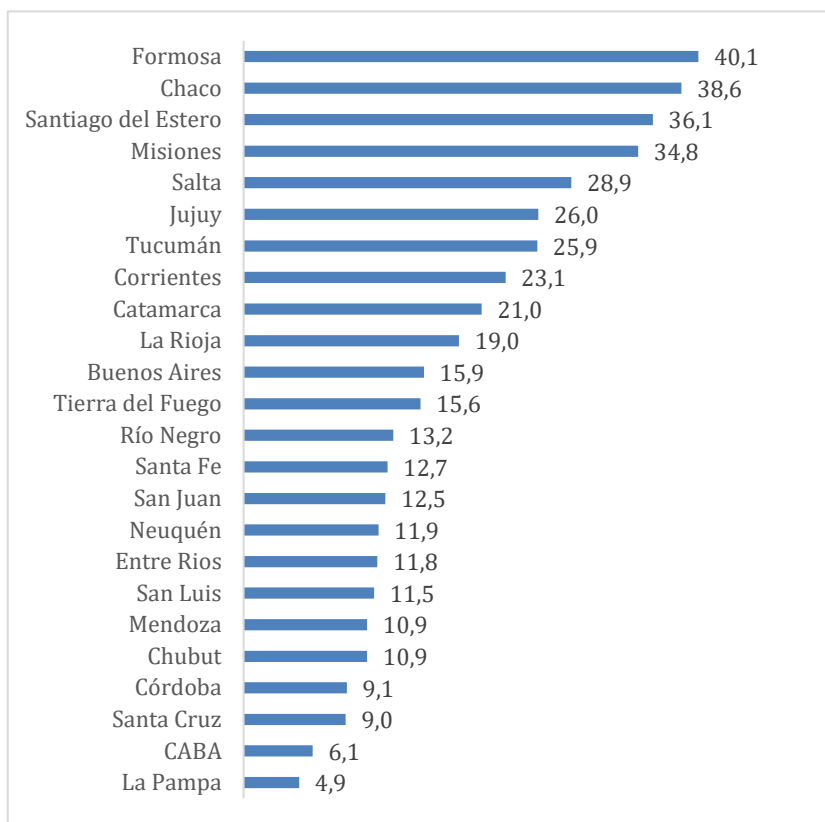
Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario básico.

Gráfico 5. Indicadores de Estructura socioeconómica – condiciones de vida: % de hogares sin retrete, por provincia.2010



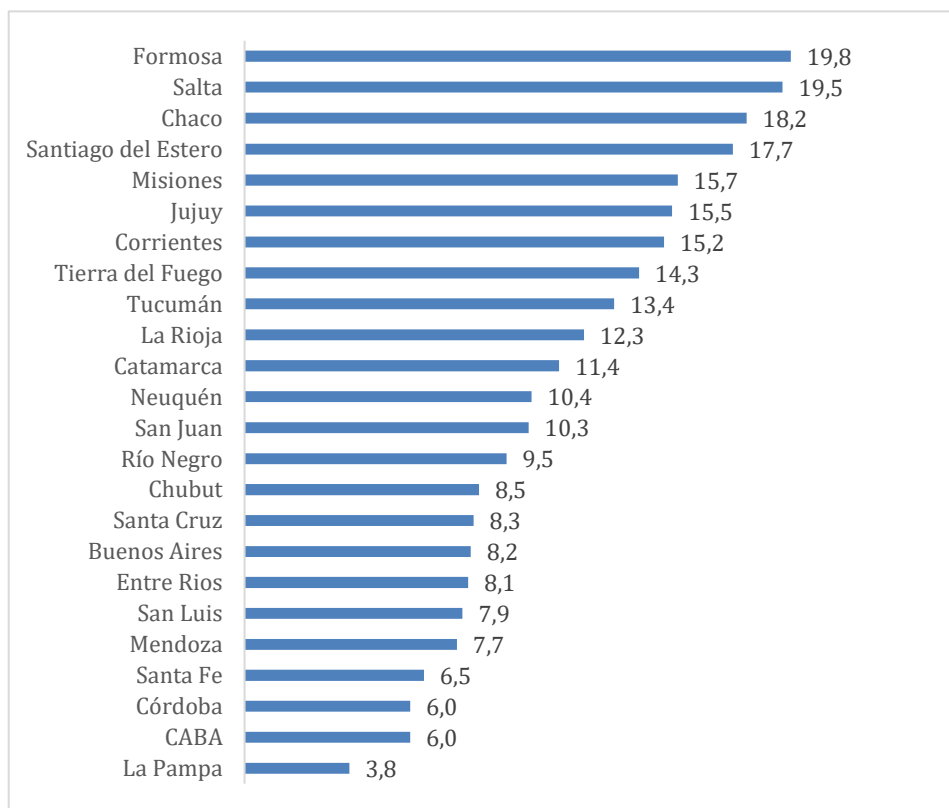
Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario básico.

Gráfico 6. Indicadores de Estructura socioeconómica – condiciones de vida: % de hogares en viviendas deficitarias, por provincia. 2010



Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario básico.

Gráfico 7. Indicadores de Estructura socioeconómica – condiciones de vida: % de hogares NBI, por provincia. 2010



Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario básico.

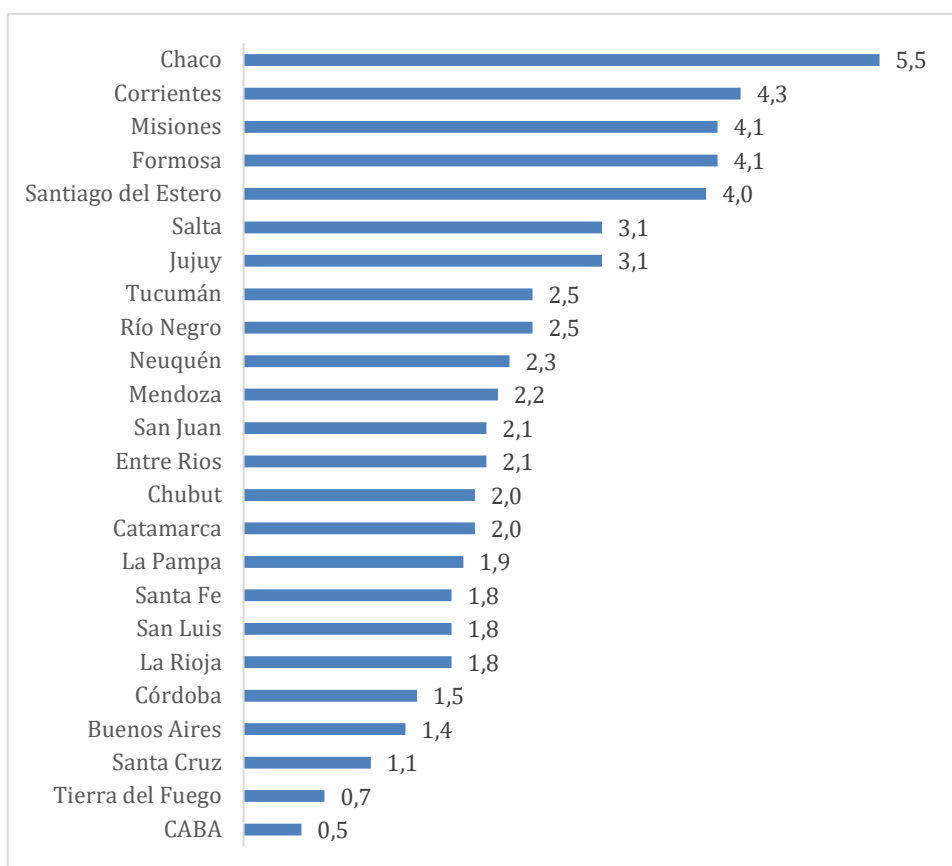
Para la dimensión 1: estructura socioeconómica, subdimensión 1.2: acceso a la educación, se seleccionaron el porcentaje de analfabetismo, el porcentaje de población con secundario completo y más y el porcentaje de niños de 6 a 12 años que no asisten a la escuela. Se presentan en la tabla 10. las medidas de tendencia central y dispersión y en los gráficos 26, 27 y 28, la distribución por provincia. De acuerdo a esta información el indicador porcentaje de población con secundario completo y más, a excepción de los datos registrados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se presenta homogéneo en el resto de las jurisdicciones, por lo tanto éste no será utilizado.

Tabla 11. Indicadores de Estructura socioeconómica – acceso a la educación. Medidas de tendencia central y dispersión. 2010.

Medidas de tendencia central y dispersión	% analfabetismo	% población con secundario completo y más	% niños de 6 a 12 años que no asisten a la escuela
Media	2,4	42,7	1,1
Mediana	2,1	42,4	1,1
Desvío Estándar	1,2	7,9	0,4
Mínimo	0,5	32,3	0,4
Máximo	5,5	71,4	1,9
Rango	5,0	39,1	1,5

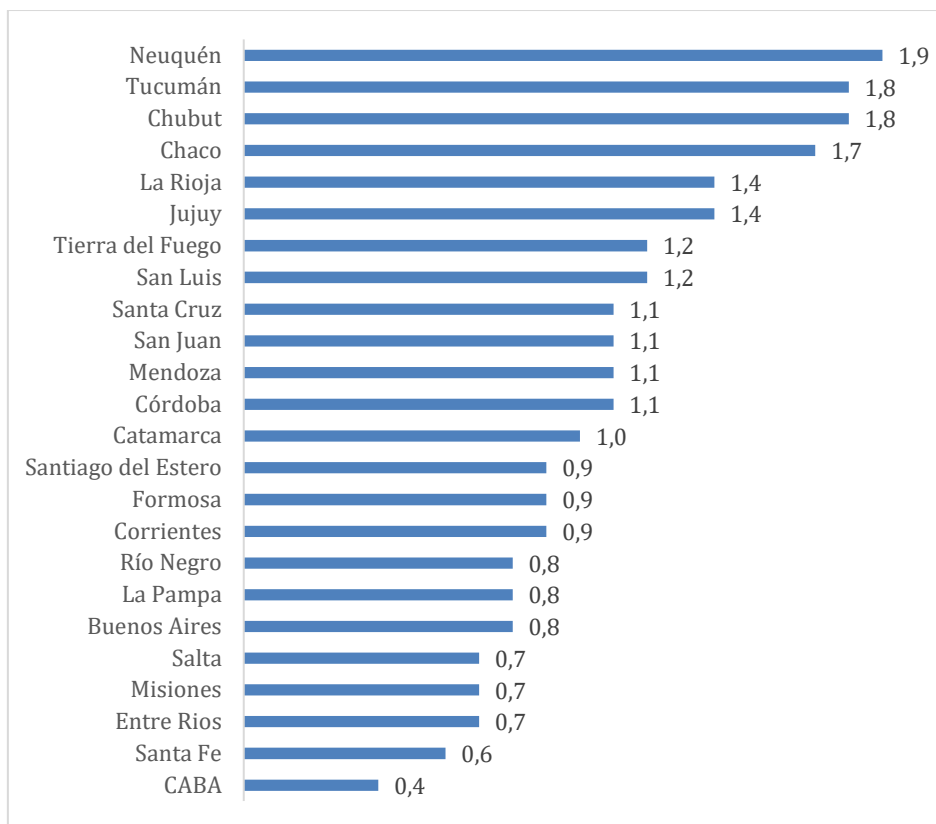
Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario básico.

Gráfico 8. Indicadores de Estructura socioeconómica – acceso a la educación: % de población analfabeta, por provincia. 2010.



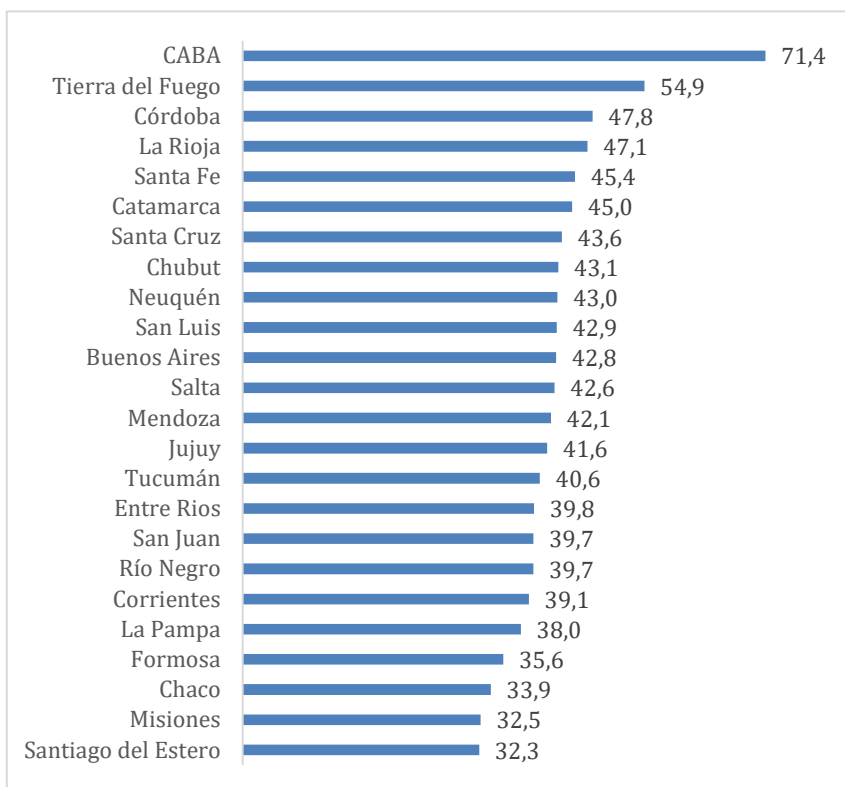
Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario básico.

Gráfico 9. Indicadores de Estructura socioeconómica – acceso a la educación: % de niños de 6 a 12 años que no asisten a la escuela, por provincia. 2010.



Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario básico.

Gráfico 10. Indicadores de Estructura socioeconómica – acceso a la educación: % de población con secundario completo y más, por provincia. 2010.



Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario básico.

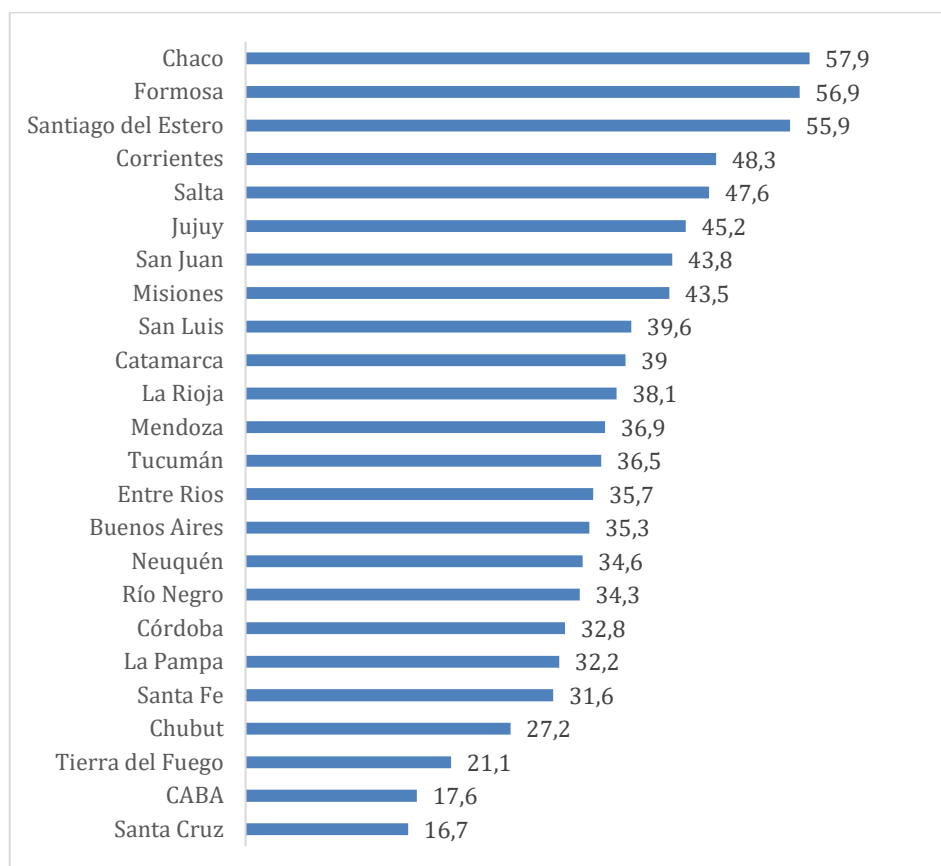
La subdimensión 1.3: acceso a la salud de la estructura socioeconómica utiliza el indicador porcentaje de población sin obra social o prepaga o plan estatal cuyas medidas de tendencia central y de dispersión se presentan en la tabla 11. y su distribución de frecuencias en el gráfico 29. El mismo muestra características metodológicas aptas para ser utilizado en el modelo.

Tabla 12. Indicadores de Estructura socioeconómica – acceso a la salud. Medidas de tendencia central y dispersión. 2010.

Medidas de tendencia central y dispersión	% población sin obra social, prepaga o plan estatal
Media	37,8
Mediana	36,7
Desvío Estándar	11,0
Mínimo	16,7
Máximo	57,9
Rango	41,2

Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario ampliado.

Gráfico 11. Indicadores de Estructura socioeconómica – acceso a la salud: % de población sin obra social, prepaga o plan estatal, por provincia. 2010.



Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario ampliado.

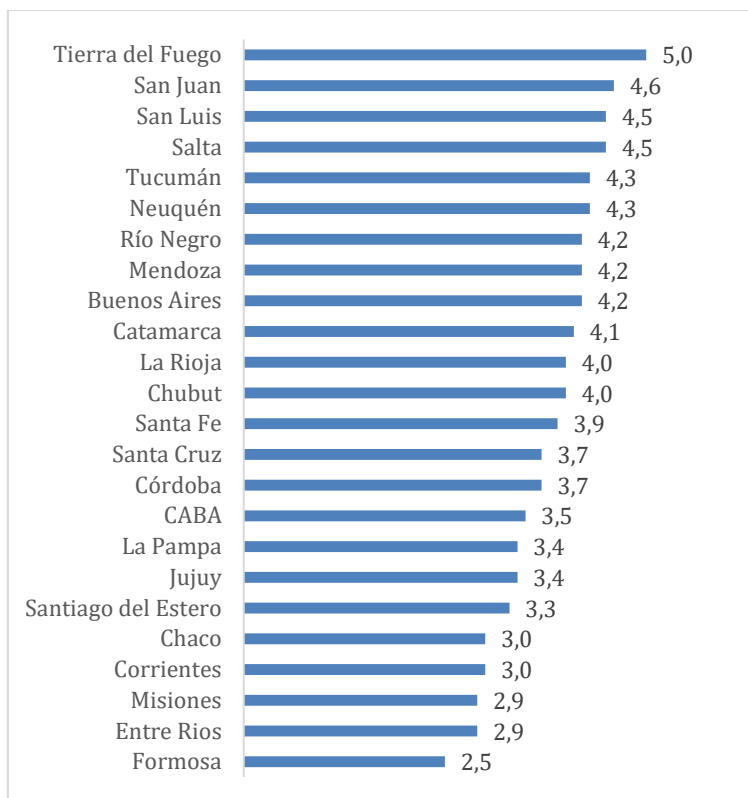
La Subdimensión 1.4: estructura económica - acceso al trabajo se presentó a partir de los siguientes indicadores: porcentaje de población de 14 años y más desocupada, porcentaje de población de 14 años y más económicamente activa y porcentaje de población ocupada que no tiene descuentos ni aportes jubilatorios. La tabla 12 y los gráficos 30, 31 y 32 muestran las medidas de tendencia central y dispersión y la distribución de frecuencias por provincia. Se observa que el porcentaje de población desocupada es el que menos variabilidad presenta por provincia y por eso se descartará del análisis.

Tabla 13. Indicadores de Estructura socioeconómica – acceso al trabajo. Medidas de tendencia central y dispersión. 2010.

Provincia	% población de 14 años y más desocupada	% población de 14 años y más económicamente activa	% población ocupada que no tiene descuentos ni aportes jubilatorios
Media	3,8	62,3	42,0
Mediana	4,0	62,2	43,1
Desvío Estándar	0,6	5,6	10,3
Mínimo	2,5	53,4	21,4
Máximo	5,0	75,0	58,6
Rango	2,5	21,6	37,2

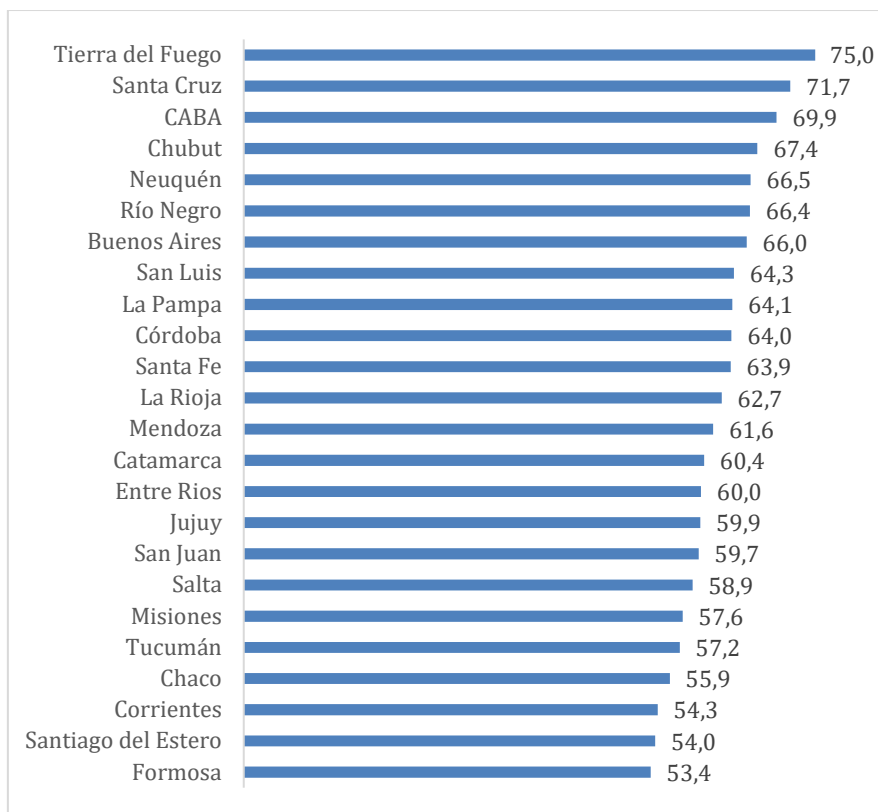
Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario ampliado.

Gráfico 12. Indicadores de Estructura socioeconómica – acceso al trabajo: % de población de 14 años y más desocupada. 2010.



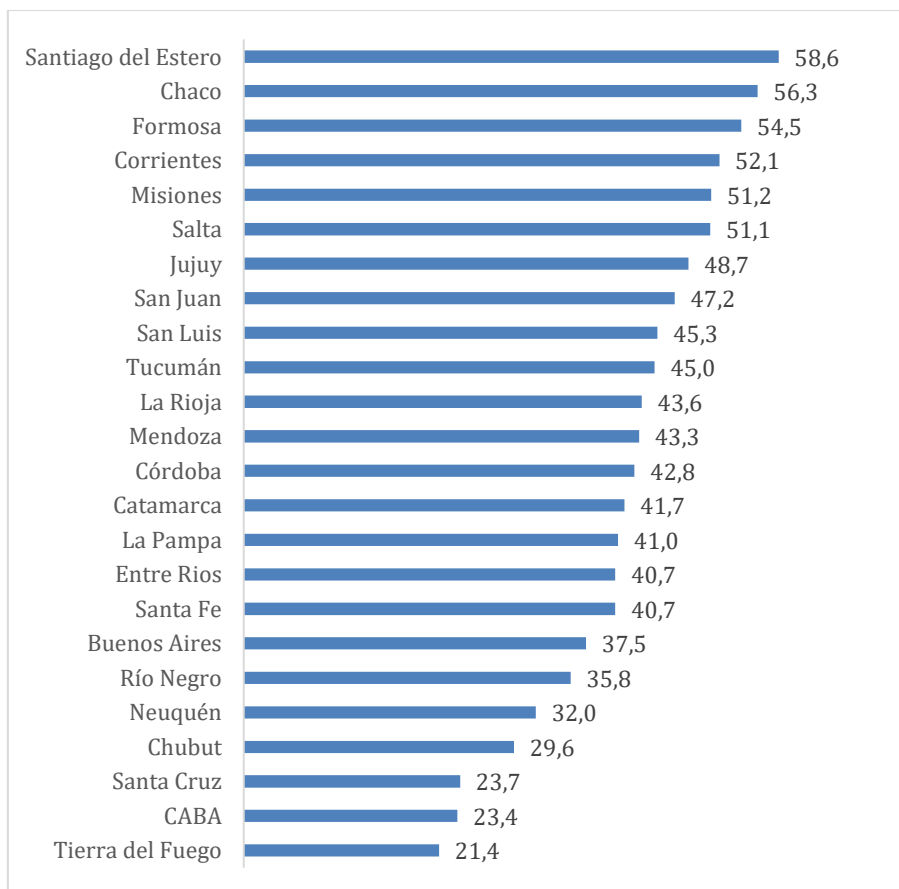
Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario ampliado.

Gráfico 13. Indicadores de Estructura socioeconómica – acceso al trabajo: % de población de 14 años y más económicamente activa. 2010.



Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario ampliado.

Gráfico 14. Indicadores de Estructura socioeconómica – acceso al trabajo: % de población ocupada que no tiene descuentos ni aportes jubilatorios. 2010.



Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario ampliado.

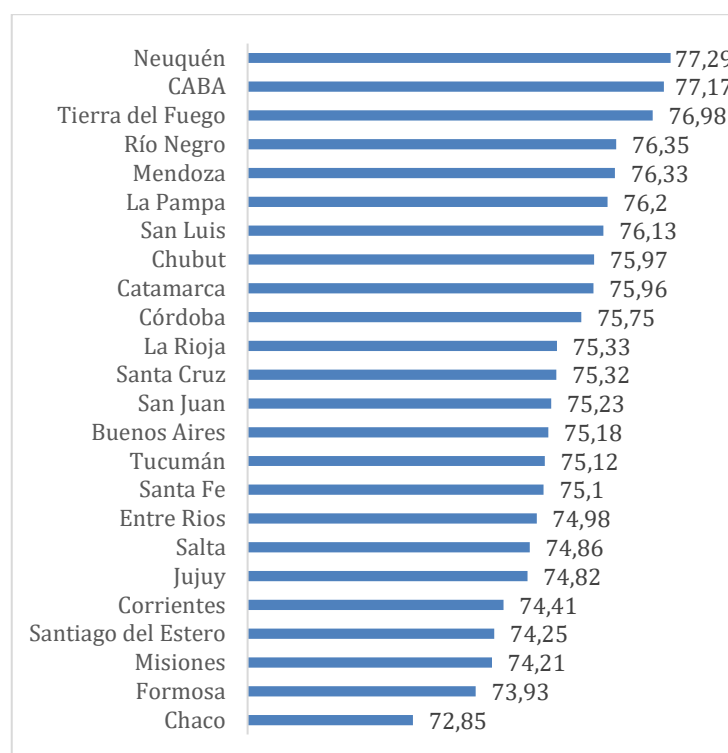
Se propuso medir la subdimensión 2.1: estructura demográfica - indicadores de mortalidad a partir de la esperanza de vida al nacer ambos sexos, la tasa de mortalidad, la tasa de mortalidad infantil, el índice de masculinidad y la tasa de mortalidad materna, cuyas medidas de tendencia central y dispersión y distribución de frecuencias se presentan en la tabla 13. y los gráficos 33 a 37. De acuerdo a dicha información y a fin de poder contar con indicadores sensibles, se rescatan la tasa de mortalidad infantil y la tasa de mortalidad materna para el posterior análisis.

Tabla 14. Indicadores de Estructura demográfica – indicadores de mortalidad. Medidas de tendencia central y dispersión. 2008 – 2010 - 2011.

Provincia	Esperanza de vida al nacer ambos sexos	Tasa de mortalidad	Tasa de mortalidad infantil	Índice de masculinidad	Tasa de mortalidad materna
Media	75,4	6,5	11,9	97,1	4,6
Mediana	75,3	6,3	11,7	97,3	3,8
Desvío Estándar	1,1	1,5	2,7	3,9	3,6
Mínimo	72,9	3,3	7,0	85,2	0,0
Máximo	77,3	10,8	17,8	106,2	16,2
Rango	4,4	7,5	10,8	21,0	16,2

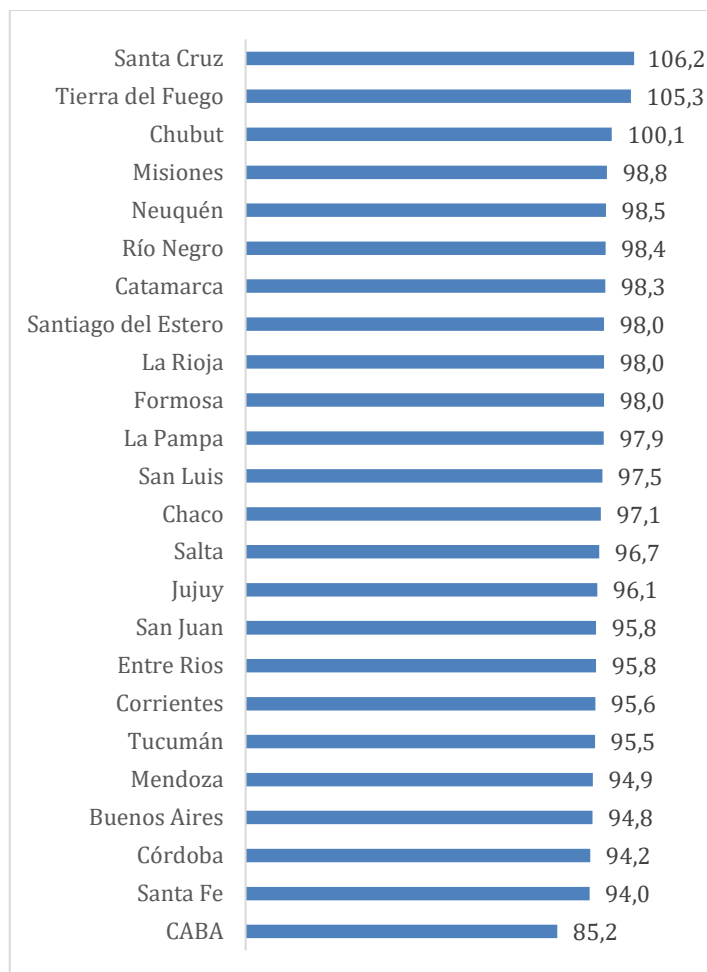
Fuente: Esperanza de vida al nacer ambos sexos 2008 – 2010 - Ministerio de Salud – Organización Panamericana de la Salud (2015). Tasa de mortalidad, tasa de mortalidad infantil y tasa de mortalidad materna - Estadísticas Vitales. Deis (2011). Índice de masculinidad - Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario básico.

Gráfico 15. Indicadores de Estructura demográfica – indicadores de mortalidad: esperanza de vida al nacer ambos sexos. 2008 – 2010.



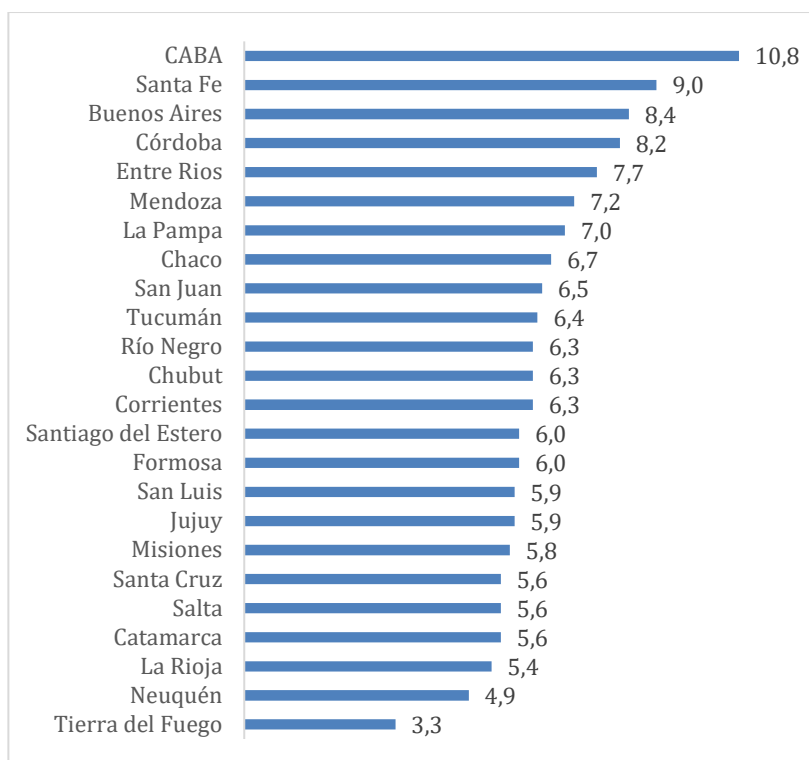
Fuente: Ministerio de Salud – Organización Panamericana de la Salud (2015).

Gráfico 16. Indicadores de Estructura demográfica – índice masculinidad por provincia. 2008 – 2010.



