

Prevalencia del Consumo de Sustancias en Estudiantes de Bachillerato de Pamplona, Colombia.

Andrés Enrique Zarate Pradilla¹
Diana María Catalina Prada Uribe²
Sandra Licette Padilla Sarmiento³
Germán Eduardo Rueda Jaimes⁴

Resumen

Introducción: En la adolescencia se presenta gran vulnerabilidad para el inicio del consumo de sustancias, trayendo consecuencias en la salud a corto y largo plazo del individuo que potencialmente son irreversibles, en el bienestar de la familia y en el desarrollo de una sociedad. *Objetivo:* Determinar la prevalencia del consumo de sustancias en niños y adolescentes escolarizados de Pamplona, Colombia. *Método:* Estudio descriptivo. Una muestra de 1647 estudiantes de bachillerato seleccionados aleatoriamente diligenció un cuestionario autoadministrado sobre consumo de sustancias legales e ilegales. *Resultados:* La edad promedio fue 14,6 años (DE 1,99); 52,7% eran hombres. La prevalencia vital para el consumo de sustancias legales (sin incluir el alcohol y tabaco) fue de 3,96% y la prevalencia vital de consumo de las ilegales fue de 5,03%. La prevalencia de consumo diario de cigarrillo durante el último mes fue de 4,9%. *Conclusión:* El consumo de sustancias legales e ilegales por parte de estudiantes de bachillerato de Pamplona fue más alta que la encontrada en otras ciudades del país con población similar. El alcohol sigue siendo la más consumida, seguida por el cigarrillo e inhalantes. La marihuana fue la sustancia ilegal de mayor consumo y se observó un uso mayor de éxtasis que de tradicionales estimulantes como la cocaína. Se encontró la emergencia del consumo de heroína y popper en niños y adolescentes. La edad de inicio en el consumo de cualquier sustancia estuvo entre los 10 y 13 años. En relación con el uso de inhalantes y tranquilizantes no se encontraron diferencias significativas por sexos.

Palabras clave: prevalencia, dependencia, sustancias, niño, adolescente.

¹ Psicólogo. Especialista en Promoción de la Salud Mental y Prevención de Violencia y Farmacodependencia. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia.

² Médica. Especialista en Promoción de la Salud Mental y Prevención de Violencia y Farmacodependencia. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia.

³ Psicóloga. Especialista en Promoción de la Salud Mental y Prevención de Violencia y Farmacodependencia. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia.

⁴ Médico psiquiatra. Director del Grupo de Neuropsiquiatría, Centro de Investigaciones Biomédicas, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un periodo transicional donde se presenta una vulnerabilidad en la adopción de hábitos y actitudes, especialmente en el consumo de sustancias que producen dependencia.^{1,2} Cuando persiste el consumo en la adultez tiene serias consecuencias en la salud, en el bienestar de la familia, de la comunidad y en realidad en el desarrollo y progreso de toda una sociedad.^{3,4}

Esta conducta implica complicaciones médicas a corto y largo plazo que potencialmente son irreversibles como el suicidio.⁵ Igualmente, el consumo de éstas sustancias trae consecuencias psicosociales tales como el uso de otras sustancias, el fracaso académico y la irresponsabilidad que ponen al adolescente en riesgo de accidentes, violencia, conductas criminales, relaciones sexuales no planificadas e inseguras.⁶⁻⁹

La evidencia señala que cada año la dependencia de sustancias distintas de la nicotina es la causante de manera directa o indirecta de al menos un 40% de todos los ingresos hospitalarios, y aproximadamente un 25% de las muertes se deben directamente a consumo de sustancias ilegales o de alcohol.¹⁰ Más de una tercera parte de los nuevos casos de infección por el VIH se producen en consumidores de drogas intravenosas o en individuos que han tenido contacto sexual con estos últimos.⁷ Igualmente la mitad de muertes que se producen en la carretera corresponden a un conductor o peatón intoxicado y cerca del 15% de los pacientes que ingresan a los servicios de urgencias después de un accidente automovilístico han manifestado consumo de alcohol en las seis horas previas al accidente.¹¹ Más del 60% de los casos de violencia doméstica se dan bajo la influencia de sustancias ilegales o del alcohol.¹² El consumo de estas sustancias de igual forma ha mostrado una fuerte y consistente asociación con trastornos depresivos y otros trastornos mentales, ya sean en relación con su inicio, exacerbación o difícil manejo.¹³⁻¹⁹

