

**PREVALENCIA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
EN JÓVENES ESCOLARIZADOS DEL DEPARTAMENTO DE
ANTIOQUIA**

Investigación Comparativa 2003-2007

*“Nuevas tendencias y
comportamientos sociales asociados”*

Investigadores principales:

Mario Alberto Zapata V

Md y Magíster en epidemiología

Ángela María Segura Cardona

Estadística, candidata PHD en epidemiología

ANÍBAL GAVIRIA CORREA

Gobernador de Antioquia

CARLOS MARIO MONTOYA SERNA

Director Seccional de Salud de Antioquia y Presidente del Comité
Departamental de Prevención en Drogas de Antioquia

MARIO ALBERTO ZAPATA V.

Gerente E.S.E. Carisma y
Secretario del Comité Departamental de Prevención en Drogas de
Antioquia

Esta publicación se realiza gracias a recursos de la Dirección Seccional
de Salud de Antioquia

ISBN: 978-958-44-2218-7

CONTENIDO

PRÓLOGO

1. INTRODUCCIÓN

2. METODOLOGÍA

3. RESULTADOS

3.1 ASPECTOS GENERALES

3.2 MAGNITUD DEL PROBLEMA DEL CONSUMO DE DROGAS EN JÓVENES ESCOLARIZADOS DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA

3.2.1 Sustancias legales

3.2.2 Sustancias ilegales

3.2.3 Resumen de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas

3.2.4 Resumen de las frecuencias de consumo de mezclas de sustancias psicoactivas

3.3 PREVALENCIAS DE CONSUMO DE DROGAS POR REGIONES

3.3.1 Sustancias legales

3.3.2 Sustancias ilegales

3.3.3 Prevalencia agrupada de consumo de drogas

3.4 PRINCIPALES MOTIVOS PARA EL CONSUMO DE DROGAS EN JÓVENES ESCOLARIZADOS

3.5 ACCESO DE LOS JÓVENES A LAS SUSTANCIAS ILEGALES

3.6 POBLACIÓN EN RIESGO DE ADICCIÓN AL ALCOHOL

3.7 CONSECUENCIAS Y RIESGOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS

3.7.1 Riesgo para la salud – atención de urgencias

3.7.2 Accidentes de tránsito

3.7.3 Conductas violentas

3.7.4 Sexualidad insegura

3.7.5 Rendimiento Académico

3.8 RESULTADOS COMPARATIVOS DEL CONSUMO DE DROGAS, EN JÓVENES ESCOLARIZADOS DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA AÑO 2003-2007

3.8.1 Sustancias legales

3.8.2 Sustancias ilegales

4. CONCLUSIONES

5. RECOMENDACIONES

Bibliografía

ANEXOS

A. RESUMEN: PREVALENCIA DE CONSUMO ANUAL DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS POR REGIONES, EN JÓVENES ESCOLARIZADOS DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA 2007.

B. DEFINICIÓN, EFECTOS DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

PRÓLOGO

Ya desde hace varias décadas, cada vez que se presenta un nuevo estudio o informe sobre los problemas que inciden de manera importante en el bienestar de la población mundial, aparece el consumo de drogas, tanto legales como ilegales, no sólo como un factor asociado a situaciones de violencia doméstica, delincuencia, desescolarización, marginalidad y pobreza, sino que, por sí solas, las drogas constituyen un problema de salud pública de primer orden mundial y, actualmente, son tema de todas las cumbres mundiales en las que se abordan los problemas que más afectan a la población actual y que incidirán, de alguna forma, en las generaciones venideras y en el futuro mismo de nuestro planeta.

El consumo de drogas entre la población no es, ni mucho menos, un tema nuevo. Se sabe con certeza que, desde la antigüedad, nuestros antepasados consumían sustancias psicoactivas con fines rituales, místicos y curativos. A través de la historia, el hombre ha buscado diversas fuentes de placer y algunos estudios señalan que el consumo de drogas respondería a pulsiones tan básicas como el hambre, la sed y el sexo.

Sin embargo, lo que sí es completamente nuevo es la forma como, en nuestros días, el hombre ha hecho uso de las drogas. De las sustancias obtenidas a partir del procesamiento de plantas y semillas, se ha pasado a la producción a gran escala de las más sofisticadas drogas de diseño, elaboradas en laboratorios o en cuartos caseros. Del uso y experimentación con las sustancias, se ha llegado rápidamente al abuso y la adicción, lo que representa cientos de miles de personas esclavas de su consumo. De sus efectos místicos y trascendentes, las drogas se han convertido en objeto de diversión y de escape, produciendo graves daños en la salud de los consumidores, lo que, a su vez, representa la destinación de altos presupuestos estatales a la atención del problema. De ser un elemento de obtención natural, la droga se ha convertido en una mercancía de gran valor que se mueve en el mercado ilegal corrompiendo gobiernos, instituciones y familias. De sus efectos paliativos, ha pasado a ser un arma destructora que es responsable, cada año, de más muertes que las ocurridas por todas las tragedias naturales juntas.

A pesar de todo esto, tan obvio, tan evidente, el camino de la prevención y la atención integral de los problemas relacionados con el consumo de drogas ha ido mucho más lento. Sólo hasta 1994, el DSM IV, Manual de la Asociación Americana de Psiquiatría, incluyó el consumo de drogas como un trastorno mental que requería atención médica especializada. La década de los noventa, que con justa razón fue llamada la década del cerebro, le permitió a la comunidad científica mundial comprender de qué manera las drogas alteraban sustancialmente la estructura cerebral de los individuos provocando serios trastornos mentales. Esto

no sólo fue importante para comenzar a borrar el estigma del consumo de drogas como un mero simple asunto de “personas viciosas y desadaptadas socialmente”, sino que permitió desarrollar un enfoque completamente novedoso en el tema de la rehabilitación del consumo de sustancias psicoactivas.

De los grupos de autoayuda y los programas en comunidad terapéutica, orientados en su mayoría por ex consumidores, se pasó a ofrecer tratamientos hospitalarios interdisciplinarios, donde se atendían todas las áreas del desarrollo psicosocial de los enfermos.

Para diciembre del año 2005, la Oficina Contra la Drogas y el Delito de la Organización de Naciones Unidas (UNODC), promovió la creación de la Red de Centros de Tratamiento y Rehabilitación de la Drogodependencia, donde se incluyeron las 20 instituciones que, en el mundo, presentaban las mejores prácticas en el tema de atención y rehabilitación del consumo de drogas. Por fortuna, la E.S.E Carisma del Departamento de Antioquia, junto a una institución hermana en el Brasil, fueron las únicas instituciones latinoamericanas seleccionadas para cumplir esta misión. La creación de la Red, representa un gran reto para las instituciones comprometidas y, en los próximos años, se deberán evaluar los resultados de este sistema de cooperación mundial.

Pero paralelo a estos resultados en el tema de la atención médica de la adicción a las drogas, no se han presentado avances similares en materia legislativa. Hasta nuestros días, el problema del consumo de drogas está excluido de nuestro Plan Obligatorio de Salud (POS), y las políticas en materia de salud mental resultan aún insuficientes, para un conjunto de enfermedades que representan la cuarta causa de incapacidad médica y pérdida laboral en el mundo.

Reiterados gobiernos han puesto a consideración de las cámaras legislativas proyectos de ley que buscan brindarle una protección integral a las personas con enfermedad mental en Colombia, sin que hasta el momento se hayan logrado los resultados esperados. Todavía el acceso a los tratamientos del consumo de drogas se logra, en muchos casos, por mecanismos inmediatos de protección de los derechos fundamentales como la acción de tutela, lo que se contradice con los fundamentos de un estado social y de derecho.

En el tema de la prevención los esfuerzos también han sido insuficientes. Desde la década del ochenta, mucho antes que aparecían las primeras grandes investigaciones sobre la prevalencia del consumo de drogas en Colombia, veíamos en las pantallas de televisión una propaganda que mostraba el rostro de un hombre que se iba transformando hasta quedar completamente destruido por las drogas. Para aquel entonces, creíamos que la prevención del consumo se reducía a emitir mensajes sobre la peligrosidad del consumo de sustancias psicoactivas.

Sin embargo, la complejidad del problema planteó la necesidad de desarrollar estrategias integrales de prevención que incluyeran, más allá de la emisión de simples mensajes, la producción de material educativo y el desarrollo de grandes estrategias pedagógicas dirigidas a grupos poblacionales específicos. Más que hablar del peligro de las drogas, se entendió la necesidad de adelantar programas y proyectos que fortalecieran la promoción de estilos de vida saludable y el fomento de factores protectores entre la población. En los últimos años, la Organización Mundial de la Salud, ha propuesto trabajar el tema de la prevención desde el fomento de las habilidades para la vida, entendiendo la importancia de incentivar en los jóvenes aspectos como la comunicación afectiva y la expresión de sentimientos, el pensamiento crítico y creativo, el manejo de la presión de grupo y la toma de decisiones, el manejo del estrés y la resolución de conflictos, entre otros factores relacionados con un estilo de vida saludable.

A pesar de todos estos logros, y debido en buena medida a problemas presupuestales y de carencia de una política integral en el tema, los programas de prevención no han tenido el impacto esperado. Mientras los recursos y las estrategias de publicidad y de mercadeo de las grandes empresas de las drogas legales llegan a cada rincón del país, la gran mayoría de campañas de prevención carecen de continuidad o bien no logran impactar a grandes grupos poblacionales.

Son, pues, diversos los retos que enfrentamos frente al fenómeno del consumo de drogas: De un lado, cómo desarrollar y poner en marcha más y mejores programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, especialmente con los jóvenes que o bien se han quedado en una fase experimental o aún no han accedido al consumo y, por otra parte, cómo fortalecer los programas de atención y rehabilitación integral para quienes ya presentan un grave problema de adicción.

Adicionalmente, se requiere el compromiso decidido de nuestros gobernantes y legisladores, promulgando leyes, consagrando derechos, desarrollando programas y apropiando recursos, desde las instancias municipales, departamentales y nacionales, para la atención integral de la salud mental de todos los colombianos.

La presente investigación sobre *Prevalencia del Consumo de Drogas y Factores Asociados en Jóvenes Escolarizados del Departamento de Antioquia*, pretende ser, precisamente, ese paso indispensable a una solución más integral de un problema tan complejo como las drogas.

Muchas de las decisiones que se han tomado o dejado de tomar en estas décadas, muchos de los errores que hemos cometido en la formulación de programas y proyectos de prevención y atención del consumo de drogas, se pueden deber, en buena medida, a la ausencia de estudios que den cuenta de la magnitud y características del problema.

Actualmente, las investigaciones sociales son uno de los principales insumos de los cuales que se nutren los programas de gobierno y los planes de desarrollo para la formulación de políticas públicas y la inversión del gasto público social.

En buen momento, el Gobierno Departamental entendió la necesidad de impulsar la creación de una instancia que, como el Comité Departamental de Prevención en Drogas de Antioquia, ha sido el eje articulador de las acciones, planes y proyectos que, en el tema de las drogas, se han determinado como prioritarios para nuestro departamento. Esta comprensión de la importancia del tema, ha llevado a formular investigaciones comparativas como ésta que, cuatro años más tarde a la primera, nos ha brindado los resultados que hoy se presentan a la opinión pública.

El quehacer cultural del hombre no se detiene, la composición de nuestras familias cambia, los conflictos sociales se transforman y así, de este mismo modo, no se detiene la forma en que el ser humano interactúa con el mundo de las drogas. Como el lector podrá advertir en los resultados de esta investigación, nuevas sustancias con nombres y presentaciones creativas aparecen en el panorama local del consumo de drogas, mientras que otras drogas, afianzan su poder de penetración entre niños y jóvenes a edades cada vez más tempranas. Por su parte, nuevos factores se encuentran claramente asociados para el consumo y no consumo de drogas.

Como el científico que busca aislar un virus para formular una nueva vacuna, no es posible resolver esta terrible enfermedad de nuestros días, la adicción a sustancias psicoactivas, sin entender la complejidad misma que subyace al inicio del problema. Por lo tanto, este estudio deberá ser fuente de consulta permanente para quienes, desde cualquier instancia de lo público o lo privado, pretendan comprender, estudiar, y concretar acción encaminadas a combatir de manera frontal el flagelo de las drogas.

CARLOS MARIO MONTOYA SERNA
Director Seccional de Salud de Antioquia

1. INTRODUCCIÓN

Consumo de drogas en el mundo: panorama general.

Según informe mundial de la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito, existen signos de estabilización en la oferta y en el consumo de drogas en el mundo(1). La anterior afirmación, no puede de ninguna manera ser percibida como un mensaje de superación del problema de las drogas, por el contrario, debe interpretarse, tal y como lo señala el informe, que las cifras no son crecientes, pero persiste una grave problemática en la situación mundial.

Cerca de 200 millones de personas, lo que representa el 5% de la población mundial en edades entre 15 y 64 años, han usado drogas en los últimos 12 meses y el 0,6% de la misma población, estimada en 25 millones de personas, presentan consumo de las que se han denominado drogas problemáticas, dentro de las cuales, ocupa el primer lugar la heroína y en segundo lugar la cocaína. Se calcula que el 4% de esta población, consume marihuana, esto es, 160 millones de personas; las sustancias tipo estimulantes, incluyendo las anfetaminas, metanfetaminas y éxtasis, con 25 millones conservan el segundo lugar entre las drogas de mayor consumo, dentro de las cuales el éxtasis, se calcula es utilizado por 9 millones de personas. El tercer lugar, es ocupado por el consumo de opiáceos con 16 millones de personas y adicional a esta cifra, se presenta consumo de heroína en 11 millones. Con respecto al consumo de cocaína, se reporta cifras de consumo en 14 millones de personas en el mundo.

Esta situación a pesar de ser preocupante, es superada ampliamente por la situación de consumo de las que se han denominado drogas legales; el consumo de tabaco se estima ocurre en el 28% de la población de referencia y ocasiona 5 millones de muertes por año en el mundo y el consumo de alcohol, según la Organización Mundial de la Salud(2), ocurre en 2 mil millones de personas en el mundo, de las cuales 76.3 millones presentan alguno de los posibles diagnósticos de enfermedad, consecuencia del consumo de alcohol y es responsable de 1.8 millones de muertes cada año, lo que representa el 3,2% del total de todas las muertes(3). Hoy, existe acuerdo científico, en que el alcohol produce daño en prácticamente todos los órganos del cuerpo humano y los desórdenes en su consumo, se relacionan con una amplia variedad de daños físicos, mentales y sociales, produciendo mas de 60 enfermedades descritas en diferentes estudios (4,5,6). Solamente en Europa, el consumo de alcohol fue responsable en 1999 de cerca de 55.000 muertes en población joven entre 15 y 29 años (7).

Aunque el perfil de consumo de drogas varía de región en región, la prevalencia de mayores consumos tiende a ubicarse en los países de mayor ingreso. No obstante, la demanda de drogas en las naciones en desarrollo tiende a aumentar y países,

considerados tradicionalmente como productores, presentan problemas crecientes de consumo.

Las drogas, amenaza para la población juvenil

Existe consenso, en la necesidad de reconocer y trabajar los diferentes factores, que pueden influir en el estado de salud de la población juvenil, dada la relevancia que esto tiene para el desarrollo social y productivo del mundo(8). Es la adolescencia, etapa clave del desarrollo humano, en la cual se debe garantizar un ambiente propicio para la formación de una apropiada estructura de personalidad, que les permita a los jóvenes enfrentar con criterio estructurado, amenazas del entorno como el consumo de drogas.

Cerca de 1.773 millones de personas, lo cual corresponde al 27% del total de la población mundial, está compuesta por adolescentes (10 a 19 años de edad) y jóvenes (15 a 24 años de edad) (9) y una importante porción de los mismos, experimentan alguna vez en el consumo de drogas. Afortunadamente, la mayoría de ellos suspenden rápidamente su consumo, pero algunos tienen el riesgo de mantenerse como consumidores ocasionales o por recreación y en el peor de los casos, otros pueden convertirse en consumidores habituales y llegar a una indeseable situación de dependencia psicológica, física o a ambas(10).

No hay una causa única o definitiva que permita concluir sobre las razones que llevan al consumo de drogas en la población joven. Expertos han sugerido, algunas situaciones o factores de riesgo por los cuales esta población, toma la decisión de experimentar con drogas y en algunos casos, recorrer la frontera de la experimentación y caer en situación de uso regular y riesgoso de sustancias psicoactivas(11,12,13).

Dentro del contexto del desarrollo del adolescente, las etapas de experimentación en el uso de drogas pueden darse como consecuencia de:

- Disponibilidad de las drogas y encuentro en ellas, de una manera rápida y a menudo poco costosa para la diversión.
- Curiosidad para intentar descubrir, la razón por la cual este tema produce rechazo y alarma en la sociedad.
- El uso de sustancias, expresa oposición a los esquemas de autoridad del adulto y puede ser parte del inicio, del proceso de separación e independencia de los padres.
- El uso de drogas puede simbolizar una transición en el desarrollo de los individuos; transición de un estado de menor a mayor madurez.

Una vez los adolescentes han experimentado en el uso de drogas y conocen sus efectos, la continuidad en su uso puede ser debida a:

- La actuación como mecanismo para enfrentar situaciones de rechazo, conflicto, disfunción familiar o abuso sexual. El uso de drogas, puede responder a la necesidad de enfrentar y aliviar síntomas de trastornos mentales concurrentes.
- La necesidad de demostrar identidad en el medio, mediante lo cual se busca la aceptación y el mantenimiento en el círculo social y cultural que lo rodea.
- La búsqueda de lograr ser percibidos por otros, como personas adultas o con autonomía.
- La equivocada consideración, de tener poco o ningún riesgo en el consumo de drogas y la percepción de ser omnipotentes e inmortales.

Existe hoy evidencia para afirmar, que la prevalencia en el consumo de sustancias psicoactivas es mayor en jóvenes que en la población general. Esta situación empeora el espectro del problema, ya que este grupo poblacional, se involucra de manera más activa en conductas de riesgo para la salud y el bienestar personal(14).

En promedio, el 20% de los casos atendidos en servicios de urgencias son debidos a lesiones en las que se documentó consumo previo de alcohol y la edad pico de los atendidos por estas lesiones, corresponde a la población juvenil(3). Se ha señalado, que la presencia de alcohol en sangre afecta más a los menores de 21 años, siendo el riesgo de estar implicado en un accidente mortal en USA para alcoholemias entre 0,8 y 1 del 11% para conductores de 35 o más años y del 52% para conductores varones entre 16 y 20 años(15). El alcohol constituye además, una droga de acceso para el consumo de otras sustancias (16,17,18,19).

Otras repercusiones del consumo riesgoso de alcohol y drogas en la población juvenil son: relaciones sexuales no planificadas, con riesgo de contraer el VIH o provocar embarazos no deseados en población adolescente (20,21); problemas legales derivados de comportamientos agresivos y/o delictivos (22,23) y bajo rendimiento académico(24,25). Estas situaciones riesgosas se enmarcan dentro de la tendencia general, de descenso en las edades de inicio en el consumo(26), razón por la cual las actuaciones en prevención en este grupo poblacional cobran mayor importancia. Otras tendencias descritas para el consumo de alcohol y drogas en los jóvenes(27) tienen que ver con el lugar de residencia, se atribuye mayor vulnerabilidad para aquellos quienes habitan en zonas urbanas, se ha establecido que el consumo de drogas en las mujeres tiende a igualarse con el de los hombres y además se señala, que la demanda por nuevas sustancias como los estimulantes de origen sintético tiende a aumentar.

Situación del consumo de drogas en jóvenes de Suramérica.

Un panorama general de la situación del consumo de drogas en jóvenes suramericanos escolarizados en secundaria es presentado por el estudio "Jóvenes y drogas en países sudamericanos: un desafío para las políticas públicas", realizado por la CICAD/OEA (28). Este estudio señala al alcohol como la sustancia de mayor consumo entre los estudiantes de 9 países, en los cuales se realizó la investigación y Colombia se presenta, con el mayor resultado de consumo en los últimos treinta días, con un indicador del 51,9%, es decir, 1 de cada 2 estudiantes ha consumido alguna bebida alcohólica en el último mes previo al estudio. Uruguay presentó un indicador de consumo en el último año de 50,1% y Brasil de 48,0%; el indicador mas bajo fue presentado por Bolivia con el 16,4%. Estas cifras, se refuerzan con el hallazgo encontrado en los estudiantes mas jóvenes, según el cual, el 37,6% de los estudiantes colombianos de 14 años o menos, consumió bebidas alcohólicas en los últimos treinta días, seguido por Brasil con el 34,9%.

En cuanto al uso de cigarrillo, los estudiantes de Chile ocupan el primer lugar en el estudio, con prevalencias de consumo en el último mes de 38.3%, seguido por Uruguay con prevalencia del 23.7% y Colombia en tercer lugar con el 23,7%. Se destaca cómo el consumo del tabaco en escolares chilenos, es muy precoz, alcanzando consumos en el último mes del 25,5% en los estudiantes de 14 años de edad o menos. Colombia para este indicador, ocupa el segundo lugar con el 14,4%.

El consumo de psicofarmacos tranquilizantes, como diazepam y alprazolam y de medicamentos estimulantes sin formulación médica, ha sido detectado por el estudio como un problema que crece en importancia en la región. La prevalencia en el último año de consumo de tranquilizantes alcanza el 7,1% en Paraguay, 7,0 % en Bolivia y 6,4% en Colombia. Por su parte, la prevalencia de consumo de estimulantes anfetamínicos en el último año, alcanza cifras del 3.5% en estudiantes de Colombia, 3,4% en Brasil y 3,1% en Bolivia. Lo anterior lleva a sugerir por el estudio, la necesidad de una mayor educación contra la automedicación y la aplicación de políticas eficaces para restringir el acceso a psicofármacos sin la prescripción médica requerida.

El panorama del consumo de drogas ilegales en escolares en Suramérica, muestra a la marihuana como la sustancia de mayor consumo, con excepción de Brasil, en donde el consumo de inhalables ocupa el primer lugar. En orden de consumo de marihuana entre jóvenes escolarizados, encontramos a Chile con una prevalencia de consumo del 12,7% en el último año, seguido por Uruguay con el 8,5% y Colombia con el 7,1%. En lo que respecta a la Cocaína, Chile ocupa nuevamente el primer lugar con una prevalencia de consumo en el último año de 2,4%, seguido

por Argentina con el 2,5% y el tercer lugar en el consumo de esta sustancia lo comparten Colombia y Brasil con el 1,7%.

Los escolares en Colombia, según los resultados de este estudio, registran la mayor prevalencia anual de consumo de éxtasis con un 3%, seguido por los estudiantes de Chile y Ecuador con resultados de 1,6% y 1,1% respectivamente. Es necesario destacar, el alto consumo de inhalables en Brasil, cuyo consumo ocurre en un 15,3% de los jóvenes, cifra que supera ampliamente la de otros países, entre los que se encuentran en segundo lugar Colombia con el 3,5%, seguida por Chile con el 2,5%.

La asociación entre el consumo de drogas legales, cigarrillo y alcohol, como puerta de entrada para el consumo de drogas ilegales, se ha igualmente demostrado en este estudio regional, en el cual se encontraron, prevalencias de consumo de marihuana mucho más altas en estudiantes que fuman versus los no fumadores. Esta asociación fue reportada igualmente en el consumo de cigarrillo y pasta básica de coca y cocaína.

El estudio exploró algunos aspectos de las expectativas individuales de futuro, del entorno educativo y familiar de los jóvenes y determinó su posible relación con el consumo de drogas. Se encontró que los jóvenes con bajas expectativas de terminar la educación secundaria y de ingresar a la educación superior, presentan en general mayores tasas de consumo de drogas. Igualmente se presenta mayor consumo de drogas, en jóvenes que no perciben exigencia académica en sus centros educativos y en aquellos que han repetido algún año escolar. Finalmente, el rol que tienen padres o cuidadores y su efecto como factor protector o de riesgo, fue identificado, encontrándose que cuando existen padres involucrados en los procesos de desarrollo educativo de los adolescentes, se logra reducir la probabilidad de consumo de drogas.

Indicadores de consumo de drogas en Colombia, evolución en las dos últimas décadas.

La diferencia en las metodologías utilizadas, para la realización de los estudios que evalúan la situación del consumo de drogas en Colombia, no permite concluir con absoluta certeza sobre la evolución, avance o decrecimiento del problema, pero sí posibilitan tener una referencia útil, para observar sobre las posibles tendencias de consumo y adicción a las drogas en la población colombiana y en especial la población juvenil.

Un estudio de hogares, para identificar la magnitud del problema del consumo de drogas, se llevó a cabo en Colombia en 1992 y se publicó en 1993, por la Dirección Nacional de Estupefacientes, dependencia administrativa del Ministerio de Justicia. Sus resultados tienen particular importancia, en consideración a que un año

después, en 1994, se produjo la sentencia C-221 de la Corte Constitucional en Colombia, la cual despenalizó la dosis personal de droga(29), lo que permitirá monitorizar el avance en el consumo de drogas ilegales, a partir de esta medida.

El *Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia*(30), reportó un consumo global de marihuana, cocaína, basuco y opiáceos, en el 5,9% de la población en algún momento de la vida y por regiones, el departamento de Antioquia presentó el indicador de consumo más alto, con el 11,3%. Los hombres presentaron una proporción de consumo muy superior a las mujeres, encontrándose en el último año, un indicador de 77,9% en hombres contra 22,1% en mujeres.

Por grupos de quienes usaron drogas en el último año, el 56,4% se sitúa en las edades entre 12 y 24 años y el 43,6% se encuentra en el grupo de 25 a 44 años. La marihuana ocupa el primer lugar de prevalencia de consumo, seguida de la cocaína y el basuco; aparece posteriormente el consumo de heroína y morfina, con indicadores muy bajos.

En lo que se refiere al cigarrillo, el estudio suministró cifras de consumo en el último año del 25.8% de la población entre 12 y 60 años, con resultados que mostraron prácticamente el doble del consumo en hombres comparado con las mujeres. El consumo de alcohol se presentó en el 75% de la población en el último año y nuevamente el consumo en los hombres es significativamente mayor a las mujeres.

Para todas las drogas, legales e ilegales, se resalta la tendencia a aumentar en zonas de urbanización importante y a crecer los indicadores de consumo, con los niveles de escolaridad de la población.

En el año 1996, la Dirección Nacional de Estupefacientes en Colombia, realizó el *Segundo Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas*(31), el cual, por sus características metodológicas, permite ser comparativo con los resultados del estudio nacional de 1992. Los resultados reportados mostraron que, el consumo de alguna droga ilegal en Colombia en cualquier momento de la vida, fue de 6.5%, siendo la prevalencia de consumo cerca de cuatro veces mayor en hombres que en mujeres; las proporciones de consumo global encontradas, se incrementan en la medida que avanza el nivel de instrucción académica; Antioquia fue reportado como el departamento de mayor consumo de drogas con el 12.3% y los niveles más altos de consumo, se presentan en las zonas de mayor grado de urbanización.

El estudio mostró en general, un aumento en el consumo con respecto a los resultados de 1.992. Se señala con preocupación, que en cuatro años las cifras de consumo se duplicaron, con diferencias que responden básicamente a,

incrementos en el consumo de las mujeres y aumento en el grupo de 12 a 17 años, grupo de edad en el que se encuentra la gran mayoría de quienes usaron alguna droga ilegal. Estos jóvenes, comparten la condición de estar escolarizados en secundaria, vivir en regiones y ciudades de mayor concentración de población y mayor desarrollo económico, como son, el eje cafetero y en capitales como Bogotá, Medellín y Cali.

El consumo de marihuana representó para este estudio, el mayor aporte en el consumo de drogas ilegales. El 5.4% de la población la ha consumido al menos una vez en la vida, mientras que los consumos de cocaína y basuco en la población total, se estimaron en 1.6% y 1.5%, respectivamente. La prevalencia de consumo en la vida de heroína, fue muy baja, en total se estimaron en 12.566 el número de personas que han consumido heroína alguna vez en la vida.

Con respecto a las drogas legales, el estudio encontró que el 18.5% de la población estudiada, consumió cigarrillo en el último mes y 21.4% en el último año. Se destaca que en las edades de 12 a 17 años, se presenta un consumo del 6,8% en el último año y de 18,7% en edades entre 18 y 24 años. Si se evalúan las diferencias encontradas con el estudio de 1.992, se muestra una disminución de aproximadamente 3% en el consumo del último mes y de 4% en el último año. El estudio reporta un consumo en el último año de cualquier bebida con contenido de alcohol en el 59.8% de la población y en el último mes del 35%. El índice CAGE(32), cuestionario validado y utilizado para identificar el riesgo de o condiciones de alcoholismo, muestra que el 15.8% de la población de 12 a 60 años, esta en riesgo de ser alcohólica o es alcohólica y el problema se presenta, cerca de cuatro veces mas en hombres con respecto a las mujeres, siendo de mayor importancia en el grupo de 25 a 44 años.

Se estima que, en el último año cerca 182 mil personas, es decir, el 0.7% de la población de 12 a 60 años, consumió alguna "pastilla" psicoactiva. El consumo de "pastillas" es superior en mujeres que en hombres, siendo un poco más de dos veces esta relación. Del consumo de los tres tipos de psicofármacos que se midieron, el consumo en el último año de tranquilizantes(0,4%), predomina sobre sedantes (0.3%) y estimulantes (0.1%); el consumo en el último año de inhalables, fue de 6.7%, siendo superior en hombres con respecto a las mujeres.