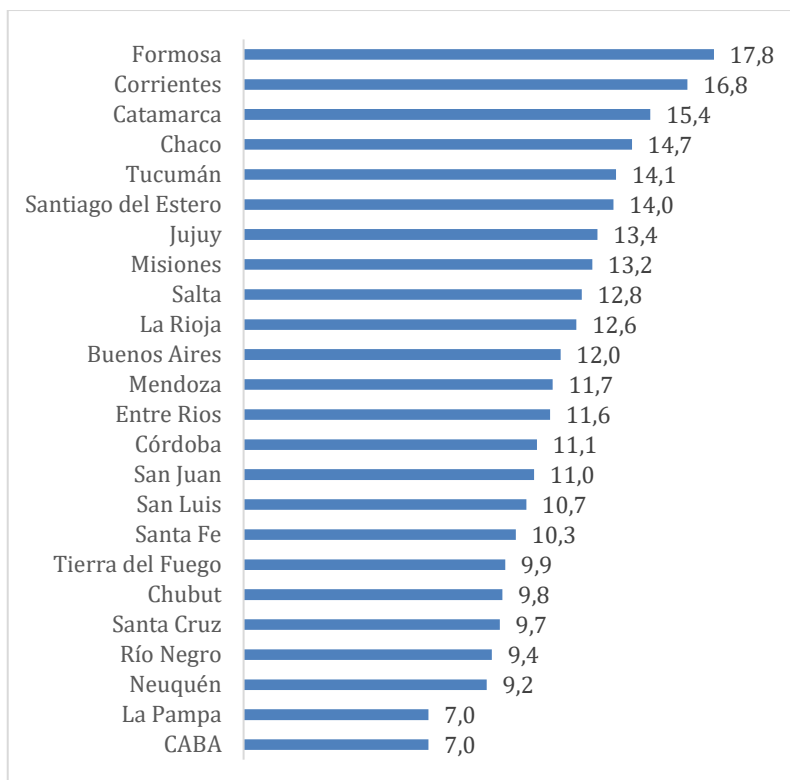
Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario básico.

Gráfico 17. Indicadores de Estructura demográfica – indicadores de mortalidad: tasa de mortalidad. 2011.



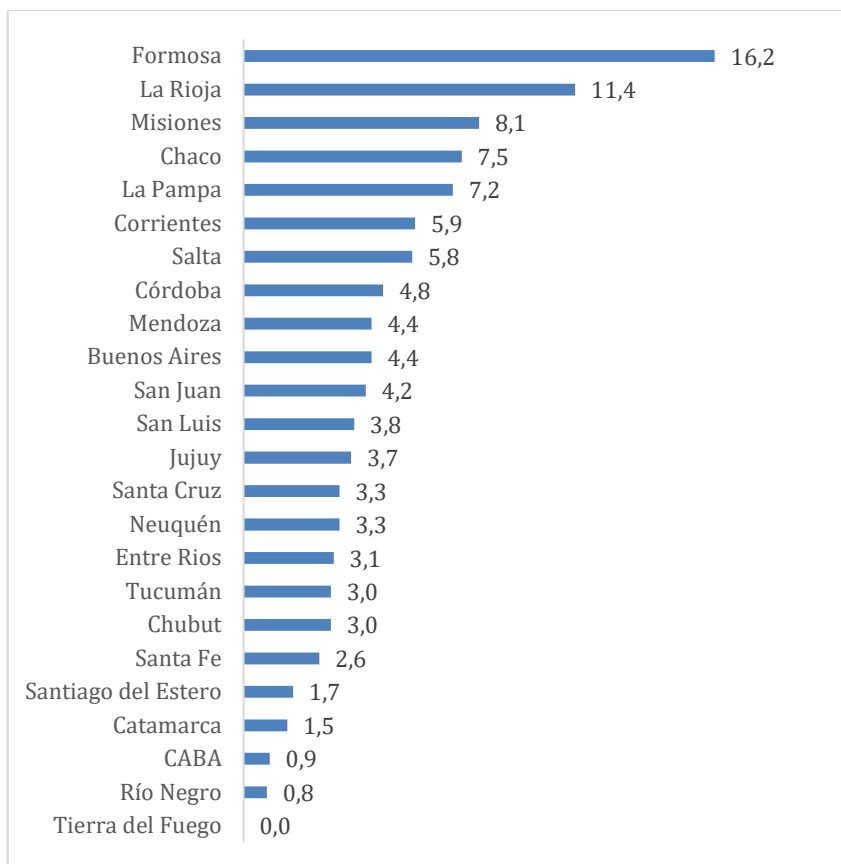
Fuente: Estadísticas Vitales. Deis (2011).

Gráfico 18. Indicadores de Estructura demográfica – indicadores de mortalidad: tasa de mortalidad infantil. 2011.



Fuente: Estadísticas Vitales. Deis (2011).

Gráfico 19. Indicadores de Estructura demográfica – indicadores de mortalidad: tasa de mortalidad materna por provincia. 2011.



Fuente: Tasa de mortalidad, tasa de mortalidad infantil y tasa de mortalidad materna - Estadísticas Vitales. Deis (2011).

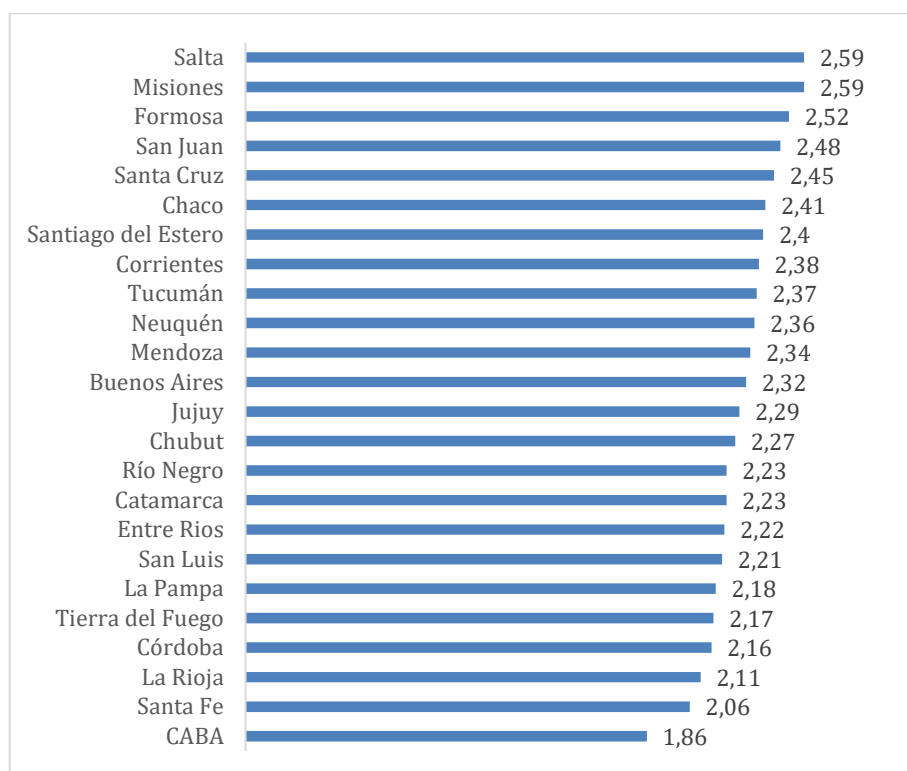
Para la subdimensión 2.2. Indicadores de estructura demográfica: Fecundidad se seleccionaron la tasa global de fecundidad y la tasa de fecundidad de las adolescentes. Las medidas de tendencia central y dispersión se presentan en la tabla 14. y la distribución en los gráficos 38 y 39. Si bien la tasa global de fecundidad pareciera no mostrar gran variabilidad, se conoce que para la evolución demográfica de dicho indicador, un rango de 0,73 no es despreciable, motivo por el cual se propone utilizar ambos indicadores.

Tabla 15. Indicadores de Estructura demográfica – indicadores de fecundidad. Medidas de tendencia central y dispersión. 2010.

Provincia	Tasa global de fecundidad	Tasa de fecundidad adolescente
Media	2,30	36,9
Mediana	2,31	37,1
Desvío Estándar	0,17	6,8
Mínimo	1,86	17,5
Máximo	2,59	52,3
Rango	0,73	34,8

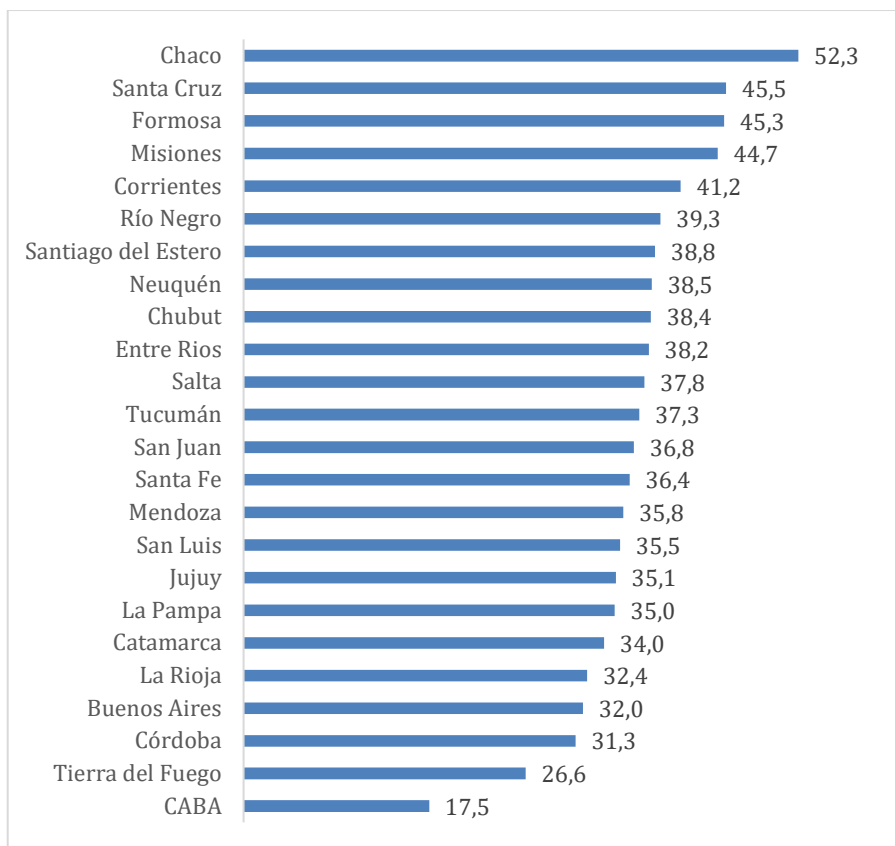
Fuente: Tasa global de Fecundidad - Estadísticas Vitales. Deis (2011). Tasa de fecundidad adolescente – Estadísticas Vitales. Deis (2012)

Gráfico 20. Indicadores de Estructura demográfica – indicadores de fecundidad: tasa global de fecundidad por provincia. 2010.



Fuente: Estadísticas Vitales. Deis (2011).

Gráfico 21. Indicadores de Estructura demográfica – indicadores de fecundidad: tasa de fecundidad adolescente por provincia. 2010.



Fuente: Estadísticas Vitales. Deis (2012)

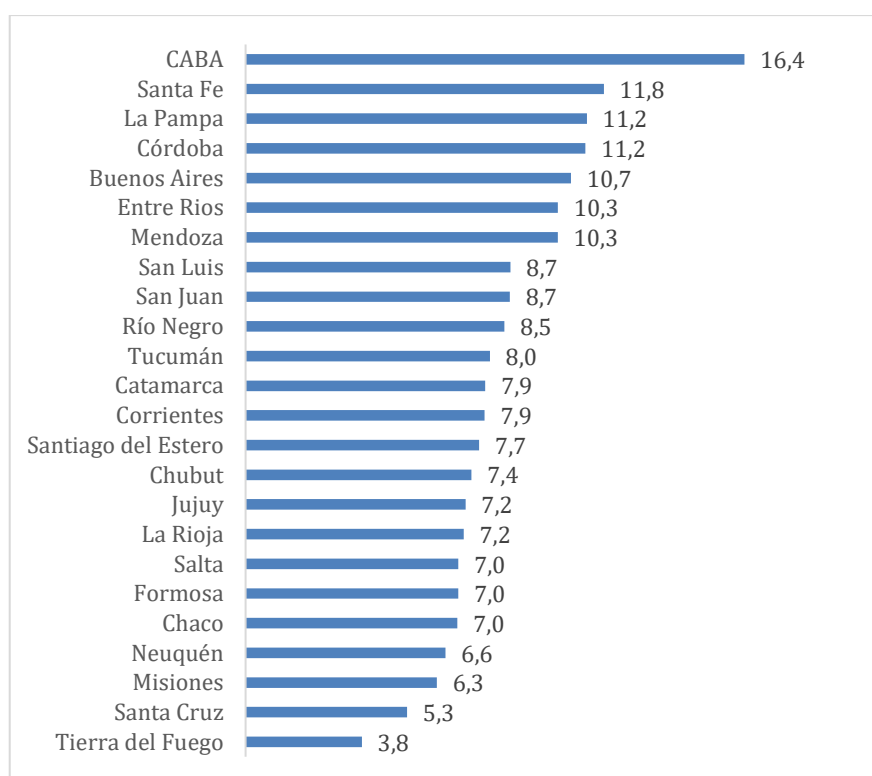
Por último, para la subdimensión de composición poblacional se ha propuesto el porcentaje de población de 65 años y más, el porcentaje de población en áreas rurales y la tasa de dependencia potencial. Las medidas de tendencia central y dispersión y la distribución por provincias se presentan en la tabla 15 y los gráficos 40, 41 y 42. Los datos permiten utilizar los tres indicadores.

Tabla 16. Indicadores de Estructura demográfica – composición poblacional. Medidas de tendencia central y dispersión. 2011.

Provincia	% de población de 65 años y más	% de población en áreas rurales	Tasa de dependencia potencial
Media	8,5	13,5	56,2
Mediana	7,9	13,0	56,6
Desvío Estándar	2,6	7,5	4,9
Mínimo	3,8	0,0	45,4
Máximo	16,4	31,3	64,8
Rango	12,6	31,3	19,4

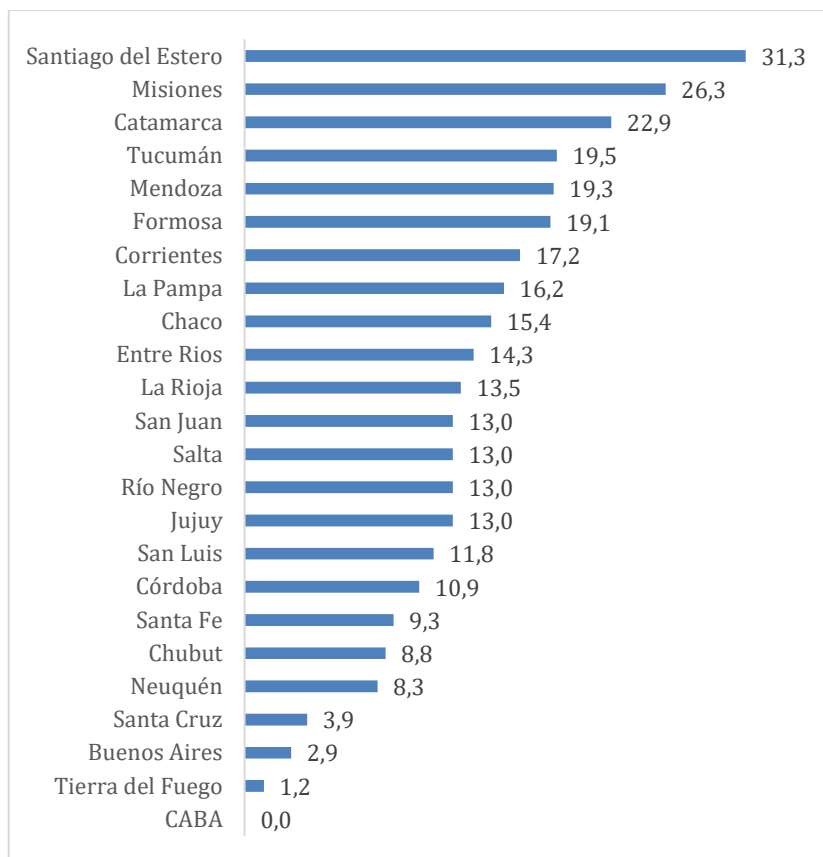
Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario básico.

Gráfico 22. Indicadores de Estructura demográfica – composición poblacional: % de población de 65 años y más, por provincia. 2011.



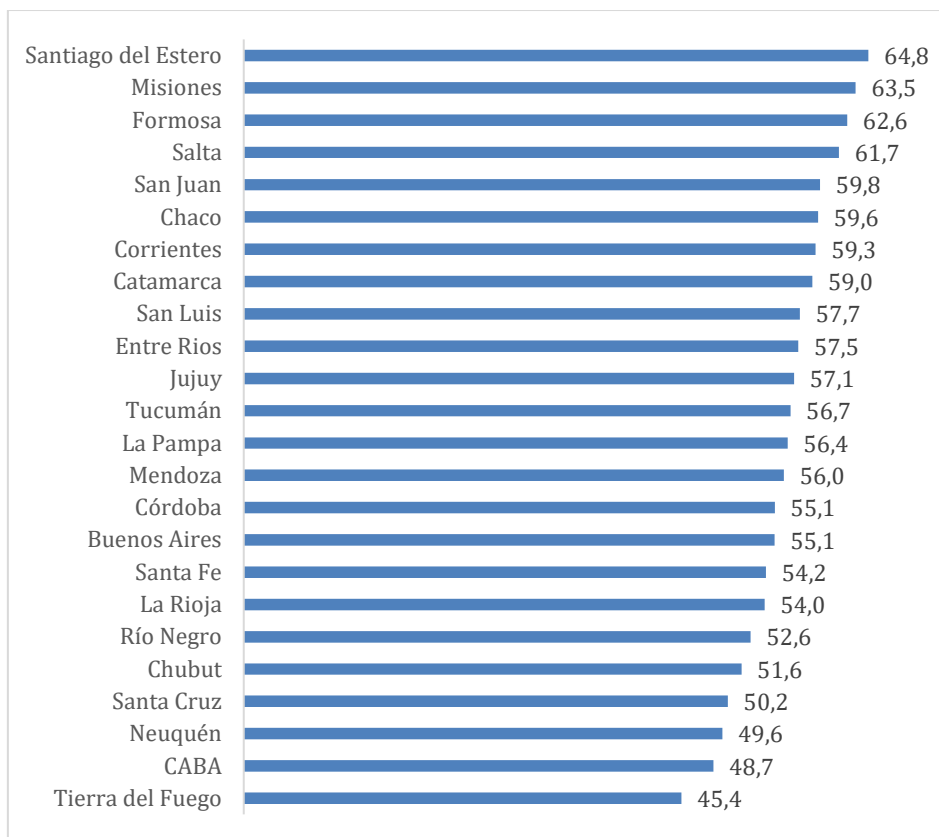
Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario básico.

Gráfico 23. Indicadores de Estructura demográfica – composición poblacional: % de población en áreas rurales, por provincia. 2011.



Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario básico.

Gráfico 24. Indicadores de Estructura demográfica – composición poblacional: tasa de dependencia potencial, por provincia. 2011.



Fuente: Censo 2010. Procesamiento propio de base REDATAM online. Cuestionario básico.

De este modo, los indicadores que serán testeados con la variable dependiente en el próximo apartado serán los siguientes:

Tabla 17. Indicadores seleccionados para la aplicación del modelo bivariado y multivariado

Dimensión	Subdimensión	Indicador
Estructura socioeconómica	Condiciones de vida	% de hogares NBI % de hogares hacinados % de hogares con agua por red pública % de hogares con desagüe del inodoro a cloaca % de hogares en viviendas deficitarias.
Estructura socioeconómica	Acceso a la educación	% de analfabetismo % de niños de 6 a 12 años que no asisten a la escuela
Estructura socioeconómica	Acceso a la salud	% población sin obra social, prepaga o plan estatal
Estructura socioeconómica	Acceso al trabajo	% población de 14 años y más económicamente activa % población ocupada que no tiene descuentos ni aportes jubilatorios
Estructura demográfica	Mortalidad	Tasa de mortalidad infantil Tasa de mortalidad materna
Estructura demográfica	Fecundidad	Tasa global de fecundidad Tasa de fecundidad adolescente
Estructura demográfica	Estrictamente demográficos	% de población de 65 años y más % de población en áreas rurales Tasa de dependencia potencial

5. Caracterización de las provincias argentinas en el consumo de sustancias por parte de adolescentes escolarizados en el año 2014.

Descripción del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados

Como se definió previamente la epidemiología que estudia el consumo de sustancias utiliza como medidas principales de estudio la de ocurrencia del hecho, en este caso a partir de la prevalencia del consumo. (Almeida Filho & Rouquayrol, 2008). Dicha medida fue definida como la proporción de casos de un evento de interés, en este caso el consumo de sustancias, en una población expuesta al riesgo en un momento determinado. Se diferencian tres tipos de prevalencia: de punto, de periodo y de vida. En el caso del consumo de sustancias se utilizan la prevalencia de mes, de año y de vida, calculadas como el cociente entre el número de personas que han consumido x sustancia en cada uno de estos periodos sobre la población expuesta al riesgo. (Almeida Filho & Rouquayrol, 2008).

Por esta razón, en primer lugar, se realiza una descripción de las prevalencias de consumo de los estudiantes de nivel medio de la Argentina, a fin de establecer un primer acercamiento al objeto de estudio.

Como se explicó previamente la Sexta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media sobre consumo de sustancias psicoactivas y factores de riesgo y protección asociados, realizada en el año 2014 por la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico a través de su Observatorio Argentino de Drogas, tiene representatividad nacional y provincial. La misma indaga acerca del consumo alguna vez en la vida de las siguientes sustancias legales: tabaco, alcohol, legales, pero de uso indebido: inhalantes, tranquilizantes y estimulantes sin prescripción médica e ilegales: marihuana, cocaína, pasta base, éxtasis, heroína, alucinógenos, crack, opio, morfina, haschis, ketamina, Popper y otras drogas. A su vez, se construye el indicador de consumo de alguna droga ilícita, a partir de aquellos que han probado al menos una vez al menos una de las sustancias indicadas como ilegales. La fuente también recoge datos sobre el consumo de año y mes de las sustancias legales y las de uso indebido y de marihuana, cocaína, pasta base, éxtasis y otras drogas, y elabora el indicador de consumo de año y mes de alguna droga ilícita.

Estas son las medidas tradicionalmente utilizadas para realizar el primer bosquejo del fenómeno de consumo y existe consenso respecto a que para estudiarse el consumo de

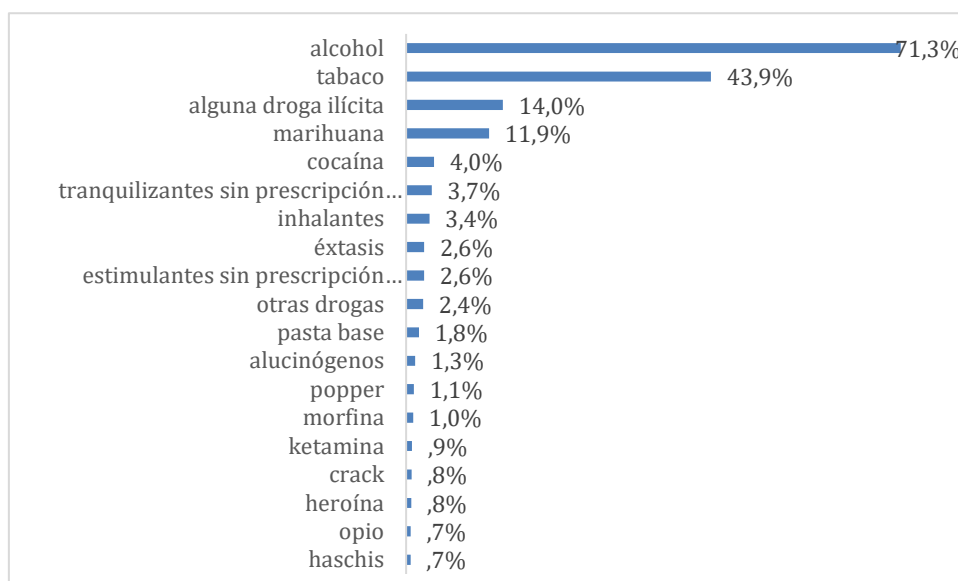
las sustancias ilícitas y de uso indebido debe utilizarse el periodo de un año y de las drogas legales, el consumo del último mes. (Almeida Filho & Rouquayrol, 2008).

En este sentido, se presentan las prevalencias de vida, año y mes para todo el país de todas las sustancias mencionadas, y luego se comparan las provincias en relación al consumo de año de alguna droga ilícita y al consumo de mes de tabaco y alcohol, para posteriormente profundizar en la construcción de un indicador complejo de consumo de riesgo, que combine el uso diario de tabaco, con el consumo episódico excesivo y el uso de alguna droga ilícita durante el último año.

Consumo de sustancias psicoactivas de los estudiantes secundarios argentinos

Según se observa en el gráfico 1, la sustancia de mayor consumo es el alcohol, con un 71,3% estudiantes que lo han probado al menos una vez, seguido por el tabaco, con una prevalencia de vida de 43,9%. Han probado alguna droga ilícita el 14% de los estudiantes secundarios, siendo la marihuana la de mayor prevalencia.

Gráfico 25. Estudiantes de enseñanza media. Prevalencia de vida de consumo de sustancias psicoactivas. Argentina. 2014

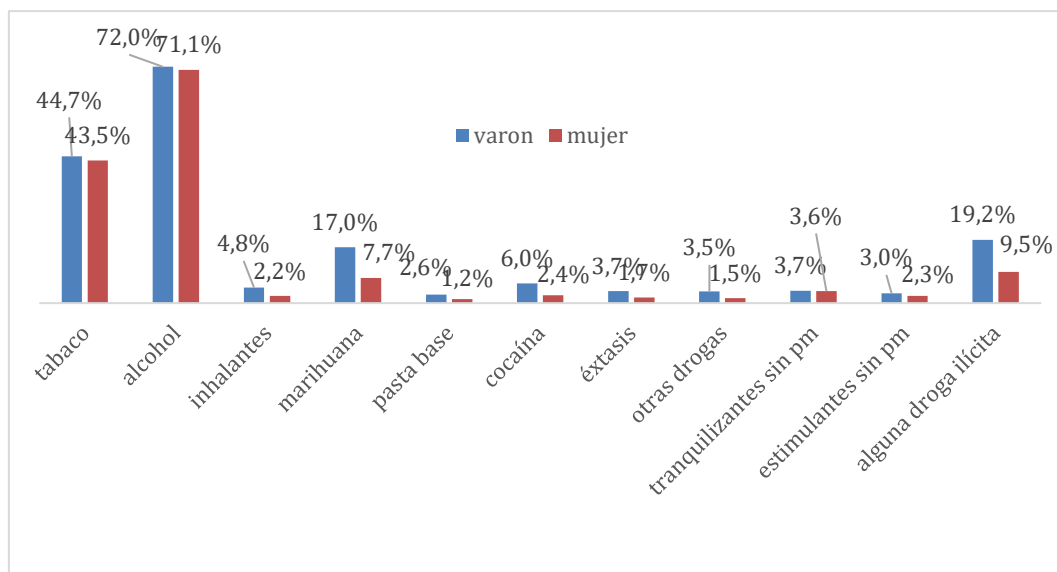


Fuente: elaboración propia en base a Sexta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media sobre consumo de sustancias psicoactivas. OAD. 2014.

Si se analiza para las sustancias de consumo más frecuentes las diferencias por sexo y grupos de edad se observa que mientras para las lícitas no hay diferencias para las restantes, en especial las drogas ilícitas, la prevalencia de vida es superior entre los varones. A mayor edad se observa mayor proporción de estudiantes que han probado

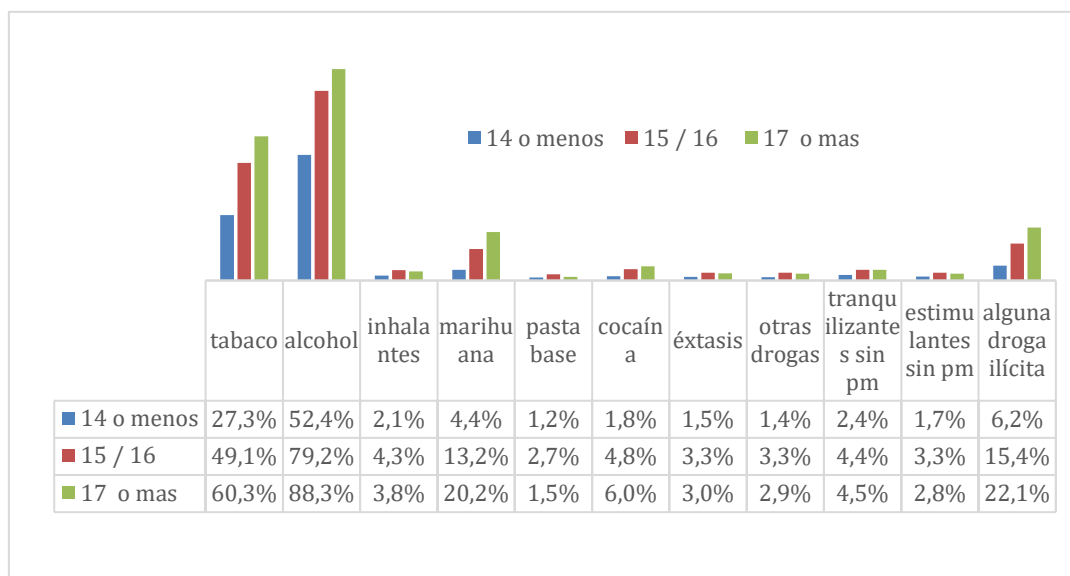
alcohol, tabaco y alguna droga ilícita tomadas en su conjunto, mientras que para las sustancias de uso indebido y las ilegales de menor prevalencia, el grupo de estudiantes de 15 y 16 años el que se destaca. En todos los casos las diferencias son significativas, con coeficientes de chi cuadrado inferiores a 0,0001. (gráficos 2 y 3)

Gráfico 26. Estudiantes de enseñanza media. Prevalencia de vida de consumo de sustancias psicoactivas por sexo. Argentina. 2014



Fuente: elaboración propia en base a Sexta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media sobre consumo de sustancias psicoactivas. OAD. 2014.

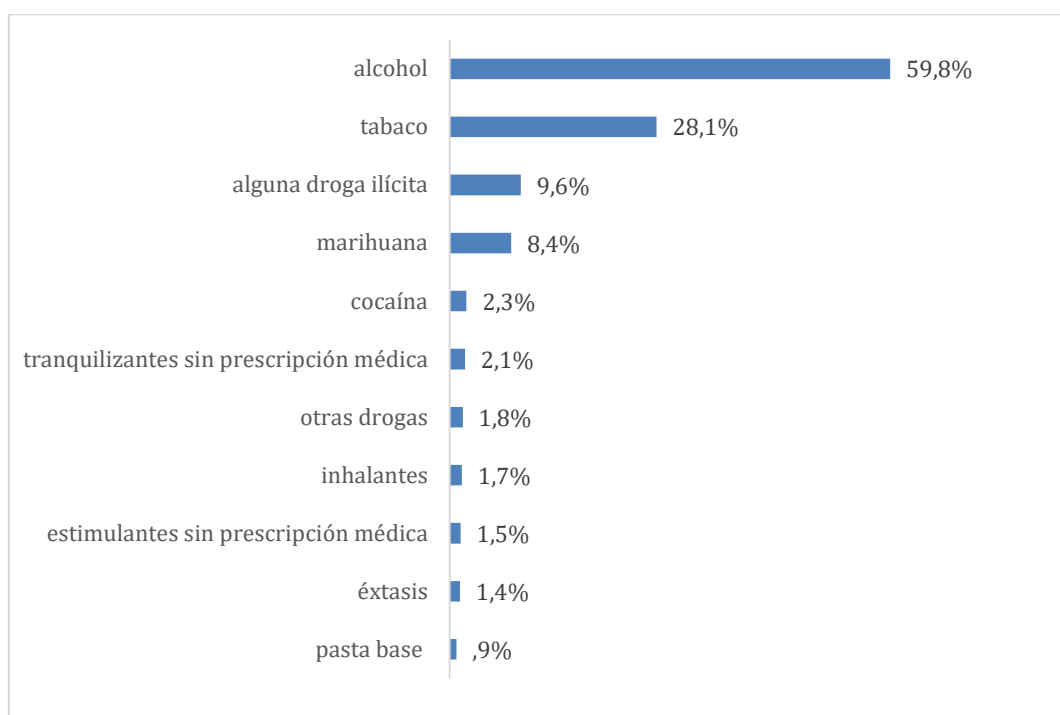
Gráfico 27. Estudiantes de enseñanza media. Prevalencia de vida de consumo de sustancias psicoactivas por grupos de edad. Argentina. 2014



Fuente: elaboración propia en base a Sexta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media sobre consumo de sustancias psicoactivas. OAD. 2014.

