



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO

FCE
FACULTAD DE
CIENCIAS ECONÓMICAS

Licenciatura en economía

*CONDUCTAS DE RIESGO EN
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS EN
MENDOZA. RESULTADOS DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
(UNCUYO)*

Trabajo de Investigación

POR

Santiago Raúl Molina

Profesor Tutor

**María Inés Lara
Montserrat Serio**

M e n d o z a – 2016

Índice

Introducción	1
CAPÍTULO I: TEORÍA ECONÓMICA DE COMPORTAMIENTOS PERJUDICIALES PARA LA SALUD	5
CAPÍTULO II: ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS	9
1. VARIABLES RELEVANTES.....	9
2. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.....	10
Aspectos demográficos	10
Aspectos socioeconómicos	11
Salud personal y percepción del riesgo.....	12
Conductas Riesgosas	13
3. ANÁLISIS BIVARIADO	15
CAPÍTULO III: ANÁLISIS SOCIOECONÓMICO DE LA AUTO PERCEPCIÓN DE LA SALUD Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	18
1. PERCEPCIONES INDIVIDUALES DE LA SALUD Y LA CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA.....	18
2. LA AUTO PERCEPCIÓN DE SALUD Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	20
3. EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS	21
Alcohol.....	21
Tabaco	23
Marihuana y otras drogas ilegales	24
CAPÍTULO IV: MODELIZACIÓN DE LAS CONDUCTAS SEXUALES RIESGOSAS.....	27
Variables explicativas	27
Estrategias de estimación	29
Estimaciones.....	29
CAPÍTULO V: SUGERENCIAS PARA LA REALIZACIÓN DE POLÍTICAS SANITARIAS.....	37
Momento óptimo de aplicación	37
Mediciones de Salud y políticas sanitarias	39
Agradecimientos	48
Referencias Bibliográficas	48
Anexo.....	52

Introducción

Existen numerosos estudios acerca de los estilos de vida poco saludables de la población universitaria¹. En general, señalan que en esta etapa los estudiantes abandonan ciertos hábitos referidos al cuidado de su salud y se incrementan las conductas de riesgo, siendo las más importantes el consumo de tabaco, alcohol, drogas ilegales y riesgosas conductas sexuales, que pueden contribuir a incrementar la morbimortalidad.

En contraposición con lo dicho, la educación genera importantes externalidades positivas en el cuidado de la salud (conocimiento de distintas enfermedades, importancia de la medicina curativa, pero en especial la preventiva). En ese sentido, Grossman y Kaestner (1997) señalan que existe una importante relación directa entre logros educativos y una buena salud, aunque no pueden establecer una relación de causalidad.

El periodo universitario marca el paso de la juventud al mercado de trabajo y es el último y definitivo eslabón en la formación de los jóvenes como adultos del futuro, de ahí que un aspecto tan importante como la salud en los años de formación universitaria, haya sido frecuente objeto de estudio, teniendo en cuenta que los estudiantes constituyen una población joven, poco identificada con problemas de salud que aparecen en edades posteriores.

Las Universidades son consideradas como un contexto propicio para la obtención de datos y la realización de estudios sobre hábitos de salud, como muestran numerosos estudios² que han analizado hábitos relacionados con la salud y la exposición al riesgo en la población universitaria.

En las últimas décadas es importante el lugar que ocupan los estudios relacionados con el área de la salud en la economía. Sin duda el tratamiento teórico y empírico que ha realizado esta ciencia acerca de las múltiples conductas de riesgos llevadas a cabo por los individuos, especialmente el consumo de bienes que generan adicciones, ha sido una de sus principales contribuciones en la economía de la salud.

¹ Bennassar Veny (2011), Intra, Roales Nieto y Moreno San Pedro (2011), Hernán M., Fernández, M. y Ramos M. (2004); Herrera Vázquez, et al. (2004); Roales-Nieto (2004).

² MacMillan, (2007); Moreno San Pedro, Roales-Nieto y Blanco, (2006); Palomo, Torres, Alarcón, Maragaño, Leiva y Mujica, (2006); Rodríguez Soriano, Ríos Saldaña, Lozano Treviño y Álvarez Gasca, (2009); Zárate, Zavaleta, Danjoy, Chanamé, Prochazka, Salas y Maldonado, (2006)

El interés en estudiar y modelizar el consumo de este tipo de bienes se debe a que ocasionan importantes efectos perjudiciales en la salud del consumidor y además generan externalidades negativas para el conjunto de la sociedad, constituyendo un ámbito de interés para la política económica.

En esta investigación se profundiza el conocimiento sobre la relación entre las características socioeconómicas y demográficas de los estudiantes universitarios de Mendoza y la probabilidad de que éstos realicen actividades que pongan en riesgo su salud, particularmente se analizarán el consumo de sustancias psicoactivas y las conductas sexuales.

Para la verificación empírica se utiliza la información provista por la encuesta incluida en la Campaña “Elegí Saber”. Esta actividad fue propuesta por el Instituto de Inmunología dentro de la cátedra de Medicina interna de la Facultad de Medicina en la Universidad Nacional de Cuyo y relevada durante octubre y diciembre de 2015. La encuesta fue diseñada por un equipo interdisciplinario (médicos, bioquímicos y economistas) y realizada a estudiantes de distintas facultades de esta casa de estudios. Esta campaña tuvo como principal objetivo la realización de un test rápido para VIH. Junto con el testeo se indagó sobre aspectos socioeconómicos y demográficos de quienes voluntariamente solicitaron la realización del test.

Se espera que los hallazgos sean de utilidad para el diseño de políticas universitarias y sanitarias eficientes que pretendan minimizar los efectos negativos de conductas perjudiciales para la salud y mejorar las condiciones de vida de esta población, como también analizar la racionalidad económica del comportamiento observado.

A partir de lo expuesto, y aprovechando la información de la Campaña “Elegí Saber” se plantean los siguientes interrogantes, que servirán de guía para el desarrollo de esta investigación: ¿Son realmente conscientes los estudiantes universitarios de los riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas y de actividad sexual sin protección, a los que están expuestos? ¿Qué influencia tiene la posición socioeconómica del encuestado sobre el riesgo asumido? ¿Existe alguna relación entre consumo de sustancias psicoactivas y mantenimiento de conductas sexuales sin protección?

A lo largo del trabajo se esbozan respuestas a cada una de estas preguntas planteadas previamente, en función de la información disponible y del marco teórico adoptado.

Los objetivos planteados para la realización del trabajo, son los siguientes:

Objetivo General:

- Analizar, desde la perspectiva económica, la relación entre las conductas de riesgo de la población universitaria de Mendoza y sus características socioeconómicas y demográficas, para mejorar el diseño de políticas sanitarias que contribuyan a promover y proteger la salud de la población.

Objetivos específicos:

- Caracterizar los estudiantes universitarios que se encuentran expuestos a situaciones críticas respecto al cuidado de su salud, ya sea por el consumo de sustancias psicoactivas y/o por el mantenimiento de conductas sexuales riesgosas.
- Verificar la capacidad que tiene la población universitaria para incorporar información disponible acerca de las situaciones de riesgo y su percepción del mismo.
- Contrastar si existe alguna relación entre las conductas sexuales irresponsables y el consumo de sustancias psicoactivas.
- Proponer distintas políticas sanitarias a nivel universitario que contribuyan al cuidado de la salud de los adultos jóvenes y concienticen respecto a los posibles riesgos.

La metodología del trabajo se basa inicialmente en la revisión de trabajos similares y el análisis de encuestas realizadas a universitarios, simultáneamente con el estudio de distintos enfoques teóricos y empíricos sobre comportamiento adictivo y percepciones de riesgo desde la perspectiva económica, detectando y ponderando sus debilidades y fortalezas, en particular en lo que respecta a la posibilidad de contrastación y a la adecuación de las predicciones teóricas básicas a los resultados que proporcionan las investigaciones empíricas.

A continuación, a partir de la información que brinda la encuesta realizada por la Facultad de Medicina, se analiza mediante el uso de regresiones econométricas la relación entre la percepción individual de la salud, el consumo de sustancias psicoactivas y distintas características socioeconómicas de la población bajo estudio. Luego, mediante un análisis multivariante, donde se incluyen distintas características (demográficas, socioeconómicas, consumo de sustancias psicoactivas), se busca “modelizar” el comportamiento riesgoso de los estudiantes.

El trabajo se estructura de la siguiente forma. En el primer capítulo se realiza una síntesis de los modelos teóricos que son de utilidad para desarrollar el trabajo. Luego, en el segundo capítulo se presentan las estadísticas descriptivas de la muestra, conjuntamente con un análisis gráfico preliminar. En el tercer capítulo se analiza, desde la perspectiva socioeconómica, la relación entre la percepción individual de la salud y el consumo de sustancias psicoactivas. En el cuarto capítulo se modeliza el comportamiento riesgoso de los estudiantes, utilizando información referida al cuidado en las relaciones sexuales para dimensionarlo. Finalmente, en el quinto capítulo, se sugieren políticas sanitarias para mejorar la salud y el estilo de vida de los estudiantes de la UNCuyo.

CAPÍTULO I: TEORÍA ECONÓMICA DE COMPORTAMIENTOS PERJUDICIALES PARA LA SALUD

Para poder abordar el tema de las conductas de riesgo, se indaga en distintos modelos económicos que analizan comportamientos perjudiciales para la salud. Estos tienen en sus fundamentos los principios básicos acerca de la elección del consumidor (personas con deseos ilimitados pero con presupuestos acotados que deben elegir entre diferentes alternativas o bienes).

Para poder facilitar esta elección, el mercado determina el precio monetario con el cual las personas decidirán la mejor manera de gastar sus limitados presupuestos y así satisfacer sus deseos inmediatos.

Portillo Pérez de Viñaspre y Antoñanzas (2002) señalan que las diferencias entre los distintos modelos existentes surgen del tratamiento dado en el análisis a la estructura de las preferencias del consumidor, el grado de racionalidad atribuido a la elección y, asimismo, de la incorporación de los efectos de la información y la incertidumbre; todo ello con el propósito de explicar y predecir, de forma general, las respuestas de los consumidores ante la modificación de las condiciones económicas en las que se desarrolla el comportamiento.

Dichos modelos económicos usualmente se utilizan para explicar adicciones a sustancias particulares (alcohol, tabaco, marihuana). Ejemplo de ello son los modelos planteados por Pollack (1970, 1976, 1978), Hammond (1976), Stigler y Becker (1977) y Becker y Murphy (1988) los cuales pueden ser utilizados también para explicar otro tipo de comportamientos relacionados con la salud (alimentación saludable, realización de ejercicios o el sueño), según Portillo Pérez de Viñaspre F. (2007).

El enfoque general supone una función de utilidad que depende de variables de consumo condicionada a los diferentes estados de la naturaleza. Así, el problema del consumidor queda determinado por un proceso de maximización de la utilidad esperada. Estos modelos, en general, asumen que los individuos eligen una opción de un conjunto finito de alternativas, postulando que la probabilidad de elegir una alternativa es función de las características demográficas y socioeconómicas del individuo y del atractivo relativo de esa alternativa, que definen el precio en sentido amplio.

Para representar el atractivo de la alternativa se utiliza el concepto de utilidad. Cuando un individuo elige una opción se asume que el valor que él asigna a la misma es mayor o al menos igual al de las otras alternativas disponibles. Puede observarse que dados dos individuos con iguales características elijan opciones distintas. Esto se explica a través de las llamadas variables latentes que son aquellas que explican la elección, pero no son captadas por el investigador.

La mayoría de los modelos de elección discreta están basados en la teoría de la utilidad aleatoria (Domencich y McFadden, 1975) que postula que:

- Los individuos pertenecen a un grupo homogéneo de población N , actúan racionalmente y poseen información perfecta;
- Existe un conjunto de alternativas disponibles $A = \{A_1, \dots, A_k\}$ y un vector de atributos medibles del individuo y de las alternativas X . Un determinado individuo i posee un conjunto de atributos $x_i \in X$ y enfrenta un conjunto de elección $A_k \in A$.
- Cada opción A_k tiene asociada una utilidad neta U_{ki} para cada uno de los individuos. La teoría de la utilidad aleatoria postula que dicha utilidad posee dos componentes, uno observable y medible (U_{ki}) que es función de los atributos y otro estocástico (μ_{ki}) que refleja además de los errores de medición y observación, los gustos, costumbres, etc. de cada individuo.
- El individuo elegirá la alternativa que maximiza su utilidad, es decir elegirá A_j si y sólo si

$$U_{ji} > U_{ki}, \forall A_j \in A \text{ Esto es } U_{ji} - U_{ki} > \mu_{ki} - \mu_{ji}$$

- Entonces, la probabilidad de que el individuo i elija la alternativa A_j será:

$$p_i = Pr\{\mu_{ki} < \mu_{ji} + (\overline{U}_{ji} - \overline{U}_{ki})\}$$

Particularmente, en esta investigación se asume que si se observa que el estudiante universitario no utiliza el preservativo como método de barrera para las enfermedades de transmisión sexual, la utilidad neta asociada a este comportamiento es mayor que la que obtendría si lo utiliza.

Chaloupka y Pacula (2000) explican que la clave para entender cómo estos modelos básicos acerca de la elección del consumidor pueden ser utilizados en comportamientos relacionados con la salud, radica en la forma en que los economistas definen el precio. Para éstos, el precio incluye no sólo el costo monetario asociado con el producto, sino también el tiempo y otros costos asociados con la compra y utilización del bien.

El precio completo de un bien puede ser considerado teniendo en cuenta cuatro elementos básicos: el costo monetario, disponibilidad y costo de tiempo, costo legal potencial y el costo potencial para la salud.

Esto resalta la idea de que los economistas cuando estudian el consumo o utilización de bienes que impactan en la salud no tienen en cuenta sólo el precio monetario, sino que buscan medir otros costos asociados con su consumo, para lo cual suelen utilizar variables que permitan aproximarlos.

En otras palabras, estos modelos buscan una relación entre los atributos propios de cada consumidor (variables de control) y la probabilidad de que dicho agente esté asociado con una elección determinada en lugar de la alternativa.

Chaloupka y Pacula (2000) señalan que como aproximaciones a los gustos individuales y preferencias se utilizan las características sociodemográficas: el género, la edad, estructura del hogar, nivel de educación personal y familiar, religión, estado civil y situación laboral.

El ingreso disponible es claramente un factor que influye sobre la demanda. La relación entre esta variable y el consumo, define a estos bienes como normales (aumenta su consumo conforme el nivel de ingreso) o inferiores (disminuye su consumo cuando el nivel de ingresos aumenta).

Markowitz, Kaestner y Grossman (2002) realizaron un trabajo donde se analiza desde un enfoque socioeconómico, el consumo de sustancias psicoactivas y las relaciones sexuales de riesgo en estudiantes universitarios, encontrando un aumento de la actividad sexual y de las relaciones sexuales de riesgo en estudiantes que consumen alcohol y marihuana en exceso.

DeSimone J. (2010) busca explicar el impacto que provoca el consumo de alcohol en el comportamiento sexual de alumnos universitarios de género masculino. Para ello utiliza variables explicativas relacionadas con aspectos socioeconómicos, demográficos, médicos y consumo de otras sustancias psicoactivas, entre otras. Los resultados encontrados señalan que los estudiantes que consumen alcohol en exceso son más propensos a mantener relaciones sexuales riesgosas, además

induce a mayor promiscuidad especialmente en alumnos involucrados en relaciones sentimentales con mucha antigüedad.

Focalizándose en la Argentina, con información de la ENPreCoSP 2011, Lara y Serio (2014) encuentran que la probabilidad de consumir tabaco en mujeres aumenta con la edad, ingreso del hogar y disminuye si está desocupada, en los hombres disminuye con la edad, con el ingreso del hogar y aumenta si está desocupado, Ojeda (2015) y Raich (2015) destacan que la probabilidad de consumir alcohol es mayor en los más jóvenes, en las personas de mayores ingresos y en los que se encuentran trabajando. Lara y Serio (2015) no encuentran una relación significativa entre el consumo moderado de marihuana y la edad, nivel de ingreso y situación laboral actual, la situación cambia cuando se analiza el consumo excesivo.

Facchini (2008), utilizando datos de la encuesta de condiciones de vida (ECV, 2001) señala que la probabilidad de no utilizar preservativo aumenta con la edad, el nivel de ingreso de la madre y disminuye si se conocen infecciones de transmisión sexual como el VIH o con el nivel de ingreso del padre.

CAPÍTULO II: ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS

En este capítulo se sintetizan las principales características de la encuesta utilizada y se describe la población objeto de estudio en relación a las variables de interés.

La encuesta fue realizada a estudiantes (N=123) comprendidos entre un rango de 18 a 27 años que cursan sus estudios en distintas facultades de la Universidad Nacional de Cuyo. Se asume previamente que el tamaño de la muestra no es el ideal y que la misma no es representativa de toda la población universitaria debido a que los participantes concurren voluntariamente por lo que no cumple la propiedad de selección aleatoria.