En el año 2001, se realizó un *Estudio Nacional por el Programa Presidencial Rumbos en Colombia*, el cual se llevó a cabo en población escolarizada entre 10 y 24 años de edad, en ciudades capitales de departamento (33). Sus resultados señalan que el alcohol y el cigarrillo en su orden, son las sustancias psicoactivas de mayor consumo entre los jóvenes. El estudio mostró un resultado de consumo global para estas sustancias del 84,8% en algún momento de la vida y de 48,0% en el último año. Para el alcohol, Tunja con una prevalencia de consumo de 90,4% en algún momento de la vida y 86,4% en el último año, fue la primera

ciudad en el estudio, seguida por Manizales, Bogotá y Medellín, ciudad esta última, en la cual se encontró, una prevalencia de consumo alguna vez en la vida de 87,2% y de 81,8% en el último año. Igualmente, se reportó un mayor consumo de alcohol entre estudiantes universitarios y en los hombres, sin embargo, se observó que los casos nuevos son más frecuentes entre las mujeres y en los estudiantes de secundaria.

En lo que respecta al cigarrillo, nuevamente Tunja con una prevalencia de consumo de 54,6% en algún momento de la vida y 45,5% en el último año, ocupa el primer lugar en el estudio, seguida por Bogotá y Medellín, en la cual se encontró, una prevalencia de consumo alguna vez en la vida, de 48,3% y de 38,6% en el último año.

El indicador global de consumo marihuana, cocaína, heroína y éxtasis, mostró resultados de 11,7% en algún momento de la vida y de 8,6% en el último año y Medellín ocupó en este estudio, el primer lugar en consumo global de sustancias ilegales, con indicadores de 21,4% alguna vez en la vida, 16,1% en el último año y 6,3% en el último mes. La discriminación de consumo de sustancias ilegales, mostró indicadores de consumo de marihuana en Medellín alguna vez en la vida del 17,7% y en el último año de 12,7%, seguida por Manizales con el 12,4 y el 8,6% respectivamente. Con referencia al consumo de cocaína, Medellín reportó las mayores cifras de consumo con el 10,3% de prevalencia alguna vez en la vida y del 7% en el último año.

De manera general, el estudio señala que para todas las ciudades colombianas, la edad más frecuente de inicio en el consumo de alcohol y cigarrillo, está entre 10 y 14 años, con un promedio de 13,7 para el inicio del consumo de cigarrillo, y de 12,9 para el inicio del consumo de alcohol. La marihuana y la cocaína son las sustancias ilícitas de mayor consumo en el país y en general, el consumo de basuco e inhalables es más frecuente en los estudiantes de secundaria que en los estudiantes universitarios. Por el contrario, la mayoría de los jóvenes que ha consumido alguna vez en la vida éxtasis, hongos, ácidos, tranquilizantes, anfetaminas y/o heroína, son estudiantes de universidad. Dentro del grupo de sustancias de menor prevalencia, las de mayor consumo son los inhalables, los tranquilizantes y el éxtasis, y las de menor consumo son los ácidos y la heroína.

En el año 2004, se realizó la *Encuesta Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados de 12 a 17 años en Colombia* (34), con el apoyo de la Comisión Interamericana para el control de Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (CICAD/OEA), la cual propuso una metodología que posibilitara la comparabilidad de resultados en la región. Los resultados de este estudio, muestran a las drogas legales con los mayores indicadores, reportando al cigarrillo con resultados de consumo en el último año del 30.57% y en el último mes del 22.65%. Con respecto al alcohol, la prevalencia

de consumo en el último año se encontró en el 61.85% y para el consumo en el último mes se reportó un resultado del 50.27%.

Dentro del consumo de drogas ilegales se destaca en primer lugar la marihuana, con una prevalencia de consumo en algún momento de la vida en el 7.6% de los estudiantes, siendo su utilización el doble entre hombres comparados con el género femenino. El consumo encontrado en el último año para esta sustancia, fue de 6.6% y de 2.3% en el último mes. Los solventes e inhalables, aparecen como la segunda sustancia de mayor consumo y para la cual se reportó resultados de 3.81% alguna vez en la vida y de 3.32% en el último año.

El consumo alguna vez en la vida de drogas estimulantes como el éxtasis, obtuvo un resultado de 3.28% en la población estudiada y la prevalencia de consumo en el último año fue del 2.79%. La prevalencia de vida en el consumo de esta sustancia, va aumentando a partir de los 14 años de la siguiente manera: 14 a 15 años 2.83%, 16 a 17 años 4.42% y 4.96% en edades entre 18 a 19.

El consumo de cocaína fue reportado en el 1.81% de los estudiantes alguna vez en la vida, y de 1.56% en el último año, presentándose igualmente para esta sustancia, el doble del consumo en hombres con respecto a mujeres. El basuco mostró una prevalencia de consumo alguna vez en la vida del 1.43% y en el último año del 1.29%; la heroína aparece con una prevalencia de consumo en la vida del 1.32% y de 1.18% en el último año; frente a los alucinógenos, se reporta una prevalencia de consumo alguna vez en la vida del 2.1%, y una prevalencia de consumo anual del 1.77%.

En general el estudio encontró diferencias en promedio de 10 puntos porcentuales entre el sexo masculino y femenino en las prevalencias de vida, año y mes y evidenció, mayores indicadores de consumo en los escolarizados que habían repetido mas de un curso o aquellos que tuvieran problemas de disciplina.

Evaluación del problema del consumo de drogas en el departamento de Antioquia, iniciativa y objetivo del actual estudio.

En el año 2003 y con el fin de conocer la realidad de la situación del consumo de drogas en un departamento colombiano, la Gobernación de Antioquia realizó en asocio con Carisma - "Centro de Atención y Rehabilitación Integral en Salud Mental de Antioquia", el estudio "*Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados*" (35). Este estudio es una referencia base para evaluar el avance del problema en este Departamento y se utiliza para la comparación de los resultados del presente estudio, cuatro años después.

Si bien para el estudio del año 2003, tuvo particular importancia el análisis de factores asociados, de riesgo y protectores, frente al consumo de drogas, el

estudio actual pretende dar mucha más importancia a la evolución del problema en su conjunto, esto es, intentar concluir sobre el avance general de la problemática, a través de la comparación de indicadores de prevalencia en el consumo, los cuales conservan similitud metodológica para su comparación. Igualmente se intentará responder, sobre la magnitud de los riesgos personales y sociales a los que está expuesta esta población con el consumo de sustancias, conocer de las nuevas tendencias de consumo de drogas en la población juvenil y adicionalmente, se pretende reconocer las fuentes principales de dispensación y acceso a las drogas, lo cual se ha reconocido como facilitador para promover el consumo.

En síntesis, este estudio comparativo, intentará dar respuestas a las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Cuál es la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales en escolares del departamento de Antioquia en el año 2007?
2. ¿Cuál es la tendencia comparativa en el consumo y en el riesgo de adicción al alcohol y otras sustancias psicoactivas, entre el año 2003 y 2007?
3. ¿Cómo se distribuye por regiones, el problema del consumo de drogas entre los escolares del Departamento de Antioquia?
4. ¿Cuáles son las nuevas tendencias en el consumo de sustancias como la heroína, popper y 2cb.?
5. ¿Cuáles son algunas de las más importantes consecuencias o riesgos sociales, que pueden estar asociados al consumo de drogas?

2. METODOLOGÍA

La realización de estudios comparativos sobre temas específicos de interés en salud pública, tiene particular importancia en búsqueda de mejorar la efectividad de las acciones que se realicen para intervenir positivamente situaciones de riesgo o problemas en una comunidad. El estudio *“Consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados del departamento de Antioquia, investigación comparativa 2003-2007”*, ha mantenido los indicadores básicos de consumo de drogas utilizados en el estudio del año 2003, lo cual permitirá realizar una comparación objetiva del avance o disminución del problema investigado. Adicionalmente, los resultados reportados servirán como insumo para evaluar la eficacia de los programas y acciones adelantadas, para intervenir el problema del consumo y adicción a las drogas en el departamento de Antioquia.

Definición del método

El diseño epidemiológico que se aplicó en este estudio es descriptivo de corte transversal, donde se seleccionó una muestra probabilística de estudiantes de sexto (6to.) a undécimo (11mo.) grados en el departamento de Antioquia, con representación regional.

Población y muestra

Población

La población objeto de estudio estuvo constituida por los jóvenes matriculados en el año 2007 en los grados sexto (6to.) a undécimo (11mo.) en las instituciones educativas del departamento, ubicadas en el área urbana o rural y de naturaleza jurídica pública o privada.

Muestra

Tamaño

Dado que la muestra es representativa para cada una de las nueve regiones que componen el departamento, se calculó un tamaño de muestra de municipios y estudiantes para cada región. Para la estimación de los tamaños de la muestra se aplicó la fórmula:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 PQ}{\varepsilon^2 + \frac{Z_{\alpha/2}^2 PQ}{N}}$$

En donde:

N: total población.

Z: área bajo la curva de la distribución normal que representa un nivel de confianza del 95% = 1,96.

E: precisión deseada = 5% (0,05).

P: proporción de consumo encontrado en la población de estudio en el año 2003 por región.

Q: proporción de no consumo encontrado en la población de estudio en el año 2003 por región = 100 – P (1-P).

Es de anotar que se calcularon diferentes tamaños de muestra por región, dependiendo de las prevalencias encontradas en el estudio de 2003 para diferentes sustancias. El tamaño de muestras utilizado se presenta en la Tablas 1 y 2.

Tabla 1. Cálculo del tamaño de muestra de municipios a visitar por región del departamento.

Región	Total municipios	Muestra municipios
Oriente	23	8
Valle de Aburrá	10	5
Suroeste	23	7
Occidente	19	7
Norte	17	7
Magdalena Medio	6	4
Urabá	11	6
Bajo Cauca	6	4
Nordeste	10	5
Departamento	125	53

Tabla 2. Cálculo del tamaño de muestra de estudiantes a encuestar por región del departamento.

Región	Total escolares	Muestra escolares programada	Muestra escolares realizada
Oriente	64.840	390	387
Valle de Aburrá	36.478	388	390
Suroeste	47.186	374	384
Occidente	26.736	374	385
Norte	31.088	382	385
Magdalena Medio	13.018	379	376
Urabá	55.729	379	384
Bajo Cauca	34.943	352	360
Nordeste	23.204	381	384
Departamento	333.222	3.398	3.435

Lo anterior muestra que se visitaron en total 53 municipios y se encuestaron 3.435 escolares en todo el departamento de Antioquia.

Diseño de la muestra

La muestra fue *probabilística* por región del departamento, donde todos los escolares tenían probabilidad de ser seleccionados; *por conglomerados*, dado que dentro de las regiones se seleccionaron municipios y dentro de estos se seleccionaron colegios; *trietápico* puesto que la primera etapa de selección son los

municipios, la segunda los colegios dentro de los municipios y la tercera, los escolares dentro de los colegios; y *estratificado* por zona de residencia, naturaleza jurídica y grado escolar.

- **Criterios de inclusión**

Para la muestra de municipios se incluyeron todos los municipios que componen el departamento y, por razones logísticas, todos los municipios cabeza de región tenían una probabilidad de 100% de ser incluidos en la muestra.

Para la muestra de colegios se incluyeron todos los establecimientos educativos ubicados en los municipios seleccionados, que tenían estudiantes matriculados entre sexto y undécimo y que aceptaron participar en el estudio.

Para la muestra de escolares, se incluyeron todos aquellos estudiantes matriculados en los grados de sexto a undécimo en los establecimientos seleccionados, ubicados en los municipios que hacen parte de la muestra, quienes, una vez, recibieron explicación del objetivo del estudio y voluntariamente decidieron participar en éste.

- **Criterios de exclusión**

En la muestra de municipios se verificó la accesibilidad y las restricciones por problemas de orden público.

Selección de los municipios

- A partir del listado de municipios que cumplieron los criterios de inclusión se les asignó un número.

- Se generó una lista de números aleatorios incluyendo números entre 1 y 125 y, con ella, se seleccionaron los 53 municipios (Tabla 1) en forma probabilística.

Selección de las instituciones educativas

En cada municipio se seleccionaron aleatoriamente las instituciones educativas y en ellos los grupos.

- Se obtuvo la lista de todas las instituciones educativas que tenían cursos entre los grados sexto (6to.) a undécimo (11mo.).
- Se distribuyó un tamaño de muestra de escolares igual por institución (Tabla 2), calculado en 24 estudiantes, de tal forma que en total se requerían 133 colegios.
- Se enumeraron las instituciones educativas de cada región.
- Se generó una lista de números aleatorios incluyendo números entre 1 y 15 ó 16, dependiendo del tamaño de muestra por región, y con ella se seleccionaron las 15 ó 16 instituciones por región en forma probabilística.
- A la institución seleccionada se le envió una comunicación donde se explicaba en qué consistía el estudio y se solicitó autorización para aplicar el instrumento. Una vez la institución decidió voluntariamente participar, se programó la visita. En los casos de negativa del colegio para participar en el estudio, se seleccionó otra institución del municipio de la misma zona y sector con el procedimiento antes descrito (tabla de números aleatorios).

Selección de los grupos

- ✓ La tercera etapa del muestreo consistió en escoger los cursos dentro de los colegios seleccionados, manteniendo una igual probabilidad de ser seleccionados para cada uno.

- ✓ Se definió, dentro de cada colegio, tomar 24 estudiantes distribuidos en 4 estudiantes por cada grado; es decir, cuatro estudiantes de sexto, cuatro de séptimo y así sucesivamente.
- ✓ La selección de los grupos y de los estudiantes que fueron encuestados debió realizarse en terreno, para ello los encuestadores recogieron la información del número de grupos por grado, para seleccionar aleatoriamente el grupo que entró en la muestra. Este procedimiento se realizó a través de una lista de números aleatorios, con la cual se escogió el grupo a incluir.
- ✓ Una vez definido el grupo, el encuestador debió buscar el listado de estudiantes de dicho grupo y sin importar el número de estudiantes seleccionó cuatro, con la misma tabla de números aleatorios.
- ✓ Al estudiante seleccionado se le contó en qué consiste el estudio y cuando aquél decidió voluntariamente participar se le entregó el formulario para que lo diligenciara. En el caso de negativa del escolar para participar en el estudio se seleccionó otro escolar del mismo grupo con el mismo procedimiento (tabla de números aleatorios).

Variables e instrumento de recolección

Para la elaboración de la encuesta de recolección de información, se utilizaron como referencia instrumentos previamente validados (32,35,36,37,38) y se incluyen las siguientes variables:

- Sociodemográficas.
- De lugar.
- Indicadores de sustancias legales e ilegales, que permitan encontrar:
 - Cálculo de la prevalencia del consumo
 - Índice de abstinencia
 - Edad de inicio

- Drogas de inicio
- Frecuencia de consumo
- Criterios para determinar la posible dependencia al alcohol y otras sustancias.
 - Actitudes hacia el consumo.
 - Exploración de riesgos asociados al consumo.
 - Nuevas formas de consumo.
 - Tendencias en el consumo.
 - Lugares de adquisición de las sustancias.

Recolección de la información

El procedimiento utilizado para recolectar la información cuidó, de manera especial, la protección de la privacidad de los estudiantes, asegurando una participación anónima, confidencial y voluntaria. Los cuestionarios fueron autoadministrados y su aplicación se efectuó en el salón de clases. Con respecto a las variables de interés comparativo con el año 2003, se utilizaron las mismas del instrumento utilizado para ese estudio.

La recolección de información se realizó mediante la dirección y supervisión de funcionarios de la Empresa Social del Estado CARISMA, previa capacitación y estandarización de los encuestadores.

Análisis de la información

Etapas descriptiva

En esta etapa del estudio se calcularon los indicadores de prevalencia de consumo, la frecuencia y distribución de los factores de riesgo estudiados. Además, se

indagó por las actitudes, motivación y riesgos de los escolares asociados con el consumo.

El análisis tuvo los siguientes ejes:

- Variables de lugar, lo que permitió hacer estimaciones para cada región y para el total del departamento.
- Variables de persona: lo que generó estimaciones por edad, sexo y grado escolar que cursa el estudiante.
- Variables de tiempo: referidas a la periodicidad y frecuencia del consumo de sustancias psicoactivas por parte del escolar.
- Variables referidas al consumo, en cuanto a tendencias de consumo, lugares de adquisición de sustancias, hábitos de consumo, entre otros.

Etapas analíticas

Se exploraron factores asociados al consumo para las sustancias de mayor frecuencia de uso, mediante las relaciones entre variables de consumo y los aspectos demográficos, sociales, económicos, familiares, entre otros. Se utilizó la prueba *Chi-cuadrado* para determinar la asociación entre variables con una significación estadística del 5% y se estimaron razones de prevalencia (RP) y sus respectivos intervalos con un 95% de confianza.

Procesamiento de los datos

Crítica

La crítica del dato se hizo en forma manual y previa a la entrada del dato a la base de datos que se desarrolló para tal fin.

Base de datos

La información recopilada a través del formulario de recolección de información fue tabulada en una hoja de cálculo de Microsoft Excel y para el procesamiento y análisis estadístico se exportó al programa SPSS ve

3. RESULTADOS

3.1. ASPECTOS GENERALES

Se encuestaron en total 3435 jóvenes, representativos de cada una de las regiones en las que se distribuye el departamento de Antioquia. Tabla 3.

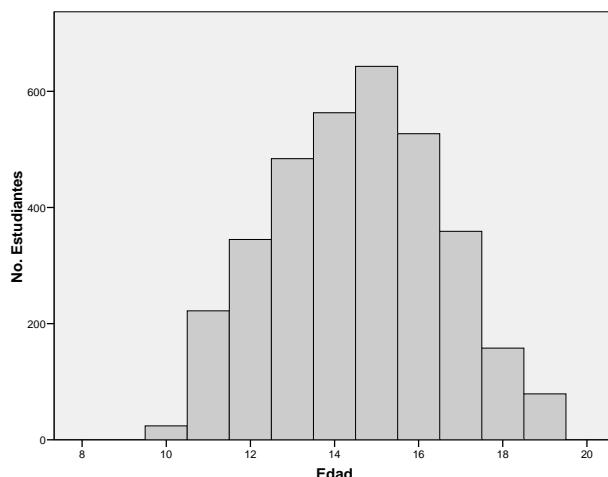
Tabla 3. Distribución de los jóvenes escolarizados encuestados según región del departamento.

Región	No. Estudiantes	Porcentaje
Valle de Aburrá	390	11,4
Bajo Cauca	360	10,5
Urabá	384	11,2
Nordeste	384	11,2
Occidente	385	11,2
Norte	385	11,2
Oriente	387	11,3
Suroeste	384	11,2
Magdalena Medio	376	10,9
Total	3.435	100,0

Se indagó a los jóvenes escolarizados, por aspectos demográficos como la edad, sexo, grado escolar y actividades que realiza en el tiempo libre, con el fin de caracterizar la población escolarizada del departamento.

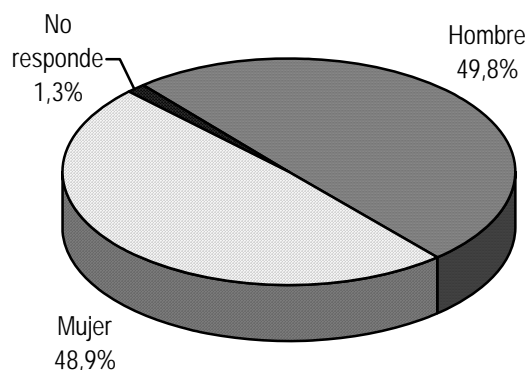
La edad de los jóvenes, osciló entre 10 y 19 años, con un promedio de edad de 14,6 años. El 50% de los jóvenes tenían 15 años o menos y la edad más frecuentemente reportada fue los 15 años. Gráfico 1.

Gráfico 1. Distribución de los jóvenes escolarizados del departamento de Antioquia según la edad.



La población escolarizada del Departamento y referencia para este estudio, se encuentra distribuida en forma similar por sexo, aunque se observa un leve predominio del sexo masculino con un 49,8% del total de los jóvenes encuestados, es decir, por cada mujer entre 10 y 19 años residente en el Departamento, se encuentran 1,02 hombres en este mismo rango de edad. Gráfico 2.

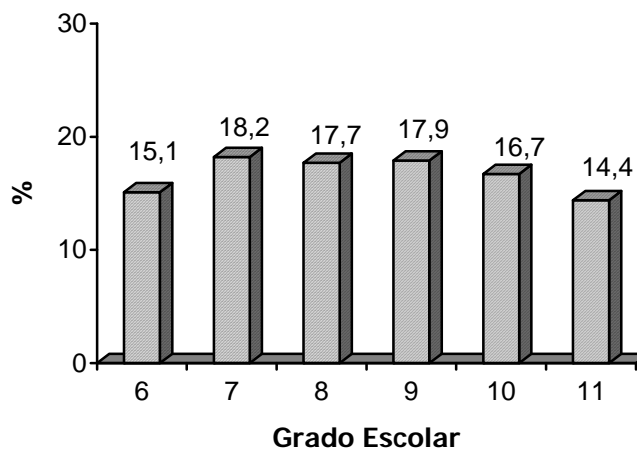
Gráfico 2. Distribución de los jóvenes escolarizados encuestados según sexo.



Los jóvenes escolarizados se distribuyeron en forma similar entre los grados sexto (6to.) a undécimo (11mo.), con proporciones que oscilaron entre 14% y 18%; el grado en donde más jóvenes se encuestaron fue séptimo, con el 18,2% (626) y

del grado que se encuestaron menos jóvenes fue undécimo, con el 14,4% (494). Gráfico 3.

Gráfico 3. Distribución de jóvenes escolarizados encuestados según grado escolar.

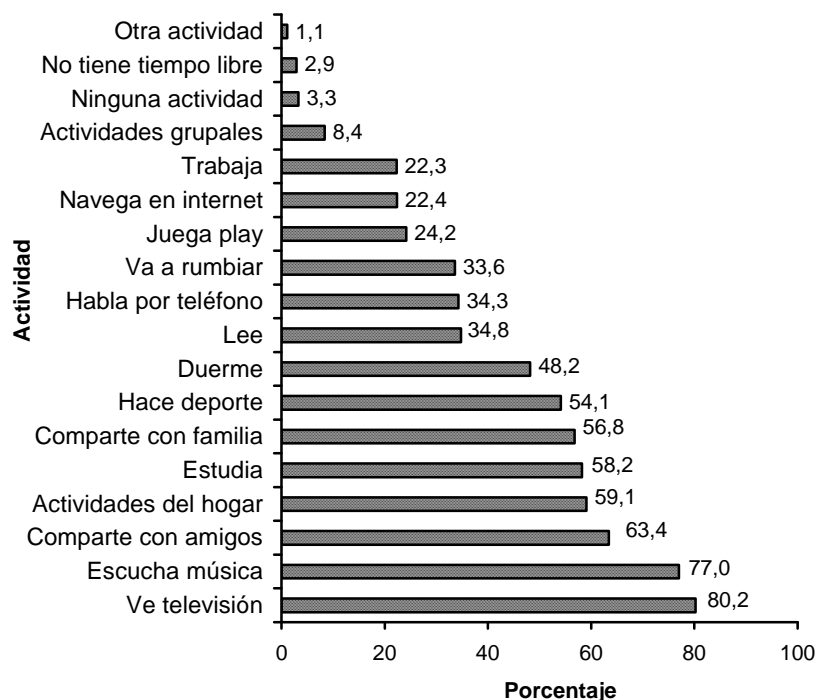


En cuanto a las **actividades que desarrollan en su tiempo libre**, los jóvenes escolarizados del departamento de Antioquia, figuran entre las primeras cinco actividades: *ver televisión*, lo cual es referido por el 80,2%, *escuchar música* según el 77,0%, *compartir con amigos* según el 63,4%, *ayudar en las actividades del hogar* según el 59,1% y *estudiar* según el 58,2%. Gráfico 4.

Otras actividades realizadas por un número importante de jóvenes escolarizados son *compartir con la familia* según el 56,8%, *hacer deporte* según el 54,1%, *dormir* según el 48,2% y *leer* según el 34,8%.

Mientras que actividades como *hablar por teléfono*, *ir a rumbiar*, *jugar play*, *navegar en Internet*, *trabajar*, *participar en actividades grupales* o *realizar otras actividades*, lo refieren el 35% o menos de los jóvenes escolarizados. Gráfico 4.

Gráfico 4. Distribución de los jóvenes escolarizados según actividades que realizan en el tiempo libre.



3.2 MAGNITUD DEL PROBLEMA DEL CONSUMO DE DROGAS EN JÓVENES ESCOLARIZADOS

Se indagó a los jóvenes escolarizados, por el consumo de sustancias psicoactivas legales, como el alcohol y cigarrillo e ilegales como la marihuana, basuco, inhalables, benzodiacepinas, popper, éxtasis, cocaína, hongos, cacao sabanero, heroína y 2cb. Las prevalencias y frecuencia de consumo se presentan a continuación.

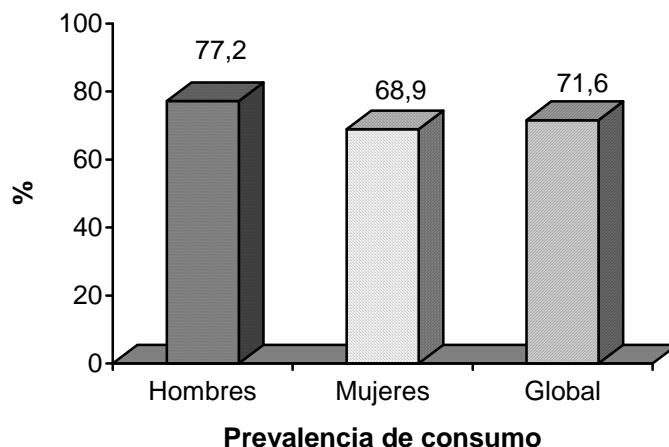
3.2.1. Sustancias legales

Alcohol

El 71,6% de los jóvenes escolarizados manifiestan haber consumido alguna vez bebidas alcohólicas como cerveza, aguardiente, vino, ron, brandy, whisky u otras bebidas. El consumo de alcohol en el último año fue reportado por el 60,0%. Gráficos 3 y 6.

Al analizar el consumo de alcohol por sexo, se encuentra que el 77,2% de los hombres y el 68,9% de las mujeres lo han consumido alguna vez, lo cual muestra que, por cada mujer que consume alcohol, lo hacen 1,12 hombres. Gráfico 5.

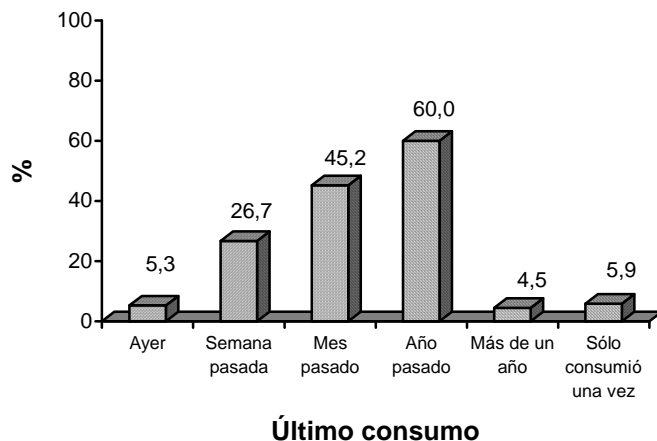
Gráfico 5. Prevalencia de consumo de alcohol alguna vez según sexo.



Los jóvenes escolarizados que alguna vez han consumido bebidas alcohólicas, iniciaron su consumo entre los 1 y los 19 años, con un promedio de 12,59 años; el 50% de estos jóvenes, inició su consumo antes de los 13 años y la edad de inicio más frecuentemente reportada fue los 12 años. Se destaca que, sólo el 25% de los jóvenes iniciaron el consumo después de los 14 años.

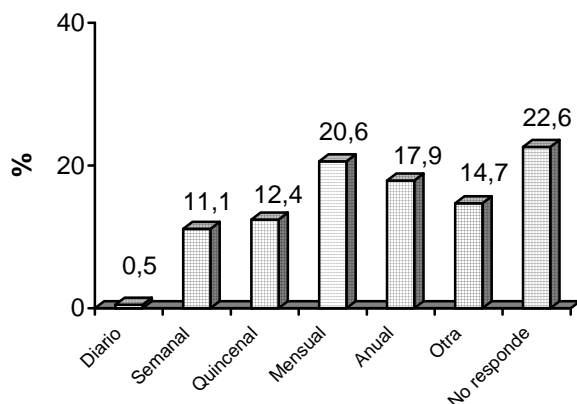
En cuanto a la última vez que estos jóvenes consumieron bebidas alcohólicas, el 5,3% manifiesta que lo hizo el día anterior a la encuesta, el 26,7% lo hizo la semana anterior y el 60,0% en el último año; sólo un 5,9% de estos jóvenes, dicen haber consumido bebidas alcohólicas una vez y no volvieron a hacerlo.

Gráfico 6. Distribución de los jóvenes escolarizados según último consumo de alcohol.



La frecuencia con la cual los jóvenes escolarizados consumen bebidas alcohólicas, es mensual para el 20,6%, quincenal para el 12,4%, semanal para el 11,1% y diariamente lo hacen el 0,5%. Gráfico 7.