En cuanto al consumo durante el último año, la sustancia más consumida continúa siendo el alcohol, seguido del tabaco, aunque las prevalencias disminuyen, ya que de los siete de cada diez que probaron alguna vez, seis han consumido durante el año anterior a la realización de la encuesta. Mientras que, para la segunda sustancia en niveles de consumo, el tabaco, mientras un valor cercano al 45% alguna vez probó, consumió el 28% durante el último año. En cuanto al consumo de alguna droga ilícita, si bien probó un 14%, durante el último año las utilizó menos del 10%, siendo nuevamente la droga preferida, la marihuana. (gráfico 4).

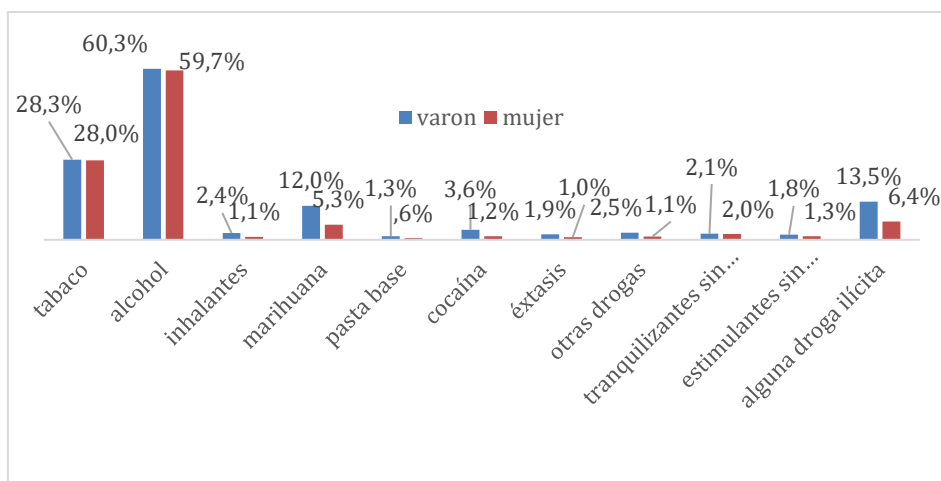
Gráfico 28. Estudiantes de enseñanza media. Prevalencia de año de consumo de sustancias psicoactivas. Argentina. 2014



Fuente: elaboración propia en base a Sexta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media sobre consumo de sustancias psicoactivas. OAD. 2014.

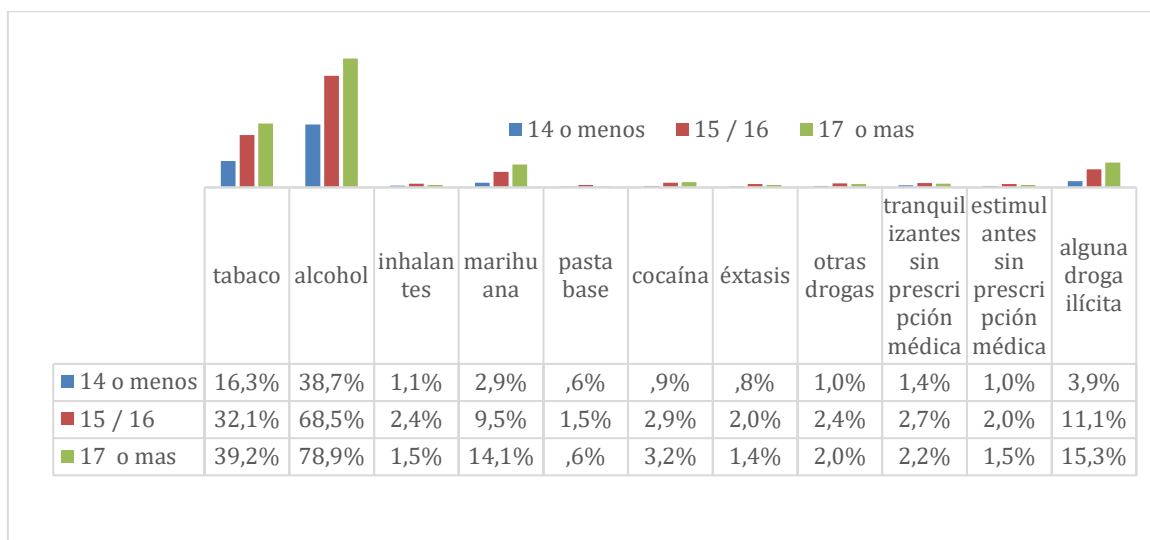
Del mismo modo que para la prevalencia de vida, no se observan diferencias por sexo en el consumo durante el último año para las sustancias lícitas, mientras para las restantes, en especial las drogas ilícitas, los varones han consumido en mayor proporción y mientras el consumo de tabaco, alcohol y alguna droga ilícita en forma agrupada aumentan con la edad de los estudiantes, para las sustancias de menor prevalencia, el grupo de 15 y 16 años muestra mayores prevalencias. (gráficos 5 y 6)

Gráfico 29. Estudiantes de enseñanza media. Prevalencia de año de consumo de sustancias psicoactivas por sexo. Argentina. 2014



Fuente: elaboración propia en base a Sexta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media sobre consumo de sustancias psicoactivas. OAD. 2014.

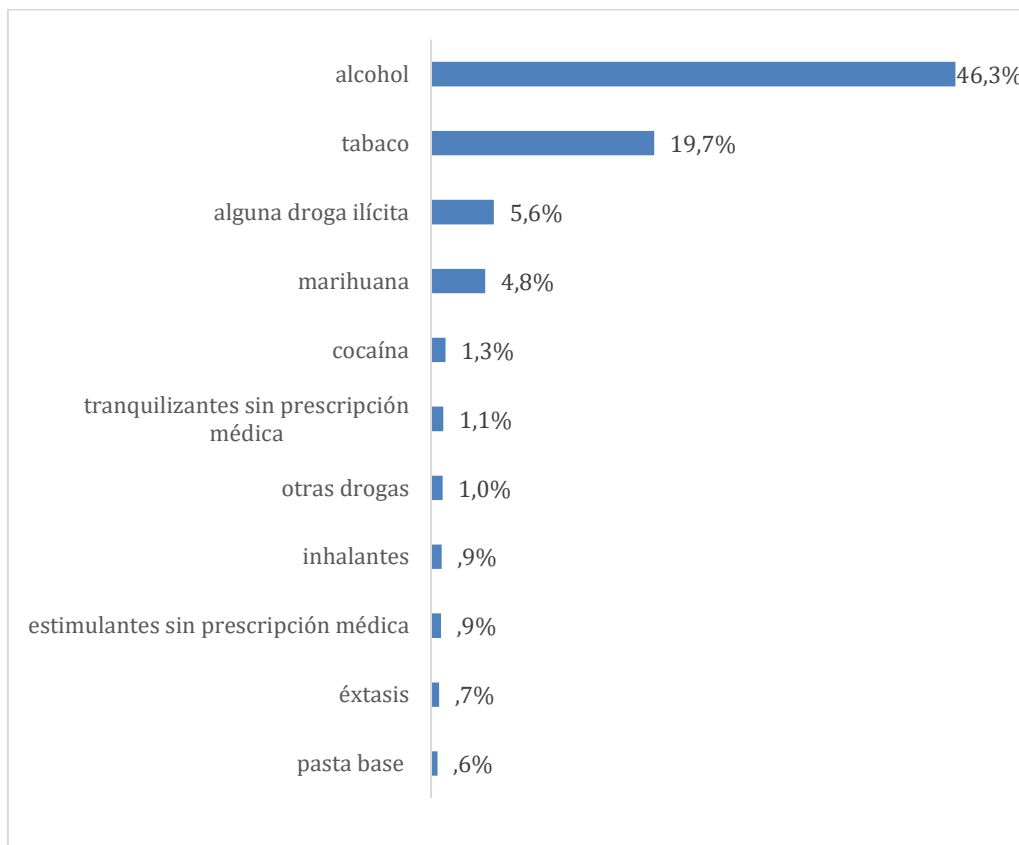
Gráfico 30. Estudiantes de enseñanza media. Prevalencia de año de consumo de sustancias psicoactivas por grupos de edad. Argentina. 2014



Fuente: elaboración propia en base a Sexta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media sobre consumo de sustancias psicoactivas. OAD. 2014.

El gráfico 7 permite observar el mismo orden de prevalencias, disminuyendo el nivel de consumo al 46,3 % de estudiantes que han tomado alcohol el mes anterior a la encuesta, el 19,7% que han fumado tabaco y un 5,6% que han usado alguna sustancia ilícita.

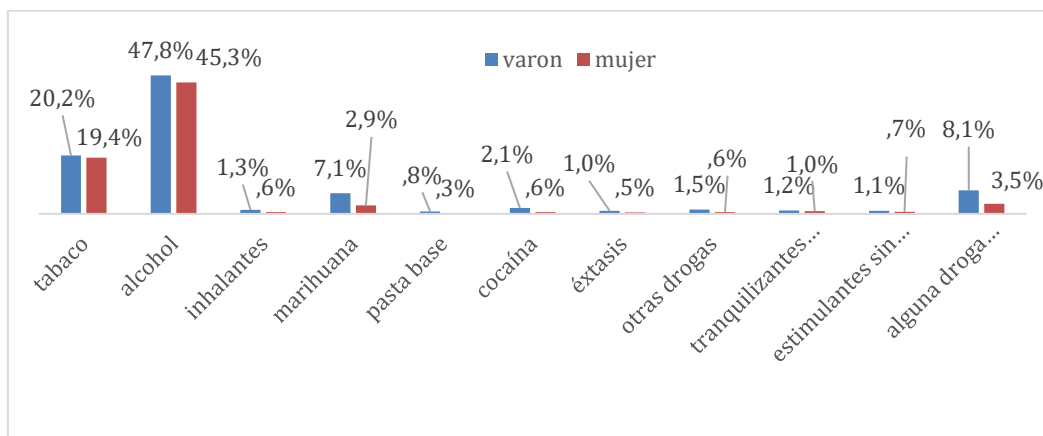
Gráfico 31. Estudiantes de enseñanza media. Prevalencia de mes de consumo de sustancias psicoactivas. Argentina. 2014



Fuente: elaboración propia en base a Sexta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media sobre consumo de sustancias psicoactivas. OAD. 2014.

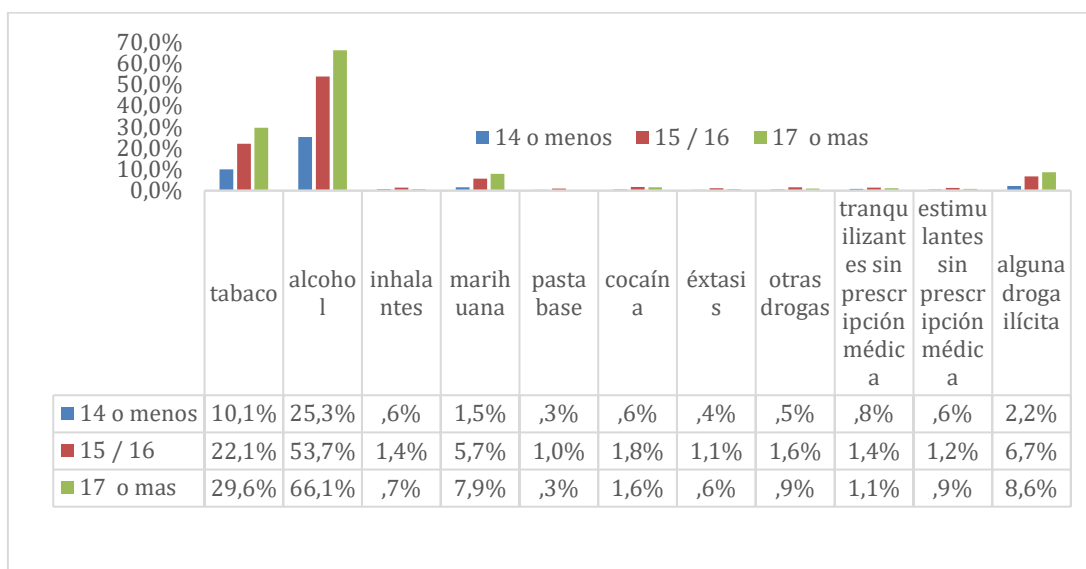
En relación al consumo durante el último mes, se observan diferencias mínimas a favor de los varones en el uso de alcohol y tabaco, mientras que para las restantes sustancias se duplican y hasta triplican entre los estudiantes masculinos y del mismo modo que para las prevalencias de vida y año, el consumo crece con la edad para las drogas lícitas y las ilícitas agrupadas, mientras que para las drogas de uso indebido y las sustancias ilícitas de menor consumo, se destacan los estudiantes de 15 y 16 años. (gráficos 8 y 9).

Gráfico 32. Estudiantes de enseñanza media. Prevalencia de mes de consumo de sustancias psicoactivas por sexo. Argentina. 2014



Fuente: elaboración propia en base a Sexta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media sobre consumo de sustancias psicoactivas. OAD. 2014.

Gráfico 33. Estudiantes de enseñanza media. Prevalencia de mes de consumo de sustancias psicoactivas por grupos de edad. Argentina. 2014



Fuente: elaboración propia en base a Sexta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media sobre consumo de sustancias psicoactivas. OAD. 2014.

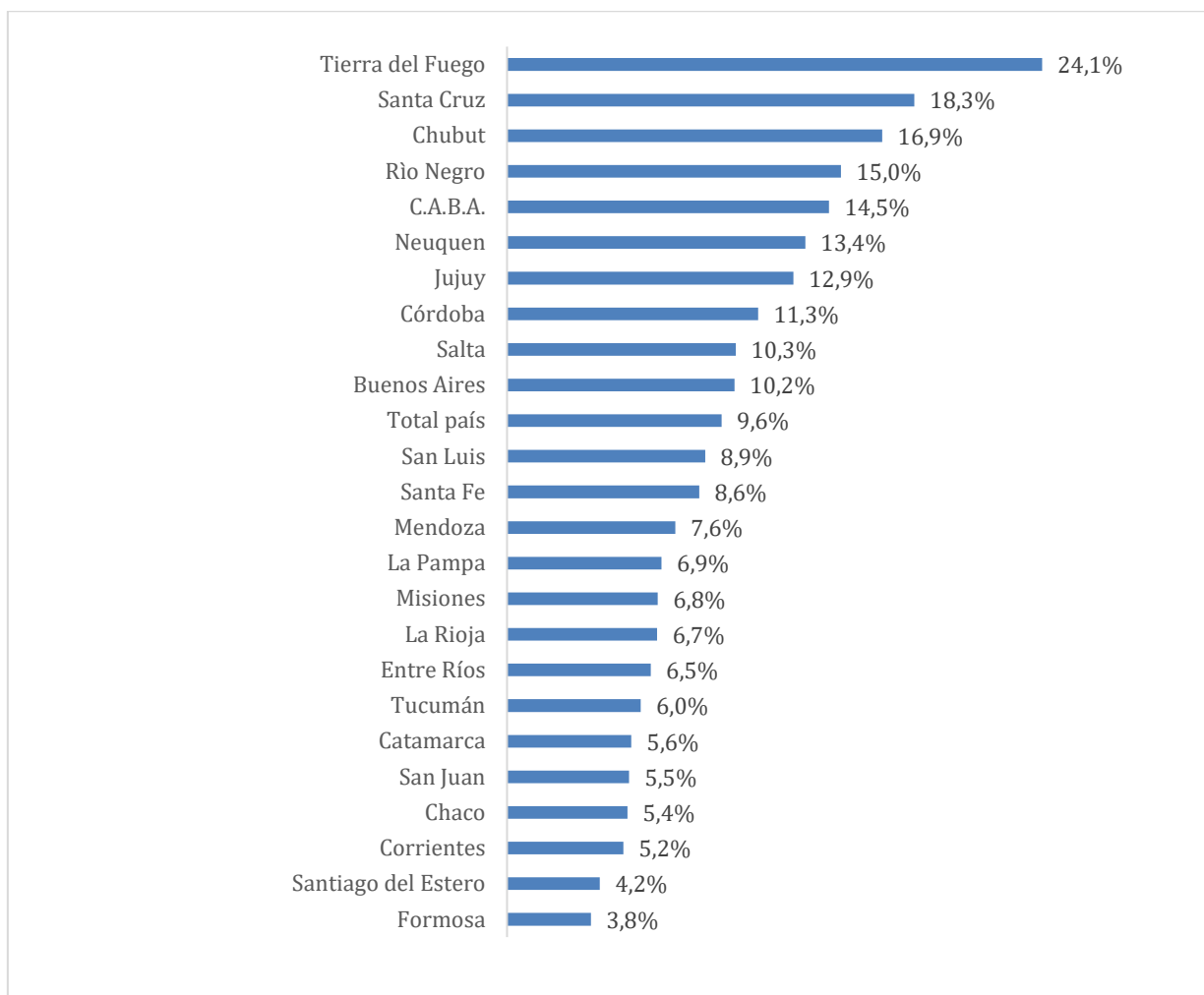
Consumo de sustancias psicoactivas de los estudiantes secundarios argentinos por provincia

Se seleccionaron tres indicadores para poder describir el consumo de sustancias por provincia y buscar patrones o regularidades, la prevalencia de año de consumo de alguna droga ilícita y las prevalencias de mes de alcohol y tabaco. Los gráficos que se presentan a continuación muestran que, si bien el ordenamiento de las provincias en relación al consumo de drogas ilegales y legales para la población de estudiantes secundarios no es homogéneo, las provincias del sur del país y Córdoba tienen la tendencia a encontrarse por encima de la media en los tres casos, mientras que las del norte del país muestran el comportamiento opuesto.

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires se encuentra en niveles altos de consumo de drogas ilícitas, mientras que, en relación a las legales, está por debajo de la media nacional.

Para el consumo de alguna droga ilícita, cuyo promedio nacional es de 9,6%, existen valores mínimos de 3,8% para Formosa y un máximo de 24,1% para Tierra del Fuego, es decir que la provincia de mayor consumo muestra niveles que sextuplican los de la de prevalencias inferiores. En relación al consumo de drogas lícitas, los valores son más homogéneos, ya que la provincia de mayor consumo de alcohol, Córdoba, con el 58,3%, no llega a duplicar la de la provincia de menor prevalencia, Jujuy, con el 30,8%, mientras que, para el tabaco, Tierra del Fuego, con un máximo de 28,9% de estudiantes fumadores, duplica a Formosa, que tiene un porcentaje de fumadores de 13,4%, siendo la provincia de menor uso de tabaco entre esta población. (gráfico 10)

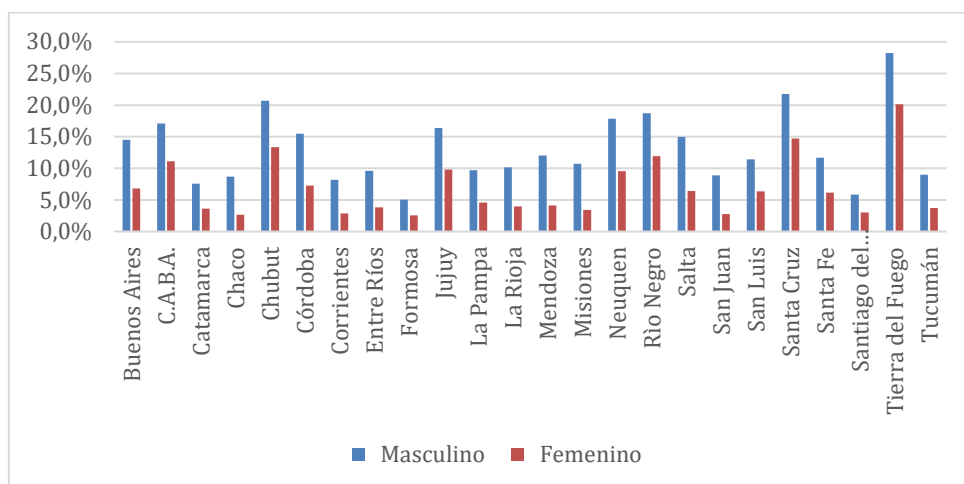
Gráfico 34. Estudiantes de enseñanza media. Prevalencia de año de consumo de alguna droga ilícita por provincia. Argentina. 2014



Fuente: elaboración propia en base a Sexta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media sobre consumo de sustancias psicoactivas. OAD. 2014.

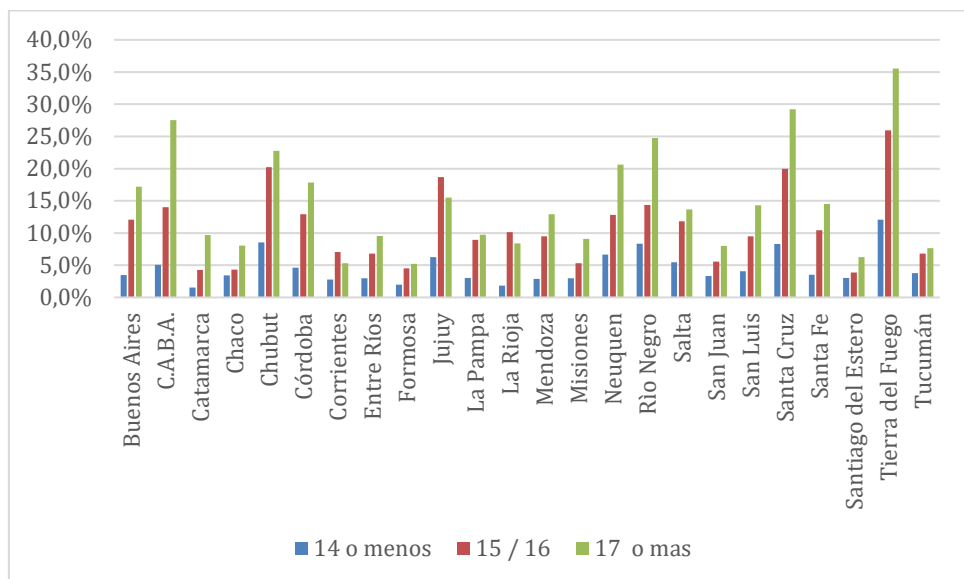
En todas las provincias los varones consumen en mayor proporción alguna droga ilícita y la prevalencia aumenta con la edad de los estudiantes. (gráficos 11 y 12)

Gráfico 35. Estudiantes de enseñanza media. Prevalencia de año de consumo de alguna droga ilícita por provincia según sexo. Argentina. 2014.



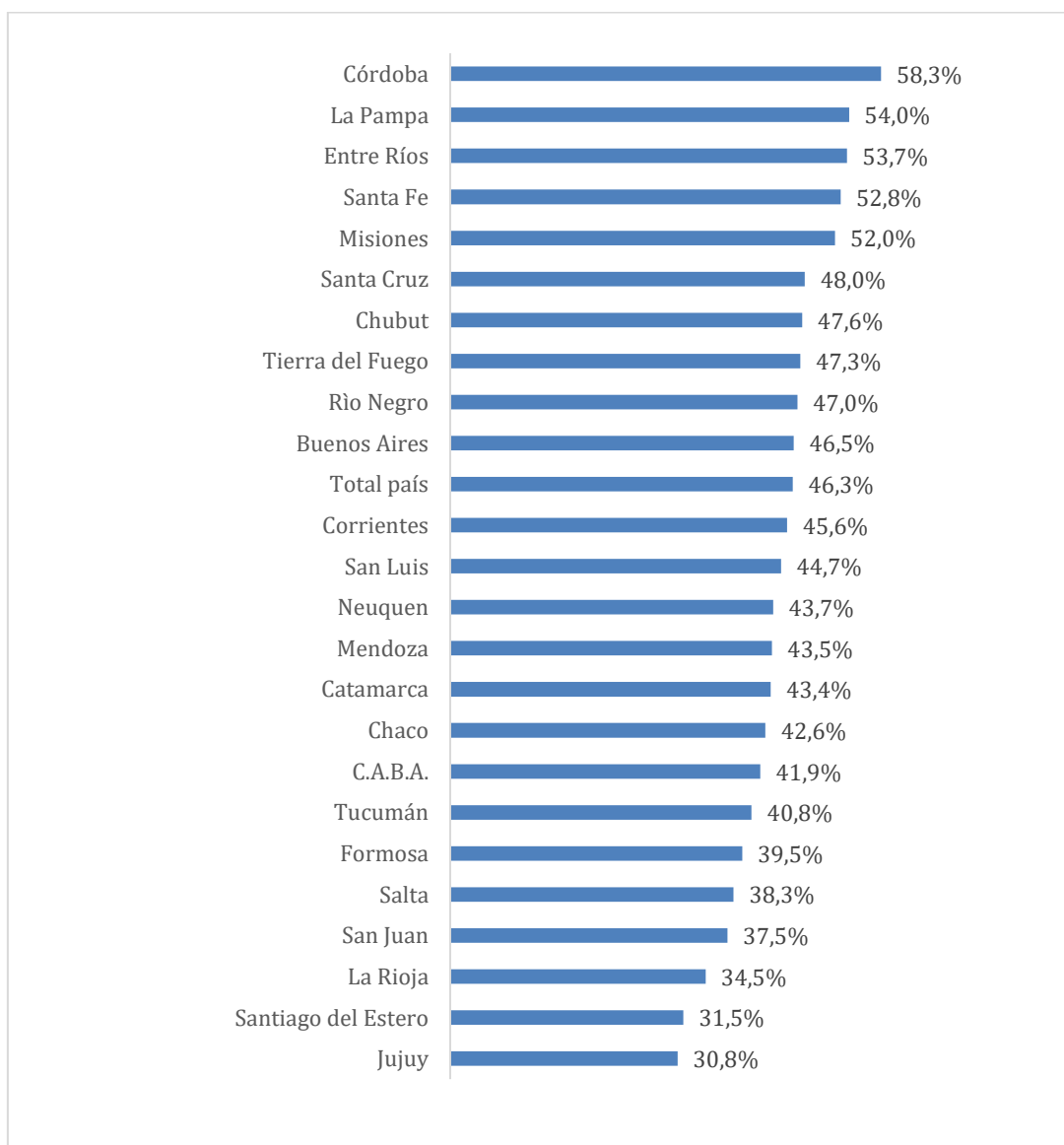
Fuente: elaboración propia en base a Sexta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media sobre consumo de sustancias psicoactivas. OAD. 2014.

Gráfico 36. Estudiantes de enseñanza media. Prevalencia de año de consumo de alguna droga ilícita por provincia según grupo de edad. Argentina. 2014.



Fuente: elaboración propia en base a Sexta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media sobre consumo de sustancias psicoactivas. OAD. 2014.

Gráfico 37. Estudiantes de enseñanza media. Prevalencia de mes de consumo de alcohol por provincia. Argentina. 2014

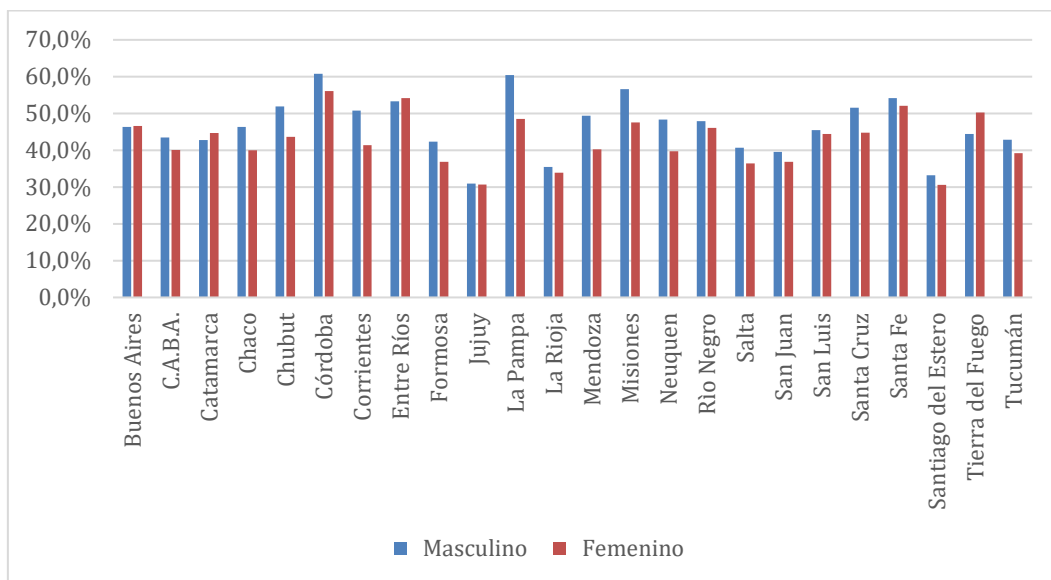


Fuente: elaboración propia en base a Sexta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media sobre consumo de sustancias psicoactivas. OAD. 2014.

En relación al consumo de alcohol, mientras en Catamarca y Tierra del Fuego las mujeres presentan prevalencias superiores y en Buenos Aires y Jujuy los niveles de consumo son parejos, en el resto de las provincias los varones declaran haber bebido más alcohol, sin

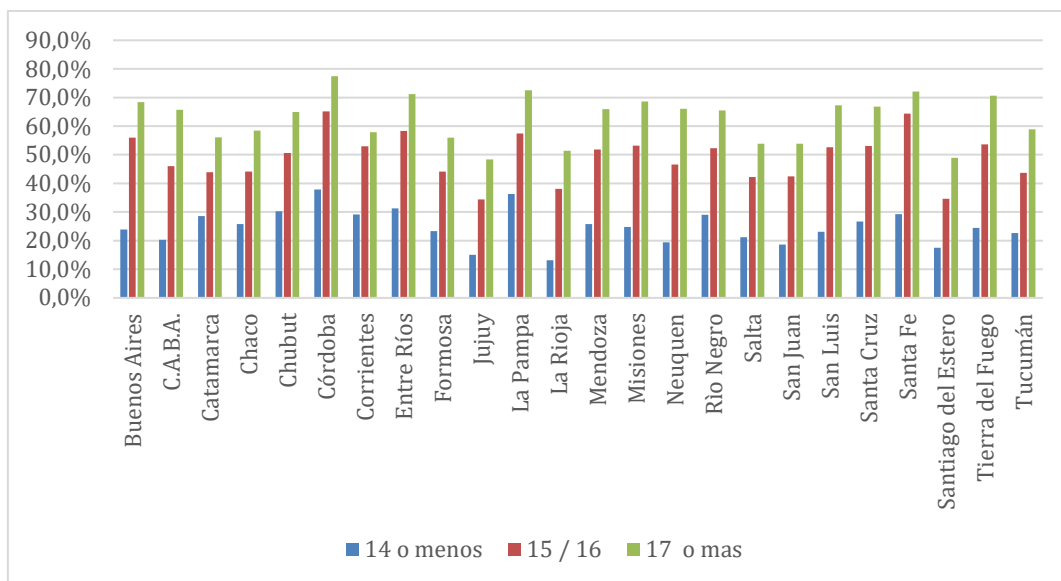
embargo, las diferencias son muy inferiores al del consumo de drogas ilícitas. En todos los casos, los estudiantes declaran mayor consumo de alcohol a medida que aumenta su edad, llegando a valores cercanos al 80% para los cordobeses de 17 años y más. (gráficos 14 y 15).

Gráfico 38. Estudiantes de enseñanza media. Prevalencia de mes de consumo de alcohol por provincia según sexo. Argentina. 2014.



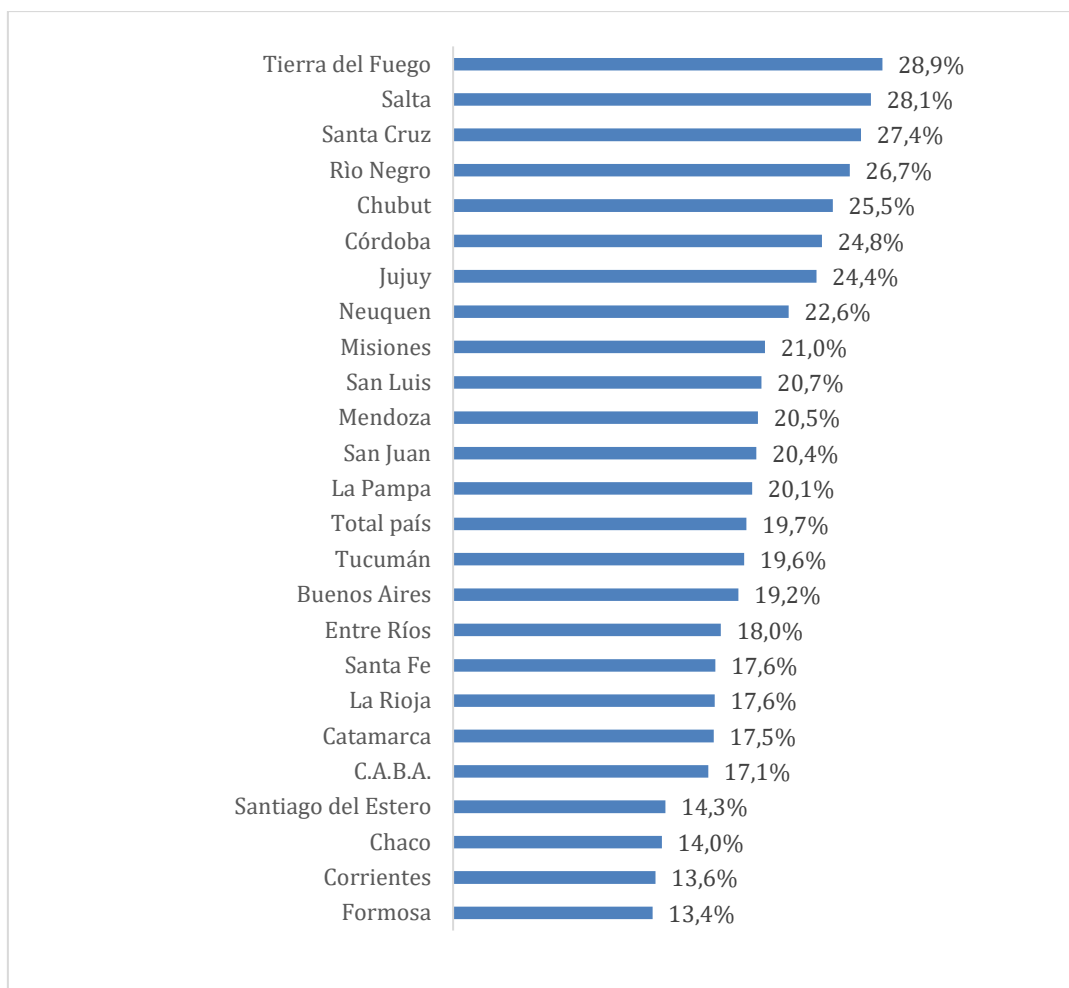
Fuente: elaboración propia en base a Sexta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media sobre consumo de sustancias psicoactivas. OAD. 2014.