La misma³ releva información sobre aspectos demográficos, socioeconómicos, percepción individual de la salud y el riesgo, consumo de sustancias psicoactivas y sexualidad de una muestra de estudiantes pertenecientes a la UNCuyo.

1. VARIABLES RELEVANTES

De las múltiples preguntas realizadas se seleccionaron aquellas que informaban sobre variables que, de acuerdo a los antecedentes teóricos y empíricos, son las relevantes al momento de explicar las conductas perjudiciales para la salud.

Se detallan a continuación las diferentes variables relevantes:

- Demográfico – Socioeconómico: género, edad, lugar de nacimiento y residencia, actividad laboral, nivel de ingreso familiar, características de la vivienda.
- Percepción individual de la salud y el riesgo: consideración personal de la salud, consulta a distintos especialistas (médico, odontólogo, psicólogo, guardia hospitalaria) en el último año, nivel de conocimiento de diferentes ITS, testeo para VIH, vacuna para hepatitis B.
- Consumo de sustancias psicoactivas: Consumo de tabaco, alcohol, marihuana y otras drogas. Edad de inicio y tiempo transcurrido desde el último consumo, de cada una de estas sustancias.
- Sexualidad: edad de inicio sexual, utilización de métodos anticonceptivos en general, utilización de preservativo, padecimiento de alguna ITS.

³ Ver Anexo 3

2. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

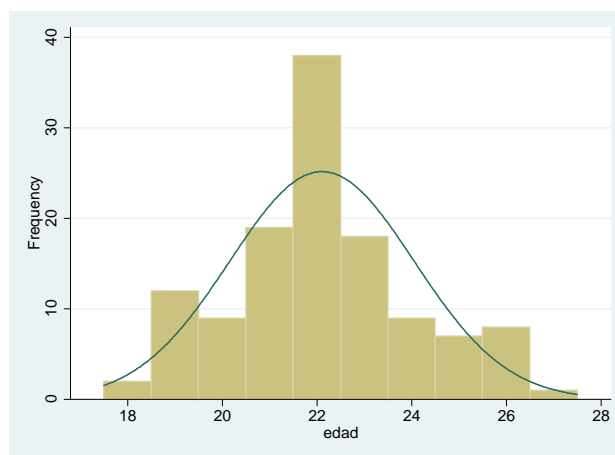
En este apartado se realiza una descripción de la muestra para poder conocer su composición y estructura, es decir, para caracterizar lo más detalladamente posible la población bajo estudio.

Aspectos demográficos

El 62,6% (77) de los encuestados son mujeres y el 37,4% (46) hombres: se estima que esta importante diferencia es causa de la mayor preocupación del cuidado de la salud por parte del sexo femenino. Según la OMS (2003) las mujeres generalmente muestran un mayor interés.

La edad promedio es de 22 años encontrándose el 65% entre los 18 años y 22 años.

Gráfico 1 – Distribución Según edad



El 82,11% nació en Mendoza mientras que el 17,89% en otra provincia o país. De los que nacieron en Mendoza el 84,16% fue en el gran Mendoza (Ciudad, Godoy Cruz, Guaymallén, Luján de Cuyo, Maipú y Las Heras) y el resto (15,84%) en otro departamento.

Tabla 1 – Lugar de Nacimiento

Mendoza		82,11%	
Otra	Provincia	13,82%	
	País	4,07%	
Gran Mendoza		84,16%	
Otros deptos.		15,84%	

Respecto al lugar de residencia, como es de esperar, todos viven en Mendoza ya que en su totalidad son estudiantes activos de la Universidad Nacional de Cuyo. En su gran mayoría (95,83%) residen en el gran Mendoza.⁴

Un importante número de encuestados pertenece a la facultad de Medicina (47,15%), esto se debe a que el testeo de HIV asociado a la campaña “Elegí Saber”, es realizado en el edificio de la Facultad de Ciencias Médicas.

Tabla 3 – % de alumnos según facultad

Facultad	N° Alumnos	Porcentaje
Medicina	58	47,15%
Filosofía y Letras	15	12,20%
Ciencias Políticas	11	8,94%
Arte y Diseño	9	7,32%
Ciencias Económicas	8	6,50%
Odontología	7	5,69%
ITU	5	4,07%
Derecho	5	4,07%
Ingeniería	5	4,07%

Aspectos socioeconómicos

Respecto al nivel de ingreso familiar, aproximadamente el 65% considera que su familia tiene un ingreso inferior a los \$20.000⁵. Es importante destacar que solo el 30% de los alumnos encuestados trabaja actualmente.

Tabla 4 – Nivel de ingreso familiar

Ingreso familiar	%
Menos de \$10.000	22,76%
\$10.000 a \$20.000	41,46%
Más de \$20.000	21,14%
NS/NC	14,63%

Ya sea por desconocimiento o por temor, la información de ingresos suele sub-declararse. Una forma de robustecer lo analizado previamente y completar el análisis con variables como el tipo de construcción de la vivienda que habitan o el régimen de propiedad de la vivienda.⁶

⁴ Ver *Tabla 2 Anexo 1*.

⁵ Valores expresados en pesos argentinos a la fecha de la realización de la encuesta (Octubre a Diciembre 2015).

Una referencia importante que no sólo aporta información del nivel de ingresos (variable “proxy”), sino también del grado de aversión al riesgo, es el tipo de cobertura médica.⁷

En la Argentina el nivel de ingreso familiar y el tipo de cobertura médica están directamente relacionados, esto se debe a lo explicado por Abuelafilia, et al. (2002), quien afirma que los trabajadores que se encuentran en relación de dependencia están obligados a realizar aportes, en base a un porcentaje de su salario bruto (3%) para financiar la obra social o plan de medicina prepaga y otro (5%), proporcional al salario bruto, el cual cumple la misma función, está a cargo del empleador.⁸ Esto indica que en general, a mayor nivel de ingreso mayor es la posibilidad de acceder a cobertura de salud privada u obra social de mejor calidad.

Más del 72% de los encuestados tiene obra social o plan de salud privado, el resto contrata algún servicio de emergencia médica o utiliza el servicio de salud pública. En general, para el rango etario que estamos analizando, la cobertura es decidida/definida por los padres. Es una decisión ajena a los jóvenes.

Salud personal y percepción del riesgo

Más del 75% considera que su salud es muy buena o excelente, los jóvenes tienden a percibirse más saludables que los adultos. Adicionalmente, generalmente se observa una relación positiva entre la percepción de salud y nivel de ingreso (esto se analizará en el capítulo tres con mayor detalle). La media de ingresos familiares en Mendoza, según datos de la EPH, es aproximadamente \$12.000, y un porcentaje importante de encuestados se encuentran por encima de este monto. Por otro lado, ninguno de los participantes considera que su salud es “mala”.

Tabla 8 –Consideración de la salud

Consideración de la salud	%
Excelente	16,26%
Muy buena	60,16%
Buena	19,51%
Regular	4,07%

⁶ Ver *Tabla 5 y 6 Anexo 1*.

⁷ Ver *Tabla 7 Anexo 1*.

⁸ Existen excepciones, por ejemplo los empleados de la UNCuyo (D.A.M.S.U.) u Obra Social de los Empleados Públicos de Mendoza (OSEP) en las cuales todos los afiliados tienen la misma cobertura, independientemente del nivel de ingreso y aporte.

El 95% asistió al menos a uno de estos profesionales (médico, odontólogo, psicólogo, guardia hospitalaria) en último año⁹.

Respecto al conocimiento de las enfermedades o infecciones de transmisión sexual (*Tabla 10, Anexo 1*), un gran porcentaje conoce las más comunes como el VIH, Hepatitis B, Sífilis. Este porcentaje disminuye en el caso de otras patologías no tan comunes como la infección por clamidia o trycomonas.

Este resultado era esperado debido, no solo al nivel educativo de la población encuestada sino también al gran número de encuestados pertenecientes a la facultad de medicina.

El 28,46% realizó alguna vez el testeo para VIH¹⁰ (aproximadamente un tercio de los encuestados), esto da indicios que estos continuaron con conductas sexuales de riesgo desde su último testeo. En contraste con esto, el 92% se encuentra vacunado contra la Hepatitis B ya que la misma pertenece al calendario de vacunación, además es obligatoria para todos los estudiantes de Medicina.

Conductas Riesgosas

El consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales es un factor amenazante para los adultos jóvenes. Un 98% de los estudiantes probó alguna vez las sustancias permitidas legalmente o también llamadas “drogas sociales” (alcohol y tabaco).

Como se muestra en la *Tabla 12* el consumo de alcohol en la etapa adolescente, en general está acompañado del de tabaco. La marihuana empieza unos años después y en muchas ocasiones es la puerta de entrada para el consumo de otras drogas.

Tabla 12 – Consumo de sustancia psicoactiva y edad de inicio promedio

Sustancia psicoactiva	Probó alguna vez	Edad de inicio promedio
Tabaco	62,60%	15,67
Alcohol	97,56%	15,72
Marihuana	53,66%	18,25
Otras Drogas	13,01%	19,75

⁹ Ver *Tabla 9 Anexo 1*.

¹⁰ Ver *Tabla 11 Anexo 1*.

Sin duda el alcohol es la mayor amenaza, ya que más del 81% consumió por lo menos alguna vez en el último mes, en el caso del tabaco y la marihuana 36,36% y 31,82% respectivamente. Otra cifra preocupante con respecto al consumo de bebidas alcohólicas es el porcentaje de estudiantes que se “emborracharon” en el último año, ya que se aproxima al 59%.

Tabla 13 –Tiempo transcurrido desde el último consumo

Período	Sustancia Psicoactiva			
	Tabaco	Alcohol	Marihuana	Otras drogas
< un mes	36,36%	81,67%	31,82%	18,75%
> un mes < un año	15,58%	12,50%	22,73%	37,50%
> un año	41,56%	3,33%	43,94%	37,50%
NS/NC	6,49%	2,50%	1,52%	6,25%

El 96% se encuentra iniciado sexualmente. Esto es esperable, ya que solo han sido encuestados los estudiantes que voluntariamente acudieron a realizarse un testeo para detectar VIH, cuya principal vía de transmisión es la sexual.

La edad promedio de inicio es de 17,64 años. El 91% manifiesta ser heterosexual mientras que el 9% restante es homosexual o bisexual.

Mantener relaciones sexuales sin la utilización de algún método de barrera, aumenta las probabilidades de contraer alguna infección de transmisión sexual y esta es una de las conductas que se analiza en esta investigación.

El principal temor de la población analizada pareciera ser el embarazo ya que se observa que el 90% utilizó o utiliza algún método anticonceptivo (generalmente métodos hormonales).

El temor a contraer infecciones de transmisión sexual es claramente menor ya que la utilización de métodos de barrera como el preservativo es menos frecuente.

Tabla 14 –Utilización de preservativo

Uso de preservativo	%
Siempre	31,36%
A veces	60,17%
Nunca	8,47%

El 4% reconoce haber padecido alguna infección de transmisión sexual siendo las más comunes las verrugas genitales o condilomas.

3. ANALISIS BIVARIADO

En este apartado se analiza gráficamente la relación existente entre diferentes conductas de riesgo y la posición económica de los estudiantes.

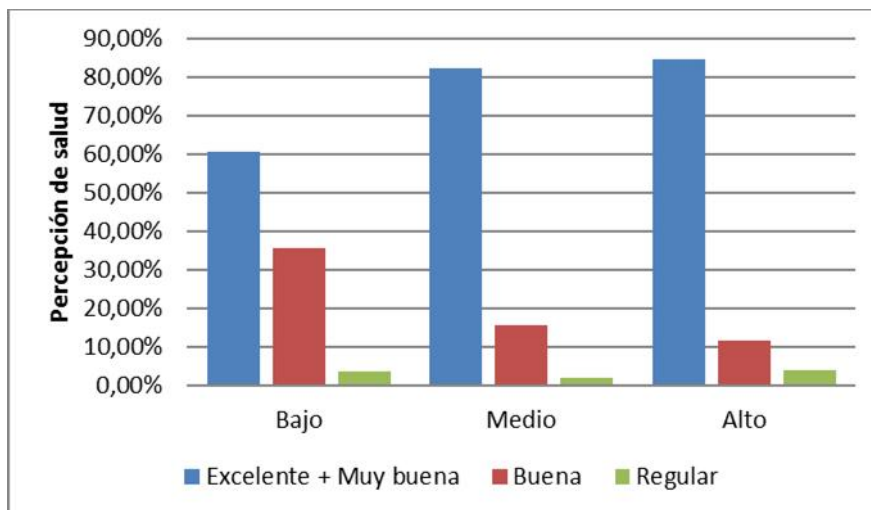
Como variable de estratificación se utiliza el ingreso familiar, el cual se encuentra segmentado en tres niveles: Bajo (ingreso familiar inferior a \$10.000), Medio (ingreso familiar entre \$10.000 y \$20.000) y finalmente Alto (más de \$20.000), tal como ha sido relevado en la encuesta.

Se ha elaborado un gráfico que muestra para cada nivel de ingresos la percepción que tienen los encuestados que forman parte del mismo respecto a la salud. Es importante señalar que, si bien la cantidad de observaciones en cada uno de esos niveles es diferente, a los efectos de que sean comparables los resultados se ha considerado oportuno trabajar con la escala de 0 a 100% en todos los grupos.

La salud es considerada un bien normal, por lo que en general, es de esperar una relación positiva entre ambas variables. Efectivamente, en el *Gráfico 2* se observa que el porcentaje de alumnos que percibe su salud como muy buena o excelente se incrementa conforme aumenta el nivel de ingreso.

Esta relación entre el nivel del ingreso y la percepción individual de la salud se analizará con mayor precisión en el próximo capítulo.

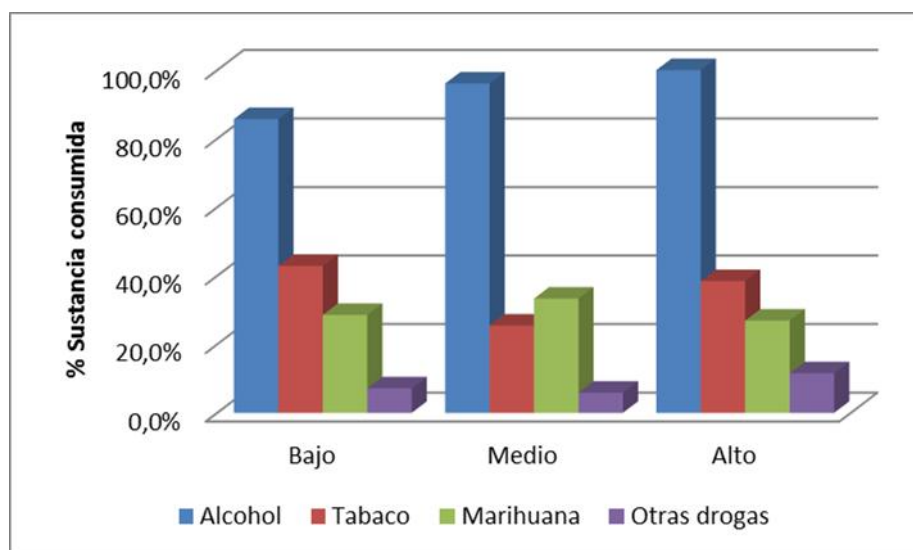
Gráfico 2 – Percepciones de salud según nivel de ingresos



Similar criterio al citado anteriormente se utilizó para graficar el consumo de sustancias psicoactivas. Un aspecto particular de esta situación es que muchos de los estudiantes consumen más de una sustancia psicoactiva, es por esto que para cada nivel de ingreso analizado, la suma de los porcentajes exceden al 100% (eje de ordenadas).

Se observa en el *Gráfico 3*, que no existe una relación clara entre la sustancia consumida y el nivel de ingreso familiar, únicamente se observa un leve aumento en el consumo de alcohol a mayores niveles de ingreso.

Gráfico 3 – Consumo de sustancias psicoactivas en el último año según nivel de ingreso



La misma metodología, que hace posible las comparaciones, se utiliza para graficar el consumo de alcohol, segregando según las bebidas comúnmente consumidas por los jóvenes. Se puede observar que para el caso de la cerveza y el fernet su consumo aumenta conforme al nivel de ingresos¹¹.

Raich (2015) analiza el consumo de cerveza en la Argentina y obtiene los mismos resultados, señalando que a mayor nivel de ingreso se incrementa la posibilidad de tener una vida social más intensa que fomenta el consumo de alcohol, además aumenta la exposición al consumo de alcohol durante los años de formación.