Es así como el uso indebido de éstas sustancias es la principal causa prevenible de morbimortalidad, constituyéndose en un grave problema de salud pública, además el daño social y la pérdida activa de estos individuos representan un alto costo en la economía de nuestro país.^{20,21}

El municipio de Pamplona es considerado como el principal centro educativo del Oriente Colombiano y Suroccidente Venezolano, presenta instituciones educativas de nivel básico, intermedio y superior de excelente calidad, por lo que nacionalmente se cataloga como ciudad estudiantil presentando amplio impacto en formación secundaria y universitaria sobre la región.^{22,23} Este municipio alberga a un sinnúmero de adolescentes, los cuales son los principales consumidores en los centros nocturnos y en los innumerables cibercafés que desde hace un par de años han proliferado en la región por la gran demanda que poseen.²³

Ante la ausencia de un diagnóstico integral de la situación de consumo de sustancias en adolescentes de Pamplona y a la importancia que esta medición representa para la toma de decisiones, orientación de programas y en el desarrollo de planes de promoción y prevención, el objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de consumo de sustancias ofreciendo una información actualizada y válida, en donde los datos generados sean utilizados en tal forma que favorezcan el mejor desarrollo del adolescente, lo hagan participe en la construcción de las soluciones como sujeto responsable de si mismo, se mitiguen y disminuyan sus problemáticas y finalmente se contribuya al desarrollo armónico del ser humano del presente y del futuro.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo que evaluó las prevalencias del consumo de sustancias en los estudiantes de básica superior y media vocacional de Pamplona. Esta investigación respetó los principios bioéticos marcados por la ley, para la realización de estudios en el área de la salud, tomando todas las precauciones necesarias para respetar los derechos y libertades de los sujetos incluidos. Se le solicitó el consentimiento informado por escrito al menor de edad y a sus padres. Además se contó con la autorización del comité de ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Bucaramanga y los rectores de los centros educativos.²⁴

El universo de aplicación fueron los 4247 estudiantes matriculados en el segundo semestre de 2008 en los centros de educación básica secundaria y media vocacional de Pamplona, tanto públicos como privados. Con la finalidad de detectar prevalencias de al menos 3,0%, margen de error del 1% y significancia de 5%, el tamaño de la muestra calculado fue de 1669 estudiantes. Los estudiantes se seleccionaron mediante un muestreo probabilístico estratificado por conglomerados, donde cada salón de clase representaba un conglomerado, los cuales se escogieron de forma aleatoria, proporcional al total de alumnos matriculados por institución educativa.

Los estudiantes fueron evaluados por medio de un cuestionario autoadministrado, voluntario, y confidencial, basado en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para el Consumo de Sustancias Psicoactivas (VESPA), desarrollado en 1994 por el Plan Municipal de Prevención de Medellín (Colombia) y validado en población similar a la nuestra. El cual incluye preguntas sobre aspectos sociodemográficos y otras referentes a la frecuencia de consumo de sustancias legales (tabaco, alcohol, tranquilizantes, estimulantes e inhalantes) y sustancias ilegales (marihuana, cocaína, bazuco). Adicionalmente, se preguntó sobre el uso de sustancias emergentes no incluidas originalmente en el sistema, como el éxtasis, la heroína y el popper.^{25,26}

Adicionalmente se utilizó el cuestionario CAGE, instrumento cuyo nombre se deriva del acrónimo en inglés de las cuatro preguntas con respuestas dicotómicas (sí o no) que lo componen, referentes a la crítica social (C), la culpa individual (A), la ingesta matutina (G) y la necesidad sentida de dejar de consumir el alcohol (E). Las respuestas afirmativas a dos o más preguntas se consideraron como consumo abusivo de alcohol. Esta prueba ha mostrado en otras poblaciones sensibilidad entre 60 % y 90 % y especificidad entre 40 % y 90 % (16).^{27,28}

El procesamiento, análisis y manipulación de las encuestas y sus variables se realizó en el programa Stata v9.²⁹ Se calcularon las distribuciones de frecuencia para variables categóricas, la media y la desviación estándar para variables cuantitativas. Se determinaron la prevalencia vital, la prevalencia anual, la prevalencia mensual y la prevalencia semanal de todas las sustancias interrogadas, a las cuales se les calculó el intervalo de confianza al 95%.

