



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES**

**DIRECCIÓN ACADÉMICA**

**UNIDAD DE INVESTIGACIÓN**

**UNIDAD DE POSGRADOS**

**Relación entre los estilos parentales y el consumo de sustancias  
psicoactivas en estudiantes de 8º, 9º y 10º residentes en el municipio de  
Manizales en el año 2013**

**José Alejandro Prieto Montoya  
Lina María Cardona Castañeda**

**Trabajo de grado para optar al título de Magíster en Salud Pública**

**Asesora  
Consuelo Vélez Álvarez  
Especialista en Epidemiología – Doctora en Salud Pública**

**Universidad Autónoma de Manizales  
Maestría en Salud Pública  
Grupo de Investigación Salud Pública  
2015**

<b>Título:</b> Relación entre los estilos parentales y el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de 8º, 9º Y 10º residentes en el municipio de Manizales en el año 2013.		
Investigador Principal: José Alejandro Prieto Montoya		C.C 75.083.164
Investigador Principal: Lina María Cardona Castañeda		C.C 30.329.390
Coinvestigador 1		CC.
Asistente de investigación 1		CC.
Nombre del Programa Académico: Maestría en Salud Pública		
Nombre del asesor o tutor: Consuelo Vélez Álvarez		
Correo electrónico responsable: alejandropsi@hotmail.com – linacardona21@gmail.com		
Teléfono: 3117656261 – 3136609160		
Dirección de correspondencia: Calle 5 No 19 A 02		
<b>Nombre de los Grupos de Investigación:</b> (registre la información de los grupos que participan)		Total de Investigadores (2)
1. Salud Pública	Código GrupLAC _____ <b>Reconocido</b> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre de la Línea: Morbilidad y factores de riesgo
2.	Código GrupLAC _____ <b>Reconocido</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre de la Línea
3.	Código GrupLAC _____ <b>Reconocido</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre de la Línea
Describa la pertinencia del proyecto con las líneas de los grupos		
<b>Lugar de Ejecución del Proyecto:</b>		
Ciudad: Manizales		Departamento: Caldas
Duración del Proyecto (en meses): 24 meses		
<b>Tipo de Proyecto:</b>		
Investigación Básica: <input checked="" type="checkbox"/>	Investigación Aplicada: <input type="checkbox"/>	Desarrollo Tecnológico o Experimental: <input type="checkbox"/>
<b>Financiadores</b>		
1. Nombre del financiador y monto: Alcaldía de Manizales - Secretaría de Salud Pública. \$36.900.000		
Valor Contrapartida:		
<b>Descriptor / Palabras claves:</b> Familia, socialización, drogas, factor de riesgo, adolescente.		

## TABLA DE CONTENIDO

	p.
<b>1. PRESENTACIÓN</b> .....	12
<b>2. INTRODUCCIÓN</b> .....	13
<b>3. JUSTIFICACIÓN</b> .....	17
<b>4. REFERENTE TEÓRICO</b> .....	23
4.1. Contexto general Manizales (Caldas).....	23
4.1.1. Reseña histórica.....	23
4.1.2. Contexto territorial.....	24
4.1.3. Contexto demográfico.....	25
4.1.4. Efectos de la salud y sus determinantes.....	26
4.2. Familia.....	29
4.2.1. Generalidades.....	29
4.2.2. Tipología familiar.....	36
4.3. Adolescencia.....	38
4.4. Socialización.....	44
4.4.1. Estilos de socialización parental.....	49
4.5. Sustancias psicoactivas.....	59
4.5.1. Generalidades.....	59
4.5.2. Clasificación de las drogas que producen dependencia.....	64
4.5.3. Potencial adictivo de las SPA.....	65
4.5.4. Descripción de las sustancias psicoactivas de mayor frecuencia de consumo.....	66
4.5.4.1. Licor.....	66
4.5.4.2. Tabaco.....	74
4.5.4.3. Benzodiazepinas - Barbitúricos.....	79
4.5.4.4. Inhalantes.....	81
4.5.4.5. Marihuana (THC).....	88
4.5.4.6. Cocaína.....	93
4.5.4.7. Opioides.....	99
4.5.4.8. Anfetaminas.....	105
4.5.4.9. Éxtasis.....	108
4.5.4.10. Alucinógenos.....	112
4.5.4.11. Energizantes.....	115
4.6. Adolescencia y consumo de SPA.....	118
4.7. Familia y consumo de SPA.....	120
<b>5. OBJETIVOS</b> .....	123
5.1. Objetivo general.....	123
5.2. Objetivos específicos.....	123
<b>6. METODOLOGÍA</b> .....	124
6.1. Tipo de estudio.....	124
6.2. Población o unidad de trabajo.....	124
6.2.1. Criterios de inclusión.....	125

6.2.2. Criterios de exclusión.....	126
6.3. Técnicas e instrumentos de recolección de información.....	127
6.3.1. Entrenamiento del personal de campo.....	132
6.4. Procedimiento.....	132
<b>7. RESULTADOS.....</b>	<b>137</b>
7.1. Descriptivo.....	137
7.1.1. Simple.....	137
7.1.1.1. Aspectos demográficos.....	137
7.1.1.2. Estilos parentales.....	140
7.1.1.3. Consumo de SPA.....	144
7.1.2. Compuesto.....	146
7.1.2.1. Aspectos demográficos.....	147
7.1.2.2. Estilos parentales.....	149
7.1.2.3. Consumo de SPA.....	151
7.2. Analítico.....	161
7.2.1. Bivariado.....	161
7.2.1.1. Aspectos demográficos y consumo de SPA.....	162
7.2.1.2. Estilo parental y consumo de SPA.....	164
7.2.2. Regresión múltiple.....	168
<b>8. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>174</b>
8.1. Aspectos demográficos.....	174
8.2. Estilos parentales.....	182
8.3. Consumo de SPA.....	189
8.4. Estilos parentales y consumo de SPA.....	201
<b>9. CONCLUSIONES.....</b>	<b>209</b>
<b>10. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>214</b>
<b>11. EVIDENCIA DE RESULTADOS EN GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO, FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD CIENTÍFICA Y APROPIACIÓN SOCIAL DEL CONOCIMIENTO.....</b>	<b>218</b>
<b>12. IMPACTOS LOGRADOS.....</b>	<b>219</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>220</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>233</b>

## LISTA DE TABLAS

	p.
<b>Tabla 1.</b> Tipología familiar .....	37
<b>Tabla 2.</b> Cambios de la adolescencia .....	39
<b>Tabla 3.</b> Cambios significativos según etapas de la adolescencia .....	40
<b>Tabla 4.</b> Factores de riesgo y protección asociados al ámbito familiar .....	112
<b>Tabla 5.</b> Clasificación de las sustancias .....	130
<b>Tabla 6.</b> Edad de la población encuestada .....	137
<b>Tabla 7.</b> Población encuestada según sexo, zona de residencia, sector, tipo de colegio, jornada y grado .....	138
<b>Tabla 8.</b> Estilos familiares .....	141
<b>Tabla 9.</b> Frecuencias de consumo de SPA en el último año y mes .....	144
<b>Tabla 10.</b> Promedio de edad de inicio de consumo de las SPA de mayor consumo .....	146
<b>Tabla 11.</b> Distribución de las y los estudiantes según edad y sexo .....	147
<b>Tabla 12.</b> Naturaleza de la Institución Educativa (I.E.) y jornada .....	147
<b>Tabla 13.</b> Estilo parental, según la naturaleza de la Institución Educativa .....	149
<b>Tabla 14.</b> Estilo educativo según grado de escolaridad .....	150
<b>Tabla 15.</b> Estilo educativo según el sexo del estudiante .....	150
<b>Tabla 16.</b> Estilo educativo según la zona de residencia del estudiante .....	151
<b>Tabla 17.</b> Percepción del consumo de SPA en la Institución Educativa .....	152
<b>Tabla 18.</b> Sustancias psicoactivas priorizadas, de mayor prevalencia de consumo año y zona de residencia del estudiante .....	155
<b>Tabla 19.</b> Prevalencia de consumo de alcohol según sexo .....	157
<b>Tabla 20.</b> Prevalencia de consumo de cigarrillo según sexo .....	157
<b>Tabla 21.</b> Prevalencia de consumo de marihuana según sexo .....	158
<b>Tabla 22.</b> Prevalencia de consumo de dick/leidys según sexo .....	158
<b>Tabla 23.</b> Prevalencia de consumo de pegantes según sexo .....	159
<b>Tabla 24.</b> Prevalencias de consumo de las SPA de mayor consumo, comparativo 2001 - 2007 – 2013.....	160
<b>Tabla 25.</b> Asociación entre la naturaleza de la I.E. y el consumo de SPA en el último año .....	162
<b>Tabla 26.</b> Asociación entre sexo y el consumo de SPA en el último año .....	163
<b>Tabla 27.</b> Asociación entre la zona rural y urbana y el consumo de SPA en el último año .....	163
<b>Tabla 28.</b> Asociación entre el consumo de cualquier SPA y los estilos parentales en general .....	164
<b>Tabla 29.</b> Asociación entre los estilos parentales y el alcoholismo .....	165
<b>Tabla 30.</b> Asociación entre los estilos parentales y el alto riesgo de dependencia a la marihuana .....	165
<b>Tabla 31.</b> Asociación entre los estilos parentales y la curiosidad por consumir alguna SPA .....	166
<b>Tabla 32.</b> Asociación entre los estilos parentales específicos y el consumo de las SPA de mayor interés .....	166
<b>Tabla 33.</b> Asociación entre los estilos parentales y el consumo de cualquier SPA .....	168
<b>Tabla 34.</b> Correlaciones .....	169
<b>Tabla 35.</b> Resumen del modelo .....	170
<b>Tabla 36.</b> Coeficientes .....	171

<b>Tabla 37.</b> Matriz de correlaciones .....	172
<b>Tabla 38.</b> Coeficientes de correlación .....	172
<b>Tabla 39.</b> Tipología familiar nacional y local .....	182
<b>Tabla 40.</b> Comparativo de edad de inicio de consumo de SPA .....	194

## LISTA DE FIGURAS

	p.
<b>Figura 1.</b> Distribución de las y los estudiantes por comuna o zona rural de residencia .....	139
<b>Figura 2.</b> Estudiantes según tipología familiar .....	140
<b>Figura 3.</b> Estilo parental del padre .....	141
<b>Figura 4.</b> Estilo parental de la madre .....	142
<b>Figura 5.</b> Estilo parental familiar .....	143
<b>Figura 6.</b> Percepción sobre principales motivos para consumir licor .....	144
<b>Figura 7.</b> Percepción sobre principales motivos para consumir marihuana.	145
<b>Figura 8.</b> Distribución de las y los estudiantes según grado y naturaleza de la Institución Educativa .....	148
<b>Figura 9.</b> Curiosidad por probar algún tipo de SPA y grado .....	152
<b>Figura 10.</b> Promedio de edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas, según naturaleza de la Institución Educativa (I.E.) .....	153
<b>Figura 11.</b> Promedio de edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas según sexo .....	153
<b>Figura 12.</b> Sustancias psicoactivas priorizadas y de mayor prevalencia de consumo año y comuna/zona de residencia .....	154
<b>Figura 13.</b> Sustancias psicoactivas de mayor consumo según naturaleza de la Institución Educativa. Prevalencia de año .....	156
<b>Figura 14.</b> Sustancias psicoactivas de mayor consumo según sexo. Prevalencia de año .....	156
<b>Figura 15.</b> Índice de posible riesgo de alcoholismo (CAGE) según grado .....	159
<b>Figura 16.</b> Consumo problemático de marihuana (CAST) según grado .....	160



## LISTA DE ANEXOS

	p.
<b>Anexo 1.</b> Instrumento de escolares del Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo (SIDUC) de la CICAD/OEA (Modificado) .....	233
<b>Anexo 2.</b> Escala de estilos de socialización parental en la adolescencia ESPA29 .....	239
<b>Anexo 3.</b> Formato de consentimiento informado para la participación en la investigación .....	243
<b>Anexo 4.</b> Tabla de operacionalización de variables.....	247

## RESUMEN

**Objetivo:** Establecer la relación entre estilos parentales y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de 8<sup>o</sup>, 9<sup>o</sup> y 10<sup>o</sup> residentes en Manizales en el año 2013. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, transversal. En estudiantes de 8<sup>o</sup>, 9<sup>o</sup> y 10<sup>o</sup> de colegios públicos y privados, área urbana y rural de Manizales, para un total de 13.518 estudiantes de 79 instituciones educativas. **Técnicas e instrumentos de recolección de información:** Escala de estilos de socialización parental en la adolescencia (ESPA29) y el instrumento de escolares del Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo (SIDUC) de la CICAD/OEA (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas/Organización de Estados Americanos). **Resultados:** El 64,7% de las y los estudiantes cuentan con padres que ejercen los estilos autoritativo (35.7%) e indulgente (29%). El estilo parental más frecuente en la figura paterna con un 28%, es el negligente y en la materna el autoritativo con el 42,5%. Los datos indican una asociación estadísticamente significativa entre consumo de SPA y los 4 estilos parentales estudiados, encontrando que el estilo autoritario y negligente se comportan como factores de riesgo y el estilo parental indulgente y autoritativo como factores protectores. **Conclusiones:** Poseer padres con estilo negligente, eleva el riesgo en un 34% de consumir cocaína, 31% marihuana, 23% cigarrillo, 39% pegantes y 26% dick. Las y los estudiantes que cuentan con padres con un estilo autoritario y negligente, tienen una probabilidad de un 32% y un 20% mayor que el del estilo indulgente para alcoholismo y un 27% y 37% incrementado para dependencia a la marihuana.

**PALABRAS CLAVE (DeCS):** familia, socialización, drogas, factor de riesgo, adolescente.

## ABSTRACT

**Objective:** Establish the relationship between parenting styles and substance use among students of 8th, 9th and 10th, residents in Manizales in 2013.

**Materials and Methods:** Descriptive, cross-sectional study. For students of 8th, 9th and 10th from public and private schools, urban and rural area of Manizales, for a total of 13,518 students in 79 schools. **Techniques and tools for data**

**collection:** Scale parental socialization styles in adolescence (ESPA29) and the instrument of the inter-school Uniform Consumption Data (SIDUC) CICAD/OEA (Inter-American Drug Abuse Control Drugs/Organization of American

States). **Results:** 64.7% of students have parents who exercise the authoritative (35.7%) and indulgent styles (29%). The most frequent father

figure with 28% parental style is negligent and breast with the authoritative 42.5%. The data indicates a statistically significant association between

consumption of SPA and the 4 parenting styles studied, finding that the authoritarian and neglectful style behave as risk factors and indulgent and

authoritative parenting style as protective factors. **Conclusions:** Having parents with negligent style, raises the risk by 34% for cocaine, 31% marijuana,

cigarette 23%, 39% glues and 26% dick. Students who have parents with an authoritarian and neglectful style have a probability of 32% and 20% larger than

the alcoholism indulgent style and 27% and 37% increase for marijuana dependence.

**KEY WORDS (DeCS):** family, socialization, drugs, risk factor, adolescent.

## 1. PRESENTACIÓN

La presente investigación se desarrolló con el propósito de conocer la dinámica presente entre los estilos parentales de los padres de estudiantes de 8°, 9° y 10° residentes en el municipio de Manizales en el año 2013 y el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en estos jóvenes, a fin de estimar la magnitud y relación existente entre estas dos variables.

Para este estudio se consideraron algunos elementos novedosos a nivel nacional: el primero es que fue un estudio poblacional, el cual contempló el 100% de las y los estudiantes de los grados mencionados, permitiendo una lectura completamente ajustada a la realidad de esta población y favoreciendo por primera vez, que el municipio de Manizales tenga información sobre esta situación por comuna o zona rural. Para ello, finalizando el año 2013, se aplicaron 13.518 encuestas, en 79 Instituciones educativas públicas y privadas, de la zona urbana y rural del municipio de Manizales y del sector de La Florida (Villamaría), que tiene más del 75% de la población estudiantil que reside en la ciudad de Manizales. Quedando finalmente para el análisis 13.029 encuestas, posterior a la aplicación de criterios de exclusión por edad y lugar de residencia en otro municipio.

El segundo elemento novedoso, es que se llevó a cabo la recolección de información por medio de la Internet, en cada institución educativa, permitiendo el ahorro de papel, evitando errores en la digitación y teniendo una encuesta en tiempo real, con mayores niveles de confiabilidad.

## 2. INTRODUCCIÓN

La familia es donde el individuo comienza su vida, tiene sus primeras experiencias y sus primeras relaciones, que a su vez están conectadas con la sociedad. De ahí que en ella se centre gran parte de la construcción de la identidad individual y social de las personas, aspectos que son trascendentales para la organización social y la psicología de los individuos. Por ello, la familia ha sido y continúa siendo objeto de análisis desde diferentes disciplinas como la: sociología, antropología, economía, psicología, entre otras (1).

Es la familia, según Ramírez (1), la primera institución en la que se inicia el proceso de socialización y crianza, constituyendo el ambiente en el que se adquieren creencias, valores y hábitos que condicionan la forma de conectarse con el otro, con el mundo y con uno mismo.

Estos procesos educativos de crianza, se transfieren a través de los denominados estilos parentales, presentes en toda familia, siendo un componente del comportamiento humano, que puede ser entendido como una amplia variedad de actitudes acerca del niño, que le son comunicadas y que en conjunto, crean un clima emocional en el que se ponen de manifiesto los comportamientos de los padres. Estos comportamientos, según Raya (2), incluyen tanto las conductas a través de las cuales los padres desarrollan sus propios deberes de paternidad (prácticas parentales) como cualquier otro tipo de comportamientos como gestos, cambios en el tono de voz, expresiones espontáneas de afecto, etc. Estilos parentales que han sido definidos a su vez por Coloma, citado por Torio y cols., como: “esquemas prácticos que reducen las múltiples y minuciosas prácticas educativas parentales a unas pocas dimensiones que, cruzadas entre sí en diferentes combinaciones, dan lugar a diversos tipos habituales de educación familiar” (3).

Ahora bien, según Naciones Unidas (4) se calcula a nivel mundial unos 230 millones de personas consumidoras de sustancias psicoactivas (SPA), que representan el 5% de la población adulta del mundo, la cual ha consumido alguna SPA ilícita por lo menos una vez en el año 2010, caracterizándose actualmente este consumo por su concentración entre los jóvenes y por una creciente variedad y oferta de SPA.

Situación que es coherente a la que se presenta en Colombia, en donde según el “Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar del año 2011”:

“El consumo de sustancias en población escolar es un problema real, que viene en aumento y que en la amplia variedad de sustancias usadas se destacan no solo las drogas ilícitas sino también el alcohol y el tabaco. Ello advierte la necesidad de fortalecer las intervenciones en prevención del consumo de drogas y movilizar acciones que den respuesta al problema en su actual dimensión” (5).

Es esta una de las razones por las cuales el consumo de SPA representa para todos los gobiernos una problemática importante de salud pública, que afecta a nivel individual y familiar a una sociedad que día a día ve como se incrementa dicho consumo. Afectando a una parte importante de la población, en donde se identifica a los niños, niñas y adolescentes (NNA) escolarizados como una de las poblaciones más vulnerables y por lo tanto prioritaria para el estudio según el Gobierno de Colombia (5), dado que el inicio del consumo de SPA se presenta comúnmente en esta etapa de la vida de las personas.

Paralelo a lo anterior y como determinante social del consumo de SPA, se ha reconocido desde Cid y Pedráo (6) a la familia como un elemento crucial para favorecer u obstaculizar el uso de estas sustancias, en una edad tan crucial como la adolescencia, donde los estilos parentales han sido una de las variables que han permitido identificar las relaciones existentes entre los

integrantes de una familia y su relación con comportamientos o fenómenos como el consumo de SPA.

Ramírez (7) plantea que los estilos parentales, que utilizan los padres, se relacionan con los problemas de comportamiento de los hijos. Los estilos inadecuados como: afecto negativo, castigos físicos, control autoritario y énfasis en el logro, se han identificado como relacionados con problemas de conducta externos e internos de los hijos. De ahí la necesidad de adelantar estudios locales al respecto, que de hecho en la búsqueda bibliográfica realizada a nivel nacional y local, no se encontraron estudios con exactitud, difieren de los mismos por ser población de básica primaria, estilos educativos bajo parámetros diferentes y asociado a otras interacciones.

Para lo cual se llevó a cabo (luego de tener la aprobación de la propuesta de investigación y teniendo definida toda la población a encuestar) un cronograma de actividades que permitiera obtener la información en máximo 45 días, con el fin de evitar diálogo entre estudiantes de diferentes instituciones educativas respecto a la investigación.

Lo que implicó la conformación de un grupo de encuestadores debidamente capacitados por el equipo investigador, para la recolección de la información. Luego de llevar a cabo este proceso de recolección de información se hizo revisión de la calidad del dato. Se descartaron las encuestas según criterios de mal diligenciamiento de la encuesta por: incoherencias, negación a terminar el cuestionario, responder afirmativamente a la pregunta de consumo de una SPA inventada por los investigadores, etc. Y descarte por los criterios de exclusión mencionados anteriormente, todo lo cual conllevó a tener finalmente 13.029 encuestas de 79 instituciones educativas.

Posteriormente se realizó el análisis estadístico utilizando el paquete SPSS v17 y se hizo la interpretación de datos a la luz del marco teórico, utilizando

herramientas estadísticas descriptivas y análisis bivariados con pruebas como Chi cuadrado, RR y RAF.

Todo lo anterior buscando dar respuesta a la pregunta: ¿Cuál es la relación entre los estilos parentales y el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de 8º, 9º y 10º residentes en el municipio de Manizales en el año 2013?



### 3. JUSTIFICACIÓN

La familia sigue siendo para Mosqueda y Carvalho (8), Cuervo (9) y Fantin y García (10) el primer referente de socialización que tiene los seres humanos, independiente de ésta como este constituida, es el primer elemento canalizador de expresiones de afecto, es donde se marca la base para el inicio de nuestra vida; muchos factores internos y externos confluyen en la dinámica relacional de los padres y demás tutores que transfieren de manera directa o indirecta un sinnúmero de comportamientos que ayudan a estructurar la personalidad de los hijos.

Los estilos educativos basados en la disciplina, la tolerancia, el afecto, la comunicación, la autoridad, son reguladores y potencian mecanismos para la resolución pacífica de conflictos, toma de decisiones y asertividad en el establecimiento de relaciones.

Es por ello que la familia influye como lo refieren Cuervo (9) y Fantin y García (10) en el desarrollo emocional de los NNA, debido a que los modelos, primeras pautas de aprendizaje, valores, normas, creencias sobre la vida, habilidades, entre otros, se aprenden durante los primeros años de vida, lo cual está relacionada con las habilidades sociales, adaptativas, con las conductas pro sociales y la regulación emocional.

Según Musitu y Román:

“Al considerar los factores que determinan los estilos de crianza, señalan los que contribuyen a una mejor práctica educativa como: estructura, afecto, control conductual, comunicación, transmisión de valores y sistemas externos. Los cuatro primeros hacen referencia a las relaciones intrafamiliares o micro sistémicas; las últimas se refieren a la dimensión social o ecológica, hasta la que se extiende la unidad de análisis en el estudio de la socialización” (11).

La pregunta que surge es: ¿Hasta dónde influyen los estilos parentales en las problemáticas presentes en los NNA, tales como problemas de comportamiento, sexualidad irresponsable, embarazos no deseados, delincuencia juvenil, consumo de SPA, entre otros? Si bien es cierto que todas estas problemáticas son multidimensionales, es importante según lo manifiesta Naciones Unidas (4) –por el papel que juega la familia en el proceso de formación de los hijos– identificar su relación y el papel que juega en fenómenos como el creciente consumo de SPA en adolescentes, en países en vía de desarrollo.

Ramírez (7) plantea que las prácticas de crianza, que utilizan los padres, se relacionan con los problemas de conducta de los hijos; pautas inadecuadas como: afecto negativo, castigos físicos, control autoritario y énfasis en el logro, son factores por los cuales los hijos tienen mayor probabilidad de presentar problemas de conducta tanto externos como internos (como el consumo de SPA).

Para Caldas y Manizales, los estudios que datan desde el año 2001 han identificado a esta ciudad como una de las primeras en frecuencias de consumo de SPA. La Encuesta Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Jóvenes de 10 a 24 años, coordinada por una entidad gubernamental llamada RUMBOS del año 2001, ubicó a Manizales como la segunda ciudad de mayor consumo de alcohol según prevalencia de vida, la cuarta para mayor consumo de cigarrillo y con respecto al consumo global de marihuana, cocaína, heroína o éxtasis, se encontró que: “Medellín es la ciudad con un consumo de por lo menos una de las sustancias señaladas y Manizales, Pereira y Armenia son las ciudades que le siguen en mayor consumo de una o varias de estas sustancias” (12).

El “Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia” del año 2008, realizado por el Ministerio de la Protección Social y la Dirección Nacional de Estupefacientes (13) con datos ya no para Manizales sino por

departamento, indica que Caldas es a nivel de país el segundo departamento con mayores prevalencias mensuales para consumo de cigarrillo, quinto para consumo de alcohol por encima de la media nacional y para consumo global de cualquier SPA ilícita, en prevalencia anual Caldas esta de sexto a nivel de país, de nuevo con datos por encima de la media nacional.

Y en el último estudio realizado a nivel nacional: “Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar del año 2011”, realizado por el Ministerio de Justicia y del Derecho (Observatorio de Drogas de Colombia), el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social (5), arrojó que Caldas es segundo a nivel nacional en prevalencia de último mes para consumo de cigarrillo, primero para consumo de alcohol, igualmente ocupó el primer lugar en prevalencia anual para consumo de tranquilizantes sin prescripción médica, tercero para prevalencia de último año en consumo de marihuana, quinto para consumo de cocaína, segundo para consumo de éxtasis y tercero para consumo de pegantes y solventes.

De esta forma, es claro cómo en los tres estudios nacionales principales, se evidencia la preocupante posición que ocupa nuestra ciudad y departamento en las frecuencias de consumo de SPA, siendo definida a nivel nacional como una ciudad de intervención prioritaria por su alto grado de consumo presente, especialmente en población adolescente.

Por ello el objetivo de esta investigación estuvo precisamente enmarcado en las variables familia –estilos parentales– y consumo de SPA, teniendo a su vez en cuenta la carga de responsabilidad social y cultural que se le asigna a la familia tanto de manera positiva como negativa. Además porque estas dos categorías tienen gran significación, por un lado como lo expresan Cid y Pedráo (6), Mosqueda y Carvalho (8) y García y Segura (14) por el gran factor de protección y resiliencia que se le adjudica a la familia y por el otro lado por la problemática que acarrea el consumo de SPA en NNA a nivel mundial y local.

Es importante recalcar que los patrones de uso y los motivos por los cuales se usan SPA pueden variar tanto de persona en persona, como de sociedad en sociedad, involucrando cada vez más la responsabilidad del Gobierno, las instituciones de salud y la academia, en identificar los factores protectores y de riesgo que puedan estar contribuyendo a esta situación, con el fin de plantear políticas que favorezcan la reducción de esta problemática.

Si bien la familia no es el único factor a estudiar en esta relación, sí es considerado por autores como Cid y Pedráo (6) como uno de los fundamentales, por cuanto se considera como uno de los elementos que mayor protección o riesgo aportan a los individuos para retrasar o anticipar el consumo.

Dentro de la familia se encuentran los estilos parentales, los cuales serán el referente para entender la forma como los padres educan a sus hijos y el modelo sobre el que se estructura su educación. Por lo cual es necesario traer a colación el esquema de Diana Baumrind de los años 1967 y 1971 citada por Torio y cols. (3), en el que se tiene en cuenta la interrelación de tres variables paternas básicas como: control, comunicación e implicación afectiva, planteando cómo determinados estilos parentales influyen en el desarrollo y comportamiento de los NNA.

Dicha autora, citada también por Barba y cols., identificó así tres estilos de control parental: estilo democrático, autoritario y permisivo:

“El estilo autoritario se caracteriza por considerar escasamente las peticiones de los hijos y por no responder a sus demandas, a la vez que combinan estas actuaciones con poco afecto y altos niveles de control. Es propio de este estilo el que aparezcan conductas de privaciones junto con las de coerción verbal y física” (15).

Por su parte, los padres con un estilo de crianza permisivo:

“Evitan hacer uso del control, utilizando pocos castigos y muestran una excesiva concesión en las demandas de los hijos; se muestran tolerantes y tienden a aceptar positivamente los impulsos del niño. Por otra parte no presentan demandas madurativas hacia los hijos, quizás por la escasa implicación de estos padres en la crianza infantil. Su estilo comunicativo es poco efectivo y unidireccional, considerando en exceso las iniciativas y argumentos infantiles” (15).

Y finalmente, los padres que tienden por un estilo de educación democrático, se diferencian de los dos estilos anteriores en la medida que no manejan una crianza con la imposición o el dejar hacer, sino un manejo centrado en la negociación: “[...] Son padres que responden a las demandas y preguntas de sus hijos mostrando atención e interés” (15).

Los estilos parentales descritos están claramente diferenciados desde aspectos cognitivos, afectivos y comportamentales, desde trabajos que datan de 1990 con Moreno y Cubero, citados por Barba y cols. (15). Lo cual favoreció el identificar a través de esta investigación un estilo determinado de estilo parental como un factor de riesgo o de protección ante el consumo de SPA en NNA. Favoreciendo la posibilidad de implementar un programa de intervención específico, con el fin de fortalecer habilidades de crianza en los padres y reducir determinados comportamientos que pueden estar asociados a patrones de enseñanza inadecuados o de riesgo para el consumo de SPA.

De hecho en la bibliografía revisada se encontraron características de los padres de hijos consumidores de SPA en relación con sus estilos de educación parental, como el de Harbin y Maziar citados por Ugarte (16), quien describe a este tipo de padres como una figura ausente y emocionalmente distante del hijo. En este mismo sentido este autor menciona a Galindo y cols. quienes identificaron un perfil de vulnerabilidad que puede llegar a ser relacionado con el consumo de SPA en NNA, entre algunos de estos elementos relacionados con patrones de crianza están:

- ✓ Baja cohesión familiar.
- ✓ Dificultades para tomar decisiones y solucionar sus problemas con la participación democrática de todos sus miembros.
- ✓ Dificultades en la comunicación entre padres e hijos, especialmente entre el padre y el hijo.<sup>14</sup>
- ✓ Mínimas fuentes de apoyo en la familia y en el entorno para el adolescente en problemas.

Es de resaltar la bibliografía consultada y la información aportada con éste estudio, la cual abrirá la posibilidad de continuar ahondando en la temática.

De esta forma, se reconoce la pertinencia de profundizar en estudios que tengan en cuenta el ámbito familiar y el consumo de SPA, en población adolescente. Esta última debido a que es un período transicional significativo dentro de las etapas del desarrollo humano. Favoreciendo con ello generar información que permita fortalecer estrategias para retrasar o disminuir la edad de inicio de uso y abuso de SPA.

A su vez es importante recalcar que se llevó a cabo un estudio poblacional, cuyo propósito fue obtener resultados con mayor grado de confiabilidad, poder tener la identificación de la población por localidad en lo relacionado con estas dos variables. Lo cual favoreció el tener diagnósticos más cercanos a las diferentes realidades contextuales de nuestra ciudad y, por ende, poder focalizar las intervenciones, información de la cual no se disponía en la ciudad.

## 4. REFERENTE TEÓRICO

### 4.1. Contexto general Manizales (Caldas)

#### 4.1.1. Reseña histórica

Según el Plan de Desarrollo Manizales 2012-2015 (17), esta ciudad fue fundada en la mitad del siglo XIX el 12 de octubre de 1849, por los señores Fermín López, Manuel Grisales, José María Osorio, Joaquín, Victoriano y Gabriel Arango, Antonio Ceballos, Eduardo Hoyos y Marcelino Palacio, entre otros; por las fuerzas de las colonizaciones antioqueñas y caucanas, territorio enclavado en las montañas de la Cordillera Central, que desde finales del siglo XIX y hasta el tercer cuarto del siglo XX logró consolidarse como una de las principales ciudades del país; atribuyéndosele denominaciones de meridiano cultural, centro de negocios cafeteros, epicentro educativo, ciudad universitaria; ciudad que en el final de los noventa e inicios del siglo XXI, producto de la coyuntura socio-económica por la crisis del café, inició una apuesta orientada hacia una transformación en su vocación productiva, siendo el sector industrial su mayor desarrollo. Hoy se circunscribe a la idea del desarrollo con base en el conocimiento, lo cual se ha delineado en sus planes de desarrollo y en el programa como Manizales eje del conocimiento y Manizales ciudad internacional de conocimiento con oportunidades para todos, los cuales buscan la armonía de potencialidades para la generación de oportunidades y el mejoramiento de condiciones de vida; que han reconocido su vocación, legado, capacidad y potencialidades.

Todos estos elementos se hacen concretos en el ejercicio de prospectiva llamado “Estoy con Manizales”, construido con la participación de sectores gremiales, comunitarios, académicos, públicos, políticos y ciudadanos, que han reconocido en la educación, el motor del desarrollo y la innovación como

impulsora de los procesos de cambio, mejoramiento y especialmente como instrumento para construir ciudadanía y garantizar su desarrollo sostenible (18).

#### 4.1.2. Contexto territorial

Manizales, municipio colombiano, capital del departamento de Caldas, se localiza en la región centro-occidente de la zona andina de Colombia, ubicada en la Cordillera Central cerca del Nevado del Ruiz, en un área de gran importancia socioeconómica para el país. Forma parte de la llamada Región Cafetera y del llamado Triángulo de Oro.

Tiene una superficie total de 441,54 km<sup>2</sup>, de los cuales el 8% (33,68 km<sup>2</sup>) corresponde a suelo urbano y el 92% (407,86 km<sup>2</sup>) a suelo rural. De estos últimos, el 40% se ubica en la zona de vida de selva muy húmeda premontaña o cinturón cafetero. Está situada a una altura de 2150 metros sobre el nivel del mar (msnm) (19).

Manizales y sus alrededores ofrecen gran variedad climática, desde las nieves del Nevado del Ruiz con sus paisajes de páramo y aguas termales, hasta los 1000 metros o un poco menos sobre el nivel del mar en el sector del Kilómetro 41 con paisajes de clima cálido, variada vegetación, ríos y quebradas (19).

De acuerdo a su división político-administrativa (Acuerdo 589/04) la ciudad está conformada por 11 comunas en el área urbana y 7 corregimientos en el área rural; los criterios tenidos en cuenta para determinar las comunas fueron principalmente la combinación de los aspectos físicos territoriales y sociales; todo ello con el objetivo de brindar una mejor prestación de los servicios y garantizar la participación de la ciudadanía en los asuntos públicos de carácter local (19).



Los primeros barrios se ubicaron en lo que actualmente se conoce como el Centro, cerca de la actual Catedral Basílica de Manizales. Posteriormente, la ciudad se fue expandiendo hacia el oriente, por la Avenida Santander (19).

Las comunas Ciudadela del Norte, Universitaria y La Fuente concentran la mayor cantidad de población de la ciudad. Mientras que La Estación y Tesorito son las menos habitadas de Manizales. Por otro lado los corregimientos más poblados son El Remanso (31%), Agroturístico El Tablazo (22,3%), Panorama (16%) y El Manantial (15,1%); los restantes representan el 15,7% de la población rural (19).

#### 4.1.3. Contexto demográfico

Según proyecciones del DANE, en el año 2013 Manizales contaba con 393.167 personas, 1.527 personas más que en 2012, de las cuales el 48% eran hombres y 52% mujeres; según la proporción de la población por ciclo vital la primera infancia (0 a 5 años) representa el 8%, la infancia (6 a 11 años) el 8,4%, los adolescentes de 12 a 18 años representan el 10,7%, jóvenes (14 a 26 años) el 22,4%, adultez (17 a 59 años) 62%, persona mayor (60 años y más) corresponden a 14,1%. El 1% de la población que habita en Manizales es indígena, afrocolombiano o raizal (19).

Según Manizales cómo vamos 2013 (18), el comportamiento poblacional de Manizales es estacionario, lo cual implica crecimiento reducido debido a un conjunto de fenómenos como la baja natalidad, estabilización de las defunciones, incremento de la esperanza de vida y migración hacia otras ciudades.

El crecimiento anual de Manizales presenta grandes diferencias, mientras la población total crece al 0,4%; los adultos (45 y 59 años) lo hacen al 2,2%, los adultos mayores al 3,1%, mientras que los niños y los adolescentes cada año serán menos (-1,0% y -2,9% respectivamente) (17).

Según el censo 2005, para ese año Manizales contaba con 103.978 viviendas y 102.773 hogares; el 57,6% vivían en casa, el 39,5% en apartamento y el 3% en otro tipo de vivienda. Según la Encuesta de Percepción Ciudadana publicada por Manizales cómo vamos, para el año 2013, el 39% de los manizaleños encuestados se encontraba viviendo en casa propia e igual porcentaje de personas que señalaron vivir en casa arrendada (17).

#### 4.1.4. Efectos de la salud y sus determinantes

Según Manizales cómo vamos (18), para el año 2013 el 93% de la población está afiliada a algún régimen de salud, presentando una leve mejoría frente al año anterior. La esperanza de vida ha aumentado 5 años desde el año 2000 y la mortalidad materna, uno de los indicadores más sensibles y que muestran más la eficacia del sistema de salud, ha tenido una mejora sistemática pues durante el último año solo se presentó la muerte de una madre en la ciudad. Finalmente, los nacimientos en madres adolescentes se redujeron y en 2013, solo 1 de cada 5 madres en la ciudad, era adolescente.

La mortalidad general en Manizales presenta un resultado estable, cercano a 6 defunciones por cada 100.000 habitantes. La población fallece principalmente por enfermedades del corazón, cerebrovasculares o por agresiones violentas. Tal como sucede en el territorio nacional, la intensidad de la violencia viene alterando la estructura de la mortalidad, sobre todo en las edades jóvenes y adultas, pero con mayor intensidad en los hombres entre los 15 y 45 años, donde a su vez los grupos de edades 20-24 y 25-29 son los más afectados, con una sobremortalidad masculina (19).

Según el “Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud Manizales 2013” (20), los tres principales problemas ambientales según lo observado son la contaminación, el mal manejo de basuras y la falta de reciclaje. La cobertura urbana de servicios públicos está casi en 100% y la satisfacción con los mismos sobrepasa el 80% (18).

En educación los resultados son mixtos. Por un lado, las coberturas educativas han estado cayendo desde hace varios años pero la deserción cedió levemente. Los resultados en pruebas estandarizadas de los estudiantes de quinto mejoraron bastante pero el desempeño de los estudiantes de noveno empeoró frente a la medición anterior. En las pruebas Pisa aplicadas en 2012, Manizales fue la ciudad con los mejores desempeños del país, pero sus resultados distan mucho de otros países y hubo un leve descenso con respecto a la aplicación de 2009 (18).

Con relación a la educación superior, aumentó la matrícula de estudiantes universitarios y los resultados de las pruebas Saber Pro, aplicadas a los estudiantes de últimos semestres evidenciaron que en ninguna de las cinco competencias genéricas evaluadas (competencias ciudadanas, comunicación escrita, inglés, lectura crítica y razonamiento cuantitativo) se presentaron grandes variaciones entre 2012 y 2013. Manizales continúa con una proporción de entre 20% y 21% de sus estudiantes dentro del grupo de mejores resultados a nivel nacional (18).

Según el Dane en el Censo de Población 1993 y 2005, con relación al analfabetismo, pasó en 1993 de 3,0% a 3,3% en 2005; a partir de cálculos realizados con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares –GEIH– del DANE, se observa que para el 2012 Manizales presentó un índice de analfabetismo de 0,7% entre los jóvenes urbanos con edades entre 15 y 24 años (19).

Manizales se ha destacado como una de las capitales con menor pobreza por NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas), dadas las buenas condiciones de urbanismo, coberturas de acueducto y cobertura educativa, entre otras características; lo que la ha llevado a ocupar el décimo lugar a nivel nacional entre los municipios con menor proporción de pobres por este indicador. Según los resultados del Censo DANE 2005 el NBI en el municipio es del 10%, lo que

equivale a 39.125 pobres en 2011, mientras que el departamental es de 17,8% y el nacional de 27,7% (19).

Los resultados de mercado laboral muestran avances. La tasa de desempleo continúa cediendo, ubicándose en 10% para finales de 2013. Se generaron 7.700 puestos de trabajo pero ingresaron al mercado laboral 5.400 personas. La informalidad laboral aumentó levemente, de 42% a 44%. La calidad del empleo continuó mejorando tanto para asalariados como para independientes y el desempleo juvenil siguió disminuyendo, a pesar de que la tasa de desempleo entre los jóvenes casi duplica la de toda la población (18).

Referente a la estructura económica del municipio, la agricultura y la caficultura fueron, y en parte aún lo son, el eje fundamental de la economía manizaleña, destacándose durante décadas el café, pues contribuyó con la fundación y desarrollo de una variedad de empresas derivadas de este grano, pero también otras que prestaban un servicio a una comunidad que creció económicamente en este sector. Entre ellas se destacan la elaboración de zapatos, cauchos, detergentes y jabones, dulces, herramientas agrícolas y materiales eléctricos; así como el trillado y empacado del café; empresas forjadas por la sociedad manizaleña, que además de satisfacer las demandas comerciales básicas busco siempre innovar y mejorar, por lo que Manizales es reconocida por la diversidad y calidad de sus centros de formación universitaria (19).

Según el documento Diagnóstico Dimensiones Social y Económica. Plan de Ordenamiento Territorial, que referenció a la Cámara de Comercio de Manizales en su informe del Censo Empresarial 2004-2010, la estructura económica de la ciudad según la actividad, el 52% de establecimientos se dedican al comercio, el 40% a servicios y el 8% a la industria; asimismo, el sector secundario representa el 8% de los establecimientos, mientras el sector terciario el 90% y tan solo el 2% restante es para el sector financiero; en el 2010 un establecimiento de comercio de Manizales ocupaba 5,4 y presentaban \$423,4 millones de activos en promedio (19).

En tanto, el comportamiento demográfico, económico y social de Manizales no debería analizarse de manera aislada. La ciudad hace parte de la subregión centro-sur del departamento de Caldas. Esta subregión está compuesta por cinco municipios que comparten desde hace años dinámicas de intercambio cotidiano entre sus habitantes. Corresponde a los municipios de Villamaría, Chinchiná, Neira, Palestina y Manizales, que suman una población de 547.129 habitantes, con un crecimiento promedio del 0,5% anual, entre 2000 y 2013 (18).

Manizales, sin embargo y en comparación con otras ciudades intermedias del país, sigue ofreciendo buenas condiciones y calidad de vida a gran parte de su población; por ello, con el fin de impulsar su condición de centro urbano emergente, el Plan de Desarrollo 2012-2015 incorpora la competitividad y la sostenibilidad como elementos constitutivos de la visión de desarrollo soportado en una ciudad amable, concepto resultante de la visión prospectiva de la ciudad, bajo la cual se incluyen un conjunto de programas y proyectos orientados a mejorar las condiciones del entorno y la habitabilidad para sus ciudadanos, con el fin de facilitar la generación de riqueza económica y social, fortalecer su institucionalidad y lograr una sostenibilidad ambiental (18).

## **4.2. Familia**

### **4.2.1. Generalidades**

La familia es el elemento singular que acoge al ser humano en un entorno específico, delimitado por infinidad de elementos, donde subyace el amor, el desamor, el encuentro, el desencuentro y cual expresión de sentimientos que de una u otra forma los cohesiona y establece interrelación con el otro. Es a partir de ésta donde cobra vida la necesidad de perpetuarse en el paradójico mundo de la existencia, que trasciende tanto como se quiera y se pueda. En la familia se marca la pauta del sentido de vida social, se entrelazan sentimientos,

ideologías, costumbres, mitos y se construye en la cotidianidad, la existencia del ser.

“La familia a lo largo de su existencia ha sido estudiada desde diferentes ámbitos conceptuales y epistemológicos tales como la Psicología, la Antropología, la Economía, la Filosofía y la Teología por citar solo algunos saberes, cada uno de los cuales ha hecho su aporte asignándole a la familia diferentes roles, funciones y tareas. Sin embargo, cualquiera que sea la mirada que se le dé a la familia, existen algunas coincidencias epistemológicas referidas a las funciones que la legitiman y la determinan como garante de la prolongación de la sociedad, la especie y la cultura, dichas funciones están referidas a aspectos sexuales, reproductivos, económicos y educativos, pues tal como lo afirma Melford E. Spiro: ‘si no se logra asegurar la función sexual, la sociedad se extinguiría, sin la económica la vida no podría existir y sin la educación la cultura desaparecería’” (21).

Lo anterior, permite tener un acercamiento frente a algunas de las funciones vitales de la familia, como lo es el existir en relación ‘a’, ‘con’, ‘para’, con el objeto de destacar la necesidad del vínculo no solamente afectivo, sino la relación vincular del ser humano entre sí, la cual proyecta su existir que trasciende de generación en generación y marca su hito en la historia. En la familia se construye la particularidad del ser, se expresa el desafío frente al otro y se construye con el otro para todos o para algunos, en tanto en la familia se legitima el actuar de la sociedad, dado que se ve necesariamente influenciado por la dinámica del mundo desde lo político, lo administrativo, lo sociológico, lo científico y en fin todas las expresiones de un mundo convulsionado.

“La familia ha sido y continúa siendo objeto de análisis desde diferentes disciplinas (sociología, antropología, economía, psicología social, clínica, jurídica, entre otras), además de existir una enorme cantidad de aspectos relevantes que la constituyen y que están presentes en su constante transformación. [...] La familia, tanto desde el punto de vista biológico de la reproducción de la especie, como desde el ángulo social de la transmisión de la

cultura, constituye el eje central sobre el que gira el ciclo vital, de acuerdo con el cual transcurre nuestra existencia como individuos y asegura la continuidad de la sociedad de generación en generación” (1).