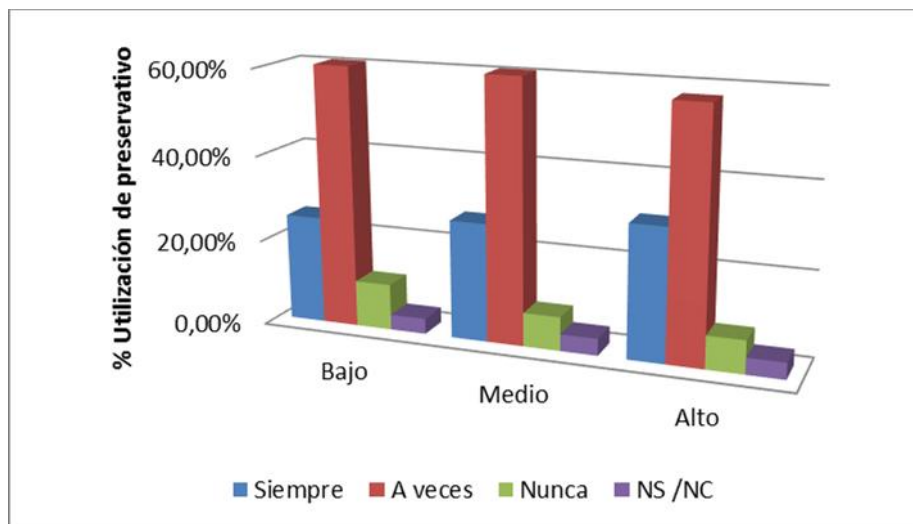
La cerveza y el fernet son consumidas por los jóvenes en contextos sociales, no así el vino y otras bebidas alcohólicas, por lo que las razones descriptas podrían ser determinantes de estos resultados.

¹¹ Ver *Gráfico 4 Anexo 1*.

Por último se grafica la relación entre la frecuencia de utilización de uno de los métodos de barrera para enfermedades contagiosas de transmisión sexual más utilizados (preservativo) en relación al nivel de ingreso familiar aproximado, siguiendo siempre con el criterio de utilizar la escala de 0 a 100% en cada uno de los estratos sociales. Se observa en el *Gráfico 5* que el porcentaje que utiliza “siempre” preservativo aumenta con el nivel de ingresos más de lo que disminuye el porcentaje de los que declaran hacerlo “a veces”.

Se destaca que casi 9 de cada 10 estudiantes declaran utilizar regularmente preservativos en los encuentros sexuales, independientemente del rango de ingreso familiar.

Gráfico 5 – Utilización de preservativo según nivel de ingresos



En los capítulos siguientes se profundizará el análisis de algunas de las relaciones aquí presentadas mediante la ayuda de herramientas econométricas que permitirán aceptar o rechazar con mayor robustez, las inferencias hasta el momento realizadas.

CAPÍTULO III: ANÁLISIS SOCIOECONÓMICO DE LA AUTO PERCEPCIÓN DE LA SALUD Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

En este capítulo se analiza, desde la perspectiva socioeconómica, la auto percepción de salud de los estudiantes y las conductas de riesgo relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas.

Es importante destacar que, aunque el contenido médico y epidemiológico abunda en el tema seleccionado, el trabajo se realiza dentro del área de economía de la salud por lo que la presencia de la visión económica se mantiene siempre presente.

1. PERCEPCIONES INDIVIDUALES DE LA SALUD Y LA CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA

En base a la información disponible, se analiza la relación entre la auto percepción del estado de salud de los estudiantes de la Universidad Nacional de Cuyo y la situación económica familiar. En base Grossman (1972), se asume que la salud del individuo es función de sus características socioeconómicas.

En particular, se estima por Mínimos Cuadrados Ordinario (MCO), un modelo de probabilidad lineal, donde la variable dependiente (y_i) está asociada a la percepción que cada estudiante tiene de su stock de salud. Esta es una variable dicotómica que toma valor uno cuando el estudiante i percibe su salud como excelente o muy buena y cero cuando es buena o regular.

Como variables de control (X), se seleccionaron el ingreso familiar, la condición en el mercado laboral y la cobertura en salud. Ambas variables son dicotómicas. La variable relacionada con la actividad laboral toma valor uno cuando el estudiante trabaja y cero en caso contrario. En el caso de cobertura de salud toma valor uno cuando el encuestado afiliado a una obra social, mutual, o empresa de medicina prepaga y cero en el caso de plan de salud público o servicio de emergencia médica.

$$y_i = X_{1,i}\alpha_1 + \mu_1$$

En la *Tabla 15* el coeficiente estimado del ingreso es positivo y significativo al 10%, lo que sugiere que, a mayor nivel de ingreso, *ceteris paribus*, mejor perciben su estado de salud los estudiantes de la Universidad. Es decir, existe una relación directa entre el nivel de ingreso y la percepción que cada estudiante tiene de su salud.

Tabla 15 – Consideración de la salud según características socioeconómicas

Consideración personal de la salud			
ingreso	0.10*		
	(0.06)		
	[-0.01 - 0.22]		
cobertura salud		0.07	
		(0.07)	
		[-0.06 - 0.20]	
trabaja			-0.08
			(0.08)
			[-0.25 - 0.09]
constante	0.56***	0.71***	0.79***
	(0.12)	(0.06)	(0.05)
	[0.32 - 0.80]	[0.59 - 0.84]	[0.70 - 0.88]
<i>Prueba F</i>	3.15	1.11	0.87
<i>N</i>	105	123	122

* p<0.1; ** p<0.05; *** p<0.01

La relación que comenzaba a observarse de modo preliminar en el *Gráfico 2*, se fortalece con los resultados obtenidos en la regresión. Para, los estudiantes pertenecientes a la UNCuyo, la salud es un bien normal. Según Deaton (2003) la probabilidad de percibirse con un excelente o muy buen estado de salud aumenta con el ingreso ya que incrementa la inversión neta en salud preventiva y por lo tanto el stock de salud.

Con respecto a las otras variables no se encuentra relación estadísticamente significativa, pero ambas tienen el signo esperado. Se cree que el hecho de tener acceso al sistema de salud privado, contribuye a aumentar la sensación de bienestar y por otro lado que los estudiantes que trabajan pueden tender a sufrir mayores niveles de estrés y por lo tanto disminuir la percepción respecto al estado de salud.

2. LA AUTO PERCEPCIÓN DE SALUD Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

En esta sección se examina la relación entre la percepción de salud de los estudiantes de la Universidad Nacional de Cuyo y el consumo de sustancias psicoactivas, mediante el siguiente modelo.

$$y_i = X_{1i}\alpha_1 + \mu_1$$

Nuevamente se estima una regresión con la misma variable dependiente (y) y se utilizan como regresoras (X) variables dicotómicas referidas al consumo habitual de distintas sustancias psicoactivas legales (alcohol y tabaco) e ilegales (marihuana y otras drogas)¹².

Ambos modelos rechazan la hipótesis de no significatividad global (considerando un nivel del 10%). El modelo que presenta el mejor ajuste es aquel que engloba en una única variable el consumo de drogas ilegales.

La probabilidad de percibir su estado de salud como muy bueno o excelente, es mayor entre los que consumieron alcohol el último mes, que en aquellos que no lo hicieron. Sucede lo contrario con el consumo de tabaco. El consumo de drogas ilegales no refleja una relación significativa con la percepción de la salud.

Ojeda (2015) señala “En los últimos años ha habido publicidad sustancial acerca de los efectos aparentemente beneficiosos del consumo moderado de alcohol sobre la salud a largo plazo. Debemos considerar a su vez que el consumo de alcohol también está profundamente integrado en las costumbres sociales e incluso religiosas en muchas sociedades”.

El consumo de tabaco es percibido como dañino en pequeñas cantidades, para los consumidores esporádicos o incluso para los fumadores pasivos. Esto está relacionado con la lucha contra el consumo de tabaco llevada a cabo por OMS en conjunto con organismos nacionales y provinciales, a través del Convenio Marco para el Control del Tabaco, que entró en vigencia en febrero del 2005 y fue suscripto por 176 países que representan el 88% de la población mundial.

Distintas acciones realizadas dentro de este convenio, señaladas por Lara y Serio (2014), entre ellas, proteger a la población del humo del tabaco; ofrecer ayuda para el abandono del tabaco; advertir de los peligros del tabaco; hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio;

¹² Ver Tabla 16 Anexo 1.

aumentar los impuestos al tabaco contribuyeron en concientizar a toda la población acerca de los efectos nocivos que fumar produce.

3. EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS

Luego de analizar la relación del consumo de sustancias psicoactivas en la percepción que los estudiantes tienen acerca de su salud, se analiza la relación entre el consumo de éstas y las características socioeconómicas de los estudiantes, en el siguiente modelo.

$$y_i = X_{1i}\alpha_1 + \mu_1$$

Se estimará otra vez más por Mínimos Cuadrados Ordinario (MCO), un modelo de probabilidad lineal, donde la variable dependiente (y_i) está ahora asociada con el consumo de las distintas sustancias en el último mes. Esta es una variable dicotómica que toma valor uno cuando el estudiante i consumió la sustancia analizada, treinta días antes de la realización de la encuesta y cero en caso contrario.

Como variables de control (X) se utilizarán las mismas que en el primer punto de este capítulo, todas referidas a aspectos socioeconómicos de los estudiantes.

Se comenzará el análisis con el consumo de alcohol, luego con el de tabaco y finalmente se estudiarán los casos del consumo de marihuana y otras drogas ilegales.

Alcohol

En general el consumo de alcohol es alto en poblaciones universitarias y el caso de los estudiantes no es la excepción ya que 82% de la muestra consumió alcohol los últimos treinta días anteriores a la realización de la encuesta.

Al analizar en la *Tabla 16*, la relación entre el consumo de alcohol y variables que describen distintos aspectos socioeconómicos de los estudiantes, se corrobora lo observado en el *Gráfico 3*. Los resultados, conforme a lo indicado por otros autores, tales como Baltagi y Geishecker (2006) y Depetris et al. (2013), señalan un incremento en la probabilidad de consumir alcohol a medida que aumenta el nivel de ingreso, *ceteris paribus*.

Keyes y Hasin (2008) y Hu Xiaowen y Stowe (2013) indican que esto podría deberse a que generalmente altos ingresos están asociados con una mayor actividad social, la cual involucra mayor consumo de bebidas alcohólicas.

También es importante destacar que, según la Sociedad Americana de Cardiología la ingesta moderada de alcohol produce pequeños incrementos del colesterol HDL o lipoproteínas de alta densidad (denominado comúnmente colesterol bueno), además previene la formación de coágulos sanguíneos plaquetarios, por lo que el consumo moderado de alcohol estaría asociado a mejores estados de salud, y se ha observado que existe una relación positiva entre salud e ingreso

Tabla 16 – Consumo de alcohol último mes según características socioeconómicas

Consumo de alcohol último mes						
	modelo 1	modelo 2	modelo 3	modelo 4	modelo 5	modelo 6
Ingreso	0.12** (0.05) [0.02 - 0.22]			0.08 (0.05) [-0.02 - 0.18]	0.13** (0.05) [0.03 - 0.23]	
cobertura salud		0.21*** (0.06) [0.09 - 0.33]		0.16*** (0.06) [0.04 - 0.28]		0.20*** (0.06) [0.08 - 0.32]
Trabaja			0.17** (0.08) [0.01 - 0.33]		0.16** (0.08) [0.01 - 0.32]	0.15* (0.08) [-0.01 - 0.30]
Constante	0.58*** (0.11) [0.37 - 0.79]	0.64*** (0.06) [0.53 - 0.75]	0.75*** (0.04) [0.66 - 0.83]	0.55*** (0.10) [0.34 - 0.75]	0.53*** (0.11) [0.31 - 0.74]	0.60*** (0.06) [0.49 - 0.72]
Prueba F	6.00	12.44	4.36	6.78	5.23	8.06
N	105	123	122	105	104	122

* p<0.1; ** p<0.05; *** p<0.01

La relación positiva entre el consumo de alcohol y la cobertura de salud se fundamenta en las mismas razones expresadas para el nivel de ingreso familiar. Estas variables se encuentran positivamente correlacionadas (índice de correlación 0,41), mayores ingresos se asocian generalmente con mejores coberturas de salud.

Ésta podría ser la razón por la que en el modelo 4 donde se incorporan el ingreso y la cobertura como variables explicativas, el coeficiente del nivel de ingreso familiar es pequeño y no significativo y el coeficiente de cobertura sí es significativo y positivo.

En cuanto a la actividad laboral, el coeficiente estimado indica una relación positiva entre el consumo de alcohol en los últimos treinta días y trabajar, esto podría deberse a un aumento en el nivel de estrés al tener que enfrentar simultáneamente una carrera universitaria conjuntamente con la presión laboral, aunque también podría explicarlo el hecho de que al trabajar disponen de su propio salario, aumentando su poder de compra, y por lo tanto la probabilidad de consumo de alcohol.

La inserción en la fuerza laboral es realmente difícil para los jóvenes, generalmente los primeros trabajos conseguidos no ofrecen las mejores condiciones laborales o ambientes favorables. Frone (2009) evidencia que el consumo de alcohol está directamente relacionado con la insatisfacción laboral, es por esto que se supone la probabilidad de consumo de alcohol podría aumentar en los estudiantes que están inmersos en la actividad laboral.

Tabaco

Hu Xiaowen y Stowe (2013) y Pampel et al. (2011) sostienen que los fumadores tienen una tasa de preferencia temporal más alta que los no fumadores, esto significa que los fumadores valoran más el presente y le asignan una mayor ponderación al descuento de la utilidad futura. La tasa de preferencia temporal, generalmente es menor en las personas con mayores niveles de ingresos ya que en general estas tienden a ser más pacientes, es por eso que tienen mayor capacidad de ahorro. Debido a estas dos características se espera que el consumo de tabaco esté negativamente relacionado con el nivel de ingreso o con el tipo de cobertura de salud (proxy del nivel de ingresos).

Las regresiones expresadas en la *Tabla 17* muestran que para los estudiantes de la UNCuyo analizados, no existe relación entre la probabilidad de consumo de tabaco en los últimos treinta días y el nivel económico familiar.

Para poder encontrar una explicación a esto hay que volver al origen de la cuestión y preguntarse, ¿por qué los estudiantes fuman? ¿Qué distingue a estos fumadores de los de otras poblaciones? Posibles respuestas a estas preguntas sugieren que el consumo de tabaco se debe a importantes niveles de exigencia académica, especialmente en la época de exámenes. Otra razón podría ser los efectos de la nicotina al momento del estudio, la cual ayuda a mantenerse “despierto”.

Tabla 17 – Consumo de tabaco último mes según características socioeconómicas

Consumo de tabaco último mes			
Ingreso	-0.07		
	(0.06)		
	[-0.18 - 0.05]		
cobertura salud		-0.03	
		(0.06)	
		[-0.16 - 0.10]	
Trabaja			0.20**
			(0.08)
			[0.03 - 0.36]
Constante	0.37***	0.25***	0.17***
	(0.12)	(0.06)	(0.04)
	[0.12 - 0.61]	[0.13 - 0.37]	[0.08 - 0.26]
Prueba F	1.26	0.18	5.76
N	105	123	122

* p<0.1; ** p<0.05; *** p<0.01

La única variable significativa estadísticamente (trabajo), indica que los estudiantes que trabajan presentan una mayor probabilidad a fumar en relación a aquellos que no trabajan, *ceteris paribus*.

Los fundamentos expresados para el consumo de alcohol (estrés laboral y desfavorables condiciones laborales en los primeros trabajos encontrados), son también posibles causas del incremento en el consumo de tabaco por parte de los estudiantes de la Universidad que actualmente se encuentran trabajando.

Marihuana y otras drogas ilegales

Las siguientes regresiones evalúan la relación entre el consumo de marihuana, otras drogas ilegales (cocaína, opiáceos, psicofármacos sin indicación médica) y las características socioeconómicas de los estudiantes.

Primero se analiza el consumo de marihuana o cannabis específicamente y luego el de otras drogas ilegales.

En consonancia con Popovich y French (2014), no se encuentra una relación estadísticamente significativa entre el consumo de marihuana y las distintas variables que caracterizan la posición económica de los consumidores o la inserción en el mercado laboral.

Estos autores sugieren, en base a una revisión de la literatura existente, una relación inconsistente. En algunos casos se asocia el consumo de marihuana en jóvenes con un salario familiar premium y en otras investigaciones una relación negativa entre estos dos.

Existen características no observables, por ejemplo, horas transcurridas en familia, influencia de los amigos más cercanos que se encuentran directamente relacionadas con el perfil del consumidor de marihuana y que serían captadas por la constante y el término de perturbación.

Tabla 18 – Consumo de marihuana último mes según características socioeconómicas

Consumo de marihuana último mes			
Ingreso	-0.03 (0.05) [-0.14 - 0.07]		
cobertura salud		-0.04 (0.06) [-0.16 - 0.07]	
Trabaja			0.04 (0.08) [-0.11 - 0.19]
Constante	0.24** (0.11) [0.02 - 0.46]	0.20*** (0.06) [0.09 - 0.31]	0.16*** (0.04) [0.08 - 0.24]
<i>Prueba F</i>	0.33	0.58	0.26
<i>N</i>	105	105	105

* $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$

Chatterji (2006) y Taylor (2008) analizan la demanda de drogas ilegales y su relación con factores socioeconómicos relevantes, y hacen hincapié en lo influyente que es un bajo nivel de educación inicial en el consumo de drogas ilegales como la cocaína, drogas alucinógenas, heroína, entre otras.