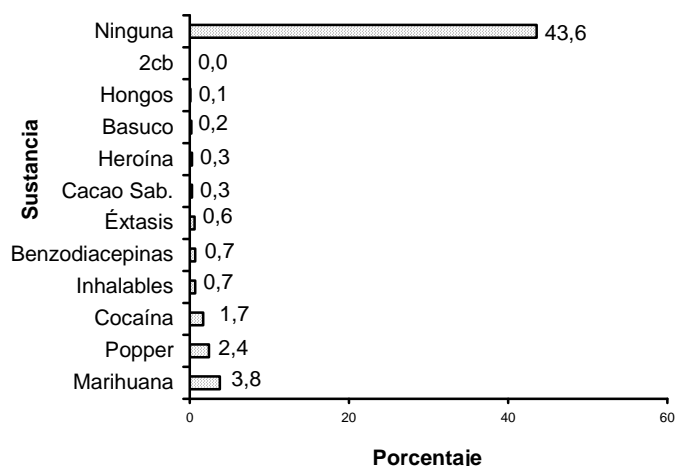
Gráfico 7. Distribución de los jóvenes escolarizados consumidores de alcohol según frecuencia de consumo.



Frecuencia de Consumo

El 43,6% de los jóvenes escolarizados consumidores de alcohol, manifestaron no consumir ninguna otra sustancia antes, durante o después del consumo de alcohol, mientras que el 3,8% manifiestan consumir alcohol, antes durante o después del consumo de marihuana, el 2,4% lo consumen antes, durante o después del consumo de popper, 1,7% lo consumen con cocaína y menos del 1% de los jóvenes, consumen alcohol antes, durante o después del consumo de inhalables, benzodiazepinas, éxtasis, cacao sabanero, heroína, basuco, hongos o 2cb. Gráfico 8.

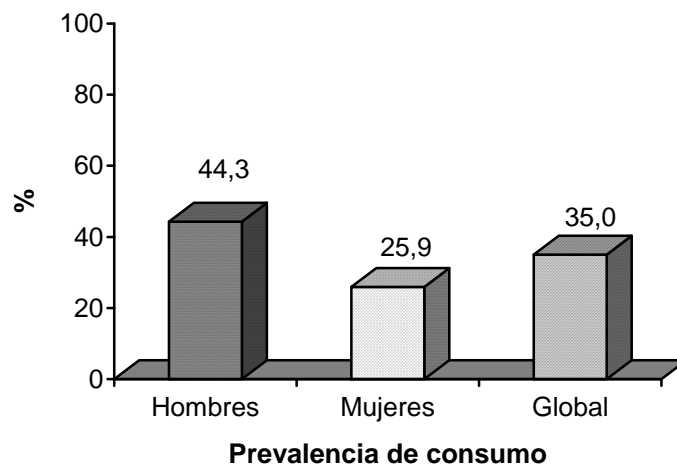
Gráfico 8. Distribución de los jóvenes escolarizados consumidores de alcohol según consumo adicional de otras sustancias.



Alcohol hasta la embriaguez

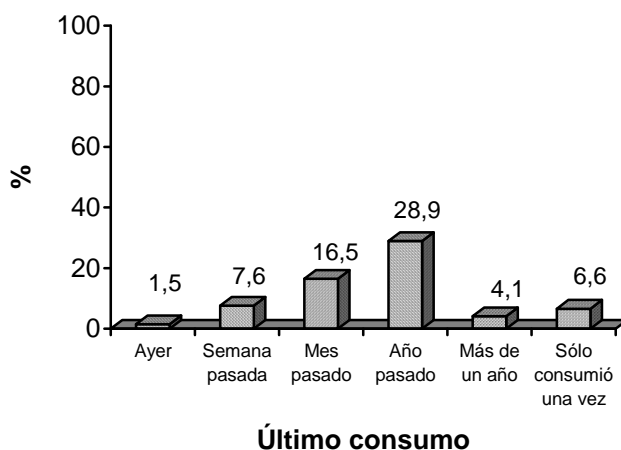
El 35,0% de los jóvenes escolarizados del Departamento, han consumido alguna vez alcohol hasta la embriaguez y el 28,9% lo han consumido en el último año. Al analizar esta situación por sexo, se encuentra que el 44,3% de los hombres y el 25,9% de las mujeres, han consumido alguna vez bebidas alcohólicas hasta la embriaguez; lo anterior permite afirmar que por cada mujer que consume alcohol hasta la embriaguez, lo hacen 1,71 hombres. Gráfico 9 y 10.

Gráfico 9. Prevalencia de consumo de alcohol hasta la embriaguez alguna vez en la vida según sexo.



En cuanto a la última vez que estos jóvenes consumieron bebidas alcohólicas hasta la embriaguez, el 1,5% manifiesta que lo hizo el día anterior a la encuesta, el 7,6% lo hizo la semana anterior y el 16,5% el mes anterior; sólo un 6,6% de estos jóvenes dicen haber consumido alcohol hasta la embriaguez una vez y no volvieron a hacerlo. Gráfico 10.

Gráfico 10. Distribución de los jóvenes escolarizados según último consumo de alcohol hasta la embriaguez.



De los jóvenes escolarizados que reportaron consumo de bebidas alcohólicas alguna vez en su vida y que respondieron las preguntas sobre el riesgo de alcoholismo según el Test de Cage(32), se reportó un resultado de posible alcoholismo en el 8,1% (200) de los jóvenes encuestados y el 13,5% (333) se encontraban al momento de la realización de la encuesta, en alto riesgo de alcoholismo; por lo tanto, uno de cada cinco jóvenes escolarizados, consumidor de bebidas alcohólicas, se encuentra en alto riesgo de alcoholismo o ya es alcohólico. Gráfico 11.

Gráfico 11. Distribución de los jóvenes escolarizados consumidores de bebidas alcohólicas según riesgo de alcoholismo.

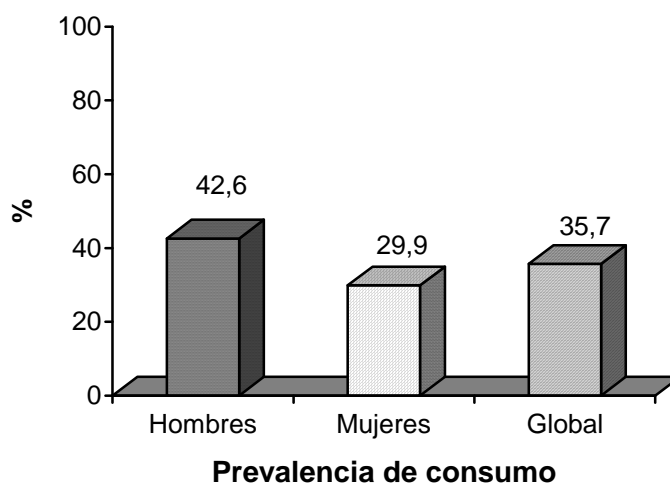


Cigarrillo

El 35,7% de los jóvenes escolarizados manifiestan haber consumido alguna vez cigarrillo, es decir uno de cada tres jóvenes ha consumido cigarrillo en algún momento de su vida; y el 20,5% lo han consumido en el último año, por lo tanto, uno de cada cinco jóvenes ha consumido cigarrillo en el último año. Gráficos 12 y 13.

Al analizar el consumo de cigarrillo por sexo, se encuentra que el 42,6% de los hombres y el 29,9% de las mujeres, lo han consumido alguna vez, evidenciando diferencias significativas por sexo a favor de los hombres, lo cual permite concluir, que por cada mujer que consume cigarrillo, lo hacen 1,42 hombres. Gráfico 12.

Gráfico 12. Prevalencia de consumo de cigarrillo alguna vez en la vida según sexo.

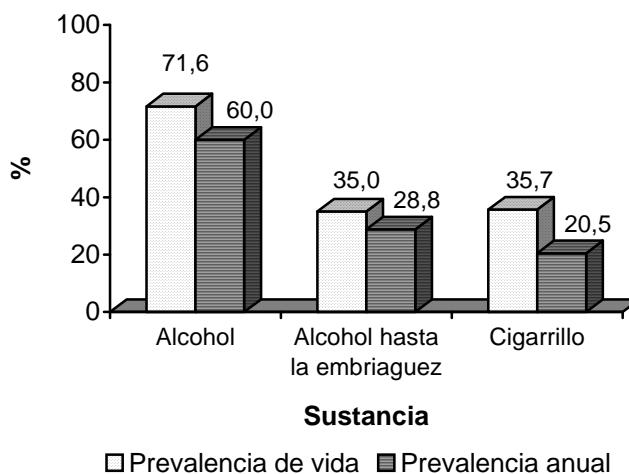


Los jóvenes escolarizados que alguna vez han consumido cigarrillo, iniciaron su consumo entre los 7 y los 19 años, con un promedio de 12,63 años, el 50% de estos jóvenes inició su consumo antes de los 13 años y la edad de inicio más frecuentemente reportada fue los 13 años; llama la atención que solo el 25% de los jóvenes iniciaron el consumo después de los 14 años.

Por lo anterior, se deduce que la sustancia legal más frecuentemente consumida es el alcohol, el cual ha sido consumido en la vida por aproximadamente tres jóvenes de cada cuatro y al año, lo consumen tres de cada cinco jóvenes escolarizados. A lo largo de su vida, la tercera parte de los jóvenes han consumido alcohol hasta la embriaguez y en una proporción similar lo han hecho en forma anual. Gráfico 13.

El cigarrillo por su parte, ha sido consumido en algún momento de la vida, por la tercera parte de los jóvenes escolarizados, y anualmente lo consumen uno de cada cinco jóvenes. Gráfico 13.

Gráfico 13. Prevalencias de consumo de sustancias legales.

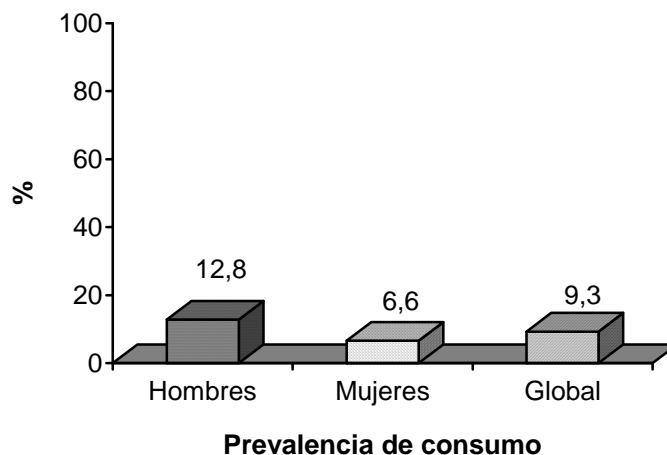


3.2.2 Sustancias ilegales

Marihuana

El 9,3% de los jóvenes escolarizados manifiestan haber consumido alguna vez marihuana y el 6,1% la consumieron en el último año. El consumo de marihuana por sexo, presenta diferencias significativas, puesto que el 12,8% de los hombres la han consumido alguna vez comparado con el 6,6% de las mujeres; por lo tanto, por cada mujer que consume marihuana lo hacen 1,95 hombres. Gráficos 14 y 36.

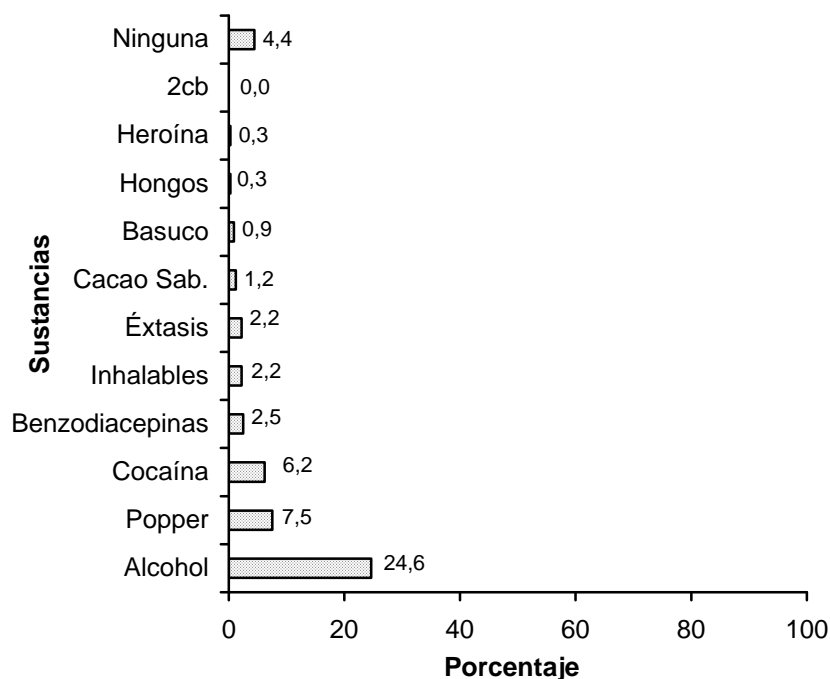
Gráfico 14. Prevalencia de consumo de marihuana alguna vez en la vida según sexo.



Los jóvenes escolarizados que alguna vez han consumido marihuana, iniciaron su consumo entre los 8 y los 18 años, con un promedio de 14,02 años, el 50% de estos jóvenes inició su consumo antes de los 14 años y la edad de inicio más frecuentemente reportada fue los 15 años; sólo el 25% de los jóvenes iniciaron el consumo después de los 15 años.

El 24,6% de los jóvenes escolarizados consumidores de marihuana, manifestaron hacerlo antes, durante o después del consumo de alcohol, el 7,5% la consumen con popper, el 6,2% la consumen con cocaína; menos del 3% de los jóvenes, consumen marihuana antes, durante o después del consumo de benzodiacepinas, inhalables, éxtasis, cacao sabanero, basuco, hongos o heroína. No se reportó consumo adicional de 2cb y sólo 4,4% de los jóvenes escolarizados, manifiestan no consumir ninguna sustancia adicional cuando consumen marihuana. Gráfico 15.

Gráfico 15. Distribución de los jóvenes escolarizados consumidores de marihuana según consumo adicional de otras sustancias.

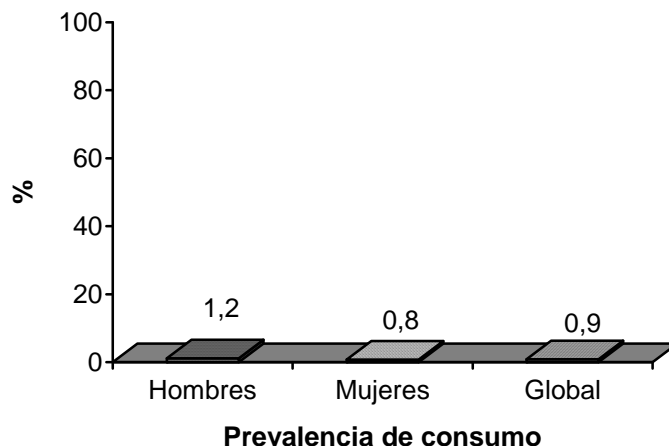


Basuco

El 0,9% de los jóvenes escolarizados, manifiestan haber consumido alguna vez basuco y el 0,6% lo consumieron en el último año. El consumo de basuco por sexo no se distancia mucho, el 1,2% de los hombres la han consumido alguna vez

frente al 0,8% de las mujeres; por lo tanto, por cada mujer que consume basuco lo hacen 1,52 hombres. Gráficos 16 y 36.

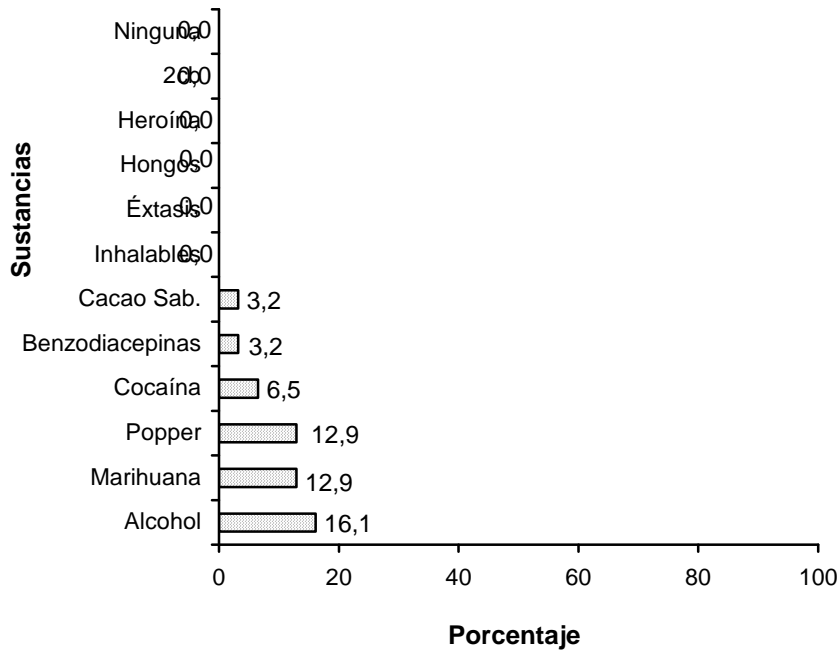
Gráfico 16. Prevalencia de consumo de basuco alguna vez en la vida según sexo.



Los jóvenes escolarizados que alguna vez han consumido basuco, iniciaron su consumo entre los 9 y los 18 años, con un promedio de 13,70 años, el 50% de estos jóvenes inició su consumo antes de los 14 años y la edad de inicio más frecuentemente reportada fue los 15 años; llama la atención que solo el 25% de los jóvenes iniciaron el consumo después de los 16 años.

El 16,1% de los jóvenes escolarizados consumidores de basuco, manifestaron hacerlo antes, durante o después del consumo de alcohol, el 12,9% lo consumen con marihuana y un porcentaje similar con popper, el 6,5% lo consumen con cocaína, y el 3,2% lo consumen con benzodiazepinas o cacao sabanero, respectivamente. No se registraron consumos de basuco antes, durante o después del consumo de inhalables, éxtasis, hongos, heroína, 2cb u otra sustancia adicional. Gráfico 17.

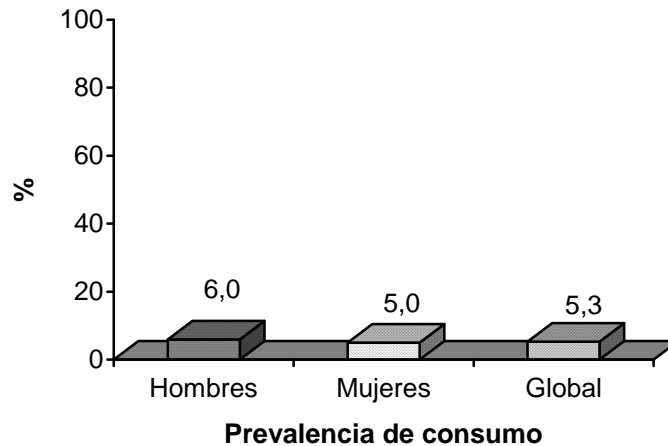
Gráfico 17. Distribución de los jóvenes escolarizados consumidores de basuco según consumo adicional de otras sustancias.



Inhalables

El 5,3% de los jóvenes escolarizados, manifiestan haber consumido alguna vez inhalables y el 2,7% los consumieron en el último año. El consumo de inhalables por sexo es similar, el 6,0% de los hombres los han consumido alguna vez en comparación con el 5,0% de las mujeres; por lo tanto, por cada mujer que consume inhalables, lo hacen 1,20 hombres. Gráficos 18 y 36.

Gráfico 18. Prevalencia de consumo de inhalables alguna vez en la vida según sexo.

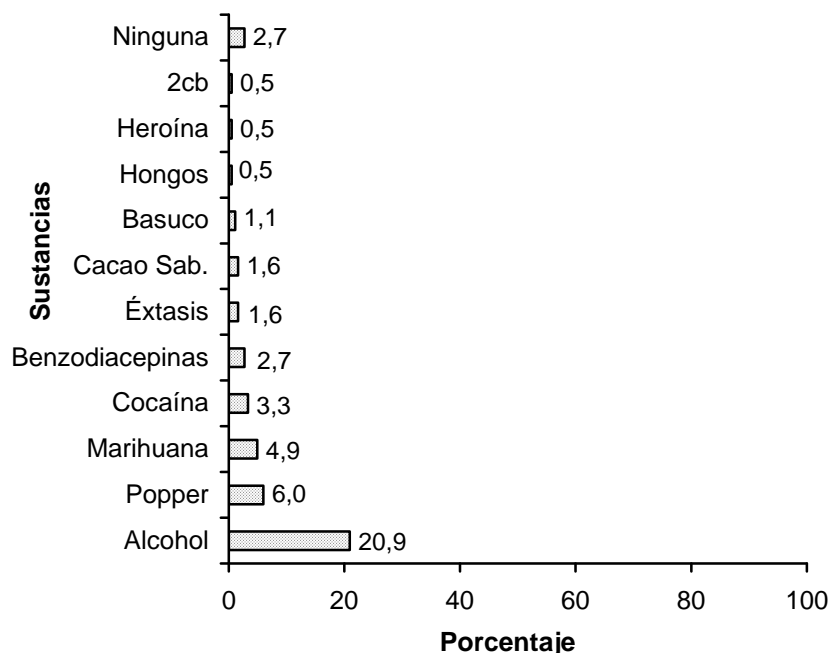


Los jóvenes escolarizados que alguna vez han consumido inhalables, iniciaron su consumo entre los 5 y los 18 años, con un promedio de 12,92 años; el 50% de estos jóvenes, inició su consumo antes de los 14 años y la edad de inicio más frecuentemente reportada fue los 15 años; llama la atención que solo el 25% de los jóvenes iniciaron el consumo después de los 15 años.

Entre los inhalables que han consumido los jóvenes se reporta, en un 43,4% sacol, en un 25,8% gasolina, en un 23,6% marcadores, en un 20,6% esmaltes, en un 17,6% pinturas, en un 12,1% aerosoles, en un 6,0% solventes y en un 24,7% otros inhalables descritos como PVC.

El 20,9% de los jóvenes escolarizados consumidores de inhalables, manifestaron hacerlo antes, durante o después del consumo de alcohol, el 6,0% lo consumen con popper, el 4,9% lo consumen con marihuana, el 3,3% lo consumen con cocaína, y el 2,7% lo consumen con benzodiazepinas; el consumo adicional o posterior de otras sustancias como éxtasis, cacao sabanero, basuco, hongos, heroína, 2cb, ocurre en menos del 2% de los jóvenes escolarizados. Sólo el 2,7% de los jóvenes, no reportan ninguna sustancia de consumo adicional. Gráfico 19.

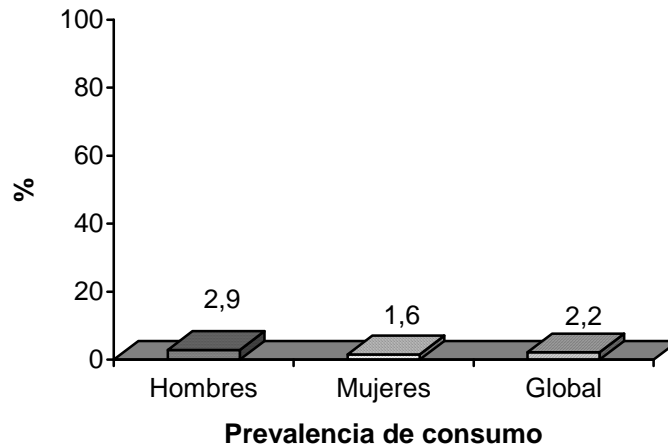
Gráfico 19. Distribución de los jóvenes escolarizados consumidores de inhalables según consumo adicional de otras sustancias.



Benzodiacepinas

El 2,2% de los jóvenes escolarizados manifiestan haber consumido alguna vez benzodiacepinas y el 1,3% las consumieron en el último año. El consumo de estas sustancias por sexo, presenta diferencias significativas, el 2,9% de los hombres y el 1,6% de la mujeres las han consumido alguna vez; por lo tanto, por cada mujer que consume benzodiacepinas, lo hacen 1,81 hombres. Gráficos 20 y 36.

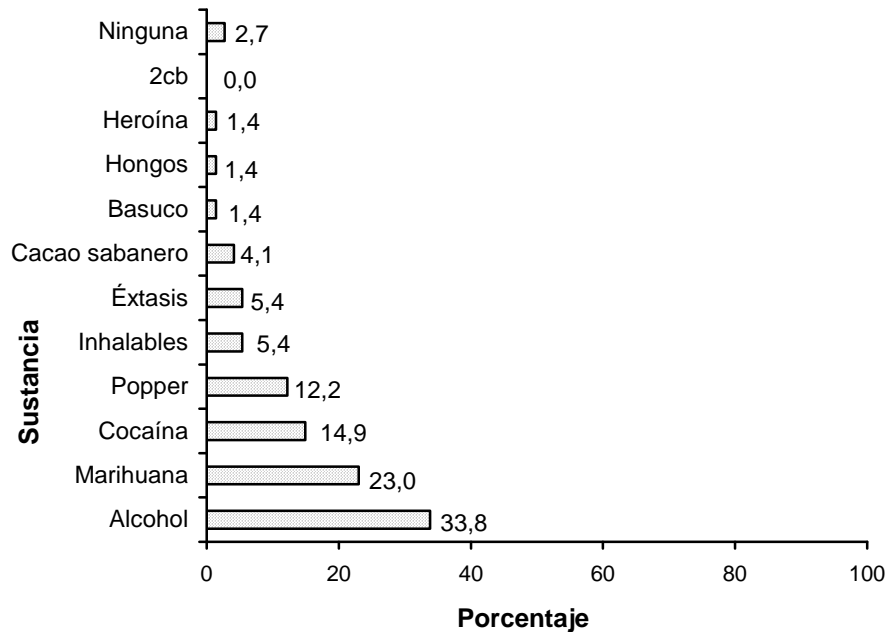
Gráfico 20. Prevalencia de consumo de benzodiacepinas alguna vez en la vida según sexo.



Los jóvenes escolarizados que alguna vez han consumido estas drogas, iniciaron su consumo entre los 6 y los 18 años, con un promedio de 14,44 años, el 50% de estos jóvenes inició su consumo antes de los 15 años y la edad de inicio más frecuentemente reportada fue los 16 años; llama la atención que solo el 25% de los jóvenes iniciaron el consumo después de los 16 años.

El 33,8% de los jóvenes escolarizados consumidores de benzodiazepinas, manifestaron hacerlo antes, durante o después del consumo de alcohol, el 23,0% las consumen con marihuana, el 14,9% las consumen con cocaína, el 12,2% las consumen con popper, 5,4% las consumen con inhalables e igual proporción con éxtasis, el consumo adicional o posterior a otras sustancias como cacao sabanero, basuco, hongos, heroína, 2cb, las consumen el 4% o menos de los jóvenes escolarizados. Sólo el 2,7% de los jóvenes no reportan consumo de otra sustancia. Gráfico 21.

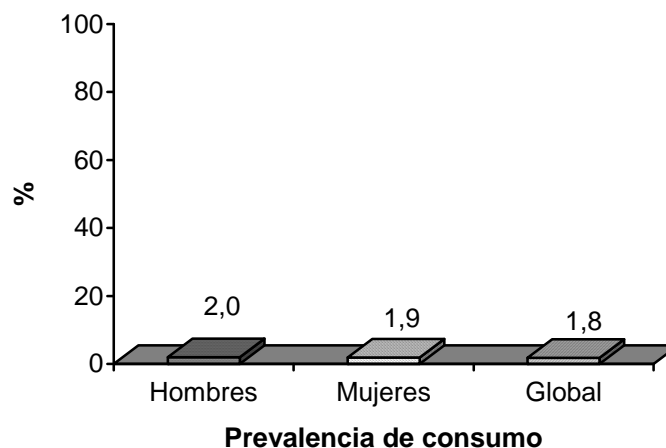
Gráfico 21. Distribución de los jóvenes escolarizados consumidores de benzodiazepinas según consumo adicional de otras sustancias.



Éxtasis

El 1,8% de los jóvenes escolarizados manifiestan haber consumido alguna vez éxtasis y el 1,3% lo consumieron en el último año. El consumo de éxtasis por sexo es similar, el 2,0% de los hombres y el 1,9% de las mujeres lo han consumido alguna vez; por lo tanto, por cada mujer que consume éxtasis lo hacen 1,06 hombres. Gráficos 22 y 36.

Gráfico 22. Prevalencia de consumo de éxtasis alguna vez en la vida según sexo.