Son muchas las áreas del conocimiento que han explorado en el mágico mundo del qué es la familia, tratando de entretelar la significancia de la misma y en el presente siglo la identifican como una unidad dinámica, en permanente transformación y cambio que subyace en la simplicidad de la existencia, pero que siempre se configura en la vivencia con el otro.

La prolongación de la existencia requiere necesariamente de los elementos biológicos y/o científicos que darán pie a una nueva vida y de ésta a la transformación generacional que por millones de años ha configurado la particularidad de la familia.

“La teoría general de sistemas aporta una concepción de familia diferente a la tradicional, la cual es vista como una unidad estática sin posibilidad de cambio, con una mirada lineal a las interrelaciones basada en el modelo causa-efecto. En el presente, la familia es vista en cuanto a sus relaciones en correspondencia con el conjunto de interacciones sociales, es decir, como un sistema abierto que es impactado o afectado directa o indirectamente por su entorno social y cultural, pero a la vez, esta repercute con sus acciones y actitudes en su entorno, es un sistema con complejidad organizada, que cuenta en su interior con diferentes subsistemas, donde se presentan procesos como la individuación, caracterizado por la búsqueda de independencia y autonomía del sujeto, en la construcción de su propia biografía” (21).

Siendo la familia estudiada desde varias esferas, es considerable resaltar la cosmovisión para comprender su actuar, su funcionalidad, su praxis, su interacción, su inmersión sutil en la configuración de la sociedad y por ende en la particularidad del cosmos. En el campo de la psicología se comprende al individuo como un todo diferencial, que a pesar de regirse por los mismos patrones normativos y estructurales siempre habrá diversidad en su

conformación: “Desde la psicología, la Psicología Evolutiva y de la Educación se interesa por el estudio de la familia principalmente por ser un entorno en el que normativamente las personas crecen y se desarrollan” (22).

En la concepción de ser la familia epicentro satisfactor de necesidades, se hace necesario brindar acompañamiento inicial para el desarrollo del individuo, el cual se ve en la praxis cotidiana de interacción primaria para la satisfacción de necesidades sociales, educativas, culturales y en especial la socialización.

Es así como Palacios y Rodrigo, citados por Lorence, manifiestan que: “La familia demuestra ser el entorno más apropiado para que, en su seno, queden cubiertas determinadas funciones en relación con la satisfacción de determinadas necesidades evolutivas y educativas propias de la cultura y del momento evolutivo del individuo” (22).

Según Palacios y Rodrigo, citados por Lorence: “desde la perspectiva de los niños y las niñas, la familia es un contexto de desarrollo y socialización, entre otras razones, por las funciones que cumple en relación con éstos” (22). Y a su vez, tal como lo expresa Lorence, Palacios y Rodrigo afirman que:

“La familia está en la obligación de cumplir con sus menores en al menos cuatro funciones básicas para que éstos puedan actuar de manera independiente:

- a) Asegurar la *supervivencia de los hijos, su sano crecimiento y su socialización en las conductas básicas de comunicación, diálogo y simbolización.*
- b) Aportar a sus hijos un *clima de afecto, cariño y apoyo incondicional.* Estableciendo con el menor relaciones de apego, de apoyo, un sentimiento de relación privilegiada y de compromiso emocional.
- c) *Estimular* a los menores lo suficiente para hacer de ellos personas capaces de relacionarse de manera competente con su entorno físico y social, así como



responder y afrontar adecuadamente a las demandas y problemas que se le presenten.

d) Tomar decisiones con respecto a la *apertura hacia otros contextos educativos* que van a compartir con la familia las tareas de socialización y de crianza.

Desde hace muchos años, la psicología evolutiva ha manifestado un alto interés por el análisis de la familia como objeto de estudio para el desarrollo personal, concretamente por el desarrollo infantil y adolescente. De acuerdo con la propuesta de Rodrigo y Palacios (1998), el análisis de la familia como construcción del desarrollo infanto-juvenil debe considerar al menos tres tipos de dimensiones:

- La familia como análisis del escenario en el que los más jóvenes entablan *relaciones interpersonales*, tanto con los adultos encargados de su crianza y educación como con las demás personas que forman parte de este sistema (hermanos, abuelos, etc.).
- La familia como análisis de la *calidad del escenario educativo*, donde existe una determinada forma de estructurar y organizar la estimulación y las experiencias que promueven el desarrollo.
- La familia como estudio de las *cogniciones* acerca del desarrollo y la educación infantil, y la propia actuación como progenitores, en particular.

Una constante en los diferentes enfoques de la investigación sobre la familia, es el reconocimiento de su importancia en la socialización de los hijos a través de las relaciones interpersonales que establecen padres e hijos (primera dimensión de análisis). En el seno familiar adquirimos los valores, creencias, normas y formas de conducta apropiadas y aceptadas en nuestro contexto social” (22).

Según Lorence, el *modelo ecológico del desarrollo humano* propuesto por Bronfenbrenner considera:

“[...] que para comprender el desarrollo humano es necesario observar al sujeto en sus contextos cotidianos, cuando interactúa con las personas de su

familia y durante un tiempo prolongado. Es decir, es necesario analizar su ambiente ecológico, definido éste como un sistema social compuesto por un conjunto de estructuras seriadas, dinámicas e interdependientes. Concretamente, este modelo habla de cuatro niveles: microsistema (entorno más inmediato de la persona en desarrollo); mesosistema (grado de continuidad/discontinuidad que existe entre las características de los diversos microsistemas); exosistema (nivel que comprende aquellas estructuras formales e informales en las que el sujeto participa cotidianamente pero que incluyen y delimitan lo que tiene lugar en su ambiente más próximo); macrosistema (aspectos históricos, sociales y culturales propios de la sociedad en la que el individuo vive” (22).

Este mismo modelo explica, tal como lo plantea Lorence:

“La relación que existe entre las influencias ambientales y el desarrollo personal. Las aportaciones de Bronfenbrenner han sido un punto de inflexión para el estudio de la familia, entre otras cosas, porque ponen claramente de manifiesto cómo la familia es un sistema abierto a las influencias externas, sometida a un proceso de cambio y estabilidad permanente.

Desde la *perspectiva sistémica* se considera a la familia como un sistema abierto, que mantiene relaciones bidireccionales con otros contextos que le rodean, influenciando e influenciándose de los cambios que se producen en estos y de las relaciones que mantienen con los mismos” (22).

Lerner y Steinberg aducen, según Lorence, que: “En este sentido se podría decir que el desarrollo de los niños y las niñas se ve influenciado por un contexto familiar tanto como ellos moldean su entorno de desarrollo, a través del estilo de interacción que mantienen” (22).

Cuervo argumenta que:

“La familia influye en el desarrollo socioafectivo del infante, ya que los modelos, valores, normas, roles y habilidades se aprenden durante el período de la

infancia, la cual está relacionada con el manejo y resolución de conflictos, las habilidades sociales y adaptativas, con las conductas prosociales y con la regulación emocional, entre otras. Aunque son multidimensionales los factores que afectan el desarrollo de los niños y niñas, es importante identificar la influencia de la familia y de los estilos y pautas de crianza en el desarrollo socioafectivo, además de identificar factores de riesgo y problemas de salud mental en la infancia, tales como: la depresión infantil, agresividad, baja autoestima, problemas en conductas adaptativas, entre otras” (9).

Los argumentos anteriores hay que concatenarlos con los elementos legislativos, dado que también toman fuerza en la representatividad social de una comunidad fundamentada en la familia. Es así como en términos legislativos internacionales y nacionales -según el artículo 16 numeral 3º de la Declaración Universal de los Derechos Humanos-: “La familia es el elemento natural, fundamental y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado” (23).

La Constitución Política de Colombia en el Artículo 5, reza: “El Estado reconoce, sin discriminación alguna, la primacía de los derechos inalienables de la persona y ampara a la familia como institución básica de la sociedad” (24). Y en el Artículo 42, reza: “La familia es el núcleo fundamental de la sociedad. El Estado y la sociedad garantizan la protección integral de la familia. La honra, la dignidad y la intimidad de la familia son inviolables” (24).

La Ley 1361 de 2009 (25), por medio de la cual se crea la Ley de Protección Integral a la Familia, tiene por objeto fortalecer y garantizar el desarrollo integral de la familia, como núcleo fundamental de la sociedad; asimismo, establece las disposiciones necesarias para la elaboración de una Política Pública para la familia.

Y atendiendo la anterior ley, a través del Acuerdo Número 0784 de Junio 5 de 2012 (26), por medio del cual se adopta el Plan de Desarrollo Manizales 2012-2015 “Gobierno en la Calle”, se incorpora en las acciones afirmativas para el

reconocimiento de derechos de grupos poblacionales la primera infancia, niñez, adolescencia, juventud y familia, y se argumenta que pese a que la familia sigue siendo la institución más valorada por los colombianos, hay signos que evidencian un creciente deterioro en la calidad de los vínculos de sus miembros, con el consiguiente debilitamiento de su unidad interna.

#### 4.2.2. Tipología familiar

La familia, a través de la historia, ha tenido heterogeneidad en las formas de asociación y estas se han clasificado de acuerdo a la forma de agruparse, recibiendo diversos nombres según el vínculo establecido. Es así como se encuentra la clásica familia biparental, con el hombre ganapán (*male breadwinner*), pero su peso relativo en la sociedad va “a la baja”; “Aumentan, en contrapartida, las familias monoparentales de jefatura femenina, las familias reconstituidas o recompuestas, familias de un mismo sexo, familias unipersonales, entre otras” (27).

En el libro *Psicología y familia*, Serrano (28) referencia a Pastor, quien en el libro *Problemáticas familiares actuales y terapia familiar* establece cuatro criterios de estructura familiar: Según la cantidad de miembros que conforman la familia: nuclear y extensa. Por el tipo de matrimonio: monogámico, poligámico. Por la residencia: patrilocal, neolocal. Por la autoridad: patriarcal, matriarcal. Para Pastor la familia nuclear es la conformada por un hombre, una mujer y los hijos socialmente reconocidos, aunque este grupo no tiene que vivir bajo el mismo techo, aunque sí se tienen que establecer unas relaciones de armonía entre sus miembros. Es el grupo social más extendido socialmente. La familia extensa, amplia o compuesta está conformada por un grupo concreto de familias nucleares o por parte de estas. En un aparte se encuentra la familia monoparental, puede tener varios orígenes: el divorcio o separación, viudez o la madre soltera.

En tanto en el libro *Relaciones entre padres e hijos adolescentes*, Estévez y cols. (29) argumentan que la familia extensa siguiendo la línea de descendencia incluye a todas las generaciones: abuelos, hijos, nietos, tíos, etc. La familia nuclear o conyugal, formada por los cónyuges unidos por el matrimonio y sus hijos. La familia cohabitación, convivencia de una pareja unida por lazos afectivos, pero sin el vínculo del matrimonio. Hogar unipersonal, una persona sola, generalmente jóvenes solteros, adultos separados o divorciados y ancianos viudos. Familias monoparentales, constituidas por un padre o una madre que no convive con una pareja y sus hijos. Familia reconstituida, la que después de una separación, divorcio o muerte de uno de los cónyuges, se rehace con el padre o la madre que tiene a su cargo los hijos y un nuevo cónyuge que puede aportar o no hijos propios.

Sin embargo, para términos del presente estudio en la tipología familiar según su estructura y la conformación de esta, será considerada la familia nuclear, extensa, monoparental materna, monoparental paterna, la reconstituida y la unipersonal. Y por las características de las familias encontradas en el estudio se incorporó la tipología fraternal, en cuanto convivencia solo con hermanos y la emergente, considerando en esta la convivencia con amigos, con parejas y familia de la expareja, novios de algún integrante, etc.

**Tabla 1.** Tipología familiar

<b>Tipo de familia</b>	<b>Compuesta por</b>
<b>Nuclear</b>	Padre, madre e hijos.
<b>Monoparental materna</b>	Madre e hijos.
<b>Monoparental paterna</b>	Padre e hijos.
<b>Extensa</b>	Incluye varias generaciones: abuelos, hijos, nietos, tíos, etc. Puede estar también integrada por la familia nuclear.
<b>Reconstituida</b>	Puede ser padre o madre con sus hijos y los hijos o no de su nueva pareja.
<b>Unipersonal</b>	Persona sola.
<b>Fraternal</b>	Hermanos
<b>Emergente</b>	Incluye pareja y familiares actuales de la expareja, amigos, novios.

*Fuente:* adaptado de Estévez y cols. (29).

### 4.3. Adolescencia

La adolescencia es un proceso evolutivo del ser humano, donde se evidencian cambios significativos en todas las esferas del desarrollo, siendo unas más evidentes que otras.

Haciendo un poco de historia de la adolescencia, según la describen varios autores desde diversas teorías y opiniones:

“Fue Rousseau, en el ‘Emilio’, el primero que se refirió a la adolescencia como un período específico de desarrollo. Las teorías psicodinámicas, para ellos el adolescente revive un conflicto que data de la infancia (Freud y Anna Freud). Mead, desde la antropología cultural, ‘acabó’ con la supuesta universalidad de la adolescencia como período tormentoso y rebelde. Afirma que la adolescencia es un producto cultural, ésta será más o menos agitada dependiendo de las consecuencias y de las experiencias que cada cultura da a los adolescentes. Desde la escuela de Ginebra se da por bueno el considerar a la adolescencia como una etapa agitada, un período tumultuoso, aunque a lo que se dedican es a desarrollar su teoría en el ámbito del desarrollo intelectual. Para Piaget la adolescencia marca el acceso al pensamiento formal. Desde el campo del aprendizaje social, Bandura destaca la importancia de los aprendizajes que la persona realiza en el contexto social y considera que la adolescencia es el producto de la historia evolutiva previa. Coleman, con su teoría focal, manifiesta que posiblemente la adolescencia es una etapa de crisis pero no de la fuerza y trascendencia que otros autores clásicos marcaban” (30).

Se considera que la adolescencia es un paso sustancial en la vida del ser humano, enmarcado en una serie de cambios que podrán ser estructurales para la continuidad en el transcurrir de la vida, desarrollando potencialidades o negándose la posibilidad de asumir con responsabilidad una vida de satisfacción.

La Organización Mundial de la Salud –OMS– (31), considera la adolescencia como la etapa comprendida entre los 10 y 19 años de edad, donde se exteriorizan una serie de cambios rápidos del crecimiento físico, maduración y el desarrollo psicosocial del individuo.

Según la *Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Desarrollo del Joven de 10 a 29 años*, del Ministerio de salud y la Protección Social de Colombia (32), el inicio de la adolescencia lo marca la capacidad biológica de reproducirse y su final la capacidad social de reproducirse.

“En esta época los adolescentes que cuentan con apoyo y oportunidades para desarrollar su potencial físico, psicológico, social, moral, espiritual artístico o profesional es más probable que posean la autoestima, los conocimientos y las competencias requeridos para estar sanos, y que adquieran comportamientos protectores, evitando los factores de riesgo que amenacen su salud y su vida” (33).

Los hombres y las mujeres adolescentes atraviesan necesariamente por estos cambios que pueden ser mucho más sensibles que en otras personas, cambios que repercuten en el funcionamiento familiar, comunitario y social.

A fin de comprender los cambios más significativos de la adolescencia, se extrae una revisión de Steinberg y Silk citados por Lorence (22):

**Tabla 2.** Cambios de la adolescencia

<b>Físicos</b>	<b>Cognitivos</b>	<b>Personalidad</b>	<b>Sociales</b>
Aceleración rápida de crecimiento. Desarrollo de las Características sexuales primarias y secundarias. Cambios en la composición corporal. Cambios en el sistema respiratorio. Cambios en el sistema circulatorio.	Pensamiento multidimensional y relativista. Avances en el pensamiento abstracto. Razonamiento hipotético-deductivo. Avances en la metacognición.	Búsqueda de la identidad personal. Búsqueda de autonomía emocional y conductual. Desarrollo del autoconcepto. Inestabilidad emocional.	Disminuye el tiempo que pasan con sus familias. Incrementa el tiempo que comparten con sus iguales. Aumenta la oportunidad para actividades recreativas, académicas, sociales fuera de la familia.

*Fuente:* Steinberg y Silk citados por Lorence (22).

La OMS (34), manifiesta que la adolescencia se divide en tres etapas: adolescencia temprana (preadolescencia), adolescencia mediana, y adolescencia tardía.

**Tabla 3.** Cambios significativos según etapas de la adolescencia

<b>Adolescencia temprana (preadolescencia) 10 a 13 años</b>	<b>Adolescencia mediana 14 a los 16 años</b>	<b>Adolescencia tardía 17 a los 19 años</b>
<p>El pensamiento suele ser concreto, con fines muy inmediatos y la separación de los padres apenas comienza. Son evidentes los cambios puberales. Encuentra ambivalencias para separarse de sus padres o no y prefiere socializar con "pares" del mismo sexo. Conserva un pensamiento concreto con planes hacia el futuro vagos. Inicia la curiosidad sexual principalmente a través, pero no exclusivamente, de la masturbación. Se centra mucho en sí mismo y explora qué tan rígido o flexible es el sistema moral de sus padres o figuras de autoridad.</p>	<p>La individualización del adolescente empieza a hacerse más real, con una búsqueda de amigos fuera de la familia. Marcado el distanciamiento afectivo con los padres. Explora diferentes imágenes para expresarse y para que lo reconozcan en la sociedad, así mismo diversos roles de adultos. Socializa con pares de diferente sexo e inicia actividad sexual con quien identifica como su pareja sexual. Se fascina por la capacidad de pensar diferente y el descubrir la abstracción de nuevos conceptos. El riesgo de vincularse a actividades colectivas que suplan su necesidad de encontrar identidad y reconocimiento social y cultural es mayor en esta etapa.</p>	<p>Es independiente y capaz de integrar su imagen corporal con su identidad o personalidad. Establece y consolida relaciones que se basan en el cuidado y el respeto por la autonomía y por la intimidad de los otros. Prefiere relaciones sociales más con individuos que con grupos o colectividades. Define planes y metas específicas, viables y reales. Es capaz de abstraer conceptos, define su sistema de valores e ideología.</p>

*Fuente:* Ministerio de Salud (32) y OMS (34).

En especial los adolescentes, a diferencia de los niños y adultos, se implican con más probabilidad en comportamientos temerarios, ilegales y antisociales. La adolescencia inicial y media son los periodos donde más elevada es la prevalencia de variedad en conductas de riesgo, como, por ejemplo, conductas delictivas, consumo de tóxicos o conducta sexual de riesgo (22).

En este sentido –según Lorence (22)– diferentes estudios: Vitaro y cols., Martínez y cols. (35) y Sandoval y cols., evidencian cómo en este periodo aumenta la probabilidad de consumir tabaco, alcohol y otras drogas; al mismo tiempo que aumentan los comportamientos delictivos, la agresividad verbal y los comportamientos antisociales.



En relación con los problemas de ajuste interno, durante la adolescencia, tanto los hombres como las mujeres tienden a ser más inestables emocionalmente que en otras edades. Consecuentemente, experimentan estados de ánimos más extremos y cambios de humor más bruscos tal y como lo comentan Lila y cols., citados por Lorence (22), incrementándose los problemas relacionados con el ajuste interno de forma considerable al inicio de la adolescencia. Sin embargo, desde Parra el curso que siguen los problemas de internalización durante la adolescencia media y tardía suele ser relativamente estable, excepto en las chicas, donde el incremento parece seguir aumentando, según Sandoval y cols. (22).

En el tránsito de la etapa de la infancia a la adolescencia, se observa un cúmulo de cambios biopsicocomportales y sociales que hacen de esta etapa la más vulnerable de todo el ciclo vital del ser humano, sin dejar de entender que es el periodo más sano de la vida. Por ende, los esfuerzos encausados a fortalecer este proceso desde todas las esferas del desarrollo, aunado a los esfuerzos institucionales e intersectoriales no se darán en vano, dada la posibilidad de trabajar en una población que puede ser receptiva si entendemos desde su sentir las necesidades particulares de este proceso y establecemos canales de comunicación más permeables que influyan en su calidad de vida.

Por consiguiente, amerita especial atención este grupo poblacional dado que, según la OPS (36), muchos adolescentes mueren de forma prematura debido a accidentes, suicidios, violencia, delincuencia, pandillas, complicaciones relacionadas con el embarazo y enfermedades prevenibles o tratables, actividades de riesgo. Además, muchas enfermedades graves de la edad adulta comienzan en la adolescencia. Por ejemplo, el consumo de sustancias psicoactivas, las infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH, y los malos hábitos alimentarios y de ejercicio, son causas de enfermedad o muerte prematura en fases posteriores de la vida.

La adolescencia es una etapa decisiva en la adquisición y consolidación de los estilos de vida, ya que se establecen algunas tendencias comportamentales adquiridas en la infancia y se incorporan otras nuevas provenientes de dichos entornos de influencia. En esta etapa de transición se fijan los comportamientos, los cuales tienen una influencia directa en el modelamiento y/o estructura dada en la infancia por sus más allegados cuidadores, develando las pautas de crianza que deja ver hoy su personalidad.

La adolescencia es un periodo de consolidación de los recursos internos que desde la infancia se han venido construyendo, los cuales sufren diferentes fracturas cuando se tienen factores de riesgo que colocan en vulnerabilidad al adolescente. Para efectos de este trabajo:

“En esencia, un factor de riesgo ‘es una característica interna y/o externa al individuo cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno’ (Luengo y otros, 1999). El enfoque del factor de riesgo [...] fue adoptado desde la investigación biomédica y dirigido hacia la identificación de aquellos factores biopsico-sociales [...], del comportamiento y del medio ambiente que parecían estar asociados con la aparición de un problema de salud” (37).

Los factores de riesgo son las expresiones particulares que sujetas a una exposición, a una condición genética, a una estimulación social, ambiental, comportamental, potencian el desencadenamiento de un evento en especial; sin embargo éstos son modificables en el tiempo, dado el cambio de circunstancia, de exposición y/o de eliminación, de avance en el ciclo vital y son diferenciales de generación en generación.

“Estos factores de riesgo explican las condiciones en las que se puede producir el inicio del consumo, pero no se puede considerar que tales factores sean la causa. Por tanto, es imprescindible hablar en términos de probabilidad y no de determinación, es por ello que no se puede entender cada uno de ellos en

forma aislada, sino que debe ser considerada en interacción recíproca y dinámica” (38).

Existen diferentes factores de riesgo como antecedentes genéticos de predisposición a la adicción, modelos de aprendizaje por imitación, disfuncionalidad familiar en donde:

“El comportamiento de los padres actuaría como modelo para los hijos, la carencia de apoyo familiar puede llevar a los niños y adolescentes a ser usuarios de alcohol y tabaco utilizando esta manera como forma alternativa de enfrentar sus problemas generados por ese ambiente.

Los padres distantes favorecerían la escogencia por parte de los hijos de amigos con problemas, que a su vez estarían asociados al uso de drogas lícitas e ilícitas” (39).

Es por tanto que los factores de riesgo:

“No es condición necesaria [para] la ocurrencia de los mismos factores entre sujetos consumidores, ya que la variedad y la configuración particular de circunstancias personales y sociales es la norma en este fenómeno que estudiamos. Esta variedad queda puesta de manifiesto al haberse aceptado por la comunidad científica la necesidad de entender el consumo de drogas como el resultado de un campo de fuerzas bio-psico-socio-culturales, ya que existe una sustancia, un sujeto y un contexto donde se desarrolla la conducta de consumo. [...].

Coincidimos en que la adolescencia, como etapa evolutiva, es un período significativo en relación al consumo de sustancias. Parece constatado que el consumo de drogas tiene su origen en edades relativamente tempranas, concretamente en las primeras etapas de la adolescencia [...]. Una serie de cambios cognitivos, personales y psicosociales hacen a los adolescentes más vulnerables a las conductas problemáticas, ya que les sitúan más cerca de la influencia por tres grupos principales de factores de riesgo:

- *Factores de riesgo individuales:* Hacen referencia a las características internas del individuo, a su forma de ser, sentirse y comportarse. La edad, la personalidad, los recursos sociales de que dispone, las actitudes, los valores, la autoestima, etc. conforman un sujeto único.
  
- *Factores de riesgo relacionales:* Son aquellos aspectos relativos al entorno más próximo de la persona. La interacción específica de cada sujeto con la familia, los amigos y el contexto escolar determina una situación peculiar.
  
- *Factores de riesgo sociales:* Hacen referencia a un entorno social más amplio. La estructura económica, normativa, la accesibilidad al consumo, la aceptación social del mismo y las costumbres y tradiciones imprimen unas características que diferencian a unas culturas de otras y por tanto afectan a la conducta del individuo. [...]

La mayor o menor adquisición de determinadas características personales, recursos, etc. hará que éstos actúen como factores de riesgo (facilitando la probabilidad de inicio y desarrollo de consumo de drogas) o como factores de protección” (40).

#### **4.4. Socialización**

Whiting, en 1970, aduce que: “El término *socialización*, de amplio uso en Psicología, Pedagogía, Antropología y Sociología, denota el proceso mediante el cual se transmite la cultura de una generación a la siguiente” (40). Tanto así que la transmisión generacional carga todo el legado cultural, histórico y hasta comportamental; en tanto Arnett manifiesta que: “La socialización es un proceso interactivo mediante el cual se transmiten los contenidos culturales que se incorporan en forma de conductas y creencias a la personalidad de los seres humanos” (41). Musitu y Allat, quienes son unos grandes críticos de los procesos de socialización establecen que:

“Se puede definir como un proceso de aprendizaje no formalizado y en gran parte no consciente, en el que a través de un entramado y complejo proceso de

interacciones, el niño asimila conocimientos, actitudes, valores, costumbres, necesidades, sentimientos y demás patrones culturales que caracterizarán para toda la vida su estilo de adaptación al ambiente” (42).

Dado los procesos comunicacionales que permea la socialización, la familia es la primera facilitadora de éste proceso y logra ser mediática en esta función: “Se considera que la socialización es la función familiar por excelencia. En la familia como grupo primario, la socialización se desarrolla como función psicológica, como función de interrelación de sus miembros y como función básica de la organización social” (43).

“Los estudios en este ámbito han puesto de manifiesto que los procesos de socialización durante la infancia y la adolescencia son fruto de la influencia bidireccional que se produce a nivel microsistémico, mesosistémico, exosistémico y macrosistémico en los contextos de desarrollo de los menores. Gracias al *proceso de socialización*, los menores adquieren un sentido de identidad personal y aprenden las creencias y normas de comportamientos que los adultos de su entorno consideran importantes y apropiadas [...].

La socialización ha sido una de las funciones más ampliamente reconocidas y estudiadas de la familia, y prueba de ello es la existencia de numerosas investigaciones que han analizado la influencia de la socialización familiar en el desarrollo personal. Aunque no existe un acuerdo unánime en la definición de procesos de *socialización familiar* podemos definir este proceso como: ‘... el conjunto de procesos de interacción que se producen en el contexto familiar y que tiene por objetivo inculcar en los hijos un determinado sistema de valores, normas y creencias...’ (Lila, Buelga et al., 2006, p. 26).

Los procesos de socialización familiar no son independientes de la edad y el sexo de los hijos, de forma que se observan discrepancias en los resultados cuando se evalúa la socialización en familias con hijos de más o menos edad y de uno y otro sexo. En relación con la edad, se ha demostrado cómo los hijos e hijas perciben y reaccionan de forma distinta a las estrategias educativas de sus padres, desde el año y medio hasta la juventud, sobre todo durante la adolescencia, donde los cambios que se producen en las percepciones de sí

mismo, de los padres y de las relaciones de ambos son más evidentes [...]” (22).

La socialización parental ha sido objeto de especial atención por parte de los científicos sociales a lo largo de todo este siglo. Arnett (41) y Scarr (44) establecen que las prácticas educativas parentales varían según las culturas, las cuales establecen el rango de oportunidades para el desarrollo, definen los límites de lo que es deseable, lo que son variaciones individuales “normales” y el rango y foco de la variación personal que es aceptable y recompensada; la socialización significa inevitablemente la definición de límites y normas, en donde las culturas difieren en el grado de restricción que imponen.

“Los límites culturales establecidos en el curso de la socialización incluyen no solo demandas explícitas y advertencias, sino también, la más sutil, pero no menos influyente, fuerza de las expectativas de los demás, tal y como es experimentada a través de las interacciones sociales” (45).

Martínez sostiene que:

“No debemos olvidar que la socialización de los hijos es la principal responsabilidad en gran parte de las sociedades y que las formas en que los padres logran este objetivo varían, no solo entre las culturas [...], sino que también cambia de familia a familia [...]” (47).

En relación a las funciones que cumple la familia como contexto de socialización, Lorence –acogiendo ideas de Roldán– conceptúa:

“[...] podríamos decir que durante la adolescencia, la familia debe ir transformándose de un sistema que protege y cuida a los hijos, a otra que los prepara para entrar en el mundo de las responsabilidades adultas y de los compromisos (Roldán, 1998). Es el momento en el que madre y padre tienen que supervisar la creciente autonomía del niño/a con la esperanza de que desarrolle su propia identidad y un buen autocontrol, pero cuidando a la vez no limitar su curiosidad, iniciativa y competencia personal. Así, durante la

adolescencia la familia sigue ejerciendo un papel fundamental en la construcción positiva del desarrollo del menor” (22).

Según Gracia y cols.:

“Mediante el proceso [de socialización] se consiguen, al menos, tres objetivos generales de gran importancia, tanto para el niño socializado como para la sociedad que le culturiza:

1. *El control del impulso, incluyendo el desarrollo de una conciencia.* El control del impulso y la capacidad para la autorregulación se establecen primero en la infancia, normalmente a través de la socialización por los padres y otros adultos, hermanos e iguales (Gottfredson y Hirschi, 1990; Wilson y Herrnstein, 1985). Todos los niños deben aprender que no pueden tomar todo lo que encuentran atractivo, o de lo contrario sufrirán las consecuencias sociales o físicas de los demás. Al asumir un proceso de socialización que se inicia con el nacimiento, Wrong (1994) observaba: “todos los seres humanos llegan a un equilibrio entre impulsos egoístas y normas sociales interiorizadas, estableciendo límites para actuar directamente sobre esos impulsos” (pág. 201). El bajo autocontrol se relaciona con problemas en el adolescente, joven y adulto en áreas que incluyen relaciones sociales, estabilidad y éxito ocupacional, e incluso, conducta criminal (Gottfredson y Hirschi, 1990).

2. *Preparación y ejecución del rol, incluyendo roles ocupacionales, roles de género y roles en las instituciones, tales como el matrimonio y la paternidad.* Un segundo objetivo de la socialización es la preparación para la ejecución de roles. El proceso de aprender y ejecutar roles sociales tiene numerosos aspectos, y continúa a través del desarrollo vital. Para los niños significa el aprendizaje de roles en la familia, roles relacionados con el género, roles en el juego con los iguales y roles en la escuela. Para los adolescentes significa el aprendizaje de roles en las relaciones heterosexuales y experimentar una preparación más intensiva para el rol de adulto. Para los adultos significa preparación y ejecución de roles en el matrimonio y la paternidad, así como también en el trabajo, e incluye otros roles que pueden surgir en el curso del

desarrollo del adulto, tales como abuelo, persona divorciada, retirada o persona mayor (Bush y Simmons, 1981).

3. *El cultivo de fuentes de significado —esto es, lo que es importante, lo que tiene que ser valorado, por qué y para qué se tiene que vivir—*. El tercer objetivo de la socialización, el desarrollo de fuentes de significado, con frecuencia incluye creencias religiosas lo cual generalmente explica el origen de la vida humana, las razones del sufrimiento, lo que nos sucede cuando morimos y el significado de la vida humana a la luz de la mortalidad. Otras fuentes comunes de significado en varias culturas incluyen las relaciones familiares, los vínculos a un grupo comunitario o étnico o a un grupo racial o nación, y el logro individual. Las fuentes de significado también incluyen las normas que se enseñan y aprenden en los procesos de socialización, esto es, las personas aprenden a través de los procesos de socialización no solo lo que son las normas de la vida social, sino a asumir esas normas como si fuesen adecuadas, correctas y venerables —en suma, significativas—.

En definitiva, el proceso de socialización cumple una función radicalmente social, consiste en un proceso de inmersión cultural que en gran medida determinará la futura forma de actuar del niño (Murray y Mandara, 2002), quien aprenderá las limitaciones y posibilidades que le depara su porvenir en la comunidad, controlará sus impulsos, aprenderá roles que le permitan expresarlos considerando la existencia de los demás y, finalmente, formará su identidad (Murray y Mandara, 2002)” (47).

De otro lado, Lorence expresa:

“A menudo, la socialización se ha considerado un proceso predominantemente unidireccional, insistiendo en que el cambio y la regulación provienen siempre del exterior del sujeto que se está socializando. No obstante, son muchos los modelos teóricos, incluso desde las perspectivas psicológicas tradicionales como el conductismo y psicoanálisis, que intentan explicar el carácter recíproco e interactivo del proceso de socialización. Partiendo del interaccionismo simbólico, Schaffer (1989) identificó un nuevo enfoque teórico en la



conceptualización de la socialización extensible a todo el ciclo vital, que él denominó *modelo de mutualidad*. [...].

El modelo de mutualidad (Schaffer, 1989) concibe al niño/a y al adolescente como un participante activo en la construcción de su propio desarrollo social, y resalta la importancia y significatividad de la interdependencia entre padres e hijos en sus intercambios sociales, al considerar que éstos intercambios son resultado de una negociación constante basada en la exploración y la estimulación mutua. [...] Por este motivo, la mayoría de los estudios han simplificado sus objetivos de trabajo al análisis de uno o dos contextos de socialización, destacando el interés por el contexto familiar” (22).

#### 4.4.1. Estilos de socialización parental

En relación a esta variable, la cual es el eje transversal de la presente investigación, vale la pena traer a colación los aspectos más importantes que algunos autores exponen al respecto:

“Los procesos de socialización parental han sido analizados de diferentes maneras por los psicólogos evolutivos. Es una tarea bastante complicada analizar las dimensiones y los estilos de socialización parental que se presentan en una familia principalmente por dos razones: la multitud de factores y variables de análisis que comprende y dificultades metodológicas que acarrea. Hasta ahora, los procesos de socialización parental han sido evaluados siguiendo uno de estos dos *métodos de evaluación*: la observación directa y el uso de cuestionarios o escalas. Si bien es cierto que el primer método es el que aporta información más real y objetiva presenta una serie de desventajas que hacen que sea más frecuente el uso de cuestionario o escalas.

A pesar de la complejidad del constructo y la dificultad de evaluar las interacciones familiares de una manera precisa y objetiva, a lo largo de los años se han desarrollado instrumentos y escalas que, desde una perspectiva multidimensional, tratan evaluar los procesos de socialización familiar. [...].

Una de las dificultades del uso de cuestionarios y escalas como herramientas de evaluación es decidir cuál de los miembros de la familia es la fuente de información más válida, es decir, si es más fiable entrevistar a los progenitores o a los propios menores y si es mejor recoger información sobre el estilo educativo desempeñado por la madre o el del padre. Lo ideal para evaluar una dimensión relacional como es el estilo de socialización parental sería preguntar y recoger información de todos los miembros implicados en el proceso interactivo. Sin embargo, las dificultades para recabar tanta información, sobre todo en adolescentes de familias en riesgo donde la accesibilidad es ya es lo bastante complicada, obliga a los profesionales a tomar decisiones importantes acerca de a quién es más importante entrevistar y cuál es el estilo educativo más decisivo para el desarrollo adolescente, si el del padre o la madre.

En relación a las *fuentes de información* más fiables, diversos estudios en las décadas de los 50 y 60 utilizaron a los progenitores como informadores [...]. Si bien es cierto que la información extraída de los padres ofrece interesantes resultados, algunos autores han criticado su uso por considerar que los padres no son del todo conscientes de ciertos aspectos de su comportamiento y que pueden ocultar la existencia de determinadas conductas por no ser deseables socialmente. Además, se ha comprobado que lo realmente decisivo para el desarrollo del menor es la percepción que éste tiene de las prácticas educativas de sus padres y no tanto lo que éstos tratan de hacer [...].

En relación a la segunda característica, cuál es el *estilo educativo más determinante* para el desarrollo adolescente, si el del padre o la madre, los estudios apuntan que son las madres las más influyentes en el desarrollo de los hijos/as. Las relaciones de los adolescentes con sus madres y sus padres son bastante diferentes [...]. Las madres suelen mantener más conversaciones con sus hijos/as adolescentes [...], éstos las perciben más cercanas emocionalmente y por eso se convierten en una fuente de apoyo emocional esencial [...]. En general, las relaciones de los adolescentes con sus madres pueden ser caracterizadas como más intensas que con los padres, además se ha comprobado que se implican más en el cuidado de los hijos/as que los padres en todas las relaciones estudiadas [...] y que son consideradas una

fuente de apoyo emocional más importante para sus hijos/as que sus padres [...].

*En conjunto*, estos son los principales motivos que han hecho que sean más los estudios que analicen el papel que juega la madre, y no el padre, en el proceso de socialización familiar con menores. Asimismo, en la mayoría se evalúan el estilo educativo parental utilizando a los menores como agentes de información” (22).

Por más que los modelos teóricos de los trabajos han variado, al igual que los métodos y técnicas para validarlos, en todos ellos se establece un amplio consenso; por lo menos, una amplia mayoría de los trabajos de investigación coinciden en señalar que hay dos grandes dimensiones que explican las prácticas de socialización parentales.

“Ya los investigadores pioneros diferían en el énfasis teórico que concedían a la cuestión de si los padres recurrían al *control* (Watson, 1928) o al *apego* (Freud, 1933 y Rogers, 1960) para socializar a sus hijos; Symonds (1939) definía las dimensiones de *aceptación/rechazo* y de *dominio/sumisión*; Baldwin (1955), *calor emocional/hostilidad* e *indiferencia/compromiso*; Schaefer (1959) las de *amor/hostilidad* y *autonomía/control*; Sears, MacCoby y Levin (1957) las de *calor* y *permisividad/inflexibilidad* y Becker (1964) las de *calor/hostilidad* y *restricción/permisividad*. A partir de los años 60 la contribución más significativa en este campo se debe a Diana Baumrind (1967, 1968, 1971 y 1989) quien a partir de numerosas investigaciones, en las que utilizaba métodos observacionales, encuestas y autoinformes, también constató dos dimensiones subyacentes en las relaciones paterno-filiales: *aceptación* y *control* parental. En esta misma línea, en el trabajo realizado por Steinberg, Lamborn, Darling, Mounts y Dornbusch (1994), a partir de los autoinformes de 4000 adolescentes americanos, se obtienen también dos dimensiones con connotaciones similares: *aceptación/implicación* e *inflexibilidad/supervisión*” (46).

El procedimiento empleado para evaluar los dos grandes ejes consiste generalmente en inferirlos a partir de las relaciones que se detectan entre las

escalas que miden para el caso de la *implicación*: el apego, la aceptación, el amor, etc., y para la *supervisión*: la disciplina, el castigo, la privación, el control, etc.

Como se señaló:

“Aunque la denominación de los ejes varía entre los distintos autores, existe una importante coincidencia en aceptar que los estilos parentales se explican mediante un modelo bidimensional cuyos componentes podríamos denominar genéricamente como *Aceptación/Implicación* y *Coerción/Imposición* [...]. Al suponer que estas dos dimensiones son independientes, en el sentido de que la medida de una no está relacionada con la otra, se pueden caracterizar cuatro tipos de estilos parentales de socialización: *el autoritativo*, con alta *aceptación/implicación* y alta *coerción/imposición*; *el permisivo*, con alta *aceptación/implicación* y baja *coerción/imposición*; *el autoritario*, con baja *aceptación/implicación* y alta *coerción/imposición*; y *el negligente*, con baja *aceptación/implicación* y baja *coerción/imposición* [...].” (46).

Para responder a la pregunta, cómo inciden los estilos de socialización parentales en el comportamiento de los hijos, también se dispone de multitud de investigaciones. En ellas se han relacionado tanto las dos dimensiones principales como los tipos que resultan de su combinación, con varias medidas del ajuste social y psicológico del hijo, resultando evidente que los estilos educativos de los padres juegan un papel muy importante para estos aspectos filiales.

“Algunos de los resultados son que un estilo orientado al amor –el aspecto afectivo de la *implicación*– tiene más capacidad para desarrollar [...] [en el adolescente] el sentimiento de responsabilidad sobre sus propios actos que un estilo orientado al poder (Becker, 1964); [...] [por lo que la inducción parental mediante el afecto conduce al desarrollo de la individualidad], mientras que la coerción ocasiona la aceptación y obediencia ciega (Peterson, Rollins y Thomas, 1985). En la misma línea, Kelly y Goodwin (1983) afirmaban que el estilo parental democrático –que incluiría los tipos *permisivo* y *autoritativo*–

alienta el desarrollo autónomo del adolescente, mientras que el enfoque parental autocrático –el *autoritario* según la tipología expuesta– promueve la conformidad solo cuando los padres están presentes. A partir de los trabajos de Baumrind (1967, 1971) se ha comprobado que el estilo *autorizativo* está más relacionado con las medidas de competencia social y menos con las disfunciones conductuales (para una revisión ver Baumrind 1989, 1991)” (46).

De otro lado, Oliva y cols. dicen que:

“Desde que Baumrind (1968) clasificase los estilos educativos parentales en autoritarios, democráticos y permisivos, muchas investigaciones han estudiado la relación entre el estilo parental y diversas medidas del desarrollo infantil. Como han señalado Steinberg y Silk (2002), esas primeras aproximaciones al estudio del estilo parental que utilizaban un enfoque tipológico o clasificatorio se vieron complementadas por las aportaciones de otros investigadores que siguieron un enfoque dimensional. El enfoque tipológico procede mediante la comparación de niños o adolescentes cuyos padres se diferencian por el estilo educativo que muestran, y que ha sido definido en función de dimensiones como el afecto y el control. En cambio, el enfoque dimensional trata de poner en relación algunas de las variables o dimensiones más relevantes del estilo parental con variables referidas al ajuste o competencia de sus hijos” (48).

Según Cuervo:

“Oliva, Parra & Arranz (2008) proponen estilos parentales relacionales asociados con el clima y caracterizados por el apoyo, el afecto, la comunicación y la promoción de la autonomía desde una perspectiva más multidimensional, no solo de afecto y control en las pautas de crianza. Oliva, Parra, Sánchez & López (2007) también estudian las relaciones entre estilos parentales y ajuste del adolescente y destacan las relaciones con el desarrollo de los hijos” (9).

El estilo parental es un componente del comportamiento humano que se trasfiere en los procesos educativos de crianza.

“El estilo parental puede ser entendido como una constelación de actitudes acerca del niño, que le son comunicadas y que, en conjunto, crean un clima emocional en el que se ponen de manifiesto los comportamientos de los padres. Estos comportamientos incluyen tanto las conductas a través de las cuales los padres desarrollan sus propios deberes de paternidad (prácticas parentales) como cualquier otro tipo de comportamientos como gestos, cambios en el tono de voz, expresiones espontáneas de afecto, etc. (Darling y Steinberg, 1993)” (2).

Según García y Gracia:

“Tradicionalmente, la investigación en torno a la relación entre los estilos parentales y el ajuste psicosocial de los hijos se ha basado en un modelo de cuatro tipologías de estilos de socialización familiar. Como alternativa al modelo tripartito de Baumrind (1967, 1971) –estilos parentales autoritativo, autoritario y permisivo–, Maccoby y Martin (1983) propusieron un modelo bidimensional de socialización parental en el que las dimensiones exigencia (demandingness) y responsividad (responsiveness) eran teóricamente ortogonales (Darling y Steinberg, 1993; Smetana, 1995).

De acuerdo con Lamborn, Mounts, Steinberg y Dornbusch (1991), este modelo de cuatro tipologías enfatiza la necesidad de tener en cuenta los efectos de la combinación de las dos dimensiones parentales en el análisis de su relación con el ajuste de los hijos. Los dos ejes principales reflejarían dos tipos de patrones persistentes en la actuación parental (Musitu y García, 2001), que al ser independientes (no están relacionados y la actuación en uno de ellos no permite conocer cuál será la del otro) necesitan ser analizados conjuntamente para determinar el estilo de la relación y las consecuencias que tiene cada tipo de relación entre padres e hijos (Darling y Steinberg, 1993; Smetana, 1995; Steinberg, 2005).

Las diferentes prácticas parentales de socialización se organizarían sobre estos ejes (Darling y Steinberg, 1993; Maccoby y Martin, 1983; Musitu y García, 2001; Schaefer, 1959). Por ejemplo, las prácticas de control psicológico se caracterizan por la alta imposición y el bajo afecto, estando relacionadas con

los padres autoritarios (Barber, Olsen y Shagle, 1994; Delgado, Jiménez, Sánchez-Queija y Gaviño, 2007). Las de control conductual se caracterizan por la alta imposición y el alto afecto, estando relacionadas con los padres autorizativos (véase Delgado *et al.*, 2007). Las de razonamiento y diálogo para limitar las conductas desajustadas de los hijos se relacionan positivamente con el afecto y con el reconocimiento de las ajustadas, compartiéndolas los estilos autorizativo e indulgente (Grusec y Lytton, 1988; Musitu y García, 2001, 2004; Oliva, 2006).

En este sentido, en la literatura especializada no se han observado de manera consistente interacciones como, por ejemplo, que el padre tiene que ser autorizativo con el hijo pero negligente con la hija, o que el padre autorizativo y la madre negligente sean los idóneos, o que con los niños jóvenes sea mejor el autoritario y con los adolescentes, mejor el indulgente (*e.g.*, Baumrind, 1967, 1971; Darling y Steinberg, 1993; Lamborn *et al.*, 1991; Maccoby y Martin, 1983)” (49).