Sin duda la población bajo estudio tiene, en promedio, un nivel de educación superior a otros grupos de la sociedad y el solo hecho de comenzar una carrera universitaria define ciertos rasgos. Esto podría ser una razón para explicar la no existencia de una relación altamente significativa entre el consumo de drogas ilegales y el nivel de ingreso familiar en los estudiantes de la Universidad Nacional de Cuyo.

No obstante, se observa una relación negativa, que es estadísticamente significativa (nivel del 10%).

En concreto, el hecho de que aumente levemente el consumo de drogas ilegales al disminuir el nivel de ingreso familiar (*ceteris paribus*), podría estar relacionado con la menor posibilidad que tienen las familias de menos ingresos de acceder a información y conocer los peligros asociados al consumo de estas sustancias. Pero también es importante destacar que en este periodo específico el consumo fue principalmente de drogas alucinógenas y en menor medida de drogas más costosas como la cocaína. Si se analiza únicamente el consumo de cocaína, este se encuentra fuertemente correlacionado con mayores niveles de ingreso.

Tabla 19 – Consumo de otras drogas último mes según características socioeconómicas

Consumo de otras drogas último mes			
Ingreso	-0.04*		
	(0.02)		
	[-0.07 - 0.00]		
cobertura salud		-0.03	
		(0.02)	
		[-0.08 - 0.02]	
Trabaja			0.05
			(0.03)
			[-0.02 - 0.11]
Constante	0.09**	0.05**	0.01
	(0.04)	(0.02)	(0.02)
	[0.01 - 0.17]	[0.00 - 0.09]	[-0.02 - 0.04]
Prueba F	3.89	1.58	2.17
N	105	123	122

* $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$

Referido a la inserción en el mercado de laboral de las personas que consumen drogas de diseño o químicas, no hay mucha información o trabajos realizados, generalmente se discute los efectos del consumo de estas sustancias en la productividad o rendimiento de los trabajadores.

CAPÍTULO IV: MODELIZACIÓN DE LAS CONDUCTAS SEXUALES RIESGOSAS

En este capítulo se describen los modelos que permitirán caracterizar a los estudiantes de la Universidad Nacional de Cuyo en relación a sus conductas sexuales.

La idea es determinar qué características socioeconómicas y/o demográficas reúnen aquellos individuos que presentan la mayor probabilidad de llevar adelante conductas sexuales que los dejen expuestos a contraer alguna infección de transmisión sexual (ITS)

En función de los antecedentes teóricos descritos en el capítulo I, se propone en términos generales el siguiente modelo:

$$y_i = X_{1,i}\alpha_1 + \mu_1$$

Donde y_i es una variable binaria que toma el valor 1 si el individuo i no utiliza métodos anticonceptivos en general (o método de barrera, específicamente preservativo) y 0 si lo hace; $X_{1,i}$ es un vector de $1 \times k_1$ de características sociodemográficas y económicas. β_1 es el vector de coeficientes que se busca estimar.

Para el caso de la utilización de preservativo específicamente X toma valor 1 (expuesto al riesgo) si el estudiante i lo utiliza a veces o nunca y 0 si lo hace siempre.

A partir de ahora, únicamente por simplicidad, cuando se esté refiriendo a la primera forma de conducta riesgosa (no utilización de métodos anticonceptivos en general) se lo mencionará como $C_Riesgo1$ y cuando se haga referencia a la segunda (no utilización de preservativo) se lo mencionará como $C_Riesgo2$.

Variables explicativas

En base a lo expuesto en el primero capítulo, se planteó inicialmente para la construcción de ambos modelos la utilización de variables demográficas (género y edad), de variables socioeconómicas (nivel de ingreso familiar), variables asociadas al consumo de sustancias psicoactivas legales (alcohol, tabaco) e ilegales (marihuana, cocaína y otras drogas), una variable relacionadas con el desconocimiento de las ITS de las que se consultaban en la encuesta y finalmente una variable que mida el costo potencial para la salud de no cuidarse en todas las relaciones sexuales.

La variable género toma valor uno cuando el estudiante es hombre y cero cuando es mujer; la edad representa los años que el estudiante tiene al momento de responder la encuesta. La variable ingreso familiar puede tomar tres valores: 1 si el ingreso familiar es inferior a \$10.000, 2 si se encuentra entre \$10.000 a \$20.000 y 3 si es superior a \$20.000.¹³

La inclusión del consumo de distintas sustancias psicoactivas (alcohol dentro de las legales y drogas ilegales) como variables explicativas, se debe a una hipótesis que plantea Calsyn D. A. et al. (2010), donde explica que estas interfieren en los juicios de valor y la toma de decisiones de las personas, disminuyendo sus niveles de cuidado personal y percepción del riesgo.

Dentro de las sustancias utilizadas se encuentran: alcohol, tabaco, marihuana y otras drogas (cocaína, estimulantes y/o tranquilizantes sin indicación, alucinógenos u opiáceos).

Se regresan ambos modelos respecto a si el estudiante alguna vez consumió estas sustancias (probó alguna vez) y luego si se consumieron en los últimos treinta días. Estas son variables dicotómicas que toman valor uno cuando declara haberlas probado o consumido respectivamente y cero cuando no lo ha hecho.

Por otro lado se incluye una variable (dicotómica) relacionada con el desconocimiento de las diferentes infecciones de transmisión sexual consultadas (VIH, hepatitis B, hepatitis C, sífilis, herpes genital, gonorrea, condilomas, clamidia y trycomonas), teniendo en cuenta que en algunos casos el alto riesgo en las conductas sexuales proviene de un problema de desconocimiento o falta de información. Esta variable toma valor uno cuando se desconocen dos o más de las infecciones mencionadas, y cero cuando las conoce.

De acuerdo a sugerencias de la teoría, se buscaba incluir una variable de control que mida el costo para la salud, que perciben los estudiantes, asociado a no utilizar anticonceptivos o preservativos en todas las relaciones sexuales. Al no disponer de información precisa, se midió de distintas formas la relación entre el mantenimiento de relaciones sexuales sin protección y la percepción de salud de los estudiantes, no encontrando alguna relación estadísticamente significativa entre estas dos variables.

Se reconoce la importancia de incluir como regresoras variables que permitan aproximar el conocimiento que el estudiante tiene del riesgo que corre al mantener relaciones sexuales sin

¹³ Valores expresados en pesos argentinos a la fecha de la realización de la encuesta (Octubre a Diciembre 2015).

protección. La encuesta utilizada no brinda información precisa al respecto. Por ello es que se sugiere incluir en futuros relevamientos, un esquema de preguntas que permitan obtener esta información. Ejemplo de ellas podría ser pregunta del tipo, en una escala del 1 al 100 ¿Cuál es el riesgo que considera usted tiene de contraer HIV si mantiene relaciones sexuales sin preservativo?, lo mismo para otras ITS más comunes, similares a las utilizadas por Viscusi (1992) para captar la percepción de riesgo de los consumidores de tabaco.

Cabe señalar que al ser el número de observaciones pequeño (N=123), no resulta conveniente utilizar de manera simultánea todas las variables explicativas o independientes que sugiere la literatura, ya que la incorporación de una nueva variable se penaliza con la pérdida de grados de libertad que influye sobre la evaluación global del modelo. Por lo tanto, aumenta la probabilidad de cometer errores de especificación por variables omitidas. Por ello, todas las conclusiones a las que se arribe están condicionadas a la especificación del modelo estimado.

Estrategias de estimación

Para realizar las estimaciones se utiliza el método de mínimos cuadrados ordinarios (MCO). Se considera que el mismo es apropiado, ya que tiene la propiedad de ser el mejor estimador lineal insesgado (MELI).

Diversas investigaciones similares basadas en encuestas a alumnos universitarios, donde se busca encontrar distintos factores asociados a comportamientos sexuales riesgosos han utilizado el mismo método de estimación, pudiéndose citar como ejemplo el trabajo de DeSimone J. (2010).

Estimaciones

Estrategia 1: Estimaciones (error estándar por clúster)

Al pertenecer los estudiantes a distintas facultades se cree conveniente utilizar inicialmente el método de error estándar por *cluster*, o conglomerados debido a que se podría observar comportamientos similares de los alumnos según a la facultad a la que asistan. Esta técnica permite aislar las características del estudiante según la facultad a la cual pertenezca al momento de calcular la significatividad de las variables explicativas.

Una vez definidas las variables a utilizar conjuntamente con la estrategia de estimación, se presentan a continuación los resultados obtenidos de los modelos inicialmente planteados (Ver *Tablas 21 y 22, Anexo 2*).

En los modelos de *C_Riesgo1*, el test F (que intenta proveer evidencia sobre la capacidad global de todas las variables explicativas para seguir la evolución de la variable explicada), es no significativo para todos los casos propuestos.

Lo contrario ocurre en los modelos planteados para *C_Riesgo2* donde los resultados muestran una alta significatividad de la regresión a nivel global y algunos coeficientes relevantes a nivel individual (considerando un nivel de significatividad del 10%).

Estos primeros resultados arrojan indicios de algunas variables (género, consumo alguna vez de marihuana y consumo de tabaco en los últimos treinta días) que podrían ser relevantes, en el intento de caracterizar el perfil de los estudiantes de la Universidad Nacional de Cuyo expuestos al riesgo de contraer alguna ITS.

Estrategia 2: MCO con errores robustos

En esta sección, se estiman los mismos modelos (ver *Tabla 22 y 23 del Anexo 2*), pero con errores estándar robustos sin ajustar por *cluster*.

Aquí los modelos de *C_Riesgo1* muestran un test F no significativo, sugiriendo que las variables en conjunto utilizadas no contribuyen a explicar la no utilización de método anticonceptivos en los estudiantes de la Universidad Nacional de Cuyo. Esto no ocurre para los modelos de *C_Riesgo2*, el test F global rechaza la hipótesis nula; a su vez, a nivel individual son pocos los coeficientes significativos

El coeficiente de la variable género es negativo y significativo, mostrando que es mayor la probabilidad de uso de preservativo en los hombres, *ceteris paribus*. Por otro lado, el coeficiente de la variable probó marihuana es positivo y significativo, indicando que la probabilidad de no utilizar preservativo es mayor en las personas que alguna vez probaron marihuana, *ceteris paribus*.

El signo de estos coeficientes es el esperado, se observa que la utilización de métodos de barrera sea menor en las mujeres (depende finalmente del hombre su uso) y por otro lado se esperaba encontrar alguna relación entre los estudiantes que probaron marihuana alguna vez y los que no utilizan preservativo.

Respecto al consumo de tabaco, no se conoce a priori una posible relación. En las secciones siguientes de este capítulo se desarrollará, en base a la teoría, una explicación de la causalidad entre el consumo de tabaco y la utilización de métodos de barrera.

Los resultados obtenidos no son consistentes con lo que la teoría y otros trabajos realizados sugieren. Esto puede deberse a diferentes factores, entre los más importantes se destacan la micronumerosidad (pocas observaciones) y la incorrecta especificación del modelo.

La teoría señala (Sosa Escudero, 2012), que la imposibilidad de encontrar un modelo que ajuste correctamente, podría deberse a los problemas asociados a la micronumerosidad (muestra pequeña). Está se manifiesta generalmente cuando los test estadísticos que evalúan la capacidad global del modelo rechazan la hipótesis de no significatividad pero las variables explicativas a nivel individual no son relevantes y además el R cuadrado no es elevado.

Las características anteriormente descriptas son similares a las observadas en los modelos propuestos, especialmente los desarrollados para C_Riesgo2.

Como posibles soluciones la teoría propone algo trivial como aumentar el número de observaciones (no está a nuestro alcance), revisar el modelo planteado o cambiar el método de estimación (al final del capítulo se desarrolla este tema).

A continuación, se especificarán nuevos modelos, en búsqueda de un mejor ajuste.

Estrategia 3

Lo que se decide es utilizar la información provista por la encuesta dispuesta de otra forma. Esta nueva disposición incorpora nuevas variables relacionadas con el consumo de drogas ilegales y además suprime la variable relacionada con el desconocimiento de las ITS.

En esta nueva estrategia de estimación se utiliza género, edad e ingreso como variables explicativas en todos los modelos y luego se incorporan secuencialmente distintas variables asociadas con el consumo de sustancias psicoactivas. Particularmente las variables incorporadas contienen información que combina el consumo de marihuana y de otras drogas. Específicamente estas se refieren al consumo alguna vez del estudiante de drogas ilegales (probó drogas ilegales) y al consumo en el último mes (consumo drogas ilegales último mes). Ambas son dicotómicas y toman valor uno cuando probó o consumió el último mes y cero en caso contrario.

Finalmente en los últimos modelos (6 y 7) para *C_Riesgo1* y *C_Riesgo2* se combinan distintas variables explicativas (alcohol y drogas ilegales), que pueden modificar el estado de conciencia al momento de la toma de decisiones.

Este modo de plantear las regresiones permite analizar si sustancias psicoactivas como el alcohol y drogas ilegales son significativas individualmente cuando son utilizadas como regresoras, por separado, y no lo son al ser utilizadas de forma conjunta.

Las regresiones obtenidas (ver *Tabla 24 y 25 Anexo 2*) no difieren demasiado de las anteriores. Nuevamente a pesar de los cambios realizados, los test F indican aceptar la hipótesis nula de no significatividad de los modelos para el caso de *C_Riesgo1* y rechazarla para *C_Riesgo2*.

Los coeficientes significativos son género y consumió tabaco el último mes. Ninguna de las sustancias psicoactivas sugeridas por la teoría como factores determinantes en la decisión de utilizar preservativo resulta serlo, inclusive a un nivel del 10% de significancia.

Los resultados obtenidos hasta el momento no difieren demasiado para los distintos modelos propuestos. Nuevamente, dado que es materialmente imposible modificar el tamaño de la muestra, se volverá a corregir la especificación del modelo, en función de los hallazgos de otros investigadores.

Estrategia 4:

El camino adoptado es probar nuevos modelos donde se suprimen de las variables explicativas edad e ingreso ya que en ninguna de las estimaciones anteriores estas fueron significativas. Para el caso de la edad esto podría deberse a la escasa variabilidad de esta variable, como se observa en el Gráfico 1, más del 75% de la muestra se encuentra entre los 20 y 23 años.

Luego de haber probado distintas alternativas en el intento de caracterizar a los estudiantes expuestos a conductas sexuales de riesgo, se presenta a continuación los modelos que se considera mejor ajustan, dado el método de estimación y la información utilizada.

Los test estadísticos referidos a la capacidad de ajuste global del modelo, mejoran en todos los casos al haber eliminado las variables referidas a la edad y nivel de ingreso aproximado de los estudiantes.

Dentro de los diferentes modelos considerados para explicar *C_Riesgo1*, el Modelo 6 es el que mejor ajuste presenta (el test F rechaza la hipótesis nula que los coeficientes son simultáneamente iguales a cero) y además todas las variables explicativas son estadísticamente significativas.

El signo negativo del coeficiente género indica que las mujeres son menos proclives a utilizar métodos anticonceptivos, esto puede deberse a que dentro de estos métodos uno de los más utilizados es el preservativo y su uso depende mayormente de la decisión del hombre.

La pregunta vinculada a la utilización de métodos anticonceptivos es demasiado general ya que existe una amplia variedad de métodos y además no especifica un periodo de tiempo concreto.

Tabla 26 - Modelos definitivos referidos a la no utilización de métodos anticonceptivos (*C_Riesgo1*)

No utiliza anticonceptivos							
	modelo 1	modelo 2	modelo 3	modelo 4	modelo 5	modelo 6	modelo 7
Género	-0.09*	-0.09*	-0.08	-0.09*	-0.09*	-0.08*	-0.08
	(0.05)	(0.05)	(0.05)	(0.05)	(0.05)	(0.05)	(0.05)
	[-0.19 - 0.01]	[-0.19 - 0.01]	[-0.18 - 0.02]	[-0.19 - 0.01]	[-0.19 - 0.01]	[-0.18 - 0.02]	[-0.17 - 0.02]
probó el alcohol		0.11***				0.09***	
		(0.04)				(0.03)	
		[0.03 - 0.18]				[0.04 - 0.14]	
alcohol último mes			-0.07				-0.07
			(0.08)				(0.08)
			[-0.24 - 0.09]				[-0.23 - 0.10]
probo tabaco				0.01			
				(0.06)			
				[-0.11 - 0.12]			
tabaco último mes					0.06		
					(0.07)		
					[-0.08 - 0.21]		
probo drogas ilegales						0.10*	
						(0.05)	
						[-0.01 - 0.21]	
drogas ilegales último mes							0.10*
							(0.05)
							[-0.01 - 0.21]
Constante	0.14***	0.03	0.19**	0.13**	0.12***	-0.00	0.14*
	(0.04)	(0.03)	(0.08)	(0.05)	(0.04)	(0.02)	(0.08)
	[0.06 - 0.21]	[-0.03 - 0.09]	[0.03 - 0.35]	[0.02 - 0.24]	[0.04 - 0.20]	[-0.05 - 0.04]	[-0.03 - 0.30]
R^2	0.02	0.02	0.03	0.02	0.03	0.07	0.06
Prueba F	3.08	4.16	1.65	1.53	1.91	4.49	1.75
p-valor	0.06	0.01	0.20	0.22	0.15	0.00	0.16
N	118	118	118	118	118	118	118

* $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$

El signo positivo de los coeficientes asociados a las variables probó alcohol y drogas ilegales son los esperados, se cree según investigaciones empíricas realizadas por Barbieri I. (2011) et al. y Sánchez M. (2011), que los jóvenes que han consumido estas sustancias, especialmente drogas ilegales, incurren con más frecuencia en relaciones sexuales riesgosas.