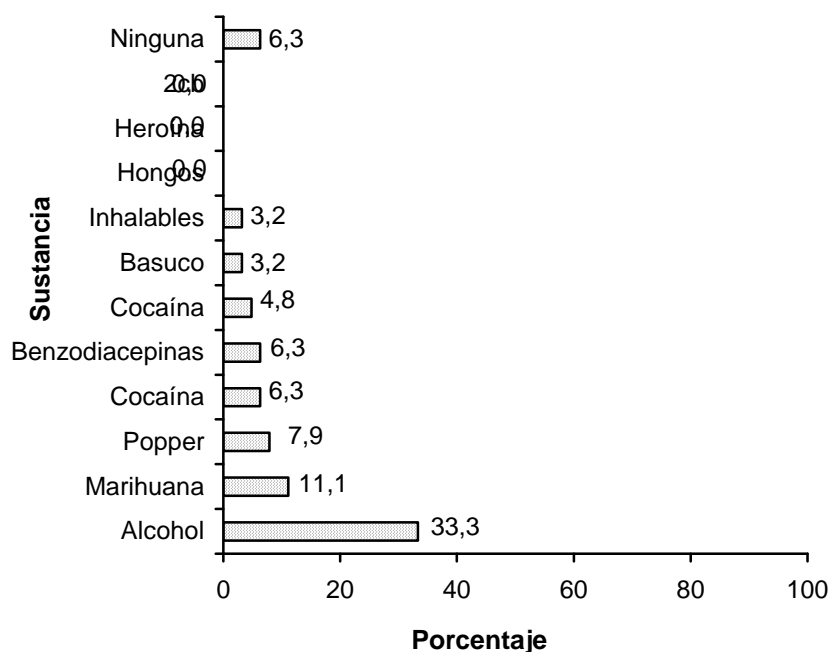


Los jóvenes escolarizados que alguna vez han consumido éxtasis, iniciaron su consumo entre los 10 y los 17 años, con un promedio de 14,24 años, el 50% de

estos jóvenes inició su consumo antes de los 14 años y la edad de inicio más frecuentemente reportada fue los 16 años; llama la atención que solo el 25% de los jóvenes iniciaron el consumo después de los 16 años.

El 33,3% de los jóvenes escolarizados consumidores de éxtasis manifestaron hacerlo antes, durante o después del consumo de alcohol, el 11,1% lo consumen con marihuana, el 7,9% lo consumen con popper y una proporción del 6,3%, lo consumen con cocaína, o con benzodiazepinas, el consumo adicional o posterior de otras sustancias como cacao sabanero, basuco, inhalables, hongos, heroína, 2cb, sucede en el 5% o menos de los jóvenes escolarizados. Sólo el 6,3% de los jóvenes, no reportan consumo de sustancia adicional. Gráfico 23.

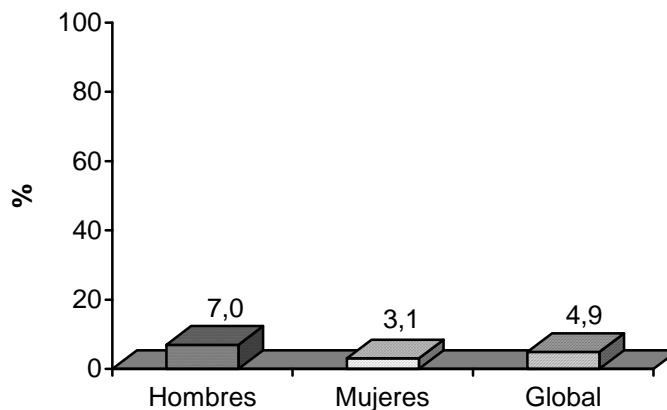
Gráfico 23. Distribución de los jóvenes escolarizados consumidores de éxtasis según consumo adicional de otras sustancias.



Cocaína

El 4,9% de los jóvenes escolarizados, manifiestan haber consumido alguna vez cocaína y el 3,3% la consumieron en el último año. El consumo de esta sustancia es significativamente diferente por sexo, el 7,0% de los hombres y el 3,1% de las mujeres la han consumido alguna vez; por lo tanto, por cada mujer que consume cocaína, lo hacen 2,24 hombres. Gráficos 24 y 36.

Gráfico 24. Prevalencia de consumo alguna vez en la vida de cocaína según sexo.



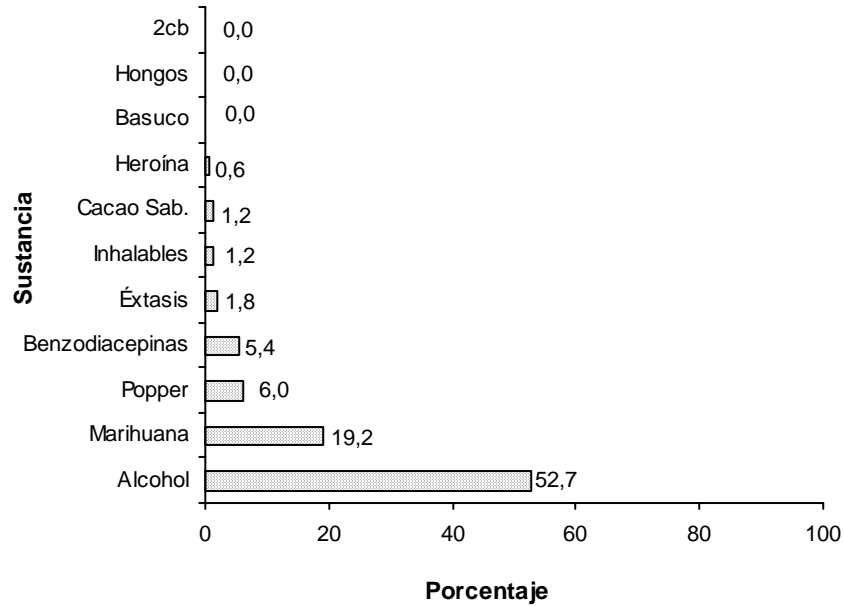
Prevalencia de consumo

Los jóvenes escolarizados que alguna vez han consumido cocaína, iniciaron su consumo entre los 7 y los 19 años, con un promedio de 14,24 años, el 50% de estos jóvenes inició su consumo antes de los 14 años y la edad de inicio más frecuentemente reportada fue los 15 años; llama la atención que solo el 25% de los jóvenes iniciaron el consumo después de los 15 años.

La forma de consumo de cocaína más comúnmente reportada es por inhalación, según el 56,9% de los jóvenes consumidores, seguido del consumo por vía oral reportado por el 9,0%, a través de inyección el 3,6% o fumada igualmente el 3,6%. El 26,9% de los jóvenes no reportaron la forma de consumo de esta sustancia.

El 52,7% de los jóvenes escolarizados consumidores de cocaína, manifestaron hacerlo antes, durante o después del consumo de alcohol, el 19,2% lo consumen con marihuana, el 6,0% lo consumen con popper y el 5,4% lo consumen con benzodiazepinas; el consumo adicional o posterior de otras sustancias como éxtasis, inhalables, cacao sabanero y heroína, sucede en menos del 2% de los jóvenes escolarizados. No se reportó consumo adicional de basuco, hongos o 2cb. Gráfico 25.

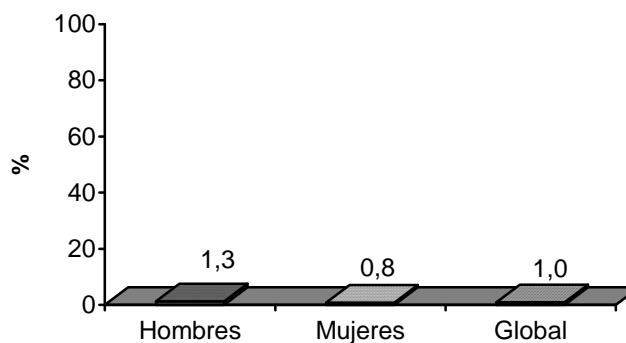
Gráfico 25. Distribución de los jóvenes escolarizados consumidores de cocaína según consumo adicional de otras sustancias.



Hongos (alucinógenos)

El 1,0% de los jóvenes escolarizados manifiestan haber consumido alguna vez hongos y el 0,4% los consumieron en el último año. El consumo de hongos es similar por sexo, el 1,3% de los hombres y el 0,8% de las mujeres los han consumido alguna vez; por lo tanto, por cada mujer que consume hongos lo hacen 1,70 hombres. Gráficos 26 y 36.

Gráfico 26. Prevalencia de consumo de hongos alguna vez en la vida según sexo.



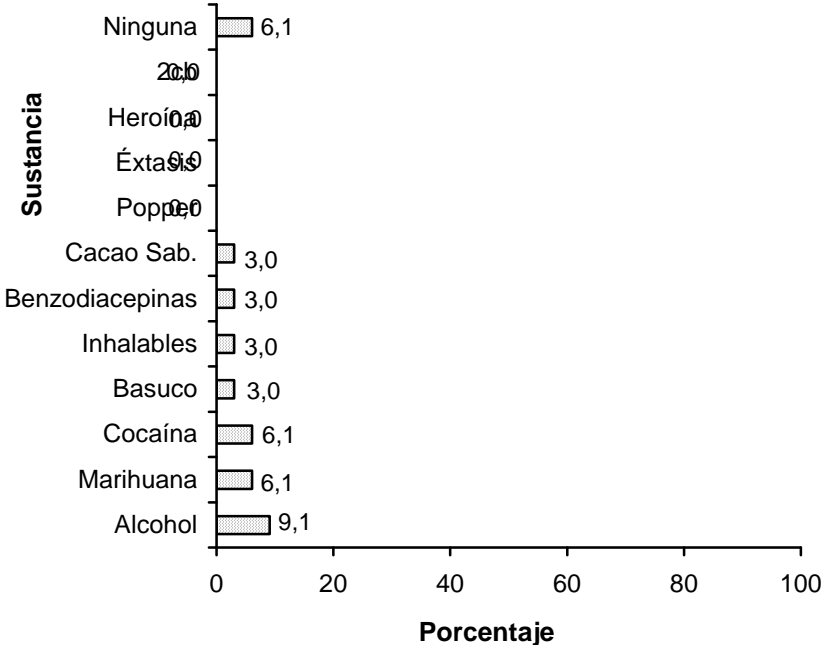
Prevalencia de consumo

Los jóvenes escolarizados que alguna vez han consumido hongos, iniciaron su consumo entre los 4 y los 18 años, con un promedio de 12,94 años, el 50% de estos jóvenes inició su consumo antes de los 13 años y la edad de inicio más

frecuentemente reportada fue los 13 años; llama la atención que solo el 25% de los jóvenes iniciaron el consumo después de los 15 años.

El 6,1% de los jóvenes escolarizados consumidores de hongos, manifestaron hacerlo antes, durante o después del consumo de alcohol, el 6,1% lo consumen con marihuana e igual proporción con cocaína; el 3,0% lo consumen con basuco, inhalables, benzodiacepinas o cacao sabanero. No se reportó consumo adicional de popper, éxtasis, heroína o 2cb. El 6,1% de los jóvenes consumidores, no manifestaron consumo de sustancias adicionales. Gráfico 27.

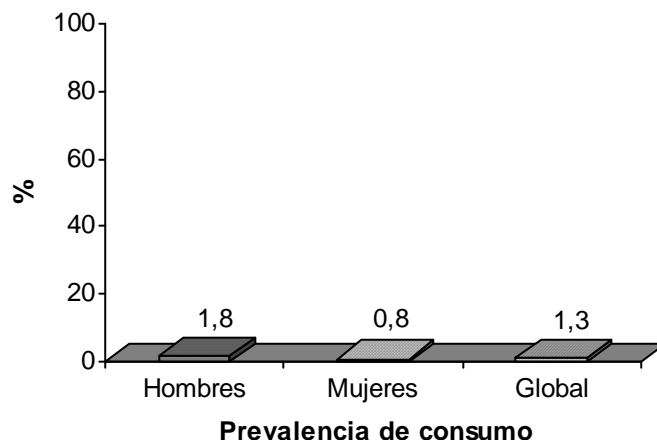
Gráfico 27. Distribución de los jóvenes escolarizados consumidores de hongos según consumo adicional de otras sustancias.



Cacao Sabanero (Escopolamina)

El 1,3% de los jóvenes escolarizados manifiestan haber consumido alguna vez cacao sabanero y el 0,6% lo consumieron en el último año. El consumo de cacao sabanero es significativamente diferente por sexo, el 1,8% de los hombres y el 0,8% en las mujeres lo han consumido alguna vez; por lo tanto, por cada mujer que consume cacao sabanero lo hacen 2,34 hombres. Gráficos 28 y 36.

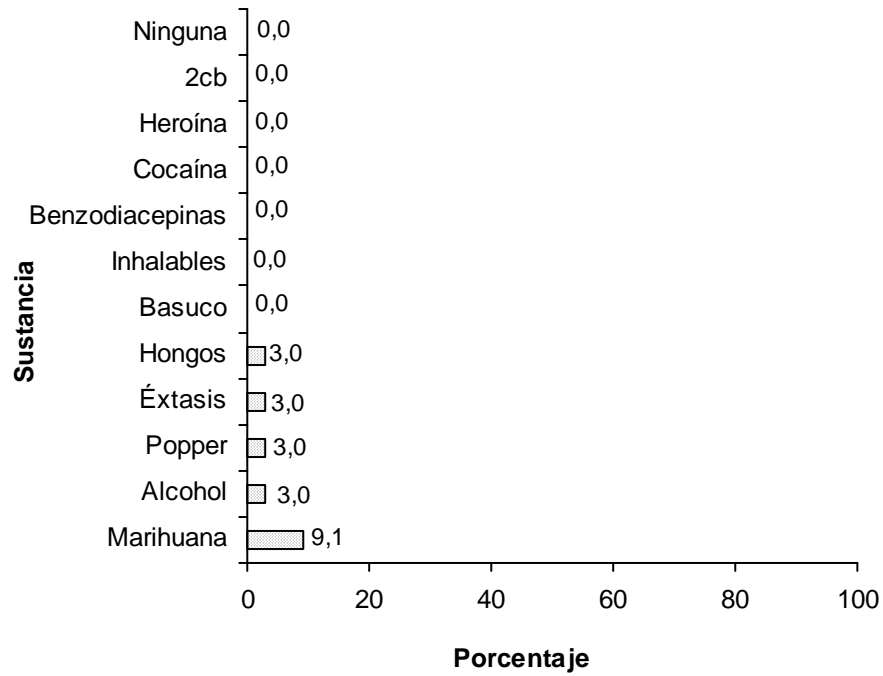
Gráfico 28. Prevalencia de consumo de cacao sabanero alguna vez en la vida según sexo.



Los jóvenes escolarizados que alguna vez han consumido cacao sabanero, iniciaron su consumo entre los 12 y los 19 años, con un promedio de 13,64 años, el 50% de estos jóvenes inició su consumo antes de los 13 años y la edad de inicio más frecuentemente reportada fue los 13 años; llama la atención que solo el 25% de los jóvenes iniciaron el consumo después de los 16 años.

El 9,1% de los jóvenes escolarizados consumidores de cacao sabanero, manifestaron hacerlo antes, durante o después del consumo de marihuana, el 3,0% lo consumen con alcohol, popper, éxtasis y hongos. No se reportó consumo adicional de basuco, inhalables, benzodicepinas, cocaína, heroína o 2cb. Gráfico 29.

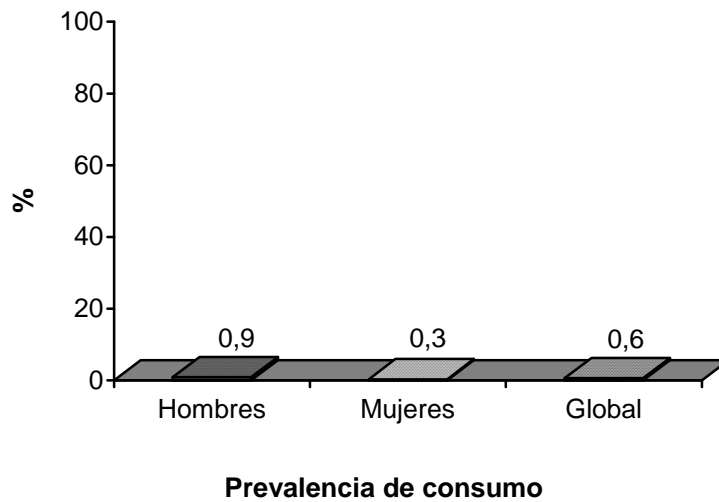
Gráfico 29. Distribución de los jóvenes escolarizados consumidores de cacao sabanero según consumo adicional de otras sustancias.



Heroína

El 0,6% de los jóvenes escolarizados manifiestan haber consumido alguna vez heroína y el 0,33% la consumieron en el último año. Por sexo, el consumo de heroína alguna vez, es superior en hombres con el 0,9% en referencia a las mujeres, con el 0,3%; por lo tanto, por cada mujer que consume heroína, lo hacen 2,71 hombres. Gráficos 30 y 36.

Gráfico 30. Prevalencia de consumo de heroína alguna vez en la vida según sexo.

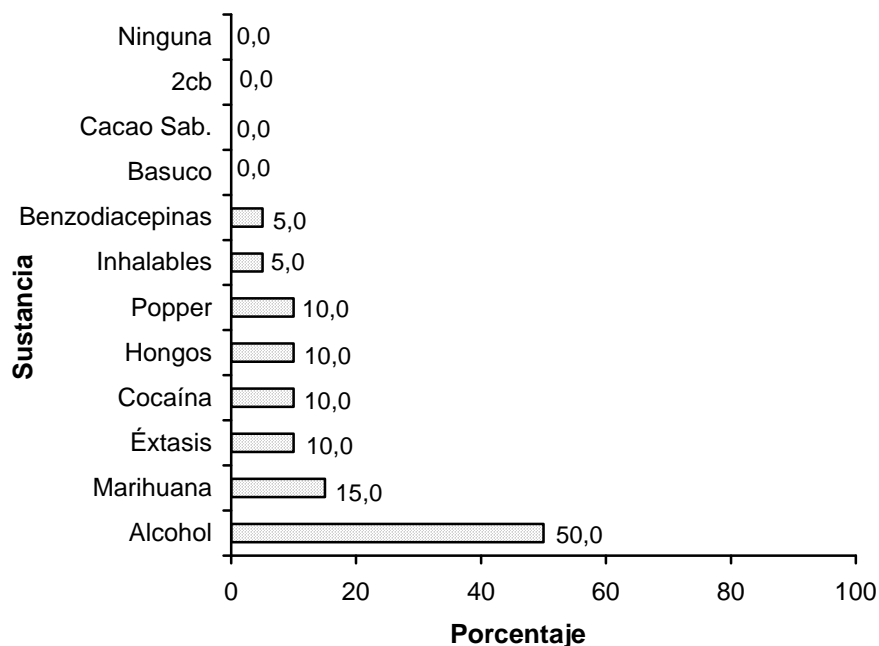


Los jóvenes escolarizados que alguna vez han consumido heroína, iniciaron su consumo entre los 10 y los 19 años, con un promedio de 13,89 años, el 50% de estos jóvenes inició su consumo antes de los 14 años y la edad de inicio más frecuentemente reportada fue los 15 años; llama la atención que solo el 25% de los jóvenes iniciaron el consumo después de los 15 años.

La forma de consumo de heroína más comúnmente reportada, es a través de inyección según el 50,0% y por inhalación según el 45,0% de los jóvenes consumidores. Un joven consumidor equivalente al 5%, no responde en qué forma consume la heroína.

El 50,0% de los jóvenes escolarizados consumidores de heroína manifestaron hacerlo antes, durante o después del consumo de alcohol, el 15,0% lo consumen con marihuana y lo consumen con éxtasis, cocaína, hongos o popper, el 10% de los jóvenes para cada una de estas sustancias; el 5,0% lo consumen con inhalables o benzodiacepinas. No se reportó consumo adicional de basuco, cacao sabanero o 2cb. Gráfico 31.

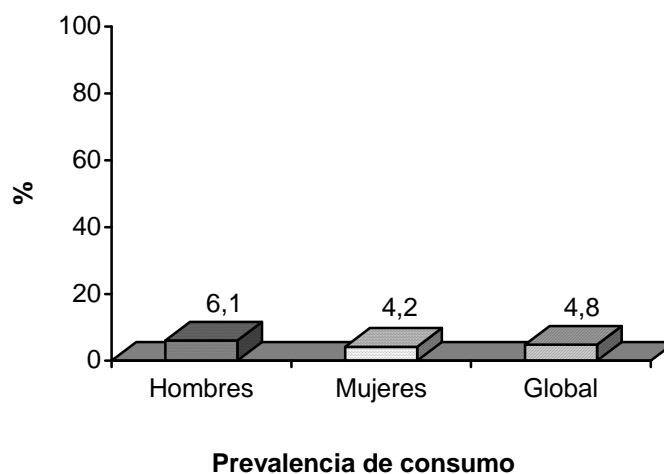
Gráfico 31. Distribución de los jóvenes escolarizados consumidores de heroína según consumo adicional de otras sustancias.



Popper

El 4,8% de los jóvenes escolarizados, manifiestan haber consumido alguna vez popper y el 3,7% lo consumieron en el último año. El consumo de popper es significativamente diferente por sexo, el 6,1% de los hombres y el 4,2% de las mujeres lo han consumido alguna vez; por lo tanto, por cada mujer que consume popper lo hacen 1,47 hombres. Gráficos 32 y 36.

Gráfico 32. Prevalencia de consumo de popper alguna vez en la vida según sexo.



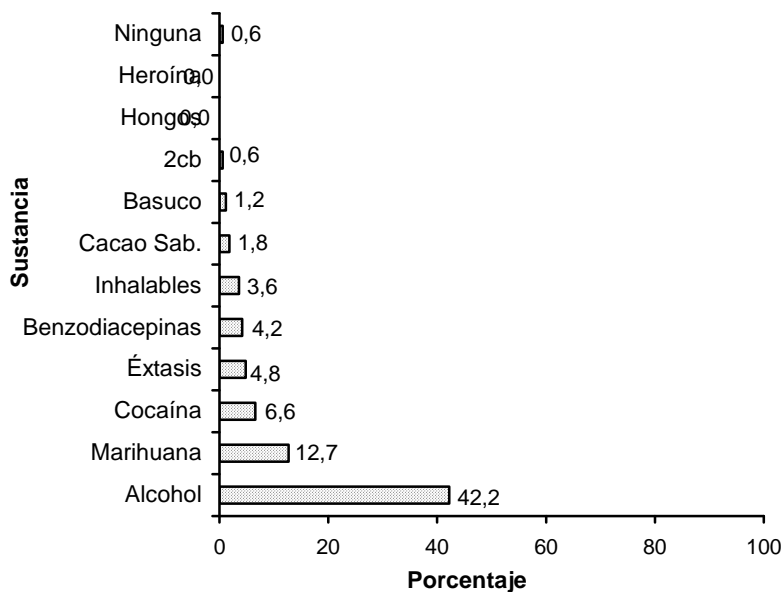
Los jóvenes escolarizados que alguna vez han consumido popper, iniciaron su consumo entre los 8 y los 18 años, con un promedio de 14,78 años, el 50% de estos jóvenes inició su consumo antes de los 15 años y la edad de inicio más frecuentemente reportada fue los 15 años; llama la atención que solo el 25% de los jóvenes iniciaron el consumo después de los 16 años.

La frecuencia con la cual los jóvenes escolarizados consumen popper, es mensual para el 23,5% de ellos, quincenal para el 8,4%, semanal para el 9,0% y diariamente lo hacen el 1,8% de estos jóvenes. Cabe anotar, que el 14,5% de los jóvenes escolarizados, consumen popper con una periodicidad anual o lo hacen con otra frecuencia como, ocasional, a veces o en fechas especiales, respectivamente.

El 42,2% de los jóvenes escolarizados consumidores de popper, manifestaron hacerlo antes, durante o después del consumo de alcohol, el 12,7% lo consumen con marihuana, el 6,6% lo consumen con cocaína, el 4,8% con éxtasis, el 4,2% benzodiazepinas y el 3,6% con inhalables; el consumo adicional o posterior a

otras sustancias como cacao sabanero, basuco o 2cb, sucede en menos del 2% de los jóvenes escolarizados. No se reportó consumo adicional de hongos o heroína. Gráfico 33.

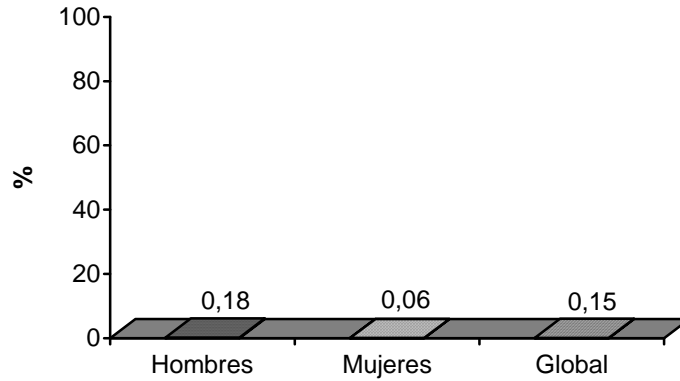
Gráfico 33. Distribución de los jóvenes escolarizados consumidores de popper según consumo adicional de otras sustancias.



2cb

El 0,15% los jóvenes escolarizados, manifiestan haber consumido alguna vez 2cb y el 0,12% lo consumieron en el último año. El consumo de 2cb se produce alguna vez en el 0,18% en los hombres y 0,06% en las mujeres; por lo tanto, por cada mujer que consume popper, lo hacen 2,9 hombres. Gráficos 34 y 36.

Gráfico 34. Prevalencia de consumo de 2cb alguna vez en la vida según sexo.

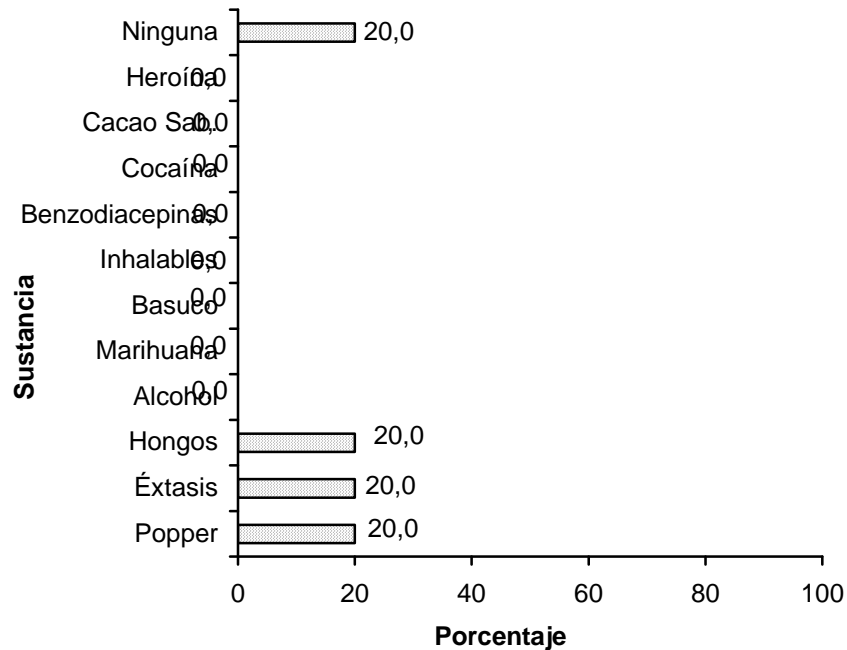


Prevalencia de consumo

Los jóvenes escolarizados que alguna vez han consumido 2cb, iniciaron su consumo entre los 10 y los 15 años, con un promedio de 12,40 años, el 50% de estos jóvenes inició su consumo antes de los 13 años y la edad de inicio más frecuentemente reportada fue los 13 años; llama la atención que solo el 25% de los jóvenes iniciaron el consumo después de los 14 años.

Los jóvenes escolarizados consumidores de 2cb manifestaron hacerlo antes, durante o después, en una proporción del 20%, con cada una de estas sustancias: popper, éxtasis u hongos. No se reportó consumo adicional de alcohol, marihuana, basuco, inhalables, benzodiazepinas, cocaína, cacao sabanero, ni de heroína. El 20,0% de los jóvenes manifestaron no consumir ninguna sustancia adicional. Gráfico 35.

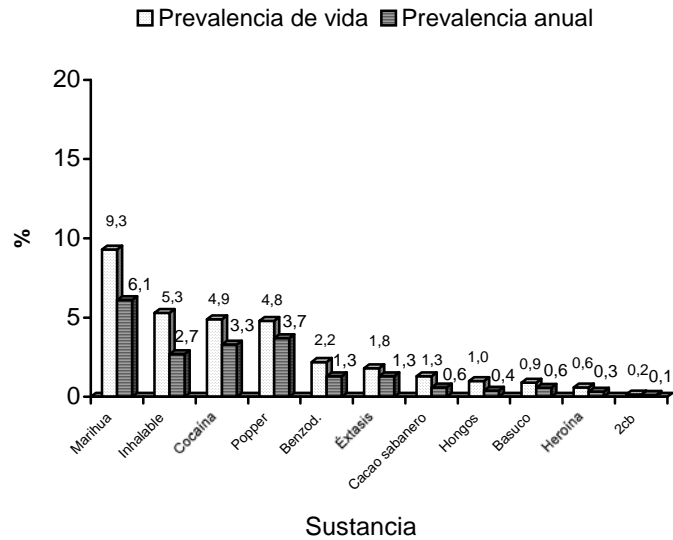
Gráfico 35. Distribución de los jóvenes escolarizados consumidores de 2cb según consumo adicional de otras sustancias.



3.2.3 Resumen de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas

La anterior descripción, señala que la sustancia ilegal de mayor consumo por los jóvenes escolarizados es la marihuana, la cual ha sido consumida en la vida por aproximadamente un joven de cada diez, esto es, 9,3% y al año la consumen uno de cada quince jóvenes escolarizados, lo cual corresponde al 6%. La segunda sustancia ilegal de mayor consumo son los inhalables, la cocaína y el popper, las cuales han sido consumidas en algún momento de la vida por cerca del 5% de los jóvenes escolarizados; si se detalla la prevalencia de consumo anual, se observa que el popper es la segunda sustancia de mayor consumo, con una prevalencia del 3,7%. Otras sustancias como benzodiazepinas, cacao sabanero, hongos, basuco, heroína y 2cb, han sido consumidas alguna vez por el 2% o menos de los jóvenes escolarizados del Departamento, lo cual se referencia con mayor detalle en el gráfico siguiente. Gráfico 36.