Tomando como referencia el ESPA29: Escala de Socialización Parental en la Adolescencia, de Musitu y García y retomemos los conceptos que estos autores le dan a cada una de las categorías de los estilos parentales:

**“I. Estilo Autorizativo. Alta Aceptación/implicación y alta Coerción/imposición.** Estos padres junto con los indulgentes son los mejores comunicadores, estando, por lo tanto, dispuestos a aceptar los argumentos del hijo/a para retirar una orden o una demanda, argumentan bien, utilizan con más frecuencia la razón para obtener la complacencia y fomentan más el diálogo para lograr un acuerdo con el hijo. A la vez, y a diferencia de los indulgentes, cuando los hijos se comportan de manera incorrecta, junto con el diálogo también emplean la coerción física y verbal, y las privaciones. Los padres de este modelo muestran un equilibrio en la relación con sus hijos entre la alta afectividad con el alto autocontrol y entre las altas demandas con una comunicación clara sobre todo lo que se exige del hijo.

La definición constitutiva de padres autorizativos podría ser como sigue: son aquellos padres que se esfuerzan en dirigir las actividades del hijo pero de una

manera racional y orientada al proceso; estimulan el diálogo verbal y comparten con el hijo el razonamiento que subyace a su política; valoran tanto los atributos expresivos como instrumentales, las decisiones autónomas y la conformidad disciplinada. En consecuencia, ejercen el control firme en puntos de divergencia, pero utilizando el diálogo. Reconocen sus propios derechos especiales como adultos, pero también los intereses y modos especiales del hijo. Los padres autorizativos afirman las cualidades presentes del hijo, pero también establecen líneas para la conducta futura, recurriendo tanto a la razón como al poder para lograr sus objetivos.

**II. Estilo indulgente. Alta Aceptación/implicación y baja Coerción/imposición.** Estos padres son iguales de comunicativos con los hijos que los *autorizativos*, pudiéndose decir lo mismo que en los otros respecto de que se muestran dispuestos a aceptar los argumentos del hijo/a para retirar una orden o una demanda, argumentan bien, utilizan con más frecuencia la razón para obtener la complacencia y fomentan más el diálogo para lograr un acuerdo con el hijo. Pero a diferencia de los autorizativos, cuando el hijo se porta de manera incorrecta, no suelen emplear la *Coerción/imposición* sino que reducen sus acciones limitantes al diálogo y el razonamiento. Tienen, por lo tanto, una imagen de sus hijos más simétrica que los autorizativos, y consideran que mediante el razonamiento y el diálogo pueden conseguir inhibir los comportamientos inadecuados de aquellos. Actúan con sus hijos como si se tratasen de personas maduras que son capaces de regular por sí mismos su comportamiento, y limitan su rol de padres a influir razonadamente en las consecuencias que las actuaciones inadecuadas pueden producirles.

El prototipo de padre/madre indulgente es el que intenta: comportarse de una manera afectiva, aceptando los impulsos, deseos y acciones del hijo. Consulta con ellos las decisiones internas del hogar y les proporciona explicaciones de las reglas familiares. Permite al hijo y adolescente regular sus propias actividades tanto como sea posible, ayudándole con las explicaciones y razonamientos, pero evita el ejercicio del control impositivo y coercitivo, y no le obliga a obedecer ciegamente a pautas impuestas por las figuras de autoridad, a no ser que estas sean razonadas. Por lo que él mismo, intenta utilizar la



razón, pero no recurrir al poder explícito, para que su hijo cumpla con sus fines o sus deseos.

**III. Estilo Autoritario. Baja Aceptación/implicación y alta Coerción/imposición.** La aserción del poder parental, junto con la baja implicación afectiva son los factores que distinguen a este estilo de los demás. Estos padres son altamente demandantes y, simultáneamente, muy poco atentos y sensibles a las necesidades y deseos del hijo. Los mensajes verbales parentales son unilaterales y tienden a ser afectivamente reprobatorios.

Los padres autoritarios con frecuencia no ofrecen razones cuando emiten órdenes; son los que menos estimulan las respuestas verbales y el diálogo ante las transgresiones y son, también, muy reticentes a modificar sus posiciones ante los argumentos de los hijos. Específicamente, estos padres se implican con mucha menos probabilidad en interacciones que tengan resultados satisfactorios para el hijo. Los padres autoritarios son generalmente indiferentes a las demandas de los hijos de apoyo y atención y utilizan con menos probabilidad el refuerzo positivo, mostrándose indiferentes ante las conductas adecuadas de sus hijos. La expresión de afecto en este estilo, es junto con el estilo *negligente* la más baja.

La definición de un estilo autoritario expresa a unos padres que intentan: modelar, controlar y evaluar la conducta y actitudes del hijo de acuerdo con un conjunto de normas de conducta, normalmente de forma absoluta. Valoran la obediencia como una virtud y favorecen medidas punitivas y de fuerza para doblegar la voluntad (la terquedad) cuando las acciones del hijo o las creencias personales de éste entren en conflicto con lo que piensan que es una conducta correcta. Confían en la inculcación de valores instrumentales como el respeto por la autoridad, respeto por el trabajo y respeto por la preservación del orden y de la estructura tradicional. No potencian el diálogo verbal, creyendo que el hijo debería aceptar solamente su palabra que es absolutamente correcta.

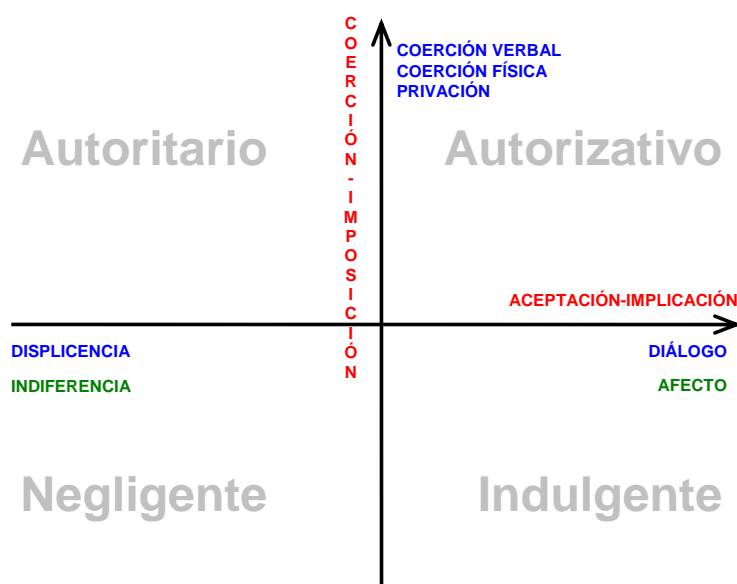
**IV. Estilo negligente. Baja Aceptación/implicación y baja Coerción/imposición.** El estilo negligente es bajo en afecto y en límites. Generalmente, este estilo parental se considera inadecuado para satisfacer las

necesidades de los hijos y, normalmente, son manifiestamente indiferentes con sus hijos. En este sentido, podría también integrarse dentro de este estilo la indiferencia, tal como lo han hecho numerosos autores (Rollins y Thomas, 1979 para una revisión) debido a su falta de implicación emocional y al pobre compromiso y supervisión de los hijos.

Bajos límites se refieren a la falta de supervisión y cuidado de los hijos. En estas situaciones los padres negligentes permiten a los hijos que se cuiden por sí mismos y que se responsabilicen de sus propias necesidades tanto físicas como psicológicas. Los padres negligentes, normalmente, otorgan demasiada responsabilidad e independencia a sus hijos tanto en los aspectos materiales como afectivos. Podríamos decir que éstos más que enseñar responsabilidad lo que están es privando a sus hijos de necesidades psicológicas fundamentales tales como el afecto, el apoyo y la supervisión. Los padres negligentes hacen pocas consultas con sus hijos sobre las decisiones internas del hogar y les dan pocas explicaciones de las reglas familiares, cuando estos se comportan de manera adecuada se mantienen indiferentes y cuando transgreden las normas no dialogan con ellos ni tampoco restringen su conducta mediante la *Coerción/imposición*.

El bajo afecto se refiere a los niveles más bajos de interacción entre padres e hijos. Los padres negligentes no solo interactúan con menos frecuencia con sus hijos, sino que además, los apoyan mucho menos en comparación con los estilos autorizativos e indulgentes. Además, los padres negligentes no se comprometen normalmente en interacciones efectivas, son más negativos, no refuerzan de manera consistente las conductas positivas, como tampoco interactúan con sus hijos en las soluciones de problemas y en las respuestas adecuadas a sus problemas o conductas disruptivas. Es importante, sobre todo desde un punto de vista práctico, que los padres negligentes no sean considerados como 'buenos' o 'malos'. La realidad es que estos padres utilizan 'herramientas' inefectivas en las relaciones con sus hijos que deben cambiar o sustituirlas por otras más efectivas, una tarea para la cual necesitan, normalmente, de la ayuda de los profesionales.

La definición constitutiva de unos padres negligentes se podría considerar como: aquellos que tienen serias dificultades para relacionarse e interactuar con sus hijos, al igual que para definir los límites en sus relaciones con ellos, permitiendo con indefensión que sean los propios hijos quienes las definan; aceptan con dificultades los cambios evolutivos de sus hijos y tienen pocas expresiones de afecto; no se implican en las interacciones con ellos; no supervisan constante y consistentemente las actividades de los hijos” (45).



Modelo bidimensional de socialización y tipologías [Musitu y García (45)].

## 4.5. Sustancias psicoactivas

### 4.5.1. Generalidades

Para muchos teóricos los conceptos relacionados con los términos de las sustancias psicoactivas (SPA) son de difícil manejo por el amplio y ambiguo manejo que se le ha dado a nivel histórico. El uso del vocablo SPA o droga se designo en la farmacología para designar a un medicamento en estado bruto, tal como se presenta en la naturaleza; para 1969 la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde un punto de vista clínico, definió droga como aquella sustancia que introducida en un organismo vivo, pueda modificar o alterar una o varias de sus funciones. De esta manera, droga viene a ser sinónimo de fármaco y así continúa utilizándose en la literatura inglesa.

Para 1982 la OMS intentó delimitar cuáles serían las sustancias que producían dependencia y declaró como droga de abuso: “Aquella de uso no médico, con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptible de ser autoadministrada” (50).

Según Lorenzo y cols., actualmente:

“Y desde la perspectiva médica y científica, se utiliza el vocablo droga para definir un gran número de sustancias que cumplen las siguientes condiciones:

\*Ser sustancias que introducidas en un organismo vivo son capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas de este (*carácter psicótropo o psicoactivo*).

\*Inducen a las personas que las toman a repetir su autoadministración, por el placer que generan (*acción reforzadora positiva*).

\*El cese en su consumo puede dar lugar a un gran malestar somático y/o psíquico (*dependencia física y/o psicológica*).

\*No tienen ninguna aplicación médica y si la tienen, pueden utilizarse con fines no terapéuticos” (50).

Por lo mencionado anteriormente, el término droga se aplica a: “aquellas sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia psicológica y, también, física, y que ocasionan, en muchos casos, un grave deterioro psicoorgánico y de conducta social” (50).

Según lo comentan estos autores:

“En la última década, los autores anglosajones han reemplazado el término droga por el de sustancia psicoactiva, justificando dicha sustitución por el hecho de que muchos productos con capacidad de producir trastorno por

abuso o dependencia se dan de forma natural (*cannabis*) o que no están fabricados para el consumo humano (pegamento); esta iniciativa se ha seguido también por otros autores a nivel mundial” (50).

Para comprender los aspectos generales del consumo de sustancias psicoactivas, es preciso especificar los conceptos relacionados con etapas o fases del consumo en las que se encuentra una persona que ha consumido algún tipo de SPA, las cuales se plantean en la literatura como: uso, hábito, abuso y dependencia.

Para entender un poco el uso de los términos de uso y hábito, los cuales no suelen ser claros diferencialmente para la mayoría de las personas, es preciso conocer la conceptualización que de ellos hacen Lorenzo y cols.:

“El uso de una sustancia no tiene ninguna significación clínica ni social; es decir, el término uso indica, sencillamente, *consumo, utilización, gasto de una sustancia sin que se produzcan efectos médicos, sociales, familiares, etc.* En ausencia de otras especificaciones debe entenderse un consumo aislado, ocasional, episódico, sin tolerancia o dependencia. [...]

El hábito sería la costumbre de consumir una sustancia por habernos adaptado a sus efectos. Hay, por tanto, un deseo del producto, pero nunca se vivencia de manera imperiosa. No existe una tendencia a aumentar la dosis ni se padecen trastornos físicos o psicológicos importantes cuando la sustancia no se consigue” (50).

Según la OMS, las SPA pueden estar enmarcadas desde su uso por cuatro criterios diferentes:

- “1. Uso no aprobado. Cuando el consumo está legalmente sancionado.
2. Uso peligroso. Indica el consumo de una sustancia cuando se está en situación de riesgo orgánico o el momento es inoportuno.

3. Uso dañino. Se refiere al consumo de sustancias por personas en situaciones vitales que conllevan una disminución importante o total de la tolerancia a las mismas.

4. Uso que provoca una disfunción. Describe a un patrón desadaptativo de consumo, ya sea por la prioridad que toma la administración de la sustancia y/o por los excesos cuantitativos puntuales que se realizan” (50).

Por su parte y en relación con el concepto de abuso, el Real Colegio de Psiquiatras Británico, lo entiende como: “Cualquier consumo de droga que dañe o amenace dañar, la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general” (50).

Ahora bien, en relación a la drogodependencia, esta fue definida, como tal, por primera vez por la OMS en 1964 como: “estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética... Más tarde, en 1969, la OMS catalogó la drogodependencia como una enfermedad maligna, progresiva y transmisible” (50).

La dependencia a las drogas o SPA en general, es entendida como un:

“Estado de necesitar o depender de algo o de alguien, ya sea como apoyo, para funcionar o para sobrevivir. Aplicado al alcohol y otras drogas, el término implica una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal. Puede utilizarse como sinónimo de adicción, aunque en este caso se ha producido ya un fenómeno de neuroadaptación con la aparición de los fenómenos de tolerancia, craving y priming, que implicarán necesidad de tratamiento. Tiene su equivalente tanto en el DSM-IV-TR como en el CIE-10” (51).

Y para Graña la farmacodependencia puede ser definida:

“Como el estado psíquico y a veces físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco que se caracteriza por modificaciones del

comportamiento y por otras reacciones, que comprenden siempre un impulso irreprímible a tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos, y a veces, para evitar el malestar producido por la privación” (52).

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), en su Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales, en su versión cuarta (DSM IV), plantean en relación a la dependencia a SPA: “La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continua consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella” (50) y expresa que “existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, a una clínica de abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia” (50). Es importante especificar que drogodependencia es sinónimo de adicción, farmacodependencia y toxicomanía, siendo la drogodependencia el vocablo de uso científico más preciso para muchos teóricos y quizás el término de mayor uso en la literatura.

En relación a las formas de consumo de SPA, se distinguen principalmente: la experimental, ocasional, habitual y compulsiva, las cuales serán expuestas en los términos de Lorenzo y cols.:

“**1. Experimental:** es un consumo fortuito o durante un periodo de tiempo muy limitado o en cantidad muy reducida. La droga se puede probar una vez o incluso varias veces, pero ya no se vuelve a consumir. La elección de la droga suele ser bastante indiscriminada y determinada por la oferta de los amigos o compañeros. Es un patrón inicial y común a todas las drogodependencias. Los motivos de este consumo es variado, entre ellos, tenemos: la curiosidad (conducta adolescente), el sentirse adulto (conducta iniciática), el sentirse parte de un grupo (conducta de integración), etcétera.

**2. Ocasional:** es un consumo intermitente de cantidades, a veces, importantes, cuya principal motivación es la integración grupal, a través de mayores niveles

de desinhibición personal. También pueden darse propósitos concretos como el deseo de obtención de un mayor rendimiento deportivo, académico, resistencia física en una actividad lúdica, goce sexual, etc. Este consumo se caracteriza porque la persona discrimina cual es el tipo de droga que prefiere y donde quiere usarla. Si estas circunstancias se dan con frecuencia, aumenta el peligro de desarrollar una drogodependencia. Este comportamiento, en si mismo, puede significar un trastorno por abuso de sustancia psicoactiva.

**3. Habitual:** es un consumo que tiene lugar a diario y presenta un doble propósito. Por un lado, aliviar el malestar psicoórganico que la persona padece (dependencia psicológica y/o física) y, por otro, el mantener un rendimiento (caso de los consumidores diarios de cocaína). Las alteraciones del comportamiento son menores; no obstante, la persona dedica gran parte de su tiempo a pensar en la droga, buscarla y autoadministrársela.

**4. Compulsivo:** es un consumo muy intenso, que se produce varias veces al día. Existe un trastorno muy importante del comportamiento que da lugar a un sin número de consecuencias sociales (perdida de trabajo, rupturas afectivas, vagabundeo, actos delictivos, etc.). El consumidor tiene una incapacidad de enfrentarse a los problemas básicos de la vida diaria. El consumo de la droga se hace aislado de los demás y su propósito es mantener 'su funcionamiento basal' y aliviar los síntomas de abstinencia que aparecen al dejar de consumir" (50).

#### 4.5.2. Clasificación de las drogas que producen dependencia

Existen muchos criterios para clasificar las drogas capaces de producir dependencia. Una clasificación básica y planteada por Lorenzo y cols., es:

"Aquella que se atiende a los efectos psicopatológicos más importantes e inmediatos de las sustancias. Tres son los grupos que se pueden establecer:

1. **Drogas depresoras** (psicolépticas): retrasan la actividad nerviosa y disminuyen el ritmo de las funciones corporales; sus representantes más



notorios son el alcohol, la heroína, las benzodiazepinas y los disolventes volátiles.

2. **Drogas estimulantes** (psicoanalépticos): excitan la actividad nerviosa e incrementan el ritmo de las funciones corporales; sus representantes fundamentales son la cocaína, las anfetaminas, las drogas de síntesis y el tabaco.

3. **Drogas alucinógenas** (psicodislépticos): las cuales producen un estado de conciencia alterado, distorsionan las cualidades perceptivas de los objetos (intensidad, tono y forma), y evocan imágenes sensoriales sin entrada sensorial (alucinaciones); sus representantes más característicos son el ácido lisérgico (LSD), el *cannabis* y las drogas de síntesis” (50).

También, los citados autores exponen la clasificación de las drogas desde una perspectiva legal, las cuales pueden ser agrupadas así:

“1. Aquellas drogas que están institucionalizadas, son por tanto legales su producción y tráfico (compra y venta), caso específico del alcohol y el tabaco.

2. Aquellas drogas que son fármacos, es decir, son sustancias que disponen de indicaciones médicas.

3. Aquellas drogas de utilización industrial, por lo cual su comercialización es legal, pero su finalidad no es ingerirlas, como lo son todos los inhalantes.

4. Aquellas drogas que son clandestinas, por tanto su producción y tráfico (compra y venta) son ilegales” (50).

#### 4.5.3. Potencial adictivo de las SPA

Las SPA en su gran diversidad en cuanto efectos, mecanismos de acción, farmacocinética, componentes, etc., se diferencian también por el poder de generar adicción debido a su gran capacidad para generar sensaciones placenteras inmediatas (en la mayoría de veces) en el consumidor. Para Lorenzo y cols.:

“Las que tiene mayor probabilidad de administrarse de manera repetida, son aquellas que producen sensaciones gratificantes más agudas, por lo tanto producen un mayor refuerzo positivo; así mismo con las drogas que llevan a la disminución de la concentración de la droga en un lapsus de tiempo muy corto, provocando una situación de malestar psicoorgánico y reacción de ansiedad, que se convierten en elementos de refuerzo negativo. Caracterizando ambas, el potencial adictivo de una droga.

El potencial adictivo de una droga puede valorarse en términos epidemiológicos como la relación del número de aquellos que consumen la sustancia esporádicamente y el número de aquellos que la consumen habitualmente. Cuando el número de los que la consumen habitualmente sea mayor que los que la consumen de forma esporádica, diremos que se trata de una droga de alto potencial adictivo” (53).

Es importante especificar que según Kramer y Cameron, citados por Graña:

“La aparición en una persona determinada de dependencia respecto a una droga en particular dependerá de la interacción entre las características personales, la naturaleza de su medio sociocultural general y las características farmacodinámicas de la droga en cuestión, teniendo en cuenta la cantidad utilizada, la frecuencia del uso y la vía de administración” (52).

#### 4.5.4. Descripción de las sustancias psicoactivas de mayor frecuencia de consumo

##### 4.5.4.1. Licor

Para la OMS las bebidas alcohólicas son todo líquido que contiene etanol (alcohol etílico) y está hecho para ser ingerido.

La SPA tipo licor o como se suele conocer en nuestro medio alcohol, es una sustancia de gran relevancia en esta investigación, por cuanto es legal y es la sustancia de uso más extendido y naturalizado en Colombia y en el resto del mundo que cualquier otra SPA. Para Pastor y Guardia:

“A fines del siglo XIX, el alcoholismo colectivo ya estaba planteado como una cuestión de interés sanitario y social incluso prioritario en algunos medios sociales y científicos más avanzados [...].

Las bebidas con alcohol son productos de uso muy difundido en nuestro país, y bien valorados socialmente. Y sin embargo, el alcohol es una sustancia peculiar. Como el tabaco, tiene capacidad adictiva. Pero a diferencia del tabaco, es posible un consumo de alcohol sin consecuencias adversas para la salud y de hecho la mayoría de los consumidores no presenta criterios de abuso o dependencia. De todas maneras, en términos poblacionales su impacto negativo en la salud es notable, y afecta también a muchas personas que no realizan un consumo elevado” (51).

Pastor y Guardia, en relación con algunos aspectos históricos, dicen que:

“El síndrome por dependencia al alcohol se denomina Alcoholismo, término que fue introducido por el Médico Sueco: Magnus Huss, en 1849. Este médico contribuyó a generalizar el concepto de patología asociado al consumo de bebidas alcohólicas y señaló acertadamente, que cualquiera que sea la bebida alcohólica, todas sin excepción, tienen un riesgo potencial de modificar negativamente la salud física del usuario. La imprecisión del término hizo que un Comité de Expertos de la OMS lo desaprobara en 1979, dando preferencia a una expresión más concreta, síndrome de dependencia del alcohol, que es uno de los muchos problemas relacionados con el alcohol. [...].

Pero hasta mitad del siglo XX, el alcoholismo no fue reconocido como enfermedad por la Organización Mundial de la Salud. Para la APA (American Psychiatric Association), la dependencia alcohólica es una enfermedad en la que estados afectivos patológicos, procesamiento cognitivo disfuncional y hábitos rígidos estereotipados desarrollados durante años de consumo de alcohol, llevan a unos comportamientos limitados y desadaptativos. En términos de psicología social el sujeto falla finalmente en su propia regulación (American Psychiatric Association, 1994)” (51).

Desde hace miles de años, tal como lo expresa Pérez (54) la humanidad ha utilizado la fermentación o destilación de diferentes sustancias para obtener un tipo de alcohol: el etanol, el cual se ha utilizado con fines embriagantes, asociados en ocasiones a ritos o ceremonias especiales. El etanol es el único de los alcoholes que puede ingerirse en forma moderada sin riesgo de envenenamiento y sin efectos irreversibles como la ceguera producida por el metanol o alcohol de cocina.

El alcohol al ser una sustancia de uso legal, presenta una gran oferta para su consumo, suele estar asociado a diversas actividades cotidianas, ser considerada como una droga social, no peligrosa y hasta necesaria para ciertas actividades sociales. Su extendido consumo ha favorecido que se minimicen las consecuencias negativas de su uso perjudicial y se extienda su uso hasta en población adolescente, para la cual esta SPA si es de uso ilegal.

Por ello es importante traer a colación el estudio de carga global de enfermedad de la OMS (GBD), que valora el peso de diversos factores causales frente a la esperanza de vida con buena salud en términos de años de vida ajustados a la discapacidad, el cual ha puesto de manifiesto que en Europa el licor es uno de los factores de riesgo de morbilidad y muerte prematura más importante.

Según Pastor y Guardia:

“Los efectos directos bioquímicos pueden influir en diversas enfermedades agudas o crónicas, tanto con consecuencias positivas como negativas. El efecto beneficioso conocido es la reducción del riesgo cardiovascular asociado al consumo de dosis bajas que favorece un incremento de las HDL. Entre los efectos negativos destaca el riesgo de cirrosis hepática. [...]”

Además de los efectos del alcohol en la salud, hay que tener en cuenta que afecta a personas que no beben y tiene un importante impacto social. Las molestias menores causadas por personas intoxicadas son del dominio público (como el ruido nocturno). Pero más grave es la clara asociación entre el consumo de alcohol y la implicación en episodios de violencia, incluyendo la violencia contra la mujer, así como las relaciones sexuales no consentidas” (51).

Asimismo y entendiendo que en Colombia según el Decreto 120 de 2010: Por el cual se adoptan medidas en relación con el consumo de alcohol, se reconoce que el consumo de esta SPA está asociado a múltiples situaciones y consecuencias negativas, planteando que:

“Durante los últimos años los niveles de accidentalidad vial se han incrementado notoriamente y una de las causas principales es el consumo de bebidas alcohólicas, constatándose que altos porcentajes de muertos se encontraban bajo los efectos del alcohol en el momento de su fallecimiento. Así ocurría en el 57.14% de los fallecidos en accidente laboral, en el 38.75% de los muertos en accidentes de tránsito, en el 33.33% de muertos en otros accidentes y en el 44.44% de los fallecidos por homicidio; que de igual forma, los datos revelan que en el 46% de los accidentados en tránsito se encuentran niveles de alcohol en sangre superiores 0.8 gr./l., siendo el valor medio de éstos de 1.7 gr./l., mientras que en un grupo de muertos por otras causas, solo un 4.5% llegaba a los 0.8 gr./l...., el riesgo de sufrir un accidente es 80 veces superior al que se tendría de conducir sin haber ingerido alcohol” (55).

Según Pastor y Guardia (51) las personas con trastorno por consumo de alcohol tienen más problemas laborales, el alcohol les representa una toxicidad

reproductiva y entre las causas de muerte relacionadas con el alcohol están por su peso cuantitativo las cirrosis hepáticas y algunos cánceres del tracto digestivo, que en parte son debidos al alcohol como el cáncer de esófago o el de laringe.

Asimismo, estos autores citan el informe global de la OMS de 2004 y 2008, en el cual se expresa que 76 millones de personas en todo el mundo sufren trastornos relacionados con el consumo de alcohol y expresan por otro lado que:

“Normalmente, la gente empieza con la simple experimentación y algunos evolucionan hacia el abuso durante un largo periodo temporal (habitualmente años), dependiendo de variables biológicas, sociales y de personalidad (Anderson et al., 2005). El consumo de alcohol entre los alcohólicos también está asociado con alteraciones estructurales y funcionales del cerebro, que podrían explicar la espiral de consumo (adicción) y deterioro cognitivo (Lindford-Hughes et al., 2003; Harper y Matsumoto, 2005). Las tendencias actuales de consumo de alcohol señalan un inicio temprano, normalmente durante la adolescencia” (51).

El etanol, que es la sustancia activa más importante de las bebidas embriagantes, según Pérez (54) es la segunda sustancia psicoactiva de uso libre en la mayoría de los países después de la cafeína.

Para conocer un poco sobre esta SPA –retomando a Pastor y Guardia–, es importante resaltar:

“El alcohol etílico o etanol, es un líquido incoloro, de olor fuerte, que arde fácilmente dando llama azulada y poco luminosa. Se obtiene por destilación de productos de fermentación de sustancias azucaradas o feculentas, como uva, melaza, remolacha, patata, así como de distintos cereales. Forma parte de muchas bebidas, como vino, aguardiente, cerveza, etc., y tiene muchas aplicaciones industriales. Su fórmula química es,  $CH_3-CH_2OH$ . [...].

Se trata de una droga depresora presente en las bebidas alcohólicas, con gran afinidad sobre el sistema nervioso central y con capacidad de provocar cambios comportamentales. Tiene una absorción: rápida, alcanzando su pico máximo y su concentración a los 45-60 minutos (depende de si se ha comido o no y del tipo de bebida). Los efectos de la intoxicación crecen a medida que se incrementa la concentración, siendo su eliminación metabólica de entre 10-20 mg a la hora, en personas sanas. Sigue la vía metabólica fundamentalmente hepática [...].

A los 45-60 minutos de ingerir alcohol, se produce la mayor concentración de alcohol en sangre, y es mayor cuando el estómago está vacío, porque la absorción es más rápida que cuando se ha comido.

Si el consumo de alcohol es superior a una consumición por hora (> 10-12 gr./dl), los niveles de alcoholemia se elevan progresivamente, el alcohol se acumula en el organismo y sus efectos tóxicos y de neuroadaptación se intensifican” (51).

Según Pastor y Guardia:

“El grado de riesgo por el uso nocivo del alcohol [...] varía en función de la edad, el sexo y otras características biológicas, así como de la situación y el contexto en que se bebe. Algunos grupos y personas vulnerables o en situación de riesgo presentan una mayor sensibilidad a las propiedades tóxicas, psicoactivas y adictivas del etanol” (51).

Y asimismo, estos autores expresan:

“Podemos decir que una persona está abusando del alcohol cuando el consumo de bebidas alcohólicas, lo realiza un menor, una mujer embarazada o se hace cuando la persona está realizando alguna actividad de riesgo como puede ser la conducción de vehículos a motor.

Pero también se considera un abuso cuando la cantidad ingerida provoca alteraciones en el comportamiento, en la conducta, en la marcha, en el

pensamiento, etc... y según la cantidad puede llevar a situaciones como la embriaguez o intoxicación etílica aguda o incluso el coma etílico, poniendo en riesgo la vida de la persona” (51).

A fin de aclarar los conceptos y la clasificación para Colombia de la dependencia y el abuso del alcohol, traemos a colación los criterios diagnósticos definidos por el sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades en su versión 10 (CIE-10) para los diagnósticos de dependencia y abuso:

“\*Dependencia del alcohol - alcoholismo crónico.

Conjunto de fenómenos comportamentales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan tras el consumo reiterado de alcohol, incluyendo:

- Deseo intenso de consumo de alcohol
- Dificultades para controlar el consumo
- Persistencia en el consumo, a pesar de las consecuencias dañinas
- Mayor prioridad al consumo que a otras actividades y obligaciones
- Aumento de la tolerancia
- Presentación de sintomatología de abstinencia cuando baja o cede el consumo.

Deben presentarse al menos tres de las siguientes manifestaciones, más de un mes, o en repetidas ocasiones al menos durante 12 meses:

- Deseo intenso o sensación de compulsión a beber alcohol.
- Disminución de la capacidad de controlar el consumo, en cuanto se inicia el mismo, o a las cantidades consumidas, con cantidades mayores o durante más tiempo del deseado, o deseo persistente, o esfuerzos por reducir el consumo sin éxito.
- Cuadros fisiológicos de abstinencia, cuando se reduce o cesa el consumo: temblor, ansiedad, insomnio, agitación, náuseas, vómitos, crisis convulsivas, etc. Que se tratan de paliar consumiendo alcohol.



- Pruebas de tolerancia a los efectos del alcohol como, necesidad de aumentar las dosis para obtener los mismos efectos, o marcada disminución del efecto tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.
- Preocupación por el consumo de alcohol, con abandono o reducción de importantes alternativas placenteras o de interés, a causa del consumo de alcohol; o por el empleo de mucho tiempo en actividades necesarias para conseguir, obtener , consumir o recuperarse de los efectos de la bebida.
- Consumo persistente de alcohol a pesar de los daños que le producen al individuo, de manera que no lo abandona de forma voluntaria a pesar de saber que le está perjudicando (no conciencia de enfermedad).
- Puede ser con consumo continuo, episódico o intermitente.

\*Abuso de alcohol - consumo perjudicial.

- Forma de consumo de alcohol que causa daño a la salud, tanto de tipo físico o mental, conductual, etc.
- Debe haber pruebas claras de que el consumo de alcohol ha causado un daño físico, psicológico o conductual, incluida la capacidad de deterioro del juicio.
- El daño debe ser claramente identificable y específico.
- La forma de consumo ha persistido por lo menos un mes o se ha presentado reiteradas veces por lo menos un mes o se ha presentado reiteradas veces en un período de 12 meses.
- El trastorno no cumple criterios para ningún otro trastorno mental o del comportamiento relacionado con el alcohol en el mismo período de tiempo, excepto las intoxicaciones agudas” (56).

La realidad, según la manifiestan Pastor y Guardia (51), es que la carga de enfermedad atribuible por el consumo de alcohol en el mundo, aunque depende de cada país o región, globalmente alcanza un 4% y está superada solo por el tabaco (4,1%), hipertensión arterial (4,4%), relaciones sexuales de riesgo (6,3%) y sobrepeso (9,5%).

#### 4.5.4.2. Tabaco

El tabaco, más precisamente en nuestro medio el cigarrillo, al igual como lo mencionamos con el licor, es de gran importancia en este estudio, por cuanto es la primera sustancia psicoactiva de mayor uso legal extendido en el mundo después del licor y es la segunda SPA de mayor consumo en nuestro medio y su consumo conlleva a la primera causa de mortalidad evitable en todo el mundo.

Pastor y Vicéns, refieren algunos elementos relacionados con la planta y sus aspectos históricos:

“El Tabaco puede describirse como una planta de ‘Indias’, que echa un tallo de cinco o seis pies de altura, recto, de un dedo de grosor, redondo, felpudo y relleno de carne blanca. Las hojas son verdes, con nervios, puntiagudas y pegajosas al tacto, debido a la gran cantidad de pelitos glandulíferos que las recubren. Las hojas son grandes y perfectamente aisladas, de cerca de 2 palmos de largas y arrancan del tallo sin pezón alguno que las sostenga. [...].

Se trata de una planta herbácea, y aunque su origen es tropical, suele resistir los inviernos templados del litoral mediterráneo, brotar de nuevo y volver a crecer el tallo en primavera.

Originariamente, entre los indígenas tenía un uso mágico-religioso, pero tras su instauración primero en España y luego en otros países de Europa, se creyó que poseía propiedades terapéuticas, convirtiéndose en una panacea para la farmacología. Aunque no tardó mucho en convertirse primero en un negocio para el estado y luego en un producto altamente tóxico para la salud. [...].

El nombre de tabaco parece ser que proviene de la Isla de la Española pues este era el nombre que utilizaban los indigenas para denominar al instrumento utilizado para hacerlo servir y para la misma acción de tomarlo, adoptando así los españoles este vocablo para designar esta nueva planta” (57).

Ya desde 1701 según Boinseregard, citado por Pastor y Vicéns, los efectos negativos por el consumo de cigarrillo, el cual se extendía rápidamente por toda Europa, comenzaron a hacerse notar, como igual se identifica hoy:

“Los jóvenes que toman demasiado tabaco tienen las manos temblorosas, inseguras, les bailan los pies y se marchitan sus partes nobles. En 1761 se establece una relación del cáncer de nariz con el consumo de rapé (tabaco en polvo esnifado), y en 1795 el de la aparición de cáncer de labio en fumadores de pipa” (57).

En general –de acuerdo a Jiménez y cols.– podemos considerar que:

“La nicotina es un alcaloide natural que está presente en las hojas de tabaco, y es el principal responsable del uso continuado del tabaco pese a sus efectos nocivos. A pesar de que existen diferentes métodos para administrarse nicotina, fumar cigarrillos es la forma más prevalente de adicción a nicotina. La nicotina es una sustancia que se absorbe fundamentalmente, por inhalación, en los pulmones, o a través de la piel, comenzando su acción al unirse a los receptores colinérgicos- nicotínicos. Tanto el manual DSM-IV-TR de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) como la clasificación CIE-10 coinciden en incluir los trastornos relacionados con el uso de nicotina en los trastornos relacionados con el uso de sustancias. La adicción a nicotina es un fenómeno neurobiológico complejo que incluye la acción de diferentes sistemas neuronales. La acción de la nicotina sobre el sistema dopaminérgico es la principal responsable del refuerzo positivo en el sistema biológico de recompensa. El hábito de fumar comienza, habitualmente, en la adolescencia, debido a diversos factores de tipo sociocultural y personales que van a llevar a la prueba inicial del cigarrillo” (58).

Según reporta el National Institute on Drug Abuse (NIDA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en su Serie de reportes de investigación, el consumo de cigarrillo y otros productos de tabaco:

“La nicotina es una de las drogas adictivas de mayor uso y la principal causa prevenible de enfermedades, discapacidad y muerte en los Estados Unidos. El hábito de fumar es responsable del 90% de los casos de cáncer de pulmón en este país y casi 50,000 muertes al año se pueden atribuir a la inhalación pasiva del humo. En la mayoría de los estados, los cigarrillos y el tabaco de mascar son sustancias ilegales para las personas menores de 18 años.

Según los efectos la nicotina es altamente adictiva. El alquitrán en los cigarrillos aumenta el riesgo de que un fumador desarrolle cáncer de pulmón, enfisema y trastornos bronquiales. El monóxido de carbono en el humo aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Las mujeres embarazadas que fuman tienen un mayor riesgo de sufrir un aborto espontáneo o que sus bebés tengan un bajo peso al nacer. La inhalación pasiva del humo causa cáncer de pulmón en los adultos y aumenta grandemente el riesgo de enfermedades respiratorias en los niños” (59).

Ya para 1929, Fritz L. –citado por Pascual y Vicéns–: “publica la evidencia estadística que relaciona el cáncer pulmón y el tabaco, en 1939 se presenta el primer estudio epidemiológico al respecto elaborado a nivel mundial” (57) y en “1956 la OMS declaró que el tabaco es la principal causa previsible o evitable de muerte precoz” (57).

Tal y como lo plantean Montes y cols.:

“El consumo de tabaco ya no es un problema de salud solo para los habitantes de los países desarrollados. Entre el año 1990 y el año 2000 se han incrementado en 1 millón las muertes atribuibles al tabaco en todo el mundo, y este aumento se localiza fundamentalmente en los países en desarrollo” (60).

Montes y cols. agregan que:

“En los países desarrollados el tabaquismo es la principal causa de muerte de las nuevas generaciones. En los años 80 Peto calculaba que de cada 1000 jóvenes varones británicos que fumaban, al menos, un paquete de cigarrillos al

día: 1 sería asesinado, 6 morirían en accidentes de tráfico y 250 morirían antes de tiempo debido a los efectos del tabaco” (60).

Es importante anotar que el tabaquismo fue definido por la OMS en el año de 1984 como un tipo de las llamadas drogodependencias y la Sociedad Americana de Psiquiatría (APA) ya en 1987 clasificó a la nicotina como una sustancia psicoactiva, que produce dependencia.

A continuación se presentan los Criterios diagnósticos de la dependencia a nicotina CIE-10, reseñados por Jiménez y cols.:

“A. Deben haberse presentado simultáneamente tres o más de las siguientes manifestaciones durante al menos un mes o, si persisten durante períodos inferiores a un mes, deben haberse presentado repetidas veces y simultáneamente en un período de 12 meses:

1. Un deseo intenso o sensación de compulsión a consumir nicotina
2. Disminución de la capacidad para controlar el consumo en lo referente al inicio, término o cantidades consumidas.
3. Un cuadro fisiológico de abstinencia cuando se reduce o cesa el consumo de nicotina.
4. Pruebas de tolerancia a los efectos de la nicotina tales como necesidad de aumentar significativamente la cantidad de nicotina para conseguir el efecto deseado, o marcada reducción del efecto tras el consumo continuado de la misma cantidad de nicotina.
5. Preocupación por el consumo de nicotina, que se manifiesta por el abandono o reducción de importantes alternativas placenteras o de interés a causa de nicotina; o por el empleo de mucho tiempo en actividades necesarias para obtener, consumir o recuperarse de los efectos de la nicotina.

6. Consumo persistente de nicotina a pesar de las pruebas claras de sus consecuencias perjudiciales, que se evidencia por el consumo cuando el individuo tiene en realidad conocimiento de la naturaleza y amplitud del daño” (58).

Según Montes y cols.: “La adicción a las drogas es, en esencia, una alteración cerebral que está mediada por componentes neurobiológicos. Las drogas adictivas tienen como denominador común la acción que ejercen sobre el sistema dopaminérgico mesolímbico” (60).

Según el NIDA en relación con el consumo de cigarrillo en los adolescentes:

“En el 2007, hubo más de 3 millones de adolescentes americanos (entre los 12 y 17 años de edad) que reportaron haber consumido un producto de tabaco en el mes anterior a la encuesta. En ese mismo año, se encontró que casi el 60 por ciento de los nuevos fumadores eran menores de 18 años cuando fumaron un cigarrillo por primera vez. De los fumadores menores de 18 años, es probable que más de 6 millones mueran prematuramente por una enfermedad asociada al tabaquismo.

El consumo del tabaco por adolescentes no solo es el resultado de las influencias psicosociales, como presión por parte de los compañeros o amigos, sino que las investigaciones recientes sugieren que puede haber razones biológicas para este periodo de mayor vulnerabilidad. Hay algunas pruebas de que fumar ocasionalmente puede provocar en algunos adolescentes el desarrollo de la adicción al tabaco. Los modelos en animales proporcionan evidencia adicional de una mayor vulnerabilidad en el hábito de fumar en la adolescencia. Las ratas adolescentes son más susceptibles a los efectos de refuerzo de la nicotina en comparación con las ratas adultas, y consumen más nicotina, cuando está disponible, que los animales adultos.

Los adolescentes también parecen ser más sensibles a los efectos de refuerzo de la nicotina combinada con otras sustancias químicas que se encuentran en los cigarrillos, aumentando así su susceptibilidad a volverse adictos al tabaco. Como se mencionó anteriormente, el acetaldehído aumenta las propiedades

adictivas de la nicotina en los animales adolescentes, pero no en los animales adultos. Un estudio reciente también sugiere que hay genes específicos que pueden aumentar el riesgo de la adicción en las personas que comienzan a fumar durante la adolescencia. El NIDA continúa apoyando activamente las investigaciones dirigidas a aumentar nuestro conocimiento sobre cómo y por qué los adolescentes se vuelven adictos y a desarrollar estrategias de prevención y tratamiento para responder a sus necesidades específicas” (59).

#### 4.5.4.3. Benzodiazepinas - Barbitúricos

Lorenzo y cols. expresan que: “Hace varias décadas se sintetizó la primera benzodiazepina, el clordiazepóxido (librium, 1960). Desde entonces se han sintetizado más de 3000 compuestos y se han comercializado más de un centenar” (53). Asimismo, manifiestan que: “Se puede decir que sus propiedades farmacocinéticas (absorción, distribución, metabolismo y eliminación) son los determinantes clínicos más importantes. El mecanismo de acción es común para todas ellas” (53).

En relación con las benzodiazepinas, Lorenzo y cols. expresan que éstas:

“Son fármacos con una elevada liposubilidad, lo que facilita una gran distribución por todo el organismo. Se absorben de forma casi completa por vía oral y alcanzan su concentración máxima en sangre en aproximadamente una hora, dependiendo de la benzodiazepina, las que mejor se absorben son el lorazepam y el midazolam, por su lado el diazepam presenta una absorción errática y más lenta, por acumularse en tejido adiposo. [...].

Todas las benzodiazepinas se difunden ampliamente por el organismo y atraviesan la barrera hematoencefálica y la placenta. Se ha establecido una clasificación clásica entre benzodiazepinas de acción corta, intermedia y prolongada que serviría para diferenciar los efectos agudos por una dosis única. [...].

La mayor parte de las benzodiazepinas producen ansiólisis, sedación, hipnosis, efectos anticonvulsivantes y miorelajación central. Las benzodiazepinas pueden producir como reacciones adversas: sedación, somnolencia, disartria, ataxia e incoordinación motora, lo que generalmente es más común con las benzodiazepinas de acción intermedia o larga. [...].

La dependencia a benzodiazepinas con auténtico síndrome de abstinencia al suspender su administración es poco frecuente. Algunos individuos, alcohólicos y otros drogadictos, utilizan como droga de abuso las benzodiazepinas con acción media más corta o aquellos que son más liposolubles por su efecto más inmediato (diazepam, alprazolam, lorazepam y triazolam). Las formas de abuso al igual que con los barbitúricos, son variadas. Generalmente el primer contacto con las benzodiazepinas es a través de un tratamiento médico contra la ansiedad o el insomnio. [...].

El desarrollo del problema suele ser gradual y ni el médico ni el paciente reconocen la dependencia ya que asumen que la ansiedad, nerviosismo e insomnio que aparece tras el cese del tratamiento son de nuevo el problema original que se presentaba. [...].

Aunque la existencia o no del fenómeno de la dependencia en las benzodiazepinas sea puesto en duda por muchos clínicos y autores, existe amplia documentación al respecto, tanto en la aparición de dependencia en tratamiento con dosis terapéutica como, lógicamente, en ingestas crónicas de dosis altas” (53).

En relación a los barbitúricos se entiende que el uso, abuso o la dependencia a estos ha sido bastante frecuente hasta la aparición de las benzodiazepinas:

“Anteriormente la dependencia a los barbitúricos era de tipo yatrógeno, en personas que lo utilizaban como hipnótico e incluso como ansiolítico. También ha sido como el caso del etanol, utilizado para generar estados de ligera intoxicación que produce un alejamiento de las inhibiciones sociales causando cierta euforia, júbilo e incluso para aliviar síntomas de inferioridad. Era frecuente también el uso de barbitúricos por parte de los heroinómanos y



alcohólicos como droga sustitutiva. También era común el uso conjunto con anfetaminas para potenciar los efectos conseguidos.

Los barbitúricos más utilizados como SPA son los de acción intermedia o prolongada como: pentobarbital, secobarbital o fenobarbital. En la actualidad la prescripción ha disminuido de manera importante al ser desplazados por las benzodiacepinas, siendo hoy limitado su uso al tratamiento de algunos tipos de epilepsia con fenobarbital y en la anestesia quirúrgica con el uso del tiopental” (53).

#### 4.5.4.4. Inhalantes

El tema de los inhalantes o inhalables ocupa un lugar muy especial debido a que en los estudios del año 2007 realizados en Manizales por la Secretaría de Salud Pública (61) y la Fundación Universitaria Luis Amigó, el tema de estas SPA, tipo nitritos como el Ladys y el Dick ocuparon por vez primera un primer lugar por encima del consumo de la marihuana, dentro de las de orden ilegal o perjudicial, es decir, posterior al consumo de alcohol y cigarrillo.