Gráfico 39. Estudiantes de enseñanza media. Prevalencia de mes de consumo de alcohol por provincia según grupos de edad. Argentina. 2014.



Fuente: elaboración propia en base a Sexta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media sobre consumo de sustancias psicoactivas. OAD. 2014.

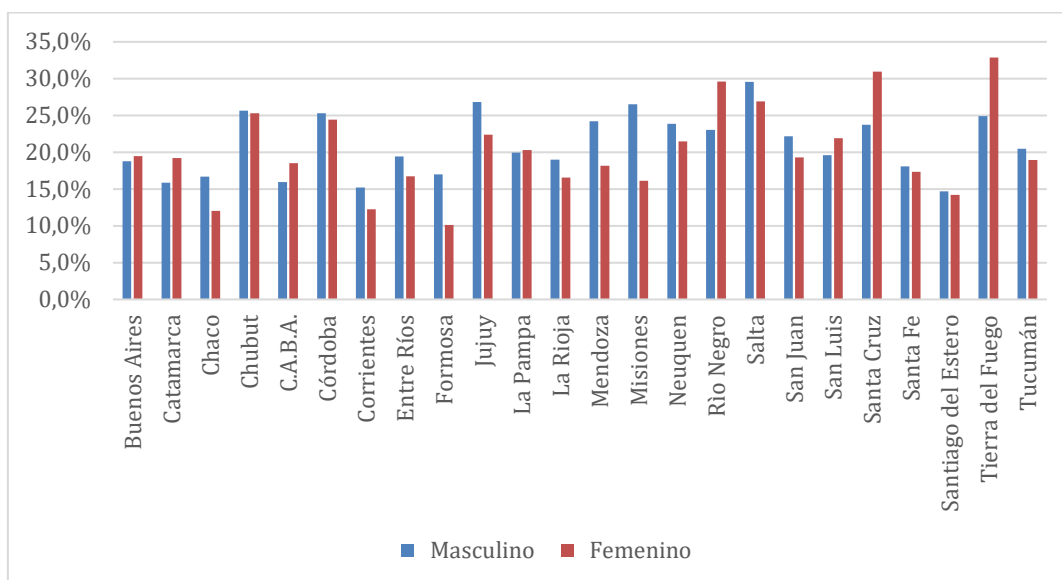
Gráfico 40. Estudiantes de enseñanza media. Prevalencia de mes de consumo de tabaco por provincia. Argentina. 2014.



Fuente: elaboración propia en base a Sexta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media sobre consumo de sustancias psicoactivas. OAD. 2014.

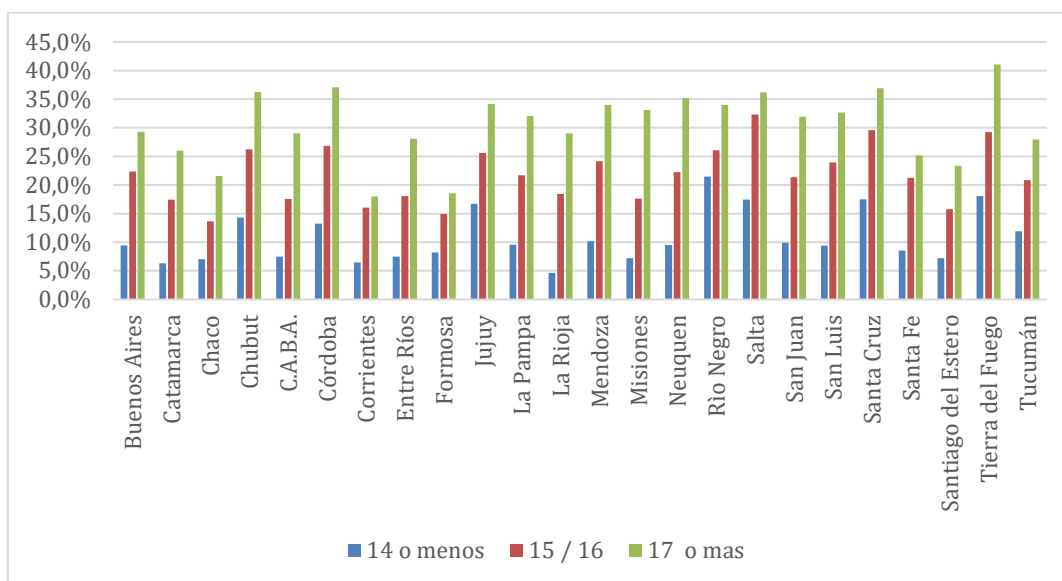
En el caso del consumo de tabaco, no se observa una relación con el sexo de los estudiantes ya que mientras en algunas jurisdicciones la prevalencia es superior entre las mujeres, en otras, lo es entre los varones. En cambio, en relación con la edad, del mismo modo que para los indicadores de consumo de alguna droga ilícita y de alcohol, la prevalencia aumenta con la edad. (gráficos 17 y 18).

Gráfico 41. Estudiantes de enseñanza media. Prevalencia de mes de consumo de tabaco por provincia según sexo. Argentina. 2014.



Fuente: elaboración propia en base a Sexta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media sobre consumo de sustancias psicoactivas. OAD. 2014.

Gráfico 42. Estudiantes de enseñanza media. Prevalencia de mes de consumo de tabaco por provincia según grupos de edad. Argentina. 2014.



96

Fuente: elaboración propia en base a Sexta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media sobre consumo de sustancias psicoactivas. OAD. 2014.

Se señaló que, si bien las muertes por estas causas se concentran en personas adultas, los hábitos de consumo suelen iniciar en la adolescencia y que cuando el inicio del consumo es a edades tempranas los riesgos para la salud son mayores y también la probabilidad de desarrollar un consumo de riesgo. (CICAD – OEA, 2019)

También se expuso que los sujetos hacen diferente uso de las sustancias, desde aquellos que nunca experimentan con ellas, los que solo las prueban, hasta el extremo de los que desarrollan consumos problemáticos y desarrollan un patrón patológico (Gómez 2017). Estas diferencias conllevan distinto grado de vulnerabilidad.

6. Asociación entre el consumo de sustancias y el desarrollo socioeconómico y demográfico y las condiciones de vida.

En este capítulo se busca responder la pregunta guía de esta investigación, a partir del análisis de si existe asociación entre el consumo de riesgo de sustancias psicoactivas y el desarrollo socioeconómico y demográfico y las condiciones de vida. Para esto se utilizan como indicador de consumo de sustancias el índice de consumo de riesgo y, de desarrollo socioeconómico y demográfico y condiciones de vida, las variables seleccionadas en el capítulo anterior.

Análisis bivariado

Análisis bivariado – índice de consumo de riesgo

El primer análisis que se lleva adelante es bivariado.

Se realizan gráficos de dispersión para cada uno de los diecisiete indicadores seleccionados en el capítulo anterior y un análisis de correlación, observando la significancia y el r de Pearson.

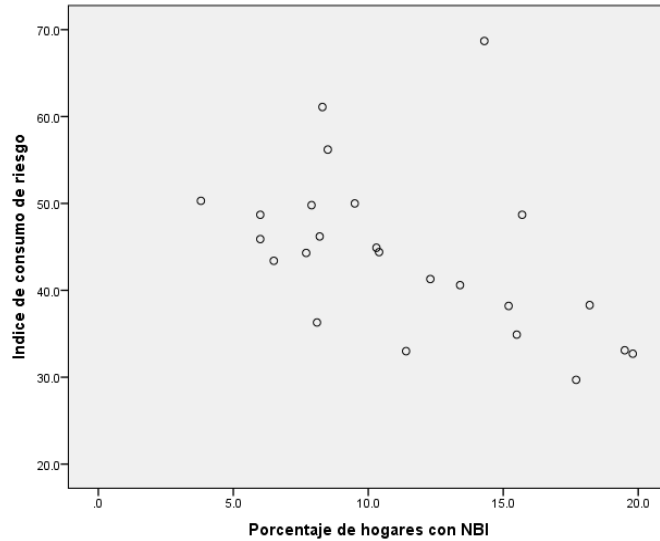
De este modo, se podrá observar en forma visual a partir de la nube de puntos si se observa relación entre el índice de consumo de riesgo y cada uno de los indicadores de desarrollo socioeconómico y demográfico y de condiciones de vida y también, analizar la fuerza de la asociación y si esta es significativa.

Así se presentan primero todos los gráficos con las medidas mencionadas, para luego identificar qué indicadores muestran asociación y cuáles lo hacen con mayor fuerza.

Dado que no se busca rescatar cuales son los indicadores per se que muestran asociación, sino que estos han sido identificados a nivel conceptual como representativos del fenómeno de las condiciones de vida de la población de cada una de las provincias y el nivel de desarrollo en que se encuentran, y que han sido seleccionados por disponibilidad de información, lo que interesa aquí es detectar a partir de ellos asociación entre ambos fenómenos y la dirección en que la misma ocurre.

A continuación, se presentan los gráficos con los valores de r de Pearson y la significancia.

Gráfico 43. Porcentaje de hogares con NBI respecto al índice de consumo de riesgo. (Significancia: ,019 – Casos válidos: 24)

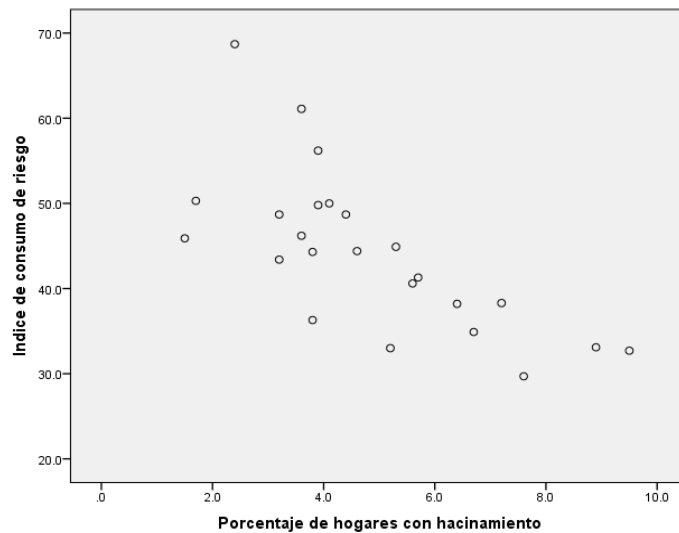


r de Pearson: -,474

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

Gráfico 44. Porcentaje de hogares hacinados respecto al índice de consumo de riesgo. (Significancia: ,000 – Casos válidos: 24)

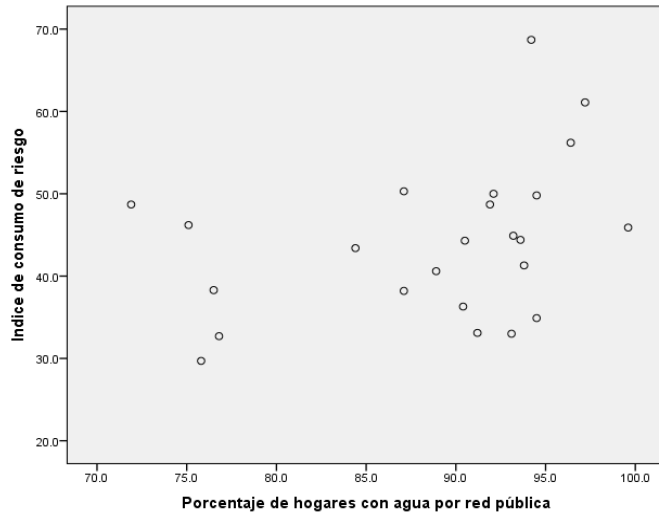
(Significancia: ,000 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: -,710

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

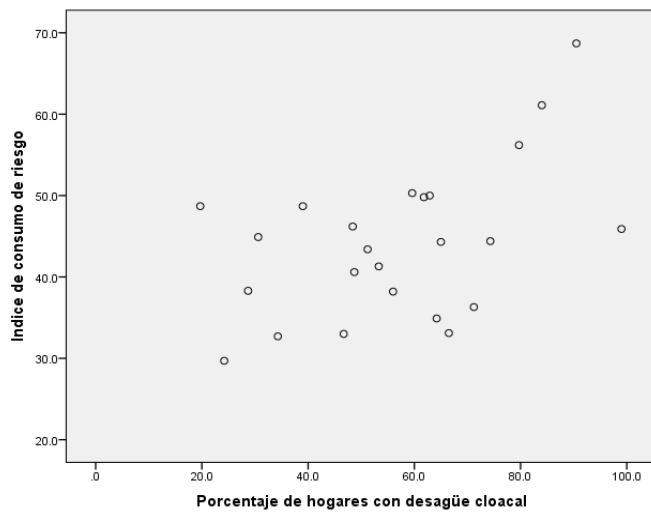
Gráfico 45. Porcentaje de hogares con agua de red pública respecto al índice de consumo de riesgo. (Significancia: ,091 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: ,353

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

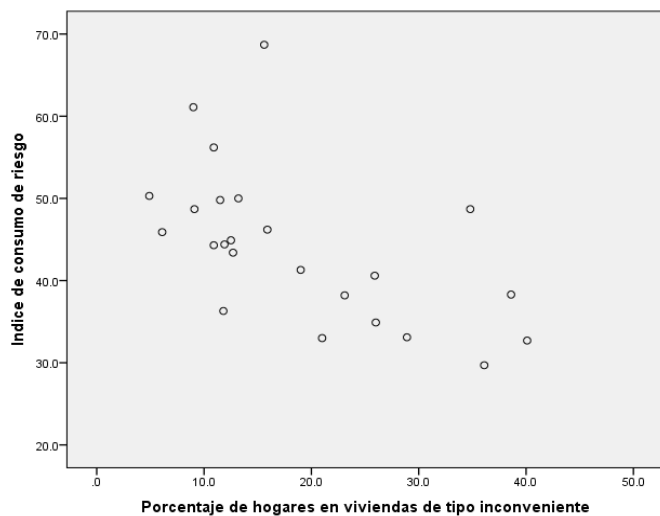
Gráfico 46. Porcentaje de hogares con desagüe del inodoro a red cloacal respecto al índice de consumo de riesgo. (Significancia: ,015 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: ,491

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

Gráfico 47. Porcentaje de hogares que habitan viviendas inconvenientes respecto al índice de consumo de riesgo. (Significancia: ,003 – Casos válidos: 24)

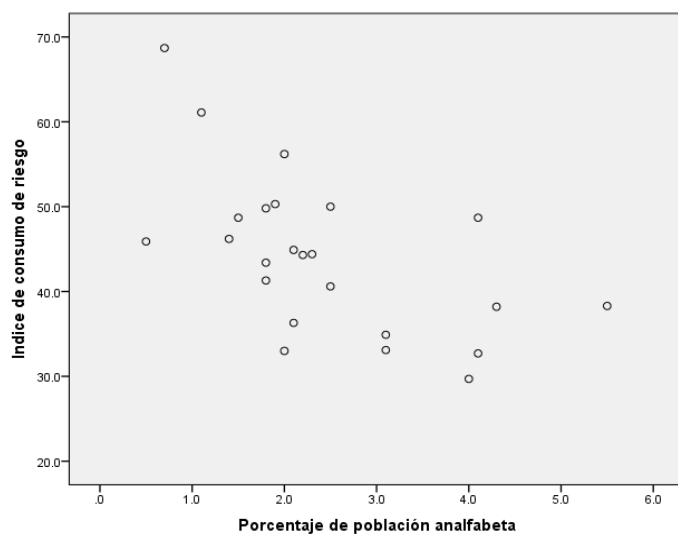


r de Pearson: -,576

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

Gráfico 48. Porcentaje de población analfabeta respecto al índice de consumo de riesgo.

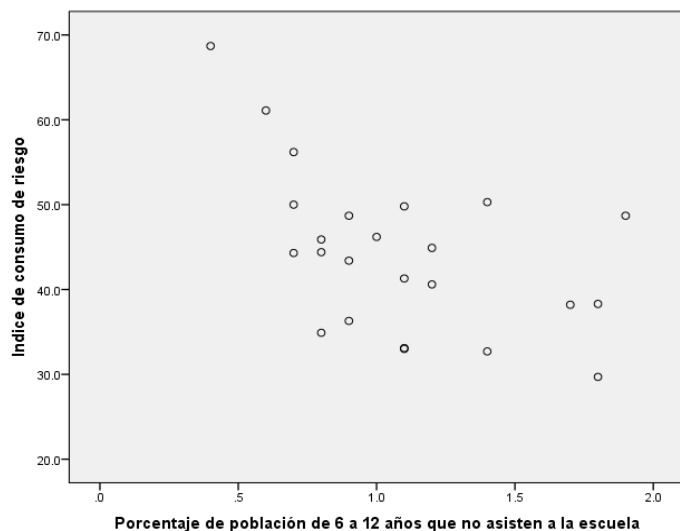
(Significancia: ,003 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: -,586

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

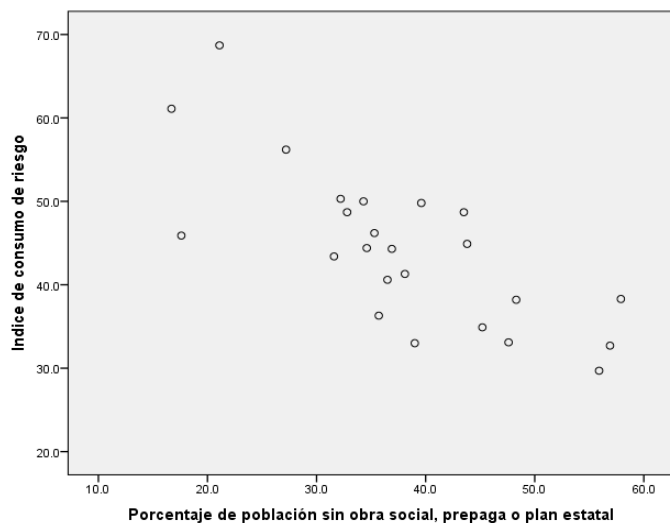
Gráfico 49. Porcentaje de población de 6 a 12 años que no asiste a la escuela respecto al índice de consumo de riesgo. (Significancia: ,008 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: -,527

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

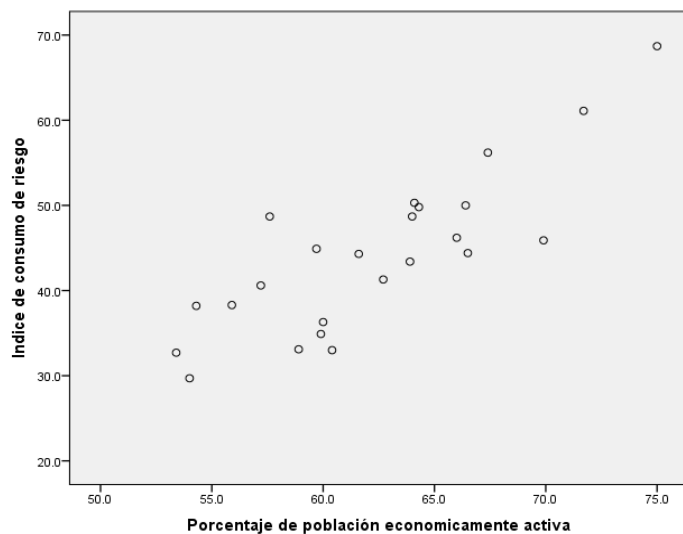
Gráfico 50. Porcentaje de población sin obra social, prepaga o plan estatal respecto al índice de consumo de riesgo. (Significancia: ,000 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: -,757

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

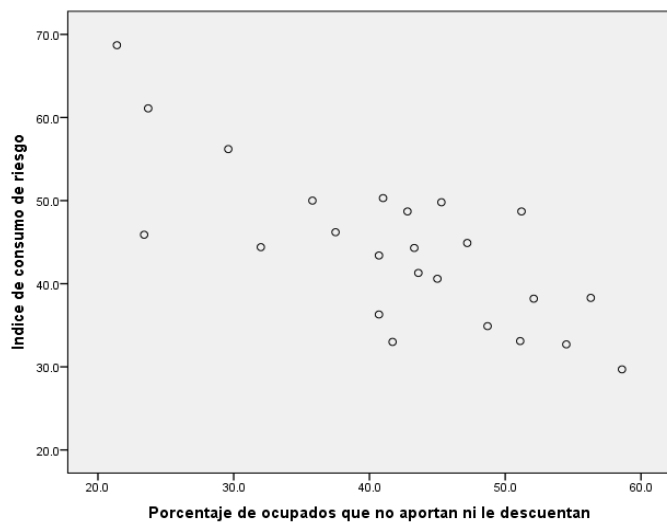
Gráfico 51. Porcentaje de población de 14 años y más económicamente activa respecto al índice de consumo de riesgo. (Significancia: ,000 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: ,831

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

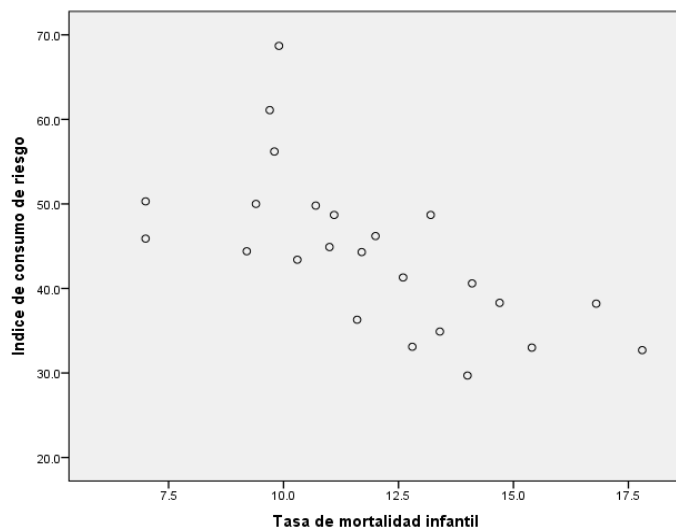
Gráfico 52. Porcentaje de población de ocupados que no aportan ni le descuentan para la jubilación respecto al índice de consumo de riesgo. (Significancia: ,000 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: -,785

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

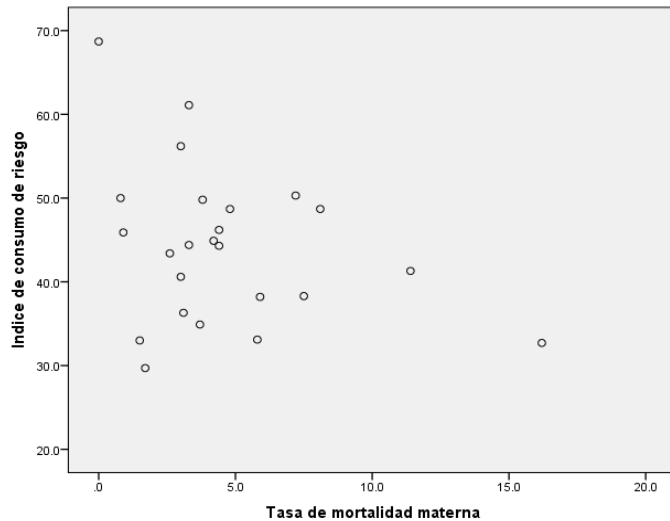
Gráfico 53. Tasa de mortalidad infantil respecto al índice de consumo de riesgo.
(Significancia: ,001 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: -,678

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

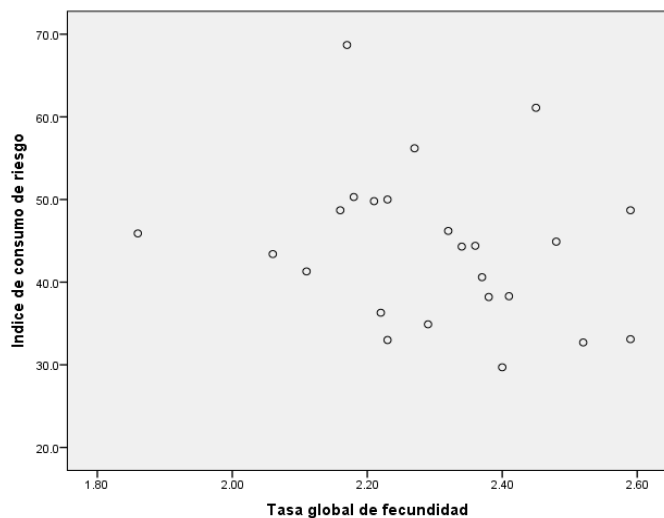
Gráfico 54. Tasa de mortalidad materna respecto al índice de consumo de riesgo.
(Significancia: ,135 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: -,314

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

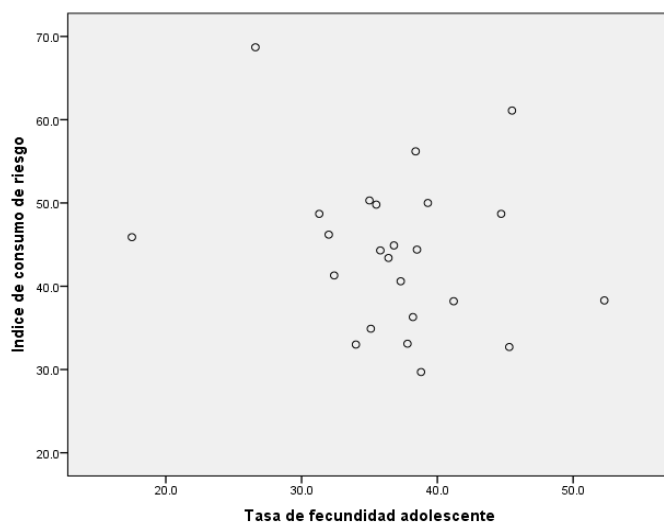
Gráfico 55. Tasa global de fecundidad respecto al índice de consumo de riesgo.
(Significancia: ,257 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: -,241

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

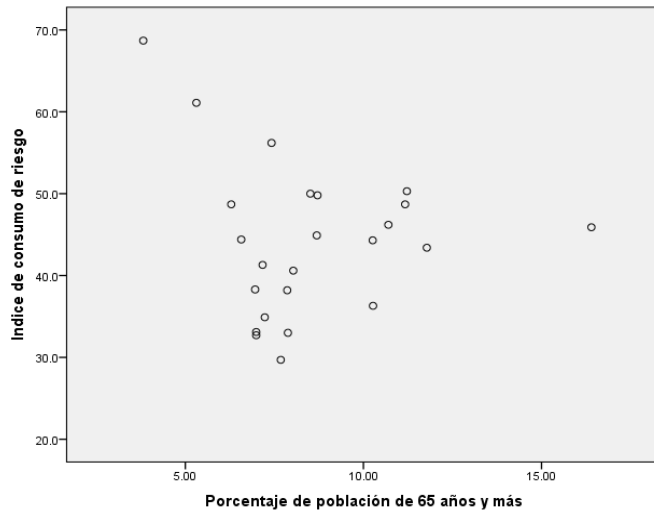
Gráfico 56. Tasa de fecundidad adolescente respecto al índice de consumo de riesgo.
(Significancia: ,292 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: -,225

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

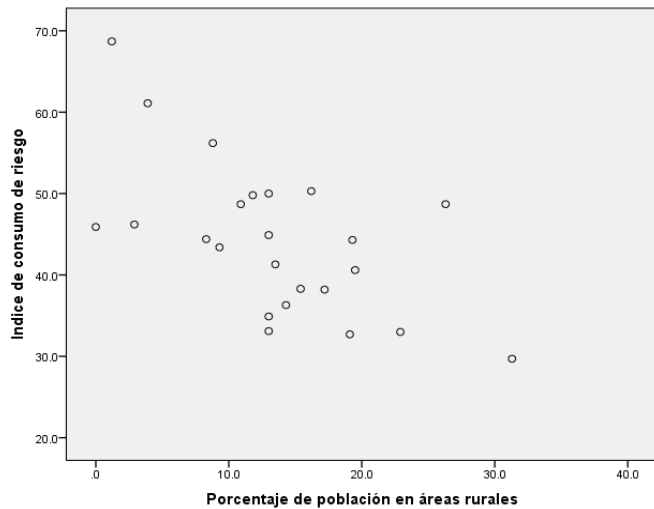
Gráfico 57. Porcentaje de población de 65 años y más respecto al índice de consumo de riesgo. (Significancia: ,516 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: -,139

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

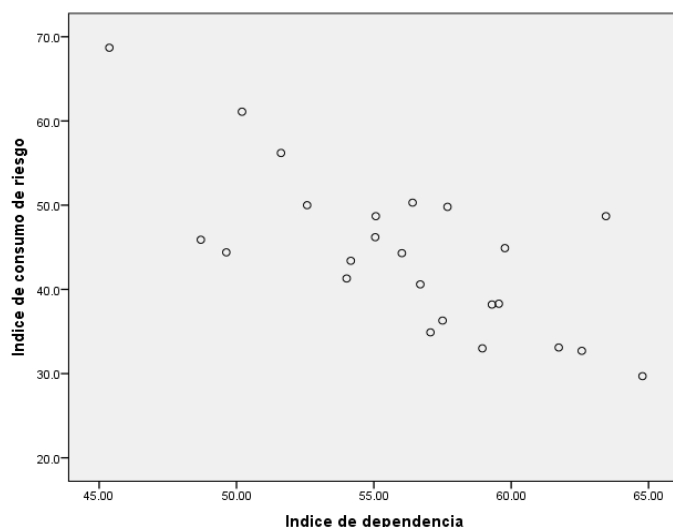
Gráfico 58. Porcentaje de población en áreas rurales respecto al índice de consumo de riesgo. (Significancia: ,002 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: -,610

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

Gráfico 59. Índice de dependencia potencial respecto al índice de consumo de riesgo. (Significancia: ,000 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: -,728

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

Los gráficos de dispersión y el análisis de correlación permiten realizar observaciones importantes. Para esto en primer lugar se retoman los indicadores que se revelaron como asociados con el fenómeno en estudio, ordenados por dimensión y subdimensión, y los resultados presentados.

En relación a la dimensión estructura económica: condiciones de vida, muestran asociación el porcentaje de hogares NBI, el porcentaje de hogares hacinados, el porcentaje de hogares en viviendas deficitarias y el porcentaje de hogares con desagüe del inodoro a cloaca. Para los tres primeros indicadores la dirección de la relación es negativa, y para el último, positiva.

Para el acceso a la educación: el porcentaje de analfabetismo y el porcentaje de niños de 6 a 12 años que no asisten a la escuela son los indicadores que pueden rescatarse como presentando asociación con dirección negativa.

El porcentaje de población sin obra social, prepaga y plan estatal, representa al acceso a la salud y muestra una fuerte asociación con dirección negativa con el consumo de riesgo de sustancias. Por su parte, la proporción de población de 14 años y más económicamente activa y la de ocupados que no tienen descuento ni aporte jubilatorio representan a la

subdimensión de acceso al trabajo, y se asocian a la variable dependiente, la primera con dirección positiva, y la segunda, negativa.

Para la dimensión demográfica resultaron asociadas con dirección negativa la mortalidad infantil, en la subdimensión mortalidad y la tasa de población en áreas rurales y la tasa de dependencia potencial, para los indicadores de la composición poblacional.

Por el contrario, los indicadores asociados a la transición demográfica no muestran asociación con el consumo de riesgo de sustancias. Esto puede deberse a la dificultad de diferenciar y cuantificar en cuanto a los niveles de fecundidad y mortalidad a niveles geográficos menores como son las provincias, en las que, además, por ser jurisdicciones internas están afectadas por las migraciones

Resulta relevante señalar que aquellos en los que la asociación muestra mayor fuerza son los relativos al acceso al trabajo y al acceso a la salud, siendo los más bajos aquellos relacionados con la pobreza estructural.

De acuerdo al marco teórico podía haberse esperado que las provincias peor ubicadas en cuanto a los niveles de condiciones de vida, el nivel de desarrollo y acceso a la salud, la educación y el trabajo mostraran mayor nivel de consumo de riesgo, sin embargo, los resultados arrojan la relación opuesta.