Lo que no se observa es una relación entre *C_Riesgo1* y los consumidores habituales de alcohol o tabaco, en cambio se observa que el coeficiente drogas ilegales último mes es positivo y estadísticamente significativa al 10%, mostrando que la probabilidad de no utilizar preservativo aumenta cuando el estudiante ha consumido drogas ilegales el último mes, *ceteris paribus*.

Tabla 27 – Modelos definitivos referidos a la no utilización de preservativo (*C_Riesgo2*)

No utiliza preservativo							
	modelo 1	modelo 2	modelo 3	modelo 4	modelo 5	modelo 6	modelo 7
Género	-0.26*** (0.09) [-0.44 - 0.08]	-0.26*** (0.09) [-0.44 - 0.08]	-0.27*** (0.09) [-0.45 - 0.09]	-0.26*** (0.09) [-0.44 - 0.08]	-0.27*** (0.09) [-0.45 - 0.10]	-0.26*** (0.09) [-0.44 - 0.08]	-0.26** (0.10) [-0.47 - 0.05]
probó el alcohol		-0.31*** (0.08) [-0.48 - 0.15]				-0.32*** (0.08) [-0.47 - 0.16]	
alcohol último mes			0.04 (0.10) [-0.17 - 0.25]				-0.01 (0.11) [-0.23 - 0.22]
probo tabaco				-0.04 (0.09) [-0.21 - 0.14]			
tabaco último mes					0.24*** (0.08) [0.09 - 0.39]		
probo drogas ilegales						0.03 (0.08) [-0.13 - 0.20]	
drogas ilegales último mes							-0.01 (0.09) [-0.19 - 0.18]
constante	0.78 (0.05)*** [0.69 - 0.88]	1.09 (0.08)*** [0.93 - 1.24]	0.75 (0.09)*** [0.57 - 0.94]	0.81 (0.08)*** [0.65 - 0.96]	0.73 (0.06)*** [0.62 - 0.84]	1.08 (0.07)*** [0.93 - 1.22]	1.11 (0.59)* [-0.07 - 2.28]
R^2	0.07	0.09	0.08	0.08	0.12	0.09	0.09
Prueba F	8.42	10.98	4.26	4.25	11.92	8.17	2.88
p-valor	0.00	0.00	0.02	0.02	0.01	0.00	0.04
N	118	118	118	118	118	118	118

* $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$

Todos los modelos probados para *C_Riesgo2* son significativos (nivel inferior al 5%), esto no quiere decir *per sé* que las variables incluidas lo sean a nivel individual.

En la *Tabla 27* el coeficiente negativo de la variable género indica que es mayor la probabilidad de utilizar preservativo en los hombres, *ceteris paribus*. Además de las razones mencionadas para el caso de anticonceptivos en general, según Brugera Moreno C. (2002) la principal preocupación de las mujeres jóvenes radica en el embarazo (utilización de anticonceptivos hormonales), dejando en un segundo plano el cuidado para evitar la posibilidad de contraer alguna infección de transmisión sexual.

Se observa una alta correlación entre los fumadores y los que mantienen actividades sexuales de riesgo. Esta relación se desconocía ya que convencionalmente fumar no se considera un factor que altere la percepción del riesgo que ocasionan ciertas conductas

Distintos estudios psicológicos e investigaciones médicas, Biglan et al. (1990); Ekstrand y Coates (1990); McEwan, McCallum, Bhopal y Madhok (1992), señalan que el perfil del fumador, generalmente impulsivo, coincide con características de las personas que piensan en la búsqueda del placer inmediato sin evaluar el posible riesgo.

Respecto a la hipótesis planteada al inicio del capítulo “el consumo de alcohol y drogas ilegales interfieren en el juicio y la toma de decisiones de las personas, disminuyendo sus niveles de cuidado personal y percepción del riesgo”, no ha podido ser verificada ya que no se encuentra una relación robusta.

Leigh & Stall (1993) señalan “*Los hábitos de consumo de alcohol están correlacionados con comportamientos sexuales más liberales y las drogas recreativas están asociados con inicio sexual temprano, pero la existencia de una asociación global entre uso de sustancias y mayor actividad sexual no necesariamente indican comportamientos sexuales riesgosos*”.

Estos autores además indican que existe una tercera variable no considerada, el consumo de este tipo sustancias en la búsqueda de emociones de personalidad, es decir se la utiliza para romper el hielo y desinhibir a las personas.

Finalmente en busca de contrastar lo recientemente citado (relación entre inicio sexual temprano y consumo de drogas) se realiza una regresión donde la variable dependiente es edad de inicio sexual y las variables de control son: probó marihuana y consumió marihuana el último mes.

Los coeficientes negativos, significativos estadísticamente (1% y 10% respectivamente), muestran que aumenta la probabilidad de iniciarse sexualmente temprano en los estudiantes de la Universidad Nacional de Cuyo que han probado marihuana alguna vez o los que la consumen regularmente, *ceteris paribus*.

Tabla 28 – Relación entre edad de inicio sexual y consumo de marihuana

edad de inicio sexual		
probó la marihuana	-1.24*** (0.45) [-2.14 - -0.35]	
consumió marihuana último mes		-0.87* (0.50) [-1.86 - 0.11]
Constante	18.32*** (0.34) [17.66 - 18.99]	17.90*** (0.28) [17.36 - 18.45]
R^2	0.06	0.03
Prueba F	7.55	3.08
p-valor	0.00	0.08
N	118	118

* $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$

Estrategia 5:

Por último, como ejercicio adicional y buscando mejorar los resultados obtenidos, se regresaron estos últimos modelos utilizando el método de estimación probit y logit (comúnmente utilizado en este tipo de trabajos) obteniendo conclusiones similares a las ya encontradas.

No ha podido utilizarse el método de variables instrumentales debido a no encontrar en la base un instrumento válido para poder implementarlo.

CAPÍTULO V: SUGERENCIAS PARA LA REALIZACIÓN DE POLÍTICAS SANITARIAS

El objetivo de este capítulo es sugerir posibles políticas sanitarias para que se desarrollen en la Universidad Nacional de Cuyo, con el fin de mejorar la calidad de vida de los estudiantes y como consecuencia disminuir su morbimortalidad. Gran parte de las medidas recomendadas se identificaron en base a los resultados obtenidos en los capítulos anteriores.

Es fundamental que las mismas sean planificadas, ejecutadas y controladas por un organismo centralizado de la Universidad en coordinación con los respectivos responsables dentro de cada una de las facultades, para que estas sean no sólo eficaces (cumplan el objetivo deseado) sino también eficientes (al menor costo posible).

Se agradecen los aportes y comentarios en el desarrollo de este capítulo, de la Licenciada Fernanda Navarro, directora del Departamento de salud estudiantil, perteneciente a la Secretaria de Bienestar Universitario de la Universidad Nacional de Cuyo.

En primer lugar, se realiza un breve análisis para determinar cuál es el momento óptimo del ciclo universitario para iniciar estas políticas y luego se sugieren distintas acciones a realizar.

Momento óptimo de aplicación

Analizar la evolución del riesgo al que se encuentran expuestos los estudiantes en el transcurso de su carrera universitaria es trascendente a la hora de determinar en qué momento del ciclo universitario es óptimo aplicar estas políticas.

Para ello resulta fundamental contar con información, para lo cual se requiere la realización de encuestas. Sería interesante tener información de las mismas cohortes de estudiantes en distintos períodos de su carrera universitaria para observar cambios de conducta en relación al cuidado de su salud. Al no disponer actualmente los datos con esa periodicidad¹⁴, y teniendo en cuenta lo realizado por Intra, Roales-Nieto y San Pedro (2011) se plantea, como alternativa la comparación entre alumnos pertenecientes a los cursos iniciales de la universidad GI (1° y 2° año) y alumnos que se encuentran finalizando sus estudios GF (4° y 5° año).

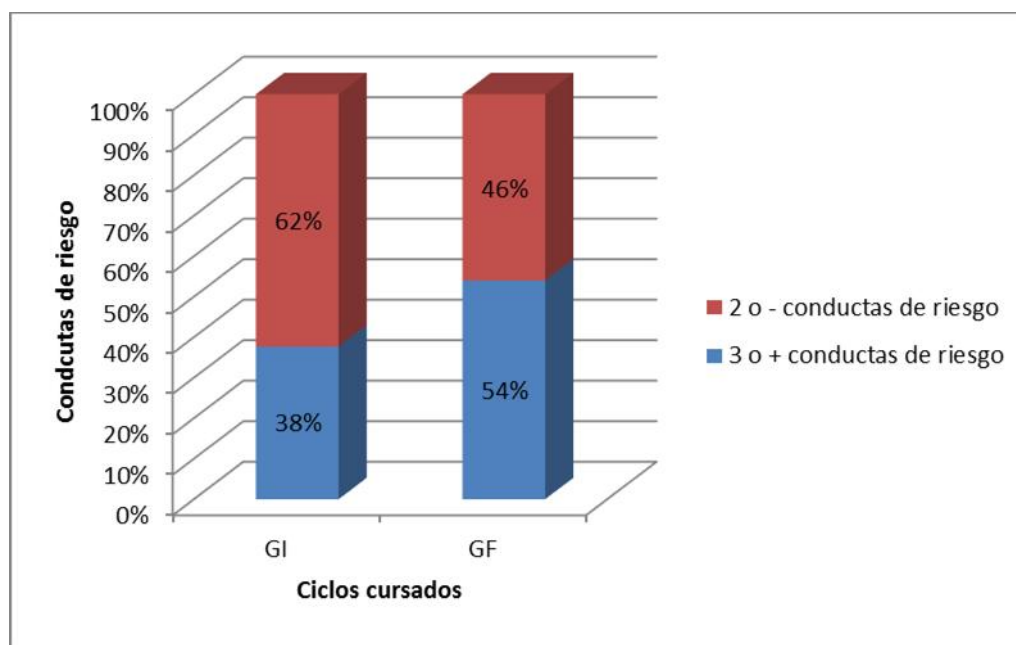
¹⁴ Se planea trabajar con esa base de información en futuras investigaciones, en el ámbito de la Facultad de Ciencias Económicas, U.N.Cuyo..

Inicialmente la encuesta utilizada no contenía ninguna pregunta referida al año que cada uno de los estudiantes se encontraba cursando. Pero durante el primer relevamiento, los especialistas detectaron que era importante incluir dicha información, incorporándose al cuestionario. Por este motivo solo se tiene información para el 54% de la muestra.

En esta sub-muestra se agrupan los estudiantes de acuerdo a lo establecido precedentemente. A su vez, dentro de cada grupo se separan, por un lado, los estudiantes que incurren en dos o menos conductas de riesgo y por el otro los que incurren en tres o más, recordando que, a los efectos de este trabajo, se consideran conductas de riesgo el consumo de distintas sustancias psicoactivas tanto legales como ilegales y la no utilización de preservativos durante las relaciones sexuales.

Los resultados obtenidos muestran que la porción de estudiantes de 4° y 5° (GF) de la Universidad Nacional de Cuyo, expuestos a tres o más conductas riesgosas, es 16 puntos porcentuales mayor al de estudiantes de 1° y 2° año (GI).

Gráfico 6 – Conductas de riesgo en alumnos de grados iniciales y finales



Este análisis empírico, pone en evidencia la necesidad de comenzar con la implementación de políticas sanitarias en la Universidad, especialmente las de tipo preventivas, desde que los estudiantes ingresan a sus respectivas facultades o incluso desde el pre universitario.

Mediciones de Salud y políticas sanitarias

En este apartado se sugieren algunas medidas de política sanitaria que están en consonancia con los resultados obtenidos en los capítulos anteriores. Cabe recordar, que el tamaño de la muestra y la metodología utilizada no permite realizar inferencias causales, sino que solo muestran las direcciones de los efectos de las características sociodemográficas y económicas sobre la probabilidad de consumir sustancias psicoactivas o incurrir en conductas sexuales perjudiciales para la salud, en el caso de estudiantes de la Universidad Nacional de Cuyo.

Partiendo de la premisa que las políticas deben ser aplicadas por un organismo centralizado, se destaca la importancia de efectuar un análisis costo-beneficio que evite malgastar el acotado presupuesto universitario y se ejecuten sólo las políticas que resulten socialmente rentables.

El fin último de todas las universidades es el de impartir y generar conocimiento, si estas deciden intervenir en otras áreas, como la salud de los estudiantes, debe ser porque realmente incursionar en este campo genera beneficios sociales netos.

Para realizar esta evaluación se deben tener en cuenta los costos asociados a la realización de las políticas (presupuestos para encuestas, sistematización de información, folletería y campañas de prevención, profesionales, creación de contenidos, programas de esparcimiento, etc.) y los beneficios (externalidades positivas que generan las mejoras en la salud de la población objetivo, como por ejemplo mejoras en el rendimiento académico, disminución en los años promedio de egreso, reducción de costos, entre otros).

Es muy importante realizar un análisis de impacto¹⁵ para dimensionar de manera correcta los beneficios para la salud de los estudiantes asociados con las políticas sanitarias realizadas por la universidad, ya que estos podrían ser sobrestimados si se le atribuyesen beneficios asociados a otras políticas o al contexto económico y social.

Una vez definido de manera correcta los costos y beneficios asociados a las políticas se podrán seleccionar cuales serán llevadas a cabo.

¹⁵ En salud el Análisis de Impacto en Salud (AIS) es previo a la implementación de la política/medida y debería servir de base para ella propiamente dicha. Busca identificar beneficios/costos/impactos deseados y no deseados.

A continuación se esbozan algunas recomendaciones para la selección de una muestra adecuada de estudiantes, para mejorar la convocatoria e incrementar de la predisposición a participar, de rediseño de las encuestas para obtener mayor cantidad de información y de mejor calidad. Finalmente se sugieren algunas políticas sanitarias en sentido estricto.

a) Selección de una muestra representativa

La base para hacer un correcto diagnóstico de la situación y conocer el verdadero estado de salud de los estudiantes es elegir correctamente la población a encuestar.

Un error en la selección (muestra sesgada) puede llevar a los profesionales a tomar decisiones equivocadas respecto hacia quien focalizar las políticas o el alcance de las mismas, y por lo tanto no contribuir al objetivo de mejorar la salud y el estilo de vida de los estudiantes.

Un aspecto crucial para que ésta sea representativa es cumplir la propiedad de selección aleatoria (todos tienen la misma probabilidad de ser encuestados).

Es importante destacar que los recursos humanos y económicos destinados a las áreas encargadas de cuidar la salud de los estudiantes de la Universidad Nacional de Cuyo son limitados, la incorrecta asignación de los mismos basada en errores de medición, impedirá tomar acciones realmente útiles.

Una solución al problema de la selección podría ser, utilizar la base de datos de cada facultad donde se encuentran cargados todos los alumnos con sus respectivos números de registro y mediante la ayuda de algún software de selección aleatoria, elegir un número determinado de alumnos por año, según la ponderación que cada facultad tenga en el total de alumnos de la Universidad.

Una vez seleccionados se podría utilizar el departamento encargado de la dirección de alumnos de cada facultad para citar a estos para que completen una encuesta auto administrada en algún lugar y momento conveniente.

También se podría enviar esta encuesta de forma electrónica a los alumnos seleccionados que lo deseen. La idea central es simplificar esta tarea y brindarle comodidad al participante para que pueda focalizarse en completar la encuesta de la forma más sencilla posible y por lo tanto brinde una información verosímil y sincera.

Surge a partir de aquí un tema central que es la predisposición del alumno a completar la encuesta, cuyas estrategias para lograrlo se desarrollan en el punto siguiente.

b) Convocatoria y predisposición de los alumnos a participar

Un tema que resulta ser central es la disposición del alumno a participar una vez convocado y sobre todo que responda con “sinceridad” los cuestionarios, en especial teniendo en cuenta que se trata de temas personales y muy sensibles relacionados con su accionar y preferencias.

Se recomienda incluir en el inicio de la convocatoria (por cualquiera de las vías de comunicación seleccionadas), una introducción breve pero concisa, explicando la utilidad e importancia de la participación de los alumnos seleccionados, indicando que su elección es únicamente producto del azar y que toda la información brindada es absolutamente confidencial.

Por otro lado, aclarando que la encuesta es anónima y que de esa manera se procesaran las respuestas. La única información respecto a su persona es sólo que forma parte del grupo seleccionado al azar.

Dicha introducción deberá expresar además el alcance y beneficios de las políticas a implementar en el futuro de la salud de la población universitaria a partir de los datos recabados, para lo cual la información de base debe ser completa y real, para lograr el menor porcentaje posible de omisión de datos y además la mayor sinceridad.