Según Lorenzo y cols.:

“Los inhalables o solventes son un grupo de productos químicos que se caracterizan por ser gases o líquidos volátiles de una alta liposubilidad. Por regla general estas sustancias son manejadas por diversos grupos de trabajadores. La toxicidad de las mismas ha llevado a desarrollar normativas muy estrictas para controlar su exposición laboral. Sin embargo, otra utilización de estas sustancias ha sido como SPA. [...].

El empleo de sustancias inhaladas para alterar los estados de consciencia ha sido practicado desde la antigüedad. La pitonisa de Delfos adquiría su estado de trance mediante la inhalación de dióxido de carbono que era expelido a través de rocas volcánicas. En el siglo XX, la difusión de diversas sustancias volátiles se incrementa como consecuencia de su empleo en distintas industrias, su accesibilidad aumenta u empieza a ser utilizados por un mayor

número de individuos, encontrándose la primera referencia de inhalación de gasolina en 1934, de cloroformo en 1945 y de pegamento en 1957. [...].

Las sustancias volátiles son compuestos altamente liposolubles y sus vapores se absorben rápidamente a través de los pulmones para alcanzar el cerebro y otros tejidos del organismo, fundamentalmente aquellos que tienen una alta proporción de tejido adiposo. A los 15 ó 30 minutos la concentración plasmática es máxima, pero al comienzo de su acción es más tardío debido a su difusión más lenta a los diferentes tejidos” (53).

Según Cohen, citado Lorenzo y cols., algunas de las razones de ser utilizadas como una droga de abuso es por su:

“\*Rápido comienzo de acción: el efecto comienza a los pocos minutos de su inhalación. Al ser altamente liposoluble se absorbe a través de la membrana alveolar y atraviesa la barrera hematoencefálica rápidamente, acumulándose en el cerebro.

\*Característica del efecto: la mayoría de consumidores refieren desinhibición y euforia acompañados de ligeros mareos y atollondramiento, alteraciones de la percepción y alucinaciones.

\*Bajo costo: son productos que se encuentran en la composición de muchos productos comerciales de amplia difusión.

\*Envases: se suelen vender en pequeños envases que son fáciles de esconder.

\*legalidad: en contraste con las sustancias de abuso y alcohol, la posesión y compra de dichas sustancias no es ilegal en la mayoría de los países” (53).

Los inhalantes pueden ser aspirados por la nariz o por la boca de varias maneras, tales como:

“\*Aspirando (“sniffing”) o inhalando (“snorting”) los vapores de los envases.

\*Rociando los aerosoles directamente en la nariz o la boca.

\*Aspirando o inhalando los vapores de sustancias que han sido rociadas o depositadas dentro de una bolsa de plástico o de papel (“bagging”).

\*Colocando en la boca un trapo que ha sido impregnado con un inhalante (“huffing”).

\*Inhalando de globos llenos de óxido nitroso” (62).

Según el NIDA (63), la mayoría de estas SPA producen una euforia muy rápida que se parece a la intoxicación alcohólica, generando similares efectos: una excitación inicial, seguida por somnolencia, desinhibición, aturdimiento y agitación.

De acuerdo al NIDA:

“Las sustancias químicas inhaladas se absorben con rapidez a través de los pulmones y llegan a la sangre donde son distribuidas rápidamente al cerebro y a otros órganos. Pocos segundos después de la inhalación, el usuario experimenta la intoxicación y otros efectos parecidos a los del alcohol. Estos efectos incluyen dificultad para hablar, incapacidad para coordinar movimientos, euforia y mareo. Además, los usuarios pueden padecer de aturdimiento, alucinaciones y delirios. Ya que la intoxicación dura apenas unos minutos, los usuarios a menudo tratan de prolongar la euforia inhalando repetidamente a lo largo de varias horas, lo que constituye una práctica muy peligrosa. Las inhalaciones sucesivas pueden causar la pérdida del conocimiento e incluso la muerte. Cuando menos, el usuario se sentirá menos inhibido pero también con menos control de sí mismo o de la situación. Después del uso intenso de inhalantes, el usuario puede sentirse somnoliento durante varias horas y sufrir de dolor de cabeza constante. [...].

La evidencia obtenida de estudios realizados en animales sugiere que varios de los disolventes volátiles y gases anestésicos comúnmente abusados poseen efectos neuroconductuales y mecanismos de acción similares a aquellos

producidos por los depresores del SNC, entre los cuales se encuentran el alcohol y los medicamentos tales como los sedantes y los agentes anestésicos” (62).

Para el NIDA:

“Los inhalantes son sustancias volátiles que producen vapores químicos que se pueden inhalar para provocar efectos psicoactivos o de alteración mental. Si bien hay otras sustancias de abuso que se pueden inhalar, el término `inhalantes` se utiliza para describir una variedad de sustancias cuya característica principal es que rara vez, o nunca, son usadas por otra vía que no sea la de la inhalación. Esta definición abarca una amplia gama de sustancias químicas que pueden tener diversos efectos farmacológicos y que se encuentran en cientos de productos diferentes. Como resultado, es difícil lograr una clasificación precisa de los inhalantes. Uno de los sistemas de clasificación establece cuatro categorías generales de inhalantes basándose en las formas más comunes en que estos se encuentran en los productos domésticos, industriales y médicos. Estas cuatro categorías son: disolventes volátiles, aerosoles, gases y nitritos.

Los disolventes volátiles son líquidos que se vaporizan a temperatura ambiente. Se encuentran en una variedad de productos económicos que se pueden obtener fácilmente y que son de uso común doméstico e industrial. Estos incluyen los diluyentes y removedores de pinturas, líquidos para lavado en seco, quita grasas, gasolinas, pegamentos, correctores líquidos y marcadores” (62).

Para Lorenzo y cols., estos disolventes: “son depresores del SNC, pero debido a su acción inhibidora sobre la función cortical, sus efectos iniciales incluyen euforia, hiperactividad, hilaridad y alucinaciones y podrían semejarse a una embriagues etílica” (50).

Por su parte, para el NIDA los: “aerosoles son rociadores que contienen propulsores y disolventes. Estos incluyen las pinturas pulverizadas,

atomizadores para desodorantes y fijadores de pelo, rociadores de aceite vegetal para cocinar y rociadores para proteger telas o tejidos” (62). Y en relación con los gases, estos:

“Incluyen las anestésicas de uso médico así como aquellos gases que se utilizan en productos domésticos o comerciales. Los gases anestésicos de uso médico incluyen el éter, el cloroformo, el halotano y el óxido nitroso, comúnmente conocido como ‘gas hilarante’. Entre estos, el óxido nitroso es el gas más abusado y se puede encontrar en los dispensadores de crema batida y los productos que incrementan los octanajes en los carros de carrera. Otros productos caseros y comerciales que contienen gases son los encendedores de butano, los tanques de gas propano y los refrigerantes” (62).

Los nitritos, para Lorenzo y cols., “son consumidos de forma habitual en algunas comunidades de homosexuales. Se emplean en el coito como sustancias afrodisiacas por sus propiedades vasodilatadoras y por ser relajantes del esfínter anal” (50) y se venden como ambientadores y en líquidos de incienso.

Asimismo, según el NIDA:

“Los nitritos a menudo se consideran una clase especial de inhalantes. A diferencia de la mayoría de los demás inhalantes que actúan directamente sobre el sistema nervioso central (SNC), los nitritos principalmente dilatan los vasos sanguíneos y relajan los músculos. Asimismo, mientras que los demás inhalantes se utilizan para alterar el estado de ánimo, los nitritos se usan principalmente para intensificar el placer sexual. Los nitritos, que incluyen el nitrito ciclohexílico, el nitrito isoamílico (amilo) y el nitrito isobutílico (butilo), comúnmente se conocen como ‘poppers’ (“reventadores”) o ‘snappers’ (‘crujidores’).

El nitrito amílico se utiliza en algunos procedimientos diagnósticos y anteriormente se recetaba a ciertos pacientes con angina de pecho. Las investigaciones sugieren que entre los factores que contribuyen al abuso de

inhalantes están las condiciones socioeconómicas adversas, un historial de maltrato en la niñez, las malas calificaciones y la deserción escolar” (62).

Respecto al abuso de los nitritos, el NIDA sostiene que:

“Los nitritos son abusados principalmente por adolescentes mayores y por adultos. Por lo general, las personas que abusan de los nitritos están buscando intensificar el placer y la función sexual. Las investigaciones demuestran que el abuso de estas drogas en este contexto está ligado a prácticas sexuales peligrosas que aumentan enormemente el riesgo de contraer y de transmitir enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA y la hepatitis” (62).

Según el NIDA:

“Las investigaciones en animales plantean la posibilidad de que haya un vínculo entre el abuso de nitritos y la aparición y desarrollo de enfermedades infecciosas y tumores. Las investigaciones indican que la inhalación de nitritos acaba con muchas de las células del sistema inmunológico y perturba sus mecanismos para combatir enfermedades infecciosas. Un estudio reciente descubrió que incluso estar expuesto relativamente pocas veces al nitrito butílico puede producir un aumento dramático en las tasas de incidencia y de crecimiento de tumores en animales” (62).

Dentro de los estudios del NIDA (62) se ha encontrado que muchos consumidores de inhalantes refieren síntomas de dependencia a estas SPA, expresando una gran necesidad de continuar utilizándolas, lo cual ha estado relacionado con periodos prolongados de uso de los inhalantes.

“El abuso prolongado de inhalantes puede causar el uso compulsivo y llevar a síntomas leves del síndrome de abstinencia, si se les deja de usar repentinamente. Un estudio reciente comparó a 43,000 adultos americanos con problemas de abuso de drogas. Este estudio sugiere que, en promedio, las personas que usaban inhalantes comenzaron a consumir cigarrillos, alcohol y otras drogas a edades más tempranas y además tenían una mayor prevalencia

de por vida de tener trastornos por consumo de sustancias adictivas, incluyendo el abuso de medicamentos de prescripción, en comparación con las personas que abusan de sustancias pero que no tienen un historial de uso de inhalantes. [...].

Los abusadores de inhalantes corren el riesgo de sufrir una serie de consecuencias médicas devastadoras. La alta concentración de las sustancias químicas que se encuentran en los disolventes o aerosoles puede provocar ritmos cardíacos rápidos e irregulares que pueden ocasionar insuficiencia cardíaca mortal pocos minutos después de una sesión de inhalación prolongada.

Este síndrome, conocido como “muerte súbita por inhalación”, puede resultar de una sola sesión de uso de inhalantes por parte de un joven en condiciones saludables. La muerte súbita por inhalación se asocia principalmente con el abuso del butano, propano y las sustancias químicas que se encuentran en los Aerosoles” (62).

Según el NIDA: “El efecto tóxico más significativo de la exposición crónica a los inhalantes es el daño extensivo y duradero en el cerebro y en otras partes del sistema nervioso” (62). De igual forma, el NIDA expresa que:

“Los efectos neurotóxicos del abuso prolongado de inhalantes incluyen síndromes neurológicos que reflejan daños a partes del cerebro que involucran el control cognitivo, motriz, visual y auditivo. Las anomalías cognitivas pueden ir de un leve deterioro a una demencia grave” (62).

Finalmente, Lorenzo y cols. advierten que:

“El abuso crónico de disolventes volátiles, tales como el tolueno o el naftaleno (el ingrediente volátil de las bolitas de naftalina usadas para eliminar las polillas), daña la capa protectora que rodea ciertas fibras nerviosas en el cerebro y en el sistema nervioso periférico. Esta destrucción extensiva de las fibras nerviosas es clínicamente similar a la que se ve en enfermedades neurológicas como la esclerosis múltiple. [...].

Las complicaciones más frecuentes por abuso crónico de sustancias solventes son: ataxia, alucinaciones, paranoias, movimientos incontrolados, náuseas, alteraciones hepáticas, síndrome hepatorenal, miopatías, necrosis tubular, déficit de memoria, lesiones cutáneas, secuelas neurológicas, trastornos digestivos, trastornos musculares, riesgo carcinógeno, etc.” (53).

#### 4.5.4.5. Marihuana (THC)

La marihuana, SPA quizás más conocida de las llamadas ilegales, es la planta *cannabis sativa*, la cual ha sido según Lorenzo y cols. (53) utilizada con fines medicinales y recreativos desde hace mucho tiempo y por diversos tipos de culturas.

Desde el punto de vista de su uso o abuso con fines de generar estados alterados de consciencia, la marihuana es en Manizales, posterior a las SPA legales y a los inhalantes tipo nitritos, la SPA más ampliamente utilizada, siendo habitual según Lorenzo y cols. (54) que su consumo se realice en compañía de otras SPA y que sea una de las SPA considerada la puerta de entrada para otras.

Según los aspectos históricos relatados por Lorenzo y cols., en relación con esta SPA es importante anotar:

“A lo largo de la historia, el ser humano ha utilizado diferentes tipos de plantas como parte de su arsenal terapéutico contra las diferentes enfermedades que le aquejaban. Este uso ha tenido lugar en muy diversos contextos históricos y culturales, siguiendo muchas veces tradiciones que eran comunicadas de padres a hijos y que formaban parte de la cultura de una tribu, de una raza, de un subgrupo cultural, etc.

Las reseñas históricas más antiguas del uso de los derivados del *cannabis* se remontan al Imperio Chino. En la India, las referencias más antiguas datan del año 2000 a.C, como sustancias utilizadas en ceremonias religiosas. El cultivo de estas plantas se extendió desde sus regiones originarias hacia Occidente,



fundamentalmente para extraer fibras para la manufactura de tejido y sogas, y también como alimento para pequeños animales domésticos o como condimento.

Estos usos llegaron al Mediterráneo hacia 1500 a.C. Herodoto describió su utilización por parte de algunos pueblos indoeuropeos de Asia menor. Los escitas utilizaban la planta para purificarse tras los funerales, para lo cual arrojaban las semillas de cáñamo sobre piedras muy calientes, creando un humo muy denso que al ser aspirado producía intoxicación de los presentes en la ceremonia.

La expansión del Islam desempeñó un papel decisivo en la difusión de la planta y su empleo como sustancia inductora de embriaguez. Al parecer, la planta se introdujo en los países árabes hacia el siglo IX. El consumo del cáñamo como sustancia psicoactiva fue muy común en algunas sectas Islámicas, para ayudar a sus miembros a soportar las largas horas de meditación y ayuno. El uso de esta SPA se extendió por Europa a partir de las campañas napoleónicas en Egipto.

Su uso se popularizó en el mundo occidental hacia los años 60, en el ambiente contracultural juvenil de esa época. Desde esa fecha, su consumo ha ido aumentando en casi todos los países y actualmente su utilización no parece guardar una relación importante con los aspectos religiosos con los que convivió en el pasado” (50).

Ahora bien, desde los estudios y publicaciones que ha realizado el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos a través del NIDA, se dice de esta SPA en relación con sus efectos y consecuencias a nivel cerebral y comportamental que:

“La principal sustancia activa en la marihuana es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), que causa muchos de los efectos de la droga. Cuando se fuma la marihuana, sus efectos comienzan casi de inmediato. El THC pasa rápidamente de los pulmones hacia el torrente sanguíneo, donde es transportado al resto del cuerpo, incluyendo al cerebro. Si se la fuma, los

efectos de la marihuana duran de una a tres horas. Si se ingiere la marihuana en un alimento o bebida, el inicio de los efectos es más lento, generalmente comenzando entre media hora y una hora después, pero pueden durar hasta cuatro horas. Cuando se fuma la marihuana, se deposita mucho más THC en el torrente sanguíneo que al comerla o beberla.

Los científicos han aprendido mucho sobre cómo el THC actúa en el cerebro. El THC se adhiere a lugares específicos en las superficies de las células nerviosas llamados receptores de cannabinoides. Se pueden encontrar muchos receptores de cannabinoides en las partes del cerebro de alta densidad que ejercen influencia sobre el placer, la memoria, el pensamiento, la concentración, el movimiento, la coordinación y la percepción sensorial y del tiempo. Los receptores de cannabinoides son parte de una vasta red de comunicación conocida como el sistema endocannabinoide, que juega un papel crítico en el desarrollo y la función normal del cerebro. De hecho, los efectos del THC son similares a aquellos producidos por sustancias químicas que ocurren naturalmente en el cerebro y en el resto del cuerpo llamadas cannabinoides endógenos o endocannabinoides. Estas sustancias químicas ayudan a controlar muchas de las mismas funciones mentales y físicas que el consumo de la marihuana puede perturbar.

Cuando se fuma la marihuana, el THC estimula artificialmente a los receptores de cannabinoides, alterando la función de los cannabinoides naturales o endocannabinoides. La sobreestimulación de estos receptores en áreas clave del cerebro produce el 'high' o estímulo asociado con la marihuana así como otros efectos sobre los procesos mentales. Con el tiempo, esta sobreestimulación puede alterar la función de los receptores de cannabinoides lo que, conjuntamente con otros cambios en el cerebro, puede llevar a la adicción y a los síntomas del síndrome de abstinencia si se deja de usar la droga.

Según se ha detectado en las muestras que han sido confiscadas en los últimos treinta y tantos años (Proyecto de Vigilancia de la Potencia, Universidad de Misisipi), el contenido de THC, es decir, la potencia de la marihuana, ha aumentado continuamente. Este aumento en la potencia es preocupante ya

que sugiere que ahora las consecuencias del consumo de marihuana podrían ser peores que antes, especialmente en los usuarios nuevos o en las personas jóvenes cuyos cerebros aún están en proceso de desarrollo” (63).

Y a su vez, en la publicación del NIDA, se resalta que: “Los usuarios de marihuana que consumen dosis altas de la droga pueden experimentar una psicosis aguda, que incluye alucinaciones, delirio y una pérdida del sentido de la identidad personal o autorreconocimiento” (63).

Ahora bien, otros aspectos a resaltar de la marihuana en relación con sus efectos y consecuencias, pero desde Lorenzo y cols., son:

“Los consumidores ‘ligeros’ de cannabis reflejan un incremento de la sensación de bienestar, euforia moderada, relajación y alivio de la ansiedad. Pocas personas que fuman socialmente marihuana buscan intensificar las emociones o la distorsión sensorial, alucinaciones moderadas y ansiedad, que son propias del consumo de dosis elevadas.

A veces el consumo de cannabis se asocia a otras drogas para mitigar los efectos psicoestimulantes o potenciar los efectos depresores, según las características de la droga en cuestión. [...].

En el humano, la abstinencia tras el consumo crónico se pone de manifiesto por insomnio, inquietud, anorexia e irritabilidad, por lo cual el 93% de los consumidores indican su incapacidad de dejar de fumarla y buscan tratamiento para evitar la dependencia. [...].

El consumo de THC a largo plazo es particularmente sensible en los adolescentes durante la pubertad, porque su uso a menudo provoca trastornos comportamentales como depresión, déficit atencional o hiperactividad y dependencia y precede al uso de otras drogas de abuso y aunque su consumo no sea necesariamente un factor predictor de la progresión al consumo de otras drogas, los adolescentes que consumen marihuana tienen 104 veces más probabilidad de consumir cocaína que los que nunca la han consumido.

Las complicaciones orgánicas del consumo de cannabis incluye: problemáticas en el aparato respiratorio, en el sistema inmune, la función gonadal y reproductora y otros órganos y aparatos del sistema humano” (50).

Para terminar y por ser un tema de gran relación con la investigación a abordar, deseamos resaltar los efectos de la marihuana en el rendimiento escolar, en el trabajo y en la vida social reportados por el NIDA:

“Las investigaciones han demostrado que los efectos negativos que tiene la marihuana sobre la atención, la memoria y el aprendizaje pueden durar días o semanas después de que desaparezcan los efectos agudos de la droga (Schweinsburg y cols. 2008). Consecuentemente, alguien que fuma marihuana todos los días puede estar funcionando a un nivel intelectual reducido la mayor parte o todo el tiempo. Como es de esperar, la evidencia sugiere que, en comparación con los compañeros que no fuman marihuana, los estudiantes que fuman marihuana tienden a obtener calificaciones más bajas y son más propensos a abandonar la escuela secundaria (Fergusson y Boden 2008). Un metaanálisis de 48 estudios relevantes –uno de los más completos realizados hasta la fecha– encontró que el consumo de cannabis se asociaba sistemáticamente con un nivel reducido de logros educativos (por ejemplo, las calificaciones y la probabilidad de graduarse) (Macleod y cols. 2004).

Sin embargo, aún no se ha probado que haya una relación causal entre el consumo de cannabis por jóvenes y un daño psicosocial. Dicho esto, son los mismos consumidores de marihuana quienes informan resultados bajos en una variedad de medidas de satisfacción con la vida y sus logros. Un estudio comparó a los consumidores establecidos de marihuana a largo plazo, tanto actuales como del pasado, con un grupo de control que reportó haber fumado cannabis por lo menos una vez en su vida pero no más de 50 veces. A pesar de que las respectivas familias de origen tenían niveles similares de educación e ingresos, se encontraron diferencias significativas en los logros educativos e ingresos económicos entre los usuarios establecidos y el grupo de control.

Menos consumidores establecidos de cannabis habían terminado la universidad en comparación con el grupo de control. Asimismo, más

consumidores establecidos tenían ingresos anuales de menos de \$30,000. Al preguntarles cómo la marihuana había afectado sus habilidades cognitivas, sus logros profesionales, su vida social y su salud física y mental, la mayoría de los consumidores establecidos de cannabis reportaron que la droga había tenido efectos nocivos sobre todas las medidas anteriores.

Además, varios estudios han asociado el fumar marihuana con más ausencias, retrasos, accidentes, reclamos al seguro de compensación laboral y rotación de personal. Por ejemplo, un estudio entre los trabajadores del servicio postal encontró que los empleados que obtuvieron resultados positivos de marihuana en un análisis de orina previo a comenzar a trabajar en la institución tuvieron un 55 por ciento más de accidentes industriales, un 85 por ciento más de lesiones y un 75 por ciento más de ausentismo en comparación con aquellos que obtuvieron resultados negativos para el consumo de marihuana” (63).

#### 4.5.4.6. Cocaína

Según expresan Lorenzo y cols., en relación con esta SPA:

“La cocaína es el principal alcaloide de las hojas del *Erythroxylon coca*, arbusto de la familia de las eritroxiláceas, originario de la zona tropical de los Andes, que crece fundamentalmente en las regiones cálidas y húmedas entre 600 y 1500 metros sobre el nivel del mar, sobre todo en Perú, Bolivia, Brasil y Chile; también crece espontáneamente en Nueva Granada, Argentina, Antillas e Isla de Java, entre otras regiones. [...].

El arbusto de coca es una planta leñosa de color pardo-rojizo que alcanza unos 120-160 cm de altura, con hojas verdes, flores blancas y frutos rojizos. Las hojas tienen forma oval lanceolada, con el borde entero, de unos 4 a 8 cm de largo por 2 a 4 cm de ancho. Son de color verde intenso en el haz y mate en el envés. [...].

Químicamente la cocaína es la benzoilmetilecgonina. La ecgonina es una base aminoalcohólica estrechamente relacionada con la tropina, el aminoalcohol de la atropina; es por tanto un éter del ácido benzoico y una base nitrogenada.

Tiene aspecto de cristales blancos escamosos y de manera característica posee un sabor amargo y provoca insensibilidad gustativa debido a su acción anestésica local” (50).

Según los reportes del NIDA la cocaína, SPA que entra dentro del grupo de los estimulantes y la cual es extremadamente adictiva afectando directamente al cerebro:

“Ha sido llamada la droga de los años ochenta y noventa por su gran popularidad y uso extendido en esas décadas. Sin embargo, no es una droga nueva. En realidad, la cocaína es una de las drogas que se conoce desde hace más tiempo. Las hojas de la coca, de donde se obtiene la cocaína, se han ingerido por miles de años, mientras que la sustancia química pura, el clorhidrato de cocaína, se ha consumido por más de 100 años. A principios del siglo XX, por ejemplo, la cocaína purificada se convirtió en el principio activo básico que se empleaba en la mayoría de los tónicos y elixires creados para tratar una gran variedad de enfermedades.

Hoy en día, la cocaína es una droga clasificada bajo la Lista II (‘Schedule II’) de la Ley sobre Sustancias Controladas, lo que significa que se considera que tiene un gran potencial para ser abusada. Los traficantes generalmente mezclan la cocaína con otras sustancias inertes, tales como la maicena, el talco o el azúcar; o con ciertas drogas activas como la procaína (una anestesia local de composición química parecida) u otros estimulantes, como las anfetaminas.

Las principales vías de administración de la cocaína son oral, nasal, intravenosa y pulmonar. La forma de administración nasal, conocida como ‘esnifar’ o ‘*snorting*’, es el proceso de inhalar la cocaína en polvo por la nariz, de donde pasa directamente a la sangre a través de las membranas nasales. También se puede aplicar la droga directamente sobre las mucosas. La inyección o la administración intravenosa transporta la droga directamente a la sangre aumentando así la intensidad de su efecto. Al fumar, se inhala el vapor o el humo de la cocaína a los pulmones, donde la sangre lo absorbe a la misma velocidad que cuando se inyecta. El efecto eufórico resultante es casi

inmediato, y es la razón por la cual la popularidad del crack aumentó enormemente a mediados de los años ochenta” (64).

A nivel histórico, Lorenzo y cols. relatan que:

“El cultivo de la coca en la ladera de los Andes ecuatorianos y peruanos se remonta a 5000 años a.C. y parece ser que los conquistadores Incas aprendieron de los primitivos habitantes de esta zona la utilidad de mascar las hojas de coca, convirtiéndola en su planta divina. El nombre de coca deriva de una palabra de pronunciación similar de origen aimará, cuyo significado sería ‘el árbol’. [...].

A partir de la conquista española se difunde ampliamente su uso entre la población indígena y las primeras noticias ciertas que se tiene sobre su uso datan de la época en que Pizarro conquistó Perú (1532), época en que los Incas mascaban hojas de coca para aumentar su resistencia al frío, al hambre y a la fatiga originada por el trabajo.

El uso de la coca con fines recreativos, se basó en la elaboración de bebidas alcohólicas con coca, forma como fue introducida en Europa a finales del siglo XIX por un químico y empresario llamado Mariani” (50).

En relación a la cocaína y las consideraciones que se han hecho de esta SPA en lo atinente a los criterios de uso o abuso, efectos y potencial adictivo, los mismos autores expresan que: “El uso y abuso de la cocaína constituyen una parte de las alteraciones asociadas al consumo de drogas que han sido clasificados de acuerdo a la gravedad por la APA” (50), y plantean que esta SPA por los efectos que ocasionan a nivel comportamental y emocional: “tiene mayor capacidad de recompensa o refuerzo positivo y esto ocurre tanto en experimentación animal como por observaciones en la especie humana” (50), recordando así que la cocaína es altamente adictiva sin importar la vía que utilice el consumidor para su uso.

Otros aspectos en relación con los puntos anteriores, que es importante resaltar en relación con la cocaína y que nos recuerdan Lorenzo y cols., son:

“La cocaína genera un alto potencial de abuso y provoca gradualmente una necesidad inmediata de droga que en individuos susceptibles suple otros intereses. Aunque se utilice de forma aparentemente inocua o recreativa, los cambios bioquímicos en el SNC producidos de forma acumulativa y combinados con el refuerzo positivo de la droga pueden convertir su uso esporádico en uso compulsivo. [...].

La cocaína es, por tanto, un potente reforzador en animales de experimentación, dando lugar su consumo a una mortalidad superior a la producida por heroína y otras SPA. Por ello es importante especificar que a pesar que existe la falsa creencia que este tipo de SPA por ser considerado un estimulante del SNC al igual que las anfetaminas, no producen dependencia física ni síndrome de abstinencia, sino solo dependencia psicológica, es fundamental aclarar que como lo expresan Ladero y cols., ‘la suspensión brusca de la administración de cocaína da lugar a una sintomatología que reúne las condiciones fijadas por la APA para ser considerada como síndrome de abstinencia’. [...].

Las consecuencias médicas asociadas con el consumo abusivo de la cocaína son: complicaciones cardiovasculares: arritmias cardiacas, isquemia miocárdica, miocardiopatía, endocarditis, rotura y disección aórtica; complicaciones respiratorias: de las vías respiratorias altas, pulmonares, edema, inflamación, barotrauma; complicaciones neurológicas: vasculares, crisis convulsivas; rhabdomiólisis; complicaciones gastrointestinales; hepáticas; piel y faneras; sistema endocrino y cáncer” (53).

A su vez, Lorenzo y cols., expresan y diferencian los síntomas que se presentan por el consumo de esta SPA en dos variables:

“Los que busca la persona y los no deseados por el individuo. Los primeros son calificados por el consumidor como positivos y los segundos como negativos.



Entre los del primer grupo encontramos dos series de manifestaciones, los vivenciados como un aumento de las cualidades psicológicas: euforia, hiperactividad, lucidez, hipervigilancia, taquipsiquia, mayor conciencia sensorial y sensación de ser muy competente, lo cual deriva en un aumento de la autoestima, autoconfianza, egocentrismo y megalomanía; y los que se vivencian como un incremento de cualidades corporales: mayor sentimiento de energía, menor necesidad de dormir, inhibición de la sensación de fatiga, hambre y de sed. Entre los efectos negativos están prominentemente: hipertensión arterial, taquicardia, sudoración, temblor de extremidades, inquietud, decaimiento, malestar general.

Un aspecto a resaltar con el consumo de esta SPA, es que los sujetos consumidores, se sienten seguros con el uso de esta droga, debido a que durante bastante tiempo los consumos que realizan no parecen repercutirles a nivel orgánico, psíquico, ni tampoco se ven alteradas las relaciones sociofamiliares y laborales, por lo cual muchos autores consideran este tiempo como un período de silencio clínico, tal como sucede con otras drogas como el tabaco y el alcohol, razón por la que se hace preciso especificar a los usuarios los riesgos a corto, mediano y largo plazo que pueden presentar por el consumo de esta SPA de alto poder adictivo.

Gold (1997) destaca que unas tres cuartas partes de los consumidores de esta SPA tienen problemas psiquiátricos importantes, en el cual los trastornos depresivos harían más susceptible a la persona al consumo y la hipótesis de la automedicación sería más claramente entendida. Desde esta perspectiva es importante anotar que los consumidores de cocaína tienen asociado con mayor frecuencia los siguientes trastornos psiquiátricos: la esquizofrenia paranoide, los desarrollos delirantes, principalmente de tipo paranoide, los trastornos del estado de ánimo (episodios depresivos y maniacos) y las crisis de pánico. Con relación a los trastornos afectivos, un 50% de los adictos a cocaína en tratamiento cumplen criterios diagnósticos de trastorno depresivo y un 20% presenta un trastorno de tipo bipolar” (53).

Para el NIDA (64) las investigaciones han permitido lograr un entendimiento claro sobre cómo la cocaína produce sus efectos placenteros y la razón por la

cual es tan adictiva y los consumidores de esta SPA no la abandonan tan fácil. Según este instituto de investigación de SPA:

“Los científicos han descubierto regiones del cerebro que se excitan por todo tipo de estímulos gratificantes, tales como la comida, el sexo y muchas de las drogas de abuso. Uno de los sistemas neuronales que parece ser más afectado por la cocaína se origina en una región del cerebro medio llamada el área ventral del tegmento (AVT)” (64).

Según el NIDA:

“Las fibras nerviosas originadas en el AVT se extienden a la región del cerebro conocida como núcleo accumbens, una de las áreas clave del cerebro involucrada en la gratificación. Los estudios en animales han demostrado que la gratificación aumenta los niveles de una sustancia química en el cerebro (o neurotransmisor) llamada dopamina, acrecentando así la actividad neuronal en el núcleo accumbens.

Ya que la cocaína es una droga extremadamente adictiva, es muy difícil que una persona que la pruebe pueda predecir o controlar hasta dónde continuará deseándola o consumiéndola. Asimismo, si la persona se vuelve adicta, el riesgo de recaídas es alto aún después de periodos largos de abstinencia. De acuerdo con algunos estudios recientes, durante periodos de abstinencia del uso de cocaína, el recuerdo de la euforia asociado con su uso, o solamente una referencia a la droga, puede disparar un deseo incontrolable de consumirla y terminar en una recaída.

Las personas que abusan de la cocaína tienen mayor riesgo de contraer enfermedades infecciosas, como la del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) causado por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), además de la hepatitis viral. Este riesgo resulta no solo por compartir jeringuillas y otros objetos (‘parafernalia’) contaminados, usados por los usuarios que se inyectan, sino también por el hecho de participar en comportamientos de riesgo como resultado de estar drogados. Las investigaciones han demostrado que el consumo de drogas también puede interferir con el buen juicio y la toma de

decisiones, potencialmente llevando a los consumidores a tener relaciones sexuales de riesgo, a compartir jeringuillas y otros instrumentos para inyectarse, y a intercambiar el sexo por drogas (tanto los hombres como las mujeres). De hecho, algunos estudios han demostrado que entre los toxicómanos, aquellos que no se inyectan drogas están contrayendo el VIH al mismo ritmo que los que sí se las inyectan, destacando aún más el papel de la transmisión sexual del VIH en este segmento de la población” (64).

#### 4.5.4.7. Opioides

En palabras de Lorenzo y cols.:

“El opio es una resina que se obtiene de la adormidera (*Papaver somniferum*); la morfina principal responsable de sus efectos, fue aislada por Sertuner en 1806. La heroína (diamorfina o diacetilmorfina) fue desarrollada a partir de la morfina y comercializada en 1898 por Bayer” (50).

Inicialmente esta SPA fue reconocida por su aparente capacidad de curar y tratar la adicción de las personas que estaban siendo tratadas con morfina, pero después se reconoció que era una sustancia con un alto potencial de generar a su vez dependencia, razón por la cual se suspendió su comercialización. En términos generales:

“Se denominan analgésicos opioides a un grupo de fármacos con gran actividad analgésica, mediada por vías y receptores específicos en el SNC. Son o derivados naturales o semisintéticos del opio, o bien análogos sintéticos con muchas características farmacológicas comunes, siendo una de ellas la capacidad de generar dependencia. Por lo general se denomina opiáceo a los compuestos, exógenos o endógenos con estructura similar a la morfina, y opioide a los compuestos endógenos y fármacos con estructura química diferente. Siendo el opio el jugo desecado obtenido de las cápsulas de la *Papaver somniferum*, planta de la familia de las papaveráceas” (50).

Según el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos: NIDA, en su Serie de reportes de investigación: La heroína: Abuso y adicción:

“La heroína es una droga ilegal altamente adictiva que no solo es el opiáceo de más abuso sino que también es el de acción más rápida, es una sustancia que típicamente se vende en forma de polvo blanco o marrón, o como una sustancia negra pegajosa conocida en la calle como ‘goma’ o ‘alquitrán negro’. Uno de los aspectos a recordar con la heroína es que presenta problemas especiales debido a la transmisión del VIH y otras enfermedades que puede favorecer al compartir las agujas u otros equipos de inyección. [...].

La heroína es una droga con gran potencial adictivo cuyo abuso tiene repercusiones que van mucho más allá del usuario individual. Las consecuencias médicas y sociales del abuso de drogas –el VIH/SIDA, la tuberculosis, los efectos sobre el feto, el crimen, la violencia y los problemas en el entorno familiar, laboral y educacional– han tenido un impacto social devastador con un costo de miles de millones de dólares cada año” (65).

Desde los aspectos históricos, Lorenzo y cols., expresan que:

“El conocimiento de los efectos del opio y su uso con fines médicos data de tiempos prehistóricos, aunque las referencias más claras tienen lugar a partir de los siglos III y IV d.C, ya que el opio aparece incluido en todas las farmacopeas. [...].

La heroína es un derivado semisintético del opio, introducido en terapéutica en 1898 por Bayer como antitusígeno y analgésico supuestamente desprovisto de acción adictógena, lo que podría ser útil como alternativa de la morfina. Es evidente que en este último aspecto el descubrimiento de la heroína constituyó un fracaso terapéutico. [...].

La heroína y su metabolito activo 6-monoacetil-morfina (6-MAM), que posteriormente se hidroliza a morfina, se caracterizan por su alta liposubilidad, por lo que penetran en el cerebro más fácilmente que la morfina; a esto se debe su intenso efecto analgésico, euforizante y adictógeno. Debido a esta

capacidad de generar dependencia y a pesar de su gran eficacia analgésica, la heroína no es útil en terapéutica.

El abuso de opiáceos, especialmente heroína, experimentó un notable incremento en el mundo occidental en la década de los sesenta del siglo XX, debido, entre otros factores, en un cambio hacia las actitudes hacia la droga y hacia las normas establecidas, con motivaciones de respuesta social: desacuerdo con la sociedad; motivaciones de huida de situaciones sociales o personales, de libertad y gusto por hacer lo prohibido, de pasividad: pasar el rato, incluso con motivaciones de mejor adaptación a las nuevas costumbres, aparte de motivaciones experimentales: experimentar placer y sensaciones nuevas o sintomatológicas: calmar el dolor, suprimir el síndrome de abstinencia. [...].

Las formas de abuso más frecuentes de los dependientes son la administración por vía endovenosa o por vía oral. En los últimos tiempos suele administrarse por vía inhalatoria (fumada) o esnifada, debido fundamentalmente a la conciencia sobre el peligro de enfermedades por uso de la vía parenteral” (50).

Según el NIDA en su Serie de Reportes de Investigación:

“Típicamente el adicto se puede inyectar hasta cuatro veces al día. La inyección intravenosa proporciona la mayor intensidad y causa la oleada de euforia más rápida (de 7 a 8 segundos), mientras que la inyección intramuscular produce un inicio relativamente lento de la euforia (de 5 a 8 minutos). Cuando la heroína se inhala o se fuma, generalmente se sienten sus efectos máximos después de unos 10 a 15 minutos. Los investigadores del NIDA han confirmado que todas las formas de administración de la heroína causan adicción. [...].

Poco después de inyectársela (o inhalarla), la heroína cruza la barrera de la sangre al cerebro. En el cerebro, la heroína se convierte en morfina y rápidamente se adhiere a los receptores opioides. Las personas que abusan de la heroína típicamente informan que sienten una oleada de sensaciones agradables, conocida comúnmente como ‘rush’. La intensidad del ‘rush’

depende de la cantidad de la droga que se ha tomado y la rapidez con que la droga entra al cerebro y se adhiere a los receptores naturales de opioides. [...].

Uno de los efectos más perjudiciales de la heroína es la adicción en sí. La adicción es una enfermedad crónica con recaídas, caracterizada por la búsqueda y uso compulsivo de drogas y por cambios neuroquímicos y moleculares en el cerebro. Asimismo, la heroína produce un grado profundo de tolerancia y dependencia física, los que también son factores poderosos que motivan su uso compulsivo y abuso” (65).

Aunque según el NIDA (65), ha habido una reducción en la tendencia al abuso de la heroína en los últimos años en Estados Unidos, continúa habiendo una prevalencia mayor de la que había a principios de la década de los noventa, siendo claro que en Colombia el consumo de esta SPA por el contrario ha venido incrementándose en los últimos años, en ciertas regiones de manera especial, como el Eje Cafetero.

Según lo expresan muchos autores, por el carácter ilegal de esta SPA, es difícil conseguir en el comercio una heroína en estado puro, no habiendo forma de mantener el control de ‘calidad’. De hecho, según Lorenzo y cols. (53), la heroína ‘de calle’ tiene una pureza muy fluctuante que va desde un 5-10% y suele venderse mezclada con diferentes sustancias como: lactosa, glucosa, quinina, estricnina, entre otros, lo que favorece una toxicidad adicional y una posible sobredosis, debido a que el consumidor de heroína al estar acostumbrado a un grado determinado de ‘pureza’, consumirá una X cantidad de esta SPA, lo que puede conllevar a que si ese mismo consumidor llega a consumir heroína en un grado de pureza mucho mayor, genere una sobredosis y una posible muerte.

Los efectos descritos por Lorenzo y cols. (53), y asimismo reportados por el NIDA (65) son: en dosis baja produce supresión de la sensación de dolor, euforia, obnubilación mental, sensación de bienestar, relajación y somnolencia en algunos individuos, locuacidad y poco después aparece la incapacidad para

concentrase, apatía, miosis, disminución de la agudeza visual, etc., y en dosis altas se producen estos efectos con mayor duración e intensidad, con respiración fatigosa, disminución de la presión arterial y la frecuencia cardiaca, así como una sensación descrita por los consumidores como orgásmica.

Algunos aspectos generales relacionados con el consumo de la heroína y que son importantes tener en cuenta son:

“\*El consumo de heroína se asocia en ocasiones con el consumo de otras SPA (alucinógenos, anfetaminas, éxtasis, cocaína, alcohol).

\*La heroína produce tanto dependencia física como psicológica.

\*Los opiáceos se caracterizan por inducir relajación y ensoñación, aliviando la ansiedad y el dolor. Se trata de una sensación súbita y breve de intenso goce, que dura entre 5 y 15 minutos.

\*El heroinómano se caracteriza por un estilo de vida marginal con comportamientos fuera de la ley.

\*Los aspectos sociales más afectados de una persona consumidora de heroína son: la convivencia familiar, la integración escolar, la actividad laboral y las relaciones interpersonales.

\*Los efectos depresores inmediatos de los opiáceos pueden producir un estado alterado de la afectividad y de la vida instintiva más o menos permanente.

\*Los trastornos producidos por el consumo frecuente de heroína como son los relacionados con: el del estado del ánimo, el sueño y el estímulo sexual, a veces persisten durante semanas o meses después de haber cesado el consumo.

\*Los heroinómanos tienen una predisposición mayor que los adictos a otras SPA a presentar síntomas depresivos de breve duración. Esta clínica puede prolongarse y presentar diversa intensidad.

\*Las tendencias depresivas de los heroinómanos se materializan con frecuencia en una conducta autolítica.

\*La tasa de suicidio entre los adictos a opiáceos se estima en tres veces superior al de la población general.

\*La dependencia psicológica es un fenómeno mucho más complejo que la física y mucho más importante en la génesis de la adicción” (53).

Al estudiar la patología mental, comorbilidad o diagnóstico dual que puede estar asociada en los pacientes dependientes de opiáceos, debe tenerse en cuenta que:

“\*Más del 80% ha sido con anterioridad consumidor abusivo o dependiente de otras SPA, principalmente cannabis y/o alcohol.

\*Un 20% es consumidor habitual de otras drogas (estimulantes, como la cocaína o depresores como el alcohol, barbitúricos y benzodiacepinas)

\*Un 75% de los heroinómanos en tratamiento presentan un trastorno psiquiátrico previo y raramente diagnosticado con anterioridad.

Lo que indica lo anterior que el diagnóstico dual es muy frecuente, aunque por sí mismo los opiáceos no parecen inducir de una manera directa patología psiquiátrica” (53).

Finalmente, algunas de las consecuencias médicas más comunes del consumo de heroína crónico mediante inyección reportados por el NIDA son:



“Venas cicatrizadas o colapsadas, infecciones bacterianas de los vasos sanguíneos, abscesos (forúnculos) y otras infecciones de los tejidos blandos, y enfermedades hepáticas o renales. Las complicaciones pulmonares (incluyendo varios tipos de neumonía y tuberculosis) pueden ser el resultado de la mala salud del abusador, así como de los efectos depresivos de la heroína sobre la respiración. Algunos de los aditivos encontrados en la heroína que se venden en la calle pueden contener sustancias que no se disuelven fácilmente y que obstruyen los vasos sanguíneos que van a los pulmones, el hígado, los riñones o el cerebro. Esto puede causar una infección y hasta la muerte de pequeños grupos de células en los órganos vitales. Las reacciones inmunes a estos y otros contaminantes pueden causar artritis u otros problemas reumatológicos” (65).

#### 4.5.4.8. Anfetaminas

Dentro de los aspectos históricos de esta SPA más importantes encontramos:

“Aunque la anfetamina se sintetizó por primera vez en 1887, su actividad psicoestimulante no se identificó hasta 1927. Se introdujo en terapéutica en la década de 1930, principalmente como descongestionante nasal. Durante la II Guerra Mundial, las anfetaminas se administraban indiscriminadamente a soldados de varios ejércitos para aumentar la alerta y la agresividad y para disminuir el cansancio. También se administraron a trabajadores de las fábricas de apoyo al ejército, demostrándose desde el principio especialmente útiles en los trabajos más monótonos. Tras algunos años, llegada la década de los sesenta, las anfetaminas pasaron a ocupar el primer lugar en las drogas estimulantes” (50).

Las anfetaminas también se han utilizado entre los deportistas como sustancias para incrementar la capacidad física y mental, siendo consideradas como dopantes. En la actualidad, según Lorenzo y cols. (50), las anfetaminas están incluidas en las listas de sustancias prohibidas por el Comité Olímpico Internacional y es preciso recordar que fueron la base para el desarrollo de la mayoría de las drogas de diseño.

“La anfetamina corresponde químicamente a la forma racémica beta-fenilpropilamina que tiene poderosas acciones estimulantes sobre el SNC y acciones periféricas tipo alfa y beta como el resto de las drogas simpaticomiméticas de acción indirecta. Las formas dextro son más activas sobre el SNC, mientras que las levo poseen más efectos periféricos. [...].

Los efectos tóxicos de las anfetaminas no son más que la exacerbación de los efectos farmacológicos y, por lo general, se deben a una dosificación excesiva. [...].

Aparecen una serie de efectos centrales caracterizados por inquietud, temblor, hiperactividad, irritabilidad, debilidad, insomnio, fiebre y euforia en algunas ocasiones. En enfermos mentales puede aparecer confusión, agresividad, cambios en la libido, ansiedad, delirio, alucinaciones paranoides, estados de pánico e intentos de suicidio u homicidio. Sin embargo, todos estos efectos también pueden aparecer en sujetos normales tras consumos continuados y de grandes dosis de anfetaminas. Aparece fatiga, depresión y una somnolencia profunda tras la estimulación central. [...].

El abuso de anfetaminas genera dependencia, puesto que son capaces de originar tolerancia, dependencia física y psíquica. La dependencia a estas sustancias, al igual que con la cocaína, es fundamentalmente de tipo psicológico; sin embargo, a lo que se refiere a su capacidad para generar dependencia física, aunque no existe unanimidad, cada vez es más aceptado que existe esta dependencia. [...].