Gráfico 36. Prevalencias de consumo de sustancias ilegales.



3.2.4 Resumen de las frecuencias de consumo de mezclas de sustancias psicoactivas

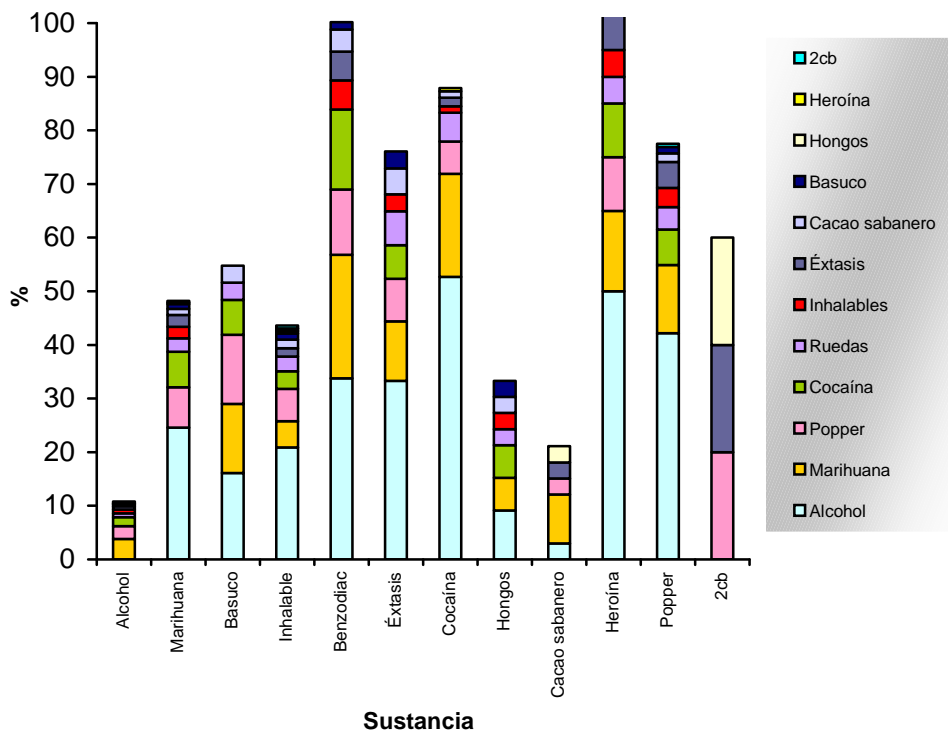
El gráfico 37, muestra que tan frecuente es el consumo de mezclas de sustancias psicoactivas en los jóvenes escolarizados y compara la frecuencia de su utilización en mezcla, de cada una de las sustancias del estudio.

El consumo de benzodiacepinas y la heroína, son mezcladas para su consumo por los jóvenes escolarizados, en porcentajes cercanos al 100%; el alcohol es la sustancia que predomina en todas las mezclas, el cual, consumido con cocaína, ocupa la mayor frecuencia entre las mezclas con el 52,7% y en segundo lugar con la heroína, en donde aparece en el 50% de las mezclas. El alcohol no fue reportado en mezcla con 2cb y presenta los porcentajes más bajos de mezcla con cacao sabanero 3,0% y con hongos 10,1%.

Se observa que, la segunda sustancia de mayor frecuencia en las mezclas utilizadas, corresponde a la marihuana, la cual se mezcla para su consumo en mayor frecuencia con benzodiacepinas en un 23% y en segundo lugar con cocaína en un 19%. Cuando es droga primaria de uso, la marihuana presenta los porcentajes más bajos de mezcla con alcohol, con el 3,8% e inhalables con el 4,9%; no fue reportada en mezclas con 2cb.

La tercera sustancia, de mayor frecuencia en las mezclas de sustancias psicoactivas utilizadas, corresponde al popper, la cual se mezcla para su consumo en mayor frecuencia con 2cb en un 20% y en segundo lugar con basuco en un 12,9%, seguido por benzodiacepinas en 12,2% y éxtasis en 7,9%. El popper no fue reportado en mezclas con hongos y presenta los porcentajes más bajos de mezcla con alcohol, con el 2,4% y cacao sabanero con el 3,0%.

Gráfico 37. Frecuencias de consumo de mezclas de sustancias psicoactivas.

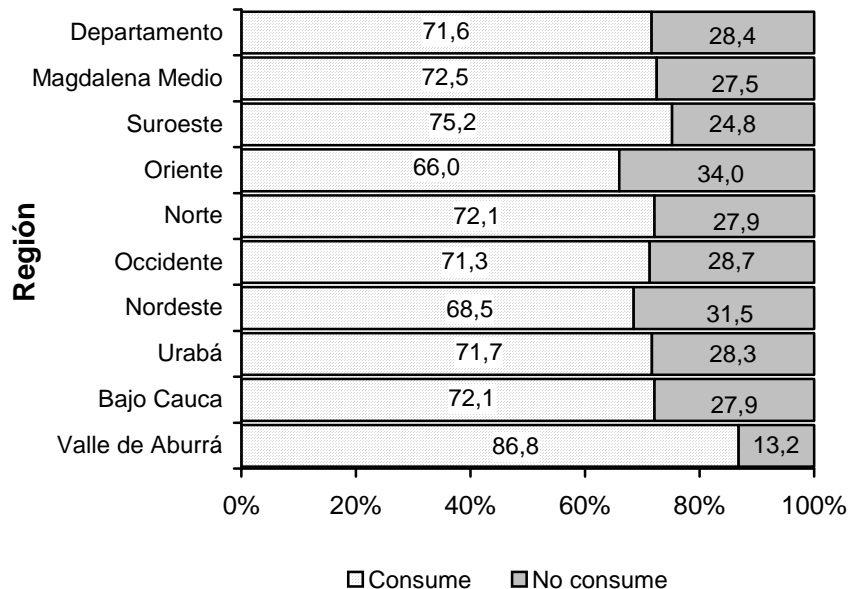


3.3 PREVALENCIAS DE CONSUMO DE DROGAS POR REGIONES

3.3.1 Sustancias legales

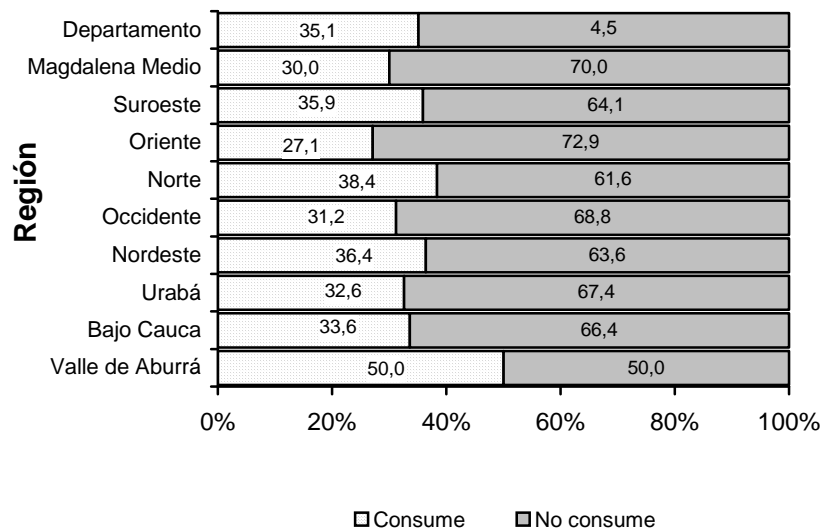
Las proporciones de consumo de alcohol alguna vez en la vida, oscilaron en todas las regiones del departamento entre 71,3% y 86,8%; la región con menor consumo es Oriente y la de mayor Valle de Aburrá, seguida de Suroeste y Magdalena Medio. Gráfico 38.

Gráfico 38. Distribución del consumo de alcohol según región del departamento.



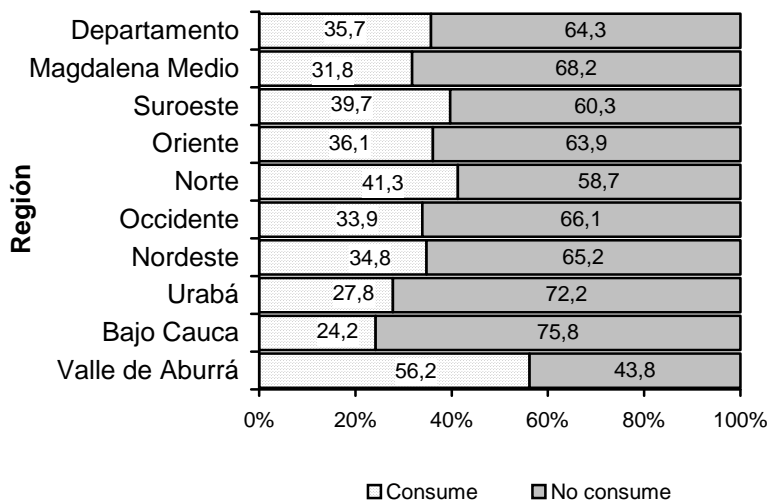
Las proporciones de consumo de ***alcohol hasta la embriaguez***, oscilaron en todas las regiones del departamento entre 27,1% y 50,0%, donde la región con menor consumo es Oriente y la de mayor consumo es Valle de Aburra, seguida de Norte y Nordeste. Gráfico 39.

Gráfico 39. Distribución de consumo de alcohol hasta la embriaguez según región del departamento.



Las proporciones de consumo de ***cigarrillo*** oscilaron en todas las regiones del departamento entre 24,2% y 56,2%, donde la región con menor consumo es Bajo Cauca y la de mayor consumo es Valle de Aburra. Gráfico 40.

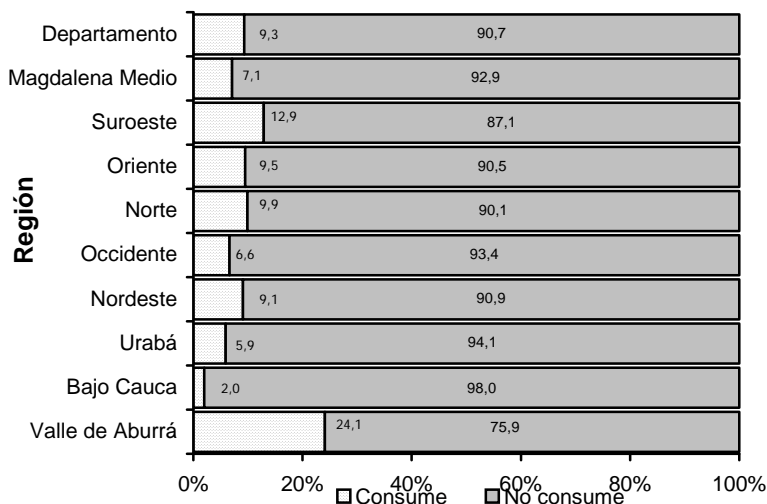
Gráfico 40. Distribución del consumo de cigarrillo según región del departamento.



3.3.2 Sustancias ilegales

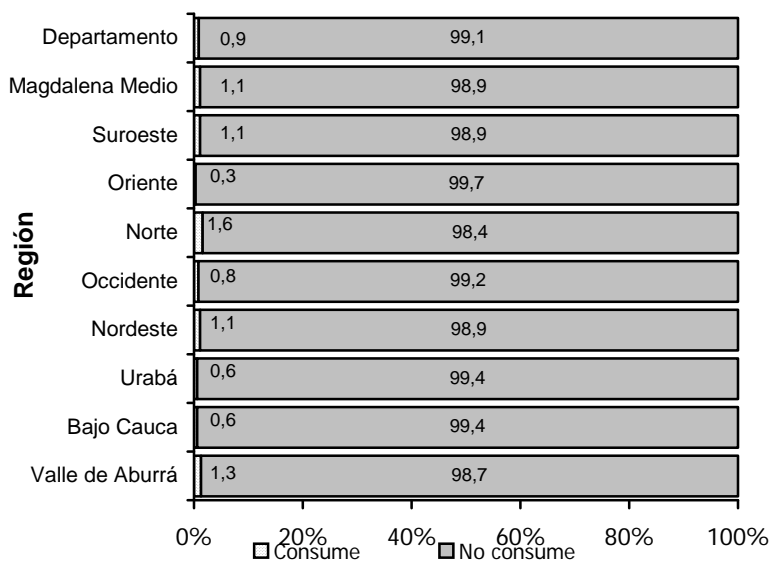
Las proporciones de consumo de ***marihuana*** oscilaron en todas las regiones del departamento entre 2,0% y 24,1%, donde la región con menor consumo es Bajo Cauca y la región con mayor consumo es Valle de Aburrá. Gráfico 41.

Gráfico 41. Distribución del consumo de marihuana según región del departamento.



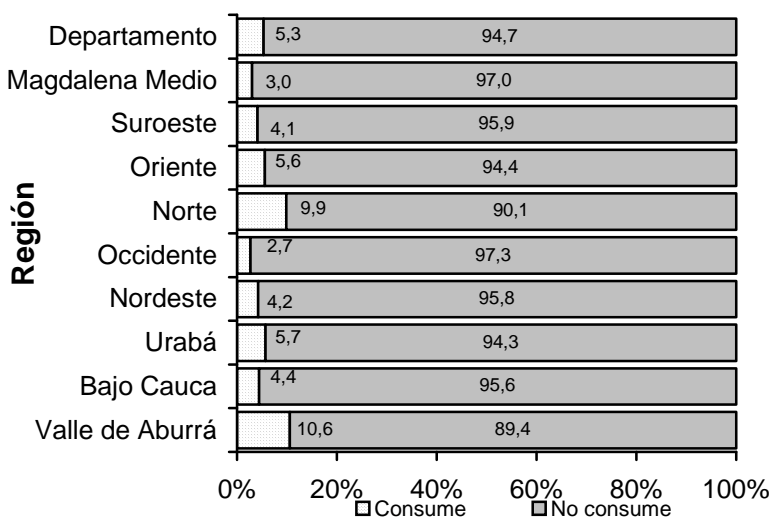
Las proporciones de consumo de ***basuco*** oscilaron en todas las regiones del departamento entre 0,3% y 1,3%, donde la región con menor consumo es Oriente y la de mayor consumo es Valle de Aburra. Gráfico 42.

Gráfico 42. Distribución del consumo de basuco según región del departamento.



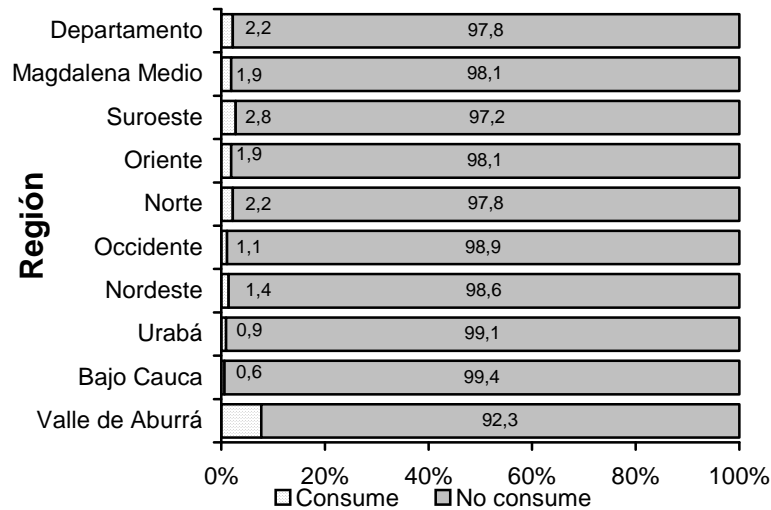
Las proporciones de consumo de *inhalables* oscilaron en todas las regiones del departamento entre 2,7% y 10,6%, donde la región con menor consumo es Occidente y la región con mayor consumo es Valle de Aburrá. Gráfico 43.

Gráfico 43. Distribución del consumo de inhalables según región del departamento.



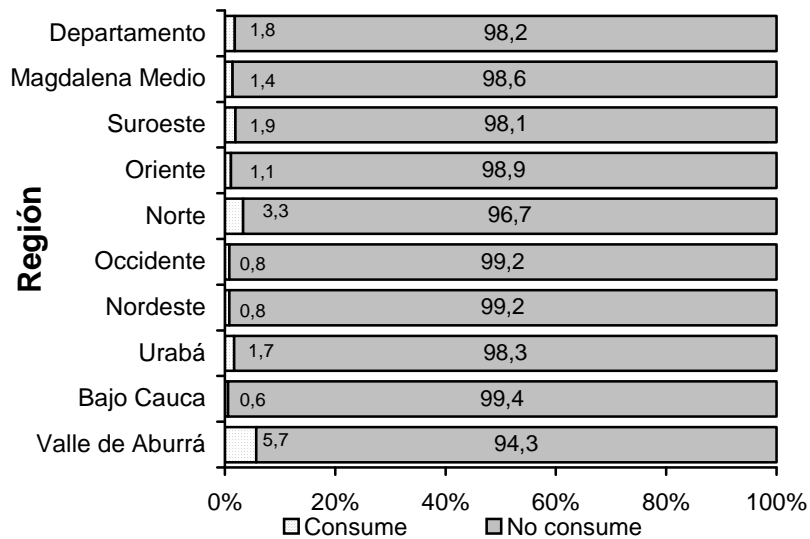
Las proporciones de consumo de *benzodiazepinas* oscilaron en todas las regiones del departamento entre 0,6% y 7,7%, donde la región con menor consumo es Bajo Cauca y la región con mayor consumo es Valle de Aburrá. Gráfico 44.

Gráfico 44. Distribución del consumo de benzodiacepinas según región del departamento.



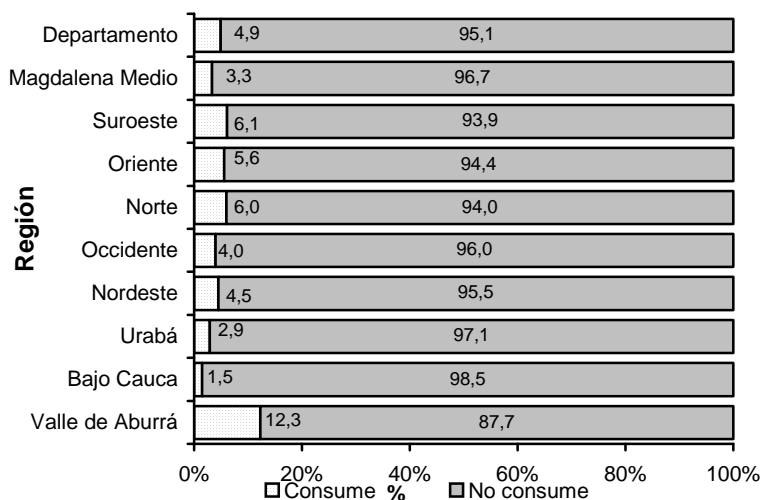
Las proporciones de consumo de éxtasis oscilaron en todas las regiones del departamento entre 0,6% y 5,7%, donde la región con menor consumo es Bajo Cauca y la región con mayor consumo es Valle de Aburrá. Gráfico 45.

Gráfico 45. Distribución del consumo de éxtasis según región del departamento.



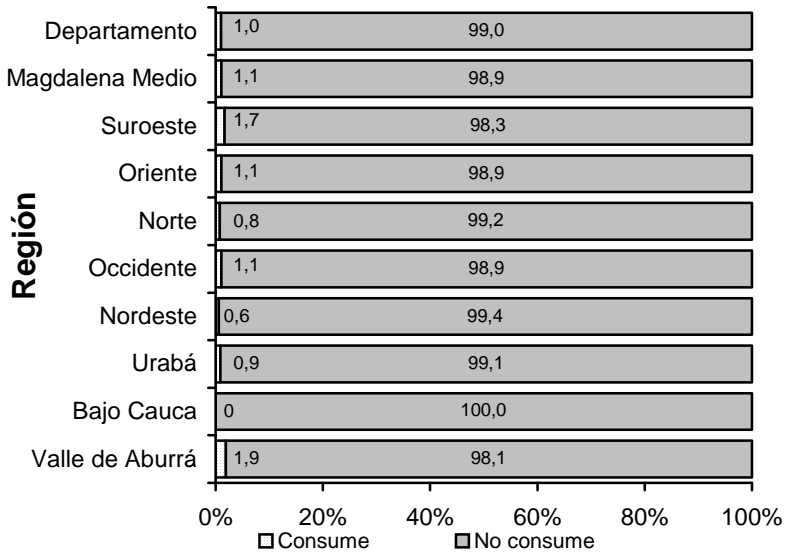
Las proporciones de consumo de cocaína, oscilaron en todas las regiones del departamento entre 1,5% y 12,3%, donde la región con menor consumo es Bajo Cauca y la región con mayor consumo es Valle de Aburrá. Gráfico 46.

Gráfico 46. Distribución del consumo de cocaína según región del departamento.



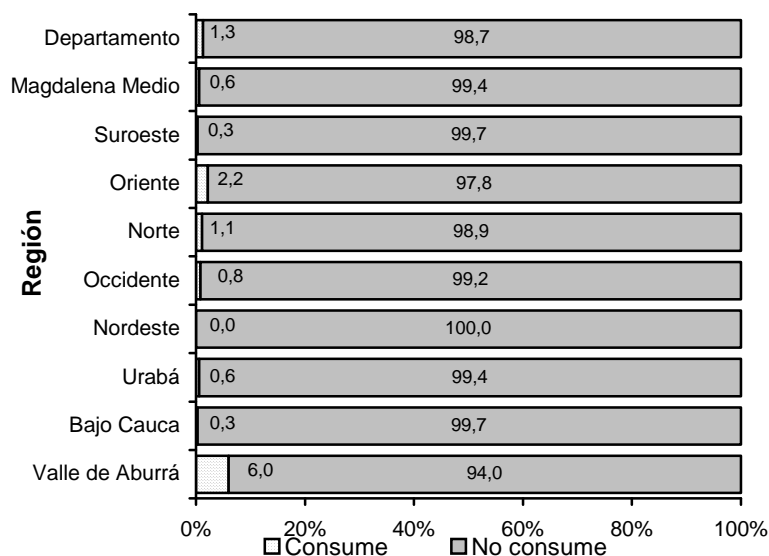
Las proporciones de consumo de ***hongos*** oscilaron en todas las regiones del departamento entre 0,0% y 1,9%, donde la región con menor consumo es Bajo Cauca y la región con mayor consumo es Valle de Aburrá. Gráfico 47.

Gráfico 47. Distribución del consumo de hongos según región del departamento.



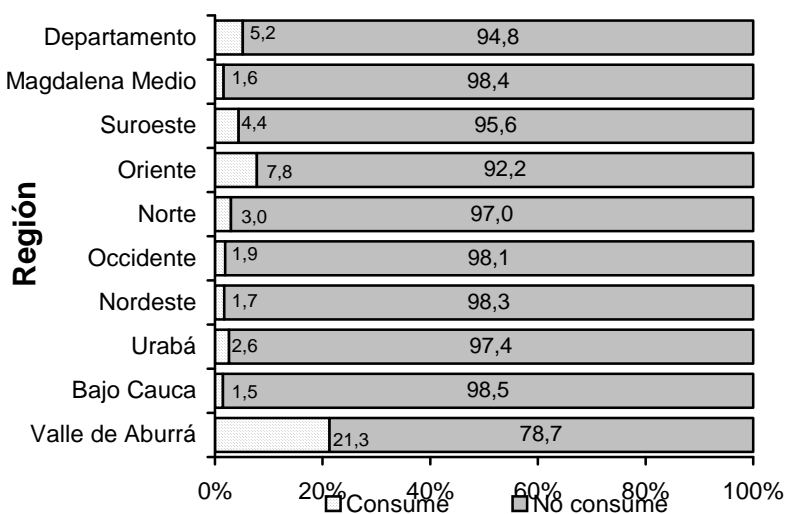
Las proporciones de consumo de ***cacao sabanero***, oscilaron en todas las regiones del departamento entre 0,0% y 6,0%, donde la región con menor consumo es Nordeste y la región con mayor consumo es Valle de Aburrá. Gráfico 48.

Gráfico 48. Distribución del consumo de cacao sabanero según región del departamento.



Las proporciones de consumo de *popper*, oscilaron en todas las regiones del departamento entre 1,5% y 21,3%, donde la región con menor consumo es Bajo Cauca y la región con mayor consumo es Valle de Aburrá. Gráfico 49.

Gráfico 49. Distribución del consumo de popper según región del departamento.

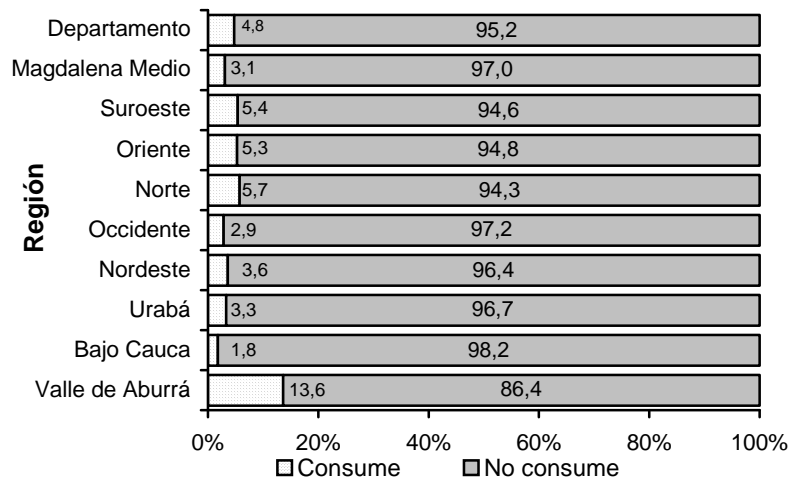


3.3.3 Prevalencia agrupada de consumo de drogas

La descripción de las proporciones de consumo por región, analizadas de manera individual para cada una de las sustancias descritas, permite una aproximación al diagnóstico de la situación individual del problema del consumo de drogas y un comparativo regional, de la situación individual de consumo de cada sustancia; un análisis agrupado, del consumo de las sustancias de mayor frecuencia, en este caso, marihuana, inhalables, cocaína, popper, benzodiacepinas y éxtasis, permitirá cuantificar de manera gruesa, la magnitud del problema del consumo de drogas en el Departamento y aproximarse a conclusiones, sobre la influencia que dicha situación puede tener a nivel regional.

El Gráfico 50, muestra la prevalencia agrupada de las seis sustancias de mayor frecuencia de consumo enunciadas. En él, puede observarse como, el Valle de Aburra ocupa el primer lugar de consumo de drogas en el Departamento con el 13,62%, seguido de Norte con el 5,72% y por Suroeste con el 5,37%. Las regiones de menor consumo global de drogas son en su orden, Bajo Cauca con el 1,77%, Magdalena medio con el 3,05% y Nordeste con el 3,62%.

Gráfico 50. Distribución del consumo sustancias según región del departamento.

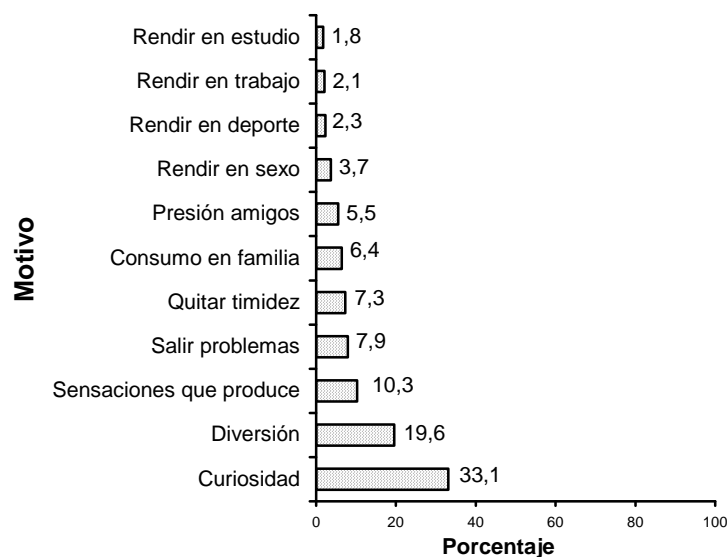


3.4 PRINCIPALES MOTIVOS PARA EL CONSUMO DE DROGAS EN JÓVENES ESCOLARIZADOS

Se indagó a los jóvenes escolarizados, por las razones que los han motivado a consumir sustancias psicoactivas y se encontró, que la mayor proporción de respuestas, fue relacionada con la **curiosidad** según el 33,1%, seguido de la proporción de respuestas relacionadas con **diversión** según el 19,6%, las **sensaciones que produce** generó el 10,3% de las respuestas y por motivos relacionados con salir de los problemas, quitar la timidez, consumo en la familia,

presión de amigos, rendir en el sexo, en el deporte, en el trabajo o en el estudio, fueron reportadas por debajo del 8%. Gráfico 51.