El “poder de coerción” que tienen las distintas facultades es también de utilidad a la hora de lograr el objetivo anteriormente planteado, la dirección de salud estudiantil asegura haber alcanzado mayor nivel de convocatoria en los exámenes para el control de la salud realizados, cuando cada unidad académica no permitía a los alumnos seleccionados, realizar la reinscripción anual sin llevar firmado la constancia de asistencia a estas pruebas. Obviamente que lo ideal sería que cada uno de los seleccionados se involucre porque comprende la importancia de su participación, más que por el temor a una sanción.

Una variante que ha tenido éxito, son las convocatorias realizadas en cada facultad por los mismos profesionales que trabajan activamente en el área de salud estudiantil explicando los beneficios de participar en las encuestas y programas preventivos realizados.

c) Diseño de la encuesta

La calidad de la encuesta utilizada es tan importante como la aleatoriedad de la población seleccionada, aunque se disponga de una población con altos niveles de representatividad, si no se sabe preguntar y qué datos incluir no se obtendrán resultados útiles.

No se pretende hacer una guía para la confección de encuestas, pero si destacar la importancia de la claridad en las preguntas (evitar la ambigüedad o doble interpretación), seguir un orden lógico, introducir en la pregunta cuando es necesario, evitar inducciones en la respuesta y finalmente, que sea lo menos tediosa posible con el objetivo de no “agotar” al encuestado.

A continuación, se sugieren distintas preguntas, información y posibles cambios, detectados a lo largo de la realización de este trabajo, que se podrían agregar o modificar respectivamente, en la encuesta formulada en la “Consejería de Infecciones de Transmisión Sexual y Testeo para VIH”¹⁶ y podrían ser de utilidad al momento de realizar nuevas campañas o investigaciones acerca de la salud de los estudiantes en la Universidad.

Entre las preguntas iniciales, referidas a aspectos demográficos y socioeconómicos, sería útil incluir información acerca del año de ingreso a la universidad conjuntamente con el año que se encuentra cursando, también se podría incluir la cantidad de materias aprobadas en las últimas 6 meses, con estos datos se puede inferir acerca de la relación entre las conductas de riesgo y el rendimiento académico.

Cuando el estudiante pertenece de modo activo al mercado laboral, incluir alguna pregunta que indique el número aproximado de horas trabajadas por semana, dentro de un rango establecido anteriormente, además si el trabajo es diurno o nocturno. Para el caso del ingreso familiar, utilizar como parámetro a la hora de establecer los niveles de ingreso, el salario mínimo, vital y móvil de ese momento debido al nivel inflacionario de nuestro país.

También resultaría útil incluir preguntas respecto a la realización de algún deporte o actividad física, la periodicidad y actividades que realiza en su tiempo libre o cuando se encuentra fuera de la universidad. Es importante conocer también, distintas características que indiquen la exposición y aversión al riesgo, por ejemplo, utilización de cinturón de seguridad, consumo de alguna sustancia que altere sus reflejos al conducir.

Entrando en el terreno del consumo de sustancias psicoactivas incluir detalles respecto a la cantidad consumida aproximada y el contexto en el cual este se desarrolla. En el caso del alcohol utilizar a modo de ejemplo (copas por semana para el vino, latas o botellas para la cerveza y medidas para el caso de otras bebidas), para los fumadores (cantidad de paquetes de cigarrillo por semana o por mes).

¹⁶ Ver Anexo 3

Finalmente, en la sección de conductas sexuales consultar acerca de la existencia de una pareja estable, percepción del costo asociado a no cuidarse en todas las relaciones, cantidad de personas con las cuales se mantuvieron relaciones sexuales (estables u ocasionales), conocimiento y utilización de distintos anticonceptivos (orales u subcutáneos), métodos de barrera, anticoncepción de emergencia, etc.

A modo de cierre del tema, se retoma lo expresado anteriormente, en relación a la necesidad de coordinación en las encuestas realizadas, ya que se realizan en diferentes facultades con temáticas similares, pero que luego no se concentra la información, y no se puede arribar a conclusiones relevantes.

d) Diseño e instrumentación de políticas sanitarias

Las relaciones encontradas en los capítulos anteriores se utilizan para sugerir posibles políticas sanitarias a desarrollar en la Universidad Nacional de Cuyo.

Distintas facultades, especialmente la de Ciencias Médicas, realizan encuestas, campañas de detección de enfermedades, talleres, reparto de folletería, para intentar mejorar la salud y el estilo de vida de los alumnos.

No cabe duda que todas las acciones citadas en el párrafo anterior están encaminadas hacia la dirección correcta. El problema es la falta de coordinación entre las distintas unidades académicas. El uso de presupuestos sin un eje temático y cronogramas organizados producen un efecto menor en relación al esfuerzo humano y financiero realizado, en la mayoría de los casos.

Uno de los principales problemas detectados en los profesionales dedicados a la salud universitaria, es la dificultad para lograr la asistencia de los alumnos a las distintas convocatorias o campañas realizadas con el objetivo de prevención o asistencia para tratamientos de distintas patologías.

Los alumnos que asisten a este tipo de controles médicos o programas para la detección de enfermedades, generalmente están asociados con bajos niveles de cobertura médica privada o medicina prepaga.

La relación entre nivel de ingreso familiar (de los empleados en relación de dependencia) y el tipo de cobertura médica, como ya se mencionó anteriormente, es muy importante en la Argentina, esto se debe a que obligatoriamente un porcentaje del salario de los empleados registrados (3%) está

destinado a financiar la obra social o medicina prepaga y otro (5%) con la misma función está a cargo del empleador.

Las facultades solicitan en el momento de inscripción, un certificado de actitud psicofísica o salud emitido por un organismo estatal, generalmente se realiza en el centro de medicina preventiva “Dr. EMILIO CONI”, en algún centro de salud, hospital público o en un centro privado autorizado. Para obtener información sería útil contar con un formulario estandarizado que releve datos acerca de la salud de los estudiantes. También es una buena oportunidad para llevar adelante políticas de prevención, sobre todo las informativas ya que todos deben concurrir sin excepción (no distingue clases sociales de los estudiantes) y además se realiza al momento de ingreso a la universidad o en algunos casos en el pre universitario.

Los resultados obtenidos en los capítulos anteriores señalan que la exposición al riesgo, ya sea por consumo habitual de distintas sustancias psicoactivas o por mantenimiento de relaciones sexuales sin protección, afectan de igual manera a los estudiantes, sin discriminar el nivel de ingreso familiar. El consumo recurrente de alcohol es algo particular ya que los de mayores ingresos consumen mayor cantidad en promedio que los de menos ingresos.

No obstante, las políticas a implementar para disminuir el consumo de sustancias psicoactivas y aumentar la utilización de métodos de barrera en las relaciones sexuales deberían alcanzar a todos los estudiantes de la Universidad Nacional de Cuyo, sin importar su nivel socioeconómico.

Respecto a las políticas de prevención, se podría entregar a todos los que asisten a estos centros, una hoja “troquelada” para poder realizar consultas, que luego serán respondidas por profesionales capacitados, acerca de los riesgos para la salud vinculados con el consumo de sustancias psicoactivas) y salud sexual. La pregunta se coloca en un buzón, quedándose el estudiante con el troquel, donde se informara un sitio web en el que se cargaran estas respuestas en una fecha determinada conjuntamente con el número de pregunta, para facilitar la búsqueda de la misma.

Hoy en día la tecnología ocupa un lugar muy importante en la vida de los jóvenes, sin duda cada vez es mayor el nivel de información manejado a través de está, se cree conveniente dirigir las políticas a través de esta vía, no solo por el grado de alcance, sino también por los bajos costos de su implementación.

Se podrían diseñar distintas alternativas, todas relacionadas con el uso de la tecnología, entre ellas:

- Creación de una aplicación móvil (únicamente para descargar dentro de la universidad) donde se brinde información de los riesgos previamente planteados (con diferentes secciones según la temática) y además con la posibilidad de enviar preguntas anónimas, respondidas semanalmente por profesionales idóneos.
- Creación de sitio web o blog con contenido informativo y educativo, incluyendo distintas preguntas frecuentes de los jóvenes (sugeridas por los profesionales en base a su experiencia con los estudiantes de la Universidad). Incluir además algoritmos de derivación, referidos a distintas situaciones, por ejemplo, donde recurrir ante una intoxicación por el abuso de alcohol o drogas, en qué lugar conseguir la anticoncepción de emergencia, etc.
- Envío de *newsletter* mensuales a la casilla de correo electrónico de los estudiantes (utilizando la base de datos de las distintas unidades académicas), informando acerca de las distintas actividades recreativas, cursos y talleres que se desarrollaran.

Como principal medio para la difusión de estas herramientas asociadas a la tecnología, utilizar las redes sociales que cada facultad emplea para brindar noticias y novedades a sus alumnos.

Otra actividad que se podría desarrollar para disminuir el estrés en alumnos que trabajan mientras realizan su carrera universitaria, es la incorporación en conjunto con la secretaria de deportes de la Universidad, de actividades de relajación como yoga, taichí o actividades físicas en horarios flexibles o inclusive el fin de semana.

Realizar campañas en todas las facultades, concientizando especialmente a las mujeres, acerca de la importancia del uso de métodos de barrera en todas las relaciones sexuales, aumentando además las bocas de expendio de preservativos gratuitos.

CONCLUSIONES

Es importante destacar que es la primera vez que se realiza un trabajo donde se combina el análisis económico, específicamente desde la visión de la economía de la salud, con información brindada por alumnos de la Universidad Nacional de Cuyo a médicos y bioquímicos, pertenecientes a la facultad de Medicina.

Este análisis es de gran utilidad para poder conocer el comportamiento de los estudiantes y así poder caracterizarlos, con el fin de sugerir políticas sanitarias que mejoren su calidad de vida.

A pesar de las limitaciones de trabajar con muestras pequeñas y no representativas de toda la población, es posible extraer distintas conclusiones a partir de los modelos y las estrategias econométricas utilizadas. Las mismas, deben interpretarse sólo en referencia a los estudiantes de la Universidad Nacional de Cuyo.

El instrumental gráfico y estadístico permitió realizar un análisis preliminar. Luego éste fue profundizado con la verificación empírica de los distintos modelos de comportamiento propuestos. Estos modelos se sustentan en la teoría del comportamiento adictivo (Portillo Pérez de Viñaspre, 2007) y del comportamiento no saludable (Chaloupka y Pacula, 2000) y presuponen una relación entre la conducta observada y las características socioeconómicas y demográficas de los estudiantes.

A partir del análisis de los resultados es posible concluir, en primer lugar, que existe una relación directa entre el nivel de ingreso y la percepción individual de la salud de los estudiantes (a mayor nivel de ingresos mejor perciben su salud).

Respecto al consumo de sustancias psicoactivas no se encontró relación entre el consumo de tabaco o marihuana y el nivel de ingreso familiar, lo mismo para el tipo de cobertura médica. Sin embargo, si existe una relación positiva (directa) y significativa entre consumo de alcohol y nivel de ingreso familiar, lo mismo con el tipo de cobertura médica.

La relación entre el consumo de otras drogas (cocaína, alucinógenas) y el nivel de ingreso familiar resulta ser débilmente negativa (indirecta). Por otro lado, se pudo detectar mayor consumo de alcohol y tabaco en alumnos que actualmente trabajan.

En relación a lo relevado en materia de comportamiento sexual, no se encontró relación entre el nivel de ingreso y la edad de los alumnos que no utilizan anticonceptivos a nivel general, lo mismo para el preservativo.

Pasando a las conclusiones de las conductas de riesgo interrelacionadas entre drogas y comportamiento sexual no se encontró una relación significativa entre el consumo habitual de sustancias psicoactivas que afectan la toma racional de decisiones (marihuana, alcohol u otras drogas) y la no utilización de preservativo. Aunque si es relevante la relación entre fumadores y mantenimiento de relaciones sexuales de riesgo.

Por otro lado, existe una relación directa entre el inicio sexual temprano y los estudiantes que probaron marihuana o la consumen regularmente. Además, se pudo demostrar una menor utilización de métodos anticonceptivos en las mujeres y en estudiantes que probaron alcohol u otras drogas, alguna vez en su vida.

Las relaciones y resultados encontrados ponen de manifiesto la importancia de prestar atención a la prevención, y resultan además ser de gran utilidad al momento de diseñar políticas sanitarias. Evidencian, por otro lado, la necesidad de tomar medidas desde la edad más temprana posible, en este caso desde el ingreso, incluso el pre-ingreso a la universidad.

Pero la base fundamental para hacer un buen diagnóstico de la situación y poder focalizar e instrumentar medidas correctas es la confiabilidad de la información. Por ello se realizaron sugerencias en dos aspectos fundamentales: la selección de la muestra y la calidad de la encuesta realizada.

Además, es clara la necesidad de la coordinación de todas las unidades académicas involucradas para llevar adelante la tarea, tanto la búsqueda y sistematización de la información, como el diseño y puesta en práctica de las políticas

El aporte más valioso del trabajo, es su posibilidad de profundizarlo y extender los alcances en el corto plazo, contando en el mismo con sugerencias para aumentar el tamaño de la muestra, mejorar su representatividad respecto a la población de toda la Universidad y obtener mayor y mejor información respecto a los comportamientos poco saludables de los estudiantes.

Además, una vez realizado esto, será posible mejorar la especificación del modelo e incluir nuevas variables que permitan caracterizar con mayor precisión a los estudiantes expuestos al riesgo y así poder enfocar mejor las políticas sanitarias.

Agradecimientos

El autor y sus directoras quieren agradecer expresamente a la Cátedra de Medicina Interna de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad Nacional de Cuyo por poner a disposición la información relevada y a la Licenciada Fernanda Navarro, directora del Departamento de Salud Estudiantil, perteneciente a la Secretaría de Bienestar Universitario de la Universidad Nacional de Cuyo, por los aportes y sugerencias realizadas en el último capítulo del presente trabajo de investigación.

Referencias Bibliográficas

- Abuelafia E. et al. (2002). El funcionamiento del sistema de salud en Argentina en un contexto federal. Centro de estudios para el desarrollo institucional, Buenos Aires.
- Baltagi, B.H., Geishecker, I. (2006). Rational Alcohol Adiction: Evidence from the Russian Longitudinal Monitoring Survey. IZA DP n° 2134, Alemania.
- Becker, G.S., Murphy, K.M. (1988). A Theory of Rational Adicction. *Journal of Political Economy*, N°96(4), 675-700. The University of Chicago Press, Chicago.
- Bennassar Veny M., (2011); Estilos de vida y Salud en estudiantes universitarios: La Universidad como entorno promot de la salud. Universidad de le Illes Balears.
- Biglan A, Metzler CW, Wirt R, Ary D, Noell J, Ochs L, French C, Hood D. (1990). Social and behavioral factorsassociated with high-risk sexual behavior among adolescents. *Journal of Behavioral Medicine*. Oregon Research Institute, United States.
- Brugera Moreno C. (2002). Salud reproductiva conductas de riesgo,embarazos y ETS en adolescentes. XIII Congreso de la sociedad española de medicina adolescente.
- Calsyn D.A., Cousins S.J., Hatch-Maillete. M.A., (2010). Sex under the influence of drugs or alcohol: Common for men in substance abuse treatment and associated with high risk sexual behavior. NIH, United States.
- Chatterji, Pinka (2006). "Illicit Drug use and EducationalAttainment." *Health Economics*, 15 (5), pp. 489-511. National Bureau of Economic research, United States.
- Chaloupka, F. J., & Pacula, R. L. (2000). Economics and antihealth behavior: The economic analysis of substance use and abuse. In W. K. Bickel & R. Vuchinich (Eds.), *Reframing health behavior change with behavioral economics* (pp. 89–111). Mahwah, NJ: Erlbaum. . National Bureau of Economic research, United States.
- Deaton A. (2003). Health, Income and Inequality. National Bureau of Economic research. United Stated.