La abstinencia a las anfetaminas ha sido menos estudiada que la de la cocaína, pero la sintomatología es muy parecida, destacando el intenso craving que predispone a la recaída, la fatiga, el sueño prolongado, la hiperfagia y la depresión. [...]

Las anfetaminas producen con cierta frecuencia repercusiones orgánicas graves: Encefalopatía, Ictus, convulsiones, taquicardia inusual, arritmias, infarto, isquemia, hipertermia, entre otros. [...]

El abuso crónico de anfetaminas suele caracterizarse por fases de autoadministración de dosis repetidas durante horas o días, seguidas por períodos de sueño profundo y prolongado, tras el cual el sujeto está muy cansado y disfórico” (53).

Pérez (54) refiere que, contrario a la cocaína, las anfetaminas se han empleado desde hace varias décadas con fines médicos relacionados con trastornos del sueño, la esquizofrenia, la depresión, migrañas, etc., siendo su uso actual aceptado para trastornos como la hiperactividad. Asimismo, Pérez relata que:

“Los principales efectos de las anfetaminas son muy similares a los de la cocaína, aun cuando se demoran más tiempo en aparecer (de 1 a 3 horas). La sensibilidad general aumenta, disminuye la fatiga y el hambre, y aparece una sensación generalmente descrita como bienestar, aun cuando en algunas personas desencadenan ansiedad. Las investigaciones experimentales muestran que en la resolución de tareas sencillas se mejora la ejecución, pero en cuanto éstas se hacen más complejas el rendimiento baja notablemente. [...].

Con respecto a los efectos secundarios, las anfetaminas pueden producir numerosos trastornos, especialmente cuando su uso es crónico. En el campo físico puede presentarse fácilmente desnutrición ocasionada por el efecto inhibitorio al hambre que producen las anfetaminas. [...].

En el campo psicológico se dan cambios de humor, tendencia a la irritabilidad, insomnio y depresión. Es muy frecuente observar lo que se ha denominado ‘psicosis anfetamínica’, trastornos clínicamente indistinguible de una crisis psicótica de carácter paranoide (es decir persecutorio), en el cual se presentan alucinaciones auditivas y visuales, así como el fenómeno llamado ‘parasitosis’, que consiste en sentir animales que caminan sobre la piel, y que en ocasiones la persona también ve, lo cual provoca, naturalmente, estado de pánico. [...].

Es un hecho que, para evitar la depresión que generalmente se presenta luego de la suspensión de la droga, muchos usuarios vuelven a tomarlas, incluso sabiendo los riesgos a los que se exponen” (54).

#### 4.5.4.9. Éxtasis

El éxtasis es de las llamadas 'drogas de diseño', término que fue introducido en los años sesenta por el farmacéutico californiano, Gary Henderson, y el cual hace referencia al conjunto de las nuevas SPA de abuso y que su consumo se hace con fines recreativos o de generar estados alterados de consciencia. Se trata de sustancias estructurales y farmacológicamente semejantes a las sustancias controladas mediante Tratados Internacionales, tal como lo expresan Lorenzo y cols. (50).

Según Lorenzo y cols.: "La más importante de las drogas de diseño derivadas de feniletilaminas es la MDMA, por lo extendido de su consumo y por las numerosas investigaciones llevadas a cabo sobre su fármaco-toxicología" (50).

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, a través del NIDA, en su Serie de reportes de investigación: Abuso de la MDMA plantea:

"La MDMA es una droga ilegal que actúa tanto como estimulante así como psicodélico, produciendo un efecto vigorizante, además de distorsiones en el tiempo y la percepción, y la derivación de mayor placer de las experiencias táctiles. Típicamente, la MDMA (acrónimo de su nombre químico 3,4-metilenedioximetanfetamina) se toma por vía oral, generalmente en forma de tableta o cápsula, y sus efectos duran aproximadamente de 3 a 6 horas. La dosis promedio reportada es de una a dos tabletas, con cada tableta generalmente conteniendo entre 60 y 120 miligramos de MDMA.

La MDMA fue desarrollada en Alemania a principios del siglo XX, como compuesto precursor para ser utilizado en la síntesis de otros fármacos. Durante la década de los setenta, algunos psiquiatras en los Estados Unidos comenzaron a usar la MDMA como herramienta psicoterapéutica a pesar de que nunca se realizaron ensayos clínicos controlados con la droga, ni recibió aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos para ser usada en seres humanos. De hecho, no

fue sino hasta finales del año 2000 cuando la FDA aprobó el primer ensayo clínico para la MDMA que determinará si se puede usar la droga con seguridad en dos sesiones continuas de psicoterapia bajo condiciones de seguimiento riguroso para tratar el trastorno de estrés postraumático. No obstante, la droga logró tener una leve acogida entre un grupo de psiquiatras a finales de los años setenta y principios de los ochenta. Algunos de ellos incluso la llamaban 'la penicilina para el alma', porque parecía mejorar la comunicación en las sesiones con los pacientes y se reportaba que permitía que los pacientes lograran un mejor entendimiento de sus problemas. Fue durante este período que la MDMA comenzó a aparecer por primera vez en las calles. En 1985, la Agencia Estadounidense para el Control de Estupefacientes (DEA, por sus siglas en inglés) prohibió la droga, colocándola en la Lista I de sustancias controladas, correspondiente a aquellas sustancias sin valor terapéutico comprobado" (66).

Tal y como lo refieren y enfatizan Lorenzo y cols., quienes expresan que: "El primer documento público referente a la preparación y propiedades de esta droga corresponde a una patente alemana solicitada por la firma Merck en 1912 y otorgada en 1914" (53).

Estos mismos autores escriben así al éxtasis:

"La MDMA ha sido objeto de recientes debates científicos y legales basados en los informes de varios especialistas en salud mental que consideran que esta SPA puede producir alteraciones del estado de la consciencia, con elevación del tono emocional y sensual, y sentimientos de empatía. [...].

Una costumbre que encierra un peligro adicional es asociar el consumo de éxtasis con la ingestión de alcohol, con la finalidad de atenuar los efectos excitantes y aumentar la resistencia al consumo de esta SPA. Esta asociación del consumo de MDMA, así como con cualquier otra droga psicotrópica, puede dar lugar a reacciones imprevisibles, incluidos estados comatosos, colapso y muerte.

Las manifestaciones psiquiátricas asociadas con más frecuencia al consumo de MDMA y siguiendo los criterios DSM IV-R para clasificarlos son: trastornos psicóticos, depresión, ataques de pánico, flash backs y otras secuelas neuropsicologías. [...].

Existen estudios clínicos en los que se ha descrito otros trastornos variados en la esfera psiquiátrica: catatonia, alteraciones de la función cognitiva, cuadros confusionales con desorientación, convulsiones, náuseas y diarreas, interpretándose este cuadro por algunos autores como una superposición del síndrome neuroléptico maligno y del síndrome serotoninérgico.

Parece demostrado que sujetos consumidores de MDMA con predisposición a padecer problemas neuropsiquiátricos o con antecedentes personales o familiares de ansiedad, depresión o psicosis tienen un mayor peligro potencial de desarrollar procesos psiquiátricos crónicos.

Por otra parte, existe la posibilidad de que los consumidores 'asintomáticos' de MDMA comiencen a experimentar síntomas neuropsiquiátricos relacionados con la droga a medida que aumente su edad.

Los trastornos psicóticos son los trastornos psiquiátricos más graves y más frecuentemente asociados al consumo de MDMA. Los cuadros descritos en la literatura aparecen con diferentes denominaciones, tales como psicosis paranoide, psicosis atípica recurrente, psicosis crónica atípica, desde un punto de vista clínico cabe señalar que en ellos predominan las ideas delirantes de persecución, referencia, grandeza, cambios corporales y celos. Dichas ideas delirantes suelen generar gran ansiedad, llegando incluso a la tentativa suicida en algunos de los casos descritos, aunque en general no se acompañan de trastornos del humor” (53).

Por su parte, el NIDA en su serie de reportes descrita, define al éxtasis en lo relacionado con efectos y consecuencias psiquiátricas así:

“A pesar de la creciente evidencia de sus posibles efectos dañinos, la MDMA, una de las llamadas drogas de club, continúa siendo usada por millones de

personas a lo largo del país. La 3,4-metilenedioximetanfetamina (MDMA, o 'éxtasis') ha logrado la falsa reputación entre sus usuarios de ser una droga 'segura'. Con frecuencia, esta sustancia ilegal con propiedades tanto estimulantes como psicodélicas se consume por las sensaciones que produce de bienestar, estimulación, así como las distorsiones sensoriales y en la percepción del tiempo. Aunque la MDMA originalmente se hizo popular en las escenas de los 'raves' –fiestas que duran la noche entera– en la actualidad su uso se ha expandido a una gran diversidad de ambientes y de subgrupos demográficos.

Abundan los mitos sobre los efectos agudos y las consecuencias a largo plazo de esta droga, a menudo llamada 'éxtasis' o 'X'. En realidad, una de las razones por la creciente alza de su popularidad es que muchos jóvenes creen que la MDMA es una droga nueva y segura. Sin embargo, la MDMA no es una novedad para la comunidad científica, habiendo muchos laboratorios que comenzaron sus investigaciones sobre esta droga en la década de los ochenta; y el cuadro que surge de este esfuerzo es el de una droga que dista mucho de ser benigna. Por ejemplo, la MDMA puede causar un aumento peligroso en la temperatura corporal que puede llevar a un fallo renal. La MDMA también puede aumentar la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la tensión en las paredes del corazón. Los estudios realizados en animales, muestran que la MDMA puede dañar neuronas específicas del cerebro. Por el momento, las investigaciones en seres humanos no son concluyentes; no obstante, varios estudios muestran que el uso crónico de la MDMA a largo plazo puede resultar en pérdidas cognitivas, incluyendo problemas con la memoria.

La MDMA se ha popularizado en parte por los efectos positivos que la persona puede llegar a experimentar aproximadamente en una hora de haber ingerido una sola dosis. Estos efectos incluyen sensaciones de estimulación mental, calor emocional, empatía hacia los demás, una sensación general de bienestar y disminución de la ansiedad. Además, los usuarios informan una percepción sensorial exaltada como característica distintiva de su experiencia con esta droga.

En el transcurso de la semana después de haber hecho uso moderado de la droga, muchos usuarios de MDMA informan sentir una gama de emociones, incluyendo ansiedad, inquietud, irritabilidad y tristeza, ésta última en algunas personas puede llegar a ser tan severa como una verdadera depresión clínica. De igual manera, en los usuarios habituales de MDMA se ha observado un nivel elevado de ansiedad, impulsividad y agresividad, así como disturbios en el sueño, falta de apetito y una reducción en el interés por el sexo así como en el placer derivado del mismo.

Los estudios han demostrado que algunos usuarios crónicos de MDMA experimentan confusión, depresión y daño selectivo en la memoria de trabajo y en los procesos de atención, que persiste por largos períodos de tiempo. Se han asociado estos deterioros en la memoria con una disminución en los metabolitos de serotonina u otros marcadores de la función de la serotonina” (66).

#### 4.5.4.10. Alucinógenos

Lorenzo y cols. (53) definen alucinación como aquella percepción sensorial que no tiene fundamento en el mundo exterior y lo contraponen con la ilusión, la cual es una interpretación errónea, falsa o equivocada de una imagen sensitiva real, es decir, que tiene fundamento en el exterior.

“Los alucinógenos son sustancias naturales o sintéticas que tradicionalmente han formado parte de rituales religiosos y ceremonias mágicas en numerosas culturas. En general, se acepta que no producen dependencia, pero su uso se asocia al consumo de otras sustancias capaces de generar dependencia. El estudio de su farmacología no es sencillo ya que, generalmente, se trata de extractos obtenidos de plantas, con múltiples principios farmacológicos con acciones distintas entre sí.

La indolalquilaminas es el grupo relacionado con el ácido lisérgico, el producto alucinógeno prototípico y mejor estudiado: LSD. Descubierta por Hoffman en 1943. Es el compuesto de referencia para el estudio de los efectos farmacológicos de los alucinógenos.



El descubrimiento de las propiedades psicodislépticas de la dietilamida del ácido lisérgico fue casual. Hoffman, un investigador de los laboratorios Sandoz, la sintetizó en 1938 junto con otros ergoderivados. Aunque inicialmente apenas despertó interés, Hoffman prosiguió su estudio. En 1943 absorbió accidentalmente a través de la piel una pequeñísima cantidad de LSD, que le causó ligeras alteraciones de la percepción. Decidiendo posteriormente experimentar en sí mismo los efectos dosis crecientes.

Durante los años 50 el interés en el LSD fue puramente científico. Se pensaba que podría ser de utilidad para conocer mejor la fisiología del SNC y la patogenia de las enfermedades mentales. Todavía no era considerado una droga peligrosa, ni lo suficientemente atractiva como para ocasionar problemas de abuso. Tan solo era utilizado en círculos restringidos de artistas y estudiantes, con fines de autoexploración o como medio para obtener perspectivas distintas de la realidad y desarrollar así la creatividad. Paulatinamente fue aumentando su popularidad.

Ya en los 60 el LSD fue, junto con el pacifismo y las filosofías orientales, uno de los elementos integrantes más importantes del movimiento hippie. El LSD fue objeto de enormes polémicas entre detractores y defensores. Entre los defensores se encontraban muchos psiquiatras que lo utilizaban para facilitar la psicoterapia, especialmente en personas con falta de autoestima y rígidos mecanismos de defensa. Como muchas técnicas psicoanalíticas, no era una terapia estándar y la forma de aplicarla dependía de cada psiquiatra” (53).

Según Lorenzo y cols.: “En los años 70 se declaró ilegal el uso libre del LSD. A pesar de que su síntesis es fácil y barata, comenzó a ser difícil la obtención del LSD, aun para fines científicos” (53), y expresan que: “A los 20 años de introducirse en terapéutica, ya no se admitía ninguna indicación clínica. Desde la desaparición del movimiento hippie, el consumo de LSD es minoritario” (53).

“El LSD suele distribuirse en dosis entre 50 y 200 microgramos, contenidas en pequeñas píldoras negras o impregnadas en papeles con dibujos. Normalmente el LSD se consume en grupo y la atmosfera creada determina, en gran medida el ‘viaje’.

Su semivida es de 1.7 horas. A pesar de ello, sus efectos aparecen al cabo de unos 30 a 90 minutos, alcanzando su punto máximo a unas 3-5 horas después de la ingesta y posteriormente va declinando, pudiendo durar de 8 a 12 horas y hasta varios días.

El LSD es una de las drogas más potentes que se conocen. Cantidades de 50 a 100 microgramos por vía oral ya causan alteraciones psicodislépticas. La intensidad de los efectos depende de las dosis. El efecto psíquico que aparece en los primeros momentos tras ingerir LSD es una sensación de tensión interior que se alivia llorando o riendo y dependiendo mucho de las expectativas del consumidor también se puede presentar un estado de euforia.

En la especie humana, en general, no ocasionan pautas de uso continuado durante períodos prolongados, lo más normal consiste en consumos esporádicos, separado por intervalos de semanas o meses. Sin generar sintomatología de abstinencia.

El consumo crónico de LSD puede conllevar la aparición de problemas psiquiátricos de carácter permanente; se han descrito psicosis esquizoafectivas prolongadas, generalmente en personas especialmente vulnerables o con antecedentes psicóticos previos. También se han descrito unos trastornos perceptuales característicos denominados flashback, consistentes en unas recidivas espontaneas de las imágenes visuales o auditivas y de algunos aspectos de la experiencia, sin necesidad de estar en ese momento bajo los efectos de la sustancia.

Bajo los efectos del alucinógeno, el estado de ánimo es muy variable, incluso se pueden experimentar dos sensaciones aparentemente incompatible al mismo tiempo, lo que es resultado de un alternancia muy rápida de estados emocionales. A nivel cognitivo se demuestra que la atención, concentración y motivación para el rendimiento están deterioradas. Hay una pérdida de la capacidad asociativa y los pensamientos son ilógicos, cargados de fantasía” (53).

Según estos expertos: “Un consumo recurrente de sustancias alucinógenas, como el LSD, puede dar lugar a cambios crónicos inespecíficos de la personalidad, donde resaltan los rasgos paranoides” (53).

#### 4.5.4.11. Energizantes

El estudio de esta SPA se realiza en primera instancia partiendo de la clasificación de las drogas que producen dependencia, según sugiere la OMS desde el año 1975 y que hasta la fecha conserva vigencia (50). En esta clasificación dentro del grupo 8: se tienen los psicoestimulantes menores, de los cuales hacen parte el tabaco, la cafeína, otras colas y los energizantes.

Los energizantes son igualmente una SPA que ha sido considerada por el Gobierno Nacional para estudio, debido a que a pesar de que sea lícito su consumo, presenta una alta frecuencia de consumo (5).

Las bebidas energizantes surgieron en Escocia y en Japón con el objetivo de aumentar la energía y la concentración; inicialmente se componían de una mezcla de vitaminas y luego se les adicionaron la cafeína y los carbohidratos. Las bebidas energizantes entraron a los bares haciendo parte de las mezclas para cocteles con lo que su popularidad aumentó. Se puede afirmar que las bebidas energizantes surgen por su efecto estimulante mental, tienen altos niveles de cafeína, taurina y gluconorolactona (67).

Son sustancias que contienen gran cantidad de carbohidratos (sacarosa, glucosa), aminoácidos como la taurina, proteínas, vitaminas del complejo B (B1, B2, B6, B12, vitamina C, Niacina, ácido pantotéico), metilxantinas tales como la cafeína, teofilina y teobromina, sustancias derivadas de hierbas como el extracto de guaraná y ginsen. Además, tienen otras sustancias en cantidades menores como inositol, carnitina, pantoteato de calcio, biotina, glucoronolactona y ácido cítrico (67).

La relevancia de incluir esta SPA en los diferentes estudios e investigaciones se debe a los ingredientes que componen esta SPA, entre las que más se resaltan por sus características son:

*Metilxantinas.* Son un grupo de sustancias que incluyen la cafeína (1,3,7-trimetilxantina), teobromina (3,7-dimetilxantina) y la teofilina (1,3-dimetilxantina). En los receptores A1 en pulmón lleva a broncolilatación; más evidente en el caso de la teofilina. En el sistema nervioso central aumenta la liberación de glutamato y por la acción sobre receptores A2 produce vasoconstricción cardíaco y de sistema nervioso central (67).

*Guaraná.* Es un extracto vegetal derivado de una planta silvestre originaria de la Amazonía brasileña llamada *Paullina cupanal*, utilizada inicialmente como bebida tónica por las tribus indígenas de la región como la Mandacarus y la Mauês. Uno de sus efectos en el sistema cardiovascular es la elevación de la presión arterial y aumento del gasto cardíaco; efectos que inician después de dos a tres horas del consumo de guaraná, con un pico máximo de presentación a las ocho horas (67).

*Taurina.* Es un aminoácido aislado por primera vez en 1827 de la bilis de buey dónde se encuentra en altas concentraciones. Estudios realizados en felinos evidencian que la deficiencia de taurina se relaciona con abortos, bajo peso al nacer o velocidad de crecimiento extremadamente lento y una variedad de alteraciones neurológicas (67).

*Carbohidratos.* Estas bebidas tienen una gran cantidad de carbohidratos como glucosa, sacarosa, maltodextrina, galactosa y sucrosa. Estas altas concentraciones de azúcar en la luz intestinal enlentecen la velocidad con la que el glúcido es absorbido por las vellosidades intestinales y tienen efecto laxante. En individuos que han realizado actividad física intensa puede interferir con la efectiva hidratación (67).

Entre los riesgos de tomar estas bebidas están la erosión de los dientes y el aporte innecesario de calorías que puede producir aumento de peso y diabetes en quienes las consumen frecuentemente. Se han registrado casos de personas que desarrollan episodios maníacos con la ingesta de componentes de bebidas energizantes como cafeína y guaraná por separado o a través de una bebida energizante. Existen casos de pacientes con enfermedad mental, en los que la ingesta alta de cafeína precipitó las hospitalizaciones por la exacerbación sintomática y el deterioro de su condición mental. Aunque no se puede establecer definitivamente que el consumo de las bebidas energizantes haya sido la causa de estas hospitalizaciones, existe una asociación temporal que no se puede ignorar (67).

Se evidencia que los componentes de las bebidas energizantes no son completamente inocuos y pueden presentarse efectos adversos, sobre todo a expensas de las metilxantinas que se encuentran en altas concentraciones. Además, el extracto de guaraná aporta una carga adicional de cafeína que la mayoría de las veces no se especifica en las latas, por lo que se desconoce el contenido total. En varios de los estudios revisados se observan aumento de la tensión arterial, taquiarritmias y dislipidemias en quienes consumen regularmente estos productos. Asimismo, se ha reportado infarto cardíaco tras un consumo fuerte de bebidas energizantes y se consideró como causa probable un vasoespasma coronario inducido por cafeína y taurina (67).

Con el consumo crónico puede presentarse dependencia a la cafeína que genere un síndrome de abstinencia tras la suspensión abrupta. Por esta capacidad de inducir tolerancia y abstinencia, algunos autores sugieren que tiene características adictivas y no recomiendan su uso en pacientes con vulnerabilidad a la adicción y en menores de edad, ya que además de lo anterior puede establecerse a posteridad un síndrome de hiperactividad (67).

#### **4.6. Adolescencia y consumo de SPA**

Con relación a la adolescencia y el consumo de sustancias psicoactivas como las mencionadas, es preciso resaltar que esta etapa de la vida, Lorenzo y cols. (53) la consideran de alto riesgo para generar adicciones o dependencias, debido a las características propias de los adolescentes, los cuales están en una fase de lograr madurez física, sexual y psicológica y se encuentran en un periodo de la vida en el que se estructura y se afianza la construcción de la personalidad; haciendo todo lo anterior que se esté más sensible o susceptible emocionalmente, ante la influencia de pares, los cuales pueden presionar de forma directa o indirecta hacia conductas de riesgo como el consumo de SPA.

Los mismos autores plantean que:

“En esta etapa se busca la identidad personal, la independencia de los padres, y la intimidad con los iguales. El tránsito al mundo adulto siempre significa, en mayor o menor grado, una fase de oposicionismo, junto con la reformulación de muchos valores hasta entonces no cuestionados” (53).

Por otra parte: “El adolescente tiende a sobrestimar su capacidad de poder evitar patrones de consumo abusivo y asimismo, infravalora las consecuencias autodestructivas a corto, medio y largo plazo del consumo de drogas” (53).

En el tema de los adolescentes y el consumo de alcohol, la cual es la SPA de mayor uso y abuso de los jóvenes y quizás a la SPA que mayor énfasis le debemos hacer desde lo investigativo y preventivo, Pastor y Guardia refieren que:

“Algunos estudios recientes han identificado cambios rápidos en el patrón neuroquímico, celular, sináptico y estructural del cerebro de los adolescentes con tasas de consumo excesivo de alcohol (Gogtay et al., 2004; Giedd, 2004), que les hacen más susceptibles a sufrir problemas de salud que a los consumidores adultos. Las alteraciones de memoria, las pérdidas de

conciencia o el deterioro cognitivo asociados a los atracones de alcohol de algunos adolescentes, podrían deberse a una pérdida de plasticidad cerebral hipocampal y de la corteza prefrontal. No olvidemos que la adolescencia es un periodo de rápidos cambios cerebrales estructurales y funcionales que afectan a los sistemas del refuerzo (vías mesolímbica y mesocortical de la dopamina) y a las hormonas relacionadas con el estrés (ACTH y cortisol), que podrían explicar porque muchos adolescentes se inician en el consumo de drogas motivados por un aumento de la ansiedad y la búsqueda de sensaciones (Faingold et al., 2004).

De hecho, el consumo de alcohol durante este periodo incrementa notablemente la probabilidad de sufrir problemas de neurodesarrollo. Los efectos moleculares del alcohol durante el desarrollo son complejos e implican a numerosos mecanismos y vías de señalización celular. Durante la ontogenia cerebral, el alcohol causa alteraciones estructurales irreversibles sobre el cerebro en formación, afectando a mecanismos moleculares, neuroquímicos, celulares y genéticos tales como la regulación de expresión de genes, las moléculas implicadas en las interacciones celulares, la interferencia sobre la respuesta mitogénica y de factores de crecimiento, el incremento de radicales libres (procesos oxidativos) o desajustes de la función glial (Gilpin et al., 2008; Alfonso-Loeches y Guerri, 2011)” (51).

De hecho, Pastor y Guardia, plantean que tanto en el cerebro del adulto como del adolescente: “El alcohol daña áreas específicas del cerebro a través de mecanismos excitotóxicos, oxidativos, inmunológicos y neuroinflamatorios mediados por los receptores TLR4 (Mousas et al., 2009)” (51). Asimismo, estos autores exponen que:

“Entre los efectos esperados destacaban los aspectos positivos a corto plazo derivados del consumo moderado (más hablador, euforia...), siendo los adolescentes quienes además esperaban mejorar algunas de sus habilidades personales (Cortes, et al., 2008). [...].

Existen estudios clínicos y experimentales que afirman que el cerebro adolescente es mucho más vulnerable a esta droga en cuanto a funciones

cognitivo conductuales, provocando peores rendimientos académicos explicables por déficit mnémicos (especialmente en memoria de trabajo) y atencionales (Lopez-Frias et al., 2011; Zeigler et al., 2005). De hecho, los problemas de memoria son muy comunes entre los adolescentes que abusan del alcohol, y se explican por alteraciones estructurales cerebrales secundarias a las intoxicaciones etílicas. [...].

Todos estos estudios anteriormente revisados indican que beber a edades tempranas podría modificar los procesos madurativos en áreas específicas del cerebro que resultan críticas para los procesos cognitivos, especialmente la memoria de trabajo, las capacidades viso-espaciales, las funciones ejecutivas y la memoria. [...].

La adolescencia es un periodo de cambio en el que la persona trata de conformar su identidad, apreciándose una progresiva independencia familiar y una creciente influencia del grupo de iguales (Andrews, Tildesley, Hops y Fuzhong, 2002; Arellanez, Díaz, Wagner y Pérez, 2004; Griffin, Seller, Botvin y Diaz, 2001; Hay y Ashman, 2003). Esta etapa del desarrollo se convierte en un periodo crítico en lo que se refiere a las conductas de riesgo en general, incluyéndose la del uso de sustancias (Sussman, Unger y Dent, 2004) debido a que el adolescente debe hacer frente a una serie de retos y nuevas obligaciones que coinciden temporalmente con cambios fisiológicos y con fluctuaciones en su funcionamiento emocional, cognitivo y social (Calvete y Estévez, 2009)” (51).

#### **4.7. Familia y consumo de SPA**

Ahora bien, en lo relacionado con las variables familia y consumo de SPA, Pastor y Guardia (51), nos recuerdan que la familia es la primera institución en la que se inicia el proceso de socialización, constituyendo el ambiente en el que se adquieren creencias, valores y hábitos que condicionan la forma de conectar con el otro, con el mundo y con uno mismo.



Por su lado, Lorenzo y cols. (53) definen que en el contexto familiar es donde se pueden posibilitar situaciones que pueden favorecer el acercamiento del adolescente al consumo de SPA o por el contrario circunstancias que puedan conllevar a obstaculizar que este adolescente no inicie el consumo de las mismas. Y argumentan que:

“Entre las características familiares que proporcionan un riesgo de consumo de drogas en sus miembros jóvenes tenemos: la desestructuración familiar, la carencia de disciplina y organización, la estructura de comunicación inexistente o deficiente, la actitud de sobreprotección, los comportamientos agresivos a nivel físico y psicológico, modelos paternos de consumo de drogas legales, a veces incluso ilegales.

Por el contrario las características familiares que protegen del consumo de drogas tenemos: la percepción afectiva filial adecuada, la concordancia entre el ideal filial paterno y la conducta filiar real, la adecuada fijación de límites y control, la discusión de los problemas en comunidad, la actitud democrática en la toma de decisiones y la capacidad de planear y compartir” (53).

En esta misma línea de pensamiento, Pastor y Guardia definen:

“El predominio de un estilo parental u otro y la percepción que el adolescente tiene sobre el mismo, influyen tanto en la probabilidad de que se inicie en el consumo como en el mantenimiento posterior del mismo (Latendresse y cols., 2008). Dos son las dimensiones que definen los estilos de crianza: el control y la calidez parental. En líneas generales, un estilo de crianza *democrático* –alto control y alta calidez– permite adquirir en los hijos una mayor confianza en sí mismos, mayor autocontrol, madurez y competencia social (Al-Halabi y cols 2009; Craig, 1997).

Por el contrario, un estilo de crianza *autoritario* –elevado control y baja calidez–, *indiferente* –bajo control y baja calidez– o *permisivo* –bajo control y elevada calidez– impiden que los hijos adquieran la independencia de modo natural y que puedan funcionar en la vida adecuadamente. Por este motivo, estos tres

estilos parentales son los más relacionados con el inicio en el consumo de alcohol. Cuanta más importancia se le otorga a la familia y a los valores que la rodean, especialmente a la proximidad e intimidad con los padres, y cuanta mayor supervisión paterna se tenga sobre las actividades y amistades de los hijos, mayor es la probabilidad de que disminuyan en general las conductas de riesgo, y particularmente el consumo de sustancias de los hijos (Coley, Votruba y Schlinder, 2008; Romero y Ruiz, 2007)” (51).

**Tabla 4.** Factores de riesgo y protección asociados al ámbito familiar

Factores de riesgo	Factores de protección
<ul style="list-style-type: none"> <li>*Baja disciplina familiar</li> <li>*Consumo de SPA por parte de los padres</li> <li>*Actitudes parentales favorables al consumo</li> <li>*Baja supervisión parental</li> <li>*Conflicto familiar</li> <li>*Historia familiar de conducta antisocial</li> <li>*Abuso físico</li> <li>*Bajas expectativas de éxito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Apego familiar</li> <li>*Integración familiar</li> <li>*Creencias saludables y claros estándares de conducta</li> <li>*Altas expectativas parentales</li> <li>*Sentido de confianza positivo</li> <li>*Dinámica familiar positiva</li> </ul>

*Fuente:* Becoña y Cortés (68).

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1. Objetivo general**

- ✓ Establecer la relación entre los estilos parentales y el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de 8º, 9º y 10º residentes en el municipio de Manizales en el año 2013.

### **5.2. Objetivos específicos**

- ✓ Caracterizar las y los estudiantes de 8º, 9º y 10º residentes en el municipio de Manizales en el año 2013, según variables demográficas.
- ✓ Describir los estilos parentales presentes en estudiantes de 8º, 9º y 10º residentes en el municipio de Manizales en el año 2013.
- ✓ Determinar las frecuencias (prevalencias/distribución) del consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de 8º, 9º y 10º residentes en el municipio de Manizales en el año 2013.
- ✓ Relacionar los estilos parentales y el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de 8º, 9º y 10º residentes en el municipio de Manizales en el año 2013.

## **6. METODOLOGÍA**

### **6.1. Tipo de estudio**

El diseño del estudio fue descriptivo, transversal. Este tipo de estudio se ha denominado como de encuesta o transversal en los diferentes textos y se distingue según Hernández y cols., porque:

“Se indaga sobre la presencia de la exposición y la ocurrencia del evento una vez conformada la población en estudio y porque solo se hace una medición en el tiempo en cada sujeto de estudio. El número de eventos así como la proporción de sujetos con la exposición están determinados por la frecuencia con que ocurren éstos en la población elegible y por lo tanto, quedan fuera del control del investigador” (69).

### **6.2. Población o unidad de trabajo**

Para el año 2013 existía según el sistema de matrículas (SIMAT) en Manizales, una población en los grados 8º, 9º y 10º de bachiller en los colegios públicos y privados, del área urbana y rural de la ciudad de Manizales, de 15586 estudiantes, 2488 estudiantes en el sector privado y 13098 en el sector oficial. En el sector privado existían 22 Instituciones Educativas, siendo en total 824 del grado octavo, 868 del grado noveno y 796 del grado decimo, con un total de 100 grupos en estos grados.

En el sector oficial se contaba con población en estos grados en 53 instituciones Educativas, para un total de 4641 del grado octavo, 4144 del grado noveno y 4313 del grado decimo, con un total de 340 grupos en estos grados.

En vista de que se contó con apoyo en recursos financieros de la Secretaría de Salud Pública de la Alcaldía de Manizales, que se tenía establecido poder tener un diagnóstico lo más discriminado posible de la situación real de toda la población objeto de esta investigación, a que se deseó tener unos datos de los estilos parentales y la situación del consumo de SPA por comunas, colegios y las zonas rural y urbana y a que se consideró recomendable que las instituciones educativas se visibilizarán y sintieran representadas dentro de los resultados de la investigación, por los antecedentes de consumo de SPA de la ciudad reportados en otras investigaciones de índole nacional, se decidió aplicar el instrumento a todos los escolares de los grados 8º, 9º y 10º tanto del sector oficial como del privado.

Es importante especificar que el SIMAT, no arroja el lugar de residencia de las y los estudiantes por barrio y no se contó con información 100% confiable de la población del sector privado, debido a que las matriculas de estos aun no están en el sistema en su totalidad, lo cual dificultaba poder llevar a cabo adecuadamente la selección de una muestra representativa por comuna y zona en la ciudad de Manizales.

A su vez en el trabajo de campo se encontró que el número total de Instituciones Educativas que contaban con estudiantes en los grados mencionados no eran 75 sino 80 y que realmente en el SIMAT se reportaba mayor población de la realmente encontrada en terreno. Seguramente por factores relacionados a la deserción escolar –factor que es crítico al finalizar año– y por ausencia escolar en el momento de realizar la recolección de la información.

#### 6.2.1. Criterios de inclusión

- ✓ Estudiantes escolarizados de los grados 8º, 9º y 10º de las zonas urbana y rural del Municipio de Manizales.

- ✓ Estudiantes de los grados 8º, 9º y 10º del sector de la Florida del municipio de Villamaría, por ser población residente en su gran mayoría en Manizales.
- ✓ Estudiantes escolarizados en la jornada diurna. Debido a que es la población mayoritaria que representaría los jóvenes de los grados estudiados en la presente investigación.
- ✓ Estudiantes con edades comprendidas entre los 10 y 18 años. Definido por razones de los baremos, para la interpretación del apartado del instrumento que evalúa estilos parentales y por ser la población media que representa los grados 8º, 9º y 10º.

#### 6.2.2. Criterios de exclusión

- ✓ Estudiantes con algún tipo de discapacidad mental, cognitiva o sensorial. Definido por razones de comprensión de la prueba y por ser una población que por sus condiciones especiales, pueden poseer una relación diferente frente a las SPA y con sus padres en lo atinente con los estilos parentales.
- ✓ Estudiantes escolarizados en educación por ciclos. Población que suele tener características diferentes con las y los estudiantes diurnos que pueden alterar los resultados, en relación a edad, intereses, antecedentes académicos, etc.
- ✓ Estudiantes escolarizados en la jornada nocturna. Población que suele tener características diferentes con las y los estudiantes diurnos que pueden alterar los resultados en relación a edad, intereses, antecedentes académicos, etc.

### 6.3. Técnicas e instrumentos de recolección de información

En relación con la variable de estilos parentales, se contó con el instrumento ESPA29, el cual fue facilitado y autorizado su uso para los fines de esta investigación, por parte de su coautor, Gonzalo Musitu Ochoa, posterior a la solicitud por escrito de los investigadores.

“Ficha técnica instrumento de evaluación de estilos parentales

Nombre: Escala de estilos de socialización parental en la adolescencia (ESPA29)

Autores: Gonzalo Musitu Ochoa y José Fernando García Pérez

Aplicación: individual o colectiva

Ámbito de aplicación: adolescentes de 10 a 18 años

Duración: 20 minutos, aproximadamente, incluyendo la aplicación y corrección

Finalidad: evaluación del estilo de socialización de cada padre

Material: manual y ejemplar autocorregible (mismo modelo para padre y madre)” (45).

Este instrumento es una prueba psicológica distribuida para Colombia por TEA Ediciones, empresa que se encarga de la edición y distribución de test y pruebas de evaluación psicológica desde hace mas de 50 años. El instrumento ESPA29 (45) se ha elaborado para evaluar los estilos de socialización de los padres en distintos escenarios representativos de la cultura occidental. El encuestado valoró la actuación de su padre y madre en 29 situaciones significativas, obteniendo una medida global para cada padre en las dimensiones de aceptación/implicación y coerción/imposición. A partir de las puntuaciones en las dos dimensiones se tipificó el estilo de socialización de

cada padre como autoritativo, autoritario, negligente e indulgente, de las 29 situaciones planteadas en el instrumento 13 son negativas y 16 positivas.

El ESPA29 ha sido validado en población de 10 a 18 años, escolarizados, de ambos sexos, de centros de educación públicos y privados y se ha calculado:

“Su consistencia interna de las 7 escalas de socialización del padre y la madre de forma independiente, obteniendo resultados satisfactorios en todas ellas. El mayor coeficiente de consistencia correspondió a la escala de *afecto* de la madre (0,943) y el menor a la *displacencia* del padre en situaciones problemáticas (0,820)” (45).

A su vez en relación con este instrumento ESPA29:

“Se contrastó empíricamente la validez teórica del modelo bidimensional de los estilos de socialización mediante el análisis factorial. Los cálculos se efectuaron con el programa SPSS 8.0 extrayendo los factores con el método PFA-análisis de componente principales- y aplicando la *rotación varimax* con normalización de káiser, por tratarse de dimensiones que teóricamente se suponían independientes, limitando el número de dimensiones a las dos supuestas teóricamente (Stevens, 1992, Cap. 11). Los resultados del análisis factorial confirmaron satisfactoriamente la estructura teórica del modelo bidimensional” (45).

Para esta investigación en lo atinente a las frecuencias, percepción del riesgo y aspectos relacionados con las SPA, se utilizó como base principal el instrumento de escolares (Encuesta Nacional - Cuestionario estandarizado) del Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo (SIDUC) de la CICAD/OEA (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas/Organización de Estados Americanos) que el país ha retomado y adaptado y que viene siendo aplicado y validado en diferentes países de la región, lo cual garantizó la validez y confiabilidad necesaria en relación con el instrumento y con los resultados arrojados, a fin de orientar eficientemente la



toma de decisiones en el nivel local, permitiendo así mismo comparaciones con otras regiones del hemisferio.

Este instrumento fue aplicado en el año 2011 en el Estudio Nacional de Consumo de SPA en Población Escolar, estudio que fue realizado por el Gobierno Nacional de la República de Colombia, a través del Ministerio de Justicia y del Derecho (Observatorio de Drogas de Colombia), el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con el apoyo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos (OEA) y la Embajada de los Estados Unidos en Colombia.

La autorización para hacer uso de este instrumento fue solicitada por escrito, contando con una respuesta de aprobación para el uso del mismo, para los fines de ésta investigación, por parte de los funcionarios encargados de este proceso en el Ministerio de Justicia y el Ministerio de Salud y Protección Social, quienes de hecho han manifestado su complacencia en que se utilicen instrumentos ya validados y utilizados por el Gobierno nacional.

El cuestionario indagó inicialmente por características demográficas a través de las cuales se preguntó por los datos del estudiante en relación con aspectos personales, familiares y educativos y en su parte central contenía una serie de preguntas con alternativas de respuesta cerradas sobre uso de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas y factores asociados a su consumo.

Esta investigación obtuvo declaraciones de consumo de SPA legales tales como cigarrillo y alcohol, medicamentos utilizados como SPA sin prescripción médica tipo tranquilizantes y estimulantes, SPA de uso inadecuado tales como los inhalables y SPA de orden ilícito como la marihuana, cocaína, éxtasis, etc.

Es así como las sustancias sujetas a cuestionamientos fueron:

**Tabla 5.** Clasificación de las sustancias

Sustancias legales	Sustancias ilegales	Uso inadecuado	Médicas sin prescripción
Bebidas energizantes Cigarrillo Licor	Marihuana Cripa Cocaína Basuco Éxtasis Metanfetamina Heroína Ácidos Ketamina Otras	Chamber Popper Dick Pegantes y/o solventes Hongos Yagé Cacao sabanero	Anfetaminas Tranquilizantes

Se entendió como consumo el uso de las sustancias lícitas e ilícitas anteriormente indicadas, una o más veces en un período de tiempo específico; en particular los siguientes:

Consumo en el último mes o consumo actual: la persona declara haber usado determinada sustancia una o más veces durante los últimos 30 días.

Consumo en el último año o consumo reciente: la persona declara haber usado determinada sustancia una o más veces durante los últimos 12 meses.

Consumo alguna vez en la vida: la persona declara que ha usado determinada sustancia una o más veces en cualquier período de su vida.

Este instrumento de escolares del Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo incluye a su vez dos pruebas de tamización, el CAGE y el CAST. El primero para evaluar el posible riesgo de alcoholismo y el segundo la posible dependencia a la marihuana. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tamización es el uso de una prueba sencilla en una población saludable, para identificar a aquellos individuos que tienen alguna patología, pero que todavía no presentan síntomas (70).

Es un sistema de identificación de probables casos de un daño en una población, mediante la aplicación de pruebas u otros procedimientos rápidos. Permite distinguir personas con mayor probabilidad de tener el daño, sin llegar a ser una prueba diagnóstica y se aplica a personas aparentemente sanas (70).

El CAGE es el acrónimo en inglés de Cuttingdown (disminuir), Annoyance, (molesto) Guilty (culpable) y Eye-opener (abrir el ojo). Fue desarrollado por Ewing en 1984 y en España fue validado en 1986 por Rodríguez-Martos y cols. Los tres primeros ítems del cuestionario CAGE son consistentes y complementarios con los criterios de abuso y dependencia del DSM IV (70).

El cuestionario CAGE es el instrumento más usado para identificar el consumo abusivo de alcohol. Para la escala se ha documentado en diferentes investigaciones una consistencia interna entre 0,52 y 0,90, con un promedio de 0,74. Asimismo, ha presentado aceptable sensibilidad y especificidad cuando se ha comparado con una entrevista clínica para abuso o dependencia de alcohol. La consistencia interna en el estudio en Colombia arrojó un resultado entre 0,753 y 0,834. La sensibilidad fue 66,7% (IC95%: 38,8-87,0) y la especificidad de 86,0% (IC95%: 73,7-93,3). Este instrumento muestra aceptable consistencia interna (71) y es una prueba de tamización que está presente en los estudios nacionales que realiza el Gobierno Nacional.

El CAST (Cannabis Abuse Screening Test) es un instrumento ideado en Francia por Francois Beck y Stephane Legleye, para estudiar el consumo problemático de Cannabis, con la intención de que incluyera ítems de dependencia, “abuso” como se define en el DSM-IV y otros problemas relacionados con el consumo. Es un instrumento de 6 ítems diseñado para detectar patrones de abuso de cannabis en jóvenes y adolescentes, centrándose sobre todo en las dificultades para controlar el consumo y en sus consecuencias negativas sobre la salud o las relaciones sociales. El CAST presenta resultados más robustos desde el punto de vista psicométrico, que podrían servir para determinar la prevalencia del consumo problemático de

Cannabis, en particular usando como criterio la frecuencia del consumo de Cannabis a modo de referencia (70).

Su uso en esta investigación es debido a que es una escala utilizada para medir el consumo problemático de marihuana en encuestas escolares y está actualmente en uso en la encuesta europea ESPAD y en las encuestas del Sistema Subregional de Investigación e Información sobre Drogas (ONUDD-CICAD-OEA), en Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay (72).

#### 6.3.1. Entrenamiento del personal de campo

Por el tipo de instrumentos que se aplicaron, se contó con personal de apoyo idóneo para la aplicación de los mismos. Personal al cual se le realizaron varios entrenamientos en donde se incluyó información básica de estudios sobre consumo de drogas en población estudiantil y su utilidad para la generación de políticas públicas en la materia, los objetivos del estudio, una revisión completa de los cuestionarios, los criterios de inclusión y exclusión y también se socializó y entregó un protocolo de abordaje e introducción de los entrevistados.

#### 6.4. Procedimiento

Posterior a tener definido el problema a investigar y a hacer la revisión teórica respectiva, se procedió a seleccionar los instrumentos que estuvieran validados y que nos permitieran recolectar la información necesaria para los objetivos de la investigación, obteniendo el ESPA29 para la evaluación de los estilos parentales y el instrumento de escolares del Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo (SIDUC) de la CICAD/OEA para lo relacionado con las SPA.

El ESPA 29, es cuestionario que mide la *Escala de Estilos de Socialización Parental en Adolescentes –ESPA29–* de Musitu y García (2001).

“Este instrumento está compuesto por 232 ítems que permiten evaluar los estilos de socialización familiar. Los adolescentes valoran la actuación de sus padres en 29 situaciones representativas de la vida cotidiana familiar en la cultura occidental: 16 hacen referencia a las conductas de los hijos que se ajustan a las normas familiares (e.g., ‘Si respeto los horarios establecidos en mi casa’) y 13 referidas a cuando sus conductas son contrarias a dichas normas (e.g., ‘Si voy sucio y desastrado’). Para cada una de estas situaciones, los adolescentes valoran, con una escala de respuesta de 1(‘Nunca’) a 4(‘Siempre’), cómo actúan sus padres en términos de *afecto* (‘Me muestra cariño’) e *indiferencia* (‘Se muestra indiferente’) ante los comportamientos ajustados; y en términos de *diálogo* (‘Habla conmigo’), *displicencia* (‘Le da igual’), *coerción verbal* (‘Me priva de algo’) ante los comportamientos no adecuados a la norma. Con estas valoraciones se obtiene una medida global en las dimensiones del modelo de socialización: *Aceptación/Implicación* y *Severidad/Imposición*. A partir de estas puntuaciones se tipifica el estilo de socialización parental como autorizativo, indulgente, autoritario y negligente. Su estructura factorial se ha confirmado en diferentes estudios (Martínez, Musitu, García y Camino, 2003; Musitu y García, 2001), así como la ortogonalidad de las dos dimensiones principales (Lim y Lim, 2003, p. 21; Musitu y García, 2001)” (73).