RESULTADOS

Se seleccionaron 66 conglomerados en 11 instituciones de educación básica secundaria y media vocacional de las 14 existentes en el municipio de Pamplona, Norte de Santander. Se escogió un total de 1670 estudiantes. El promedio de estudiantes por salón fue de 25. Siete (0,41%) estudiantes se negaron a participar y 16 (0,95%) fueron excluidos pues no contestaron la mayoría de las preguntas de la encuesta. Esta investigación es el resultado del análisis de las respuestas de 1647 estudiantes.

La edad de los estudiantes de la muestra osciló entre 10 y 20 años con una media de 14,6 años (DE 1,99) y una moda de 15 años. De ellos 779 fueron mujeres (47,3%) y 869 hombres (52,7%). El 60,7% estudiaban básica secundaria y 39,4% media vocacional. En cuanto al estrato socioeconómico residían en estrato bajo 897 (54,5%), en estrato medio 702 (42,6%) y en estrato alto 48 (2,9%). El 16,5% (252) de los estudiantes trabajaban, y el 1,7% (28) pertenecían a población desplazada.

La prevalencia vital para el consumo de sustancias legales (sin incluir el alcohol y tabaco) fue de 3,96% (IC95% 3,1-4,5) y la prevalencia vital de consumo de las ilegales fue de 5,03% (IC95% 4,2-6,1). El consumo en el último año de una o más sustancias legales fue del 3,09% (IC95% 2,3-3,9), mientras que de cualquier ilegal fue del 4,15% (IC95% 3,3-5,0).

El alcohol fue la sustancia más consumida durante el último año, con una prevalencia vital del 51,9% (IC95% 48,6%-53,5%) y de consumo abusivo del alcohol según el CAGE del 20,9% (IC95% 18,8-23,1). El 16,3% (IC95% 14,5%-18,2%) de los encuestados refieren que fuman actualmente, con una prevalencia de consumo diario de cigarrillo durante el último mes de 4,9% (IC95% 3,9%-6,0%). La marihuana fue la sustancia ilegal que presentó el mayor consumo en todos los lapsos preguntados: a lo largo de la vida, último año, último mes y última semana. Los inhalantes fueron las sustancias legales (sin incluir al alcohol y tabaco) que presentó el mayor consumo en todos los lapsos indagados. En la Tabla 1 se presentan todas las prevalencias de consumo de sustancias legales e ilegales, con excepción del consumo de cigarrillo.

Se encontró que la prevalencia del consumo de alcohol, bazuco, hipnóticos, y popper es mayor de forma significativa en los varones. A nivel de las mujeres se encontró una diferencia estadística significativa en el consumo de heroína. En relación con el uso de marihuana, inhalantes, cocaína, éxtasis y tranquilizantes el consumo tiende a equipararse por sexos. En la Tabla 2 se observa el análisis detallado por sustancia en relación con el sexo.

La edad promedio de inicio para las sustancias legales fue de 12,62 años en el caso del cigarrillo (DE = 2,16); de 11,84 años para el alcohol (DE = 2,65); de 13,63 años para la primera embriaguez (DE = 2,04); de 11,71 años para hipnóticos (DE 2,61); 11,48 años para tranquilizantes (DE = 2,28), y de 10,64 años para inhalantes (DE = 2,58). Para las sustancias ilegales fue de 11,78 años para el bazuco (DE = 2,30), 13,45 años para la cocaína (DE = 2,28), 12,59 años para el éxtasis (DE = 1,54), 13,80 años para la heroína (DE = 1,47), 12,65 años para la marihuana (DE = 2,40), y 13,42 años para el popper (DE = 1,79).

DISCUSIÓN

En la actualidad, se conoce claramente que el abuso de sustancias se presenta como un fenómeno evolutivo que se desarrolla a lo largo de distintas etapas hasta convertirse en patrones de consumo abusivos y problemáticos al final de la adolescencia o en el inicio de la adultez.³⁰⁻³² Este estudio señala un importante consumo de sustancias tanto legales como ilegales por parte de los estudiantes de secundaria a pesar de la normatividad vigente y las restricciones impuestas por el Estado Colombiano al respecto.