En este sentido, a mayor nivel de desarrollo y a mejores condiciones de vida y acceso al trabajo y a la salud, mayor consumo de riesgo. Los gráficos anteriores muestran que las provincias con menor proporción de hogares con NBI, menor porcentaje de hogares hacinados, mayor proporción de hogares con desagüe del inodoro a cloaca y menor porcentaje de hogares que habitan viviendas inconvenientes, son los que mayor porcentaje de estudiantes con consumo de riesgo tienen. El indicador cuya asociación tiene más fuerza es el relativo al hacinamiento. De este modo la pobreza estructural actúa de forma inversamente proporcional al consumo de sustancias psicoactivas en niveles de riesgo. Los valores de r de Pearson para cada uno de estos indicadores confirman la relación (-.474, -.710, .491 y -.576 respectivamente).

En cuanto al acceso a la educación, los gráficos de dispersión y los r de Pearson operan del mismo modo que las condiciones de vida, en el sentido de que a menor porcentaje de analfabetos (r de Pearson: -.586) y de estudiantes en edad escolar que no asisten, mayor nivel de consumo de riesgo (r de Pearson: -.527).

Las provincias con menor proporción de población que no tiene obra social, prepaga o plan estatal para acceder a la salud, son las que sitúan en el nivel más alto del índice de consumo de riesgo. La fuerza de la relación medida a través del r de Pearson es de $-.757$.

En el acceso al trabajo, como se mencionó es donde se encuentran las relaciones más fuertes con el consumo de riesgo de sustancias psicoactivas, con un r de Pearson de $.831$ para la proporción de población económicamente activa y de $-.758$ para los ocupados que no aportan ni les descuentan para la jubilación, en relación con la variable dependiente. Esto muestra que las provincias que tienen mayor proporción de población mayor de 14 años incorporada en el mercado y menor de ocupados en la economía informal, se ubican en el nivel más alto de consumo de riesgo.

En cuanto a la dimensión demográfica, el nivel de consumo de riesgo es superior a menor tasa de mortalidad infantil (r de Pearson: $-.648$), proporción de población en áreas rurales (r de Pearson: $-.610$) y tasa de dependencia potencial (r de Pearson: $-.728$)

Estos resultados inesperados obligan a descomponer el índice y analizar si la relación es similar para las tres sustancias psicoactivas analizadas, tabaco, alcohol y drogas ilícitas, a partir de los indicadores que se seleccionaron para representar el consumo de riesgo de estas sustancias, y que luego se utilizaron para armar el índice combinado.

A continuación, se presentarán los gráficos de dispersión y el cuadro de correlación para los doce indicadores que mostraron correlacionar con la variable resumen, es decir, con el índice de consumo de riesgo, para analizar la asociación, su fuerza y dirección con los indicadores de consumo de cada una de las tres sustancias psicoactivas (alguna droga ilícita, tabaco y alcohol).

Tabla 18. Análisis de correlación de indicadores que presentaron correlación con la variable índice de consumo de riesgo comparados con la correlación con la prevalencia de año de alguna droga ilícita, consumo episódico excesivo y consumo diario de tabaco. (Casos válidos: 24)

Indicador	Índice de consumo de riesgo		Prevalencia de año de alguna droga ilícita		Consumo episódico excesivo		Consumo diario de tabaco	
	r pears	Sig	r pears	Sig	r pears	Sig	r pears	Sig
% de hogares NBI	-,474	,019	-,253	,233	,526	,008	-,518	,010
% de hogares hacinados	-,710	,000	-,485	,016	,661	,000	-,684	,000
% de hogares con desagüe del inodoro a cloaca	,491	,015	,751	,000	-,362	,082	,138	,520
% de hogares en viviendas deficitarias.	-,576	,003	-,466	,022	,532	,007	-,496	,014
% de analfabetismo	-,586	,003	-,584	,003	,466	,022	-,412	,045
% de niños de 6 a 12 años que no asisten a la escuela	-,527	,008	-,768	,000	,227	,286	-,168	,433
% población sin obra social, prepaga o plan estatal	-,757	,000	-,740	,000	,562	,004	-,543	,006
% población de 14 años y más económicamente activa	,831	,000	,875	,000	-,559	,005	,543	,006
% población ocupada que no tiene descuentos ni aportes jubilatorios	-,758	,000	-,833	,000	,606	,002	-,475	,019
Tasa de mortalidad infantil	-,648	,001	-,594	,002	,552	,005	-,501	,013
% de población en áreas rurales	-,610	,002	-,741	,000	,225	,290	-,309	,142
Tasa de dependencia potencial	-,728	,000	-,830	,000	,520	,009	-,427	,038

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

Independientemente del comportamiento de cada indicador por sí mismo, los datos presentados en la tabla 17 arrojan una revelación fundamental para esta tesis, ya que mientras el tabaco y las drogas ilícitas siguen el comportamiento observado en el índice de consumo de riesgo construido, es decir, que a mayor nivel de desarrollo y mejores condiciones de vida y acceso a la salud, a la educación, al trabajo y a la vivienda, mayor consumo de riesgo, el alcohol sigue el comportamiento inverso.

Es decir que, de acuerdo con lo esperado de acuerdo al marco conceptual, el alcohol es la sustancia psicoactiva cuyo consumo de riesgo se incrementa a medida que se observan peores condiciones de vida, de desarrollo y de acceso a la educación, a la salud, al trabajo y a la vivienda.

A partir de este hallazgo, se decide que, en primer lugar se analizarán los gráficos de dispersión bivariados para cada una de las tres sustancias para luego realizar un análisis multivariado también por separado para cada una de estas tres sustancias y no para el índice resumido. Para esto se descartan para cada una de éstas los indicadores que no correlacionen de acuerdo al r de Pearson, la significancia y observando los gráficos de dispersión.

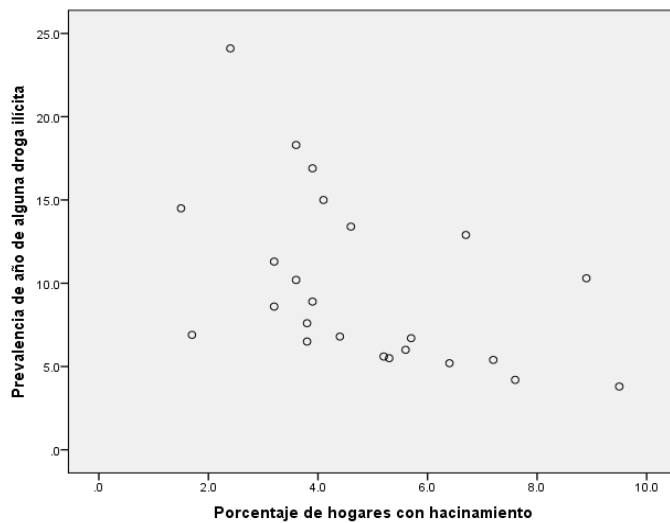
Análisis bivariado – prevalencia de uso de alguna droga ilícita

De acuerdo a la tabla 17, y dado los niveles de significancia, se descarta el primero de los indicadores, que es el porcentaje de hogares NBI, por lo que la cantidad de variables independientes queda reducida a 11, cuyos gráficos de dispersión se presentan a continuación.

Observando los gráficos 60 a 70, las variables que más correlacionan con el consumo de drogas ilícitas en el sentido mencionado en el apartado anterior, es decir, que a mejores condiciones y desarrollo, mayor consumo de drogas ilícitas, son las relativas al acceso al trabajo (porcentaje de población económicamente activa y porcentaje de población ocupada que no tiene descuentos ni aportes jubilatorios), seguido por los demográficos asociados al nivel de desarrollo y de acceso a la educación y a la salud (tasa de dependencia potencial, porcentaje de población en áreas rurales, porcentaje de niños de 6 a 12 años que no asisten a la escuela y porcentaje de población sin obra social, prepaga o plan estatal) y las de menor asociación son dos de los tres indicadores de acceso a la vivienda (porcentaje de hogares hacinados y porcentaje de hogares en viviendas

deficitarias), aunque el de hogares con desagüe del inodoro a cloaca se encuentra entre las correlaciones de mayor fuerza.

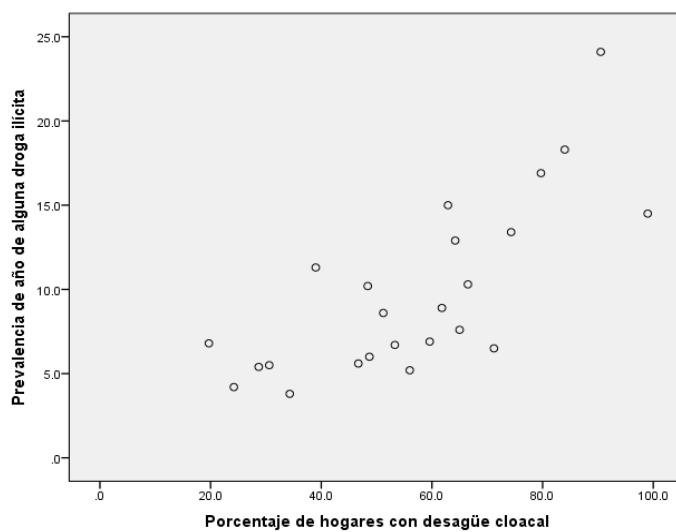
Gráfico 60. Porcentaje de hogares hacinados respecto a la prevalencia de alguna droga ilícita. (Significancia: ,016 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: -.485

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

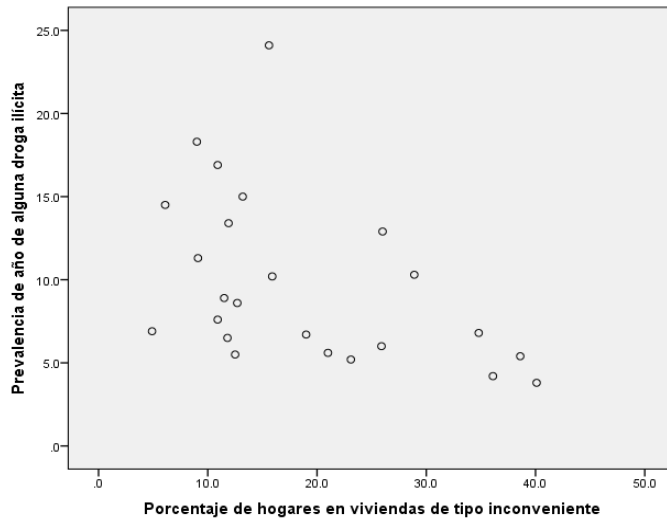
Gráfico 61. Porcentaje de hogares con desagüe del inodoro a la red cloacal respecto a la prevalencia de alguna droga ilícita. (Significancia: ,000 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: .751

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

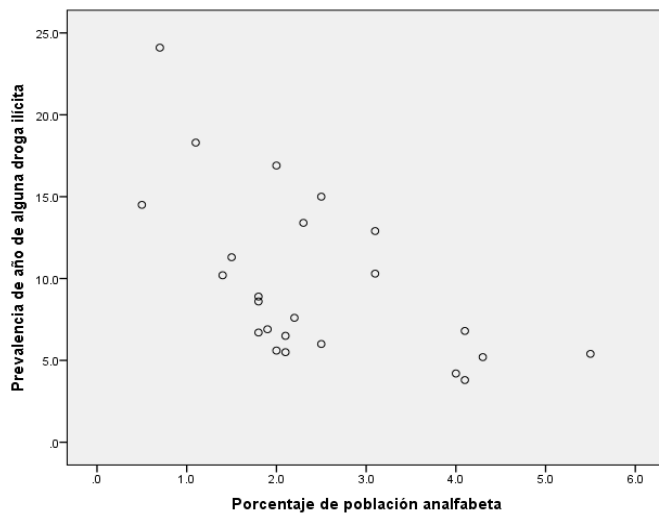
Gráfico 62. Porcentaje de hogares que habitan viviendas inconvenientes respecto a la prevalencia de alguna droga ilícita. (Significancia: ,022 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: -.466

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

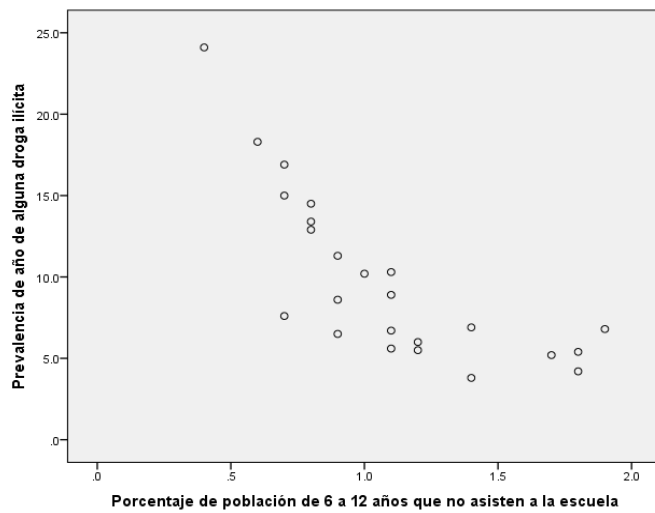
Gráfico 63. Porcentaje de población analfabeta respecto a la prevalencia de alguna droga ilícita. (Significancia: ,003 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: -.584

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

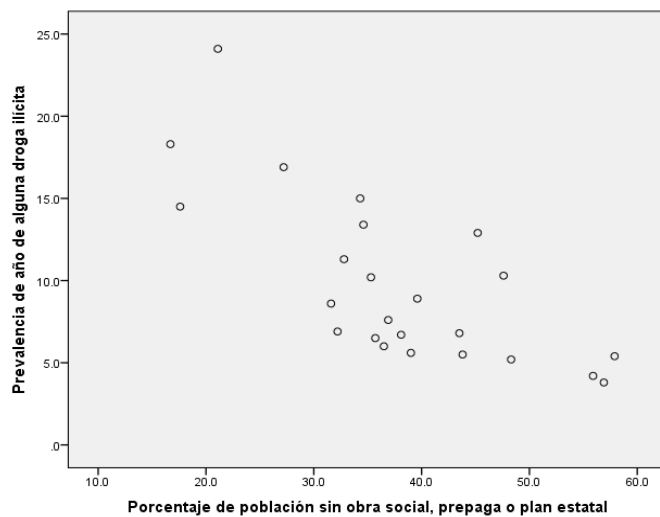
Gráfico 64. Porcentaje de población de 6 a 12 años que no asiste a la escuela respecto a la prevalencia de alguna droga ilícita. (Significancia: ,000 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: -.768

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

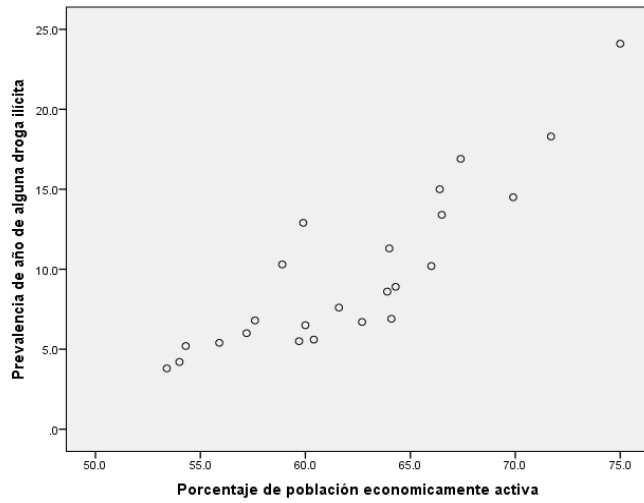
Gráfico 65. Porcentaje de población sin obra social, prepaga o plan estatal respecto a la prevalencia de alguna droga ilícita. (Significancia: ,000 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: -.740

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

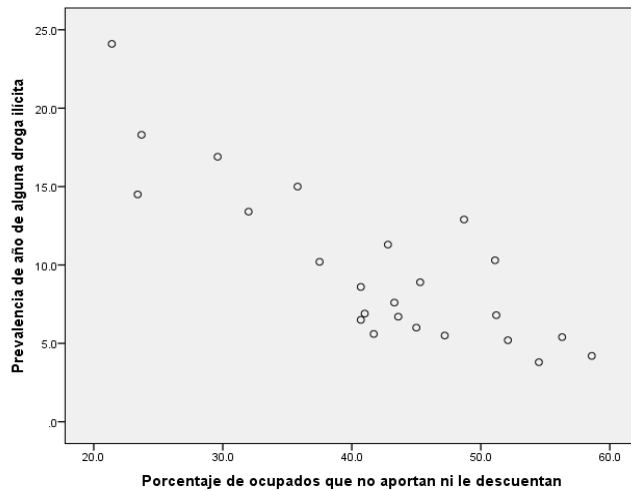
Gráfico 66. Porcentaje de población de 14 años y más económicamente activa respecto a la prevalencia de alguna droga ilícita. (Significancia: ,000 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: .875

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

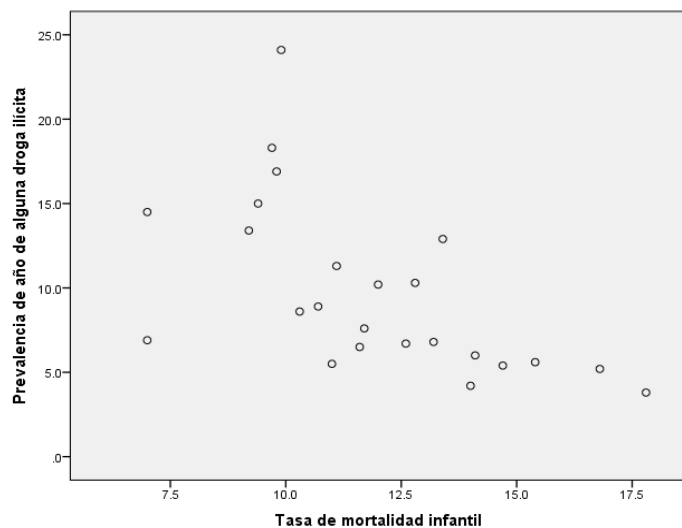
Gráfico 67. Porcentaje de ocupados que no aportan ni le descuentan respecto a la prevalencia de alguna droga ilícita. (Significancia: ,000 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: -.833

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

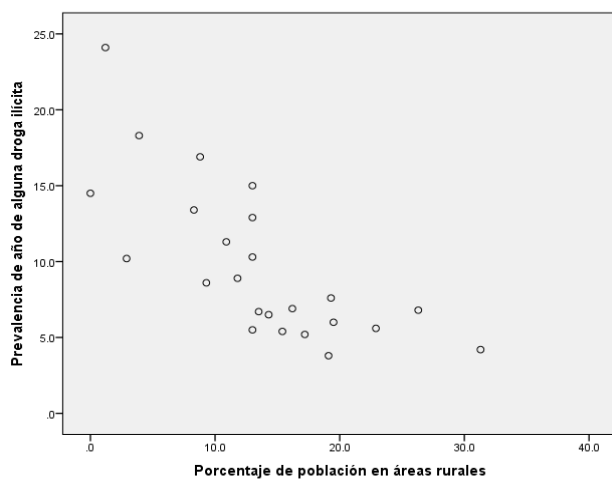
Gráfico 68. Tasa de mortalidad infantil respecto a la prevalencia de alguna droga ilícita. (Significancia: ,002 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: -.594

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

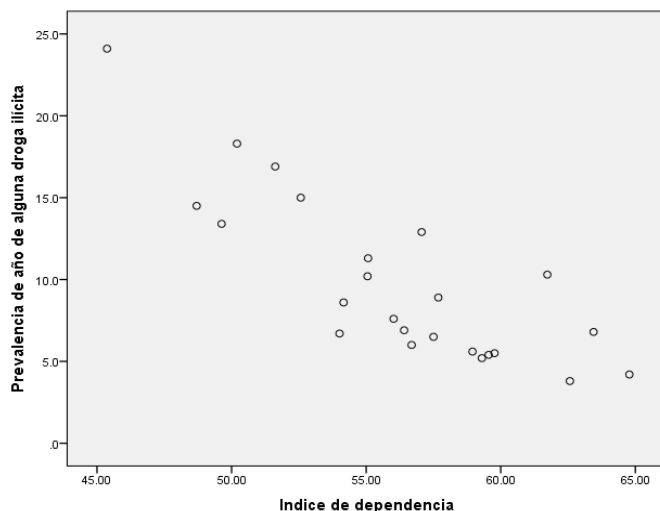
Gráfico 69. Porcentaje de población en áreas rurales respecto a la prevalencia de alguna droga ilícita. (Significancia: ,002 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: -.741

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

Gráfico 70. Índice de dependencia potencial respecto a la prevalencia de alguna droga ilícita. (Significancia: ,002 – Casos válidos: 24)



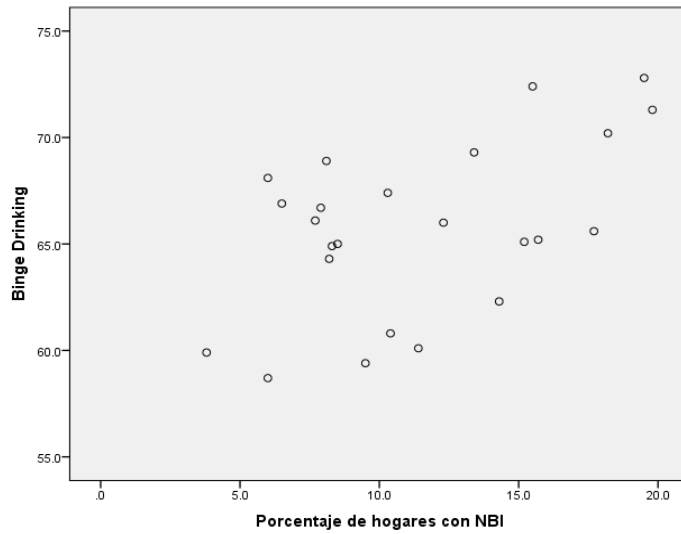
r de Pearson: -.830

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

Análisis bivariado – consumo episódico excesivo (binge drinking)

Del mismo modo que para la prevalencia de droga ilícita, para el consumo episódico excesivo, medido a partir del binge drinking, se eliminarán del análisis aquellos indicadores cuyo nivel de significancia no permitan rechazar la hipótesis nula, es decir, el porcentaje de hogares con desagüe del inodoro a cloaca, el porcentaje de niños de 6 a 12 años que no asisten a la escuela y el porcentaje de población en áreas rurales, quedando entonces nueve indicadores independientes. Se mencionó como hallazgo relevante que para el alcohol la relación es inversa a la del índice combinado de consumo de riesgo y también al comportamiento del consumo de droga ilícita y el de tabaco, mostrando mayor consumo abusivo los adolescentes escolarizados de las provincias con peores condiciones de vida, menor nivel de desarrollo y menor acceso a la vivienda, la educación, el trabajo y la salud. A continuación, se presentan los gráficos de dispersión y el análisis de correlación para los nueve indicadores con relación significativa.

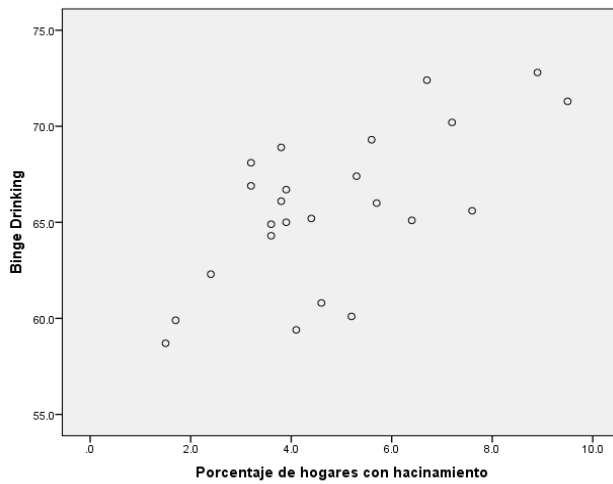
Gráfico 71. Porcentaje de hogares NBI respecto al consumo episódico excesivo (binge drinking). (Significancia: ,008 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: .526

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

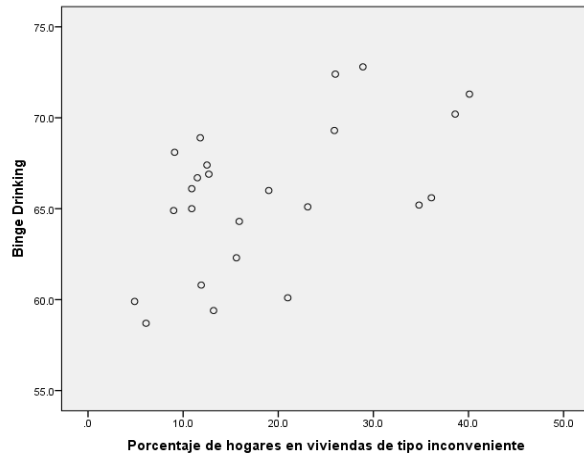
Gráfico 72. Porcentaje de hogares hacinados respecto al consumo episódico excesivo (binge drinking). (Significancia: ,000 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: .661

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

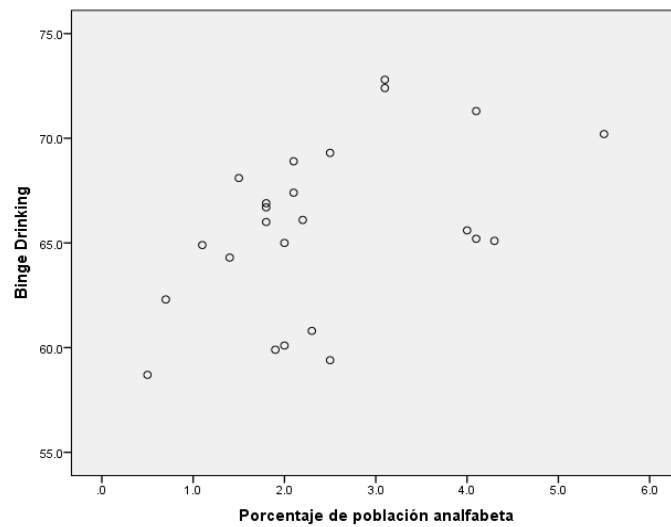
Gráfico 73. Porcentaje de hogares que habitan en viviendas deficitarias respecto al consumo episódico excesivo (binge drinking). (Significancia: ,007 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: .532

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

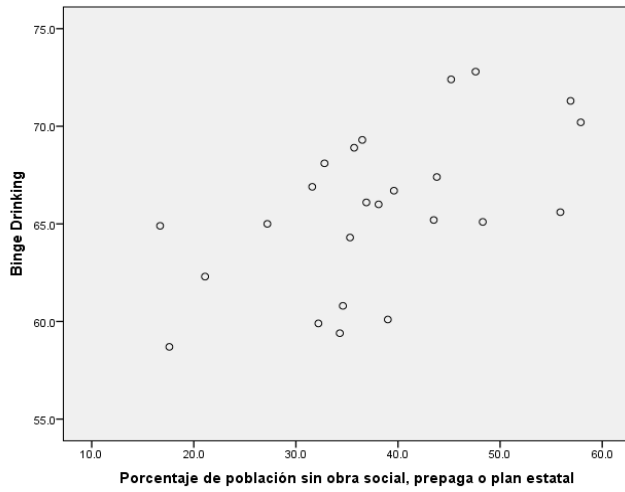
Gráfico 74. Porcentaje de población analfabeta respecto al consumo episódico excesivo (binge drinking). (Significancia: ,022 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: .466

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

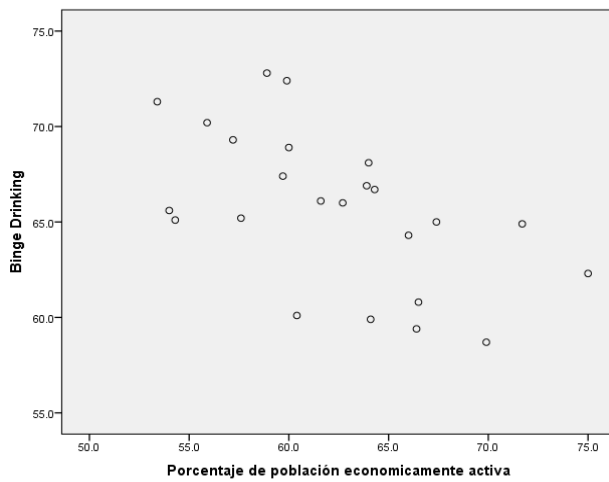
Gráfico 75. Porcentaje de población sin obra social, prepaga o plan estatal, respecto al consumo episódico excesivo (binge drinking). (Significancia: ,004 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: .562

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

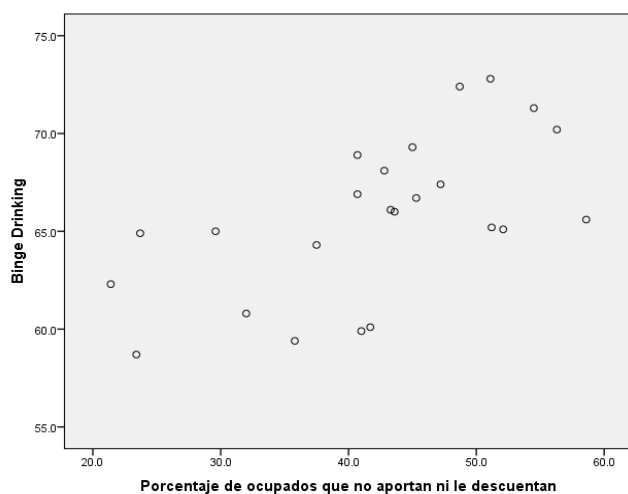
Gráfico 76. Población de 14 años y más económicamente activa respecto al consumo episódico excesivo (binge drinking). (Significancia: ,005 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: -.559

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

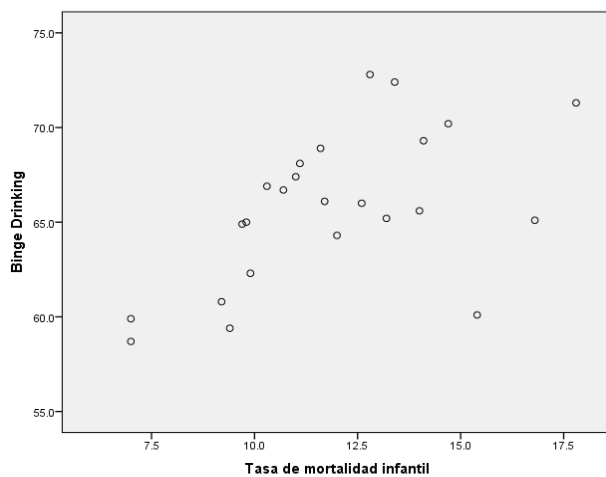
Gráfico 77. Porcentaje de población ocupada que no tiene descuentos ni aportes jubilatorios respecto al consumo episódico excesivo (binge drinking). (Significancia: ,002 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: .606

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

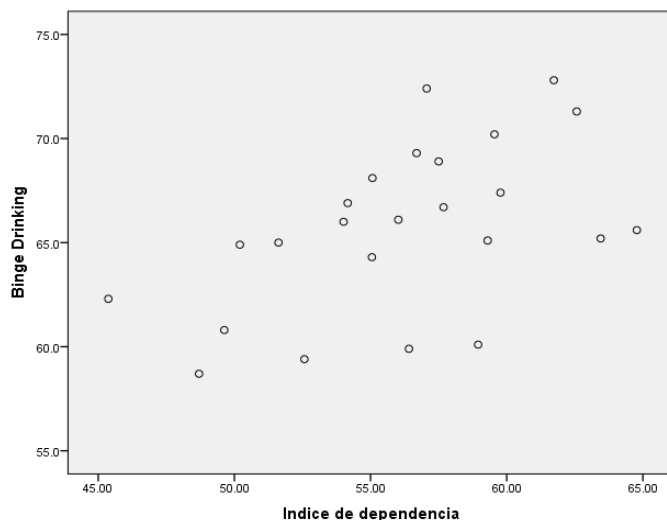
Gráfico 78. Tasa de mortalidad infantil respecto al consumo episódico excesivo (binge drinking). (Significancia: ,005 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: .552

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

Gráfico 79. Índice de dependencia potencial respecto al consumo episódico excesivo (binge drinking). (Significancia: ,009 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: .520

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

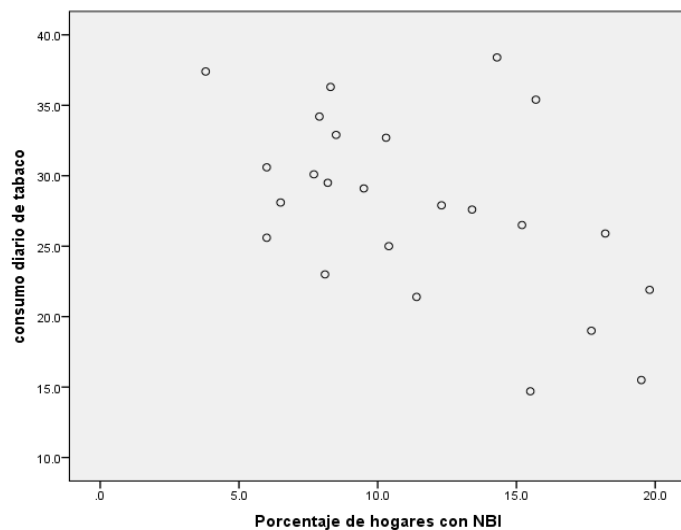
Analisis bivariado – consumo diario de tabaco

Como se mencionó previamente, para el consumo diario de tabaco, indicador que se seleccionó como consumo de riesgo para esta sustancia para los adolescentes escolarizados, se observa el mismo comportamiento que para el índice de consumo de riesgo resumen que se construyó como variable dependiente inicial y que el consumo de año de alguna droga ilícita, en todos los casos contrapuesto a lo esperado, en el sentido de que el consumo diario es mayor cuanto mejor es la situación de la provincia en cuanto al nivel de desarrollo, las condiciones de vida y el acceso a la vivienda, la educación, el trabajo y la salud.