Una vez aprobada la propuesta de investigación, se estableció contacto con las Secretarías de Educación municipal y departamental, esta última con el fin de considerar la información de las entidades educativas del sector de la Florida (área del municipio de Villamaría) en lo concerniente a las variables predeterminadas. Posteriormente se estableció agenda para ser desarrollada en máximo 45 días y así tratar de evitar interlocución entre los estudiantes referente a las pruebas aplicadas.

Todo lo cual implicó la conformación de un grupo de encuestadores debidamente capacitados por el equipo investigador, para la recolección de la información, en donde se hizo énfasis en los objetivos del estudio, la población a encuestar y sus características y de forma detallada en cada una de las preguntas del instrumento.

Este instrumento por primera vez aplicado masivamente en la ciudad se llevó a cabo por medio electrónico, en donde unos ingenieros de sistemas de la Universidad de Manizales contratados para tal fin, desarrollaron un aplicativo web que permitió la recolección de la información de manera inmediata, con el mayor grado de confiabilidad posible. Para lo cual se realizó una prueba piloto en 3 grupos de estudiantes de los grados 8º, 9º y 10º del municipio de Villamaría, con el fin de verificar el adecuado funcionamiento del sistema de encuestas en línea.

Los estudiantes y orientadores estaban familiarizados con el uso de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC), dado que en las respectivas instituciones educativas orientan procesos de formación en sistemas. Esto facilitó el reconocimiento no solo del hardware, sino también del software, el cual fue explicado con detenimiento, así mismo el contenido semántico y la sintaxis de los instrumentos son castizos para nuestra nación.

Previo a la aplicación del instrumento, se convocaron más de 50 rectores de las instituciones educativas de secundaria con el fin de socializar el propósito del estudio, la población objeto, el alcance del mismo y las acciones que de éste se podrían desarrollar en posteriores investigaciones. Todas las instituciones educativas demostraron interés, receptividad y manifestaron firmar consentimiento informado en el momento indicado.

Una vez verificada las condiciones con relación a la capacidad instalada referente a los computadores y conectividad en las instituciones, se identificaron las instituciones que requerían una alternativa adicional, como fue transportar los portátiles necesarios de la Universidad a la entidad respectiva según la fecha acordada para aplicación de la encuesta.

Luego de llevar a cabo este proceso de recolección de datos se hizo revisión de la calidad del mismo, en tanto se descartaron las encuestas según criterios de mal diligenciamiento de la encuesta por: incoherencias, negación a terminar

el cuestionario, responder afirmativamente a la pregunta de consumo de una SPA inventada por los investigadores, etc.; lo anterior concluyó en tener finalmente 13.029 encuestas de 79 instituciones educativas, debido a que con una institución privada del municipio de Villamaría no se pudo realizar este proceso.

Al obtener la base de datos final se hizo el análisis estadístico e interpretación de los mismos a la luz del marco teórico, utilizando medidas estadísticas como el Chi cuadrado, el riesgo relativo, riesgo atribuible al factor y la regresión logística.

Una de las pruebas estadísticas que se utilizó fue la de Chi cuadrado ( $X^2$ ). Es una prueba estadística que permite determinar la asociación existente entre dos variables cualitativas, en este caso el estilo parental y el consumo de SPA. Según un nivel de confianza definido para éste estudio del 95%, nos dice si las variables están o no relacionadas, es decir si son o no independientes.

Se definió el valor p, que usualmente reportan la mayoría de paquetes estadísticos y que no es más que la probabilidad de obtener, según esa distribución, un dato más extremo que el que proporciona el test o, equivalentemente, la probabilidad de obtener los datos observados si fuese cierta la hipótesis de independencia. Si el valor p es muy pequeño (usualmente se considera  $p < 0,05$ ) es poco probable que se cumpla la hipótesis nula y se debería de rechazar. El test  $X^2$  es un test no dirigido (test de planteamiento bilateral), que nos indica si existe o no relación entre dos factores pero no en qué sentido se produce tal asociación (74).

De ahí la importancia de establecer el Riesgo Relativo (RR). El cual es un índice de asociación, que permite determinar que tanto riesgo tenían los estudiantes expuestos al evento (estilo parental) comparados con los no expuestos. Es decir, compara la frecuencia con que ocurre el daño entre los que tienen el factor de riesgo y los que no lo tienen (75).

El riesgo relativo mide la fuerza de la asociación entre la exposición (estilo parental) y la enfermedad (consumo de SPA). Indica la probabilidad de que se desarrolle la enfermedad en los expuestos a un factor de riesgo en relación al grupo de los no expuestos. Su cálculo se estima dividiendo la incidencia de la enfermedad en los expuestos, entre la incidencia de la enfermedad en los no expuestos (75).

Es una prueba estadística que favorece el cuantificar la relación existente entre unas variables y estudiar su relevancia clínica (74).

Cuando calculamos el Riesgo Relativo debemos expresar si dicho riesgo es diferente de 1. Si al construir el 95% intervalo de confianza el intervalo no incluye el valor 1 concluimos que el riesgo es estadísticamente significativo  $p < 0,05$ . Si el 99% intervalo de confianza no incluye el valor 1, el riesgo relativo es significativo  $p < 0,01$  (75).

De igual forma se determino el porcentaje del riesgo atribuible al factor (%RAF), el cual permite establecer el grado de influencia que tiene la exposición (estilo parental) en la presencia del problema investigado (consumo de SPA) entre los estudiantes con padres con determinado estilo parental.

El porcentaje del riesgo atribuible representa el porcentaje de riesgo que se debe al factor de riesgo en el grupo expuesto. Implica también el porcentaje de riesgo que se podría disminuir en el grupo expuesto al eliminar dicho factor de riesgo y por tanto tiene importancia para los aspectos preventivos y curativos en salud y la planificación de la atención médica (75).

Vale la pena mencionar que se aplicó el coeficiente Alfa de Cronbach, para evaluar la consistencia interna del instrumento, dando como resultado 0,956 de fiabilidad.



## 7. RESULTADOS

### 7.1. Descriptivo

#### 7.1.1. Simple

Se presentaran los principales resultados univariados, relacionados con los objetivos propuestos, es decir, las variables demográficas, los estilos parentales y el consumo de SPA, según los datos arrojados por las y los estudiantes encuestados.

##### 7.1.1.1. Aspectos demográficos

**Tabla 6.** Edad de la población encuestada

EDAD		
Años	No. estudiantes	%
10	3	0,0
11	3	0,0
12	67	0,5
13	1413	10,8
14	3382	26,0
15	3937	30,2
16	2749	21,1
17	1135	8,7
18	340	2,6
Total	13029	100

Los estadísticos descriptivos de la variable edad de las y los estudiantes encuestados, según la Tabla 6, refieren una media de 14,97 años, con un valor mínimo de 10 años, un máximo de 18 años y una desviación típica de 1,24 años. A su vez encuentra el pico más alto entre los 14 y 16 años con 10068 estudiantes de 13029, lo que representa que el 77,3% de la población está en este rango de edad.

**Tabla 7.** Población encuestada según sexo, zona de residencia, sector, tipo de colegio, jornada y grado

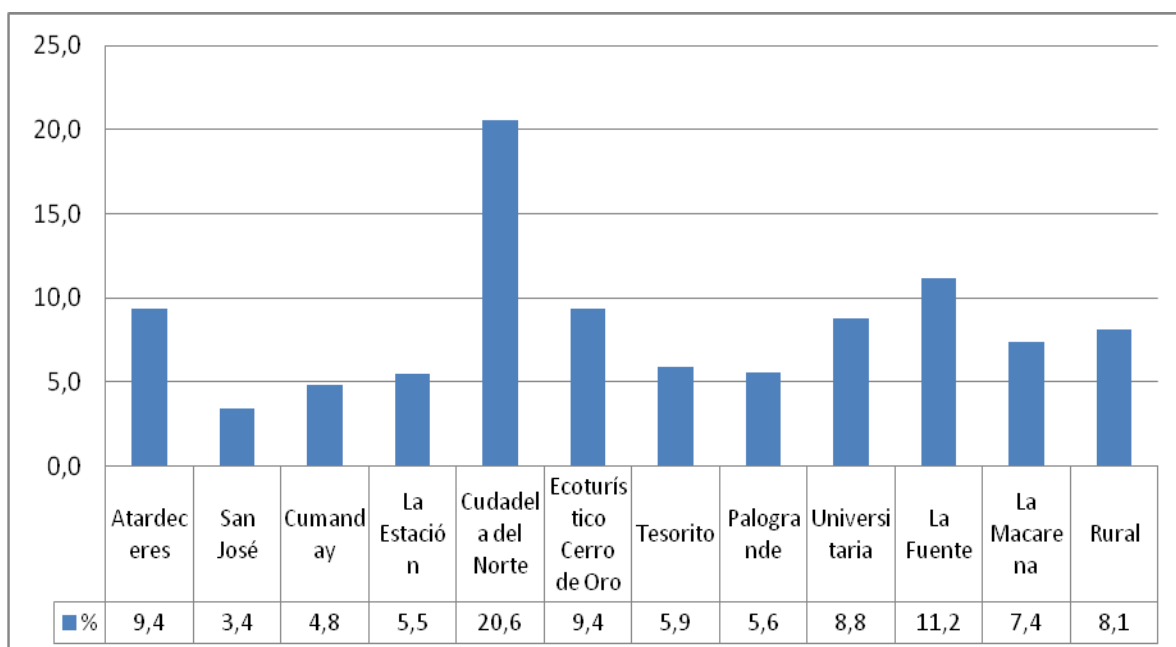
<b>POBLACIÓN ENCUESTADA</b>			
<b>Variables</b>		<b>No. Estudiantes</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	Femenino	6528	50,1
	Masculino	6501	49,9
<b>Zona de residencia</b>	Urbano	11973	91,9
	Rural	1056	8,1
<b>Sector</b>	Público	10247	78,6
	Privado	2782	21,4
<b>Tipo de colegio</b>	Masculino	1065	8,1
	Femenino	1545	11,9
	Mixto	10419	80,0
<b>Jornada</b>	Mañana	9940	76,3
	Tarde	1255	9,6
	Completa	1834	14,1
<b>Grado</b>	Octavo	4676	35,9
	Noveno	4117	31,6
	Décimo	4236	32,5

Se observa que la distribución de la población por sexo es muy similar en una relación 1:1, existiendo solo una diferencia de 27 mujeres sobre los hombres. En cuanto a la zona de residencia cerca de 1 de cada 10 estudiantes viven en zona rural y según el sector al que pertenece la institución educativa, las instituciones públicas poseen cerca de 8 estudiantes por cada 10 del total de la población.

En cuanto al tipo de institución educativa al que pertenecen las y los encuestados, la mayoría estudian en una institución compuesta por hombres y mujeres, con 4 de cada 5 estudiantes y el restante de la población estudia en un ámbito exclusivo de un solo sexo, siendo mayor las instituciones con población exclusiva femenina con 3,8 puntos porcentuales sobre la de los hombres.

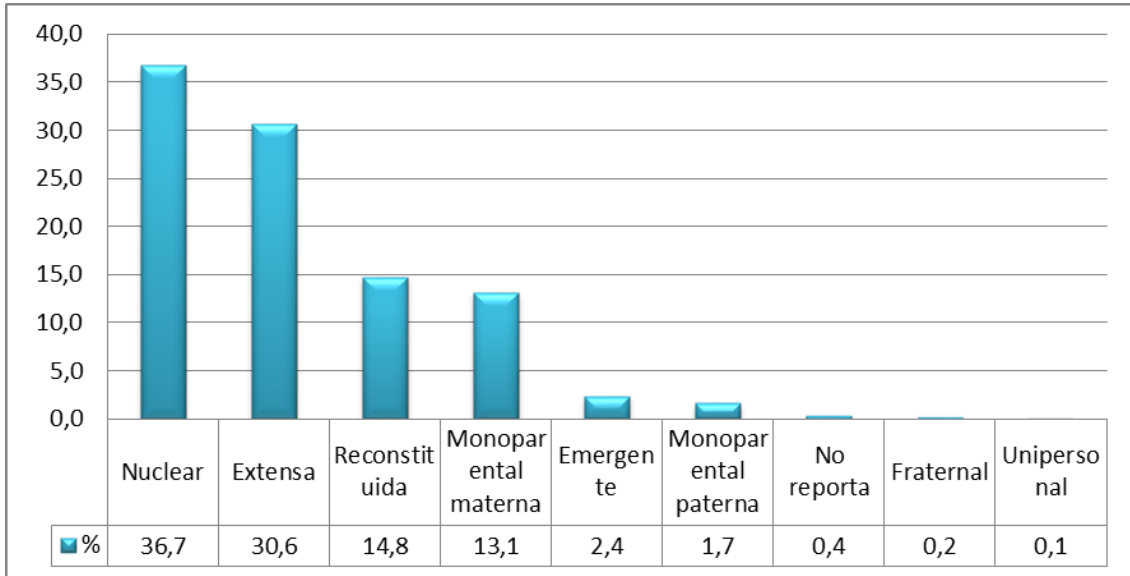
En cuanto a la jornada, la de la mañana es la más alta, siguiéndole la jornada completa, que representa instituciones privadas y por último la jornada de la

tarde, que corresponde a población del sector público. Por grado de escolaridad, la población del grado octavo es la que más estudiantes diligenciaron la encuesta, seguido de la del grado décimo.



**Figura 1.** Distribución de las y los estudiantes por comuna o zona rural de residencia.

La población encuestada presenta un mayor número en la comuna Ciudadela del Norte, con 2678 estudiantes, lo que representa 1 de cada 5 encuestados, seguido de la comuna La Fuente con 1454 estudiantes, es decir, cerca de la mitad de la población de la Comuna ciudadela del Norte y posteriormente le siguen las comunas Atardeceres y Ecoturístico Cerro de Oro, con 1223 y 1222 estudiantes respectivamente, lo que significa que 2 de cada 10 estudiantes encuestados residen en alguna de estas 2 comunas. Estas 4 comunas representan en total el 50,5% de toda la población encuestada. Distribución que es consistente con la población general que representa estas comunas en la ciudad.



**Figura 2.** Estudiantes según tipología familiar.

Se encontró una tipología familiar donde prima la nuclear con 4784 familias, le sigue la tipología familiar extensa, que da cuenta de 3989 estudiantes que conviven con integrantes de diferentes generaciones, incluyendo familiares de la nuclear, arrojando que 3 de cada 10 viven en este tipo de familias. La tercera tipología, con cerca de la mitad de la población que la extensa, es la reconstituida y la cuarta es la monoparental materna con 13 casos de cada 100 encuestados.

Se evidencia una población distribuida de forma pareja en lo relacionado con el sexo, el grado teniendo en cuenta la naturaleza de la institución educativa y se observa como sobresale porcentualmente la población de la comuna Ciudadela del Norte, del sector público, entre los 14 y 16 años, de la jornada de la mañana y con una tipología familiar nuclear y extensa.

#### 7.1.1.2. Estilos parentales

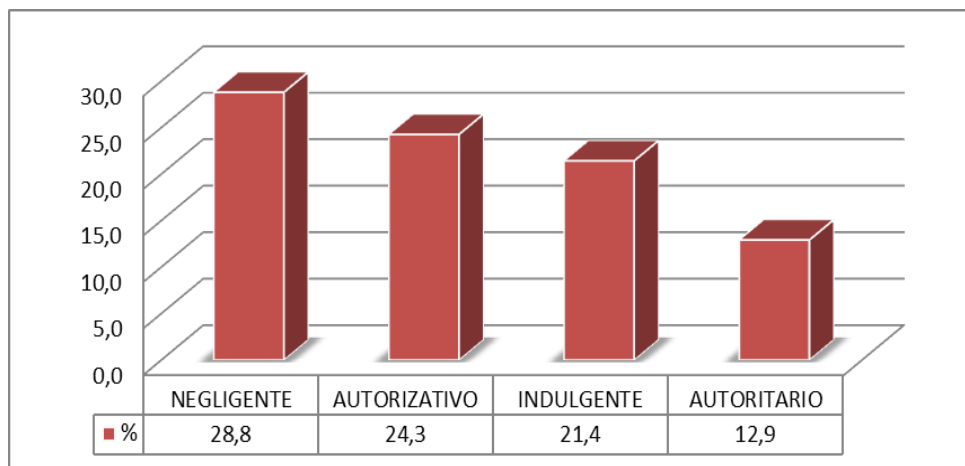
Es importante especificar que la relación en torno a los estilos parentales, se realizó al final con un total de 12268 registros, debido a que para éste análisis se eliminaron los datos de las y los estudiantes que no evidenciaron un estilo parental dominante dentro de los cuatro que arroja el instrumento ESPA, en

tanto la puntuación promedio de ambos padres (estilo familiar) obtenida por la población encuestada, se ubico exactamente sobre las líneas del plano cartesiano, sin poder determinar así un estilo parental específico.

**Tabla 8.** Estilos familiares

ESTILOS FAMILIARES		
Variable	No. estudiantes	%
Autorizativo	4384	35,7
Indulgente	3554	29,0
Negligente	2697	22,0
Autoritario	1633	13,3
Total	12268	100

Según se observa en la Tabla 8, el estilo familiar predominante es el autorizativo, en segunda medida el indulgente, le prosigue el negligente y en última instancia el autoritario. Con una diferencia del primero con el último de 22,4%.

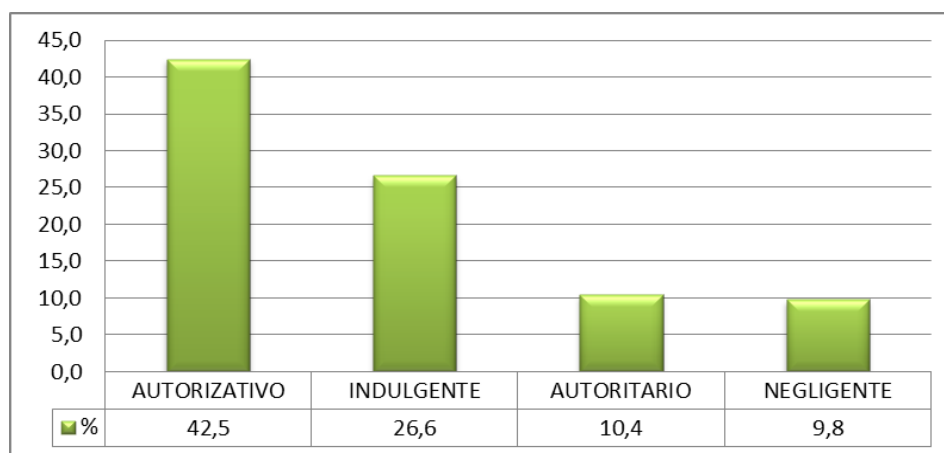


**Figura 3.** Estilo parental del padre.

Según el instrumento ESPA29, el cual permitió identificar el estilo parental de los padres de las y los estudiantes encuestados, se encontró que en relación con la figura paterna, el estilo parental más frecuente en los 13029 estudiantes, en 3 de cada 10 encuestados es el negligente, el cual se caracteriza por la no aplicación de la norma y suelen ser indiferentes frente al cuidado de los hijos.

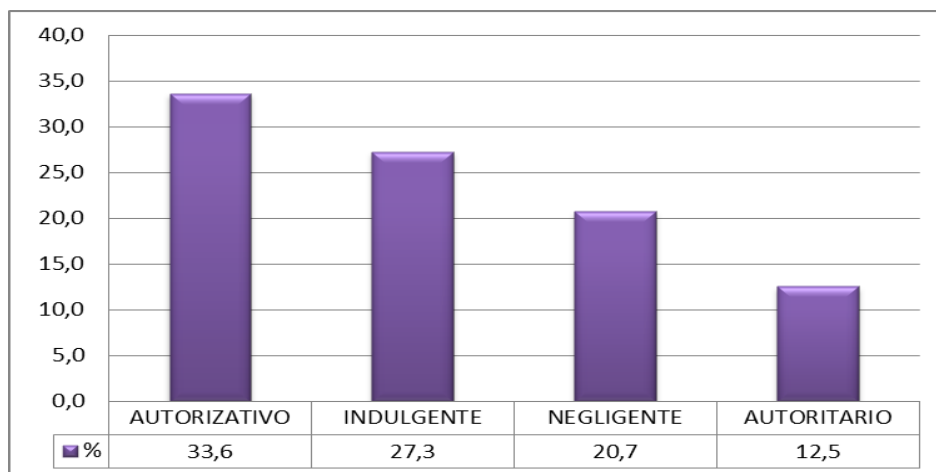
En 3162 casos se encontró un estilo parental paterno autorizativo, el cual se expresa a través del establecimiento de normas concertadas y estimulan el diálogo.

En un tercer lugar, se encuentra en 1 de cada 5 casos, los padres que ejercen la educación de sus hijos a través de un parámetro indulgente, manifestándose en comportamientos en donde no se aplica la sanción física ni verbal y se da autonomía por medio de la responsabilidad y en último lugar se encuentra el autoritario en el cual prima la sanción y se minimiza la importancia del afecto y la comunicación. En un 12,6% no se encontró un estilo parental dominante por parte del padre.



**Figura 4.** Estilo parental de la madre.

En relación con los resultados de los estilos parentales de la madre, se evidencia que el estilo autorizativo se presenta en 2 de cada 5 estudiantes encuestados, le sigue el estilo indulgente con 3471 casos, el estilo autoritario es el siguiente estilo parental predominante en las madres de las y los estudiantes con 1 caso de cada 10 y en último lugar con 1280 estudiantes, el estilo negligente. En un 10,7% de los y las encuestadas no se encontró un estilo parental dominante por parte de la madre.



**Figura 5.** Estilo parental familiar.

Con el fin de determinar el estilo parental familiar, se optó por el sistema habitual de dicotomizar a partir de la mediana, las puntuaciones promediadas del padre y la madre (76).

Según estos resultados se obtuvo para el total de registros (13029), como se puede evidenciar en la Figura 5, que el estilo parental predominante es el autoritativo, en donde una de cada tres familias ejerce este estilo de educación con sus hijos. En segundo lugar se ubica la familia indulgente con 6 puntos porcentuales menos que el estilo autoritativo. En tercer lugar se encuentra la familia con un estilo negligente en un hogar de cada 10 y como último estilo con 1633 casos, el estilo autoritario, en donde predomina la exigencia de las normas sin contemplar el dialogo como recurso.

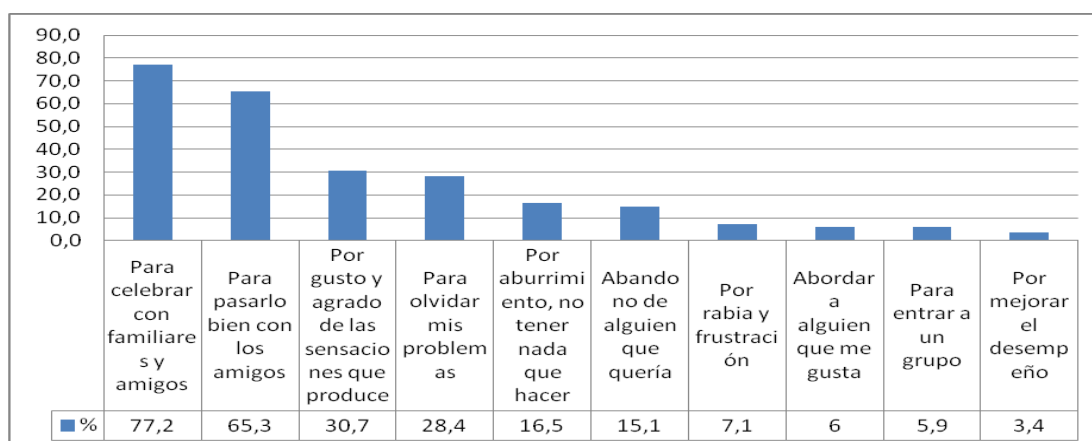
Es de anotar que en un total de 761 casos, lo que representa el 6%, no se encontró un estilo parental dominante a nivel familiar, debido a que como se menciona anteriormente, la ubicación en el plano cartesiano no permitió identificar un estilo parental específico en estos casos.

### 7.1.1.3. Consumo de SPA

**Tabla 9.** Frecuencias de consumo de SPA en el último año y mes

SUSTANCIA PSICOACTIVA	PREVALENCIA AÑO	PREVALENCIA MES
	%	%
Alcohol	70,1	45,6
Energizantes	65,3	32,8
Cigarrillo	22,8	11,6
Marihuana	16,2	7,8
Chamber	7,7	2,9
Dick	5,2	1,1
Cripa	10,1	5,2
Pegantes	3,5	1,5
Tranquilizantes	3,7	1,7
Poppers	2,2	0,6
Cocaína	3,4	1,6

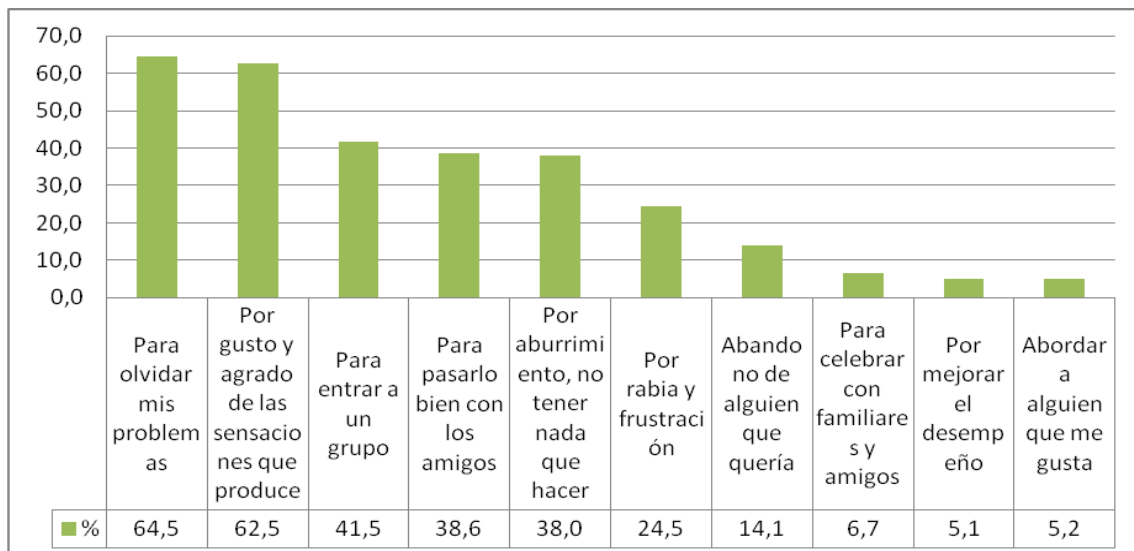
Se presentan los resultados de las prevalencias de último año y mes de las SPA que más consume la población encuestada, en la cual se evidencia que en su orden las sustancias con mayores prevalencia de consumo son el alcohol, los energizantes, cigarrillo y la marihuana. Los ácidos, hongos, éxtasis, cacao sabanero, metanfetamina, bazuco, anfetaminas, heroína, yagé y ketamina arrojaron prevalencias menores a un 1%.



**Figura 6.** Percepción sobre principales motivos para consumir licor.



A la pregunta sobre los tres principales motivos que la gente tiene para consumir licor, la población encuestada indico que en primera instancia es por celebrar con familiares y amigos (10054), el pasarlo bien con los amigos (8511), por las sensaciones que produce (4002) y cerca de éste con 3698 estudiantes, el olvidar problemas.



**Figura 7.** Percepción sobre principales motivos para consumir marihuana.

Las y los estudiantes, ante la pregunta sobre los tres principales motivos que la gente tiene para consumir marihuana, expresaron que en primera medida es por querer olvidar los problemas, situación expuesta por 8479 estudiantes. Le sigue con dos puntos de diferencia porcentual el gusto y agrado por las sensaciones que produce, con 8206 estudiantes a favor. En tercera posición se encuentra el consumo de marihuana con el objetivo de entrar a un grupo, al cual respondieron afirmativamente 5696 jóvenes y en cuarto y quinto lugar con unos resultados muy similares, el pasarlo bien con los amigos y por aburrimiento y no tener nada que hacer, con 4994 y 4670 casos respectivamente.

**Tabla 10.** Promedio de edad de inicio de consumo de las SPA de mayor consumo

<b>EDAD DE INICIO</b>		
<b>Sustancia</b>	<b>Promedio en años</b>	<b>Desviación Estándar</b>
<b>Cigarrillo</b>	12,4	2,0
<b>Alcohol</b>	12,7	1,9
<b>Pegantes</b>	13,2	1,7
<b>Dick</b>	13,3	1,4
<b>Popper</b>	13,5	1,6
<b>Marihuana</b>	13,7	1,5
<b>Tranquilizantes</b>	13,8	1,7
<b>Cocaína</b>	14,2	1,6

En la Tabla 10 se puede ver por cada sustancia, la edad promedio de inicio por cada una de ellas. Como se observa el cigarrillo y el alcohol, sustancias legales para personas mayores de 18 años, son las que encabezan el listado, con una edad de inicio para la primera de 12,4 años y para el alcohol de 12,7 años.

#### 7.1.2. Compuesto

En este apartado se presentará desde lo descriptivo, las relaciones más significativas según las variables planteadas como objetivos en esta investigación: lo demográfico, estilos parentales y consumo de SPA.

### 7.1.2.1. Aspectos demográficos

**Tabla 11.** Distribución de las y los estudiantes según edad y sexo

EDAD	SEXO				Total general	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
10	3	100	0	0	3	100
11	0	0	3	100	3	100
12	31	46,3	36	53,7	67	100
13	768	54,4	645	45,6	1413	100
14	1724	51	1658	49	3382	100
15	1990	50,5	1947	49,5	3937	100
16	1341	48,8	1408	51,2	2749	100
17	514	45,3	621	54,7	1135	100
18	157	46,2	183	53,8	340	100
<b>Total</b>	<b>6528</b>	<b>50,1</b>	<b>6501</b>	<b>49,9</b>	<b>13029</b>	<b>100</b>

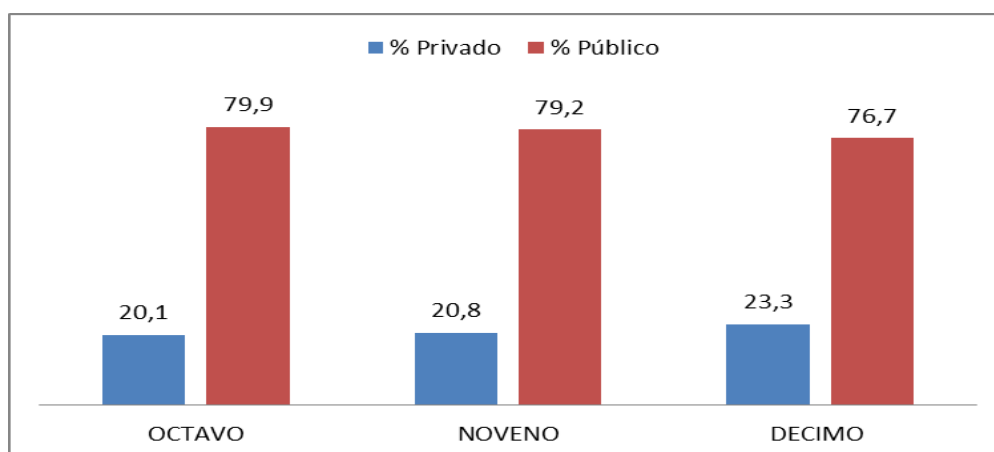
La edad de las y los estudiantes encuestados fluctúa entre los 10 y los 18 años, encontrando el pico más alto entre los 14 y 16 años con 10068 estudiantes, lo que representa el 77,3%. Las diferencias principales por sexo se presentan en las y los estudiantes de 13 y 17 años, con diferencias porcentuales de 8,7% y 9,4% respectivamente, siendo mayor el primero por mujeres y el segundo por los hombres.

**Tabla 12.** Naturaleza de la Institución Educativa (I.E.) y jornada

NATURALEZA DE LA I.E.	JORNADA						Total general	
	Completa		Mañana		Tarde			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Privado	1834	100	948	9,5	0	0	2782	21,4
Público	0	0	8992	90,5	1255	100	10247	78,6
<b>Total</b>	<b>1834</b>	<b>100</b>	<b>9940</b>	<b>100</b>	<b>1255</b>	<b>100</b>	<b>13029</b>	<b>100</b>

Según se observa, la población que estudia en una institución educativa pública es de 8 estudiantes por cada 2 del sector privado, de todos los y las estudiantes que estudian en la jornada de la mañana, el 90% corresponden al sector público y en relación con las y los estudiantes de instituciones de

naturaleza privada se encontró que el 65,9% estudia en jornada completa y el restante en la jornada de la mañana. Por otro lado, de la población total encuestada el 76% estudia en la jornada de la mañana, un 14,1% en jornada completa, representando solo población del sector privado y un 9,6% en jornada de la tarde, que corresponde solamente a población del sector público.



**Figura 8.** Distribución de las y los estudiantes según grado y naturaleza de la Institución Educativa.

No se observa diferencia entre los grados entre la misma naturaleza de la Institución Educativa. Se puede ver que el 80% de la población corresponde al sector público. Según grado de escolaridad, en octavo se encuentra la mayor proporción de la población encuestada con un 35,9%, que representa 4676 estudiantes, en segundo lugar la población del grado decimo, con 4236, que en términos porcentuales sería 32,5% y en último lugar con un 31,6% la población del grado noveno con 4117 estudiantes.

### 7.1.2.2. Estilos parentales

**Tabla 13.** Estilo parental, según la naturaleza de la Institución Educativa

ESTILO FAMILIAR	NATURALEZA DE LA I.E.				Total general	
	Privado		Público		No.	%
	No.	%	No.	%		
<b>Autoritario</b>	354	13,4	1279	13,3	1633	13,3
<b>Autorizativo</b>	776	29,5	3608	37,4	4384	35,7
<b>Indulgente</b>	843	32	2711	28,1	3554	29
<b>Negligente</b>	659	25	2038	21,1	2697	22
<b>Total</b>	<b>2632</b>	<b>100</b>	<b>9636</b>	<b>100</b>	<b>12268</b>	<b>100</b>

En relación al estilo parental y la institución educativa según el sector público y privado, se identifica que en este último se establecen las pautas de crianza con un carácter indulgente en 3 de cada 10 estudiantes. En el mismo sector se encuentra como segundo estilo, el autorizativo, con una diferencia porcentual del primero de 2,5%.

En tanto en el sector público el comportamiento de los estilos parentales que predominan son el estilo autorizativo y luego el indulgente, esta vez con una diferencia porcentual del primero con respecto al segundo de 9,3 puntos porcentuales. En tercer y cuarto lugar en ambos sectores se encuentra el estilo negligente y el estilo autoritario, con un porcentaje similar en ambos sectores para este último estilo.

Es así como se observa que en las y los estudiantes del sector público prima el ser educado a través de la norma y el afecto paralelamente y en el sector privado prima la crianza desde un modelo de coerción desde lo afectivo y comunicativo.

**Tabla 14.** Estilo educativo según grado de escolaridad

ESTILO FAMILIAR	GRADO						Total general	
	Octavo		Noveno		Decimo			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<b>Autoritario</b>	599	13,5	480	12,4	554	13,9	1633	13,3
<b>Autorizativo</b>	1520	34,4	1431	37,1	1433	36	4384	35,7
<b>Indulgente</b>	1269	28,7	1131	29,3	1154	29	3554	29
<b>Negligente</b>	1034	23,4	818	21,2	845	21,2	2697	22
<b>Total</b>	<b>4422</b>	<b>100</b>	<b>3860</b>	<b>100</b>	<b>3986</b>	<b>100</b>	<b>12268</b>	<b>100</b>

Las y los estudiantes de los tres grados estudiados perciben un patrón de crianza de sus padres en donde predomina el estilo autorizativo y posteriormente el indulgente. En general los estilos parentales no evidencian diferencias porcentuales importantes por grados (Tabla 14).

**Tabla 15.** Estilo educativo según el sexo del estudiante

ESTILO FAMILIAR	SEXO				Total general	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
<b>Autoritario</b>	970	15,8	663	10,8	1633	13,3
<b>Autorizativo</b>	2050	33,3	2334	38,1	4384	35,7
<b>Indulgente</b>	1650	26,8	1904	31,1	3554	29
<b>Negligente</b>	1480	24,1	1217	19,9	2697	22
<b>Total</b>	<b>6150</b>	<b>100</b>	<b>6118</b>	<b>100</b>	<b>12268</b>	<b>100</b>

Las estudiantes de sexo femenino perciben que el patrón de crianza de sus padres se ejerce desde un estilo autorizativo en 3 de cada 10 casos aproximadamente, siendo el segundo estilo principal de educación el indulgente. Asimismo, el sexo masculino identificó como el principal estilo parental ejercido por sus padres el autorizativo, con alrededor de 4 de cada 10 casos y el segundo estilo predominante es igualmente el indulgente.

Vale la pena resaltar que cuando se analiza por estilo parental, se encuentra que las mujeres refieren ser más educadas con un estilo autoritario que los hombres, en donde las primeras lo identifican en un 59% y los hombres en un 40,6%. Es de notar que el segundo estilo percibido por el sexo femenino como más prevalente en su educación es el negligente, en donde del 100% que se

identificó con este estilo, las mujeres lo refirieron en un 54,9% comparado con un 45,1% de los hombres.

**Tabla 16.** Estilo educativo según la zona de residencia del estudiante

ESTILO FAMILIAR	ZONA DE RESIDENCIA DEL ESTUDIANTE				
	Rural		Urbano		Total general
	No.	%	No.	%	
<b>Autoritario</b>	130	12,9	1503	13,3	1633
<b>Autorizativo</b>	349	34,7	4035	35,8	4384
<b>Indulgente</b>	328	32,6	3226	28,6	3554
<b>Negligente</b>	200	19,9	2497	22,2	2697
<b>Total</b>	<b>1007</b>	<b>100</b>	<b>11261</b>	<b>100</b>	<b>12268</b>

En términos de zona de residencia, el estilo familiar educativo reporta diferencias porcentuales importantes solo en los estilos indulgente y negligente. Siendo en la zona rural mayor los porcentajes del estilo indulgente que en el sector urbano, con 4% de diferencia. En el estilo negligente esta diferencia es del 2,3%, siendo mayor en el sector urbano.

#### 7.1.2.3. Consumo de SPA

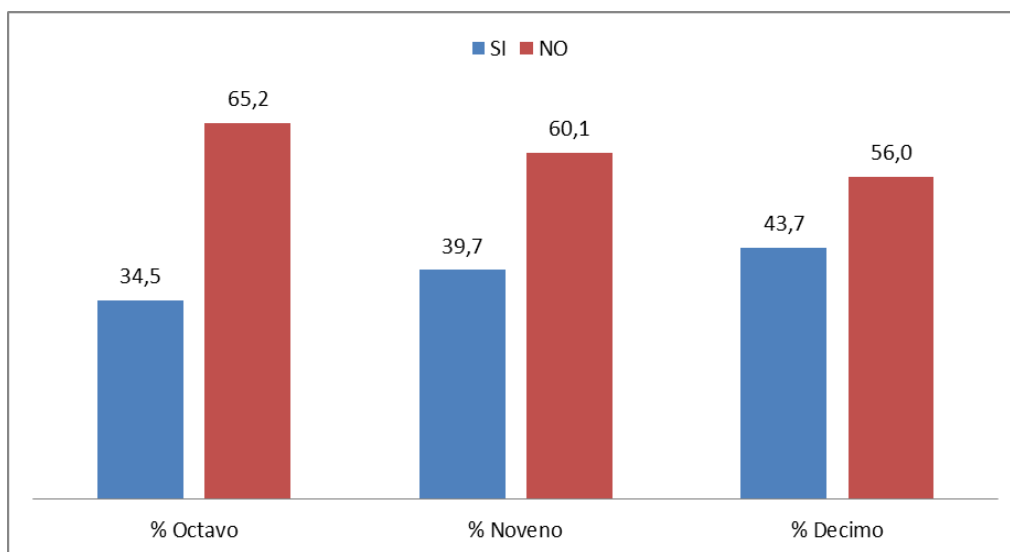
En términos de describir la situación del consumo de SPA, se presentaran los resultados principalmente desde el análisis de la prevalencia de último año, considerados como los datos que evidencian la situación reciente frente al consumo de SPA.

Se hará énfasis en las 3 principales SPA de consumo a nivel mundial y local, estas son alcohol, cigarrillo y marihuana. Así mismo en los pegantes y el dick, por ser SPA que según los estudios locales y nacionales vienen en incremento y por último en la cocaína, debido a que es la segunda SPA ilícita de mayor consumo en Colombia.

**Tabla 17.** Percepción del consumo de SPA en la Institución Educativa

PERCEPCIÓN SPA EN EL COLEGIO	GRADO						Total general	
	Octavo		Noveno		Décimo			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<b>SÍ</b>	2825	60,4	2611	63,4	2866	67,7	8302	63,7
<b>NO</b>	1841	39,4	1499	36,4	1364	32,2	4704	36,1
<b>SD</b>	10	0,2	7	0,2	6	0,1	23	0,2
<b>Total</b>	<b>4676</b>	<b>100</b>	<b>4117</b>	<b>100</b>	<b>4236</b>	<b>100</b>	<b>13029</b>	<b>100</b>

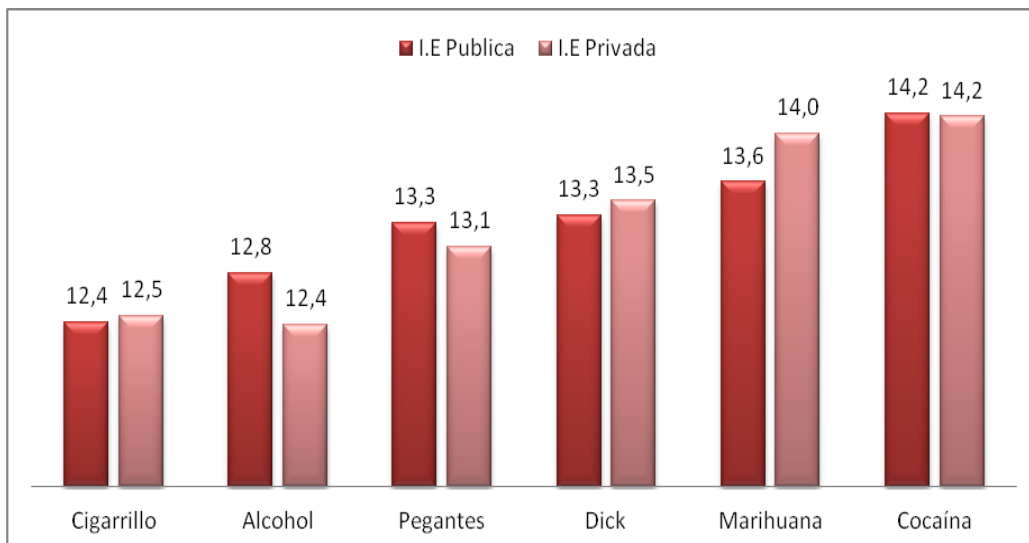
A la pregunta si consideraban que hay SPA dentro del colegio, en términos de estudiantes que portan, prueban o se pasan estas sustancias entre ellos, la mayoría de estudiantes expresaron que es una situación que se presenta en la institución educativa donde estudian. En el cual a mayor grado de escolaridad mayor la percepción afirmativa respecto, arrojando en el grado 10 una razón de cerca de 7 a 3 de los que consideran como real esta situación en su institución.



**Figura 9.** Curiosidad por probar algún tipo de SPA y grado.

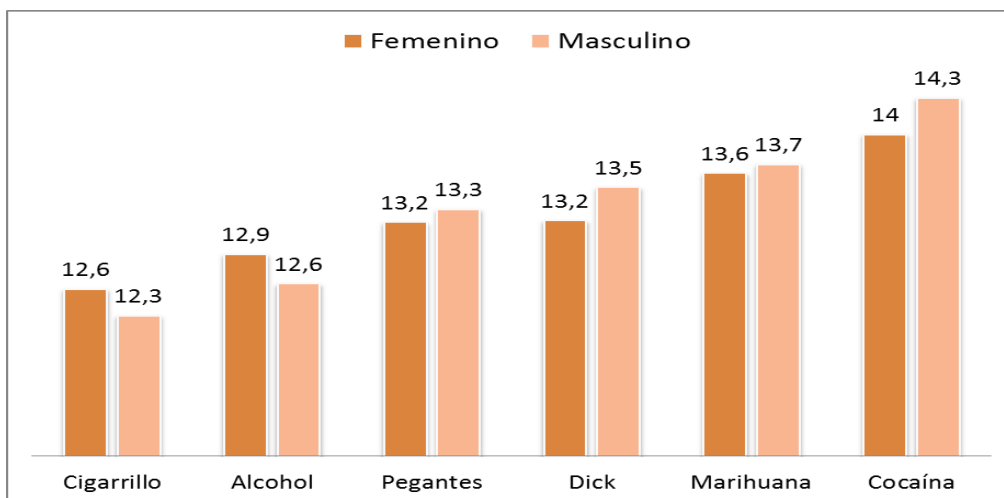
A medida que aumenta el grado de escolaridad, es decir, la edad, se incrementa la curiosidad por probar cualquier tipo de SPA, representando en total 5100 jóvenes con esta situación, lo que equivale a un 39,1% de las y los estudiantes de estos grados.





**Figura 10.** Promedio de edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas, según naturaleza de la Institución Educativa (I.E.).