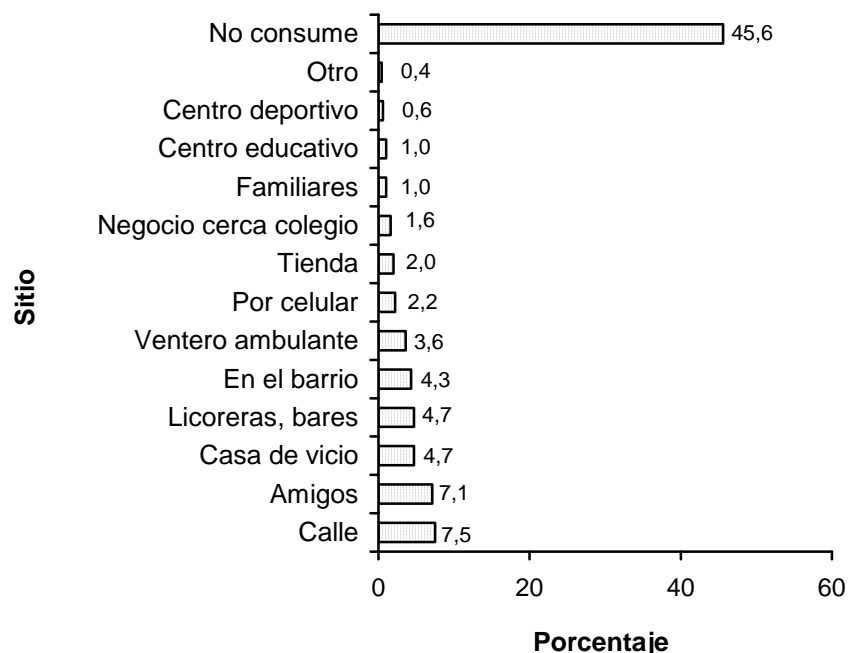
Gráfico 51. Distribución de los motivos de consumo de sustancias psicoactivas



3.5 ACCESO DE LOS JÓVENES A LAS SUSTANCIAS ILEGALES

Al indagar a los escolarizados, por el sitio donde consiguen para su consumo las sustancias ilegales, se encuentra el reporte de sitios inespecíficos como *la calle*, lugar que es señalado por el 7,5% de los jóvenes, *los amigos o compañeros de estudio* según el 7,1%, *las casas de vicio o licorerías, bares, tabernas o discotecas* según el 4,7%, en el *vecindario* el 4,3%, a través de *venteros ambulantes* consiguen la droga el 3,6% de los jóvenes y por celular, tiendas o supermercados, negocios cercanos al colegio, familiares, centros educativos o deportivos u otros sitios como en la casa, consiguen la droga el 2% o menos de los jóvenes. El 45,6% de los jóvenes escolarizados, manifestaron no consumir drogas. Gráfico 52.

Gráfico 52. Distribución de los jóvenes escolarizados según sitios donde consiguen las sustancias psicoactivas.



Al analizar los sitios de consecución por tipo de droga, se encuentra que los jóvenes escolarizados que consumen **marihuana**, reportan como sitios de adquisición, los amigos o compañeros de estudio según el 36,8%, la calle según el 34,6%, las casas de vicio según el 24,3%, en el barrio según el 22,1%, por vendedores ambulantes según el 15,6% y en licorerías, bares, tabernas o discotecas según el 13,7%.

Los jóvenes que consumen **basuco**, lo consiguen en la calle en el 45,2%, en el barrio el 38,7%, por medio de amigos o compañeros el 35,5%, en las casas de vicio el 32,3% y en licorerías, bares, tabernas o discotecas el 25,8%.

Quienes consumen **inhalables**, los consiguen en el 36,8% por medio de amigos o compañeros, el 31,3% en la calle, el 19,8% en licorerías, bares, tabernas o discotecas, el 19,2% en el barrio y el 17,6% en las casas de vicio.

En cuanto a las **benzodiazepinas**, los sitios donde más frecuentemente las consiguen los jóvenes escolarizados consumidores, es en la calle, según el 48,6%, por medio de amigos y compañeros de estudio según el 39,2%, en las casas de vicio según el 33,8%, en el barrio según el 29,7%, por vendedores ambulantes según el 23,0% y en las licorerías, bares, tabernas o discotecas según el 20,3% de los jóvenes consumidores.

A través de amigos o compañeros, el 47,6% de los jóvenes consumidores de **éxtasis** consiguen la droga, en la calle la consiguen el 44,4%, en las casas de vicio el 30,2%, en el barrio el 30,2% y por celular el 30,2%.

El 42,5% de los jóvenes consumidores de **cocaína**, la consiguen en la calle, el 41,3% la consigue por medio de amigos o compañeros de estudio, el 25,1% en las casas de vicio y el 24,6% en el barrio.

Los **hongos** son conseguidos por el 36,4% de los jóvenes escolarizados consumidores, por medio de amigos o compañeros, el 27,3% de los jóvenes la consiguen en la calle, el 24,2% en las casas de vicio, el 21,2% en el barrio y el 15,2% en licorerías, bares, tabernas o discotecas.

El **cacao sabanero** es conseguido frecuentemente en la calle por el 53,5% de los jóvenes consumidores, por medio de amigos o compañeros de estudio el 34,9% e igual porcentaje de jóvenes lo consiguen en el barrio; en las casas de vicio es conseguido por el 27,9% y por el 14,0% de los jóvenes es conseguido a través de vendedores ambulantes, en negocios cercanos al colegio y por celular.

Los jóvenes escolarizados consumidores de **heroína**, la consiguen en mayor proporción en la calle con el 60,0%, en las casas de vicio el 45,0%, por amigos o compañeros, en el barrio o por celular el 35,0% respectivamente y por intermedio de vendedores ambulantes la consiguen el 30,0% de los jóvenes consumidores.

El **popper**, lo consiguen el 43,3% de los jóvenes escolarizados consumidores de esta sustancia, a través de amigos o compañeros, en la calle según el 36,1%, en el barrio según el 24,7%, en licorerías, bares, tabernas o discotecas según el 21,7% y en casas de vicio según el 21,1%.

En una proporción igual al 40,0% de los jóvenes consumidores de **2cb**, lo consiguen por intermedio de amigos/compañeros o por celular, el 20,0% lo consiguen en la calle y otro 20,0% en licorerías, bares, tabernas o discotecas.

3.6 POBLACIÓN EN RIESGO DE ADICCIÓN AL ALCOHOL

Se determinó el riesgo de dependencia al alcohol en jóvenes escolarizados y se encontró en el Departamento, **posible dependencia al alcohol** en el 18,1% de los jóvenes encuestados y en el 27,9% se encuentra **alto riesgo de dependencia**; es decir, aproximadamente uno de cada cinco jóvenes del departamento presenta posible dependencia al alcohol y uno de cuatro está en alto riesgo de presentar dicha dependencia. Tabla 4.

Tabla 4. Riesgo de dependencia al alcohol en jóvenes escolarizados por sexo, grado escolar y región de residencia en 2003 y 2007.

Variable	2003			2007		
	Normal	Alto riesgo	Posible dependencia	Normal	Alto riesgo	Posible dependencia

Variable	2003			2007		
	Normal	Alto riesgo	Posible dependencia	Normal	Alto riesgo	Posible dependencia
Departamento	55,7	35,0	9,3	54,0	27,9	18,1
Sexo						
Hombre	52,7	36,0	11,3	50,2	30,3	19,6
Mujer	58,7	34,0	7,3	58,1	25,4	16,5
Grado escolar						
6	65,8	26,8	7,4	78,6	16,1	5,3
7	62,6	31,1	6,4	67,8	20,8	11,4
8	56,3	36,4	7,3	56,8	27,3	15,8
9	52,9	38,3	8,8	49,0	30,3	20,7
10	48,8	39,4	11,8	36,2	36,2	27,6
11	50,6	37,4	12,0	36,8	36,4	26,8
Región						
<i>Valle de Aburrá</i>	54,5	34,5	10,9	37,4	30,9	31,7
<i>Bajo Cauca</i>	60,3	32,1	7,6	51,7	31,0	17,3
<i>Urabá</i>	59,7	34,1	6,3	53,4	30,6	15,9
<i>Nordeste</i>	52,1	38,6	9,2	54,6	27,1	18,3
<i>Occidente</i>	59,7	31,6	8,7	63,5	24,2	12,4
<i>Norte</i>	50,4	38,0	11,6	52,8	25,1	22,1
<i>Oriente</i>	56,4	33,3	10,3	51,7	31,0	17,2
<i>Suroeste</i>	56,7	35,2	8,1	53,3	28,2	16,4
<i>Magdalena Medio</i>	52,7	37,2	10,1	56,6	24,0	10,5

Al comparar la proporción de jóvenes escolarizados con posible dependencia al alcohol entre 2003 y 2007, se encuentran diferencias importantes, puesto que dicho indicador aumentó del 9,3% al 18,1%. Igualmente se observa, como por grados escolares, con excepción de sexto grado, los indicadores de posible dependencia de los jóvenes al alcohol se duplicaron; en los grados noveno a 11, se

detecta una situación en la cual, los indicadores de normalidad o ausencia de riesgo para alcoholismo, son inferiores al 50%.

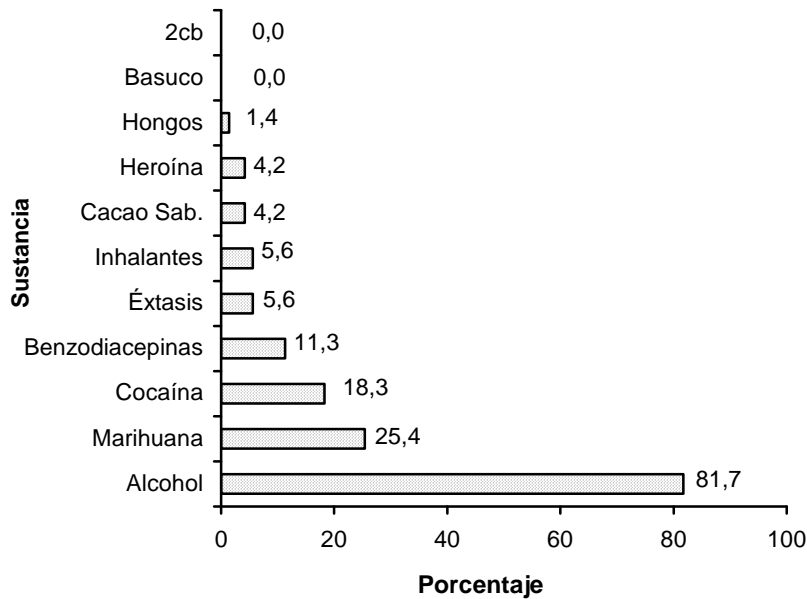
Por regiones, Valle de Aburra con un incremento de riesgo de posible dependencia del 20,8%, Norte con un incremento de 10,5% y Bajo Cauca con un incremento del riesgo de dependencia del 9,7%, muestran la situación más preocupante para el consumo y dependencia al alcohol. El indicador global, de posible dependencia al alcohol para los jóvenes escolarizados del Departamento, muestra un incremento de 8,8% entre los años 2003 y 2007. Tabla 12

3.7 CONSECUENCIAS Y RIESGOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS

3.7.1 Riesgo para la salud-atención de urgencias

El 2,1% de los jóvenes escolarizados manifiestan haber tenido consumo riesgoso de alcohol u otras drogas, lo cual requirió atención por urgencias o representó un riesgo grave para su salud. Entre las sustancias consumidas de manera riesgosa para la integridad física, se encuentra en primer lugar el **alcohol**, el cual es señalado por el 81,7% de los jóvenes, la **marihuana** en el 25,4% de los jóvenes, la **cocaína** con el 18,3%, las **benzodiazepinas** el 11,3% y sustancias como **éxtasis, inhalables, cacao sabanero, heroína y hongos** han sido consumidas de manera riesgosa por menos del 6% de los jóvenes. No se reportan para el basuco y 2cb, consumos de riesgo que requirieron atención de urgencias o hayan representado un grave riesgo para la salud. Gráfico 53.

Gráfico 53. Distribución de los jóvenes escolarizados según consumo riesgoso de drogas o alcohol, donde han puesto en riesgo su



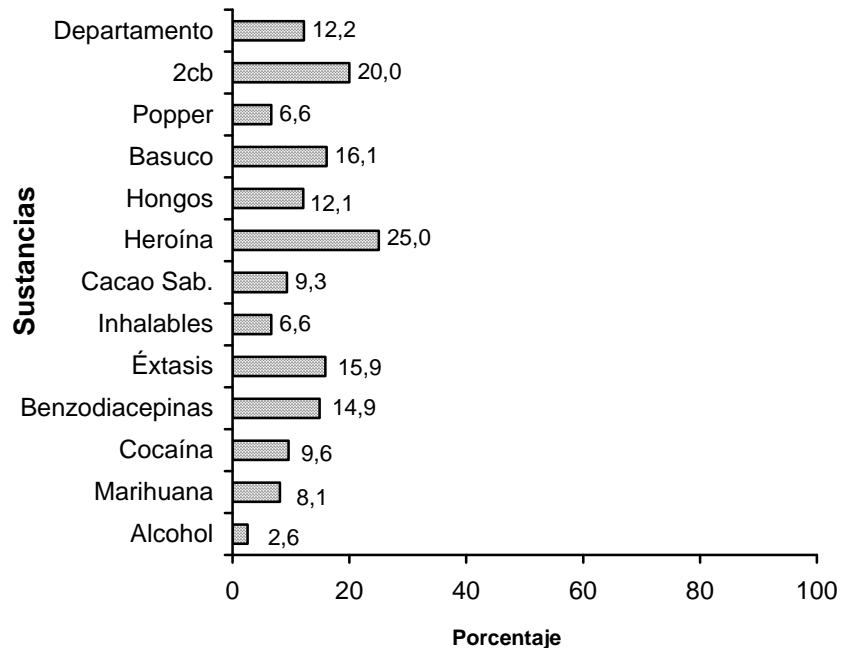
salud.

3.7.2 Accidentes de Tránsito

Entre las sustancias psicoactivas consumidas y las cuales produjeron como consecuencia accidentes de tránsito, se destaca en primer lugar la heroína, en la cual se reportan 25% de eventos entre sus consumidores; en segundo lugar el 2cb, con el 20% de reporte de accidentes entre sus consumidores y en tercer lugar el basuco con el 16,1% de accidentes de tránsito. Gráfico 54.

Observadas las frecuencias absolutas de reporte de accidentes de tránsito como consecuencia del consumo de alcohol o drogas, se encontró que el alcohol con 64 eventos, seguido de la marihuana con 26 y la cocaína con 16, ocupan los primeros lugares de ocurrencia de accidentes de tránsito consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas. Se destaca como los inhalables, el popper y las benzodiazepinas, con frecuencias absolutas de 12, 11 y 11 eventos, aparecen muy cercanos al valor reportado para la cocaína.

Gráfico 54. Distribución de jóvenes escolarizados consumidores de sustancias psicoactivas, según ocurrencia de accidentes de tránsito bajo efectos de drogas o alcohol.

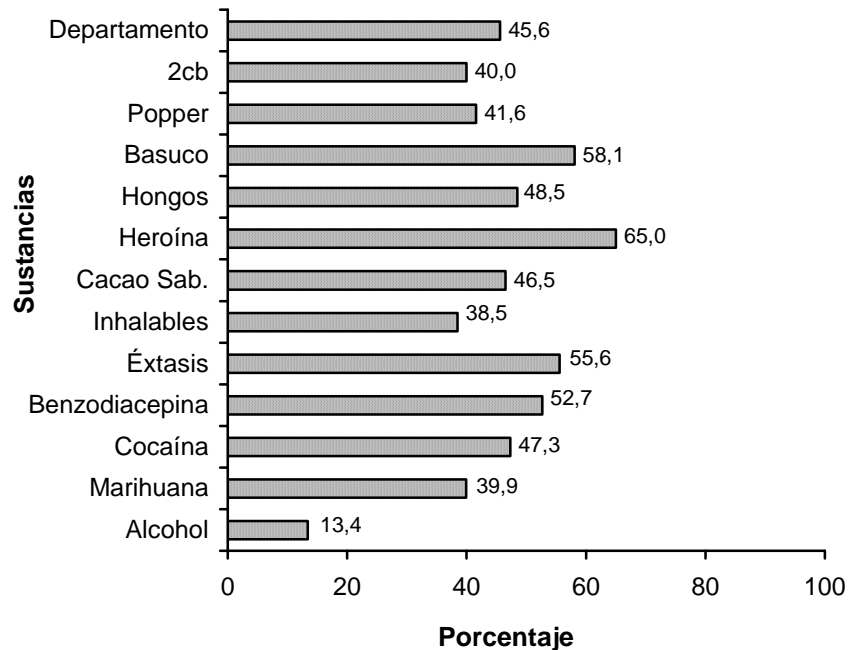


3.7.3 Conductas violentas

Entre las sustancias psicoactivas consumidas y las cuales produjeron como consecuencia conductas violentas, se destaca en primer lugar la heroína, en la cual se reportan 65% de eventos entre sus consumidores; en segundo lugar el basuco, con el 58,1% de reporte de conductas violentas en sus consumidores y en tercer lugar el éxtasis con el 55,6%. Gráfico 55.

Observadas las frecuencias absolutas de reporte de conductas violentas como consecuencia del consumo de alcohol o drogas, se encontró que el alcohol con 330 eventos, seguido de la marihuana con 128 y la cocaína con 79, ocupan los primeros lugares de ocurrencia de conductas violentas consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas. Se destaca como los inhalables y el popper, con frecuencias absolutas de 70 y 69 eventos, aparecen muy cercanos al valor reportado para la cocaína.

Gráfico 55. Distribución de jóvenes escolarizados consumidores de sustancias psicoactivas, según conductas violentas bajo efectos de drogas o alcohol.

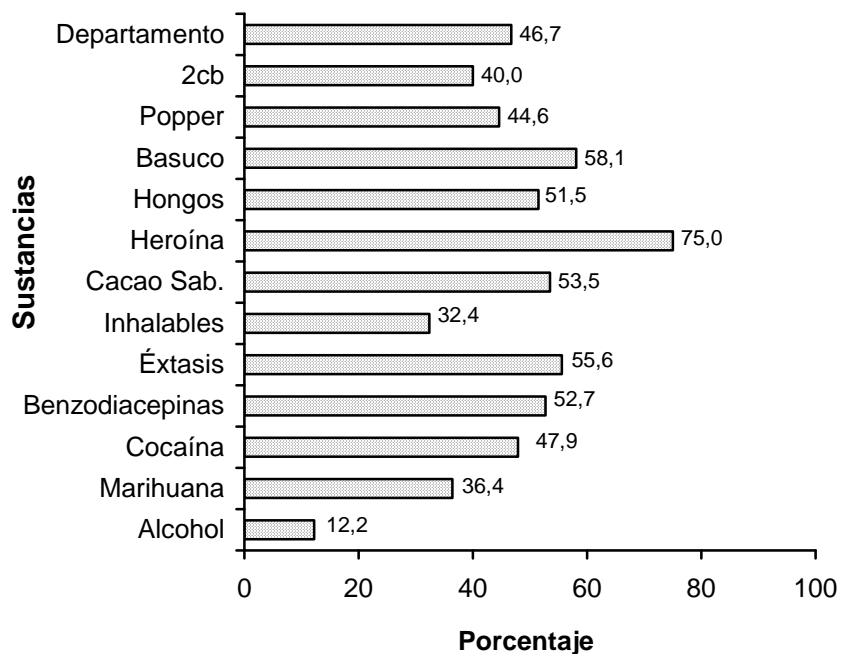


3.7.4 Sexualidad insegura

Entre las sustancias psicoactivas consumidas y las cuales produjeron como consecuencia relaciones sexuales sin protección, se destaca en primer lugar la heroína, en la cual se reportan 75% de eventos entre sus consumidores; en segundo lugar el basuco, con el 58,1% de reporte de relaciones sexuales inseguras en sus consumidores y en tercer lugar el éxtasis con el 55,6%. Gráfico 56.

Observadas las frecuencias absolutas de reporte de relaciones sexuales sin protección como consecuencia del consumo de alcohol o drogas, se encontró que el alcohol con 300 eventos, seguido de la marihuana con 117 y la cocaína con 80, ocupan los primeros lugares de ocurrencia de eventos de relaciones sexuales sin protección consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas. Se destaca como el popper tiene una frecuencia absoluta de eventos de 74, muy cercana al valor de la cocaína.

Gráfico 56. Distribución de jóvenes escolarizados consumidores de sustancias psicoactivas, según relaciones sexuales sin protección bajo efectos de la droga o alcohol.

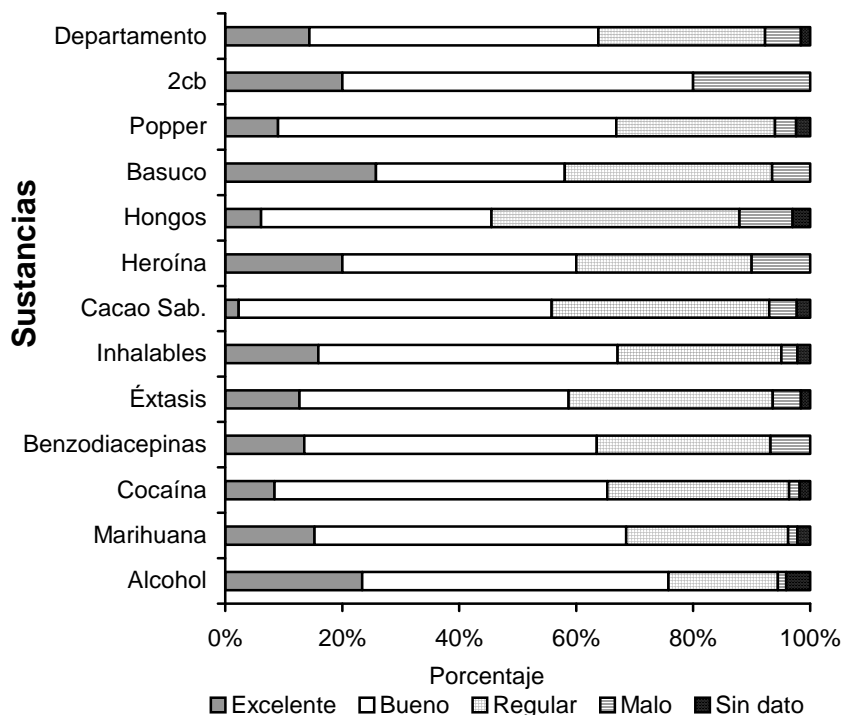


3.7.5 Rendimiento académico

Los escolares que han consumido o consumen drogas o alcohol, calificaron su rendimiento académico, tal y como se representa en el gráfico 57. Agrupadas las respuestas que señalaron un rendimiento académico **regular o malo**, se obtuvo como resultado que los consumidores de hongos ocupan el primer lugar con el 51,5%, en segundo lugar los consumidores de cacao sabanero con el 41,9% y en tercer lugar los consumidores de heroína con el 40%. Los escolarizados que se califican como de **excelente y buen rendimiento académico**, están representados en primer lugar por los consumidores de 2cb con el 80%, seguido por los consumidores de alcohol con el 75,7% y en tercer lugar los consumidores de popper con el 66,8%.

La calificación global, del rendimiento académico de los escolarizados que han consumido o consumen alcohol o drogas, se aproxima a porcentajes del 60% para rendimientos académicos **excelentes o buenos** y de 40% para rendimientos académicos **regulares o malos**.

Gráfico 57. Distribución de jóvenes escolarizados consumidores de sustancias psicoactivas, según rendimiento académico.



3.8 RESULTADOS COMPARATIVOS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, EN JÓVENES ESCOLARIZADOS DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA AÑO 2003-2007

3.8.1 Sustancias legales

En el consumo de *alcohol*, se encuentran diferencias importantes entre los años 2003 y 2007, puesto que la prevalencia de vida para el consumo de esta sustancia, pasó de 44,7% a 71,6%; la prevalencia anual aumento igualmente, aunque en menor proporción, siendo de 56,5% en el 2003 y de 60% en el 2007. Tabla 5.

Por sexo, se encontraron también diferencias en las prevalencias de vida de consumo alcohol entre 2003 y 2007, ya que aumentó en los hombres de 60,6% a 77,2% y en las mujeres pasó de 52,8% a 68,9%. Tabla 5.

Por grado escolar también se presentaron diferencias importantes, donde las prevalencias de vida aumentaron en todos los grados escolares y por región; se encuentra igualmente aumento en todas las regiones entre 2003 y 2007. Tabla 5.

Tabla 5. Prevalencias de consumo por sexo, grado escolar y región de residencia en 2003 y 2007.

Variable	2003			2007		
	Prevalencia de Vida	Prevalencia Anual	Índice de Abstinencia	Prevalencia de Vida	Prevalencia Anual	Índice de Abstinencia
Departamento	44,7	56,5	43,5	71,6	60,0	28,4
Sexo						
Hombre	60,6	47,6	39,4	77,2	66,4	22,8
Mujer	52,8	42,1	47,2	68,9	55,8	31,1
Grado escolar						
6	26,4	17,3	73,6	43,2	31,7	56,8
7	42,0	30,3	58,0	62,3	46,6	37,7
8	57,8	44,3	42,2	71,6	60,9	28,4
9	63,0	53,8	37,0	81,9	69,7	18,1
10	70,2	58,3	29,8	87,1	76,8	12,9
11	74,9	60,5	25,1	90,8	80,6	9,2
Región						
Valle de Aburrá	62,1	48,8	37,9	86,8	75,1	13,2
Bajo Cauca	43,4	34,7	56,6	72,1	62,1	27,9
Urabá	51,1	41,6	48,9	71,7	59,8	28,3
Nordeste	59,4	44,6	40,6	68,5	58,9	31,5
Occidente	53,4	40,9	46,6	71,3	57,7	28,7
Norte	64,1	55,9	35,9	72,1	60,8	27,9
Oriente	63,4	50,0	36,6	66,0	56,6	34,0
Suroeste	52,0	40,0	48,0	75,2	62,7	24,8
Magdalena Medio	60,0	46,0	40,0	73,0	55,3	27,0

En el consumo de ***alcohol hasta la embriaguez***, se encuentran aumentos leves entre 2003 y 2007, donde la prevalencia de vida pasó de 33,2% a 35,1% y la prevalencia anual aumentó de 23,3% a 28,9% entre ambos años. Tabla 6.

Por sexo se encontraron pocas diferencias en las prevalencia de vida de alcohol hasta la embriaguez entre 2003 y 2007, pues pasó en los hombres de 39,4% a 44,3% y en las mujeres pasó de 27,7% a 25,9%. Tabla 6.

Por grado escolar, no se presentan diferencias importantes; las prevalencias de vida de alcohol hasta la embriaguez fueron cercanas en todos los grados escolares y por región, se encuentran los aumentos más importantes en Valle de Aburra, Bajo Cauca, Urabá y Suroeste. En las demás regiones, las proporciones permanecieron similares comparados los resultados entre 2003 y 2007. Tabla 6.

Tabla 6. Prevalencias de consumo de alcohol hasta la embriaguez por sexo, grado escolar y región de residencia en 2003 y 2007

Variable	2003	2007
----------	------	------

	Prevalencia de Vida	Prevalencia Anual	Índice de Abstinencia	Prevalencia de Vida	Prevalencia Anual	Índice de Abstinencia
Departamento	33,2	23,3	66,8	35,1	28,9	64,9
Sexo						
Hombre	39,4	28,4	60,6	44,3	35,2	55,7
Mujer	27,7	18,8	72,3	25,9	18,4	74,1
Grado escolar						
6	12,7	8,0	87,3	14,5	10,3	85,5
7	17,8	11,6	82,2	23,3	15,9	77,7
8	29,7	20,3	70,3	30,7	24,1	69,3
9	39,1	29,0	60,9	41,0	30,9	59,0
10	45,5	32,9	54,5	49,6	40,0	50,4
11	49,5	34,6	50,5	52,6	41,1	47,4
Región						
Valle de Aburrá	38,4	29,9	61,6	50,0	40,0	50,0
Bajo Cauca	26,2	18,1	73,8	33,6	24,7	66,4
Urabá	25,2	18,5	74,8	32,6	24,7	67,4
Nordeste	34,8	22,3	65,2	36,4	27,6	63,6
Occidente	33,3	23,1	66,7	31,2	24,2	68,8
Norte	35,7	24,1	64,3	38,4	28,8	61,6
Oriente	36,6	21,9	67,4	27,1	24,0	72,9
Suroeste	29,9	20,7	70,1	35,9	26,8	64,1
Magdalena Medio	35,7	24,1	64,3	30,0	23,4	70,0

En el consumo de ***cigarrillo***, se encuentran leves diferencias con tendencia a la disminución entre 2003 y 2007, puesto que la prevalencia de vida pasó de 36,7% a 35,7 y la prevalencia anual pasó de 24,4% a 20,5%. Tabla 7.

Por sexo, la prevalencia de vida de consumo de cigarrillo entre 2003 y 2007, se mantuvo en los hombres en 42,6% y en las mujeres, pasó de 31,4% a 29,9%. Tabla 7.

Por grado escolar, se encuentran disminuciones en la prevalencia de vida para el consumo de cigarrillo en los grados 6 a 9, y se observa aumento en los grados 10 y 11; las prevalencias anuales son inferiores en todos los grados del 2007, comparados con el 2003. Se observa una disminución importante en la prevalencia anual del consumo de cigarrillo en las regiones Oriente, Nordeste y Magdalena Medio y la prevalencia del consumo en el Valle de Aburra no tiene variaciones importantes entre 2003 y 2007. Tabla 7.