Siguiendo la tabla 17, los indicadores que serán descartados para el análisis de correlación con el consumo abusivo de esta sustancia porque la significancia no permite rechazar la hipótesis nula son los mismos que para el consumo episódico excesivo: porcentaje de hogares con desagüe del inodoro a cloaca, porcentaje de niños de 6 a 12 años que no asisten a la escuela y porcentaje de población en áreas rurales. De este modo se analizan nueve indicadores que se presentan en los gráficos 80 a 88. En el caso del tabaco, si bien el indicador cuya correlación tiene mas fuerza es el porcentaje de hogares con hacinamiento con un r de Pearson de -.648, y el de menor fuerza, el porcentaje de

población analfabeta, con un r de Pearson de $-.412$, no se observa que ninguna dimensión ni subdimensión sea más preponderante.

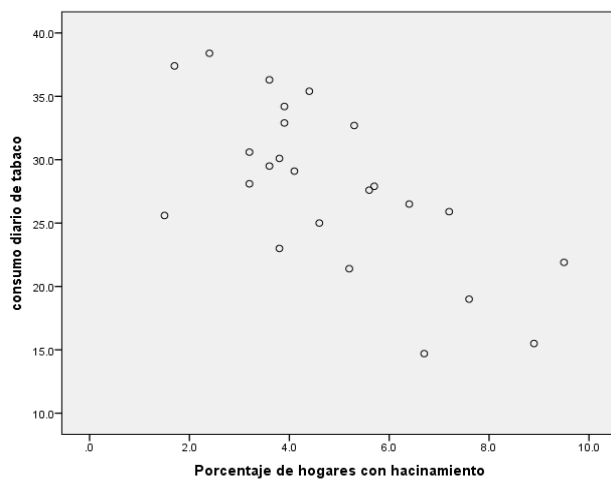
Gráfico 80. Porcentaje de hogares NBI respecto al consumo diario de tabaco. (Significancia: ,010 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: $-.518$

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

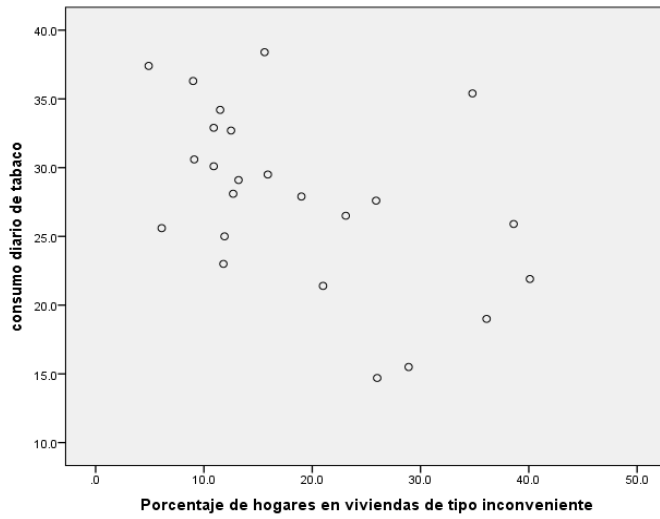
Gráfico 81. Porcentaje de hogares hacinados respecto al consumo diario de tabaco. (Significancia: ,000 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: $-.684$

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

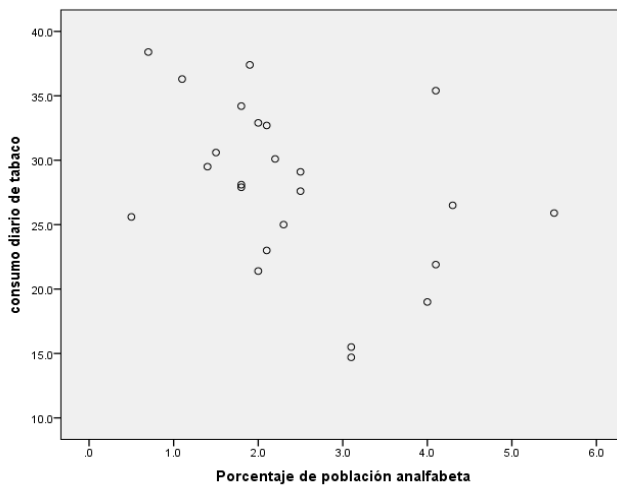
Gráfico 82. Porcentaje de hogares que habitan en viviendas deficitarias respecto al consumo diario de tabaco. (Significancia: ,014 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: -.496

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

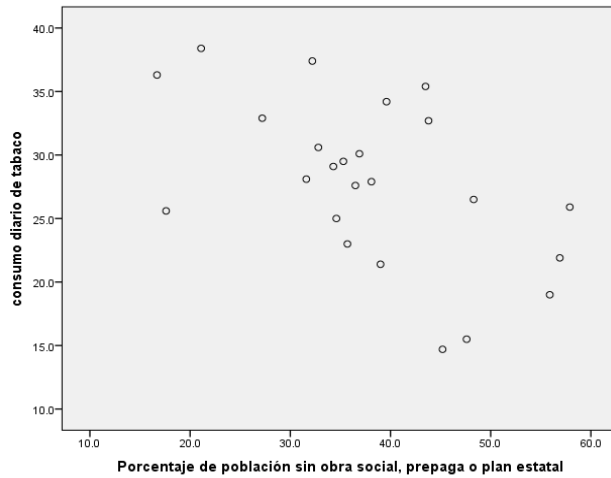
Gráfico 83. Porcentaje de población analfabeta respecto al consumo diario de tabaco. (Significancia: ,045 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: -.412

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

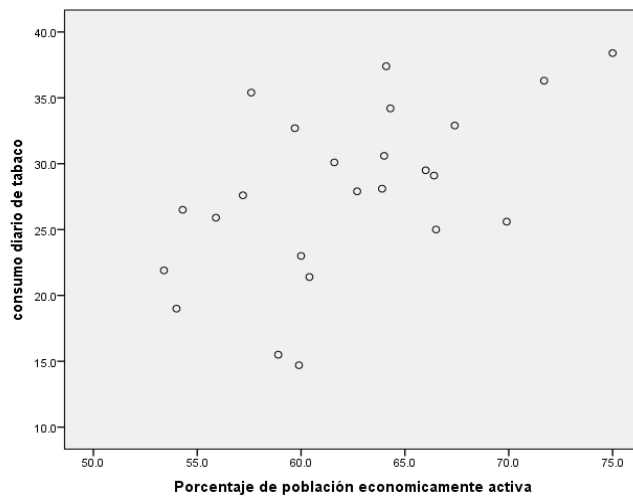
Gráfico 84. Porcentaje de población sin obra social, prepaga o plan estatal, respecto al consumo diario de tabaco. (Significancia: ,003 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: -.543

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

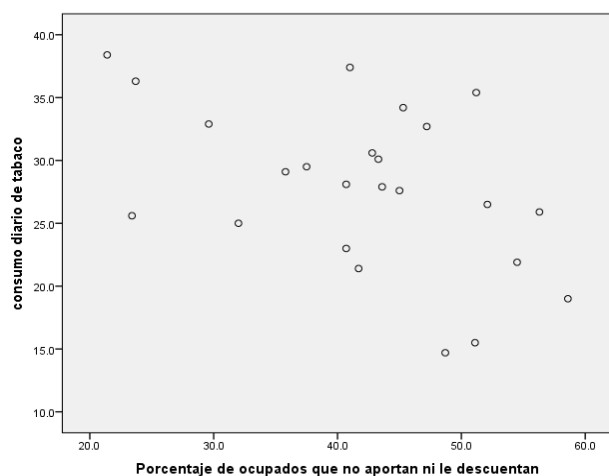
Gráfico 85. Población de 14 años y más económicamente activa respecto al consumo diario de tabaco. (Significancia: ,006 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: .543

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

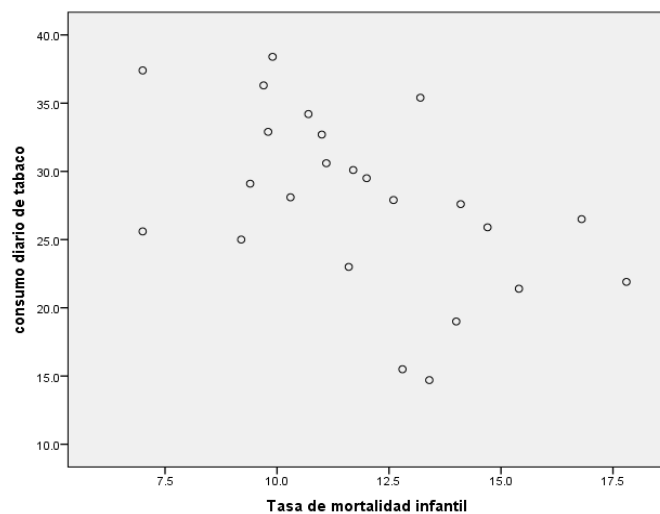
Gráfico 86. Porcentaje de población ocupada que no tiene descuentos ni aportes jubilatorios respecto al consumo diario de tabaco. (Significancia: ,019 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: -.475

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

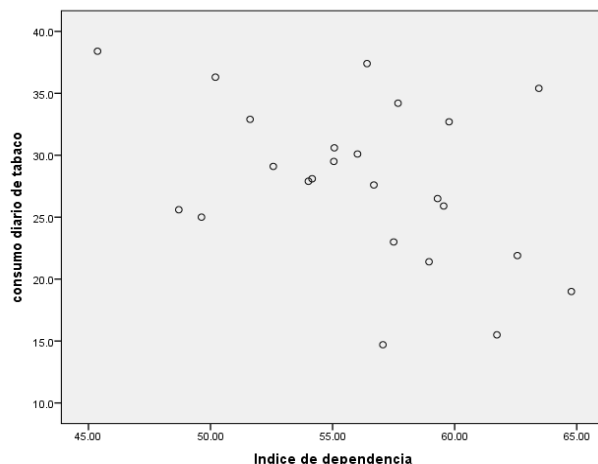
Gráfico 87. Tasa de mortalidad infantil respecto al consumo diario de tabaco. (Significancia: ,013 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: -.501

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

Gráfico 88. Índice de dependencia potencial respecto al consumo diario de tabaco.
(Significancia: ,038 – Casos válidos: 24)



r de Pearson: -.427

Fuente: elaboración propia mediante SPSS.

Análisis multivariado – análisis de conglomerados

Como se mencionó previamente, el análisis multivariado se realiza por separado para las tres sustancias por tener comportamientos diferentes, utilizando los indicadores independientes que se hayan considerado pertinentes en el análisis bivariado para cada una.

Para poder establecer modelos que permitan entender el fenómeno considerando su complejidad, se aplica un análisis de conglomerado para cada una de las tres sustancias, por el método de la k-medias, que se utiliza para variables cuantitativas y es útil tanto para clasificar bases de datos con muchos o pocos datos.

En este caso, por tratarse de solo 24 unidades de análisis, se propone dividir en tres clusters, dato que es requerido previamente para poder aplicar el método. El mismo permite dividir a los casos para que integren uno u otro aglomerado en forma exclusiva, con grupos lo más homogéneos posibles.

A continuación, se presentan los resultados alcanzados:

Análisis de conglomerado – prevalencia de año de alguna droga ilícita

De acuerdo a la tabla 17, y dado los niveles de significancia, se había descartado el indicador: porcentaje de hogares NBI, por lo que la cantidad de variables independientes quedó reducida a 11, que son los que se utilizan para armar los conglomerados.

Los tres conglomerados finales propuestos por el sistema agruparon en el clúster 1 (mejores condiciones de vida) a 4 provincias: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego, en el clúster 3 (peores condiciones de vida) a las siguientes 4 provincias: Chaco, Formosa, Santiago del Estero y Misiones. Las restantes 16 provincias quedaron agrupadas en un clúster intermedio. Para el clúster 1 la media de prevalencia de año de consumo de alguna droga ilícita fue de 18,5%, para el clúster 2, la media de prevalencia de año de consumo de alguna droga ilícita fue de 8,8% y para el clúster 3, de 5,1%. A continuación, se presentan las medias también para las variables asociadas seleccionadas de acuerdo a los criterios planteados previamente:

Tabla 19. Conglomerados finales definidos por k-medias. (final clúster centers) – Prevalencia de año de alguna droga ilícita.

Variables	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3
Prevalencia de año de alguna droga ilícita	18,5	8,8	5,1
% de hogares hacinados	2,9	4,7	7,2
% de hogares en viviendas deficitarias.	10,4	16,1	37,4
% de analfabetismo	1,1	2,3	4,4
% población de 14 años y más económicamente activa	71,0	61,9	55,2
% población ocupada que no tiene descuentos ni aportes jubilatorios	24,5	43,0	55,2
Tasa de mortalidad infantil	9,1	11,8	14,9
Tasa de dependencia potencial	49,0	56,4	62,6
% población sin obra social, prepaga o plan estatal	20,7	38,2	53,6
% de niños de 6 a 12 años que no asisten a la escuela	0,6	1,0	1,7
% de hogares con desagüe del inodoro a cloaca	88,3	56,2	26,7
% de población en áreas rurales	3,5	13,6	23,0

Fuente: elaboración propia utilizando el software SPSS.

Análisis de conglomerado – consumo episódico excesivo (binge drinking)

De acuerdo a la tabla 17, para el consumo episódico excesivo, medido a partir del binge drinking, se eliminaron del análisis el porcentaje de hogares con desagüe del inodoro a cloaca, el porcentaje de niños de 6 a 12 años que no asisten a la escuela y el porcentaje de población en áreas rurales, quedando entonces nueve indicadores independientes, por su nivel de significancia.

Los tres conglomerados finales propuestos por el sistema agruparon en el clúster 1 (mejores condiciones de vida) a 4 provincias: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego, en el clúster 3 (peores condiciones de vida) a las siguientes 5 provincias: Chaco, Formosa, Santiago del Estero, Misiones y Salta. Las restantes 15 provincias quedaron agrupadas en un clúster intermedio. Para el clúster 1 la media de binge drinking fue de 62,7%, para el clúster 2, de 65,4% y para el clúster 3, de 69,0%. A continuación, se presentan las medias también para las variables asociadas seleccionadas de acuerdo a los criterios planteados previamente:

Tabla 20. Conglomerados finales definidos por k-medias. (final clúster centers) – Consumo episódico excesivo (binge drinking).

Variables	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3
Consumo episódico excesivo	62,7	65,4	69,0
% de hogares NBI	9,3	9,7	18,2
% de hogares hacinados	2,9	4,5	7,5
% de hogares en viviendas deficitarias,	10,4	15,3	35,7
% de analfabetismo	1,1	2,2	4,2
% población de 14 años y más económicamente activa	71,0	62,1	56,0
% población ocupada que no tiene descuentos ni aportes jubilatorios	24,5	42,5	54,3
Tasa de mortalidad infantil	9,1	11,8	14,5
Tasa de dependencia potencial	49,0	56,0	62,4
% población sin obra social, prepaga o plan estatal	20,7	37,6	52,4

Fuente: elaboración propia utilizando el software SPSS.

Análisis de conglomerado – consumo diario de tabaco

De acuerdo a la tabla 17, para el consumo abusivo de tabaco, medido a partir del consumo diario, se eliminaron del análisis el porcentaje de hogares con desagüe del inodoro a cloaca, el porcentaje de niños de 6 a 12 años que no asisten a la escuela y el porcentaje de población en áreas rurales, quedando entonces nueve indicadores independientes, por su nivel de significancia, las mismas que para estudiar el binge drinking.

Los tres conglomerados finales propuestos por el sistema agruparon en el clúster 1 (mejores condiciones de vida) a 4 provincias: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego, en el clúster 3 (peores condiciones de vida) a las siguientes 6 provincias: Chaco, Formosa, Santiago del Estero, Jujuy, Misiones y Salta. Las restantes 14 provincias quedaron agrupadas en un clúster intermedio. Para el clúster 1 la media de

consumo diario de tabaco fue de 33,3%, para el clúster 2, de 28,8% y para el clúster 3, de 22,1%. A continuación, se presentan las medias también para las variables asociadas seleccionadas de acuerdo a los criterios planteados previamente:

Tabla 21. Conglomerados finales definidos por k-medias. (final clúster centers) – Consumo diario de tabaco.

Variables	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3
Consumo diario de tabaco	33,3	28,8	22,1
% de hogares NBI	9,3	9,3	17,7
% de hogares hacinados	2,9	4,3	7,4
% de hogares en viviendas deficitarias,	10,4	14,5	34,1
% de analfabetismo	1,1	2,2	4,0
% población de 14 años y más económicamente activa	71,0	62,2	56,6
% población ocupada que no tiene descuentos ni aportes jubilatorios	24,5	42,1	53,4
Tasa de mortalidad infantil	9,1	11,6	14,3
Tasa de dependencia potencial	49,0	55,9	61,5
% población sin obra social, prepaga o plan estatal	20,7	37,1	51,2

Fuente: elaboración propia utilizando el software SPSS.

7. Conclusiones y discusión

OPS (2009) alerta respecto a la falta de datos en relación al consumo de drogas y la necesidad de generar investigaciones que permitan mejorar el desarrollo de planes de prevención.

En este marco, ésta tesis tuvo como pregunta guía responder si existen relaciones identificables entre el desarrollo socioeconómico y demográfico y el nivel de condiciones de vida y el consumo de sustancias psicoactivas, con el objetivo general de identificar diferenciales en los patrones de consumo de sustancias psicoactivas en relación al desarrollo socioeconómico y demográfico de las sociedades que permitan mejorar la eficiencia y efectividad de las políticas públicas relativas a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

Para lograr este objetivo se trabajó con la población de adolescentes escolarizados de las distintas provincias argentinas durante el 2014, ya que es la población en la que se requiere focalizar las políticas públicas de prevención, y los últimos datos disponibles a nivel nacional de representatividad provincial focalizada para ese grupo etario, datan de ese año.

Se tomó como unidades de análisis a cada una de las provincias argentinas, y, en primer lugar, luego de analizar los distintos tipos de consumo de sustancias psicoactivas, se decidió focalizar el estudio en los consumos de riesgo, para lo cual se seleccionaron tres indicadores, uno por tipo de sustancia. Para las drogas ilícitas, se consideró que su solo consumo, para la población analizada (adolescentes de 12 a 17 años que asisten a la escuela), es un indicador de riesgo, para el alcohol, se seleccionó el indicador de consumo episódico excesivo o binge drinking, y para el tabaco, su consumo diario.

Luego de un vasto recorrido por diversas concepciones y estudios sobre las condiciones de vida de la población, de haber adoptado explícitamente un paradigma marxista, y atendiendo a la disponibilidad de indicadores nacionales de calidad para el periodo analizado, se seleccionaron una serie de indicadores provenientes del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 y Estadística Vitales del 2010 y el 2011.

Atendiendo al marco conceptual se esperó encontrar un mayor nivel de consumo de riesgo para aquellas provincias más pobres. El estado del arte arrojó resultados muy diversos y por eso se decidió privilegiar las concepciones acuñadas desde lo teórico.

A partir del análisis de correlación y la visualización de los diagramas de dispersión, se ha podido establecer que existe asociación entre las condiciones de vida y el consumo de sustancias. Sin embargo, la misma no fue la esperada al trabajar con la medida resumen índice de consumo de riesgo. Los resultados de esta investigación fueron inversos a los esperados. En este sentido, se observó que el consumo de riesgo es mayor cuanto mejores son las condiciones de vida y de acceso al trabajo, a la educación, a la salud y el nivel de desarrollo es más evolucionado,

Se había tomado la decisión de trabajar en forma agrupada a las distintas sustancias psicoactivas, dado que se consideró que dividir el tratamiento de las mismas obligaba a elegir un criterio de clasificación de las mismas y que se esperaba que la búsqueda de producir psicoactividad por parte de los consumidores no tendría variaciones importantes.

Al encontrar resultados contrarios a los esperados, se decidió analizar las tres sustancias por separado. El hallazgo fue que pudo observarse que las sustancias divididas según el criterio de legalidad y prevalencia en tres: drogas ilícitas, tabaco y alcohol, mostraban distintas direcciones en la asociación, y en este sentido se encontró algún acuerdo con Ortiz Hernandez (2007), ya que en su revisión de bases datos encontró que a pesar de que a nivel general los datos indican que los estratos sociales más bajos tienen más riesgo al consumo, existen variaciones al focalizar por sustancia. En forma concordante con Acosta (2011) y contrapuesta con Villalbí (2020), se pudo verificar tanto por el análisis de correlación como por el de conglomerados, que, para el consumo episódico excesivo entre los adolescentes escolarizados, las provincias más pobres son las que presentan mayores valores, mientras que, para el consumo de drogas ilícitas y el consumo diario de tabaco, se observa el comportamiento inverso al indicado en el estudio de Abeldaño (2014) y García Aurrecoechea, et.al. (2016) y Alvarez (2021). En tanto comparte solo en parte resultados con otras investigaciones como la de Machado Pratta E y Dos Santos, M (2007), Caballero et al (1999), la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Departamento de Salud del Gobierno Vasco - SIIS Centro de Documentación y Estudios de la Fundación Eguía Careaga (2014) y Fantin y Morales de Barbenza (2006).

En tal sentido, la pregunta que surge es si mientras el alcohol cumple con la premisa expresada por Engels (1845) de que la situación de carencia y explotación que vive la clase obrera, predispone al “alcoholismo”, las drogas ilícitas y el tabaco operan como mercancía dentro del sistema capitalista y por eso su consumo aumenta a mejores condiciones de vida. En este sentido, el concepto de fetichismo de la mercancía (Marx K, 1867), explica

que en el sistema capitalista, los objetos toman valor por si mismos para los sujetos en forma similar a los conceptos religiosos: “El carácter misterioso de la forma mercancía estriba, por tanto, pura y simplemente, en que proyecta ante los hombres el carácter social del trabajo de estos como si fuese un carácter material de los propios productos de su trabajo, un don natural social de estos objetos y como sí, por tanto, la relación social que media entre los productores y el trabajo colectivo de la sociedad fuese una relación social establecida entre los mismos objetos, al margen de sus productores”. Para Bauman (2005), la mercancía penetra en las subjetividades, de modo que el descubrimiento de Marx en el sentido de lo ideológico y deshumanizado de la generalización de la mercancía en el mundo capitalista puede explicar las características de los objetos y las formas de consumo. En este sentido, Carmona Parra (2014) se pregunta si el consumo abusivo de sustancias psicoactivas no es más que una expresión de la sociedad de consumo en la que se ha desarrollado un tipo de subjetividad adictiva, independientemente del objeto en sí mismo. De acuerdo a Baurdillard (1974), “la sociedad de consumo es aquella en la que ya no hay solamente objetos y productos que se desean adquirir sino donde además el propio consumo es consumido bajo la forma de mito”. El concepto de consumismo acuñado por Bauman (2007) aporta en el sentido de entender que, a diferencia del consumo, que puede ser considerado como intrínseco de las relaciones sociales, este funciona reconvirtiendo ese consumo en una fuerza por sobre el propio individuo, su reproducción y la integración social, y como tal es alienante.

De este modo, no solo hay que operar sobre las condiciones de vida, sino sobre la significación que le otorgan los sujetos, en este caso los estudiantes secundarios, a ellas, pero en forma segmentada, de acuerdo a las condiciones de vida preponderantes en su entorno. La forma de mercancía que adquieren las sustancias, incide en su consumo y esa significación es histórica y da cuenta de relaciones de poder. La cultura en este sentido, no es ajena a estas. Se señaló que el uso de drogas psicoactivas no es algo actual, dado que la historia de las drogas y sus usos remite a la propia historia de la humanidad. Distintas sociedades han conocido y usado para distintos fines, individuales o colectivos, diferentes productos químicos a fin de alterar sus estados de ánimo, estimularse, sedarse, modificar su percepción y diversos procesos cognitivos (Davenport-Hines, R. 2003) y el consumo abusivo extendido de sustancias psicoactivas opera dentro del proyecto cultural capitalista, donde el sujeto típico consume en forma compulsiva mercancías y además absorbe y construye mensajes en forma de mito alrededor de las mismas (Carmona Parra, 2014), donde además el consumo es cortoplacista y orientado a la gratificación inmediata, donde el exceso es intrínseco al mismo funcionamiento de la sociedad. (Bauman, 2007).

Resulta, sin embargo, fundamental proponer que las significaciones y todo el entramado cultural que incide en la forma en que se imbrica en los jóvenes la mercancía droga, va asociada al sistema de producción, y por lo tanto, para poder establecer una transformación real, deben producirse cambios económicos, sociales y políticos. En este sentido, las profundas desigualdades sociales entre las provincias argentinas que presentó este trabajo implican también distintas relaciones con sustancias que afectan la salud y que inciden en los niveles de morbilidad y mortalidad en forma directa o indirecta.

En tal sentido, los resultados de este estudio confirman que “la droga” en singular, no existe: es el sujeto quien convierte ciertas sustancias en drogas, al establecer con ellas un tipo de relación y ciertos patrones de uso. Esta relación estos patrones, van asociadas a una significación que se le pone a la misma, que es diferencial por condiciones de vida y que obliga a su descubrimiento para poder diseñar políticas públicas eficaces. De acuerdo a Touzé (2006), las drogas y sus consumos constituyen un fenómeno plural, con diversas expresiones, de acuerdo a la cultura, las condiciones históricas, el modo de producción, la situación particular de la sociedad, la diversidad de significados asignados a las sustancias y la diversidad de sustancias existentes. Esto afirma la necesidad de realizar los análisis del consumo de sustancias desde una perspectiva histórica dando cuenta de los procesos heterogéneos y sus diferentes ámbitos, de manera tal que el problema proviene de la relación que establecen los sujetos como construcción subjetiva, social, histórica y de clase (Gómez, 2007).

Asimismo, los hallazgos obligan a revisar las políticas de prevención de las drogas ilícitas en relación con las aplicadas para la prevención del consumo de tabaco. Considerando que para las drogas ilícitas se ha mantenido su condición de ilegalidad, mientras que para el tabaco, su consumo es libre, si para ambas sustancias el consumo de riesgo se encuentra asociado a una mejor condición de vida, puede resultar una estrategia de éxito considerar una estrategia conjunta en relación con el uso en estudiantes secundarios.

Debe tenerse en cuenta, en este sentido, que de acuerdo a OMS (2019), durante las dos últimas décadas el número total de consumidores de tabaco a nivel mundial ha venido disminuyendo, a medida que las políticas de estado se basan en la evidencia científica, en el marco de las medidas de control de tabaco establecidas en el convenio marco de la OMS, a partir del cual las medidas que han demostrado efectividad son: vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención, proteger a la población del humo del tabaco, ofrecer ayuda para el abandono del tabaco, advertir a las personas de los peligros del tabaco,

hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio y aumentar los impuestos al tabaco.

Por último, y cómo cierre, resulta fundamental enfatizar la necesidad de que las políticas públicas de prevención en el consumo de sustancias psicoactivas se funden en evidencia proveniente de estudios científicos epidemiológicos, demográficos y estadísticos y no en creencias, mitos y posiciones ideológicas. (Pedroso et al, 2019).

8. Bibliografía

Abeldaño, Roberto Ariel, Fernández, Alicia Ruth, Estario, Juan Carlos, & Ventura, Carla Aparecida Arena. (2014). El consumo de sustancias psicoactivas y su relación con condiciones de vulnerabilidad y pobreza en Argentina. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 10(3), 111-118. <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v10i3p111-118>

Acosta. L.. Fernandez. R.. Pillón. S. (2011). Factores sociales para el uso de alcohol en adolescentes y jóvenes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011 May-June; 19 Spe No:771-81. En: www.eerp.usp.br/rlae

Agrawal. A.. Nurnberger Jr. JI. Lynskey. MT y Estudio. TBG (2011). Implicación del cannabis en personas con trastorno bipolar. *Investigación en psiquiatría* . 185 (3). 459-461.

Alaminos. D.. del Castillo. A.. & Fernández. M. Á. (2016). A global model for bankruptcy prediction. *PloS one*. 11(11). e0166693.

Alaminos Aguilera. E.. & Ayuso. M. (2016). Modelo actuarial multiestado para el cálculo de probabilidades de supervivencia y fallecimiento según estado civil: una aplicación al pago de pensiones concurrentes. *Anales del Instituto de Actuarios Españoles*. 2016. vol. 3 epoca. num. 22. p. 41-71.

Almeida Filho. N. D.. & Rouquayrol. M. Z. (2008). Introducción a la epidemiología. In *Introducción a la epidemiología* (pp. 295-295).

Altimir. Oscar (1979). *La dimensión de la pobreza en América Latina*. Cuadernos de la CEPAL. Naciones Unidas. Santiago de Chile.

Álvarez. Gustavo; Gómez. Alicia; Olmos. María Fernanda (2007). Pobreza y comportamiento demográfico en Argentina. La heterogeneidad de la privación y sus manifestaciones *Papeles de Población*. vol. 13. núm. 51. enero-marzo. 2007. pp. 77-110 Universidad Autónoma del Estado de México Toluca. México

Álvarez, J. M., Barrientos Marín, J. & Millán Tapia, J. M. (2021). La relación entre el gradiente socioeconómico y el consumo de cigarrillos en España. *Adicciones*, 2021. DOI: <https://doi.org/10.20882/adicciones.1403>

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.

Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). Alcohol in Europe. London: Institute of alcohol studies, 2, 73-75.

Arriagada y Hopenhayn (2000). Producción, tráfico y consumo de drogas en América Latina. División de Desarrollo Social CEPAL. Santiago de Chile.

Baudrillard, J (1974). La sociedad de consumo, sus mitos y sus estructuras. Plaza y Janes editores. Barcelona, 1974.

Bauman, Z. (2007). Vida de Consumo. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires

Bauman Z. (2005) Amor líquido: Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos. Editorial Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.

Bascarán. M. T. B., Flórez. G., Seijo. P., & García. J. B. (2019). ¿Mejora la CIE-11 los propósitos epidemiológicos y nosológicos de los Trastornos mentales. del comportamiento y del desarrollo? adicciones. 31(3). 183-188.

Becoña Iglesias. E. (2014). Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. (110). 58-61.

Becoña Iglesias E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.

Blalock. Hubert (1986). Estadística Social'. Fondo de Cultura Económica. México.

Bologna. Eduardo León (2010) Estadística en psicología. - 1a ed. - Córdoba : Brujas.

Breilh Jaime (1991) El marxismo en la defensa y la transformación de la vida Breves reflexiones acerca de sus aportes teóricos-prácticos en el campo de la salud en Betancourt. O.; Campaña. A.; Granda. E. Reproducción social y salud: la lucha por la vida y la salud en la era de la revoluciones conservadoras. México: Universidad de Guadalajara. 1991. (Colección Fin de Milenio. Serie Medicina Social).

Breihl. J. (2006). Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidade. Brasil: Fiocruz.

Buck. C. et al. (1988). El desafío epidemiológico. Problemas y lecturas seleccionadas. Washington DC: OPS.

Caballero, R., Madrigal De León, E., Hidalgo San Martín, A., & Villaseñor, A. (1999). El consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales, en los adolescentes de diferentes estratos socioeconómicos de Guadalajara. *Salud Mental*, 22(4), 1-8. Retrieved from http://www.revistasaludmental.com.mx/index.php/salud_mental/article/view/750/749

Camarotti. A. C.. Kornblit. A. L.. & Di Leo. P. F. (2013). Prevención del Consumo Problemático de Drogas. *Interface*. 4.

Carey. A. C. Crocker y R.T. Gross (Eds.). *Developmental behavioral pediatrics* (2nd. ed.. pp. 451-467). Nueva York: Saunders.

Carmona Parra, Jaime Alberto. Toxicomanía y sociedad de consumo. *Poiésis*, [S.I.], n. 2, jan. 2014. ISSN 1692-0945. Disponible en:

<<https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/1097/995>>. Fecha de acceso: 12 apr. 2021 doi:<https://doi.org/10.21501/16920945.1097>.

Castillo. C.. Mujica. O.. Loyola. E.. & Canela. J. (2013). Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 31(1). 394-394.

Celade; BID (1996). Impacto de las Tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina. Contribución al diseño de Políticas y programas. Santiago de Chile

Cheryl. J.. Cherpitel. G. B.. Giesbrecht. N.. Hungerford. D.. Peden. M.. Poznyak. V.. Room. R.. Stockwell. T. (2009). Alcohol and injuries: emergency department studies in an international perspective. World Health Organization: Geneva. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/msbalcinuries.pdf

Clayton. R. R. (1992). «Transitions in drug use: Risk and protective factors». En M. Glantz y R. Pickens (Eds.). *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). Washington. DC: American Psychological Association.

Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2007). Informe sobre alcohol. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas – CICAD - Organización de los Estados Americanos – OEA - (2019). Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas 2019. Washington. D.C.

Consejo Nacional de Políticas Sociales. (2017). Metas e indicadores. Listado provisorio de metas e indicadores de seguimiento de ODS Argentina.