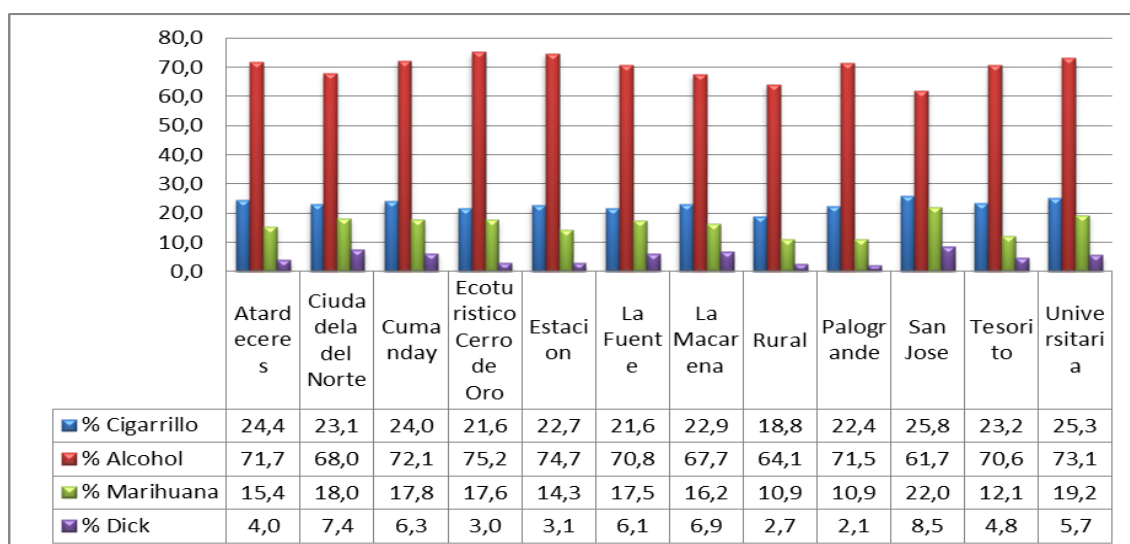
Para consumo de cigarrillo, dick y marihuana, según se observa en la Figura 10, la edad de inicio es más temprana en el sector público que en el privado. Para consumo de cocaína, la edad es igual en ambas con 14,2 años. Y para las otras dos sustancias, alcohol y pegantes, la edad de inicio en el consumo es más precoz en el sector privado.



**Figura 11.** Promedio de edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas según sexo.

Al cruzar las variables edad de inicio y el consumo en el último año de las 6 SPA mencionadas, se encontró en relación con el sexo, que las mujeres inician

primero que los hombres el consumo en 4 de las 6 SPA, siendo estas las sustancias de uso ilícito para la población general. Por el contrario los hombres inician primero el consumo de las SPA consideradas como la puerta de entrada al resto de sustancias, es decir el cigarrillo y el alcohol, arrojando para el primero una edad de inicio de 12,3 años y para el alcohol de 12,6 años.



**Figura 12.** Sustancias psicoactivas priorizadas y de mayor prevalencia de consumo año y comuna/zona de residencia.

Según los resultados, se puede evidenciar como el consumo de estas cuatro SPA priorizadas, presentan diferencias con respecto a la comuna/zona de residencia de los estudiantes.

Para el consumo de cigarrillo se encuentra encabezando la prevalencia de último año la comuna San José, con 116 jóvenes, arrojando a su vez una diferencia de 7 puntos porcentuales con la zona rural que arrojó la menor prevalencia para esta SPA.

Para el tema de alcohol, la comuna de mayor prevalencia de consumo en el último año, la presenta la comuna Cerro de Oro, con 919 casos; la segunda con 536 jóvenes es la Estación. Y la comuna con menores prevalencias de consumo de año, de esta SPA de mayor uso en el mundo, es la comuna San

José con 277 casos, presentando una diferencia porcentual de 13,3% con respecto a la comuna Cerro de Oro.

La marihuana por su parte arrojó que la comuna que presenta mayores prevalencias de consumo en el último año, son en su orden la comuna San José, la comuna Universitaria, la comuna Ciudadela del Norte. En último lugar con las prevalencias más bajas de consumo de la SPA ilícita de mayor consumo en el mundo, son la comuna Palogrande y la zona rural con la misma puntuación porcentual.

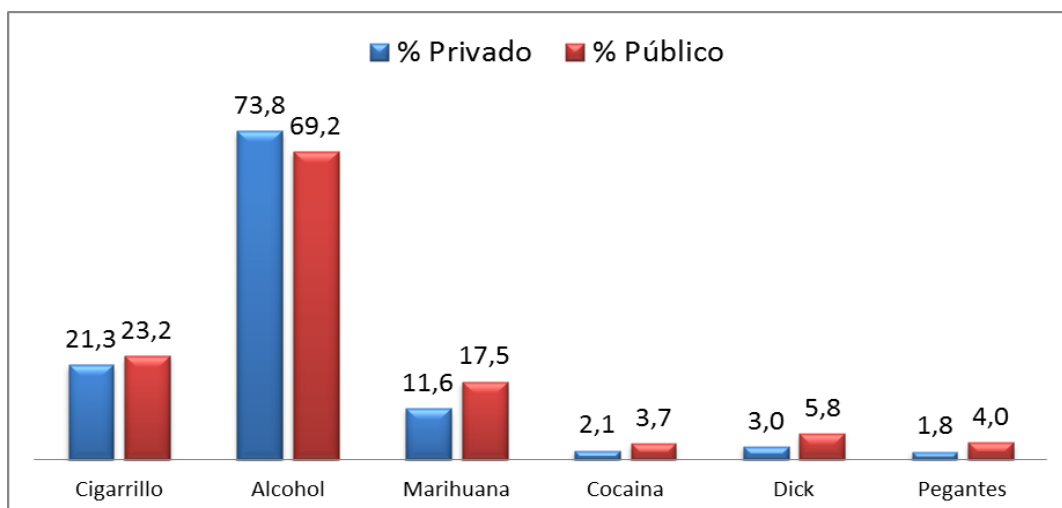
Y para el consumo de dick, se encontró que la mayor prevalencia de consumo año se da en la comuna San José en 8,5 de cada 100 jóvenes, en la comuna ciudadela del norte en 7,4 de cada 100 y en la Macarena en 6,9 estudiantes de cada 100 encuestados.

De esta forma, se puede plantear que en la comuna San José se presenta las mayores prevalencias en 3 de las 4 SPA analizadas, por otro lado se evidenció que las dos SPA ilegales para la población de cualquier edad, como lo son el dick y la marihuana, arrojó las menores prevalencias en la comuna Palogrande.

**Tabla 18.** Sustancias psicoactivas priorizadas, de mayor prevalencia de consumo año y zona de residencia del estudiante

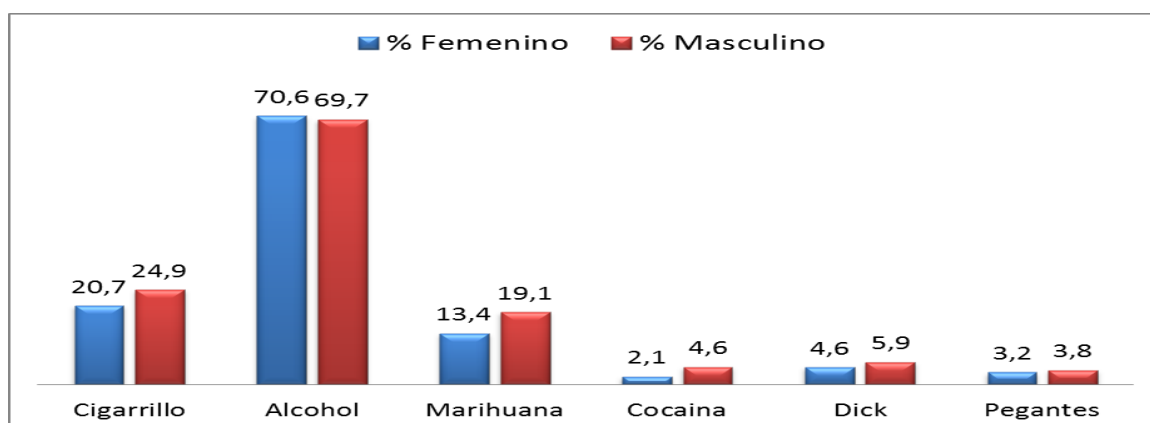
ZONA DE RESIDENCIA DEL ESTUDIANTE	PREVALENCIA CONSUMO SPA							
	Cigarrillo		Alcohol		Marihuana		Dick	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<b>Rural</b>	199	18,8	677	64,1	115	10,9	28	2,7
<b>Urbana</b>	2776	23,2	8462	70,7	2002	16,7	655	5,5
<b>Total</b>	2975	22,8	9139	70,1	2117	16,2	683	5,2

Se observa que en estas 4 SPA priorizadas para el análisis, se presentan mayores prevalencias de consumo en la zona urbana que en la rural. Evidenciando que el alcohol y la marihuana son las que presentan mayores diferencias porcentuales según la zona de residencia de las y los estudiantes encuestados.



**Figura 13.** Sustancias psicoactivas de mayor consumo según naturaleza de la Institución Educativa. Prevalencia de año.

Según las prevalencias de consumo, se evidencia que en relación con la naturaleza de la institución educativa, las y los estudiantes encuestados del sector público, presentaron mayores porcentajes en 5 de las 6 SPA analizadas. Siendo la excepción el consumo de alcohol, quienes en el sector privado la consumieron 73,8 estudiantes de 100, en este período de tiempo.



**Figura 14.** Sustancias psicoactivas de mayor consumo según sexo. Prevalencia de año.

En relación con la variable sexo de las y los encuestados, el porcentaje de consumidores en el último año es mayor en hombres en casi todas las 6 SPA analizadas, exceptuando el consumo de alcohol, el cual resultó ser mayor en las mujeres con un 70,6%. En diferencias porcentuales el cigarrillo arrojó 4,2%

de diferencia entre hombres y mujeres, el alcohol 0,9%, la marihuana 5,7%, la cocaína 2,5%, el dick 1,3% y los pegantes 0,6%.

**Tabla 19.** Prevalencia de consumo de alcohol según sexo

SEXO	PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL						
	Último mes		Último año		En la vida		Total consumidores
	Prev.	%	Prev.	%	Prev.	%	No.
<b>Femenino</b>	45,6	50,1	70,6	51,1	83,5	50,2	5454
<b>Masculino</b>	45,6	49,9	69,7	48,9	83,3	49,8	5413
<b>Total</b>	<b>45,6</b>	<b>100</b>	<b>70,1</b>	<b>100</b>	<b>83,4</b>	<b>100</b>	<b>10867</b>

Como se puede observar en la Tabla 19, no existe diferencia por sexo para consumo de alcohol, según las diferentes prevalencias de último mes, año y de vida. Siendo la diferencia porcentual de 0,4% para consumo general.

**Tabla 20.** Prevalencia de consumo de cigarrillo según sexo

SEXO	PREVALENCIA DE CONSUMO DE CIGARRILLO						
	Último mes		Último año		En la vida		Total consumidores
	Prev.	%	Prev.	%	Prev.	%	No.
<b>Femenino</b>	10,0	43,2	20,7	47,9	40,0	46,2	2609
<b>Masculino</b>	13,2	56,8	24,9	52,1	46,7	53,8	3038
<b>Total</b>	<b>11,6</b>	<b>100</b>	<b>22,8</b>	<b>100</b>	<b>43,3</b>	<b>100</b>	<b>5647</b>

Para consumo de cigarrillo se presenta una diferencia por sexo de 6,7% en prevalencia de vida, siendo los hombres los que arrojaron un porcentaje más alto al respecto. Para consumo actual 1513 estudiantes expresaron haber consumido en el último mes cigarrillo, de los cuales 653 corresponden al sexo femenino, obteniendo que en el último mes cerca de 1 de cada 10 estudiantes consumieron esta SPA. Asimismo, 2975 expresaron haber consumido cigarrillo en el último año, con 1 estudiante de cada 5.

**Tabla 21.** Prevalencia de consumo de marihuana según sexo

SEXO	PREVALENCIA DE CONSUMO DE MARIHUANA						
	Último mes		Último año		En la vida		Total consumidores
	Prev.	%	Prev.	%	Prev.	%	No.
Femenino	6,0	38,6	13,4	44,1	19,7	42,8	1286
Masculino	9,6	61,4	19,1	55,9	26,5	57,2	1722
<b>Total</b>	<b>7,8</b>	<b>100</b>	<b>16,2</b>	<b>100</b>	<b>23,1</b>	<b>100</b>	<b>3008</b>

Para el consumo de marihuana, como primer SPA ilícita de consumo para toda la población, se evidencia en el consumo actual predominio masculino, con 22,8% de diferencia con el sexo femenino.

La Tabla 21 permite observar que 3008 estudiantes han consumido alguna vez marihuana, en donde una tercera parte con 1014 estudiantes lo hicieron en el último mes.

**Tabla 22.** Prevalencia de consumo de dick/leidys según sexo

SEXO	PREVALENCIA DE CONSUMO DE DICK						
	Último mes		Último año		En la vida		Total consumidores
	Prev.	%	Prev.	%	Prev.	%	No.
Femenino	1,1	47,6	4,6	42,5	14,0	48,2	911
Masculino	1,2	52,4	5,9	57,5	15,1	51,8	979
<b>Total</b>	<b>1,1</b>	<b>100</b>	<b>5,2</b>	<b>100</b>	<b>14,5</b>	<b>100</b>	<b>1890</b>

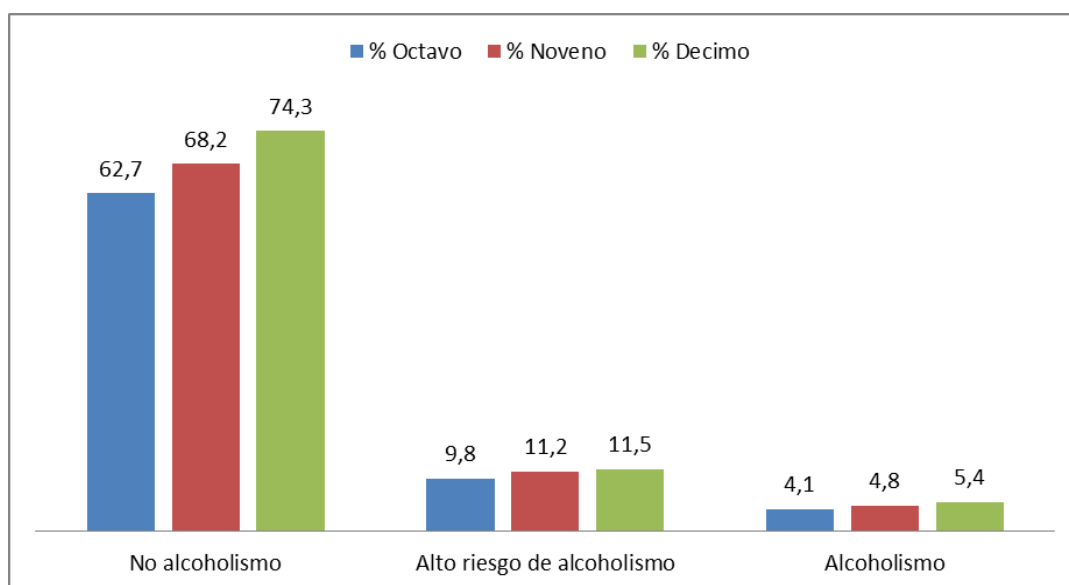
En esta investigación se preguntó específicamente por el dick, debido a que pese a que no es una sustancia nueva, ha tenido acogida en los jóvenes de nuestra ciudad en los últimos años.

Se encontró en relación con el sexo de las y los encuestados, que no hay una diferencia particular en su consumo y que éste se ha presentando alguna vez en la vida por 1890 estudiantes en general, lo que significa el 14,5% de la población encuestada.

**Tabla 23.** Prevalencia de consumo de pegantes según sexo

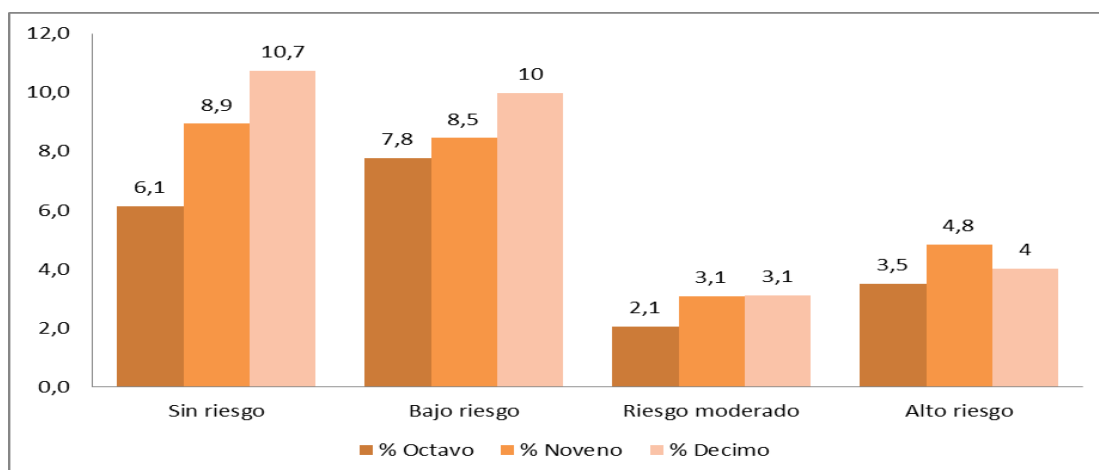
SEXO	PREVALENCIA DE CONSUMO DE PEGANTES						
	Último mes		Último año		En la vida		Total consumidores
	Prev.	%	Prev.	%	Prev.	%	No.
Femenino	1,5	47,3	3,2	45,1	7,0	45,4	454
Masculino	1,6	52,7	3,8	54,9	8,4	54,6	547
<b>Total</b>	<b>1,5</b>	<b>100</b>	<b>3,5</b>	<b>100</b>	<b>7,7</b>	<b>100</b>	<b>1001</b>

Esta investigación arrojó según prevalencia de vida, que el porcentaje de mujeres versus hombres que consumieron alguna vez en la vida pegantes es de 9,3%, siendo los hombres los que más la han consumido. Los consumos en el último mes fueron reportados por 201 jóvenes, en el último año por 458 estudiantes y alguna vez en la vida por 1001 estudiantes.



**Figura 15.** Índice de posible riesgo de alcoholismo (CAGE) según grado.

Según los resultados, del total de encuestados, el 16,2% no ha consumido licor, el 68,2% lo ha consumido pero no presenta alcoholismo, el 10,8% están en alto riesgo de presentarlo y el 4,8% pueden estar cursando con esta enfermedad (621 jóvenes). En donde el grado décimo es el grupo en el cual se presenta un mayor porcentaje de esta población, con 229 casos, en segunda medida el grado noveno con 198 casos y para el grado octavo las y los estudiantes identificados con esta posible situación son 194 estudiantes.



**Figura 16.** Consumo problemático de marihuana (CAST) según grado.

La escala CAST (Cannabis Abuse Screening Test) es una escala utilizada para medir el consumo problemático de marihuana en encuestas escolares, consiste en 6 preguntas que definen la posible presencia de consumo de riesgo. En la población encuestada se encontró que del total de las y los estudiantes, el 76% no ha consumido ni marihuana ni cripa, el 8,5% la ha consumido y en estos momentos no presenta dependencia, el 8,7% está en bajo riesgo, en riesgo moderado el 2,7% y en alto riesgo de problemáticas asociadas a este consumo está el 4,1%. En relación con el alto riesgo de consumo problemático por la marihuana, se encontró a 533 estudiantes, correspondiendo al grado noveno 199, en el grado décimo 170 casos y en el grado octavo a 164 estudiantes.

**Tabla 24.** Prevalencias de consumo de las SPA de mayor consumo, comparativo 2001 - 2007 - 2013

SUSTANCIA PSICOACTIVA	PREVALENCIAS DE CONSUMO DE SPA COMPARATIVO								
	Último mes			Último año			En la vida		
	Año 2001	Año 2007	Año 2013	Año 2001	Año 2007	Año 2013	Año 2001	Año 2007	Año 2013
Alcohol	53,9	54,4	45,6	SD	72,9	70,1	92,3	80,0	83,4
Cigarrillo	SD	26,6	11,6	SD	39,8	22,8	53,4	54,1	43,3
Marihuana	3,6	6,4	7,8	SD	11,4	16,2	14,6	15,9	23,1
Dick	SD	SD	1,1	SD	SD	5,2	SD	SD	14,5
Pegantes	1,1	1,4	1,5	SD	3,3	3,5	4,8	6,8	7,7
Tranquilizantes	3,9	2,1	1,7	SD	4,5	3,7	11,4	7,2	6,5
Poppers	SD	15,0	0,6	SD	26,2	2,2	SD	29,9	6,1
Cocaína	1,5	3,5	1,6	SD	6,9	3,4	4,1	9,0	5,7



Se presentan los resultados comparativos de las investigaciones que sobre consumo de SPA se han realizado en la ciudad de Manizales con población estudiantil de secundaria.

Estos son: el del año 2001, *Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enseñanza media*, realizado por la Alcaldía de Manizales en estudiantes de grado 8 y 9; y el del año 2007, realizado igualmente por este ente territorial y la Fundación Universitaria Luis Amigó, *Factores socioculturales en la prevalencia del uso y/o abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes de enseñanza media del municipio de Manizales*, de los grados 8, 9 y 10.

Según se observa, el comportamiento del consumo de alcohol, cigarrillo, tranquilizantes y poppers vienen presentando una reducción en las prevalencias del año 2001 al 2013 y por el contrario el consumo de marihuana y pegantes vienen en ascenso.

## **7.2. Analítico**

### **7.2.1. Bivariado**

En este apartado se presentan los resultados del análisis estadístico y epidemiológico entre las variables demográficas, los estilos parentales presentes en los padres de las y los estudiantes encuestados y el consumo de SPA.

El objetivo era encontrar asociación entre ellas. La prueba estadística que se utilizó fue la Chi cuadrado ( $X^2$ ) y se acompañó de un valor  $p$ ; si este valor era menor a 0,05, se concluyó que existían diferencias estadísticamente significativas entre la causa y el efecto.

A su vez se determinaron los valores del riesgo relativo (RR), el cual es un índice de asociación, que permite determinar que tanto riesgo tenían las y los

estudiantes expuestos al evento comparados con los no expuestos, considerándose los resultados validos según los valores del intervalo de confianza (IC), aceptando los resultados cuando este intervalo no contiene el 1.

De igual forma se determino el porcentaje del riesgo atribuible al factor (%RAF), el cual permite establecer el grado de influencia que tiene la exposición (estilo parental) en la presencia del problema investigado (consumo de SPA) entre las y los estudiantes con padres con determinado estilo parental.

#### 7.2.1.1. Aspectos demográficos y consumo de SPA

**Tabla 25.** Asociación entre la naturaleza de la I.E. y el consumo de SPA en el último año

SPA	NATURALEZA DE LA I.E.: PRIVADO - PÚBLICO				
	Chi <sup>2</sup>	P	RR	Rango del IC	%RAF
Consumo alcohol	22,0896	0,00000377	1,0665	1,0395 – 1,0942	6,23
Consumo marihuana	56,7857	0,000	0,6607	0,5913 – 0,7383	-51,34
Consumo cigarrillo	4,6265	0,0314	0,9170	0,8468 – 0,9929	-9,05
Consumo pegante	29,5068	0,00000122	0,4615	0,3460 – 0,6157	-116,66
Consumo dick	35,1823	0,000	0,5165	0,4127 - 0,6465	-93,60
Consumo cocaína	18,2783	0,0000202	0,5578	0,4245 – 0,7329	-79,27

Se encontró según el valor p del Chi cuadrado, que existen diferencias estadísticamente significativas entre la naturaleza de la institución (privado o público) y el consumo de las 6 SPA analizadas. Encontrando según los resultados del RR a las instituciones del sector privado como factor protector para el consumo de marihuana, cigarrillo, pegante, dick y cocaína y al contrario funciona como factor de riesgo para el consumo de alcohol.

Para el caso del pegante, se evidencia que el riesgo de consumirlo entre la población del sector privado, es 116% menos que entre los del sector público y con respecto al consumo de dick, esta cifra es del 93% (Tabla 25).

**Tabla 26.** Asociación entre sexo y el consumo de SPA en el último año

SPA	SEXO: FEMENINO - MASCULINO				
	Chi <sup>2</sup>	P	RR	Rango del IC	%RAF
Consumo alcohol	1,2355	0,2663	1,0128	0,9903 – 1,0357	-
Consumo marihuana	76,1264	0,000	0,7043	0,6506 – 0,7625	-41,97
Consumo cigarrillo	32,5041	0,000	0,8318	0,7807 – 0,8863	-20,21
Consumo pegante	3,0895	0,0788	0,8507	0,7102 – 1,0190	-
Consumo dick	12,0787	0,000511	0,7708	0,6653 – 0,8931	-29,73
Consumo cocaína	61,5298	0,000	0,4632	0,3802 – 0,5644	-115,89

En relación con el consumo de las SPA sujetas a análisis en este apartado y la variable sexo, se pudo constatar según los resultado del valor p para X<sup>2</sup> y el IC para el RR, que existe asociación estadística entre el sexo y el consumo de marihuana, cigarrillo, dick y cocaína. Al contrario no se encontró una relación estadísticamente significativa entre el sexo (la variable sexo) y el consumo de alcohol o pegante.

Es importante especificar que para las 4 SPA en las que se encontró asociación, ser del sexo femenino ejerce un factor protector frente al consumo de éstas. Siendo por ejemplo el riesgo de consumo de cocaína en el sexo femenino, 115% menos probable que en el sexo masculino.

**Tabla 27.** Asociación entre la zona rural y urbana y el consumo de SPA en el último año

SPA	ZONA: RURAL - URBANA				
	Chi <sup>2</sup>	P	RR	Rango del IC	%RAF
Consumo alcohol	19,9761	0,00000901	0,9071	0,8658 – 0,9504	-10,24
Consumo marihuana	24,2443	0,00000201	0,6513	0,5456 – 0,7775	-53,54
Consumo cigarrillo	10,3775	0,00127	0,8128	0,7142 – 0,9250	-23,03
Consumo pegante	0,7967	0,3720	0,8517	0,5980 – 1,2131	-
Consumo dick	15,5260	0,0000825	0,4847	0,3338 – 0,7038	-106,32
Consumo cocaína	5,9516	0,01470	0,5953	0,3896 – 0,9097	-67,97

Para este caso se encontró según el valor p del  $X^2$ , que existe asociación estadísticamente significativa entre la comuna/zona de residencia y el consumo de SPA como: alcohol, marihuana, cigarrillo, dick y cocaína, exceptuando el pegante, en el cual se evidencia un resultado en el valor de p mayor a 0,05. Lo que indica que no existe una diferencia significativa entre la causa (vivir en zona rural) y el efecto (consumo de SPA).

Asimismo, se puede aseverar que la zona rural comparada con la zona urbana, es un factor protector frente al consumo de las SPA mencionadas. En donde se encontró por ejemplo que para consumo de marihuana existe un 50% menos de posibilidades de que no se presente este comportamiento en la zona rural de la ciudad.

#### 7.2.1.2. Estilo parental y consumo de SPA

**Tabla 28.** Asociación entre el consumo de cualquier SPA y los estilos parentales en general

SPA	ESTILOS PARENTALES	
	Chi <sup>2</sup>	p
Alcohol	109,09	0,000001
Marihuana	148,05	0,000001
Cigarrillo	190,34	0,000001
Pegante	107,00	0,000001
Dick	60,50	0,000
Cocaína	42,11	0,000

Inicialmente se procedió a evaluar el grado de asociación existente entre el consumo de las 6 SPA y los estilos parentales en general, para lo cual se utilizó el estadístico  $X^2$ . Los resultados evidenciaron, según los valores de p, que existe diferencias estadísticamente significativas, entre el consumo de las 6 SPA y los estilos analizados, tal cual lo indican los valores inferiores al 0,05 de la Tabla 28, con un intervalo de confianza del 95%.

**Tabla 29.** Asociación entre los estilos parentales y el alcoholismo

ESTILO PARENTAL	POSIBLE ALCOHOLISMO (CAGE)				
	Chi <sup>2</sup>	p	RR	Rango del IC	%RAF
<b>Autoritario</b>	13,8810	0,000195	1,4667	1,1994 – 1,7935	31,81
<b>Autorizativo</b>	1,4930	0,2217	0,9015	0,7631 – 1,0649	-
<b>Indulgente</b>	14,3280	0,000154	0,6952	0,5749 – 0,8407	-43,83
<b>Negligente</b>	6,2700	0,0122	1,2558	1,0509 – 1,5007	20,37

El CAGE es una prueba de tamización que permite detectar un comportamiento potencialmente perjudicial para la salud por el consumo que se hace del licor; según los resultados se evidenció que existe una asociación estadísticamente significativa entre el estilo parental autoritario, indulgente y el negligente, no siendo así para el estilo autorizativo, según lo evidencia el valor p y el intervalo de confianza del RR.

En términos de factor protector o de riesgo, los estilos autoritario y negligente arrojaron que son un factor de riesgo para el alcoholismo. Lo cual evidencia que las y los estudiantes que cuentan con padres con un estilo autoritario o negligente, tienen una probabilidad respectivamente de un 32% y un 20% mayor que el del estilo indulgente, según se observa en los resultados del riesgo atribuible al factor presentados en la Tabla 29.

**Tabla 30.** Asociación entre los estilos parentales y el alto riesgo de dependencia a la marihuana

ESTILO PARENTAL	POSIBLE DEPENDENCIA A LA MARIHUANA (CAST)				
	Chi <sup>2</sup>	p	RR	Rango del IC	%RAF
<b>Autoritario</b>	7,7276	0,0054	1,3744	1,0986 – 1,7193	27,23
<b>Autorizativo</b>	15,4602	0,0000854	0,6830	0,5638 – 0,8273	-46,41
<b>Indulgente</b>	5,9249	0,01492	0,7810	0,6394 – 0,9539	-28,03
<b>Negligente</b>	24,3627	0,00000196	1,5863	1,3198 – 1,9065	36,95

En relación con la tamización realizada por medio del CAST, en donde se evaluó la posible dependencia a la marihuana en las y los estudiantes encuestados, se pudo encontrar que para todos los estilos parentales existe una asociación significativa con esta problemática. Incrementando en un 37% y un 27% el riesgo de esta situación, en las y los estudiantes con padres con un

estilo negligente y autoritario. Por el contrario los estilos autoritativo e indulgente dieron positivo como factor protector, evidenciando que las y los estudiantes que están siendo educados bajo este estilo de educación, tienen respectivamente un 54% y un 72% menos posibilidades de desarrollar una dependencia a la marihuana.

**Tabla 31.** Asociación entre los estilos parentales y la curiosidad por consumir alguna SPA

ESTILO PARENTAL	CURIOSIDAD POR CONSUMIR ALGUNA SPA				
	Chi <sup>2</sup>	p	RR	Rango del IC	%RAF
<b>Autoritario</b>	74,6838	0,000	1,2992	1,2290 – 1,3735	23,03
<b>Autoritativo</b>	72,9281	0,000	0,8120	0,7732 – 0,8527	-23,15
<b>Indulgente</b>	87,3993	0,000	0,7816	0,7409 – 0,8246	-27,93
<b>Negligente</b>	169,8684	0,000	1,3862	1,3233 – 1,4521	27,86

Para la obtención de estos análisis específicos por estilo parental, se procedió inicialmente a la realización del estadístico Chi<sup>2</sup> entre la curiosidad por el consumo de SPA y cada uno de los estilos parentales. Según los resultados presentados en la Tabla 31, se encontró que para todos los estilos, existe una asociación estadística con la curiosidad que tienen los jóvenes para consumir alguna SPA. Pero al aplicar el riesgo relativo, se evidenció que los estilos autoritario y negligente se comportan como factor de riesgo para la curiosidad por consumir y los estilos autoritativo e indulgente se comportan como factor protector. Todos los resultados del RR validados según el IC.

Según los datos anteriores, el contar con padres con un estilo de educación autoritario o negligente eleva el riesgo en un 23% y un 28% respectivamente, para la curiosidad por el consumo de SPA.

**Tabla 32.** Asociación entre los estilos parentales específicos y el consumo de las SPA de mayor interés

ESTILO PARENTAL	ASOCIACIÓN ENTRE LOS ESTILOS PARENTALES Y EL CONSUMO DE SPA				
	Chi <sup>2</sup>	p	RR	Rango del IC	%RAF
<b>CONSUMO DE ALCOHOL</b>					
<b>Autoritario</b>	12,7582	0,000355	1,0427	1,0209 – 1,0649	4,09
<b>Autoritativo</b>	29,5799	0,00000122	0,9549	0,9387 – 0,9715	-4,72
<b>Indulgente</b>	25,1330	0,00000170	0,9560	0,9385 – 0,9737	-4,60
<b>Negligente</b>	78,4090	0,000	1,0880	1,0704 – 1,1059	8,08

<b>CONSUMO DE MARIHUANA</b>					
<b>Autoritario</b>	15,2391	0,0000958	1,1942	1,0943 – 1,3033	16,26
<b>Autorizativo</b>	44,0011	0,000	0,7891	0,7531 – 0,8471	-26,72
<b>Indulgente</b>	29,8639	0,000	0,8123	0,7531 – 0,8762	-23,10
<b>Negligente</b>	109,4020	0,000	1,4580	1,3610 – 1,5620	31,41
<b>CONSUMO DE CIGARRILLO</b>					
<b>Autoritario</b>	33,5293	0,000	1,1808	1,1192 – 1,2458	15,31
<b>Autorizativo</b>	48,3935	0,000	0,8573	0,8202 – 0,8961	-16,64
<b>Indulgente</b>	49,7432	0,000	0,8461	0,8067 – 0,8875	-18,18
<b>Negligente</b>	121,5613	0,000	1,2935	1,2387 – 1,3508	22,69
<b>CONSUMO DE PEGANTE</b>					
<b>Autoritario</b>	30,5523	0,000	1,5502	1,3283 – 1,8091	35,49
<b>Autorizativo</b>	41,6317	0,000	0,6316	0,5482 – 0,7278	-58,31
<b>Indulgente</b>	16,2934	0,0000554	0,7407	0,6394 – 0,8581	-35,00
<b>Negligente</b>	54,0776	0,000	1,6379	1,4362 – 1,8679	38,94
<b>CONSUMO DE DICK</b>					
<b>Autoritario</b>	10,4218	0,0012465	1,2146	1,0808 – 1,3649	17,66
<b>Autorizativo</b>	16,2631	0,0000562	0,8267	0,7532 – 0,9074	-20,96
<b>Indulgente</b>	14,8938	0,0001149	0,8228	0,7446 – 0,9093	-21,53
<b>Negligente</b>	39,0090	0,000	1,3570	1,2343 – 1,4920	26,31
<b>CONSUMO DE COCAÍNA</b>					
<b>Autoritario</b>	6,9773	0,008255	1,3002	1,0707 – 1,5789	23,09
<b>Autorizativo</b>	18,7602	0,0000159	0,7004	0,5953 – 0,8240	-42,78
<b>Indulgente</b>	4,4891	0,03411	0,8349	0,7061 – 0,9872	-19,77
<b>Negligente</b>	26,6882	0,0000014	1,5156	1,2943 – 1,7748	34,02

Se encontró que los cuatro estilos parentales tienen una asociación estadísticamente significativa con cada una de las seis SPA analizadas, encontrando que el estilo autoritario y negligente se comportan siempre como factores de riesgo y el estilo parental indulgente y autorizativo como factores protectores (Tabla 32).

Se resalta que las y los estudiantes que tienen padres con un estilo parental negligente, tienen un 39% más de riesgo de consumir pegantes y los que cuentan con padres con un estilo autoritario tienen este riesgo incrementado en un 35,5%. Situación contraria a las y los estudiantes que están expuestos a un estilo parental indulgente o autorizativo, en donde para esta misma SPA, el 65% y el 42% de estas personas tienen menos posibilidades de consumir pegantes.

De igual forma se encontró que poseer unos padres con un estilo negligente, elevan el riesgo en un 34% de consumir cocaína, en un 31% marihuana, 23% para cigarrillo y en un 26% para dick.

**Tabla 33.** Asociación entre los estilos parentales y el consumo de cualquier SPA

ESTILO PARENTAL	CONSUMO DE CUALQUIER SPA				
	Chi <sup>2</sup>	p	RR	Rango del IC	%RAF
<b>Autoritario</b>	19,0945	0,0000136	1,0479	1,0285 – 1,0676	4,56
<b>Autorizativo</b>	32,4016	0,000	0,9567	0,9417 – 0,9720	-4,52
<b>Indulgente</b>	42,7691	0,000	0,9475	0,9313 – 0,9640	-5,54
<b>Negligente</b>	103,3442	0,000	1,0926	1,0771 – 1,1084	8,47

Es importante aclarar que la única SPA excluida para este análisis, fue los energizantes, por ser una sustancia comercializada como alimento y que es de uso aceptado en población mayor de 14 años. En general se encontró evidencia que indica que existe asociación entre el consumo de cualquier SPA y los estilos parentales, representando igualmente los estilos indulgentes y autorizativos como factores protectores. Es de anotar que el estar expuesto a una educación con un estilo negligente, incrementa en un 8% el riesgo de consumir cualquier SPA. Datos evidentes según la prueba estadística del riesgo atribuible al factor (RAF), presentados en la Tabla 33.

#### 7.2.2. Regresión múltiple

Se realizó un modelo de regresión múltiple, para evaluar la correlación entre el consumo de SPA como variable dependiente; la edad, el sexo, la naturaleza de la institución educativa y el estilo parental familiar, como variables independientes.

El modelo se realizó con las 6 SPA de mayor consumo por la comunidad escolar y la selección de las variables se llevó a cabo según los resultados del análisis bivariado, debido a que arrojaron un mayor nivel de asociación según los datos del X<sup>2</sup> y del riesgo relativo.

La correlación la determina un parámetro denominado coeficiente de correlación el cual, mientras más se acerque a -1 o a 1, mejor será el modelo; es decir, si el coeficiente es cercano a -1, se dice que existe una correlación inversamente proporcional; si es cercano a 1, la correlación es directamente



proporcional y si es igual a 0, se concluye que no existe correlación entre la variable dependiente y las independientes.

A fin de evidenciar los modelos que se obtuvieron una vez se corrieron los datos por el paquete estadístico SPSS, se presentará los resultados del consumo de marihuana, debido a que arrojó la correlación más alta. Posteriormente se hará una presentación de los datos generales con las 6 SPA y las variables independientes.

**Tabla 34. Correlaciones**

		<b>Cons. Marihuana</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Sexo</b>	<b>Codestilo fliar</b>	<b>Edad</b>
<b>Correlación de Pearson</b>	Consmarihua	1,000	,120	-,092	,040	,219
	Naturaleza	,120	1,000	,062	-,032	,082
	Sexo	-,092	,062	1,000	-,044	-,028
	Codestilofliar	,040	-,032	-,044	1,000	-,046
	Edad	,219	,082	-,028	-,046	1,000
<b>Sig. (unilateral)</b>	Consmarihua	.	,000	,000	,005	,000
	Naturaleza	,000	.	,000	,019	,000
	Sexo	,000	,000	.	,002	,033
	Codestilofliar	,005	,019	,002	.	,001
	Edad	,000	,000	,033	,001	.
<b>N</b>	Consmarihua	4330	4330	4330	4330	4330
	Naturaleza	4330	4330	4330	4330	4330
	Sexo	4330	4330	4330	4330	4330
	Codestilofliar	4330	4330	4330	4330	4330
	Edad	4330	4330	4330	4330	4330

Inicialmente el paquete estadístico presenta la matriz de correlaciones con la significancia estadística y el tamaño de la población para cada variable. La Tabla 34 muestra la correlación que existe entre el consumo de marihuana con cada una de las variables independientes mencionadas anteriormente.

A manera de ejemplo existe una correlación directamente proporcional muy leve (12%) entre el consumo de marihuana y la naturaleza de la institución

educativa; vale la pena mencionar que para que exista una muy buena correlación, el porcentaje debe ser superior al 80%. En conclusión, con respecto al consumo de marihuana, no existe dependencia con ninguna de las variables.

A pesar de que no se obtuvieron correlaciones altas, se presentan los resultados del modelo de regresión múltiple, el cual permite analizar simultáneamente la variable dependiente con las independientes. La siguiente Tabla muestra la información obtenida:

**Tabla 35.** Resumen del modelo<sup>e</sup>

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,219 <sup>a</sup>	,048	,048	,444
2	,242 <sup>b</sup>	,058	,058	,441
3	,259 <sup>c</sup>	,067	,067	,439
4	,264 <sup>d</sup>	,070	,069	,439

- a. Variables predictoras: (Constante), EDAD.
- b. Variables predictoras: (Constante), EDAD, NATURALEZA.
- c. Variables predictoras: (Constante), EDAD, NATURALEZA, SEXO.
- d. Variables predictoras: (Constante), EDAD, NATURALEZA, SEXO, CODESTILOFLIAR.
- e. Variable dependiente: Consmarihuana.

Lo que hace esta opción del paquete estadístico es ir agregando paulatinamente variables al modelo, es por esto que la Tabla 35 presenta cuatro modelos de regresión, siendo el último el más completo porque cuenta con las cuatro variables independientes definidas.

La tabla presenta para cada uno el coeficiente de correlación, el coeficiente de determinación, el coeficiente de determinación corregido y el error típico de la estimación. En el modelo dos, por ejemplo, el R indica que existe una correlación muy leve entre el consumo de marihuana con la edad y la naturaleza de la institución (24,2%).

El coeficiente de determinación se interpreta como el aporte que le dan las variables independientes a la dependiente para sus pronósticos, en el modelo

2, la edad y la naturaleza de la institución le proporcionan al consumo de marihuana solo el 5,8%.

El error típico de la estimación mide la dispersión que hay entre los errores alrededor del valor del modelo y mientras más grande sean estos valores, mayor es la dispersión. En el modelo dos, el error típico quiere decir que en promedio los errores se dispersan alrededor del valor del modelo en un 44,1%.

**Tabla 36.** Coeficientes<sup>a</sup>

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	-,890	,080		-11,096	,000
	Edad	,079	,005	,219	14,789	,000
2	(Constante)	-,928	,080		-11,613	,000
	Edad	,076	,005	,211	14,249	,000
	Naturaleza	,110	,016	,102	6,909	,000
3	(Constante)	-,868	,080		-10,832	,000
	Edad	,075	,005	,208	14,094	,000
	Naturaleza	,116	,016	,108	7,334	,000
	Sexo	-,086	,014	-,093	-6,339	,000
4	(Constante)	-1,002	,090		-11,173	,000
	Edad	,076	,005	,210	14,247	,000
	Naturaleza	,118	,016	,110	7,423	,000
	Sexo	-,084	,014	-,091	-6,194	,000
	Codestilofliar	,046	,014	,049	3,312	,001

a. Variable dependiente: Consmarihuana.

Otra de las tablas que arroja el paquete estadístico es la de los valores de los coeficientes de cada una de las variables. La ecuación de regresión quedaría de la siguiente forma:

$$y = \beta_0 + \beta_1 * Edad + \beta_2 * Naturaleza + \beta_3 * Sexo$$

Y reemplazando los coeficientes de las variables de acuerdo a la Tabla 36, en el modelo 3, la ecuación queda de la siguiente manera con el ejemplo de:

$$\hat{Y} = -0,868 + 0,208*Edad + 0,108*Naturaleza - 0,093*Sexo$$

Como se mencionó en párrafos anteriores la interpretación de los resultados se realizó solo con el consumo de marihuana, sin embargo se calculó la regresión para las seis SPA más consumidas por los jóvenes. Las tablas 35 y 36 muestran los resultados generales para cada una de ellas.

**Tabla 37.** Matriz de correlaciones

VARIABLE	SUSTANCIAS PSICOACTIVAS					
	Correlación de Pearson					
	Cigarrillo	Alcohol	Cocaína	Dick	Pegante	Marihuana
Naturaleza	0,089	-0,009	0,056	0,095	0,059	0,12
Edad	0,21	0,187	0,168	0,147	0,063	-0,092
Sexo	-0,068	0,006	-0,064	-0,016	-0,029	0,04
Codestilofliar	0,117	0,088	0,05	0,066	0,08	0,219

Es de anotar que la significancia arrojó un valor de 0,00 en cada uno de los resultados de las correlaciones de las diferentes SPA y las variables sujetas a análisis.

**Tabla 38.** Coeficientes de correlación

MODELO	VARIABLES DEPENDIENTES					
	Cigarrillo	Alcohol	Cocaína	Dick	Pegante	Marihuana
	R	R	R	R	R	R
1	,210 <sup>a</sup>	,187 <sup>a</sup>	,168 <sup>a</sup>	,147 <sup>a</sup>	,080 <sup>a</sup>	,219 <sup>a</sup>
2	,242 <sup>b</sup>	,209 <sup>b</sup>	,178 <sup>b</sup>	,168 <sup>b</sup>	,103 <sup>b</sup>	,242 <sup>b</sup>
3	,253 <sup>c</sup>	,210 <sup>c</sup>	,187 <sup>c</sup>	,182 <sup>c</sup>	,116 <sup>c</sup>	,259 <sup>c</sup>
4	,263 <sup>d</sup>		,193 <sup>d</sup>	,183 <sup>d</sup>	,122 <sup>d</sup>	,264 <sup>d</sup>

a. Variables predictoras: (Constante), EDAD.

b. Variables predictoras: (Constante), EDAD, CODESTILOFLIAR.

c. Variables predictoras: (Constante), EDAD, CODESTILOFLIAR, NATURALEZA.

d. Variables predictoras: (Constante), EDAD, CODESTILOFLIAR, NATURALEZA, SEXO.

Como se observa en la Tabla 38, el coeficiente de correlación en todos los modelos no supera el 30%, lo que indica que la correlación entre la variable dependiente y las independientes es muy débil. Las máximas correlaciones se

presentaron para la marihuana y cigarrillo con las cuatro variables independientes, con 26,4% y 26,3% respectivamente.