A nivel internacional encontramos que en que entre el 33.6% y el 66.5% de los adolescentes estadounidenses reportó haber consumido alcohol durante el último año, y entre el 13.9% y el 47.9%, haber tomado hasta la embriaguez. Entre el 4% y el 12.2% informó el consumo diario de cigarrillo durante el último mes, y tranquilizantes entre el 2.6% y el 6.6% durante el último año.³³ Entre el 20.9% y el 48.2% de los adolescentes estadounidenses ha probado en alguna ocasión a lo largo de su vida una sustancia ilícita. La prevalencia de consumo en el último mes de psicoactivos ilegales en adolescentes de Estados Unidos en el 2006 fue de 9.8%. La sustancia más consumida es la marihuana, con una prevalencia anual de consumo de entre el 11.7% y el 31.5%; seguida por los inhalantes, entre el 4.5% y el 9.1%; anfetaminas, entre el 4.7% y el 8.1%; cocaína, entre el 2% y el 5.7%; éxtasis, entre el 1.4% y el 4.1%, y heroína, entre el 0.8% y el 0.9%.^{34- 36}

En Europa se encontró que la edad media del primer contacto con el alcohol y cigarrillo fue a los 12 años y 10 años respectivamente. En España no se hallaron diferencias significativas entre ambos sexos a nivel del consumo, y la prevalencia de estudiantes fumadores fue del 31.9% y bebedores 59.6%. A nivel del cannabis la prevalencia en el último mes en adolescentes fue de 19.4%, tranquilizantes 2.5%, cocaína 2.2%, éxtasis 2.5%, alucinógenos 1.9% e inhalantes 1.4%.³⁷

En los países latinoamericanos no existe homogeneidad, debido básicamente a las variables sociodemográficas y diferencias culturales, por ejemplo en Valparaíso casi el 50% de los adolescentes fuma y la mayoría inició este hábito entre los 12 y 13 años.^{38,39} En México se observó que el 60% de los varones iniciaron el uso de alcohol en promedio a los 17 años y el uso de tabaco a los 18 años de edad. Las mujeres iniciaron el uso de alcohol y tabaco un año después que los hombres. El uso de otras drogas ocurrió a los 19 años de edad en promedio en 5% de las mujeres y 13% de los varones. Los estudiantes usuarios de alcohol o tabaco, o ambos, presentaron mayor riesgo de iniciar el uso de otras drogas que los no usuarios (RR=6.72; IC 95%=4.13-10.93)^{40,41} En Brasil se encontró que el consumo de alcohol fue mayor en hombres, cigarrillo en mujeres, y similar en ambos sexos para las otras sustancias.⁴²

A nivel nacional encontramos que en el último estudio realizado en Medellín se observó que la prevalencia de alcoholismo en adolescentes fue de 5.6% y para riesgo de alcoholismo de 26.5%, donde las diferencias por sexo no fueron muy significativas. Las sustancias de uso legal,

antecedieron en la edad de inicio a la informada para las sustancias de uso ilegal, comportándose como la puerta de entrada para estas. La edad promedio para el inicio de consumo de sustancias legales fue de 12.5 años para cigarrillo, y 12.7 para bebidas alcohólicas. La prevalencia anual más alta después del cigarrillo y el alcohol fue para la marihuana con un 8.9%, seguida por la cocaína con 4.6% y los inhalantes con 3.9%. Con relación al consumo de sustancias ilegales las mujeres consumen todas las sustancias pero su prevalencia es mas baja que la de los hombres, sin embargo a nivel del consumo de cigarrillo se encontró una prevalencia de un 27.1% para sexo femenino versus 19.1% para el masculino.²

A nivel regional los dos últimos estudios realizados en adolescentes escolarizados de Bucaramanga reportaron que los usos más prevalentes corresponden a las sustancias legales, con mayor aceptación social como son el alcohol y el tabaco, seguidas por las ilegales entre ellas ocupando el primer lugar la marihuana. La prevalencia vital para el consumo de cualquier sustancia (sin incluir alcohol y tabaco) fue de 6,39% y del solo consumo de sustancias ilegales fue del 4,59%. Las sustancias que mostraron un aumento significativo en el consumo durante los últimos ocho años fueron los estimulantes, los inhalantes, la marihuana y los tranquilizantes. Sustancias como el alcohol, el bazuco y la cocaína mostraron prevalencias similares durante este período. Se documentó la emergencia de sustancias en nuestro medio como el éxtasis y la heroína.^{43,44} Estos estudios mostraron un aumento significativo en el patrón de consumo de sustancias legales e ilegales, sin diferencias importantes por género, puesto que el consumo de mujeres tendió a equipararse con el de los hombres.⁴⁴⁻⁴⁶

En Pamplona al igual que en los estudios anteriormente mencionados se encontró que el alcohol es la sustancia de mayor consumo, seguida por el cigarrillo. La marihuana es la sustancia ilegal de mayor consumo y se observa claramente el uso de sustancias como el éxtasis, el popper y la heroína, que a pesar de ser llamadas emergentes tienen prevalencias similares y hasta superiores a otros estimulantes de uso tradicional como la cocaína.