Compton. WM y Baler. R. (2016). La epidemiología de los trastornos por consumo de cannabis del DSM-5 entre los adultos estadounidenses: ciencia para informar a los médicos que trabajan en un panorama social cambiante.

Cortés. M. T.. Mayor. L.. & Soler. F. C. (2002). Psicología de l'addicció (Vol. 52). Universitat de València.

Davenport-Hines. R. (2003). La búsqueda del olvido. Historia global de las drogas. 1500-2000. Madrid/México. Turner/FCE.

Del Zotto, P.; Cortés, MT.; Gómez, R. & Luque, L. (2010) La realidad intercultural del consumo intensivo de alcohol en jóvenes españoles y argentinos. VI Congreso Iberoamericano de Psicología. Oviedo (España).

Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) (2012). Estadísticas Vitales. Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. Argentina. Año 2010. Boletín 137. Ministerio de Salud. Buenos Aires. Argentina.

Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) (2011). Estadísticas Vitales. Información Básica. Año 2010. Serie 5. Nro 54. Ministerio de Salud. Buenos Aires. Argentina.

Dirección de Salud Pública y Adicciones del Departamento de Salud del Gobierno Vasco - SIIS Centro de Documentación y Estudios de la Fundación Eguía Careaga (2014). Desigualdades socioeconómicas, consumo de drogas y territorio. España. Disponible en:

https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Desigualdades_socioeconomicas_consumo_de_drogas_y_territorio.pdf

Echeburua. E.. Salaberria. K.. & Cruz-Saez. M. (2014). Contributions and limitations of DSM-5 from Clinical Psychology. *Terapia psicológica*. 32(1). 65-74.

- Engels. Federico (1845). La situación de la clase obrera en Inglaterra.. En línea.
- Fanta. Javiera y Tumas. Natalia (2020). Sincronicidades entre la transición sanitaria y la segunda transición demográfica en Argentina durante la primera década del siglo XXI. En RELAP - Revista Latinoamericana de Población. Vol. 14 - Número 27:
- Fantin M. B y Morales de Barbenza C. (2006). Nivel socioeconómico y consumo de sustancias en una muestra de adolescentes escolarizados de San Luis, Argentina. Fundamentos en Humanidades. Universidad Nacional de San Luis. Año VIII – Numero 1.
- Ferreira. F. G. (2018). “Consumos problemáticos”: concepciones y posicionamientos parlamentarios en torno a su legislación en Argentina (2012-2014). *Questión*.
- Frances. A. (2013). *Saving Normal: An Insider’s Revolt Against Out-of- Control Psychiatric Diagnosis. DSM-5. Big Pharma. and the Medicalization of Ordinary Life*. London: William Morrow (HarperCollins Publishers).
- García Aurrecochea, Valeriano Raúl, Rodríguez Kuri, Solveig Erendira, Córdova Alcaráz, Alberto Javier, & Fernández Cáceres, María del Carmen. (2016). Diagnóstico macrosocial de riesgo del consumo de drogas en México. *Acta de investigación psicológica*, 6(3), 2516-2526. <https://doi.org/10.1016/j.aiprr.2016.11.005>
- Glantz. M. D y Pickens. R W. (1992). “Vulnerability to drug abuse: Introduction and Overview”. En Glantz y R. Pickens (Eds.). *Vulnerability to drug abuse* (pp. 1-14). Washington. DC: American Psychological Association.
- Gómez. Alicia; Mario. Silvia y Olmos. Fernanda (2003). La heterogeneidad de la pobreza: Perfiles demográficos comparados.
- Gómez R. A. (2007). ¿De qué hablamos cuando hablamos de Drogas?. En Gómez, R. A. (comp.). *Drogas y control social*. (pp 103- 114). Córdoba: Editorial Brujas.
- Gómez. Raúl y otros. (2012). *Introducción al campo de las drogodependencias*. Capítulo 1. Córdoba. Editorial Brujas.
- Gómez. R. (2017). *Psicología de las Drogodependencias y las Adicciones*. En R. Gómez. *Psicología de las Drogodependencias y las Adicciones* (págs. 117 - 130). Córdoba: bruja.

Grushka. Carlos. Casi un siglo y medio de mortalidad en la Argentina. Revista Latinoamericana de Población 2014. 8 (Julio-Diciembre)

Hasin. DS. O'Brien. CP. Auriacombe. M.. Borges. G.. Bucholz. K.. Budney. A.. ... y Grant. BF (2013). Criterios del DSM-5 para los trastornos por uso de sustancias: recomendaciones y justificación. Revista Estadounidense de Psiquiatría . 170 (8). 834-851.

Heinz. A.. Daedelow. LS. Wackerhagen. C. y Di Chiara. G. (2019). La teoría de la adicción es importante: por qué no hay dependencia de la cafeína o de los medicamentos antidepresivos. Biología de la adicción . 25 (2). e12735.

Hernández López. Teresa. Roldán Fernández. Jesús. Jiménez Frutos. Anunciación. Mora Rodríguez. Carlos. Escarpa Sánchez-Garnica. Dolores. & Pérez Álvarez. María Teresa. (2009). La Edad de Inicio en el Consumo de Drogas. un Indicador de Consumo de riesgo. Psychosocial Intervention. 18(3). 199-212. Recuperado en 11 de agosto de 2019. de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000300002&lng=es&tlng=es.

INDEC (2017). Informes Técnicos. Vol. 1. n° 53 Condiciones de vida. Vol. 1. n° 4 Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos. Segundo semestre de 2016. Buenos Aires.

INDEC (2016). La medición de la pobreza y la indigencia en la Argentina. Buenos Aires.

INDEC (2004). El estudio de la pobreza según el Censo Nacional de Población. Hogares y Viviendas 2001. Metodología de elaboración del Índice de Privación Material de los Hogares (IPMH). Buenos Aires

INDEC (1984). La Pobreza en Argentina. Buenos Aires.

Jessor. R.. Donovan. J. E. y Costa. F. M. (1991). Beyond adolescence: Problem behavior and young adult development. Cambridge: Cambridge University Press.

Jones. K. D.. Gill. C.. & Ray. S. (2012). Review of the proposed DSM-5 substance use disorder. Journal of Addictions & Offender Counseling. 33(2). 115-123.

Kelly, B. C., Wells, B. E., Pawson, M., Leclair, A., Parsons, J. T., & Golub, S. A. (2013). Novel psychoactive drug use among younger adults involved in US nightlife scenes. Drug and alcohol review. 32(6), 588-593.

Kerridge. BT. Saha. TD. Gmel. G. y Rehm. J. (2013). Análisis taxométrico de los trastornos por consumo de alcohol DSM-IV y DSM-5. Dependencia de drogas y alcohol . 129 (1-2). 60-69.

Krieger. N. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*. 30. 668-677.

Ley. N. (2014). 26.934. Plan Integral para el abordaje de los Consumos Problemáticos. Poder Legislativo Nacional. Buenos Aires. Argentina.

López. J. F. R.. & González. B. R. (2014). Epidemiología: El cambio de paradigmas. *Medicentro*. 18(3). 93-99.

Luxardo Natalia. Leila M. Passerino. Fernando Sasseti. Candela Heredia. Cecilia Palermo. Javier Billordo. Eugenia Brage. Leandro Alva. Francisco y Teresita . (2020). Antecedentes del concepto “determinantes sociales de la salud” en el estudio de las desigualdades. En Sebastián Ezequiel Sustas. Silvia Alejandra Tapia. María Pía Venturiello (compiladores) *Investigación e intervención en salud. Demandas históricas. derechos pendientes y desigualdades emergentes*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2020.

Machado Pratta E y Dos Santos, M (2007). Adolescencia y el uso de sustancias psicoactivas: el impacto del nivel socioeconómico. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007 setembro-outubro; 15(número especial)

Marx Carlos: *El Capital. Crítica de la Economía Política*. (1867) Tomo I. En <http://www.librodot.com>

Meghji. Jamilah et al (2021). Improving lung health in low-income and middle-income countries: from challenges to solutions *The Lancet*. Volume 0. Issue 0 En [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00458-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00458-X)

Mestre. J. B. y Robles. E. (2000). Demografía y problemas de salud. Unas reflexiones críticas sobre los conceptos de transición demográfica y sanitaria. *Política y Sociedad*. 35. 45. Ministerio de Salud - Dirección de Estadística e Información de Salud – Programa Nacional De Estadísticas de Salud. Anuario 2017. DEIS. Serie 5. Buenos Aires. Argentina. 2019. En <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/anuario-2017/>

Millman. R. B. y Botvin. G. J. (1992). «Substance use. abuse. and dependence». En M. Levine. N. B.

Ministerio de Salud de la Nación. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2015). Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. Buenos Aires. Argentina.

Ministerio de Salud de la Nación. Organización Panamericana de la Salud (2015). Indicadores Básicos. Argentina 2015. Buenos Aires. Argentina.

Muñoz-Rivas. M. J., Graña. J. L. y Cruzado. J. A. (2000). Factores de riesgo en drogodependencias: Consumo de drogas en adolescentes. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica. Legal y Forense.

Naciones Unidas (2018). La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe (LC/G.2681-P/Rev.3). Santiago.

Naciones Unidas (2020). Salud y bienestar: por qué es importante. En línea: https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/wp-content/uploads/sites/3/2016/10/3_Spanish_Why_it_Matters.pdf

Newcomb. M. D. y Bentler. P. M. (1998). «Impact of adolescent drug use and social support on problems of young adults: A longitudinal study». Journal of Abnormal Psychology. 97. 64-75.

Nowlis. H., & Nowlis. H. H. (1975). Drugs demystified: drug education. París. Unesco
Nun. José (2007): "Prólogo". en Susana Torrado (compiladora) Población y Bienestar en Argentina del Primero al Segundo Centenario. Una historia social del siglo XX. Tomo I. Editorial EDHASA. Buenos Aires. Págs. 9 a 14.

Observatorio Argentino de Drogas - OAD (2019). Mortalidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas. Argentina 2017. SEDRONAR. Presidencia de la Nación. Buenos Aires.

Observatorio Argentino de Drogas - OAD (2017). ESTUDIO NACIONAL Informe de Resultados N° 1 en población de 12 a 65 años. sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas Argentina 2017. SEDRONAR. Presidencia de la Nación. Buenos Aires.

Observatorio Argentino de Drogas - OAD (2017b). Mortalidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas. Argentina 2014. SEDRONAR. Presidencia de la Nación. Buenos Aires.

Observatorio Argentino de Drogas - OAD (2016). Manual de epidemiología. SEDRONAR. Presidencia de la Nación. Buenos Aires.

Observatorio Argentino de Drogas - OAD (2015). Sexta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza media 2014. Región Centro. Informe final de resultados. SEDRONAR. Presidencia de la Nación. Buenos Aires.

Observatorio Argentino de Drogas - OAD (2014). Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. Estudio Nacional en Población de. 12 a 65 años. SEDRONAR. Presidencia de la Nación. Buenos Aires.

Observatorio Argentino de Drogas - OAD (2013). Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia Quinto Estudio Nacional. Informe Final de Resultados Argentina 2012. SEDRONAR. Presidencia de la Nación. Buenos Aires.

Observatorio Argentino de Drogas - OAD (2012). La situación epidemiológica en Argentina al 2012. SEDRONAR. Presidencia de la Nación. Buenos Aires.

Observatorio Argentino de Drogas - OAD (2005). Imaginarios sociales y prácticas de consumo de alcohol en adolescentes de escuelas de nivel medio. SEDRONAR. Presidencia de la Nación. Buenos Aires.

OEA (2014). Protocolos para estimar la mortalidad directa e indirecta relacionada al consumo de drogas. Guatemala

Offord. D. R. y Kraemer. H. C. (2000). «Risk factors and prevention». EBMH Notebook. 3. 70-71.

Omram. A. R. (1983). The epidemiologic transition theory. A preliminary update. Journal of tropical pediatrics. 29(6). 305-16.

OMS (2020)- Documento de Referencia 3. Conceptos claves. Comisión sobre determinantes de la salud. En línea: https://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/es/

OMS (2019)- Comunicado de Prensa. En línea: <https://www.who.int/es/news/item/19-12-2019-who-launches-new-report-on-global-tobacco-use-trends>

OPS (2009). "Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: un enfoque de salud pública" Washington. D. C.

Ortiz Hernández, L; López Moreno, S; Borges, G. (2007). Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. Rio de Janeiro.

Pantoja Peschard. Julia (2010). Expectativas y su relación con el nivel de consumo de alcohol en una población de estudiantes de bachillerato. Universidades. (Julio-Septiembre).

Pantoja Vargas. L.. & Abeijón. J. A. (2004). Los medios de comunicación y el consumo de drogas. Bilbao: Universidad de Deusto. Instituto Deusto de Drogodependencias.

Páramo. María de los Ángeles. Leo. María Karen. Cortés. María José. Morresi. Gonzalo Martín (2015). Influencia del bienestar psicológico en la vulnerabilidad a conductas adictivas en adolescentes escolarizados de 15 a 18 años. Revista Argentina de Clínica Psicológica. XXIV.

Páramo. María de los Ángeles (2011) Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión Terapia Psicológica. vol. 29. núm. 1. julio. 2011. pp. 85-95 Sociedad Chilena de Psicología Clínica Santiago. Chile

Pedroso RT, Juhásová MB, Hamann EM. (2019) Evidence-based science in public policies for reinventing alcohol and drugs use prevention. Interface (Botucatu). 23: e170566 <https://doi.org/10.1590/Interface.170566>

Perez de los Cobos Peris. J. P.. Carrasco. A. E.. & Batlle. F. B. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas. Abuso de sustancias que no producen dependencias.

Pérez. Edgardo. Medrano. Leonardo Adrián. Sánchez Rosas. Javier (El Path Analysis: 2013). Conceptos básicos y ejemplos de aplicación. Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento [en línea]. 2013. 5(1). 52-66[fecha de Consulta 7 de Abril de 2021]. ISSN: Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333427385008>

PNUD (2018). Índices e indicadores de desarrollo humano. Actualización estadística de 2018. Nueva York.

Portero Lazcano. G. (2015). DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias:¿ son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense?. Cuadernos de medicina forense. 21(3-4). 96-104.

Ramírez Ruiz. Martha. de Andrade. Denise. La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil-Ecuador). Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2005. 13 (Septiembre-October)

Sautú. R (2018). La estructura de clase del area metropolitana de buenos aires. 2015-2016: esquema para categorizar ocupaciones. Serie: Cuadernos de Métodos y Técnicas de la investigación social ¿Cómo se hace? N° 4 Instituto de Investigaciones Gino Germani Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires Ciudad de Buenos Aires. Argentina

Schuckit. MA. Edenberg. HJ. Kalmijn. J.. Flury. L.. Smith. TL. Reich. T.. ... y Foroud. T. (2001). Una búsqueda en todo el genoma de genes que se relacionen con un bajo nivel de respuesta al alcohol. Alcoholismo: investigación clínica y experimental . 25 (3). 323-329.

Slapak. S.. & Grigoravicius. M. (2007). "CONSUMO DE DROGAS": LA CONSTRUCCIÓN DE UN PROBLEMA SOCIAL. Anuario de investigaciones. 14. 239-249.

Soler Insa. P A. (1981). "Clasificación de las drogas. Problemática e Historia". Capítulo en Freixa. F A.; Soler Insa y col. (eds): Toxicomanía un enfoque multidisciplinario. Barcelona. Fontanella.

Stahl. S. M. (2010). Psicofarmacología esencial de Stahl. Guía del prescriptor. 5. 185-189.

Tokatlian. J. G.. & Briscoe. I. (2010). Drogas ilícitas y nuevo paradigma: hacia un debate posprohibicionista. Tokatlian. Juan Gabriel.(Comp.). Drogas y Prohibición. Una vieja guerra un nuevo debate. 387-407.

Touzé, G. (Organizadora) (2006). Saberes y prácticas sobre drogas: el caso de la pasta base de cocaína. Editado por Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas, Buenos Aires

Torrado. Susana (2007): "Introducción". en Susana Torrado (compiladora) *Población y Bienestar en Argentina del Primero al Segundo Centenario. Una historia social del siglo XX*. Tomo I. Editorial EDHASA. Buenos Aires. Págs. 15 a 21.

Torrado. S. (1998) Familia y diferenciación social. Cuestiones de método. EUDEBA. Buenos Aires

Torrado. S. (1995) "Vivir apurado para morir joven (Reflexiones sobre la transferencia intergeneracional de la pobreza)" en Revista Sociedad N° 7. UBA. FCSOC. Buenos Aires

Torrado. S. (1990) Población y Desarrollo en la Argentina. En busca de la relación perdida. Comisión de Familia y Minoridad. Honorable Senado de la Nación. Buenos Aires.

Torrado. S. (1980) Sobre los conceptos de "estrategias familiares de vida y "proceso de reproducción de la fuerza de trabajo": Notas teórico-metodológicas. Trabajo presentado al taller sobre estrategias de supervivencia. organizado por el programa Pispá I . en el centro de estudios urbanos y regionales (ceur). buenos aires. 13-14 de marzo.

Torrado. S. (1976). "Clases sociales. familia y comportamiento demográfico: orientaciones metodológicas". PROELCE. Santiago de Chile. publicado en Demografía y Economía. vol. XII. No. 3. 1978. El Colegio de México. México.

Urquía. Marcelo Luis. Teorías dominantes y alternativas en epidemiología / Marcelo Luis Urquía ;compilado por Marcelo Luis Urquía. - 2a ed mejorada. - Remedios de Escalada: De la UNLa -2019.

Velázquez Guillermo (2016). Geografía y calidad de vida en la Argentina : análisis regional y departamental. 2010 / Guillermo Velázquez ; dirigido por Guillermo Velázquez. - 1a ed . - Tandil : Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. 2016.

Velázquez Guillermo (2014). Calidad de vida en Argentina: ranking del bienestar por departamentos: 2010 - Tandil : Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires.

Vidal Ledo. M.. Guinovart Díaz. R.. Baldoquín Rodríguez. W.. Valdivia Onega. N. C.. & Morales Lezca. W. (2020). Modelos matemáticos para el control epidemiológico. Educación Médica Superior. 34(2).

Villalbí JR, Serral G, Espelt A, Puigcorbé S, Bartroli M, Sureda X, Teixidó-Compañó E, Bosque-Prous M. (2020) Prevalencia de los episodios de consumo intensivo de alcohol entre estudiantes de secundaria y factores urbanos contextuales. Rev Esp Salud Pública.

Welti. Carlos (Editor) (1997): *Demografía I*. Programa Latinoamericano de Actividades en Población (PROLAP). México D.F.

World Health Organization -WHO- WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption. (2007). Documento recuperado en noviembre de 2014 de www.who.int/substance_abuse/expert_committee_/alcohol

World Health Organization -WHO- (1994). WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption. Documento recuperado en noviembre de 2020 de www.who.int/substance_abuse/expert_committee_alcohol/

Paginas consultadas

<https://www.paho.org/es>

<https://www.who.int/publications/es/>

www.elhistoriador.com.ar

9. Anexos

Construcción del índice de consumo de riesgo de sustancias:

Para la elaboración del índice se suman los porcentajes obtenidos por cada provincia en las tres variables seleccionadas. A fin de obtener un índice con valores inferiores a 100, la

variable consumo episódico excesivo de alcohol se divide por 10 en forma previa a realizar la sumatoria.

Tabla 22. Construcción del índice de consumo de riesgo de sustancias

Provincia	Prevalencia de año de alguna droga ilícita	Consumo episódico excesivo de alcohol (/10)	Consumo diario de tabaco	Índice de consumo de riesgo de sustancias
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	14,5	5,9	25,6	45,9
Buenos Aires	10,2	6,4	29,5	46,2
Catamarca	5,6	6,0	21,4	33,0
Córdoba	11,3	6,8	30,6	48,7
Corrientes	5,2	6,5	26,5	38,2
Chaco	5,4	7,0	25,9	38,3
Chubut	16,9	6,5	32,9	56,2
Entre Ríos	6,5	6,9	23,0	36,3
Formosa	3,8	7,1	21,9	32,7
Jujuy	12,9	7,2	14,7	34,9
La Pampa	6,9	6,0	37,4	50,3
La Rioja	6,7	6,6	27,9	41,3
Mendoza	7,6	6,6	30,1	44,3
Misiones	6,8	6,5	35,4	48,7
Neuquén	13,4	6,1	25,0	44,4
Río Negro	15,0	5,9	29,1	50,0
Salta	10,3	7,3	15,5	33,1
San Juan	5,5	6,7	32,7	44,9
San Luis	8,9	6,7	34,2	49,8

Santa Cruz	18,3	6,5	36,3	61,1
Santa Fe	8,6	6,7	28,1	43,4
Santiago del Estero	4,2	6,6	19,0	29,7
Tucumán	6,0	6,9	27,6	40,6
Tierra del Fuego	24,1	6,2	38,4	68,7

Fuente: Elaboración propia en base a OAD, 2014.

Cuestionario de la sexta encuesta para estudiantes de enseñanza media 2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas



SEXTA ENCUESTA PARA ESTUDIANTES DE ENSEÑANZA MEDIA

-2014 -

- Estamos realizando una encuesta a estudiantes de enseñanza media sobre cuestiones relacionadas con la salud.
- Tu colaboración será de gran utilidad para conocer el tema en profundidad.
- Tus respuestas son **absolutamente confidenciales y serán tratadas con total anonimato**, por lo que te pedimos responder con toda honestidad.

PARA SELECCIONAR CADA UNA DE LAS RESPUESTAS, POR FAVOR MARCÁ CON UNA CRUZ EL NÚMERO QUE CORRESPONDA

EMPEZÁ A COMPLETAR A PARTIR DE LA SEGUNDA PÁGINA, YA QUE LA PRIMERA DEBE SER LLENADA POR EL ENCUESTADOR.

DATOS A COMPLETAR POR EL ENCUESTADOR

- 01 PROVINCIA
- 02 COLEGIO
- 03 N° DEL CUESTIONARIO (a completar por el Coordinador Provincial)

- 04 TIPO DE COLEGIO
1. Público
2. Privado
3. Otro (especificar)

- 05 JORNADA DE ESTUDIO
1. Mañana
2. Tarde
3. Noche

- 06 AÑO DE CURSADA
1. 8 vo. Año de cursada
2. 10 mo. Año de cursada
3. 12 vo. Año de cursada

EMPEZÁ A COMPLETAR A PARTIR DE ACÁ, DE LA PREGUNTA 7

Primero unas preguntas sobre la vivienda en la que vivís

07 ¿En la vivienda en que vivís, tenés acceso a...			08 ¿Cuántas habitaciones tiene la vivienda en la que vivís? (sin contar baño y cocina)	09 ¿Cuántas personas viven en tu casa contando bebés y ancianos? (incluyéndote a vos)
A. Agua de red	1. SI <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>		
B. Cloacas	1. SI <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>		
C. Asfalto	1. SI <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>		

Ahora te preguntamos sobre vos

10 Marcá si sos varón o mujer:	11 ¿Cuántos años tenés?	12 Marcá las personas con las que vivís la mayor parte de la semana (Podés marcar más de una opción)
1. Varón <input type="checkbox"/>		1. Padre <input type="checkbox"/>
2. Mujer <input type="checkbox"/>		2. Madre <input type="checkbox"/>
13 Marcá las actividades que realizás habitualmente en la semana (podés marcar más de una opción)		3. Pareja de tu padre <input type="checkbox"/>
1. Estudiar teatro/ pintura/ taller literario u otra actividad artística <input type="checkbox"/>		4. Pareja de tu madre <input type="checkbox"/>
2. Ir al cine / teatro <input type="checkbox"/>		5. Amigo/a <input type="checkbox"/>
3. Juntarte con amigos en una casa <input type="checkbox"/>		6. Hermano/a <input type="checkbox"/>
4. Mirar televisión <input type="checkbox"/>		7. Pareja <input type="checkbox"/>
5. Ir a un cyber a jugar / chatear <input type="checkbox"/>		8. Otros familiares <input type="checkbox"/>
6. Limpiar / cuidar la casa <input type="checkbox"/>		9. Otros <input type="checkbox"/>
7. Cuidar a tus hermanos <input type="checkbox"/>		10. Vivís solo <input type="checkbox"/>
8. Trabajar <input type="checkbox"/>		14 ¿Dónde pasás la mayor parte del tiempo en el que no estás en la escuela? (Podés marcar más de una opción)
9. Actividades políticas <input type="checkbox"/>		1. En casa de amigos <input type="checkbox"/>
10. Actividades religiosas <input type="checkbox"/>		2. En la calle <input type="checkbox"/>
11. Juntarte con amigos en la calle <input type="checkbox"/>		3. En el club <input type="checkbox"/>
12. Jugar con la computadora/ Playstation, etc., en tu casa <input type="checkbox"/>		4. En un bar / boliche <input type="checkbox"/>
13. Jugar al fútbol <input type="checkbox"/>		5. En la Unidad Básica o comité <input type="checkbox"/>
14. Hacer otro deporte <input type="checkbox"/>		6. En la Iglesia o Templo <input type="checkbox"/>
15. Practicar natación <input type="checkbox"/>		7. En tu casa <input type="checkbox"/>
16. Andar en Rollers o bicicleta <input type="checkbox"/>		8. En otro lugar <input type="checkbox"/>
17. Ir al gimnasio <input type="checkbox"/>		Cuál?.....

15 ¿Cuántas veces tu mamá o tu papá no saben dónde estás cuando salís del colegio o durante los fines de semana?

1. Nunca o casi nunca saben dónde estoy	<input type="checkbox"/>
2. A veces no saben dónde estoy	<input type="checkbox"/>
3. Siempre o casi siempre saben dónde estoy	<input type="checkbox"/>

17 ¿Cuán atentos están tus padres o alguno de ellos respecto de lo que hacés en el colegio?

1. Mucho	<input type="checkbox"/>
2. Bastante	<input type="checkbox"/>
3. Poco	<input type="checkbox"/>
4. Nada	<input type="checkbox"/>

19 En una semana normal, ¿cuántos días se sientan a comer juntos, vos y alguno de tus padres, ya sea para desayunar, almorzar, merendar o cenar?

0. Ningún día	<input type="checkbox"/>
1. Un solo día	<input type="checkbox"/>
2. Dos días	<input type="checkbox"/>
3. Tres días	<input type="checkbox"/>
4. Cuatro días	<input type="checkbox"/>
5. Cinco días	<input type="checkbox"/>
6. Seis días	<input type="checkbox"/>
7. Todos los días	<input type="checkbox"/>

22 ¿Cómo reaccionarían tus padres si supieran que consumís marihuana? (Marcá una sola opción)

1. No se preocuparían	<input type="checkbox"/>
2. Harían como que no saben	<input type="checkbox"/>
3. Hablarían con vos para que no lo hagas más	<input type="checkbox"/>
4. Buscarían ayuda de un profesional (médico psicólogo, etc.)	<input type="checkbox"/>
5. Te castigarían	<input type="checkbox"/>
6. Otro (especificar)	

16 En general, ¿alguno de tus padres se fija o conoce los programas que ves en televisión?

1. Siempre se fijan	<input type="checkbox"/>
2. A veces se fijan	<input type="checkbox"/>
3. Nunca se fijan	<input type="checkbox"/>

18 ¿Tus padres se fijan a qué hora llegas a tu casa en la noche durante los fines de semana?

1. Sí	<input type="checkbox"/>
2. No	<input type="checkbox"/>

20 ¿Tus padres (o alguno de ellos) te preguntan o esperan que les digas a dónde vas cuando salís de tu casa en las tardes o los fines de semana?

1. Sí	<input type="checkbox"/>
2. No	<input type="checkbox"/>

21 ¿Tus padres (o alguno de ellos) conocen a tus amigos más cercanos?

1. Bastante	<input type="checkbox"/>
2. Más o menos	<input type="checkbox"/>
3. Poco	<input type="checkbox"/>
4. Nada	<input type="checkbox"/>

23 ¿Cómo reaccionarían tus padres si supieran que consumís alguna otra droga como cocaína, éxtasis, pasta base/paco, etc.? (Marcá 1 sola opción)

1. No se preocuparían	<input type="checkbox"/>
2. Harían como que no saben	<input type="checkbox"/>
3. Hablarían con vos para que no lo hagas más	<input type="checkbox"/>
4. Buscarían ayuda de un profesional (médico psicólogo, etc.)	<input type="checkbox"/>
5. Te castigarían	<input type="checkbox"/>
6. Otro (especificar)	

24	¿Trabajás además de estudiar?
1. Sí	<input type="checkbox"/>
2. No	<input type="checkbox"/>

25	¿Pensás que vas a terminar el secundario?
1. Es muy probable	<input type="checkbox"/>
2. Es algo probable	<input type="checkbox"/>
3. Es poco probable	<input type="checkbox"/>
4. Es imposible	<input type="checkbox"/>
9. No sé	<input type="checkbox"/>

26	¿Pensás que vas a ir a la Universidad?
1. Es muy probable	<input type="checkbox"/>
2. Es algo probable	<input type="checkbox"/>
3. Es poco probable	<input type="checkbox"/>
4. Es imposible	<input type="checkbox"/>
9. No sé	<input type="checkbox"/>

27	¿Cuántas veces repetiste de año durante tus estudios?
0. Ninguna	<input type="checkbox"/>
1. Una vez	<input type="checkbox"/>
2. Dos o más	<input type="checkbox"/>

28	¿Cuán exigente académicamente es tu colegio?
1. Mucho	<input type="checkbox"/>
2. Bastante	<input type="checkbox"/>
3. Algo	<input type="checkbox"/>
4. Poco	<input type="checkbox"/>
5. Nada	<input type="checkbox"/>

29	¿Cuán estricto en cuanto a la disciplina es tu colegio?
1. Mucho	<input type="checkbox"/>
2. Bastante	<input type="checkbox"/>
3. Algo	<input type="checkbox"/>
4. Poco	<input type="checkbox"/>
5. Nada	<input type="checkbox"/>

30	¿Tuviste problemas de comportamiento o disciplina en la escuela?
1. Frecuentemente	<input type="checkbox"/>
2. Pocas veces	<input type="checkbox"/>
3. Nunca	<input type="checkbox"/>

31	¿Durante este año faltaste con frecuencia al colegio, cualquiera sea el motivo?
1. Sí	<input type="checkbox"/>
2. No	<input type="checkbox"/>

32	¿Cómo es tu relación con tus amigos más cercanos?				
1. Buena	<input type="checkbox"/>	2. Regular	<input type="checkbox"/>	3. Mala	<input type="checkbox"/>

33	¿Qué pensás que harían la mayoría de tus amigos más cercanos si supieran que fumás marihuana (marcá una sola opción)?
1. Te dirían que no lo hicieras	<input type="checkbox"/>
2. No te dirían nada	<input type="checkbox"/>
3. Te alentarían para que lo hicieras	<input type="checkbox"/>
4. No sabés lo que harían o te dirían	<input type="checkbox"/>

34	¿Qué pensás que harían tus amigos más cercanos si supieran que probaste una droga distinta de la marihuana, como cocaína, pasta base, éxtasis, ácidos o cosas parecidas? (marcá una sola opción)
1. Te dirían que no lo hicieras	<input type="checkbox"/>
2. No te dirían nada	<input type="checkbox"/>
3. Te alentarían para que lo hicieras	<input type="checkbox"/>
4. No sabés lo que harían o te dirían	<input type="checkbox"/>

35 ¿Pensás que la gente consume droga como marihuana, cocaína, pasta base, éxtasis, etc., preferentemente porque...? (marcá una sola opción)

1. No está informado sobre los daños que producen	<input type="checkbox"/>
2. Tiene problemas personales	<input type="checkbox"/>
3. Le gusta, le divierte, le da placer	<input type="checkbox"/>
4. Está informada pero no le importa nada	<input type="checkbox"/>
5. Porque la mayoría de sus amigos consume	<input type="checkbox"/>
6. Para probar nuevas experiencias	<input type="checkbox"/>
7. Otro (especificar).....	
9. No sé	<input type="checkbox"/>

36 ¿Pensás que la gente consume alcohol en exceso, preferentemente porque...? (marcá una sola opción)

1. No está informado sobre los daños que producen	<input type="checkbox"/>
2. Tiene problemas personales	<input type="checkbox"/>
3. Le gusta, le divierte, le da placer	<input type="checkbox"/>
4. Está informada pero no le importa nada	<input type="checkbox"/>
5. Porque la mayoría de sus amigos consume	<input type="checkbox"/>
6. Otro (especificar)	
9. No sé	<input type="checkbox"/>

37 ¿Cómo pensás que serán las condiciones socioeconómicas de tu familia en el futuro?

1. Buenas	<input type="checkbox"/>
2. Regulares	<input type="checkbox"/>
3. Malas	<input type="checkbox"/>
9. No sé	<input type="checkbox"/>

38 ¿Cómo pensás que serán las condiciones socioeconómicas de tu barrio en el futuro?

1. Buenas	<input type="checkbox"/>
2. Regulares	<input type="checkbox"/>
3. Malas	<input type="checkbox"/>
9. No sé	<input type="checkbox"/>

39 ¿Cómo pensás que serán tus posibilidades de realizar un proyecto de pareja y/o familia en el futuro?

1. Buenas	<input type="checkbox"/>
2. Regulares	<input type="checkbox"/>
3. Malas	<input type="checkbox"/>
9. No sé	<input type="checkbox"/>

40 ¿Cómo pensás que serán tus posibilidades de realizar un proyecto profesional o de trabajo en el futuro?