Tabla 7. Prevalencias de consumo de cigarrillo por sexo, grado escolar y región de residencia en 2003 y 2007

Variable	2003			2007		
	Prevalencia de Vida	Prevalencia Anual	Índice de Abstinencia	Prevalencia de Vida	Prevalencia Anual	Índice de Abstinencia
Departamento	36,7	24,4	63,3	35,7	20,5	64,3

Variable	2003			2007		
	Prevalencia de Vida	Prevalencia Anual	Índice de Abstención	Prevalencia de Vida	Prevalencia Anual	Índice de Abstención
Sexo						
Hombre	42,6	29,7	57,4	42,6	24,7	57,4
Mujer	31,4	19,6	68,6	29,9	16,0	70,1
Grado escolar						
6	20,8	12,6	79,2	18,3	9,5	81,7
7	33,3	21,2	66,7	27,8	15,7	72,2
8	42,1	28,6	57,9	36,3	19,4	63,7
9	38,9	25,2	61,1	40,9	23,3	59,1
10	42,9	30,2	57,1	47,7	28,5	52,3
11	41,1	27,4	58,9	47,2	26,1	52,8
Región						
Valle de Aburrá	50,9	36,4	49,1	56,2	36,9	43,8
Bajo Cauca	21,4	12,7	78,6	24,2	12,2	75,8
Urabá	20,3	13,1	79,7	27,8	12,5	72,2
Nordeste	40,3	27,3	59,7	34,8	19,8	65,2
Occidente	36,4	22,0	63,6	33,9	18,4	66,1
Norte	43,3	30,7	56,7	41,3	24,7	58,7
Oriente	47,7	32,4	52,3	36,1	20,1	63,9
Suroeste	37,2	23,2	62,8	39,7	23,2	60,3
Magdalena Medio	34,0	23,0	66,0	31,8	14,9	68,2

3.8.2 Sustancias ilegales

En el consumo de ***marihuana***, se encuentran resultados similares entre 2003 y 2007; la prevalencia de vida disminuyó de 10,6% a 9,3% y la prevalencia anual pasó de 6,6% a 6,1%. Tabla 8.

Por sexo, se observa una leve disminución en las prevalencias de vida en el consumo de marihuana entre 2003 y 2007, pues pasó en los hombres de 14,1% a 12,8% y en las mujeres pasó de 7,6% a 6,6%. Tabla 8.

Por grado escolar, no se presentaron diferencias importantes, donde las prevalencias de vida de consumo marihuana presentaron una leve disminución en todos los grados escolares, con excepción de undécimo; por región, se encuentra también una leve disminución en las regiones entre 2003 y 2007, con excepción de Valle de Aburrá, Urabá y Nordeste. Tabla 8.

Tabla 8. Prevalencias de consumo de marihuana por sexo, grado escolar y región de residencia en 2003 y 2007

Variable	2003			2007		
	Prevalencia de Vida	Prevalencia Anual	Índice de Abstención	Prevalencia de Vida	Prevalencia Anual	Índice de Abstención
Departamento	10,6	6,6	89,4	9,3	6,1	90,7
Sexo						

Variable	2003			2007		
	Prevalencia de Vida	Prevalencia Anual	Índice de Abstención	Prevalencia de Vida	Prevalencia Anual	Índice de Abstención
Hombre	14,1	8,8	85,9	12,8	8,3	87,2
Mujer	7,6	4,7	92,4	6,6	3,7	93,4
Grado escolar						
6	5,0	3,0	95,0	2,5	1,5	97,5
7	4,7	2,7	95,3	4,8	3,2	95,2
8	8,4	5,5	91,6	7,5	5,5	92,5
9	12,0	6,9	88,0	9,5	6,8	90,6
10	16,1	10,3	83,9	16,5	9,7	83,5
11	15,6	9,9	84,4	19,0	9,9	81,0
Región						
Valle de Aburrá	20,8	15,3	79,2	24,1	17,2	75,9
Bajo Cauca	3,1	2,4	96,9	2,0	1,1	98,0
Urabá	4,1	2,6	95,9	5,9	2,9	94,1
Nordeste	8,2	3,9	91,8	9,1	6,3	90,9
Occidente	9,1	6,4	90,9	6,6	5,2	93,4
Norte	13,2	6,5	86,8	9,9	7,5	90,1
Oriente	14,0	8,5	86,0	9,5	3,9	90,5
Suroeste	13,0	7,5	87,0	12,9	6,5	87,1
Magdalena Medio	11,6	8,0	88,4	7,1	3,5	92,9

En el consumo de **basuco**, se encuentran resultados similares entre 2003 y 2007, donde la prevalencia de vida disminuyó levemente de 1,7% a 0,9% y la prevalencia anual también disminuyó un poco entre ambos años. Tabla 9.

Por sexo, se encontró también una leve disminución en las prevalencias de vida de basuco entre 2003 y 2007, pues pasó en los hombres de 2,3% a 1,2% y en las mujeres pasó de 1,2% a 0,8%. Tabla 9.

Por grado escolar, se presentó también disminución en las prevalencias de vida de basuco en todos los grados escolares con excepción de décimo; por región, se encontró también disminución entre 2003 y 2007 en todas las regiones, con excepción de Urabá. Tabla 9.

Tabla 9. Prevalencias de consumo de basuco por sexo, grado escolar y región de residencia en 2003 y 2007.

Variable	2003			2007		
	Prevalencia de Vida	Prevalencia Anual	Índice de Abstención	Prevalencia de Vida	Prevalencia Anual	Índice de Abstención
Departamento	1,7	1,3	98,3	0,9	0,6	99,1
Sexo						
Hombre	2,3	1,9	97,7	1,2	0,7	98,8
Mujer	1,2	0,8	98,8	0,8	0,5	99,2
Grado escolar						
6	2,4	2,4	97,6	0,4	0,2	99,6
7	1,4	0,9	98,6	1,0	0,3	99,0
8	2,1	1,6	97,9	0,9	0,5	99,1
9	1,3	0,9	98,7	1,0	0,8	99,0

Variable	2003			2007		
	Prevalencia de Vida	Prevalencia Anual	Índice de Abstención	Prevalencia de Vida	Prevalencia Anual	Índice de Abstención
10	1,1	0,7	98,9	1,1	0,7	98,9
11	1,8	1,3	98,2	1,3	1,0	98,7
Región						
Valle de Aburrá	2,3	1,6	97,7	1,3	0,8	98,7
Bajo Cauca	1,3	1,1	98,7	0,6	0,5	99,4
Urabá	0,4	0,4	99,6	0,6	0,5	99,4
Nordeste	1,9	1,3	98,1	1,1	0,8	98,9
Occidente	2,5	2,3	97,5	0,8	0,7	99,2
Norte	2,9	2,5	97,1	1,6	0,8	98,4
Oriente	0,8	0,6	99,2	0,3	0,0	99,7
Suroeste	1,4	1,0	98,6	1,1	0,8	98,9
Magdalena Medio	1,5	1,1	98,5	1,1	0,3	98,9

En el consumo de ***inhalables***, se encuentra un leve aumento entre 2003 y 2007, donde la prevalencia de vida pasó de 3,4% a 5,3% y la prevalencia anual se mantuvo similar en ambos años. Tabla 10.

Por sexo se presentó también un leve aumento en las prevalencias de vida de inhalables entre 2003 y 2007, donde pasó en los hombres de 4,3% a 6,0% y en las mujeres pasó de 2,5% a 5,0%. Tabla 10.

Por grado escolar se presentaron también diferencias, donde las prevalencias de vida de consumo de inhalables aumentaron levemente en todos los grados escolares, con excepción de sexto; por región, se encuentra un ligero aumento en todas las regiones entre 2003 y 2007, excepto en Occidente, Nordeste y Oriente. Tabla 10.

Tabla 10. Prevalencias de consumo de inhalables por sexo, grado escolar y región de residencia en 2003 y 2007

Variable	2003			2007		
	Prevalencia de Vida	Prevalencia Anual	Índice de Abstención	Prevalencia de Vida	Prevalencia Anual	Índice de Abstención
Departamento						
	3,4	2,2	96,6	5,3	2,7	89,3
Sexo						
Hombre	4,3	3,1	95,7	6,0	2,8	94,0
Mujer	2,5	1,3	97,5	5,0	2,4	95,0
Grado escolar						
6	3,1	2,6	96,9	2,5	1,0	97,5
7	2,9	2,1	97,1	5,6	3,0	94,4
8	4,3	2,5	95,7	5,5	2,8	94,5
9	3,7	1,5	96,3	5,8	2,9	94,2
10	4,1	2,6	95,9	7,4	2,9	92,6
11	2,3	1,6	97,7	6,6	3,4	93,4
Región						

Variable	2003			2007		
	Prevalencia de Vida	Prevalencia Anual	Índice de Abstención	Prevalencia de Vida	Prevalencia Anual	Índice de Abstención
<i>Valle de Aburrá</i>	4,9	4,2	95,1	10,6	5,1	89,4
<i>Bajo Cauca</i>	0,7	0,4	99,3	4,4	1,4	95,6
<i>Urabá</i>	3,0	1,9	97,0	5,7	3,1	94,3
<i>Nordeste</i>	4,5	2,1	95,5	4,2	2,1	95,8
<i>Occidente</i>	3,6	2,3	96,4	2,7	1,3	97,3
<i>Norte</i>	2,3	1,1	97,7	9,9	6,5	90,1
<i>Oriente</i>	6,4	3,7	93,6	5,6	1,8	94,4
<i>Suroeste</i>	2,0	1,4	98,0	4,1	1,8	95,9
<i>Magdalena Medio</i>	3,0	2,6	97,0	3,0	1,1	97,0

En el consumo de ***benzodicepinas***, se encuentran diferencias entre 2003 y 2007, donde la prevalencia de vida pasó de 3,2% a 2,2% y la prevalencia anual arroja como resultado una leve disminución de 1,7% a 1,3%. Tabla 11.

Por sexo se encontraron diferencias en las prevalencias de vida de consumo de benzodicepinas entre 2003 y 2007, ya que pasó en los hombres de 3,4% a 2,9% y en las mujeres pasó de 2,9% a 1,6%. Tabla 11.

Por grado escolar, se presentaron también diferencias; las prevalencias de vida de benzodicepinas disminuyeron en todos los grados escolares, con excepción de séptimo y undécimo; por región, se encuentra disminución en todas las regiones, con excepción de Urabá entre 2003 y 2007. Tabla 11.

Tabla 11. Prevalencias de consumo de benzodicepinas por sexo, grado escolar y región de residencia en 2003 y 2007

Variable	2003			2007		
	Prevalencia de Vida	Prevalencia Anual	Índice de Abstención	Prevalencia de Vida	Prevalencia Anual	Índice de Abstención
Departamento	3,2	1,7	96,8	2,2	1,3	97,8
Sexo						
Hombre	3,4	1,9	96,6	2,9	1,8	97,1
Mujer	2,9	1,5	97,1	1,6	0,7	98,4
Grado escolar						
6	2,9	2,3	97,1	0,4	0,0	99,6
7	1,1	0,2	98,9	1,9	0,6	98,1
8	1,9	1,7	98,1	1,6	1,0	98,4
9	5,4	3,0	94,6	1,7	1,3	98,3
10	4,2	1,9	95,8	3,5	2,2	96,5
11	3,6	1,4	96,4	4,9	2,8	95,1
Región						
<i>Valle de Aburrá</i>	10,9	7,3	89,1	7,7	5,1	92,3
<i>Bajo Cauca</i>	1,5	1,1	98,5	0,6	0,0	99,4
<i>Urabá</i>	0,6	0,6	99,4	0,9	0,8	99,1
<i>Nordeste</i>	2,6	1,1	97,4	1,4	0,8	98,6
<i>Occidente</i>	2,1	1,1	97,9	1,1	0,8	98,9
<i>Norte</i>	3,2	0,8	96,8	2,2	1,2	97,8
<i>Oriente</i>	3,3	1,2	96,7	1,9	0,8	98,1

Variable	2003			2007		
	Prevalencia de Vida	Prevalencia Anual	Índice de Abstención	Prevalencia de Vida	Prevalencia Anual	Índice de Abstención
<i>Suroeste</i>	2,8	1,4	97,2	2,8	1,3	97,2
<i>Magdalena Medio</i>	2,8	1,7	97,2	1,9	0,8	98,1

Para el consumo de **éxtasis**, se encuentra disminución de los resultados entre 2003 y 2007, donde la prevalencia de vida pasó de 3,5% a 1,8% y la prevalencia anual disminuyó de 2% a 1,3% entre ambos años. Tabla 12.

Por sexo se encontraron diferencias en las prevalencias de vida de consumo de éxtasis entre 2003 y 2007, pues pasó en los hombres de 4,2% a 2,0% y en las mujeres disminuyó de 2,9% a 1,9%. Tabla 12.

Por grado escolar, se presentaron diferencias importantes, donde las prevalencias de vida de consumo de éxtasis, disminuyeron en todos los grados escolares. En todas las regiones, se encontró disminución en las prevalencias de consumo alguna vez en la vida y en el último año; la excepción se muestra en un leve incremento en la prevalencia anual de consumo en la región Norte del departamento, la cual pasó de 2,1% a 2,3% entre 2003 y 2007. Tabla 12.

Tabla 12. Prevalencias de consumo de éxtasis por sexo, grado escolar y región de residencia en 2003 y 2007.

Variable	2003			2007		
	Prevalencia de Vida	Prevalencia Anual	Índice de Abstención	Prevalencia de Vida	Prevalencia Anual	Índice de Abstención
Departamento	3,5	2,0	96,5	1,8	1,3	98,2
Sexo						
Hombre	4,2	2,5	95,8	2,0	1,5	98,0
Mujer	2,9	1,6	97,1	1,9	1,0	98,1
Grado escolar						
6	3,4	2,4	96,6	0,2	0,2	99,8
7	2,0	1,1	98,0	1,7	1,2	98,3
8	3,3	2,2	96,7	1,9	1,0	98,1
9	4,5	3,2	95,5	2,6	1,8	97,4
10	4,2	2,5	95,8	2,2	1,9	97,8
11	3,5	1,2	96,5	3,0	1,2	97,0
Región						
<i>Valle de Aburrá</i>	7,0	4,7	93,0	5,7	4,1	94,3
<i>Bajo Cauca</i>	1,7	1,1	98,3	0,6	0,3	99,4
<i>Urabá</i>	1,7	1,3	98,3	1,7	1,0	98,3
<i>Nordeste</i>	2,8	1,5	97,2	0,8	0,5	99,2
<i>Occidente</i>	3,2	2,3	96,8	0,8	0,5	99,2
<i>Norte</i>	4,2	2,1	95,8	3,3	2,3	96,7
<i>Oriente</i>	3,9	2,3	96,1	1,1	0,5	98,9
<i>Suroeste</i>	3,0	1,4	97,0	1,9	1,3	98,1
<i>Magdalena Medio</i>	4,3	2,2	95,7	1,4	0,5	98,6

En el consumo de ***cocaína***, se encontraron diferencias importantes entre 2003 y 2007, donde la prevalencia de vida pasó de 7,2% a 4,9% y la prevalencia anual también disminuyó entre ambos años. Tabla 13.

Por sexo, se encontraron diferencias en la prevalencia de vida de consumo de cocaína entre 2003 y 2007, pues pasó en los hombres de 9,4% a 7,0% y en las mujeres pasó de 5,3% a 3,1%. Tabla 13.

Por grado escolar, se presentaron diferencias importantes, donde las prevalencias de vida de consumo de cocaína, disminuyeron en todos los grados escolares; por región, se encontró también disminución en las proporciones en todas las regiones entre 2003 y 2007, con excepción de las prevalencias anuales de Nordeste y Suroeste. Tabla 13.

Tabla 13. Prevalencias de consumo de cocaína por sexo, grado escolar y región de residencia en 2003 y 2007.

Variable	2003			2007		
	Prevalencia de Vida	Prevalencia Anual	Índice de Abstención	Prevalencia de Vida	Prevalencia Anual	Índice de Abstención
Departamento	7,2	4,7	92,8	4,9	3,3	95,1
Sexo						
Hombre	9,4	6,7	90,6	7,0	4,7	93,0
Mujer	5,3	3,0	94,7	3,1	1,8	96,9
Grado escolar						
6	3,1	2,9	96,9	0,6	0,4	99,4
7	3,7	2,6	96,3	2,9	1,9	97,1
8	5,5	3,5	94,5	4,5	2,9	95,5
9	8,4	5,0	91,6	6,4	4,6	93,6
10	11,7	7,2	88,3	9,1	5,2	90,9
11	9,7	6,4	90,3	7,5	4,7	92,5
Región						
<i>Valle de Aburrá</i>	16,1	11,2	83,9	12,3	8,7	87,7
<i>Bajo Cauca</i>	2,2	1,1	97,8	1,5	0,6	98,5
<i>Urabá</i>	3,2	2,4	96,8	2,9	1,8	97,1
<i>Nordeste</i>	4,5	2,8	95,5	4,5	2,9	95,5
<i>Occidente</i>	7,2	5,3	92,8	4,0	3,1	96,0
<i>Norte</i>	10,3	5,7	89,7	6,0	3,6	94,0
<i>Oriente</i>	6,8	4,5	93,2	5,6	2,3	94,4
<i>Suroeste</i>	6,9	4,5	93,1	6,1	4,7	93,9
<i>Magdalena Medio</i>	9,2	6,2	90,8	3,3	1,6	96,7

En el consumo de ***hongos***, se encuentran resultados entre 2003 y 2007 que muestran, que la prevalencia de vida disminuyó de 1,9% a 1,0%, al igual que se reporta disminución en las prevalencias anuales entre ambos años, la cual pasó de 1,2% a 0,4%. Tabla 14.

Por sexo, se encontraron diferencias en las prevalencia de vida de hongos entre 2003 y 2007, pues pasó en los hombres de 2,7% a 1,3% y en las mujeres pasó de 1,3% a 0,8%. Tabla 14.

Por grado escolar, se encontró disminución en la prevalencia de vida de consumo de hongos en todos los grados escolares, con excepción de séptimo y grado once; por región, se encontró disminución en todas las regiones entre 2003 y 2007. Tabla 14.

Tabla 14. Prevalencias de consumo de hongos por sexo, grado escolar y región de residencia en 2003 y 2007.

Variable	2003			2007		
	Prevalencia de Vida	Prevalencia Anual	Índice de Abstención	Prevalencia de Vida	Prevalencia Anual	Índice de Abstención
Departamento	1,9	1,2	98,1	1,0	0,4	99,0
Sexo						
Hombre	2,7	1,9	97,3	1,3	0,5	98,7
Mujer	1,3	0,6	98,7	0,8	0,4	99,2
Grado escolar						
6	2,9	2,0	97,1	0,6	0,2	99,4
7	0,8	0,3	99,2	1,0	0,3	99,0
8	1,6	0,9	98,4	1,0	0,7	99,0
9	2,4	1,9	97,6	0,5	0,2	99,5
10	2,4	1,4	97,6	1,3	0,2	98,7
11	1,7	0,8	98,3	1,7	1,2	98,3
Región						
Valle de Aburrá	2,9	2,1	97,1	1,9	1,0	98,1
Bajo Cauca	0,9	0,9	99,1	0,0	0,0	100,0
Urabá	0,9	0,6	99,1	0,9	0,5	99,1
Nordeste	2,4	1,1	97,6	0,6	0,3	99,4
Occidente	1,7	1,1	98,3	1,1	0,0	98,9
Norte	2,3	1,5	97,7	0,8	0,3	99,2
Oriente	2,1	1,0	97,9	1,1	0,5	98,9
Suroeste	2,8	1,8	97,2	1,7	1,0	98,3
Magdalena Medio	1,7	0,9	98,3	1,1	0,3	98,9

En el consumo de cacao sabanero, se encontraron diferencias entre 2003 y 2007, donde la prevalencia de vida disminuyó de 2,5% a 1,3% y la prevalencia anual también disminuyó entre ambos años, de 1,4% a 0,6%. Tabla 15.

Por sexo, se encontraron diferencias en la prevalencia de vida de consumo de cacao sabanero entre 2003 y 2007, pues pasó en los hombres de 3,4% a 1,8% y en las mujeres pasó de 1,6% a 0,8%. Tabla 15.

Por grado escolar, se presentó también disminución en las prevalencias de vida de cacao sabanero en todos los grados escolares y en todas las regiones entre 2003 y 2007 con excepción de Valle de Aburrá. Tabla 15.

Tabla 15. Prevalencias de consumo de Cacao Sabanero por sexo, grado escolar y región de residencia en 2003 y 2007

Variable	2003			2007		
	Prevalencia de Vida	Prevalencia Anual	Índice de Abstención	Prevalencia de Vida	Prevalencia Anual	Índice de Abstención
Departamento	2,5	1,4	97,5	1,3	0,6	98,7
Sexo						
Hombre	3,4	2,0	96,6	1,8	0,9	98,2
Mujer	1,6	0,8	98,4	0,8	0,3	99,2
Grado escolar						
6	3,0	2,1	97,0	0,0	0,0	100,0
7	1,1	0,6	98,9	0,5	0,2	99,5
8	1,7	1,3	98,3	1,4	1,0	98,6
9	2,8	1,3	97,2	1,7	1,1	98,3
10	4,0	1,9	96,0	2,4	0,5	97,6
11	1,9	1,0	98,1	1,9	0,6	98,1
Región						
Valle de Aburrá	4,9	2,6	95,1	6,0	0,3	94,0
Bajo Cauca	0,9	0,9	99,1	0,3	0,3	99,7
Urabá	0,9	0,6	99,1	0,6	0,5	99,4
Nordeste	1,3	0,6	98,7	0,0	0,0	100,0
Occidente	1,9	1,1	98,1	0,8	0,3	99,2
Norte	2,1	1,5	97,9	1,1	0,8	98,9
Oriente	5,2	2,9	94,8	2,2	0,3	97,8
Suroeste	3,3	1,4	96,7	0,3	0,3	99,7
Magdalena Medio	1,9	0,9	98,1	0,6	0,0	99,4

4. CONCLUSIONES

- ✓ Los principales motivos para iniciar el consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes escolarizados, tienen que ver con la curiosidad, la búsqueda de diversión y de nuevas sensaciones.
- ✓ Los jóvenes acceden principalmente a las sustancias psicoactivas para su consumo principalmente, en la calle, a través de amigos o compañeros de estudio, casas de vicio, licoreras, bares, tabernas, discotecas, en el vecindario y a través de venteros ambulantes.
- ✓ Las sustancias psicoactivas de mayor consumo por los jóvenes escolarizados, son las sustancias legales y entre ellas, el alcohol presenta altas prevalencias de consumo alguna vez en la vida (71,6%) y de consumo en el último año (60%).
- ✓ El consumo de alcohol por sexo, muestra unos valores similares en su consumo alguna vez, encontrándose que por cada mujer que consume alcohol, lo hacen 1,12 hombres.
- ✓ Los jóvenes escolarizados iniciaron el consumo de alcohol en etapas muy tempranas de la vida y el 75% lo hicieron antes de los 14 años.

- ✓ Alrededor de la tercera parte de los jóvenes escolarizados del Departamento, han consumido alguna vez alcohol (35%) y en el último año (28,9%) lo han consumido hasta la embriaguez, siendo más frecuente en los hombres (1 mujer / 1,71 hombres).
- ✓ Las cifras de consumo de alcohol y de este hasta la embriaguez, han aumentado en el Departamento en todos los grados escolares y en todas las regiones entre los años 2003 y 2007; el riesgo de posible dependencia al alcohol ha crecido en 9 puntos porcentuales, dicho riesgo se incrementa desde séptimo grado, logrando su máximo valor en décimo y onceavo grado; el aumento se presenta a expensas tanto de hombres como de mujeres.
- ✓ El consumo anual de cigarrillos se produce en cerca de la tercera parte de los jóvenes escolarizados del Departamento y una quinta parte lo ha consumido en el último año, disminuyendo su consumo en un valor cercano a 4 puntos porcentuales entre los años 2003 y 2007; el inicio en el consumo se da a edades tempranas, donde tres cuartas partes inicia antes de los 14 años.
- ✓ La sustancia ilegal de mayor consumo por los jóvenes escolarizados del departamento en el último año, es la marihuana, seguida por el popper y la cocaína.
- ✓ En general el inicio en el consumo de drogas se produce en edades tempranas, siendo un porcentaje mayor al 50% de jóvenes que inician su consumo antes de los 14 años.
- ✓ El Valle de Aburrá es la región que mayor proporción de consumo presenta en todas las sustancias psicoactivas, y la región con menor consumo en la mayoría de sustancias es el Bajo Cauca.
- ✓ Las Benzodiacepinas, la heroína, la cocaína, el popper y el éxtasis, son en su orden, las sustancias que más se mezclan para su consumo, con otras sustancias psicoactivas.
- ✓ El alcohol es la sustancia psicoactiva de mayor utilización para el consumo en mezcla con otras sustancias.
- ✓ Al comparar las prevalencias de consumo de sustancias ilegales entre los años 2003 y 2007, se concluye que existen en el Departamento, disminuciones leves o moderadas en el consumo de todas las sustancias, con excepción de los inhalables, que reportan un leve aumento general pero con disminución del consumo en algunas regiones.

✓ El alcohol, seguido por la marihuana y la cocaína, son las sustancias que producen como consecuencia, mayores eventos de riesgos para la salud, accidentes de tránsito, conductas violentas y sexualidad insegura. El consumo de hongos, cacao sabanero y heroína están relacionados con un rendimiento académico regular o malo.

5. RECOMENDACIONES

✓ Los resultados del estudio señalan que, la mayor proporción de jóvenes escolarizados, desarrollan en su tiempo libre actividades en donde se resaltan, *ver televisión, escuchar música, compartir con amigos*. Esta situación lleva a pensar, en el posible beneficio que pueden tener el diseño de estrategias de comunicación, a través de medios masivos como la televisión y las emisoras juveniles en la radio, para informar sobre hábitos saludables y sobre el riesgo del consumo de drogas para la salud y el desarrollo integral de los jóvenes. Paralelamente, debe evaluarse la normatividad vigente para la promoción de drogas legales (alcohol y cigarrillos) en estos medios masivos, y debe examinarse, la posible necesidad de la suspensión total de emisiones publicitarias que inviten a su consumo.

✓ En lo que respecta a *compartir con amigos*, se ha reconocido la importancia que este factor tiene como facilitador y presión para el consumo de drogas. Esta situación debe potenciarse positivamente, incrementando los espacios y el portafolio de oportunidades en la sociedad, para el sano esparcimiento juvenil, reconociendo que estamos frente a nuevas generaciones, con deseos, gustos y necesidades diferentes y rápidamente cambiantes. Las instituciones educativas, con el apoyo de instituciones de la cultura, el deporte y la recreación, deben

realizar una sinergia que les permita desarrollar planes conjuntos que allanen estos aspectos.

✓ El estudio ha demostrado, la diversidad de lugares y estrategias para la distribución de las drogas entre escolares. Se necesita entonces, una actitud mucho más proactiva de las autoridades de gobierno, para el control de establecimientos y espacios abiertos al público, los cuales pueden ser intervenidos, bien con medidas represivas y/o paralelamente a estas medidas, intervenciones educativas que muestren la presencia de la autoridad y señalen el deseo de la sociedad, de no ser tolerantes frente a actuaciones que puedan colocar en riesgo la salud y la vida de sus integrantes.

✓ Las autoridades de policía, deben actuar en apoyo a la información que a su vez debe ser suministrada por los directivos de los establecimientos educativos; deben establecerse programas permanentes de información a toda la comunidad educativa sobre el problema de las drogas.

✓ Para este estudio, se han considerado drogas ilegales, todas aquellas que no cuentan con el respaldo y vigilancia profesional para su uso, como es el caso de las benzodiazepinas; las utilizadas con fines diferentes a su propósito original, como es el caso de algunos inhalables; aquellas que provienen de fabricación clandestina, como el éxtasis o el 2cb, u otras comercializadas sin el sustento legal que permita su uso como el popper.

✓ La nueva realidad del consumo de nuevas drogas, exige que se abra un espacio para normativizar, reglamentar y sancionar la distribución de estas sustancias, cuyo uso indiscriminado y riesgoso, puede colocar en riesgo la vida de quienes las utilicen.

✓ A nivel nacional, de la instancia que maneja el monopolio de los medicamentos de control especial, para el caso colombiano, el Fondo Nacional de Estupefacientes, se requiere una actitud y una acción más creativa, visible y eficiente, en lo que se refiere a todas aquellas medidas que permitan controlar la adecuada dispensación de los medicamentos sujetos a su control; esto, en atención al auge en la utilización inadecuada de medicamentos, lo cual empeora el espectro del problema.

✓ Por último, deben implementarse programas permanentes de promoción y prevención, que atiendan la situación encontrada a través de estudios como el presente. Debe, además, monitorizarse el avance de la problemática, a través de investigaciones comparativas, que puedan diagnosticar cambios o nuevas tendencias en el tema y permitan hacer ajustes, para intervenir la nueva realidad que se presente.