La prevalencia vital para el consumo de sustancias legales (sin incluir el alcohol y tabaco) e ilegales al igual que el consumo en el último año de cualquier de las anteriores sustancias fue superior que lo encontrado en otros estudios nacionales con población similar.^{2,44} Tal vez esto se pueda explicar por la situación geográfica del municipio, su cercanía a la frontera produce una mayor accesibilidad y más fácil consecución a las diferentes sustancias, pero sobretodo la diversidad cultural que lo conforma, hacen que la relación entre los factores externos y la vulnerabilidad dada por la genética sean la base generadora de un mayor consumo.

La heroína fue la sustancia que presentó menor prevalencia en relación a las demás pero su uso fue más alto que en la ciudad de Bucaramanga, esto es realmente preocupante por la gran peligrosidad, morbilidad y la edad promedio de estos consumidores.

Los adolescentes de Pamplona iniciaron el consumo de cualquier sustancia indagada entre los 10 y 13 años de edad. Las sustancias de más temprano uso fueron los inhalantes y tranquilizantes, y

las de uso más tardío fueron el popper y la heroína. En los otros estudios se han encontrado promedio de edades de inicio superiores, lo que es alarmante en una ciudad estudiantil.

Este estudio encontró mayor prevalencia de consumo de alcohol, marihuana, bazuco, cocaína, hipnóticos y popper en hombres, en todos los intervalos de tiempo indagados. A nivel de las mujeres se encontró mayor prevalencia en el consumo de heroína y éxtasis. En relación con el uso de inhalantes y tranquilizantes no se encontraron diferencias estadísticas significativas por sexos.

Las deficiencias de esta investigación se correlacionan con el que sus resultados no se pueden generalizar puesto que no se incluyeron en el estudio los adolescentes desescolarizados (trabajadores o habitantes de calle). Igualmente no se evaluó el consumo en escolarizados de las áreas rurales, los cuales según la evidencia en otras regiones presentan un consumo distinto al urbano.⁴⁴ Dos de las tres instituciones educativas donde no se permitió la realización de la encuesta, sus estudiantes en su gran mayoría pertenecen a un nivel socioeconómico alto por lo cual el porcentaje de esta población disminuyó en el contexto general de la investigación.

Para concluir es importante mencionar que el Estado debe promover de forma efectiva la formación integral del joven para contribuir en su desarrollo físico, psicológico, social y espiritual. Por lo cual se espera que la construcción que realiza el adolescente como sujeto integral este sustentada en unas condiciones posibles de salud, donde lo físico y lo mental se conjuguen y complementen. Como lo plantea la ley todo joven tiene derecho a vivir la adolescencia como una etapa creativa, vital y formativa, haciendo de este momento evolutivo y de desarrollo, un espacio más pleno e integral.⁴⁷⁻⁴⁹

Estos resultados señalan desafíos importantes para todos los profesionales de la salud quienes debemos trabajar enérgicamente en relación a éste grave problema de salud pública puesto que es la población más vulnerable y futuro activo de nuestro país la que esta en juego y riesgo. Por lo que se deben realizar acciones proactivas y preventivas en todos los niveles para una mejor calidad de vida individual y colectiva, basándonos en datos reales como los presentes.^{50,51}

Tabla 1. Prevalencia reconsumo de sustancias en los estudiantes de secundaria de Pamplona, 2008.

Sustancia	Vital	IC95%	Anual	IC95%	Mensual	IC95%	Semanal	IC95%
Alcohol	51,9	48,6-53,5	46,9	44,6-48,5	29,8	26,4-31,9	14,9	13,3-16,8
Embriaguez	38,7	36,4-40,9	26,1	24,7-29,1	17,4	15,3-19,0	7,0	5,9-8,4
Bazuco	1,8	1,3-2,3	0,8	0,4-1,4	0,4	0,1-0,8	0,4	0,1-0,8
Cocaína	1,9	1,4-2,8	1,7	1,2-2,5	1,0	0,6-1,7	0,5	0,3-1,1
Hipnóticos	2,3	1,7-2,8	2,1	1,3-2,8	1,3	1,0-2,6	0,7	0,4-1,2
Éxtasis	2,0	1,5-2,6	1,6	1,2-2,1	1,5	1,1-2,1	0,8	0,4-1,4
Inhalantes	2,9	2,1-3,5	2,3	1,7-2,8	1,4	0,9-2,1	0,6	0,3-1,2
Marihuana	3,7	2,5-4,3	2,5	1,9-3,2	1,6	1,2-2,1	0,6	0,3-1,2
Tranquilizantes	2,8	2,0-3,4	2,3	1,7-2,8	1,4	0,9-2,1	0,5	0,3-1,1
Heroína	0,8	0,4-1,4	0,6	0,3-1,2	0,4	0,1-0,8	0,2	0,0-0,6
Popper	1,4	0,9-2,1	1,2	0,7-1,8	0,8	0,4-1,4	0,5	0,2-1,0