1. Buenas	<input type="checkbox"/>
2. Regulares	<input type="checkbox"/>
3. Malas	<input type="checkbox"/>
9. No sé	<input type="checkbox"/>

41 ¿Cuál crees que es el riesgo que corre una persona que...?

A - Fuma cigarrillos algunas veces	1. Ninguno <input type="checkbox"/>	2. Leve o Moderado <input type="checkbox"/>	3. Grande <input type="checkbox"/>	9. No sé <input type="checkbox"/>
B - Fuma cigarrillos frecuentemente	1. Ninguno <input type="checkbox"/>	2. Leve o Moderado <input type="checkbox"/>	3. Grande <input type="checkbox"/>	9. No sé <input type="checkbox"/>
C- Toma bebidas alcohólicas algunas veces	1. Ninguno <input type="checkbox"/>	2. Leve o Moderado <input type="checkbox"/>	3. Grande <input type="checkbox"/>	9. No sé <input type="checkbox"/>
D – Toma bebidas alcohólicas frecuentemente	1. Ninguno <input type="checkbox"/>	2. Leve o Moderado <input type="checkbox"/>	3. Grande <input type="checkbox"/>	9. No sé <input type="checkbox"/>
E – Toma tranquilizantes como rivotril, alplax, lexotani, valium, etc. sin seguimiento médico	1. Ninguno <input type="checkbox"/>	2. Leve o Moderado <input type="checkbox"/>	3. Grande <input type="checkbox"/>	9. No sé <input type="checkbox"/>
F – Toma estimulantes como anfetaminas, ritalín, cidrin, etc. sin seguimiento médico	1. Ninguno <input type="checkbox"/>	2. Leve o Moderado <input type="checkbox"/>	3. Grande <input type="checkbox"/>	9. No sé <input type="checkbox"/>
G – Aspira solventes o inhalables algunas veces	1. Ninguno <input type="checkbox"/>	2. Leve o Moderado <input type="checkbox"/>	3. Grande <input type="checkbox"/>	9. No sé <input type="checkbox"/>
H – Fuma marihuana algunas veces	1. Ninguno <input type="checkbox"/>	2. Leve o Moderado <input type="checkbox"/>	3. Grande <input type="checkbox"/>	9. No sé <input type="checkbox"/>
I – Consume cocaína algunas veces	1. Ninguno <input type="checkbox"/>	2. Leve o Moderado <input type="checkbox"/>	3. Grande <input type="checkbox"/>	9. No sé <input type="checkbox"/>
J – Consume pasta base o paco algunas veces	1. Ninguno <input type="checkbox"/>	2. Leve o Moderado <input type="checkbox"/>	3. Grande <input type="checkbox"/>	9. No sé <input type="checkbox"/>
K – Consume éxtasis algunas veces	1. Ninguno <input type="checkbox"/>	2. Leve o Moderado <input type="checkbox"/>	3. Grande <input type="checkbox"/>	9. No sé <input type="checkbox"/>

<p>42 ¿Fumaste cigarrillos alguna vez en tu vida?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/> (seguí en pregunta 43)</p> <p>2. No <input type="checkbox"/> (pasá a pregunta 49)</p>	<p>43 ¿Qué edad tenías cuando fumaste cigarrillos por primera vez?</p> <p>.....años</p>	<p>44 ¿Cuándo fue la primera vez que fumaste cigarrillos?</p> <p>1. Hace menos de un año <input type="checkbox"/></p> <p>2. Hace más de un año <input type="checkbox"/></p>																		
<p>45 ¿Fumaste cigarrillos alguna vez en los últimos 12 meses?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/> (seguí en pregunta 46)</p> <p>2. No <input type="checkbox"/> (pasá a pregunta 49)</p>	<p>47 ¿Cuántos días fumaste en los últimos 30 días?</p> <p>.....días</p>	<p>46 ¿Fumaste cigarrillos alguna vez en los últimos 30 días?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/> (seguí en pregunta 47)</p> <p>2. No <input type="checkbox"/> (pasá a pregunta 49)</p>																		
<p>49 ¿Consumiste bebidas alcohólicas alguna vez en tu vida?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/> (seguí en pregunta 50)</p> <p>2. No <input type="checkbox"/> (pasá a pregunta 62)</p>	<p>51 ¿Cuándo fue la primera vez que consumiste bebidas alcohólicas ?</p> <p>1. Hace menos de un año <input type="checkbox"/></p> <p>2. Hace más de un año <input type="checkbox"/></p>	<p>48 Aproximadamente, ¿Cuántos cigarrillos fumaste por día en los últimos 30 días ?</p> <p>..... cigarrillos</p>																		
<p>50 ¿Qué edad tenías cuando cuando consumiste bebidas alcohólicas por primera vez?</p> <p>.....años</p>	<p>52 ¿Consumiste bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/> (seguí en pregunta 53)</p> <p>2. No <input type="checkbox"/> (pasá a pregunta 62)</p>																			
<p>53 Pensá en los últimos 12 meses..</p> <table border="1"> <tr> <td>A - ¿Alguna vez viajaste en un auto conducido por una persona (o vos mismo) que había consumido alcohol?</td> <td>1.Sí <input type="checkbox"/></td> <td>2.No <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>B - ¿Alguna vez amigos o familiares te sugirieron o mencionaron que disminuyas el consumo de alcohol?</td> <td>1.Sí <input type="checkbox"/></td> <td>2.No <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>C - ¿Alguna vez consumiste alcohol para relajarte, sentirte mejor con vos mismo o para integrarte a un grupo ?</td> <td>1.Sí <input type="checkbox"/></td> <td>2.No <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>D - ¿Alguna vez te metiste en problemas al consumir alcohol?</td> <td>1.Sí <input type="checkbox"/></td> <td>2.No <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>E - ¿Alguna vez te olvidaste lo que hiciste al consumir alcohol?</td> <td>1.Sí <input type="checkbox"/></td> <td>2.No <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>F - ¿Alguna vez consumiste alcohol estando solo?</td> <td>1.Sí <input type="checkbox"/></td> <td>2.No <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			A - ¿Alguna vez viajaste en un auto conducido por una persona (o vos mismo) que había consumido alcohol?	1.Sí <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>	B - ¿Alguna vez amigos o familiares te sugirieron o mencionaron que disminuyas el consumo de alcohol?	1.Sí <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>	C - ¿Alguna vez consumiste alcohol para relajarte, sentirte mejor con vos mismo o para integrarte a un grupo ?	1.Sí <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>	D - ¿Alguna vez te metiste en problemas al consumir alcohol?	1.Sí <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>	E - ¿Alguna vez te olvidaste lo que hiciste al consumir alcohol?	1.Sí <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>	F - ¿Alguna vez consumiste alcohol estando solo?	1.Sí <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>
A - ¿Alguna vez viajaste en un auto conducido por una persona (o vos mismo) que había consumido alcohol?	1.Sí <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>																		
B - ¿Alguna vez amigos o familiares te sugirieron o mencionaron que disminuyas el consumo de alcohol?	1.Sí <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>																		
C - ¿Alguna vez consumiste alcohol para relajarte, sentirte mejor con vos mismo o para integrarte a un grupo ?	1.Sí <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>																		
D - ¿Alguna vez te metiste en problemas al consumir alcohol?	1.Sí <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>																		
E - ¿Alguna vez te olvidaste lo que hiciste al consumir alcohol?	1.Sí <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>																		
F - ¿Alguna vez consumiste alcohol estando solo?	1.Sí <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>																		
<p>54 ¿Consumiste bebidas alcohólicas en los últimos 30 días?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/> (seguí en pregunta 55)</p> <p>2. No <input type="checkbox"/> (pasá a pregunta 62)</p>	<p>55 ¿Cuántos días tomaste bebidas alcohólicas en los últimos 30 días?</p> <p>.....días</p>	<p>56 ¿Cuántos días tomaste más de la cuenta y te emborrachaste en los últimos 30 días ?</p> <p>..... días</p>																		

57 En los últimos 30 días, ¿consumiste las siguientes bebidas? ¿con qué frecuencia?				
A – Cerveza	1. Diariamente <input type="checkbox"/>	2. Fines de semana <input type="checkbox"/>	3. Algunos días de la semana <input type="checkbox"/>	4. No consumí esta bebida <input type="checkbox"/>
B – Vino	1. Diariamente <input type="checkbox"/>	2. Fines de semana <input type="checkbox"/>	3. Algunos días de la semana <input type="checkbox"/>	4. No consumí esta bebida <input type="checkbox"/>
C – Bebidas fuertes o tragos combinados (whisky, vodka, ron, fernet u otros)	1. Diariamente <input type="checkbox"/>	2. Fines de semana <input type="checkbox"/>	3. Algunos días de la semana <input type="checkbox"/>	4. No consumí esta bebida <input type="checkbox"/>

58 Y de las bebidas que consumiste en los últimos 30 días, ¿qué cantidad tomaste aproximadamente en cada ocasión? (marcá una opción por cada bebida que anotaste haber tomado en la pregunta 57)		
A – Cerveza	B – Vino	C – Bebidas fuertes o tragos combinados (whisky, vodka, ron, fernet u otros)
Una Latita (= 1 Trago) 1. <input type="checkbox"/>	Una Copa (= 1 Trago) 1. <input type="checkbox"/>	Una Medida (= 1 Trago) 1. <input type="checkbox"/>
3/4 de litro (= 2,3 Tragos) 2. <input type="checkbox"/>	1/2 Litro (= 3 Tragos) 2. <input type="checkbox"/>	Tres Medidas (= 3 Tragos) 2. <input type="checkbox"/>
1 litro o más (= 3 Tragos o más) 3. <input type="checkbox"/>	3/4 Litro (4.5 Tragos) 3. <input type="checkbox"/>	1/4 Litro (= 6 Tragos) 3. <input type="checkbox"/>
	Un Litro o más (= 6 Tragos o más) 4. <input type="checkbox"/>	1/2 Litro (= 12 Tragos) 4. <input type="checkbox"/>
		Un Litro o más (= 24 Tragos o más) 5. <input type="checkbox"/>

59 ¿Te ha pasado que si dejás de tomar unos días sentís un malestar físico o ansiedad, que te llevan a tomar nuevamente?	
1. Sí <input type="checkbox"/>	
2. No <input type="checkbox"/>	

60 En las últimas 2 semanas ¿Cuántas veces consumiste 5 tragos o más en la misma salida? (Para contar la cantidad de tragos tené en cuenta las referencias de la pregunta 58)	
1. Ninguna vez <input type="checkbox"/> (pasá a pregunta 62)	
2. Sólo una vez <input type="checkbox"/> (pasá a pregunta 61)	
3. Entre dos y tres veces <input type="checkbox"/> (pasá a pregunta 61)	
4. Entre cuatro y cinco veces <input type="checkbox"/> (pasá a pregunta 61)	
5. Más de cinco veces <input type="checkbox"/> (pasá a pregunta 61)	

61 ¿Y en qué lugar tomaste 5 tragos o más en la misma salida la última vez? (marcá una sola opción)	
1. En tu casa <input type="checkbox"/>	
2. En el boliche <input type="checkbox"/>	
3. En la calle (plaza, quiosco, esquina) <input type="checkbox"/>	
4. En la casa de alguno de tus amigos <input type="checkbox"/>	
5. En un bar (McDonalds, estación de servicio, etc.) <input type="checkbox"/>	
6. En una fiesta <input type="checkbox"/>	
7. En la escuela <input type="checkbox"/>	
8. En la cancha o un recital <input type="checkbox"/>	
9. En el club o lugar donde hacés deportes <input type="checkbox"/>	
10. Otro lugar <input type="checkbox"/>	
¿Cuál?	

62 ¿Cuántos de tus amigos toman alcohol regularmente (todos los fines de semana o más)?	
1. Ninguno <input type="checkbox"/>	
2. Menos de la mitad <input type="checkbox"/>	
3. La mitad <input type="checkbox"/>	
4. Todos o casi todos <input type="checkbox"/>	
9. No sé <input type="checkbox"/>	

63 ¿Consumiste tranquilizantes alguna vez en tu vida?
(medicamentos o pastillas tranquilizantes como diazepam, valium o clonazepan, que son usados para calmar los nervios, poder dormir, etc.)

1. Sí (seguí en pregunta 64)

2. No (pasá a pregunta 72)

64 ¿Qué edad tenías cuando consumiste tranquilizantes por primera vez?

.....años

65 ¿Te los recetó o indicó un médico, o los tomaste por tu cuenta?

1. Los tomé por mi cuenta (seguí en pregunta 66)

2. Primero me los recetaron y luego los tomé por mi cuenta (seguí en pregunta 66)

3. Los tomé por receta o indicación médica (pasá a pregunta 72)

66 ¿Cómo obtuviste los tranquilizantes que consumiste por tu cuenta? (Marcá una sola opción)

1. De mi casa

2. De la farmacia

3. En la calle (plaza, quiosco, esquina)

4. Me lo dio un amigo

5. Me lo dio un familiar

6. Otra forma

¿Cuál?

67 ¿Cuándo fue la primera vez que consumiste pastillas tranquilizantes?

1. Hace menos de un año

2. Hace más de un año

68 ¿Consumiste tranquilizantes alguna vez en los últimos 12 meses?

1. Sí (seguí en pregunta 69)

2. No (pasá a pregunta 72)

69 ¿Consumiste tranquilizantes en los últimos 30 días?

1. Sí (seguí en pregunta 70)

2. No (pasá a pregunta 72)

70 ¿Cuántos días consumiste tranquilizantes en los últimos 30 días?

.....días

71 ¿En los últimos 30 días, ¿consumiste pastillas de tranquilizantes en forma combinada con alcohol?

1. Sí

2. No

72 ¿Consumiste estimulantes alguna vez en tu vida?
(medicamentos o pastillas estimulantes preparados con anfetaminas como ritalin, cidrin u otros que son usados para disminuir el apetito o mantenerse despierto)

1. Sí (seguí en pregunta 73)

2. No (pasá a pregunta 80)

73 ¿Qué edad tenías cuando consumiste estimulantes por primera vez?

.....años

74 ¿Te los recetó o indicó un médico, o los tomaste por tu cuenta?

1. Los tomé por mi cuenta (seguí en pregunta 75)

2. Primero me los recetaron y luego los tomé por mi cuenta (seguí en pregunta 75)

3. Los tomé por receta o indicación médica (pasá a pregunta 80)

75 ¿Cómo obtuviste los estimulantes que consumiste por tu cuenta? (Marcá una sola opción)

1. De mi casa	<input type="checkbox"/>
2. De la farmacia	<input type="checkbox"/>
3. En la calle (plaza, quiosco, esquina)	<input type="checkbox"/>
4. Me lo dio un amigo	<input type="checkbox"/>
5. Me lo dio un familiar	<input type="checkbox"/>
6. Otra forma	<input type="checkbox"/>
¿Cuál?	

76 ¿Cuándo fue la primera vez que consumiste estimulantes?

1. Hace menos de un año	<input type="checkbox"/>
2. Hace más de un año	<input type="checkbox"/>

77 ¿Consumiste estimulantes alguna vez en los últimos 12 meses?

1. Sí	<input type="checkbox"/>	(seguí en pregunta 78)
2. No	<input type="checkbox"/>	(pasá a pregunta 80)

78 ¿Consumiste estimulantes en los últimos 30 días?

1. Sí	<input type="checkbox"/>	(seguí en pregunta 79)
2. No	<input type="checkbox"/>	(pasá a pregunta 80)

79 ¿Cuántos días consumiste estimulantes en los últimos 30 días?

.....días

80 ¿Te sería fácil conseguir alguna de las siguientes drogas ?

	1. Me sería fácil <input type="checkbox"/>	2. Me sería difícil <input type="checkbox"/>	3. No podría conseguir <input type="checkbox"/>	4. No sé <input type="checkbox"/>
A - Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B - Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C - Pasta base o paco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D - Inhalables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E - Éxtasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F - Tranquilizantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G - Anfetaminas / metanfetaminas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

81 Si te ofrecieron algunas de las siguientes drogas ¿En qué lugar te la ofrecieron la última vez? (marcá una sola opción por columna)

A - MARIHUANA	B - COCAÍNA	C - PASTA BASE / PACO	D - INHALABLES
1. En mi casa <input type="checkbox"/>	1. En mi casa <input type="checkbox"/>	1. En mi casa <input type="checkbox"/>	1. En mi casa <input type="checkbox"/>
2. En mi colegio <input type="checkbox"/>	2. En mi colegio <input type="checkbox"/>	2. En mi colegio <input type="checkbox"/>	2. En mi colegio <input type="checkbox"/>
3. En los alrededores de mi colegio <input type="checkbox"/>	3. En los alrededores de mi colegio <input type="checkbox"/>	3. En los alrededores de mi colegio <input type="checkbox"/>	3. En los alrededores de mi colegio <input type="checkbox"/>
4. En una fiesta o <input type="checkbox"/>	4. En una fiesta o recitales <input type="checkbox"/>	4. En una fiesta o <input type="checkbox"/>	4. En una fiesta o <input type="checkbox"/>
5. En los alrededores de mi casa <input type="checkbox"/>	5. En los alrededores de mi casa <input type="checkbox"/>	5. En los alrededores de mi casa <input type="checkbox"/>	5. En los alrededores de mi casa <input type="checkbox"/>
6. Por internet, mail o chat <input type="checkbox"/>	6. Por internet, mail o chat <input type="checkbox"/>	6. Por internet, mail o chat <input type="checkbox"/>	6. Por internet, mail o chat <input type="checkbox"/>
7. Otro lugar <input type="checkbox"/>	7. Otro lugar <input type="checkbox"/>	7. Otro lugar <input type="checkbox"/>	7. Otro lugar <input type="checkbox"/>
8. Nunca me han ofrecido <input type="checkbox"/>	8. Nunca me han ofrecido <input type="checkbox"/>	8. Nunca me han ofrecido <input type="checkbox"/>	8. Nunca me han ofrecido <input type="checkbox"/>

82 ¿Alguna vez sentiste curiosidad por probar alguna droga ilícita?

1. Sí	<input type="checkbox"/>
2. No	<input type="checkbox"/>
3. Ya probé	<input type="checkbox"/>

83 Si tuvieras la ocasión ¿probarías alguna droga ilícita?

1. Sí	<input type="checkbox"/>
2. No	<input type="checkbox"/>
3. Ya probé	<input type="checkbox"/>

84 ¿Cuántos de tus amigos consumen regularmente las siguientes drogas?

A - MARIHUANA	1. Ninguno <input type="checkbox"/>	2. Alguno <input type="checkbox"/>	3. Todos o casi todos <input type="checkbox"/>	4. No sé <input type="checkbox"/>
B - COCAÍNA	1. Ninguno <input type="checkbox"/>	2. Alguno <input type="checkbox"/>	3. Todos o casi todos <input type="checkbox"/>	4. No sé <input type="checkbox"/>
C - PASTA BASE O PACO	1. Ninguno <input type="checkbox"/>	2. Alguno <input type="checkbox"/>	3. Todos o casi todos <input type="checkbox"/>	4. No sé <input type="checkbox"/>
D - INHALABLES	1. Ninguno <input type="checkbox"/>	2. Alguno <input type="checkbox"/>	3. Todos o casi todos <input type="checkbox"/>	4. No sé <input type="checkbox"/>
E - ÉXTASIS	1. Ninguno <input type="checkbox"/>	2. Alguno <input type="checkbox"/>	3. Todos o casi todos <input type="checkbox"/>	4. No sé <input type="checkbox"/>
F - TRANQUILIZANTES	1. Ninguno <input type="checkbox"/>	2. Alguno <input type="checkbox"/>	3. Todos o casi todos <input type="checkbox"/>	4. No sé <input type="checkbox"/>
G - ANFETAMINAS / METANFETAMINAS	1. Ninguno <input type="checkbox"/>	2. Alguno <input type="checkbox"/>	3. Todos o casi todos <input type="checkbox"/>	4. No sé <input type="checkbox"/>

85 Hasta donde vos sabés ¿alguno de tus hermanos o alguna otra persona que viva en tu casa consume actualmente alguna droga ilícita?

1. Sí	<input type="checkbox"/>
2. No	<input type="checkbox"/>
9. No sé	<input type="checkbox"/>

86 ¿Consumiste alguna de estas sustancias alguna vez en tu vida? (por favor marca Sí o No para cada una de las sustancias)	86.1 Si consumiste ¿a qué edad probaste por primera vez?		
A – Inhalantes, como solventes y otros (poxiran, desodorantes.)	1.Sí <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>años
B – Popper	1.Sí <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>años
C – Marihuana	1.Sí <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>años
D – Pasta base o paco	1.Sí <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>años
E – Cocaína	1.Sí <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>años
F – Éxtasis	1.Sí <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>años
G – Alucinógenos (PCP, LSD, etc.)	1.Sí <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>años
H – Relevón	1.Sí <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>años
I – Crack	1.Sí <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>años
J – Morfina	1.Sí <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>años
K - Ketamina	1.Sí <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>años
L – Anfetaminas / metanfetaminas	1.Sí <input type="checkbox"/>	2.No <input type="checkbox"/>años
M – Otras, cuáles?años

87 ¿Cuándo fue la primera vez que aspiraste alguna sustancia inhalable?

1. Nunca aspiré una sustancia inhalable (pasá a pregunta 92)

2. Hace menos de un año (seguí en pregunta 88)

3. Hace más de un año (seguí en pregunta 88)

88 ¿Aspiraste alguna sustancia inhalable en los últimos 12 meses?

1. Sí (seguí en pregunta 89)

2. No (pasá a pregunta 92)

89 ¿Con qué frecuencia aspiraste inhalables?

1. Una sola vez

2. Algunas veces durante los últimos 12 meses

3. Algunas veces mensualmente

4. Algunas veces semanalmente

5. Diariamente

90 ¿Aspiraste alguna sustancia inhalable en los últimos 30 días?

1. Sí (seguí en pregunta 91)

2. No (pasá a pregunta 92)

91 ¿Cuántos días aspiraste alguna sustancia inhalable en los últimos 30 días?

.....días

92 ¿Cuándo fue la primera vez que fumaste marihuana?

1. Nunca fumé marihuana (pasá a pregunta 98)

2. Hace menos de un año (seguí en pregunta 93)

3. Hace más de un año (seguí en pregunta 93)

93 ¿Consumiste marihuana en los últimos 12 meses

1. Sí (seguí en pregunta 94)

2. No (pasá a pregunta 98)

94 ¿Con qué frecuencia consumiste marihuana?

1. Una sola vez

2. Algunas veces durante los últimos 12 meses

3. Algunas veces mensualmente

4. Algunas veces semanalmente

5. Diariamente

95 Pensá en los últimos 12 meses

A - ¿Fumaste marihuana antes del mediodía?	1. Nunca <input type="checkbox"/>	2. Rara vez <input type="checkbox"/>	3. De vez en cuando <input type="checkbox"/>	4. A menudo <input type="checkbox"/>	5. Muy a menudo <input type="checkbox"/>
B - ¿Fumaste marihuana estando solo / a?	1. Nunca <input type="checkbox"/>	2. Rara vez <input type="checkbox"/>	3. De vez en cuando <input type="checkbox"/>	4. A menudo <input type="checkbox"/>	5. Muy a menudo <input type="checkbox"/>
C - ¿Tuviste problemas de memoria al fumar marihuana?	1. Nunca <input type="checkbox"/>	2. Rara vez <input type="checkbox"/>	3. De vez en cuando <input type="checkbox"/>	4. A menudo <input type="checkbox"/>	5. Muy a menudo <input type="checkbox"/>
D - ¿Te dijeron amigos o alguien de la familia que deberías reducir el consumo de marihuana?	1. Nunca <input type="checkbox"/>	2. Rara vez <input type="checkbox"/>	3. De vez en cuando <input type="checkbox"/>	4. A menudo <input type="checkbox"/>	5. Muy a menudo <input type="checkbox"/>
E - ¿Intentaste reducir el consumo de marihuana sin conseguirlo?	1. Nunca <input type="checkbox"/>	2. Rara vez <input type="checkbox"/>	3. De vez en cuando <input type="checkbox"/>	4. A menudo <input type="checkbox"/>	5. Muy a menudo <input type="checkbox"/>
F - ¿Tuviste problemas debido a tu consumo de marihuana?	1. Nunca <input type="checkbox"/>	2. Rara vez <input type="checkbox"/>	3. De vez en cuando <input type="checkbox"/>	4. A menudo <input type="checkbox"/>	5. Muy a menudo <input type="checkbox"/>

96 ¿Consumiste marihuana en los últimos 30 días?

1. Sí (seguí en pregunta 97)

2. No (pasá a pregunta 98)

97 ¿Cuántos días consumiste marihuana en los últimos 30 días?

.....días

98 ¿Cuándo fue la primera vez que consumiste cocaína?

1. Nunca consumí cocaína (pasá a pregunta 103)

2. Hace menos de un año (seguí en pregunta 99)

3. Hace más de un año (seguí en pregunta 99)

99 ¿Consumiste cocaína en los últimos 12 meses?

1. Sí (seguí en pregunta 100)

2. No (pasá a pregunta 103)

100 ¿Con qué frecuencia consumiste cocaína?

1. Una sola vez

2. Algunas veces durante los últimos 12 meses

3. Algunas veces mensualmente

4. Algunas veces semanalmente

5. Diariamente

101 ¿Consumiste cocaína en los últimos 30 días?

1. Sí (seguí en pregunta 102)

2. No (pasá a pregunta 103)

102 ¿Cuántos días consumiste cocaína en los últimos 30 días?

.....días

103 ¿Cuándo fue la primera vez que consumiste pasta base / paco?

1. Nunca consumí pasta base / paco (pasá a pregunta 108)

2. Hace menos de un año (seguí en pregunta 104)

3. Hace más de un año (seguí en pregunta 104)

104 ¿Consumiste pasta base / paco en los últimos 12 meses?

1. Sí (seguí en pregunta 105)

2. No (pasá a pregunta 108)

105 ¿Con qué frecuencia consumiste pasta base / paco?

1. Una sola vez

2. Algunas veces durante los últimos 12 meses

3. Algunas veces mensualmente

4. Algunas veces semanalmente

5. Diariamente

106 ¿Consumiste pasta base / paco en los últimos 30 días?

1. Sí (seguí en pregunta 107)

2. No (pasá a pregunta 108)

107 ¿Cuántos días consumiste pasta base / paco en los últimos 30 días?

.....días

108 ¿Cuándo fue la primera vez que consumiste éxtasis?

1. Nunca consumí éxtasis	<input type="checkbox"/>	(pasá a pregunta 115)
2. Hace menos de un año	<input type="checkbox"/>	(seguí en pregunta 109)
3. Hace más de un año	<input type="checkbox"/>	(seguí en pregunta 109)

109 ¿Consumiste éxtasis en los últimos 12 meses?

1. Sí	<input type="checkbox"/>	(seguí en pregunta 110)
2. No	<input type="checkbox"/>	(pasá a pregunta 115)

110 ¿Con qué frecuencia consumiste éxtasis?

1. Una sola vez	<input type="checkbox"/>
2. Algunas veces durante los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>
3. Algunas veces mensualmente	<input type="checkbox"/>
4. Algunas veces semanalmente	<input type="checkbox"/>
5. Diariamente	<input type="checkbox"/>

111 ¿Consumiste éxtasis en los últimos 30 días?

1. Sí	<input type="checkbox"/>	(seguí en pregunta 112)
2. No	<input type="checkbox"/>	(pasá a pregunta 115)

112 ¿Cuántos días consumiste éxtasis en los últimos 30 días?

.....días

113 ¿Cuántas pastillas llegaste a consumir en un día?

.....pastillas

114 ¿En los últimos 30 días consumiste éxtasis combinado con alcohol?

1. Sí	<input type="checkbox"/>
2. No	<input type="checkbox"/>

115 ¿Tomaste alguna vez bebidas energizantes como red bull, speed, etc ?

1. Sí	<input type="checkbox"/>	(pasá a pregunta 116)
2. No	<input type="checkbox"/>	(seguí en pregunta 119)

116 ¿Tomaste bebidas energizantes en los últimos 12 meses?

1. Sí	<input type="checkbox"/>	(seguí en pregunta 117)
2. No	<input type="checkbox"/>	(pasá a pregunta 119)

117 ¿Tomaste bebidas energizantes en los últimos 30 días?

1. Sí	<input type="checkbox"/>	(seguí en pregunta 118)
2. No	<input type="checkbox"/>	(pasá a pregunta 119)

118 ¿En los últimos 30 días tomaste bebidas energizantes combinadas con alcohol?

1. Sí	<input type="checkbox"/>
2. No	<input type="checkbox"/>

119 Si consumiste en el último año alguna droga como marihuana, cocaína, pasta base, éxtasis u otras, ¿en qué lugar lo hiciste la última vez? (marcá una sola opción)

1. En tu casa	<input type="checkbox"/>	7. En la escuela	<input type="checkbox"/>
2. En el boliche	<input type="checkbox"/>	8. En la cancha o un recital	<input type="checkbox"/>
3. En la calle (plaza, quiosco, esquina)	<input type="checkbox"/>	9. En el club o lugar donde hacés deportes	<input type="checkbox"/>
4. En la casa de alguno de tus amigos	<input type="checkbox"/>	10. Otro	<input type="checkbox"/>
5. En un bar (McDonalds, estación de servicio, etc.)	<input type="checkbox"/>	¿Cuál?	
6. En una fiesta	<input type="checkbox"/>	11. No he consumido en el último año ninguna droga	<input type="checkbox"/>

120 ¿A quién le contás lo que te pasa o recurrís para pedir ayuda? (Marca todos los que consideres)

1. Amigos	<input type="checkbox"/>	7. Cura / pastor	<input type="checkbox"/>
2. Padre	<input type="checkbox"/>	8. Psicólogo	<input type="checkbox"/>
3. Madre	<input type="checkbox"/>	9. A nadie	<input type="checkbox"/>
4. Hermanos	<input type="checkbox"/>	10. Otros	<input type="checkbox"/>
5. Otros familiares	<input type="checkbox"/>	¿Quiénes?	
6. Novio / a	<input type="checkbox"/>	

121 Si tuvieras que elegir los tres problemas más importantes que hoy tenés, ¿Cuáles son?

1.
2.
3.

122 Si tuvieras que elegir los tres deseos más importantes para tu futuro, ¿Cuáles son?

1.
2.
3.

¡Muchas Gracias por participar!

MARQUE ASI: NO MARQUE ASI:

NO TACHE, ESCRIBA SOLO CON EL LAPIZ DEL CENSO Y BORRE CON LA GOMA SUMINISTRADA

NO ABREVIÉ, NO ACENTUE LAS PALABRAS

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 A B C D E F G H I J K L M N Ñ O P Q R S T U V W X Y Z

CARACTERÍSTICAS HABITACIONALES DEL HOGAR. Complete este cuestionario para cada hogar censado en la vivienda.**5** ¿Cuál es el material predominante de los pisos...

- cerámica, baldosa, mosaico, mármol, madera o alfombrado?
- cemento o ladrillo fijo?
- tierra o ladrillo suelto?
- Otro

12 El desagüe del inodoro, ¿es...

- a red pública (cloaca)?
- a cámara séptica y pozo ciego?
- sólo a pozo ciego?
- a hoyo, excavación en la tierra, etc.?

6 ¿Cuál es el material predominante de la cubierta exterior del techo...

Si la vivienda forma parte de un edificio de departamentos, se considera el techo del último piso del edificio.

- cubierta asfáltica o membrana?
- baldosa o losa (sin cubierta)?
- pizarra o teja?
- chapa de metal (sin cubierta)?
- chapa de fibrocemento o plástico?
- chapa de cartón?
- caña, palma, tabla o paja con o sin barro?
- Otro

13 El baño / letrina, ¿es...

- usado sólo por este hogar?
- compartido con otros hogares?

14 Para cocinar, ¿utiliza principalmente...

- gas de red?
- gas a granel (zeppelin)?
- gas en tubo?
- gas en garrafa?
- electricidad?
- leña o carbón?
- Otro

7 El techo, ¿tiene revestimiento interior o cielorraso?

- Sí
- No

15 ¿Cuántas habitaciones o piezas para dormir tiene este hogar?Cantidad de habitaciones o piezas para dormir: **8** ¿Tiene agua...

- por cañería dentro de la vivienda?
- fuera de la vivienda pero dentro del terreno?
- fuera del terreno?

16 Y en total, ¿cuántas habitaciones o piezas tiene este hogar? (sin contar baño/s y cocina/s)Cantidad de habitaciones o piezas en total: **9** El agua que usa, ¿proviene de...

- red pública?
- perforación con bomba a motor?
- perforación con bomba manual?
- pozo?
- transporte por cisterna?
- agua de lluvia, río, canal, arroyo o acequia?

17 La vivienda que ocupa este hogar, ¿es...

- propia?
- alquilada?
- prestada?
- cedida por trabajo?
- Otra situación
- Pase a **19**

10 Este hogar, ¿tiene baño / letrina?

- Sí
- No → Pase a **14**

18 ¿El terreno es propio?

- Sí
- No

11 En el baño, ¿tiene botón, cadena, mochila para limpieza del inodoro?

- Sí
- No

19 Este hogar, ¿tiene ...

- | | Sí | No | | Sí | No |
|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| heladera? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | teléfono celular? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| computadora? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | teléfono de línea? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Pase a Población