- Depetris, G.E., García Arancibia, R., Rossini, G. (2013). Hábitos de consumo de alcohol en Argentina. Comparación de algunos modelos econométricos. *Asociación Argentina de Economía Política*, ISSN 1852-0022.
- DeSimone J., (2010). Binge Drinking and risky sex among college students. American Association of wine economists, United States.
- Domencich T., McFadden D. (1975). Urban Travel Demand: A Behavioral Analysis, North-Holland Publishing Co., 1975.
- Ekstrand ML, Coates TJ. (1990). Maintenance of safer sexual behaviors and predictors of risky sex: The San Francisco Men's Health Study. *American Journal of Public Health*;80:973–977.
- Fachini G. A. (2008). La relación entre educación y salud. Análisis de la prevención del HIV en Argentina. Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza.
- Frone M. R. (2009). Work stress and alcohol use. *American Journal of Public Health*, United States.
- Grossman, M., and R. Kaestner (1997): "Effects of Education on Health," in *The Social Benefits of Education*, ed. by J. R. Behrman, and N. Stacey, pp. 69–124. University of Michigan Press, Ann Arbor, MI.
- Hernández Zamora Z. E.; Juárez A. C (2012). Conductas Sexuales riesgosas y adictivas en estudiantes Universitarios. *Psicología y Salud*, Universidad Veracruzana, México.
- Hernán M, Fernández M, y Ramos M (2004). La salud de los jóvenes. *Gaceta Sanitaria*, 18 Supl 1, 47-55. Granada, España.
- Herrera Vázquez M, Wagner FA, Velasco Mondragón E, Borges G y Lazcano Ponce E (2004). Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. *Salud Pública de México*, 46, 132-140.
- Intra M.V., Roales Nieto J.; Moreno San Pedro E (2011). Cambio en las conductas de riesgo y salud en estudiantes universitarios argentinos a lo largo del periodo educativo. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. Universidad de Almería, España.
- Informe sobre la salud en el mundo. (2003). Organización mundial de la salud.
- Keyes K., Hasin D. (2008). Socio – economic status and problem alcohol use: the positive relationship between income and the DSM-IV alcohol abuse diagnosis. New York, United States.
- Lara M. I., Serio M. (2014). Adicción al tabaco, percepción de riesgos y ley antitabáquica. Diferencias regionales. Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza.

- Lara M. I., Serio M. (2015). Marijuana's consumption in Argentina: A perception risk analysis. Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza.
- Leigh B., Stall R. (1993). Substance use and risky sexual behavior for exposure to HIV: Issues in methodology, interpretation, and prevention. *American Psychologist*, Vol 48(10), 1035-1045.
- MacMillan N. (2007). Valoración de hábitos de alimentación, actividad física y condición nutricional en estudiantes de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. *Revista Chilena de Nutrición*, 34, 330-336.
- Markowitz S., Kaestner R. and Grossman M. "An Investigation Of The Effects Of Alcohol Consumption And Alcohol Policies On Youth Risky Sexual Behaviors," *American Economic Review*, 2005, v95(2,May), 263-266.
- McEwan R., McCallum A., Bhopal R., Madhok R. Sex and the risk of HIV infection: The role of alcohol. *British Journal of Addiction* 1992; 87:577–584.
- Moreno San Pedro E, Roales-Nieto JG y Blanco JL (2006). Tobacco use among Spanish physicians and medical students. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, Universidad de Almería, España.
- Ojeda M. (2015). Análisis económico del comportamiento adictivo: El consumo de alcohol en Argentina. Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza.
- Palomo IF, Torres GI, Alarcón MA, Maragaño PJ, Leiva E y Mujica V (2006). Alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos en una población de estudiantes universitarios de la región centro-sur de Chile. *Revista Española de Cardiología*, 59, 1099-1105.
- Pampel F. C., Krueger P., Denney J. (2010). Socioeconomics Disparities in Health Behavior. *Annu Rev Sociol.* 2010 August ; 36: 349–370. doi:10.1146/annurev.soc.012809.102529. Colorado, United States.
- Popovich I., French M. (2014). Cannabis use, employment and income: Fixed-effects analysis of panel data. J. NIH. United States.
- Portillo Pérez de Viñaspre, F. (2007). Análisis económico del comportamiento adictivo. Aplicación a las percepciones de riesgos asociados con el consumo de tabaco. Tesis Doctoral, Universidad de La Rioja, España, 546 pp.
- Portillo Pérez de Viñaspre, F., Antoñanzas, F. (2002). Comportamientos adictivos no saludables: una revisión del análisis económico. *Gaceta Sanitaria de España* 2002, 16 (Supl. 2), 41-58.

- Raich S. (2015). Análisis económico del comportamiento adictivo: El consume de cerveza en la Argentina. Becas para la promoción de la investigación. Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza.
- Roales-Nieto JG (2004). Psicología de la Salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones. Madrid: Pirámide.
- Rodríguez Soriano NY, Ríos Saldaña MR, Lozano Treviño LR y Álvarez Gasca MA (2009). Percepción de jóvenes universitarios respecto a su salud: conductas y contexto de riesgo. Enseñanza e Investigación en Psicología, 14, 245-260. Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología A.C., Mexico.
- Sosa Escudero W. (2012), Notas de Clase Econometria. Universidad Nacional de la Plata.
- Taylor E. (2008). Socioeconomic factors and illicit drug demand. The Park place economist, Volume XVI. Illinois Wesleyan University, United States.
- Viscusi, W. Kip. Smoking: Making the Risky Decision. New York: Oxford University Press, 1992.
- Xiaowen Hu, Stowe J. (2013). The effect of income on health choices: Alcohol use. University of Kentucky, United States.
- Zárate M, Zavaleta A, Danjoy D, Chanamé E, Prochazka R, Salas M y Maldonado V (2006). Prácticas de consumo de tabaco y otras drogas en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad privada de Lima, Perú. Investigación y Educación en Enfermería, 24, 72-81.

Anexos

Anexo 1 - Estadísticas

Tabla 2 – Lugar de Residencia

Gran Mendoza		
Godoy Cruz	21	17,50%
Guaymallén	26	21,67%
Las Heras	9	7,50%
Ciudad	34	28,33%
Luján	16	13,33%
Maipú	9	7,50%
Zona Este		
Rivadavia	1	0,83%
San Martín	1	0,83%
Junín	1	0,83%
Zona Norte		
Lavalle	2	1,67%

Tabla 5 – Propiedad de la vivienda

Vivienda	%
Propia	63,41%
Alquila	26,02%
Otra	9,76%
NS/NC	0,81%

Tabla 6 – Material de la vivienda

Construcción vivienda	%
Material	92,68%
Adobe	4,07%
Otra	1,63%
NS/NC	1,63%

Tabla 7 – Cobertura médica

Cobertura médica	%
Obra Social	61,79%
Plan de salud privado o mutual	10,57%
Plan Público	17,07%
Servicio de emergencia médica	1,63%
NS/NC	8,94%

Tabla 9 –Asistencia en el último año

Profesional	%
Médico	81%
Odontólogo	65%
Psicólogo	24%
Guardia Hospitalaria	39%

Tabla 10 – Conocimiento de Infecciones de transmisión sexual (ITS)

ITS	%
VIH/SIDA	97,56%
Hepatitis B	89,17%
Hepatitis C	71,54%
Sífilis	87,80%
Herpes Genital	88,62%
Gonorrea	75,61%
Condilomas /Verrugas Genitales	73,17%
Clamidia	64,23%
Trycomonas	55,28%

Tabla 11 –Tiempo transcurrido del último testeo

Última vez realizado	%
< un año	40,00%
> un año	48,57%
> cinco años	5,71%
NS/NC	5,71%

Gráfico 4 – Bebidas alcohólicas según nivel de ingreso

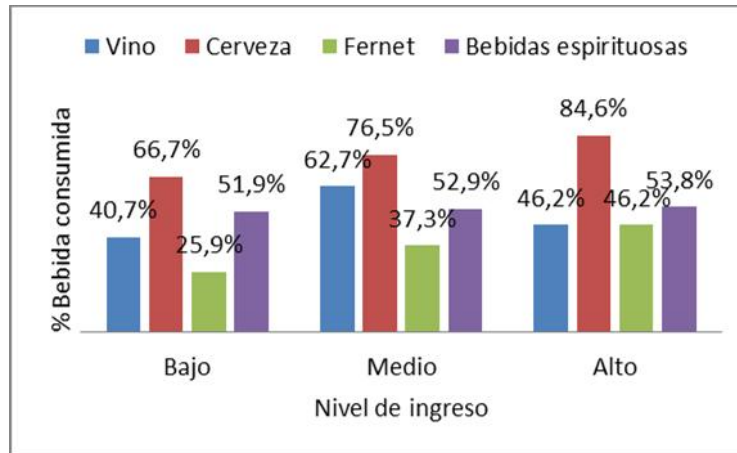


Tabla 16 – Influencia del consumo de sustancias psicoactivas en la percepción de la salud

Consideración personal de la salud		
alcohol último mes	0.20**	0.19*
	(0.10)	(0.10)
	[0.01 - 0.39]	[-0.00 - 0.38]
tabaco último mes	-0.21**	-0.17**
	(0.10)	(0.09)
	[-0.42 - -0.01]	[-0.22 - 0.01]
marihuana último mes	0.03	
	(0.09)	
	[-0.16 - 0.21]	
otras drogas último mes	0.01	
	(0.25)	
	[-0.48 - 0.51]	
drogas ilegales último mes		-0.11
		(0.08)
		[-0.26 - 0.05]
constante	0.64***	0.71***
	(0.09)	(0.09)
	[0.48 - 0.81]	[0.52 - 0.89]
Prueba F	2.01	3.18
N	123	123

Anexo 2 – Resultados econométricos

A continuación se presentan las tablas que contienen las regresiones realizadas en el capítulo IV.

Tabla 21 – No utiliza métodos anticonceptivos (Estándar error por clúster)

No utiliza anticonceptivos							
	modelo 1	modelo 2	modelo 3	modelo 4	modelo 5	modelo 6	modelo 7
Genero	-0.05 (0.08) [-0.24 - 0.14]	-0.08 (0.07) [-0.25 - 0.10]	-0.04 (0.09) [-0.24 - 0.17]	-0.04 (0.08) [-0.24 - 0.16]	-0.09 (0.08) [-0.29 - 0.11]	-0.04 (0.09) [-0.26 - 0.17]	-0.04 (0.09) [-0.25 - 0.17]
Edad	-0.02 (0.02) [-0.06 - 0.02]	-0.02 (0.02) [-0.06 - 0.02]	-0.02 (0.02) [-0.06 - 0.03]	-0.01 (0.01) [-0.05 - 0.02]	-0.02 (0.02) [-0.07 - 0.02]	-0.02 (0.02) [-0.07 - 0.02]	-0.02 (0.02) [-0.06 - 0.03]
Ingreso	-0.02 (0.06) [-0.17 - 0.12]	-0.03 (0.07) [-0.20 - 0.15]	0.01 (0.07) [-0.16 - 0.18]	0.01 (0.07) [-0.16 - 0.18]	0.01 (0.06) [-0.13 - 0.15]	0.01 (0.06) [-0.13 - 0.15]	0.04 (0.06) [-0.10 - 0.19]
probó alcohol		0.12 (0.06)* [-0.03 - 0.28]	0.10 (0.08) [-0.08 - 0.28]	0.07 (0.08) [-0.12 - 0.25]			
probó tabaco		0.04 (0.07) [-0.12 - 0.19]	0.08 (0.09) [-0.13 - 0.28]	0.05 (0.08) [-0.13 - 0.23]			
probó marihuana		-0.06 (0.06) [-0.21 - 0.09]	-0.04 (0.09) [-0.25 - 0.17]	-0.02 (0.08) [-0.22 - 0.18]			
probó otras drogas		-0.04 (0.04) [-0.15 - 0.07]	-0.02 (0.06) [-0.16 - 0.12]	-0.04 (0.05) [-0.16 - 0.07]			
alcohol último mes					-0.08 (0.06) [-0.22 - 0.05]	-0.11 (0.10) [-0.34 - 0.11]	-0.10 (0.08) [-0.30 - 0.10]
tabaco último mes					0.07 (0.09) [-0.15 - 0.28]	0.06 (0.11) [-0.19 - 0.31]	0.03 (0.09) [-0.19 - 0.25]
marihuana último mes					-0.00 (0.08) [-0.18 - 0.18]	0.04 (0.13) [-0.26 - 0.33]	0.03 (0.12) [-0.26 - 0.31]
otras drogas último mes					0.23 (0.26) [-0.39 - 0.84]	0.40 (0.39) [-0.52 - 1.32]	0.38 (0.41) [-0.58 - 1.34]
desconoce dos o más ITS				0.15** (0.05) [0.02 - 0.28]			0.13** (0.05) [0.01 - 0.25]
Constante	0.65 (0.46) [-0.45 - 1.74]	0.03 (0.02) [-0.01 - 0.06]	0.45 (0.48) [-0.67 - 1.58]	0.20 (0.40) [-0.76 - 1.15]	0.18* (0.08) [-0.02 - 0.38]	0.65 (0.50) [-0.52 - 1.83]	0.40 (0.44) [-0.63 - 1.43]
R^2	0.03	0.03	0.05	0.10	0.05	0.10	0.14
Prueba F	0.68	2.24	.	.	1.80	.	.
p-valor	0.60	0.17	.	.	0.23	.	.
N	101	118	101	101	118	101	101

Tabla 22 – No utiliza Preservativo (Estándar error por clúster)

	No utiliza Preservativo						
	modelo 1	modelo 2	modelo 3	modelo 4	modelo 5	modelo 6	modelo 7
Genero	-0.26 (0.15) [-0.62 - 0.10]	-0.29** (0.12) [-0.56 - -0.01]	-0.29* (0.15) [-0.64 - 0.06]	-0.29* (0.15) [-0.65 - 0.06]	-0.25* (0.11) [-0.51 - 0.01]	-0.25 (0.15) [-0.60 - 0.10]	-0.25 (0.15) [-0.60 - 0.09]
Edad	-0.01 (0.03) [-0.08 - 0.06]		-0.02 (0.03) [-0.09 - 0.05]	-0.02 (0.03) [-0.09 - 0.05]		-0.01 (0.03) [-0.09 - 0.06]	-0.02 (0.03) [-0.08 - 0.05]
Ingreso	-0.02 (0.08) [-0.21 - 0.17]		-0.03 (0.08) [-0.23 - 0.17]	-0.03 (0.09) [-0.25 - 0.19]		0.01 (0.09) [-0.20 - 0.22]	-0.00 (0.08) [-0.20 - 0.19]
probó alcohol		-0.35* (0.15) [-0.71 - 0.01]	-0.36* (0.19) [-0.80 - 0.08]	-0.37* (0.18) [-0.79 - 0.06]			
probó tabaco		-0.09 (0.15) [-0.45 - 0.28]	-0.10 (0.14) [-0.43 - 0.22]	-0.11 (0.14) [-0.43 - 0.21]			
probó marihuana		0.19** (0.07) [0.02 - 0.36]	0.22** (0.08) [0.03 - 0.41]	0.22** (0.07) [0.05 - 0.40]			
probó otras drogas		-0.07 (0.07) [-0.22 - 0.09]	-0.01 (0.09) [-0.23 - 0.21]	-0.01 (0.10) [-0.24 - 0.21]			
alcohol último mes					-0.04 (0.09) [-0.24 - 0.17]	-0.09 (0.09) [-0.31 - 0.13]	-0.10 (0.10) [-0.33 - 0.13]
tabaco último mes					0.20* (0.10) [-0.04 - 0.43]	0.20* (0.10) [-0.02 - 0.43]	0.22* (0.10) [-0.02 - 0.46]
marihuana último mes					0.14 (0.11) [-0.13 - 0.40]	0.09 (0.07) [-0.07 - 0.25]	0.10 (0.07) [-0.08 - 0.27]
otras drogas último mes					-0.11 (0.15) [-0.46 - 0.25]	0.14 (0.17) [-0.26 - 0.54]	0.15 (0.18) [-0.28 - 0.57]
desconoce dos o más ITS				0.03 (0.09) [-0.19 - 0.24]			-0.07 (0.11) [-0.33 - 0.19]
Constante	1.09 (0.74) [-0.65 - 2.83]	1.10*** (0.08) [0.90 - 1.29]	1.59* (0.71) [-0.09 - 3.28]	1.54* (0.73) [-0.18 - 3.26]	0.74*** (0.06) [0.60 - 0.88]	1.07 (0.78) [-0.78 - 2.93]	1.21 (0.68) [-0.41 - 2.83]
R^2	0.09	0.12	0.14	0.14	0.13	0.15	0.16
Prueba F	3.81	8.18	.	.	22.29	.	.
p-valor	0.07	0.00	.	.	0.00	.	.
N	101	118	101	101	118	101	101