Tabla 2. Prevalencia de consumo de sustancias de los adolescentes escolarizados de Pamplona, 2008, según sexo.

Sustancia	Vital	IC95%	Anual	IC95%	Mensual	IC95%	Semanal	IC95%	p
Alcohol									
Hombre	56,7	54,8-59,6	51,9	49,6-54,5	31,6	29,4-33,9	16,4	14,8-18,3	0,0002
Mujer	46,6	44,7-49,5	41,5	39,0-43,8	28,0	25,7-30,1	13,4	11,3-15,8	
Embriaguez									
Hombre	42,6	40,3-45,1	29	26,9-31,4	18,1	16,3-20,0	7,7	6,4-9,2	0,0013
Mujer	34,5	31,7-36,3	22,9	20,3-24,4	16,7	14,9-18,7	6,3	5,2-7,6	
Bazuco									
Hombre	2,8	2,1-3,3	1,4	0,9-2,1	0,7	0,2-1,2	0,7	0,2-1,1	0,0098
Mujer	0,6	0,3-1,2	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	
Cocaína									
Hombre	2,9	2,2-3,4	2,7	1,9-3,3	1,7	1,2-2,5	1,0	0,6-1,7	0,0282
Mujer	0,8	0,4-1,4	0,7	0,2-1,1	0,3	0,0-0,6	0,0	0,00	
Hipnóticos									
Hombre	2,6	1,8-3,5	2,1	1,5-2,7	1,3	0,8-2,0	0,3	0,0-0,6	0,0078
Mujer	1,7	1,1-2,6	1,7	1,2-2,5	1,6	1,0-2,4	1,0	0,6-1,7	
Éxtasis									
Hombre	1,9	1,4-2,8	1,4	0,9-2,1	1,2	0,7-1,8	0,6	0,3-1,1	0,0134
Mujer	2,1	1,6-2,7	1,8	1,2-2,6	1,8	1,2-2,6	1,0	0,6-1,7	
Heroína									
Hombre	0,6	0,3-1,2	0,6	0,3-1,2	0,3	0,0-0,6	0,0	0,00	0,0004
Mujer	0,9	0,5-1,5	0,5	0,3-1,1	0,5	0,2-1,0	0,4	0,1-0,8	
Inhalantes									
Hombre	3,3	2,5-4,3	2,6	1,8-3,5	1,7	1,2-2,5	0,8	0,4-1,4	0,5664
Mujer	2,3	1,5-3,0	1,8	1,2-2,7	1,0	0,6-1,7	0,4	0,1-0,8	
Marihuana									
Hombre	4,8	3,8-6,0	3,4	2,6-4,4	1,7	1,2-2,5	0,9	0,5-1,5	0,0107
Mujer	2,4	1,6-3,2	1,5	0,9-2,2	0,7	0,4-1,3	0,3	0,1-0,8	
Tranquilizantes									
Hombre	3,2	2,4-4,3	2,5	1,8-3,4	1,5	1,0-2,2	0,6	0,3-1,2	0,5444
Mujer	2,5	1,8-3,5	2,1	1,4-2,9	1,3	0,8-2,0	0,5	0,2-1,0	
Popper									
Hombre	2,2	1,5-3,0	1,9	1,4-2,8	1,2	0,7-1,8	0,6	0,3-1,2	0,0000
Mujer	0,5	0,3-1,1	0,5	0,2-1,0	0,4	0,1-0,8	0,4	0,1-0,8	

REFERENCIAS:

1. Williams PG, Holmbeck GN, Greeley RN. Adolescent health psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002; 70: 828-842.
2. Torres Y, Osorio J, López P, Mejía R. Salud Mental del Adolescente Medellín 2006. CES-Alcaldía de Medellín; 2007. p. 131-166.
3. Panigua-Repetto H, García-Calatayud S, Castellano-Barca G, Sarrallé-Serrano R, Redondo-Figuero C. Consumo de tabaco, alcohol y drogas no legales entre adolescentes y la relación con los hábitos de vida del entorno. *Ann Esp Pediatr*. 2001;55:121-28.
4. Moral Jiménez MV, Sirvent Ruiz C. Comparison of the preventive efficacy of psychosocial intervention programs on attitudes towards the young consumption of psychoactives substances. *Trastornos adictivos*. 2004; 6: 248-61.
5. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: a metanalysis. *Br J Psychiatry*. 1997; 170:205-8.
6. Campo Arias A, González S, Sánchez Z, Rodríguez D. Percepción de rendimiento académico y síntomas depresivos en estudiantes de Bucaramanga, Colombia. *Arch Pediatr Urug*. 2005; 76:21-6.
7. Castillo M, Meneses M, Silva L, Navarrete P. Prevalencia de relaciones sexuales en adolescentes estudiantes de un colegio de Bucaramanga, Colombia. *MedUNAB*. 2003; 6:137-43.
8. Grunbaum JA, Kann L, Ross J, et al. Youth Risk Behavior Surveillance United State, 2003. *MMWR*. 2004; 53: 1-95.
9. Kelly ML, Fals-Stewart W. Couple-versus individual-based therapy for alcohol and drug abuse: Effects on children's psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002; 70: 417-427.
10. US Center for Disease Control. Alcohol related mortality and years of potential life lost. United States, 1987. *MMWR*. 1990; 39:173-7.
11. Casanova L, Borges G, Mondragon L. El alcohol como factor de riesgo en accidentes vehiculares y peatonales. *Salud Mental*. 2001; 24: 3-11.
12. Swahn MH, Donovan JE. Correlatos and predictors of violent behavior among adolescent drinkers. *J Adolesc Health*. 2004; 34: 480-92.
13. Campo A. Cigarette Smoking among Institutionalized Psychiatric Patients. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2005; 34: 221-28.
14. Campo A, Díaz LA, Rueda GE, Rueda M, Farelo D. Prevalencia de consumo de cigarrillo en pacientes de la consulta de Bucaramanga. *Colomb Med* 2004; 35: 69-4.
15. Martínez JA, Amaya W, Campillo HA. Factores asociados con el consumo diario de cigarrillo en adolescentes estudiantes de básica secundaria de Bucaramanga, Colombia. *Biomédica* 2005; 25: 518-26.
16. Rueda GE, Rangel AM, Camacho PA, Duarte E. Factores asociados con el uso de sustancias ilícitas en adolescentes escolarizados. 2008.
17. Rodríguez D, Dallos C, Gonzales S, Sanchez Z, Díaz LA, Rueda G, Campo A. Association between depressive symptoms and alcohol abuse among students from Bucaramanga, Colombia. *Cad Saude Publica*. 2005; 21 (5): 1402-1407.
18. Campillo R, Vizcay V. Caracterización del consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes de un consultorio medico. *Rev cubana Med Gen Integr*. 2003; 19(3): 7-13.
19. Bravo P, Bravo S, et al. Prevalencia de sustancias psicoactivas asociadas con muertes violentas en Cali. *Rev Colomb Med*. 2005; 36: 146-152.
20. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Un panorama nacional de la salud y enfermedad mental en Colombia. Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003.

21. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA*. 2004; 291: 1238-45.
22. Maldonado JI, Tamayo A, Bernal M. Pamplona, perspectivas en su estudio. *El Impresor*; 1983. p. 12-14.
23. Medellín JA, Fajardo D. Mi Tierra, el diccionario de Colombia. I Norma SA; 2005. p. 49-50.
24. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. *Rev Colomb Psiquiatr*. 1996; 25: 38-59.
25. Torres Y. VESPA. Sistema de Vigilancia Epidemiológica sobre el Uso de Sustancias Psicoactivas. Alcaldía de Medellín, 1992.
26. Restrepo B, Restrepo G, Acevedo J. VESPA en décimo y undécimo de enseñanza media vocacional. 2 ed. Medellín: Fundación Luis Amigó; 1994. p.183-97.
27. Aertgeerts B, Buntinx F, Kester A. The value of the CAGE in screening for alcohol abuse and alcohol dependence in general clinical populations; a diagnostic meta-analysis. *J Clin Epidemiol*. 2004; 57: 30-9.
28. Herran OF, Ardila MF. Validez interna y reproducibilidad de la prueba CAGE en Bucaramanga, Colombia. *Biomédica*. 2005; 25:231-4.
29. STATA for windows 9.0. College Station, Texas; Stata Corporation; 2005.
30. Gómez Fraquela JA, Luengo A. Prevención del consumo de drogas en la escuela cuatro años de seguimiento de un programa. *Psicothema*. 2002; 14: 685-92.
31. Pérez MA, Pinzón-Pérez H. Alcohol, tobacco, and other psychoactive drug use among high school students in Bogota, Colombia. *J Sch Health*. 2000; 70: 377-80.
32. Ezzatti M, Lopez AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet*. 2003; 362: 847-52.
33. Jonston LD, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE. Monitoring the future national results on adolescent drug use: Overview of key findings (NIH Publication No. 07-6202). Bethesda: National Institute on Drug Abuse; 2006.
34. Centers for Disease Control and Prevention. Youth Risk Behavior Surveillance – United States 2005. *Surveillance Summaries MWR*. 2006; 55(SS-5): 1-108.
35. Rockville, MD. Results from the 2006 National Survey on Drug Use and Health: National Findings. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2007; 234: 42-93.
36. Paddock, S. School-based drug prevention and other strategies of reducing drug use. *Rand Corporation Santa Monica*. 2005; 217:2-11.
37. Observatorio Español sobre Drogas Prevalencia de consumo de drogas en porcentajes entre estudiantes españoles de 14-18 años. Madrid, España 2000.
38. Gonzalez L, Berger K. The use of tobacco by teenagers: risk factors and protection. *Cienc Enferm*. 2002; 8: 2-10.
39. Fuentealba R, Cumsille F, Araneda JC, Molina C. Consumo de drogas lícitas e ilícitas en Chile: resultados del estudio de 1998 y comparación con los estudios de 1994 y 1996. *Pan Am J Public Health*. 2000; 7: 79-87.
40. Herrera-Vázquez M, Wagner FA, Lazcano-Ponce E. Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. *Salud Publica Mex*. 2004; 46:132-140.
41. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz C, Blanco J, Zambrano J, et al. Prevalence and socio-demographic correlates of drug use among adolescents: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Addiction*. 2007;102:1261-8.
42. Horta RL, Horta BL, Pinheiro RT, Morales B, Strey MN. Tabaco, álcool e outras drogas entre adolescentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: uma perspectiva de gênero. *Cad Saude Publica*. 2007; 23:775-83.
43. Martínez-Mantilla JA, Amaya-Naranjo W, Campillo HA, Rueda-Jaimes GE, Campo-Arias A, Díaz-Martínez LA. Substance abuse amongst adolescents, Bucaramanga, Colombia, 1996-2004. *Rev Salud Pública*. 2007; 9: 215-29.

44. Rueda GE, Camacho PA, Rangel AM, Duarte E. Prevalence of Substance Use in Middle and High School Students in Bucaramanga (Colombia) and Metropolitan Area. *Rev Colomb Psiquiat.* 2008; 37: 195-206.
45. Rueda G. Diagnóstico del consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de Bucaramanga. *Grafisur.* 1997; 21: 1-19.
46. Rueda G, Camacho P. Vigilancia Epidemiológica sobre el uso indebido de sustancias psicoactivas en los estudiantes de Bucaramanga y su área metropolitana. *Medicas UIS.* 1998; 12: 107 – 13.
47. Ministerio de Colombia. Ley No. 375 del 4 de julio – Ley de Juventud, 1997.
48. Botvin G, Griffin K, Díaz T, Scheie L, Willians C, Epstein J. Prevention illicit drug use in adolescents: long-term follow-up data from a randomized control trial of a school population. *AddictiveCbehaviors.* 2000; 25: 769-774.
49. Vartiainen E, Paavola M, McAlister A, Puska P. Fifteen-year follow-up of smoking prevention effects in the North Karelia Youth Project. *American Journal of Public Health.* 1998; 88: 81-85.
50. Alcalá M. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes, estudio de dos cortes Benalmádena, Málaga. *Medicina de Familia.* 2002; 2: 81-87.
51. Ialongo N, Poduska J, Werthamer L, Kellam S. The distal impact of two first-grade preventive interventions on conduct problems and disorder in early adolescence. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders.* 2001; 9:146–160.