ANEXO A

RESUMEN: PREVALENCIAS DE CONSUMO ANUAL DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS POR REGIONES, EN JÓVENES ESCOLARIZADOS DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA AÑO 2007													
SUSTANCIA SUBREGIÓN	Alcohol %	Cigarrillo %	Marihuana %	Basuco %	Inhalables %	Benzodiacepinas %	Éxtasis %	Cocaína %	Hongos %	Cacao Sabanero %	Heroína %	popper %	2 cb%
Valle de Aburra	75.1	36.9	17.2	0.8	5.1	5.1	4.1	8.7	1.0	0.3	1.1	18.6	0.5
Bajo Cauca	62.1	12.2	1.1	0.5	1.4	0.0	0.3	0.6	0.0	0.3	0.0	0.9	0.0
Urabá	59.8	12.5	2.9	0.5	3.1	0.8	1.0	1.8	0.5	0.5	0.3	1.7	0.2
Nordeste	58.9	19.8	6.3	0.8	2.1	0.8	0.5	2.9	0.3	0.0	0.5	1.4	0.0
Occidente	57.7	18.4	5.2	0.7	1.3	0.8	0.5	3.1	0.0	0.3	0.0	1.6	0.0
Norte	60.8	24.7	7.5	0.8	6.5	1.2	2.3	3.6	0.3	0.8	0.4	1.9	0.0
Oriente	56.6	20.1	3.9	0.0	1.8	0.8	0.5	2.3	0.5	0.3	0.2	4.2	0.0
Suroeste	62.7	23.2	6.5	0.8	1.8	1.3	1.3	4.7	1.0	0.3	0.3	3.3	0.0
Magdalena Medio	55.3	14.9	3.5	0.3	1.1	0.8	0.5	1.6	0.3	0.0	0.3	0.8	0.2
Prevalencia anual consumo de drogas Departamento	60	20.5	6.1	0.6	2.7	1.3	1.3	3.3	0.4	0.6	0.3	3.7	0.1
Edad de Inicio	12	12	14	13	12	14	14	14	12	13	13	14	12



Región de mayor prevalencia de consumo de drogas

ANEXO B

DEFINICIÓN, EFECTOS DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

ALCOHOL

Es un depresor del sistema nervioso central, que produce desinhibición conductual y emocional. No es un estimulante, como a veces se cree: la euforia inicial que provoca se debe a que su primera acción inhibitoria se produce sobre los centros cerebrales responsables del autocontrol.

Las bebidas alcohólicas se clasifican en :

- ✓ Bebidas fermentadas como la cerveza, y el vino. Su graduación alcohólica oscila entre 4° y 12°.
- ✓ Bebidas destiladas que resultan de la depuración de las bebidas fermentadas, para obtener mayores concentraciones de alcohol. Se trata de bebidas como el vodka, la ginebra o el ron, aguardiente y oscilan entre 40° y 50°.

Su consumo es vía oral, también puede ingresar al organismo a través de la piel y existen reportes de utilización de etanol inyectado.

El uso repetido de alcohol produce tolerancia al adaptarse el organismo a la sustancia, lo cual puede ser un síntoma de dependencia alcohólica (alcoholismo), y en ese caso cuando se disminuye o suspende su uso, suele desencadenarse un síndrome de abstinencia que requiere atención médica. Los síntomas son inquietud, nerviosismo y gran ansiedad, calambres musculares, temblores, náuseas, vómitos y una gran irritabilidad; adicionalmente puede presentarse "delirium tremens" caracterizado por una clara confusión mental, aparición de delirios y alucinaciones, además de los signos de abstinencia, lo cual requiere tratamiento especializado.

TABACO

Sustancia estimulante del sistema nervioso central. Además de la nicotina, el tabaco contiene 19 productos carcinógenos (alquitranes) y más de 4.000 sustancias tóxicas. Se consume en forma de cigarros, puros, tabaco para mascar o para fumar, en pipa o rapé (picadura de tabaco con sustancias aromáticas).

En cuanto a la tolerancia y dependencia, la nicotina es una de las sustancias con mayor poder adictivo, similar al de la heroína o la cocaína, de ahí que pocas personas puedan controlar su consumo fumando sólo de vez en cuando. En el síndrome de abstinencia, los síntomas comunes son, entre otros: deseo vehemente por nicotina, tensión, irritabilidad, dificultad para concentrarse, somnolencia y, paradójicamente, problemas para dormir, aumento del apetito, así como dolores

de cabeza, aumento de la tos y las expectoraciones, mal humor, falta de atención en la conducción de vehículos u otras actividades.

Fumar un cigarrillo eleva el ritmo cardiaco, la frecuencia respiratoria y la tensión arterial, lo que produce un aumento de la "alerta" del organismo. Al inhalar el humo, la nicotina actúa en el cerebro de forma casi inmediata produciendo una acción recompensante.

Aunque el tabaco es una droga estimulante, la mayoría de los fumadores considera que relaja; ello se debe a que, una vez creado el hábito, el cigarrillo calma la ansiedad que provoca su falta en los momentos que tienen asociados a su consumo.

Los riesgos del consumo de tabaco se presentan a nivel del aparato respiratorio: El humo del tabaco produce una acción irritante sobre las vías respiratorias, lo que provoca una mayor producción de moco y dificultad para eliminarlo. La irritación continua da lugar a bronquitis crónica y a destrucción de los alvéolos pulmonares lo que origina enfisema pulmonar. Es indudable la relación de causa-efecto entre el tabaco y el cáncer de pulmón. Es un factor de riesgo importantísimo de enfermedades cardiovasculares como arteriosclerosis lo cual favorece el desarrollo de trombosis e infarto de miocardio.

MARIHUANA

La marihuana es la droga ilícita de abuso más frecuente. Es una mezcla gris verdosa de flores, tallos, semillas y hojas secas y picadas de la planta de cáñamo, *Cannabis sativa*, se fuma en forma de cigarrillo hechos a mano llamados, o en pipa. También se puede mezclar en la comida o beber como una infusión (té). Su forma más concentrada y resinosa se llama hachís y en la forma de líquido negro pegajoso se conoce como aceite de hachís. El humo de la marihuana tiene un olor pungente característico, que es usualmente agri dulce. La principal sustancia química activa en la marihuana es el delta-9-tetrahydrocannabinol (THC).

Cuando se fuma la marihuana, el THC pasa rápidamente de los pulmones al torrente sanguíneo, llegando rápidamente al cerebro, donde se conecta a receptores de cannabinoides, que influyen el placer, la memoria, el pensamiento, la concentración, las percepciones sensoriales, de tiempo y del movimiento coordinado.

Los efectos a corto plazo del uso de marihuana pueden incluir problemas con la memoria y el aprendizaje; la percepción distorsionada; dificultad para pensar y solucionar problemas; pérdida de la coordinación; y un aumento en el ritmo cardiaco.

Las investigaciones demuestran claramente que el uso de marihuana tiene el potencial para causar problemas en la vida diaria o para empeorar los problemas que ya tiene el usuario. La depresión, la ansiedad y las alteraciones en la personalidad están todas asociadas con el uso de la marihuana, ya que esta afecta la habilidad para aprender y recordar información, a mayor consumo, mayor probabilidad de que se retrase el desarrollo de las habilidades intelectuales, laborales o sociales. Es más, las investigaciones han mostrado que el impacto adverso de la marihuana sobre la memoria y el aprendizaje puede durar días o semanas después de que los efectos agudos de la droga hayan desaparecido.

El uso a largo plazo de la marihuana puede llevar a algunas personas a la adicción; es decir, a usar la droga compulsivamente, aún cuando a menudo interfiere con sus actividades en familia, escolares, laborales y recreativas. El deseo por la droga y los síntomas del síndrome de abstinencia hacen que los que han fumado marihuana por largo tiempo tengan problemas para dejar de usar la droga. Las personas que tratan de dejarla reportan irritabilidad, dificultad para dormir y ansiedad. En las pruebas psicológicas, también demuestran un aumento en la agresividad.

INHALABLES

Los inhalables son sustancias químicas en su mayoría derivados del petróleo generadores de vapores tóxicos, que al ser inhalados producen efectos sobre el sistema nervioso central alterando los procesos mentales. Una variedad de productos que se encuentran comúnmente en la casa y en el trabajo contienen este tipo de sustancias. Son usados generalmente por niños y adolescentes jóvenes por su fácil consecución.

Disolventes volátiles

- Disolventes industriales o caseros, productos que contengan disolventes, incluyendo los removedores o disolventes de pinturas, quitagrasas, líquidos para lavado en seco, gasolina y pegamentos.
- Disolventes para usos artísticos o de oficina, líquidos correctores, marcadores con punta de fieltro y productos de limpieza de los contactos electrónicos.

Aerosoles

- Aerosoles caseros, aerosoles de pinturas, desodorantes, protectores de telas.

Gases

- Los gases usados en productos caseros o comerciales, incluyendo los encendedores de butano y los tanques de gas propano, los aerosoles o dispensadores "whippets" de crema batida y los gases refrigerantes.
- Los gases anestésicos de uso médico, como el éter, el cloroformo, el halotano y el óxido nitroso (gas hilarante).

Nitritos

- Los nitritos alifáticos comúnmente conocidos como "popper" o "reventadores".

Aunque su composición varía, casi todos los inhalables de los cuales se abusa producen efectos a corto plazo similares a los de los anestésicos, cuando se inhalan a través de la nariz o la boca, pasando a los pulmones en concentraciones suficientes. La intoxicación usualmente sólo dura unos minutos, sin embargo, los consumidores prolongan este efecto por varias horas, al respirar los inhalables repetidamente, inicialmente, los consumidores se pueden sentir un poco estimulados, con inhalaciones sucesivas, se pueden sentir menos inhibidos y con menos control, si el uso continúa, los usuarios pueden perder el sentido.

La aspiración de cantidades muy concentradas de las sustancias químicas en los disolventes o los aerosoles puede inducir un fallo cardíaco y la muerte, a los pocos minutos de una sesión de uso prolongado. Este síndrome, conocido como "muerte súbita por inhalación", puede resultar de una sola sesión de uso de inhalantes por una persona joven que de otro modo es saludable. La muerte súbita por inhalación está particularmente asociada con el abuso del butano, del propano y los químicos en los aerosoles.

El abuso crónico de los disolventes puede causar daños severos de larga duración al cerebro, al hígado y a los riñones. Algunos de los efectos dañinos e irreversibles son: pérdida de la audición, neuropatías periféricas o espasmos de las extremidades, daño al sistema nervioso central, daño a la médula ósea.

BENZODIACEPINAS

La eficacia y relativa seguridad de estos fármacos los sitúan en una primera posición a la hora de tratar casos de ansiedad, cuadros depresivos, trastornos de pánico, fobias, parálisis cerebral infantil, paraplejia, epilepsia, trastornos del sueño, pero esto no las exime de riesgos. Son consideradas drogas depresoras y son usadas como drogas de abuso. Se presentan como pastillas, gotas y ampollas. Se administra en forma oral, intramuscular o intravenosas. Las benzodiacepinas producen dependencia, generando tolerancia rápida y síndromes de abstinencia caracterizados por aumento de la ansiedad, insomnio, irritabilidad, náuseas, dolor

de cabeza, tensión muscular, temblor, palpitaciones, disforia, en casos graves, convulsiones y "estatus epiléptico".

En ocasiones producen desinhibición, mostrándose el usuario locuaz, excitado o incluso agresivo. Raro es encontrar efectos sobre la tensión arterial y el ritmo cardiaco. Dosis elevadas provocan náuseas, aturdimiento, confusión, disminución de la coordinación psicomotriz.

Los principales riesgos son su capacidad de generar tolerancia y posterior dependencia, si no se utilizan siguiendo la prescripción médica.

ÉXTASIS

La MDMA (3-4 metilenedioximetanfetamina) es una droga sintética psicoactiva químicamente similar al estimulante metanfetamina y al alucinógeno mezcalina. Los nombres callejeros para la MDMA incluyen éxtasis, Adán, XTC, droga del abrazo, frijoles, y droga del amor.

Los usuarios crónicos de la MDMA tienen un rendimiento por debajo de los que no usan MDMA en ciertos tipos de tareas cognitivas o que involucran la memoria. En dosis altas, la MDMA puede interferir con la habilidad del cuerpo para regular la temperatura. Esto puede llevar a un aumento drástico en la temperatura corporal (hipertermia o golpe de calor), resultando en una falla hepática, renal y del sistema cardiovascular.

Debido a que la MDMA puede interferir con su propio metabolismo (o sea, su digestión en el propio cuerpo), se pueden alcanzar niveles potencialmente dañinos de la droga si ésta se usa en forma repetida durante intervalos cortos de tiempo.

Los usuarios de MDMA presentan aumentos en la frecuencia cardiaca y la presión arterial, lo que es especialmente riesgoso en personas con problemas circulatorios o enfermedades del corazón, otros síntomas incluyen tensión muscular, apretamiento involuntario de los dientes, náusea, visión borrosa, desmayo, y escalofríos o sudor. Los efectos psicológicos pueden incluir confusión, depresión, problemas para dormir, deseo vehemente por consumir la droga, y ansiedad severa. Estos problemas pueden ocurrir al momento de usar la MDMA y a veces hasta varios días o semanas después.

COCAÍNA

CLORHIDRATO DE COCAINA, PERICO, CRACK, BASUCO.

La cocaína es un estimulante altamente adictivo que afecta directamente al cerebro. Hay dos formas químicas de la cocaína: el clorhidrato de cocaína o perico,

presentación en polvo, que se utiliza esnifada (por la nariz), y disuelta en agua para aplicación intravenosa. La pasta básica de cocaína (sulfato de cocaína o basuco) se refiere a un compuesto que no ha sido neutralizado por ácido para producir el clorhidrato de cocaína, se usa fumada.

El uso de la cocaína va desde un empleo casual a un consumo repetitivo o compulsivo, con una variedad de estilos entre estos dos extremos. Fuera de los usos médicos, no existe una forma segura de usar cocaína. Cualquier método de uso puede llevar a que se absorban cantidades tóxicas de la droga, causando una emergencia cardiovascular o cerebral grave que puede resultar en la muerte súbita. No importa la vía de administración, el uso repetido de la cocaína puede causar la adicción o tener otras consecuencias adversas a la salud.

El abuso continuo de la cocaína a menudo desarrolla tolerancia. Esto significa que el cerebro necesitará una dosis cada vez mayor y más frecuente de la droga para obtener el mismo nivel de placer experimentado durante el uso inicial. De acuerdo con estudios recientes, durante períodos de abstinencia del uso de cocaína, el recuerdo de la euforia asociado con su uso o solamente una referencia a la droga, puede disparar un deseo incontrolable de usarla y puede provocar una reincidencia aún después de largos períodos de abstinencia.

Los efectos de la cocaína se presentan casi inmediatamente después de una sola dosis y desaparecen en cuestión de minutos u horas. Pueden ser: euforia, sensación de mayor energía, locuacidad verbal y con mayor estado de alerta, particularmente con relación a las sensaciones visuales, auditivas y del tacto. La cocaína también puede disminuir temporalmente la necesidad de comer y dormir. Algunos usuarios sienten que la droga los ayuda a realizar algunas tareas físicas e intelectuales más rápido, mientras que a otros les produce el efecto contrario. Los efectos fisiológicos a corto plazo que produce la cocaína son: contracción de los vasos sanguíneos, dilatación de las pupilas, y aumento en la temperatura corporal, en el ritmo cardíaco y en la presión arterial. Estos usuarios pueden experimentar temblores, vértigos, espasmos musculares, paranoia y, con dosis consecutivas, una reacción tóxica muy similar al envenenamiento por anfetamina.

Las investigaciones han demostrado que existe una interacción potencialmente peligrosa entre la cocaína y el alcohol. Cuando se usan conjuntamente, el organismo los convierte en etileno de cocaína. El efecto del etileno de cocaína en el cerebro es más duradero y más tóxico que cuando se usa cualquiera de estas drogas por separado.

HONGOS

Los hongos que con mayor frecuencia se consumen en nuestro medio como alucinógenos son los que contienen el principio activo llamado psilocibina. Existen

muchas variedades, algunos de estos hongos crecen en el estiércol del ganado vacuno, de donde son obtenidos directamente por los consumidores. Se consumen por vía oral, crudos o cocinados en bebidas como leche condensada, miel de abejas o agua panela. Los efectos buscados son evasión de la realidad, alucinaciones, experiencias místicas.

Los efectos agudos comienzan alrededor de una hora después de la ingestión y pueden durar hasta 8 horas. Los más comunes son dilatación pupilar, náuseas y enfriamiento de las extremidades. Se producen alteraciones de la percepción del tiempo y del espacio, cambios abruptos en el estado de ánimo y alucinaciones de predominio visual.

Las sobredosis se manifiestan con aumento de temperatura, de frecuencia cardíaca y respiratoria, hipertensión y convulsiones. Pueden presentarse reacciones de pánico, depresiones severas y otros trastornos mentales. El consumo crónico puede desarrollar trastornos mentales permanentes.

CACAO SABANERO

La escopolamina es la sustancia responsable de los efectos psicoactivos del consumo del cacao sabanero, fruto del arbusto cuyo nombre científico es Brugmansia y son conocidas popularmente como borrachero, floripondio, tonga y yopo, se consume tomado directamente de la planta.

Los efectos buscados son evasión de la realidad, alucinaciones, los efectos agudos, pulso débil, lento o rápido; aumento de temperatura y presión arterial; piel seca, caliente y enrojecido; dilatación pupilar, sequedad exagerada de mucosas, náuseas, vómito, dificultad para orinar y estreñimiento. Se presenta además desorientación, confusión, alucinaciones visuales y auditivas, incoordinación motora y trastornos mentales. Esta intoxicación se acompaña de pérdida de la memoria y el consumo de grandes dosis puede producir convulsiones, coma y muerte.

Los efectos crónicos producidos por la escopolamina en el sistema nervioso central pueden prolongarse por varios días o semanas y es frecuente observar que los consumidores continúen confusos, excitados, ansiosos, alucinando y que se presenten conductas extrañas y trastornos mentales permanentes. Algunos personas pueden presentar déficit prolongado o permanente de atención y memoria. La «burundanga» es una sustancia utilizada con fines delincuenciales, la cual puede contener escopolamina.

HEROÍNA

Es una droga ilegal altamente adictiva. Al mismo tiempo es el opiáceo más abusado y el de acción más rápida. La heroína es un opiáceo semisintético que se obtiene al tratar la morfina con diferentes sustancias químicas. Es por tanto, un derivado de la morfina que a su vez se extrae del opio (*papaver somniferum*). Es conocida como caballo, potro, jaco, reina, dama blanca, entre otros. La heroína es una sustancia depresora del sistema nervioso central.

La heroína generalmente se inyecta, se inhala o aspira, o se fuma. Típicamente un abusador de heroína puede inyectarse hasta cuatro veces al día.

En el cerebro la heroína se convierte en morfina y rápidamente se liga con los receptores de opioides. Los abusadores informan que sienten una oleada de sensaciones agradables, un "rush" u oleada de euforia que generalmente va acompañado por un acaloramiento de la piel, sequedad de la boca y una sensación de pesadez en las extremidades que puede estar acompañado por náuseas, vómito y una picazón severa. Después de los efectos iniciales se presenta somnolencia por varias horas.

La heroína produce grados profundos de tolerancia y dependencia física, los cuales son factores que motivan el uso compulsivo y el abuso. Los abusadores de heroína gradualmente pasan más y más tiempo, y energía obteniendo y usando la droga. Los síntomas de abstinencia comienzan si el uso se reduce abruptamente y puede ocurrir a las pocas horas a partir de la última vez que usó la droga, los síntomas de abstinencia incluyen inquietud, dolor de los músculos y huesos, insomnio, diarrea, vómitos, escalofríos con piel de gallina y movimientos de las piernas. Los síntomas mayores de abstinencia alcanzan su punto máximo entre las 24 y 48 horas después de la última dosis de heroína y se calman aproximadamente en una semana. Sin embargo algunas personas muestran signos persistentes del síndrome de abstinencia durante muchos meses.

Las consecuencias médicas del abuso crónico de la heroína incluyen venas cicatrizadas, infecciones bacterianas de los vasos sanguíneos, abscesos y otras infecciones de los tejidos blandos, enfermedades hepáticas o renales, complicaciones de los pulmones incluyendo varios tipos de neumonía y tuberculosis. Al compartir los fluidos o el equipo de inyección puede conducir a las consecuencias más severas del abuso de la heroína, las infecciones con hepatitis B y C, VIH y una variedad de otros virus transmitidos por la sangre, que los drogadictos pueden después pasar a sus parejas sexuales y a sus hijos.

POPPER

Conocido como Nitratos, Bananas, Rush, Snappers, depresor del sistema nervioso central, en una sustancia volátil, la fórmula es nitrito de isobutilo, es una sustancia química de uso industrial y doméstico, se presenta en pequeños frascos o ampollas. El nitrito de amilo es un líquido amarillo claro con un olor aromático y un gusto picante.

Se usa de forma inhalada y excepcionalmente de forma oral, consumo altamente peligroso, no se conoce su posibilidad de crear dependencia. El Popper desarrolla una rápida tolerancia aunque desaparece con rapidez tras unos días sin consumir. No se conocen síntomas respecto a la abstinencia.

Los principales efectos buscados con su consumo se sitúan especialmente en la esfera sexual, produce un estado de letargia, bienestar y relajación de esfínteres. Los principales efectos secundarios del uso de nitritos de amilo pueden ser vértigos, debilidad, dolores de cabeza (tanto breves como prolongados) y congestión de la cara y el cuello, taquicardia, relajación de la musculatura lisa, enrojecimiento de la piel y mucosas, náuseas, vómitos y en ocasiones diarrea.

2CB

Nombre científico: La 2- CB es otra de las drogas de diseño con mayor éxito en la actualidad. Sus efectos son básicamente estimulantes. Su consumo se está extendiendo con rapidez sobre todo en Alemania. Los nombres populares más conocidos son Venus, Nexus o 2CB. En el mercado negro se comercializa en cápsulas y pastillas que pueden ser de cualquier forma, tamaño y color.

En cuanto a su composición, es una feniletilamina diseñada a partir de la mezcalina, en el mercado negro suele encontrarse cortada con anfetamina, fenmetrazina, metilfenidato, etc.

Esta droga se consume por vía oral. Los efectos comienzan entre los 15 segundos y 2 minutos y se prolongan de 2 a 4 horas. Parece ser que cuando llega al cerebro, la 2CB se fija a los receptores de dopamina, adrenalina y noradrenalina. A nivel físico la 2-CB estimula los niveles cardíaco y respiratorio, eleva la presión sanguínea, dilata las pupilas y puede llegar a provocar visión borrosa, mareo e insomnio. No se sabe nada respecto a sus efectos a largo plazo.

BIBLIOGRAFIA

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report. New York: United Nations Publications; 2007.
2. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse. Global Status Report on alcohol. Geneva: WHO Publications; 2004.
3. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse-Department of Injuries and Violence Prevention. ALCOHOL AND INJURY: in Emergency Departments. Geneva: WHO Publications; 2007.
4. Sjögren H, Eriksson A, Broström G, Ahlm K. Quantification of alcohol-related mortality in Sweden. Alcohol & Alcoholism 2000; 35(6): 601-611.
5. Single E, Robson L, Rehm J, Xi X. Morbidity and Mortality Attributable to Alcohol, Tobacco, and Illicit Drug Use in Canada. American Journal of Public Health 1999; 89(3): 385-390.
6. English DR, Holman CDJ, Milne E, Winter MJ, Hulse GK, Codde JP, et al. The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia, 1995. Commonwealth Department of Human Services and Health, Canberra.
7. Rehm J, Eschmann S. Global monitoring of average volume of alcohol consumption. Social and Preventive Medicine 2002; 47(1): 48-58.
8. Maddaleno M, Morillo P, Infante-Espinola F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. Salud Pública de México 2003; 45(1):132-139.
9. Population Reference Bureau. La Juventud Mundial 2006. [Sitio en internet] Disponible en: http://www.prb.org/pdf06/06WorldsYouth_SP.pdf Consulta: septiembre de 2007.
10. National Drug and Alcohol Research Centre, UNSW for Australian National Council on Drugs. ANCD Research Paper; Structural Determinant of youth drug use. 2001. [Sitio en internet] Disponible en: http://www.ncd.org.au/publications/pdf/rp2_youth_drug_use.pdf
11. Hawkins JD, Catalana RF, Miller JY. Risk and Protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. Psychological Bulletin 1992; 112: 64-105.
12. Center for Addiction and Mental Health (camh). YOUTH & DRUGS AND MENTAL HEALTH, A Resource for Professionals. Toronto (Canadá); 2004.
13. Fantin MB. Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados. Adicciones 2006; 18(3): 285-292.

14. Calafat A. Estrategias Preventivas del abuso de alcohol. *Adicciones* 2002; 14(1):317-335.
15. NHTSA. *Traffic Safety Facts 1999: Alcohol* National Center for Statistics and Analysis. Washington DC: NHTSA; 2000.
16. Arévalo JM, Masip GP & Abecia LC. Consumo de alcohol en una muestra de estudiantes universitarios. *Revista Española de Drogodependencias*. 1997; 22(1):15-34.
17. Herrera-Vasquez M, Wagner FA, Velasco E, Borges G, Lazcano-Ponce E. Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. *Salud Pública de México*. 2004; 46(2):132-140.
18. Bejarano J, Ugalde F, Morales D. Evaluación de un programa escolar en Costa Rica basado en habilidades para vivir. *Adicciones* 2005; 17(1): 71-80.
19. Kandel D, ¿Es el uso de la marihuana causa del consume de otras drogas?. *JAMA* 2003; 289:482-483.
20. Coker AL, Richter DL, Valois RF, Mckeown RE, Garrison CZ, Vincent ML. Correlatos and consequences of early initiation of sexual intercourse. *J Sch Health*. 1994; 64:372-377.
21. Stueve A, O´Donnell LN. Early alcohol Initiation and Subsequent Sexual and Alcohol Risk Behaviors Among Urban Youths. *American Journal of Public Health*. 2005; 95(5):887-893.
22. Kachur SP, Stennies GM, Powell K E, Modzeleski W, Stephens R, Murphy R et al. *School associated violent deaths in the United States. 1992-1994. Journal American Medical Association* 1996; 275(22),1729-1733.
23. Tomás A. Comportamiento antisocial y consume de sustancias psicoactivas en escolares adolescents de Lima Metropolitana. *Revista Electrónica de Psicología y Desarrollo* 2005; 2(5): 1-17. [Sitio en internet] Disponible en: <http://www.ipside.org/dispersionCoker>
24. Perula LA, Ruiz R, Fernandez JA, Herrera E, De Miguel MD, Bueno JM. Consumo de alcohol entre los escolares de una zona básica de salud de Córdoba. *Revista Española de Salud Pública*. 1998; 72(4):331-341.
25. National Household Survey on Drug Abuse. The NHSDA Report 2002. Academic Performance and Youth Substance Use. [Sitio en internet] Disponible en: <http://www.oas.samhsa.gov/2k2/academics/academics.htm/>

26. Espada JP, Mendez FX, Hidalgo MD. Consumo de Alcohol en escolares: descenso en la edad de inicio y cambios en los patrones de ingesta. *Adicciones* 2000; 12:57-64.
27. Ministerio de Protección Social, República de Colombia. Lineamientos Hacia una Política de Reducción de la Demanda de Sustancias Psicoactivas de Origen Ilícito. Junio de 2003.
28. Naciones Unidas(ONUDD) – Organización de Estados Americanos (CICAD/OEA). Jóvenes y drogas en países sudamericanos: un desafío para las políticas públicas. Primer Estudio Comparativo sobre uso de drogas en población escolar secundaria. Lima (Perú); 2006.
29. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-221 de 1994. [Sitio en internet] Disponible en: <http://www.constitucional.gov.co/corte/>
30. Ministerio de Justicia-Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE). Estudio nacional sobre consume de sustancias psicoactivas en Colombia. Bogotá; 1993.
31. Ministerio de Justicia-Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE). Segundo estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en Colombia. Bogotá; 1996. [Sitio en internet] Disponible en: <http://www.dnecolombia.gov.co/doc/Publicaciones/estrategica/consumo.pdf>
32. Ewing JA. Detecting Alcoholism: The CAGE questionnaire. *JAMA* 1984; 252(14):1905-1907.
33. Programa Presidencial Rumbos-República de Colombia. Juventud y Consumo de Sustancias Psicoactivas: Resultados de la encuesta nacional de 2001 en jóvenes escolarizados de 10 a 24 años. Bogotá, 2002.
34. Ministerio de la Protección Social, República de Colombia. Encuesta Nacional sobre Consumo de Sustancias psicoactivas en Jóvenes Escolarizados de 12 a 17 años en Colombia; 2004.
35. Gobernación de Antioquia-Carisma. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados. Departamento de Antioquia; 2003.
36. Alcaldía de Medellín-UNDCP-DNE. Sistema de Vigilancia Epidemiológica sobre el uso indebido de sustancias psicoactivas, VESPA. Alcaldía de Medellín; 1993.
37. Tarter RE, Hegedus AM. The Drug Use Screening Inventory. Its applications in the evaluation and treatment of alcohol and other drug abuse. *Alcohol Health and Research World* 1991; 15(1): 65-75.

38. NACIONES UNIDAS-Oficina contra las drogas y el delito. Encuestas escolares sobre el uso indebido de drogas. New York: United Nations Publications; 2003.

Otra bibliografía:

Espada JP, Mendez FX, Griffin KW, Botvin GJ. Adolescencia: Consumo de alcohol y otras drogas. Papeles del Psicólogo 2003; 84:9-17.

Gobernación de Antioquia – DSSA. Indicadores Básicos 2006; Situación de Salud en Antioquia

Ministerio de la Protección Social – Organización Panamericana de la Salud. Situación de la Salud en Colombia, Indicadores Básicos 2006.

Substance Abuse & Mental Health Services Administration's Center for Substance Abuse Prevention. Illicit Drug Consumption and Consequences in Oregon 2007; [Sitio en internet] Disponible en: http://www.oregon.gov/DHS/addiction/resource_center.shtml/