Tabla 23 – No utiliza métodos anticonceptivos

	No utiliza anticonceptivos						
	modelo 1	modelo 2	modelo 3	modelo 4	modelo 5	modelo 6	modelo 7
Genero	-0.05 (0.06) [-0.18 - 0.08]	-0.08 (0.06) [-0.19 - 0.04]	-0.04 (0.07) [-0.17 - 0.09]	-0.04 (0.06) [-0.17 - 0.09]	-0.09 (0.06) [-0.21 - 0.03]	-0.04 (0.07) [-0.18 - 0.09]	-0.04 (0.06) [-0.17 - 0.08]
Edad	-0.02 (0.02) [-0.05 - 0.01]		-0.02 (0.02) [-0.05 - 0.02]	-0.01 (0.02) [-0.05 - 0.02]		-0.02 (0.02) [-0.06 - 0.01]	-0.02 (0.02) [-0.05 - 0.02]
Ingreso	-0.02 (0.04) [-0.11 - 0.06]		-0.03 (0.05) [-0.12 - 0.06]	0.01 (0.05) [-0.08 - 0.11]		0.01 (0.05) [-0.08 - 0.10]	0.04 (0.05) [-0.05 - 0.13]
probó alcohol		0.12 (0.18) [-0.24 - 0.49]	0.10 (0.23) [-0.35 - 0.54]	0.07 (0.22) [-0.37 - 0.50]			
probó tabaco		0.04 (0.07) [-0.10 - 0.17]	0.08 (0.07) [-0.07 - 0.22]	0.05 (0.07) [-0.10 - 0.19]			
probó marihuana		-0.06 (0.06) [-0.19 - 0.07]	-0.04 (0.07) [-0.18 - 0.10]	-0.02 (0.07) [-0.16 - 0.12]			
probó otras drogas		-0.04 (0.08) [-0.20 - 0.12]	-0.02 (0.09) [-0.21 - 0.16]	-0.04 (0.09) [-0.22 - 0.13]			
alcohol último mes					-0.08 (0.07) [-0.23 - 0.06]	-0.11 (0.09) [-0.28 - 0.06]	-0.10 (0.08) [-0.27 - 0.07]
tabaco último mes					0.07 (0.08) [-0.08 - 0.22]	0.06 (0.08) [-0.10 - 0.22]	0.03 (0.08) [-0.13 - 0.19]
marihuana último mes					-0.00 (0.09) [-0.17 - 0.17]	0.04 (0.09) [-0.15 - 0.22]	0.03 (0.09) [-0.15 - 0.20]
otras drogas último mes					0.23 (0.18) [-0.14 - 0.59]	0.40 (0.23)* [-0.05 - 0.85]	0.38* (0.22) [-0.06 - 0.83]
desconoce dos o más ITS				0.15** (0.07) [0.02 - 0.28]			0.13** (0.06) [0.01 - 0.26]
constante	0.65 (0.38)* [-0.10 - 1.40]	0.03 (0.18) [-0.33 - 0.38]	0.45 (0.45) [-0.44 - 1.35]	0.20 (0.46) [-0.71 - 1.10]	0.18*** (0.06) [0.05 - 0.31]	0.65* (0.39) [-0.12 - 1.43]	0.40 (0.40) [-0.40 - 1.20]
R^2	0.03	0.03	0.05	0.10	0.05	0.10	0.14
<i>Prueba F</i>	1.08	0.80	0.64	1.23	1.30	1.40	1.81
<i>p-valor</i>	0.36	0.55	0.71	0.29	0.27	0.21	0.08
<i>N</i>	101	118	101	101	118	101	101

Tabla 24 - No utiliza preservativo

	No utiliza Preservativo						
	modelo 1	modelo 2	modelo 3	modelo 4	modelo 5	modelo 6	modelo 7
Genero	-0.26*** (0.09) [-0.45 - -0.07]	-0.29*** (0.09) [-0.46 - -0.11]	-0.29*** (0.09) [-0.48 - -0.10]	-0.29*** (0.09) [-0.48 - -0.10]	-0.25*** (0.09) [-0.42 - -0.08]	-0.25** (0.10) [-0.44 - -0.06]	-0.25*** (0.10) [-0.44 - -0.06]
Edad	-0.01 (0.02) [-0.06 - 0.04]		-0.02 (0.02) [-0.07 - 0.03]	-0.02 (0.03) [-0.07 - 0.03]		-0.01 (0.02) [-0.06 - 0.04]	-0.02 (0.02) [-0.07 - 0.03]
Ingreso	-0.02 (0.06) [-0.15 - 0.10]		-0.03 (0.07) [-0.16 - 0.10]	-0.03 (0.07) [-0.17 - 0.11]		0.01 (0.07) [-0.12 - 0.14]	-0.00 (0.07) [-0.14 - 0.14]
probó alcohol		-0.35 (0.27) [-0.88 - 0.18]	-0.36 (0.32) [-1.00 - 0.28]	-0.37 (0.33) [-1.01 - 0.28]			
probó tabaco		-0.09 (0.10) [-0.29 - 0.11]	-0.10 (0.11) [-0.32 - 0.11]	-0.11 (0.11) [-0.33 - 0.11]			
probó marihuana		0.19* (0.10) [-0.00 - 0.38]	0.22** (0.10) [0.02 - 0.42]	0.22** (0.10) [0.02 - 0.43]			
probó otras drogas		-0.07 (0.12) [-0.31 - 0.17]	-0.01 (0.13) [-0.27 - 0.25]	-0.01 (0.13) [-0.28 - 0.25]			
alcohol último mes					-0.04 (0.11) [-0.25 - 0.18]	-0.09 (0.13) [-0.34 - 0.16]	-0.10 (0.13) [-0.35 - 0.16]
tabaco último mes					0.20* (0.11) [-0.02 - 0.42]	0.20* (0.12) [-0.03 - 0.44]	0.22* (0.12) [-0.02 - 0.46]
marihuana último mes					0.14 (0.13) [-0.11 - 0.39]	0.09 (0.13) [-0.17 - 0.36]	0.10 (0.14) [-0.17 - 0.37]
otras drogas último mes					-0.11 (0.27) [-0.64 - 0.43]	0.14 (0.34) [-0.53 - 0.80]	0.15 (0.34) [-0.52 - 0.81]
desconoce dos o más ITS				0.03 (0.10) [-0.16 - 0.22]			-0.07 (0.10) [-0.26 - 0.12]
constante	1.09* (0.56) [-0.02 - 2.20]	1.10*** (0.26) [0.58 - 1.61]	1.59** (0.65) [0.30 - 2.88]	1.54** (0.67) [0.20 - 2.88]	0.74*** (0.09) [0.55 - 0.93]	1.07* (0.57) [-0.07 - 2.21]	1.21** (0.60) [0.01 - 2.41]
R^2	0.09	0.12	0.14	0.14	0.13	0.15	0.16
Prueba F	3.36	2.96	2.14	1.87	3.45	2.28	2.05
p-valor	0.03	0.02	0.05	0.08	0.00	0.03	0.05
N	101	118	101	101	118	101	101

Tabla 25 - No utiliza métodos anticonceptivos

	No utiliza anticonceptivos						
	modelo 1	modelo 2	modelo 3	modelo 4	modelo 5	modelo 6	modelo 7
género	-0.05 (0.05) [-0.15 - 0.05]	-0.05 (0.05) [-0.15 - 0.06]	-0.04 (0.05) [-0.15 - 0.06]	-0.04 (0.05) [-0.15 - 0.06]	-0.05 (0.05) [-0.16 - 0.05]	-0.05 (0.05) [-0.15 - 0.05]	-0.04 (0.05) [-0.15 - 0.06]
edad	-0.02 (0.02) [-0.05 - 0.01]	-0.02 (0.02) [-0.05 - 0.01]	-0.02 (0.01) [-0.05 - 0.01]	-0.02 (0.01) [-0.05 - 0.01]	-0.02 (0.02) [-0.05 - 0.01]	-0.02 (0.01) [-0.04 - 0.01]	-0.01 (0.01) [-0.04 - 0.01]
ingreso	-0.02 (0.04) [-0.10 - 0.06]	-0.03 (0.04) [-0.11 - 0.06]	-0.01 (0.05) [-0.10 - 0.08]	-0.03 (0.04) [-0.11 - 0.06]	-0.02 (0.04) [-0.10 - 0.06]	0.01 (0.05) [-0.08 - 0.10]	0.03 (0.05) [-0.07 - 0.12]
probó el alcohol		0.12** (0.06) [0.01 - 0.23]				0.08 (0.08) [-0.08 - 0.23]	
alcohol último mes			-0.07 (0.10) [-0.28 - 0.13]				-0.07 (0.10) [-0.26 - 0.12]
probo tabaco				0.06 (0.06) [-0.06 - 0.17]			
tabaco último mes					0.08 (0.08) [-0.08 - 0.24]		
probo drogas ilegales						0.15** (0.06) [0.03 - 0.27]	
drogas ilegales último mes							0.15** (0.06) [0.04 - 0.27]
constante	0.65* (0.38) [-0.10 - 1.39]	0.55 (0.36) [-0.17 - 1.26]	0.65* (0.38) [-0.10 - 1.41]	0.60* (0.35) [-0.10 - 1.30]	0.60 (0.39) [-0.17 - 1.38]	0.28 (0.32) [-0.35 - 0.92]	0.35 (0.33) [-0.31 - 1.02]
R^2	0.03	0.04	0.04	0.04	0.05	0.09	0.10
Prueba F	0.86	2.63	0.66	0.65	0.89	1.61	1.57
p-valor	0.46	0.04	0.62	0.63	0.47	0.16	0.17
N	101	101	101	101	101	101	101

* $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$

Tabla 26 - No utiliza preservativo

No utiliza preservativo							
	modelo 1	modelo 2	modelo 3	modelo 4	modelo 5	modelo 6	modelo 7
género	-0.26** (0.10) [-0.47 - -0.05]	-0.27** (0.10) [-0.47 - -0.06]	-0.26** (0.10) [-0.47 - -0.05]	-0.26** (0.10) [-0.47 - -0.05]	-0.27*** (0.10) [-0.47 - -0.07]	-0.27** (0.10) [-0.47 - -0.06]	-0.26** (0.10) [-0.47 - -0.05]
edad	-0.01 (0.02) [-0.06 - 0.04]	-0.01 (0.02) [-0.06 - 0.04]	-0.01 (0.02) [-0.06 - 0.04]	-0.01 (0.02) [-0.06 - 0.03]	-0.01 (0.02) [-0.05 - 0.04]	-0.01 (0.02) [-0.06 - 0.04]	-0.01 (0.02) [-0.06 - 0.04]
ingreso	-0.02 (0.07) [-0.16 - 0.11]	-0.01 (0.07) [-0.15 - 0.13]	-0.02 (0.07) [-0.16 - 0.12]	-0.02 (0.07) [-0.15 - 0.12]	-0.00 (0.07) [-0.14 - 0.13]	-0.01 (0.07) [-0.16 - 0.14]	-0.02 (0.07) [-0.17 - 0.12]
probó el alcohol		-0.32*** (0.12) [-0.56 - -0.09]				-0.32*** (0.12) [-0.56 - -0.08]	
alcohol último mes			-0.01 (0.11) [-0.23 - 0.22]				-0.01 (0.11) [-0.23 - 0.22]
probo tabaco				-0.03 (0.09) [-0.21 - 0.16]			
tabaco último mes					0.23*** (0.08) [0.08 - 0.39]		
probo drogas ilegales						-0.00 (0.09) [-0.19 - 0.19]	
drogas ilegales último mes							-0.01 (0.09) [-0.19 - 0.18]
constante	1.09** (0.55) [0.00 - 2.18]	1.37** (0.53) [0.30 - 2.43]	1.09** (0.55) [0.00 - 2.18]	1.11** (0.54) [0.03 - 2.19]	0.96* (0.54) [-0.10 - 2.03]	1.37** (0.58) [0.22 - 2.51]	1.11* (0.59) [-0.07 - 2.28]
R^2	0.09	0.10	0.09	0.09	0.14	0.10	0.09
Prueba F	2.85	3.93	2.12	2.14	5.25	3.11	1.68
p-valor	0.04	0.00	0.08	0.08	0.00	0.01	0.14
N	101	101	101	101	101	101	101

* $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$

1.1- Excelente .1.2- Muy Buena 1.3-Buena .1.4-Regular 1.5-Mala 1.6 NS/NC

15- En las últimos 12 meses consultó

1.1 Médico (Clínico y/o especialista)? 1- SI 2- NO

1.2 Odontólogo? 1- SI 2- NO

1.3 Psicólogo/psicoanalista/psiquiatra 1- SI 2- NO

1.4 Guardia Hospitalaria 1- SI 2- NO

16- Ha fumado Ud cigarrillos alguna vez en su vida? 1-SÍ 2-NO

Si la pregunta N°16 tiene como respuesta la opción 1 continuar si no pasar a la N°19

17- Que edad tenía cuando fumó por primera vez? años

18- Cuando fue la última vez que fumó?

1.1 Hace menos de 30 días

1.2 Hace más de 1 mes y menos de 1 año

1.3 Hace más de 1 año

1.4 NS/NC

19- Alguna vez probó marihuana? 1- SI 2- NO

Si la pregunta N°19 tiene como respuesta la opción 1 continuar si no pasar a la N°22

20- Que edad tenía cuando probó por primera vez? años

21- Cuando fue la última vez que consumió marihuana?

1.1Hace menos de 30 días

1.2Hace más de 1 mes y menos de 1 año

1.3Hace más de 1 año

1.4 NS/NC

22- Ha consumido alguna bebida alcohólica alguna vez en su vida? 1-SÍ 2-NO

Si la pregunta N°22 tiene como respuesta la opción 1 continuar si no pasar a la N°27

23- Cuando fue la última vez que consumió bebidas alcohólicas?

1.1Hace menos de 30 días

1.2Hace más de 1 mes y menos de 1 año

1.3 Hace más de 1 año

1.4 NS/NC

24- Que edad tenía cuando consumió bebidas alcohólicas por primera vez?

años

25- Que bebidas alcohólicas consume?

1.1- Vino

1.2- Cerveza

1.3- Bebidas Espirituosas(Whisky- Gin -Vodka)

1.4- Fernet

1.5- NS/NC

26- Se ha emborrachado alguna vez, en el último año?

1-SÍ

2-NO

3-NS/NC

27- Ha consumido alguna otra droga alguna vez en su vida?

1-SÍ

2-NO

3-NS/NC

Si la pregunta N°27 tiene como respuesta la opción 1 continuar si no pasar a la N°31

28- Que edad tenía cuando consumió drogas por primera vez?

Años

29- Que drogas ha consumido?

1.1- Cocaína

1.2- Pasta base

1.3- Estimulantes sin indicación Médica (Ej: Anorexígenos)

1.4- -Tranquilizantes sin indicación médica

1.5- Otros (Alucinógenos, Opiáceos, Anestésicos etc)

1.6- NS/NC

30- Cuando fue la última vez que consumió drogas?

1.1 Hace menos de 30 días

1.2 Hace más de 1 mes y menos de 1 año

1.3 Hace más de 1 año

1.4 NS/NC

31- Que edad tenía cuando tuvo su primera relación sexual?

años

32- Tiene contacto sexual con

1.1 Hombres 1.2 Mujeres 1.3 Ambos 1.4 NS/NC

33- Utiliza métodos anticonceptivos 1-Sí 2-NO

34- Utiliza preservativos 1.1 siempre 1.2 a veces 1.3 nunca 1.4 NS/NC

35- Que Infecciones de transmisión Sexual conoce?

1.1 VIH/SIDA 1.2 Hepatitis B 1.3 Hepatitis C 1.4 Sífilis/chancro

1.5 Herpes Genital 1.6 Gonorrea 1.7 Condilomas/Verrugas Genitales

1.8 Clamidia 1.9 Trycomonas 1.10 NS/NC

36- ¿Ha padecido alguna de estas Infecciones de Transmisión Sexual? 1-Sí 2-NO

Si la pregunta N°36 tiene como respuesta la opción 1 continuar si no pasar a la N°38

37- ¿Cuál/es?

1.1 VIH/SIDA 1.2 Hepatitis B 1.3 Hepatitis C 1.4 Sífilis/chancro
1.5 Herpes Genital 1.6 Gonorrea 1.7 Condilomas/Verrugas Genitales
1.8 Clamidia 1.10 Trycomonas 1.10 NS/NC

38- Ha realizado serología para VIH anteriormente? 1-Sí 2-NO

Si la pregunta N°38 tiene como respuesta la opción 1 continuar si no pasar a la N°40

39- Cuando fue la última vez, que realizó una serología para VIH ?

1.1 Hace menos de 1 año 1.2 más de 1 año 1.3 más de 5 años 1.11 NS/NC

40- Cuál considera Ud que es la principal vía de transmisión del VIH?

1.1 Sexual - 1.2 Compartir jeringas y agujas 1.3 Accidentes laborales corto punzantes 1.4 NS/NC

41- Considera Ud que la infección por VIH es más transmisible durante:

1.1 Infección Aguda 1.2 Infección Asintomática 1.3 Infección Crónica o SIDA 1.4 NS/NC

42- Considera Ud. de riesgo para la transmisión del VIH

1.1 la picadura de mosquito 1.2 saliva 1.3 compartir el mate

1.4 Compartir el baño 1.5 NS/NC

43- Está vacunado para la Hepatitis B? 1-Sí 2-NO

44- Ha realizado anticuerpos posteriormente a la vacunación (AntiHBsAg) ? 1-Sí 2-NO

45- Que enfermedad considera más transmisible sexualmente?

1.1 VIH 1.2 Hepatitis B 1.3 Hepatitis C 1.4 NS/NC

46- Que enfermedad considera más transmisible por accidente corto punzante?

1.1 VIH 1.2 Hepatitis B 1.3 Hepatitis C 1.4 NS/NC

Declaración Jurada Resolución 212/99-CD

"El autor de este trabajo declara que fue elaborado sin utilizar ningún otro material que no haya dado a conocer en las referencias, que nunca fue presentado para su evaluación en carreras universitarias y que no transgredí o afecta derecho de terceros"

Apellido y Nombre

Molina Santiago Raul

Nº Registro

27788

Firma

Mendoza, 25 de Agosto del 2016