## 8. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

### 8.1. Aspectos demográficos

Los resultados demográficos de la presente investigación se analizaron teniendo en cuenta los hallazgos arrojados en este aspecto en el estudio de *Factores socioculturales en la prevalencia del uso y/o abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes de enseñanza media del municipio de Manizales* (77), debido a que la población en ambos corresponde a estudiantes regulares de 8º, 9º y 10º, del área rural y urbana y a que allí también se realizó una descripción demográfica de esta población. Igualmente se consultó información relacionada en el “Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar del año 2011” (5), por cuanto es el último estudio en Colombia realizado en población escolar de 11 a 18 años y el cual también tenía como objetivo determinar la situación de consumo de SPA en esta población y se consultaron diversas fuentes de información locales y nacionales que permitieran identificar las características de la población estudiada.

Es importante recordar que a diferencia de la investigación del año 2007 que tuvo como muestra final para el análisis 2.850 encuestas y del estudio nacional que tuvo 92.929, la investigación actual se hizo a nivel poblacional, encuestando el total de estudiantes objeto de estudio.

Según la variable edad, tal como lo evidencia la Tabla 6, en el estudio actual a diferencia de la del año 2007, se encontraron estudiantes de 10 y 11 años que ya cursan alguno de los grados mencionados y se evidenció un mayor porcentaje de estudiantes de 12 años con respecto a la investigación anterior. Situación que evidencia que cada vez a edades más tempranas los jóvenes ingresan a bachiller, lo cual debe evaluarse con precaución y estudiarse a fin

de determinar las posibles consecuencias que ello acarrea en el desarrollo y actuar de esta población.

Es relevante afirmar que para ambos estudios la edad promedio corresponde a 14,9 años de edad, siendo la desviación típica para el año 2007 de 1,29 años y para el año 2013 de 1,24 años.

En relación con el rango de edad mayoritario encontrado en las dos investigaciones, el pico más alto está entre los 14 y 16 años, representando para el año 2007 el 73,3% (77) y para esta investigación el 77,3%. Según estos datos, se encontró que en relación con la edad, la población estudiada conserva características similares a las encontradas hace 6 años.

Al comparar la variable sexo, tanto en la investigación realizada en el año 2007, la del año 2011, como en la actual, no se encontraron diferencias significativas al respecto, observando en las tres una relación 1:1, aunque la diferencia entre ambos sexos –siendo mayor siempre en las mujeres– en el año 2007 fue de 2,53%, en el año 2011 de 4% y la encontrada en el actual estudio de 0,2%.

Según los datos del Ministerio de Educación Nacional (78), se encontró que la diferencia por sexo en Colombia en el año 2013 para los grados 8º, 9º y 10º es del 4% y para Manizales de 2,3%, por lo cual se reafirma que esta diferencia ha sido menor en el municipio.

Ahora bien, en cuanto a la zona de residencia rural o urbana, al analizar según población general del año 2012, se evidenció que Manizales cuenta con 391.640 habitantes, de los cuales 60.945 corresponden a personas entre los 10 y 19 años, es decir el 15,5% de la población, en la zona rural viven 27.275 personas, lo que equivale al 6,9% de la población general de la ciudad y de estos 4.545 son personas entre los 10 y 19 años, es decir el 16,6% (79). Indicando que la población adolescente presenta una distribución similar tanto

en zona rural o urbana, arrojando solo una diferencia de 1,1% mayoritaria en zona rural. (Tabla 7).

En relación con el tipo de colegio en donde estudian, el 78,6% de la población pertenece a una institución pública y el restante 21,4% son del sector privado, lo que comparado con la investigación del año 2007 nos dice, es que para esa investigación (77) se encuestaron 7,4% más de estudiantes que pertenecían al sector público en relación con la del año 2013. Según el estudio nacional del año 2011 (5), para la presente investigación se encuestaron 3,4% más de estudiantes del sector oficial.

Los datos del Ministerio de Educación Nacional (78) indican que en Colombia para el año 2013, el 83,6% de las y los estudiantes pertenecen al sector público, disminuyendo esta cifra en Manizales al 79,3%, lo cual es consistente con lo encontrado en la presente investigación en donde el 78,6% de las y los encuestados pertenecen a instituciones del sector oficial, por lo cual se concluye que Manizales cuenta con mayor proporción de estudiantes en el sector privado, comparado con el promedio nacional.

La información en relación con la jornada de estudio de las y los encuestados, se comparó solo con los reportes del Ministerio de Educación Nacional (78) del año 2013, para los grados 8º, 9º y 10º por no encontrar datos al respecto en las investigaciones tomadas como referente en este apartado. Según esta fuente, a nivel nacional el 58,3% pertenece a la jornada de la mañana, el 21,3% a la jornada completa y el 20,2% a la jornada de la tarde, lo cual comparado con los datos de Manizales según la misma fuente, indican que en este municipio las y los estudiantes de la jornada de la mañana son proporcionalmente mayores, con una diferencia de 15,6% respecto del promedio nacional.

En relación con las jornadas completa y de la tarde, en ambas es mayor el promedio nacional de Colombia en comparación con Manizales, representando para este municipio en la jornada completa un 15,2% y en la jornada de la tarde



un 10,7%, datos que son coherentes con la información encontrada en la presente investigación (Tabla 12).

Vale la pena resaltar que para Manizales, la población que estudia en jornada completa, corresponde en un 100% a estudiantes del sector privado, aspecto clave si se reconoce lo expresado por la FAD (Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción) (80), que la forma en que las y los estudiantes emplean el tiempo de ocio, puede convertirse en un importante factor de riesgo respecto al uso y/o abuso de SPA.

Y así lo han determinado diferentes organizaciones como:

“Naciones Unidas, los Ministerios de Comunicaciones, Agricultura, Educación, el Consejo Nacional de Estupeficientes, Coldeportes y el Departamento Nacional de Planeación, quienes han establecido programas y estrategias para disminuir el uso y/o abuso de SPA a través de la buena utilización del tiempo” (77).

Una jornada de estudio completa puede favorecer algunos aspectos que se han considerado importantes en la prevención del consumo de SPA, como el:

“[...] mejorar la capacidad de niños y jóvenes para integrarse en grupos diversos, ampliar sus relaciones interpersonales y dedicar su tiempo en implicarse en proyectos de utilidad social, mecanismos especialmente adecuados para mejorar las habilidades sociales y aumentar sus posibilidades de desarrollo humano” (77).

Según la población encuestada por grados, a nivel nacional se identifica una disminución gradual en las y los estudiantes de 8º, 9º y 10º a medida que se va ascendiendo en el nivel de escolaridad, esto según los reportes del Ministerio de Educación Nacional para el año 2013. Lo cual es similar con los datos reportados en la investigación nacional del año 2011 y la del año 2007

realizada en Manizales, infiriendo los autores del estudio nacional un tema de deserción escolar (5).

El cual está asociado según el Ministerio de Educación Nacional (78), principalmente a las deficiencias académicas que traen los estudiantes, las condiciones socioeconómicas que los acompañan y la falta de orientación vocacional; elementos que se hacen más notorios a medida que avanza el grado escolar y en donde se evidencia una mayor deserción en estudiantes del sector rural.

Para el año 2013 en Manizales según la investigación realizada y los reportes del Ministerio de Educación, existe una mayor proporción de estudiantes en 8º comparado con los de 9º y 10º, pero a diferencia de los datos anteriores es mayor el número de estudiantes en 10º que en 9º, lo que puede llevar a inferir un menor nivel de deserción en esta ciudad para el año 2013.

En relación con la comuna de residencia de las y los estudiantes, lo que es importante decir es que las cuatro comunas que mayor población de encuestados tuvieron fueron en su orden la comuna Ciudadela del Norte, La Fuente, Atardeceres y Ecoturístico Cerro de Oro, con el 50% de las y los estudiantes, de un total de 11 comunas y zona rural.

La comuna Ciudadela del Norte para el año 2012, representaba en población general el 16% del total de los habitantes de Manizales (79), en el actual estudio se encontró que para la población estudiada esta cifra asciende al 20,6%, lo que indica una alta población joven en esta comuna, en donde predomina los estratos socioeconómicos 1 y 2.

En la comuna La Fuente, la población general representa el 11,32% del total de los habitantes del municipio para el año 2012, lo que en población adolescente escolarizada encuestada en el año 2013 significó un 11,2%, es decir equivalente a la población general.

Ahora bien, según los datos encontrados para las comunas Atardeceres y Ecoturístico Cerro de Oro, se evidenció que cuentan con población adolescente que representa cada una un 9,4% del total de esta población en el municipio de Manizales, arrojando así estas comunas una representatividad mayor que la que tienen en población general, que es del 7,5% aproximadamente (79). Es decir, menos de dos puntos porcentuales de diferencia en comparación con la población joven.

En torno a la tipología familiar, los hogares se clasificaron en nucleares, extensos, reconstituidos, monoparentales, emergentes, fraternales y unipersonales, correspondiendo el 97% según éste estudio a las cuatro primeras categorías.

En Colombia según los datos de Profamilia del año 2010 (81), del total de hogares encuestados, el 10% son hogares unipersonales, 35% son hogares nucleares completos, 12% son hogares monoparentales y 14% son de hogares de familia extensa completa (la pareja con hijos solteros vive con otras personas de la familia, que pueden ser otros hijos con su pareja y/o con hijos), 10% de las familias son extensas incompletas (el o la jefe sin cónyuge vive con sus hijos solteros y otros parientes) y 4% pueden entrar en la tipología de reconstituida o compuesta.

En relación con las familias nucleares, a nivel nacional el reporte da cuenta en el año 2005 de un 36% y en el año 2010 esta cifra descendió en 1 punto porcentual. Para Manizales en el año 2013 en la población adolescente estudiada, esta tipología familiar indicó una prevalencia del 36,7%. Para el año 2007 según la investigación de *Factores socioculturales en la prevalencia del uso y/o abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes de enseñanza media del municipio de Manizales* (77) los datos arrojaron un 61,2% de familias nucleares en esta población. Es decir, que mientras a nivel nacional en población general no se observaron variaciones importantes en este tipo de

familia, para Manizales en población adolescente se presentó en 6 años una reducción significativa en un 24,5% en la familia nuclear.

Vale la pena indicar los datos que reporta el Observatorio de Familia del Departamento Nacional de Planeación (82), en donde se evidencia para Caldas del año 2008 al año 2012, una leve variación en el número de familias nucleares. Aspecto que continúa contrastando con los datos arrojados en Manizales del año 2007 al 2013, lo cual requerirá de mayor investigación, debido a que no era el objetivo del presente estudio.

Lo anterior en relación con la tipología familiar nuclear es clave, si se recuerda lo que concluyen algunos autores como Ramírez (83), cuando afirman que este tipo de familias son los que están mejor preparados para hacer frente a circunstancias desfavorables.

Los datos del presente estudio en relación con la familia nuclear, son similares a los reportados por Profamilia en población general en el año 2010, con una diferencia solo del 1,7%, siendo mayor el porcentaje en Manizales.

En relación con las familias monoparentales, a nivel nacional se encontró que representaban el 12% de las tipologías familiares para el año 2010. En la presente investigación este dato arrojó un 14,8%, en donde el 13,1% corresponde a familias monoparentales maternas. Para el año 2007 según el estudio local de consumo de SPA (77), las familias monoparentales maternas representaron un 17,4% y las monoparentales paternas un 1,3%. Lo que indica que se presentó una reducción en las monoparentales maternas en un 4,3% y un incremento leve en las monoparentales paternas de un 0,4%, significando a su vez que este tipo de familias es más común en Manizales que el promedio nacional.

Para la investigación del año 2007 que se realizó en Manizales (77), la tipología familiar reconstituida dio como resultado un 3,3% y para la presente

investigación se evidenció un 14,8%, lo que indica la reducción de la familia nuclear por familias en la cual uno de los conyugues proviene de una relación anterior.

Y la familia extensa en el año 2007 arrojó un 16,4% en las y los estudiantes encuestados, lo cual comparado con la presente investigación, nos dice que este tipo de familias se ha duplicado en los últimos años, arrojando en el 2013 un 30,6%, muy cercano a las familias nucleares, con tan solo 6,1% de diferencia.

Aspecto que es preciso evaluar debido a que los datos que reporta el Observatorio Nacional de Familia del Departamento Nacional de Planeación (82), del año 2008 al 2012, indican un incremento gradual en la tipología familiar extensa en Caldas, pero no tan alta como la evidenciada en este estudio en Manizales en población adolescente. De hecho a nivel de Caldas en población general, la diferencia entre ambos estilos familiares es cerca del doble a favor de la nuclear.

Lo anterior indica el comportamiento dinámico que se está presentado en la composición familiar en nuestro contexto, en donde las familias reconstituidas y extensas van creciendo y las tradicionales van variando porcentualmente tras los años.

**Tabla 39.** Tipología familiar nacional y local

Tipología familiar	Porcentajes según diferentes estudios nacionales y locales			
	Nacional año 2005. Profamilia*	Nacional año 2010. Profamilia**	Manizales año 2007. Escolares+	Manizales año 2013. Escolares++
<b>Nuclear</b>	36	35	61.2	36.7
<b>Extensa</b>	26	24	16.4	30.6
<b>Unipersonal</b>	8	10	-	0.1
<b>Monoparental</b>	11	12	18.7	14.8
<b>Reconstituida-Compuesta</b>	5	4	3.3	14.8

\* Encuesta nacional de demografía y salud. ENDS: 2005. Colombia (84).

\*\* Encuesta nacional de demografía y salud. ENDS: 2010. Colombia (81).

+ Factores socioculturales en la prevalencia del uso y/o abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes de enseñanza media del municipio de Manizales (77).

++ Datos del presente estudio.

## 8.2. Estilos parentales

En relación con los resultados de los estilos parentales de los padres de las y los estudiantes encuestados, se evidenció, tal y como se mostró en la Figura 5, que en aproximadamente 1 de cada 3 familias los padres ejercen con sus hijos un estilo de educación autorizativo, en donde prima la negociación, reconocen y respetan la independencia de los hijos, favorecen su autonomía y ejercen un estilo educativo afectivo en donde las normas se explican y se toman decisiones al respecto en conjunto (15).

El segundo estilo predominante es el indulgente con 29 familias de cada 100, caracterizándose estos padres por ejercer un rol en donde evitan hacer uso de las normas, utilizan poco los castigos, son tolerantes y tienden a aceptar positivamente los impulsos del niño, privilegiando el factor afecto sobre la norma (15).

En tercer lugar se encontró en 1 de cada 5 casos los padres que ejercen un estilo negligente, en donde hay un nivel bajo de exigencia y poca relación afectiva, siendo considerado como un tipo de maltrato por abandono hacia los hijos (15).

Y en última instancia se encontró con 13 casos de cada 100, los padres que ejercen un estilo autoritario con sus hijos, los cuales no consideran al hijo como parte del proceso disciplinar, ni dan pie a interacciones bidireccionales en la resolución de conflictos entre ellos. Siendo una postura que manifiesta indiferencia por parte de los padres hacia las iniciativas y comportamientos de los hijos (15).

Vale la pena mencionar que son pocos los estudios que permiten hacer comparaciones a nivel de Colombia y Latinoamérica con relación a los estilos parentales descritos en este trabajo desde la categoría definida por Diana Baumrind y complementada posteriormente por Maccoby y Martin. Esto porque gran parte de los artículos encontrados en las diferentes bases de datos asumen un trabajo de estilos parentales más desde características de crianza de los padres que desde las categorías estudiadas en este trabajo, lo cual limita su alcance por falta de precisión sobre un patrón de comportamiento específico y frecuente de los padres, tal y como lo ofrece el trabajo de Baumrind.

Es así como se encontraron estudios de Perú, Argentina, Colombia, México, España y Brasil, los estudios de estos dos últimos países se tomaron como referencia para comparar la distribución de los estilos parentales en la población adolescente, debido a que en ellos se hace alusión específica al respecto.

En primera instancia se examinó un estudio realizado en España, en el cual se estudió el estilo de socialización familiar como factor de prevención o riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas y otros problemas de conducta en adolescentes españoles de 14 a 17 años (76). En éste se encontró una distribución estadísticamente homogénea en los estilos parentales, siendo solamente la diferencia entre el estilo autorizativo que fue el más frecuente y el autoritario el menos frecuente, de 4 puntos porcentuales, lo cual contrasta con los datos encontrados en Manizales, en donde la diferencia porcentual entre el

primero y el último, que son los mismos estilos familiares encontrados en España, es del 22,4%.

Se encontró que las diferencias principales en ambas poblaciones están dadas precisamente por los dos estilos mencionados (autoritario y autorizativo), mientras los estilos negligente e indulgente presentan porcentajes similares en los dos estudios. Según los resultados, en Manizales hay mayor porcentaje de familias con un estilo parental en donde media el afecto y la norma que en Castilla-La Mancha (España), en donde a pesar que su principal estilo parental es igualmente el democrático, es altamente frecuente encontrar un estilo autoritario, centrado en la norma e ignorando la autonomía del hijo.

Datos anteriores que son consistentes con otro estudio realizado en España, en donde se investigó por la socialización parental en padres españoles con hijos de 6 a 14 años (85), en el cual a diferencia del anterior estudio los instrumentos los diligenciaron directamente los padres y no los hijos, en éste se encontró que hay un porcentaje mayor de padres que utiliza el estilo negligente con un 27,6%, el menor porcentaje fue el estilo autoritario con un 21,1%, el indulgente un 25,6% y el autorizativo un 25,5%, presentado como lo dicen los autores, porcentajes intermedios similares, aunque en este último estudio primó más el estilo negligente que el autorizativo.

En Brasil, en un estudio realizado para determinar la relación entre los estilos parentales y la inestabilidad en las metas e indecisión vocacional en adolescentes (86), se encontró a diferencia de los datos de España, que los estilos parentales presentan una distribución más diversa, primando los estilos autorizativo y negligente, con un 37,2% y 36,6% respectivamente, el estilo autoritario con un 13,6% y el indulgente un 12,6%.

Lo anterior indica que los padres de los adolescentes encuestados en estos estudios de Colombia y Brasil, arrojan una frecuencia similar en los estilos parentales autorizativo y autoritario, pero no así para los otros dos estilos, en



donde los padres con un estilo negligente son proporcionalmente mayores en Brasil que en Colombia, con una diferencia cercana al 16% y por el contrario los padres con un estilo indulgente, son mayores en Colombia con la misma diferencia porcentual, es decir 16%.

Datos que llevan a reflexionar sobre las consecuencias de esta distribución de los estilos parentales, ya que en este mismo estudio de Brasil (86), se evidenció que los padres con un estilo negligente, poseen hijos con mayor inestabilidad en las metas que los hijos de padres con un estilo autorizativo e indulgente. De hecho los resultados dan cuenta que los hijos de padres indulgentes presentan indicadores más elevados de autoestima, que los hijos de padres de los otros tres estilos parentales.

Es importante especificar que para Manizales el 64,7% de la población encuestada arrojó los dos estilos que son considerados por varios autores, Martínez y cols. (76), Pérez (85), Oliveira y cols. (86), Becoña (87) y Gracia y cols. (88), como los más positivos en la socialización parental, los cuales son el indulgente y el autorizativo, aunque el estilo indulgente, según lo expresan estos mismos autores ha mostrado resultados diversos según la cultura en la que se han realizado los estudios.

Según los resultados por género de los padres, se evidenció que los padres de las y los encuestados ejercen con más frecuencia el estilo parental negligente con un 28,8%, rol que evidencia una figura paterna ausente en 3 de cada 10 estudiantes y el cual según Craig, citado por Becoña (87), son padres que se concentran en las tensiones de su propia vida y no les queda tiempo para sus hijos.

Es importante resaltar, que el estilo autoritario fue el que en menor proporción se encontró en los padres de las y los estudiantes encuestados, factor considerado positivo, si se entiende que desde nuestra sociedad es común que asociemos al padre con la norma y autoridad y si se recuerda que, según

Barba y cols. (15), los hijos de padres autoritarios tienden a un “lugar de control” externo, baja autoestima y dependencia, tienden a ser poco alegres, coléricos, aprensivos, infelices, fácilmente irritables y vulnerables a las tensiones.

En relación con los resultados encontrados en la madre, de forma contraria a lo encontrado en el padre, el estilo negligente es el estilo que en menor proporción ejerce la madre, con una diferencia entre ambos de cerca de 20 puntos porcentuales. Por el contrario el rol de la madre en un alto porcentaje (42,5%) es el autorizativo, el cual según Sorkhabi y cols., comentados por Oliva y cols. (89), en diversas revisiones y estudios recientes se destaca la abrumadora evidencia empírica a favor de este estilo democrático en todo tipo de culturas.

Estos datos contrastan con lo expresado por Raya (2), quien manifiesta que a pesar de la escasa información existente sobre las diferencias de género referentes al estilo parental, se ha indicado que las madres tienden a mostrar prácticas parentales más cercanas al estilo autoritativo, mientras que los padres muestran prácticas más cercanas al estilo autoritario, factor consistente con lo encontrado en la madre con el estilo autorizativo, pero contrario al padre, quien como ya se dijo en relación con el estilo autoritario fue el tipo de crianza que menos representatividad tuvo. Aspecto que vale la pena profundizar en otros estudios, para evidenciar si existe un cambio de paradigma en el padre en relación con la forma de criar a los hijos.

En relación con el tipo de institución educativa se encontró, según se puede observar en la Tabla 13 arriba mencionada, que en el sector público prima el estilo parental autorizativo en el 37% de las y los estudiantes oficiales encuestados y posteriormente el indulgente en 28 estudiantes de cada 100 y en el sector privado al contrario, prevalece el indulgente en el 32% de los casos y luego el autorizativo en el 29,5% de las y los estudiantes encuestados del sector privado. Aspecto a evaluar según lo expresado por Oliva y cols. (89),

quienes han encontrado en la mayoría de los estudios, que los estilos democráticos o autoritativos, son más frecuentes cuando el nivel socioeconómico es alto o que las pautas de crianza menos adecuadas son más frecuentes entre las familias de estatus socioeconómico bajo.

Lo planteado por estos autores contradice lo encontrado aquí, debido a que como se ha dicho los estilos reconocidos en la literatura como más idóneos son el autoritativo y el indulgente, encontrados en esta investigación en ambos tipos de instituciones como los más prevalentes, siendo en el sector público del 65,5% y en el sector privado del 61,5%. Es preciso mencionar que en los estudios encontrados a nivel de Latinoamérica sobre estilos parentales, no se halló información que permitiera hacer comparaciones al respecto; gran parte de las poblaciones estudiadas pertenecían en un 100% al sector público o bien eran muestras extraídas de contextos diferentes al escolar.

De alguna forma esto habla que en al menos el 65% de las familias de los adolescentes encuestados está primando el afecto, la norma, el dialogo y la comunicación familiar, el reconocimiento de la autonomía de los hijos y la coerción a través del afecto y la palabra.

Según el sexo del estudiante encuestado (Tabla 15), se encontró que a las adolescentes las educan en un mayor porcentaje que los hombres con los estilos considerados menos adecuados en la educación de los hijos, es decir, el autoritario y el negligente (15,8% y 24,1% respectivamente), presentando las mujeres un 10% más de prevalencia en estos estilos que los hombres (10,8% y 19,9% respectivamente). Lo cual estaría marcado por un 40% de adolescentes mujeres que son educadas con un estilo bien sea por medio de la imposición rígida de las normas no mediadas por el diálogo o el afecto (característico de padres con un estilo autoritario) y una educación basada en el dejar hacer, sin ningún compromiso con la educación y acompañamiento por parte de los padres (características de los padres con un estilo negligente).

Lo cual puede ser considerado muy preocupante si se entiende, como lo manifiestan Barba y cols. (15), que los adolescentes educados bajo estos estilos parentales (el autoritario y el negligente) tienden a ser tímidos, con pobre interiorización de valores morales, con dificultades en las relaciones interpersonales, dependientes e irritables. Lo cual podría empezar a marcar una diferencia notoria entre los hombres y mujeres a causa de esta diferenciación en la educación parental.

Pérez y cols. (90) encontraron en un estudio realizado en México con población adolescente, que cuando estos son educados bajo un estilo parental en donde prima el afecto (estilo autorizativo e indulgente), los jóvenes presentan un mejor desarrollo emocional, ligado a mejor autoestima, autonomía y menor vulnerabilidad a desarrollar depresión e ideas suicidas, en contraste con jóvenes que tienen padres que educan bajo un modelo autoritario.

A iguales conclusiones han llegado González y cols. (91), en relación con un estudio realizado en Argentina, en donde se evidenció una tendencia general a que los padres de hijos que tienen un diagnóstico de déficit de atención con hiperactividad son identificados con un estilo educativo parental más autoritario y menos democrático que los padres que tienen hijos sin este trastorno.

A su vez Agudelo y Gómez (92), en una investigación realizada en Bogotá, en la cual se buscaba identificar la asociación entre estilos parentales y dependencia emocional en adolescentes, encontraron que las y los jóvenes que percibían un estilo parental autoritario por parte de alguno de sus padres, centrados en la norma, con poca expresión de afecto y limitando la comunicación, presentaban mayores niveles de dependencia emocional, en contraste con los adolescentes que identificaban en sus padres un estilo parental democrático.

Es así como diferentes estudios nacionales e internacionales en relación con los estilos parentales, reconocen en su gran mayoría en las características de

una educación centrada en el afecto y la comprensión (característico de los estilos autorizativo e indulgente), aspectos identificados como factores protectores para diversos temas como la inestabilidad emocional, el déficit en la autoestima, la hiperactividad, depresión, ideas suicidas, inestabilidad en las metas, indecisión vocacional, etc., en contraste con el estilo autoritario.

De ahí que la diferencia en la educación parental según el sexo reconocidas en esta investigación, puedan conllevar a generar brechas entre hombres y mujeres en lo relacionado con cada una de las variables mencionadas según los diferentes estudios indagados.

### **8.3. Consumo de SPA**

Se presentará información teniendo como referencia los resultados de la investigación del año 2001 de Manizales: consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enseñanza media (de los grados 8 y 9); la del año 2007: *Factores socioculturales en la prevalencia del uso y/o abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes de enseñanza media del municipio de Manizales*, realizado con una población similar a la encuestada en este estudio (estudiantes de 8, 9 y 10 grado); así mismo según el *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar* del año 2011, última investigación con población adolescente adelantada por el Gobierno de Colombia y el informe del uso de drogas en América del año 2011 de la Organización de los Estados Americanos (OEA), el cual concentra los diferentes resultados de estudios en la región sobre consumo de SPA en población escolar.

Con relación al alcohol, es una SPA que se ha convertido en nuestra sociedad en una sustancia muy difundida para su consumo (51), de ahí que sea una droga de uso frecuente en los adolescentes y reconocida como una SPA social debido a que permea los diferentes escenarios de socialización que regularmente la gente frecuenta. Quizás es por esa razón que las y los

encuestados refirieron en un 77,2% que el principal motivo para consumir esta SPA, es para celebrar con familiares y amigos y en un 65,3% el pasarlo bien con los amigos, tal y como se puede observar en la Figura 6.

Aspecto que guarda relación con lo arrojado en las investigaciones de Manizales en el año 2001 (93) y 2007 (77), en donde según la respuesta a la pregunta por los motivos para iniciar a consumir SPA, los estudiantes encuestados refirieron en ambos estudios como primera motivo la curiosidad y en segunda medida la diversión. Lo cual está asociado con el hecho de celebrar y pasarla bien con familiares y amigos.

De esta forma si se entiende, como lo expresa el Ministerio de Salud y Protección Social (94) en el manual de servicios de salud amigables, que los adolescentes canalizan sus sentimientos hacia afuera de la casa: amigos, compañeros, etc., que no les gusta estar solos y desarrollan múltiples relaciones interpersonales, sería lógico pensar que si el alcohol es identificado como un medio de socialización, es normal que en esta época de la vida se inicie o se incremente el consumo de esta SPA.

Además, es preciso recordar que el alcohol es la SPA de mayor consumo en el mundo (97), identificándose en esta investigación una prevalencia de 83,4%. Lo que nos indica que es una sustancia que pese a ser ilegal para la población encuestada, su uso está extendido y validado por las y los estudiantes.

En cuanto a la prevalencia de vida, se observa que comparado con la investigación del año 2007 (77), se presentó un incremento de 3,4%. Pero según prevalencia de último mes, que nos habla del consumo actual, se evidencia una reducción de 8,8%, lo cual indica que comparado con el año 2007, una mayor cantidad de jóvenes han tenido contacto con esta SPA, pero a su vez una menor cantidad de jóvenes la han consumido en el último mes.

Un factor importante a destacar es que en la investigación realizada en el ámbito nacional en el año 2011 (5), con población escolar de 6º a 11º, con representatividad departamental, indica que la prevalencia de vida nacional para el alcohol es de 63,81% y la de último mes de 40,13%. Lo cual comparado con los resultados de esta investigación, que tuvo solo escolares de 8º, 9º y 10º, indican que la prevalencia de vida es un 20% mayor en Manizales en relación con el promedio nacional y en relación con el consumo actual la diferencia continua mayor en Manizales pero con una diferencia solo del 5%.

En este mismo estudio (5), Caldas arrojó mayores prevalencias de consumo actual de alcohol que el resto del país, con un 48,5%, es decir cerca de un 8% más alto que el promedio nacional. Lo cual evidencia una situación preocupante en la ciudad si se entiende que en términos poblacionales el consumo de alcohol genera un impacto negativo en la salud y afecta también a muchas personas así no tengan un consumo elevado. De hecho, Colombia en el Decreto 120 de 2010 (95) reconoce que el consumo de cantidades pequeñas o moderadas de alcohol interfiere con el metabolismo y funcionamiento biológico de los niños, niñas y adolescentes, alterando el crecimiento y desarrollo del niño, por problemas nutricionales agregados. Asimismo, recuerda que “el consumo moderado y continuo de alcohol genera tolerancia a los efectos de la sustancia consumida y una consecuente adicción”.

En relación con la región de las Américas (97), encontramos que Colombia viene presentando desde hace varios años unas prevalencias de consumo mensual de alcohol en población escolar que lo posicionan en el grupo de países con las prevalencias más altas, junto con Uruguay, Republica Dominicana, Santa Lucia y Trinidad y Tobago, con resultados que van desde el 49% al 63%. Manizales se acerca a estos datos arrojando un 45.6% y se distancia de países como El Salvador, Honduras, Perú, Venezuela y Costa Rica, quienes no superan las prevalencias mensuales del 19%.

Según los resultados del consumo de marihuana, vale la pena mencionar que según la percepción de las y los estudiantes sobre los motivos para consumirla, sale a relucir a diferencia del consumo de alcohol, el querer olvidar los problemas, lo cual lo expresaron el 65% de las y los encuestados.

Basados en lo anterior, se podría reconocer que esta SPA tiene una connotación diferente en los adolescentes en comparación con el alcohol, lo cual puede ayudar a entender el por qué es la droga ilícita de mayor consumo en el mundo, con una edad de inicio en el consumo a los 13,7 años, según la presente investigación.

Si se identifica según el manual de *Servicios amigables para adolescentes y jóvenes* (94), que éstos por la etapa de vida que atraviesan suelen discutir mas vehementemente, ser más indecisos y a desarrollar continuamente procesos de búsqueda de autonomía e independencia, aspectos que ligados con sus dificultades para comprender y adaptarse a los cambios biológicos por los que atraviesan y tener un pensamiento formal que les lleva a ver la vida de una forma más compleja y diferente, pueden favorecer en esta población una tendencia a vivir más situaciones problema, los cuales si no se tienen habilidades para hacer frente a los mismos, algunos adolescentes pensaran en recurrir al consumo de la marihuana, si se tiene la connotación de que este uso contribuye a olvidar los problemas.

Lo anterior puede coincidir con los efectos que están asociados al consumo de marihuana, los cuales suelen estar relacionados con un incremento de la sensación de bienestar, una euforia moderada, relajación y alivio de la ansiedad (53), por lo cual pueda ser normal que los jóvenes interpreten estas sensaciones como una forma de olvidar o disipar los problemas.

En relación con la edad de inicio del consumo de SPA (Tabla 10), se reconoce que las sustancias de venta y distribución legal (para población mayor de edad), es decir el cigarrillo y el alcohol, son las que reportan las edades de



inicio más tempranas, siendo de 12,4 años y 12,7 años respectivamente. Le siguen las SPA que se venden abiertamente al público por su uso dentro de la industria o el hogar y que son utilizados también como sustancias para alterar la consciencia, como es el caso de los inhalantes (pegantes, dick y poppers), las cuales registraron una edad de inicio promedio de 13,3 años. Es así como se evidenció que el acceso a las SPA, como las mencionadas, es un factor de riesgo para el inicio en el mundo de las drogas.

En relación con los datos de la investigación de 2007 (77) en la población de estos mismos grados de escolaridad, se tiene que el alcohol arrojó una edad de inicio de 12,5 años, ligeramente menor a la de 2013 que indica una edad de 12,7 años. En relación con el cigarrillo se encontró que se mantiene la misma edad en ambos años. Y promediando la edad de inicio para las otras SPA, los resultados arrojaron en el año 2007 que esta era de 14 años y en la actualidad se registra de 13,7 años.

Para el caso de Colombia, según el estudio de escolares del año 2011 (5), los datos son muy similares a los reportados en los estudios locales del año 2007 y el 2013, siendo la edad de inicio promedio nacional para el consumo de tabaco y alcohol de 12,4 años, marihuana y dick 13,7 años, cocaína 14 años y para pegantes 12,2 años. Lo que indica un comportamiento similar en los adolescentes escolares colombianos con respecto al primer contacto con las SPA.

Encontrando en general que hay una edad de inicio cercana a la reportada en el 2007 y 2011 en Manizales y Colombia respectivamente, por lo cual se hace necesario implementar estrategias efectivas que propendan por aumentar la edad de inicio de consumo de SPA, máxime si se trae a colación lo que expresa Becoña (96) y la Organización de Estados Americanos –OEA– (97), según los cuales, el consumo de drogas en la niñez y adolescencia, especialmente alcohol, tabaco y marihuana, lleva a que sea más probable que

luego tengan problemas de consumo en la vida adulta y todo lo que ello conlleva.

**Tabla 40.** Comparativo de edad de inicio de consumo de SPA

Sustancia	Edad de inicio según diferentes estudios nacionales y locales		
	Nacional año 2011*	Manizales año 2007 <sup>+</sup>	Manizales año 2013 <sup>++</sup>
<b>Cigarrillo</b>	12,4	12,4	12,4
<b>Alcohol</b>	12,4	12,5	12,7
<b>Pegantes</b>	12,2	-	13,2
<b>Dick</b>	13,7	-	13,3
<b>Marihuana</b>	13,7	-	13,7
<b>Cocaína</b>	14	-	14,2
<b>Promedio SPA ilícitas</b>	13,1	14	13,7

\* Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar del año 2011 (5).

<sup>+</sup> Factores socioculturales en la prevalencia del uso y/o abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes de enseñanza media del municipio de Manizales (77).

<sup>++</sup> Datos del presente estudio.

Este aspecto de la edad de inicio también ha sido reconocido por el Ministerio de Salud y Protección Social, en el sentido que es un indicador muy importante en las políticas sobre uso de sustancias (5), debido a las consecuencias que acarrea la cada vez más temprana relación del consumo de SPA con los jóvenes. En donde a pesar de ser drogas ilegales para todo menor de edad, estos acceden con facilidad a ellas. Todo lo cual debe tenerse en cuenta a la luz de la premisa fundamental derivada de los modelos de neurodesarrollo de la Sociedad Española de Toxicomanías cuando expresa:

“Es muy importante retrasar la edad de inicio en el consumo ya que, si se retrasa el inicio, el cerebro se encontrará más desarrollado, con más capacidad de autocontrol, de inhibir conductas desadaptativas, de unir o yuxtaponer el conocimiento de las consecuencias del consumo con las emociones que genera la ‘visualización’ de dichas consecuencias, de tomar decisiones basándose también en las consecuencias a largo plazo y de empatizar para valorar, desde una perspectiva no solamente puramente cognitiva sino emocional, las consecuencias que acarrea el consumo a personas, por ejemplo

cercanas a su núcleo de convivencia (padres de amigos, vecinos, compañeros, etc.)” (98).

Un tema importante a considerar es el de la edad, como factor clave en la prevención del consumo de SPA. Los datos de la presente investigación arrojaron por ejemplo, que a medida que incrementa la edad y el año escolar, incrementa la curiosidad por el consumo de SPA (Figura 9), a su vez aumentan las personas consumidoras de estas sustancias, las y los estudiantes usuarios de múltiples SPA y se identifica un incremento directamente proporcional con jóvenes con posible alcoholismo (Figura 15).

Todo lo cual se puede relacionar con lo que plantea Becoña (96), en torno a la conducta de riesgo, en donde se identifica este aspecto como un factor característico de la población adolescente. De hecho este mismo autor plantea:

“Lo que es claro es que si estas conductas se mantienen en el tiempo, y el riesgo no disminuye, se producirá un incremento de los problemas que ese riesgo ocasiona y, correlativamente, un incremento de la mortalidad, accidentabilidad y problemas asociados a dicho riesgo” (96).

Cuando se analiza el consumo de las SPA según la naturaleza de la institución educativa, se encontró que en Manizales en el sector público se presentan mayores porcentajes de consumo que en el sector privado, en 5 de las 6 SPA de mayor uso por las y los estudiantes, es decir, cigarrillo, cocaína, marihuana, pegantes y dick. Por el contrario se observó que en relación con el consumo de alcohol éste se presenta en mayor porcentaje en el sector privado que en el público (Figura 13).

Estos datos contrastan con los resultados del Estudio Nacional de Escolares (5), en el cual se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los consumos reportados en ambos sectores (público y privado) según las 6 SPA mencionadas en el párrafo anterior, siendo mayores las prevalencias de consumo en instituciones privadas. Por ejemplo, un 9,4% de las y los

estudiantes de establecimientos públicos declararon haber fumado tabaco el último mes, contra un 10,8% de los de colegios privados; el uso de alcohol en colegios públicos fue de 38,9% y colegios privados 44,1%.

En cuanto al consumo de marihuana, las prevalencias de último año son bastante similares en ambos casos, siendo 5,1% en el sector oficial y 5,6% en el no oficial. Con la cocaína hay un mayor uso aunque no significativo, entre las y los estudiantes de establecimientos privados que entre los públicos, 2,1% y 1,8% respectivamente. En relación con los pegantes un 1,8% de las y los estudiantes de colegios públicos declararon haber usado esta sustancia en el último año, cifra muy similar a la encontrada en establecimientos privados 2,1%. Con el dick un 2,6% de las y los estudiantes de colegios públicos declararon haber usado esta sustancia en el último año, valor que se incrementa levemente al 3% en los escolares de establecimientos privados (5).

En este sentido Becoña (96) plantea, por un lado, que una mayor disponibilidad de dinero, como puede ser viable en estudiantes del sector privado, facilita la accesibilidad a las sustancias. A su vez considera que la disponibilidad de drogas, está relacionado con diferentes aspectos, uno de los cuales es el estatus socioeconómico.

Y por otro lado, Becoña (96) ha encontrado que a mayores problemas económicos, como puede ser viable en estudiantes del sector oficial, se incrementa el consumo como una vía de salir o escapar a este tipo de problemas.

Lo anterior abre el camino para estudiar las causas por las cuales se presenta una diferencia en los resultados en el ámbito nacional y local, reconociendo que existen teorías que posibilitan comprender ambos fenómenos pero no la diferencia entre ambos, las cuales pueden estar favorecidas por algunos determinantes sociales, económicos o culturales.

En relación con la SPA de mayor uso en el mundo, como lo es el alcohol, vale la pena mencionar los resultados del CAGE (Figura 15), el cual es una prueba de tamización que evalúa el posible riesgo de alcoholismo. Los resultados para Manizales indicaron que el 10,8% de las y los estudiantes encuestados están en alto riesgo de presentarlo y el 4,8% pueden estar cursando con esta enfermedad.

Al compararlos con los resultados del estudio de consumo de SPA realizado en Manizales en el año 2007, estos indican que cerca del 8% de las y los estudiantes están en alto riesgo de llegar a desencadenar un alcoholismo y que cerca del 6% probablemente ya sean alcohólicos (77) y según los resultados del estudio de consumo de SPA en Manizales, en el año 2001, realizado con estudiantes de 9º y 10º, se encontró que el 7,9% del conjunto de estudiantes encuestados, pueden estar en alto riesgo de alcoholismo y el 5,8% pueden ser alcohólicos (93).

Lo anterior, evidencia que existen resultados muy similares en los estudios locales realizados en el año 2001 y 2007, pero al compararlos con el año 2013 se encuentra en relación con el riesgo de generar un alcoholismo, que existe una tendencia al incremento, con una diferencia porcentual de 2,9 del año 2001 al 2013. Situación contraria en torno a las personas que pueden estar presentando un alcoholismo, debido a que se evidencia una reducción en el año 2013 de 1 punto porcentual en comparación con el año 2001.

Si bien los resultados indican que hay una reducción, comparando el año 2001 con el 2013 de los y las adolescentes con posible alcoholismo, factor considerado positivo por las implicaciones en la salud y en lo familiar que ello implicaría, el hecho de tener mayor población adolescente en riesgo de presentar esta enfermedad, hace que se deban prender las alarmas para identificar esta población y hacer una intervención preventiva al respecto.

Los datos referidos al consumo de cigarrillo son relevantes, si se recuerda que su uso está relacionado con la primera causa de mortalidad evitable en todo el mundo. Se observa que en relación con la prevalencia actual, su reducción comparado con los datos de la investigación del año 2007, es en más del 50% de los casos, presentando para el año 2007 una prevalencia de mes de 26,6% y en el año 2013 de 11,6%. Y en relación con la prevalencia de vida, las y los estudiantes en el año 2007 refirieron en un 54,1% haber consumido alguna vez cigarrillo, cifra que se redujo a 43,3% para el año 2013. Es claro que en esta población y con respecto a esta SPA el consumo sería idealmente cero, pero aún así es necesario reconocer logros y apoyar el fortalecimiento de las estrategias que ayuden a continuar con esta reducción.

Algunas estrategias que pueden estar favoreciendo esta reducción, son las políticas nacionales antitabaco, que ha implementado el gobierno nacional a través de tratados internacionales, lo que ha involucrado una prohibición de patrocinio de productos de tabaco, espacios libres de humo de cigarrillo, advertencias sobre el consumo en las cajetillas de cigarrillo y la no venta al menudeo de cigarrillos, entre otros aspectos, que seguramente han incidido en el desestímulo del consumo de esta SPA.

Evidencia al respecto que ha aportado el proyecto ITC, en el cual se encontrado que:

“Entre 2006 y 2012, el 16,1% de integrantes de la muestra en Montevideo y el 16,3% de la del interior, dejaron de fumar [...]. El porcentaje de fumadores que hizo un intento de abandono aumentó del 39% en 2010-11 al 44% en 2012 [...]. El porcentaje de fumadores que ‘no está pensando en dejar de fumar’ disminuyó de manera constante entre 2006 (40%) y 2012 (31%) [...]. El porcentaje de fumadores que informó que estas advertencias en los paquetes de cigarrillos les motivó a pensar en dejar de fumar aumentó de 25% en 2008-2009 –cuando las advertencias eran simbólicas y cubrían solo el 50%– a un 36% en el 2012 –cuando fueron más fuertes y cubrieron el 80% del mismo–” (99).

Por el contrario y tal como se evidencia en la Tabla 24, con el consumo de marihuana se nota un incremento paulatino desde el año 2001 hasta el año 2013, en donde para consumo en el último mes en el año 2001 se encontró un 3,6% a 7,8% en el año 2013 y en donde la prevalencia de vida ha pasado de 14,6% en el año 2001, 15,9% en el año 2007 a 23,1% en el año 2013. Situación que puede estar favorecida por la cada vez más extendida creencia de la inocuidad de esta SPA, mayor oferta de la misma y menor percepción del riesgo.

Y así se ha hecho claro desde los estudios del National Institute on Drug Abuse (NIDA), quienes cada año realizan un estudio en escolares, sobre la tendencia del comportamiento de las SPA, arrojando que el aumento en el consumo de la marihuana:

“Refleja un cambio en las percepciones y las actitudes de los adolescentes. Históricamente, al disminuir la percepción de los riesgos, aumenta el consumo y viceversa. Los jóvenes muestran una disminución en la percepción de que la marihuana es peligrosa. La creciente percepción de que la marihuana es una droga segura puede deberse a los recientes debates públicos sobre el uso medicinal de la marihuana y la legalización de la marihuana” (100).

El consumo de marihuana en la región de las Américas (97) evidencia que los países con las prevalencias mensuales más altas oscilan entre 8.5% y 13.8%, en donde Estados Unidos es uno de los países que mayor consumo de esta SPA reporta. Manizales en este estudio arrojó un 7.8% de prevalencia mensual, que lo posiciona desde la Cicad OEA en un nivel alto de consumo. Diferente a Perú con una prevalencia mensual de 0.9%, Venezuela con 0.6% y Honduras con 0.4%. Significativamente inferior a los resultados de las prevalencias mensuales de Manizales para el año 2013. Se resalta como característico en todos los países de las Américas, que la prevalencia de marihuana tiende a ascender conforme aumenta la edad de los estudiantes.

El consumo de tranquilizantes (Tabla 24) por su parte, viene presentando una reducción en el transcurso de los años, arrojando una prevalencia de mes en el año 2001 de 3,9%, en el 2007 de 2,1% y finalmente en el año 2013 de 1,7%. Reducción que igualmente se visualiza en la prevalencia reciente y en la de vida, en donde se ha pasado del año 2001 de 11,4% a 6,5% para el año 2013.

Vale la pena mencionar el consumo de poppers, SPA que por primera vez indago la Secretaría de Salud de Manizales en el año 2007, por las altas tasas de reporte de su consumo en las instituciones educativas, en donde arrojó una prevalencia de vida de 29,9%, situación que permitió conocer su consumo real y emprender acciones que contrarrestaran su consumo. Para el año 2013 está prevalencia bajo drásticamente a 6,1%, aunque con consumo de dick, SPA por primera vez indagada y con efectos, consecuencias y formas de consumo similares al poppers, se encontró un alto 14,1% como prevalencia de vida para el año 2013.

Por último, se hace énfasis en el consumo de cocaína, SPA que presentó un alza en su consumo del año 2001 al 2007, pasando de 1,5% a 3,5% de consumidores según prevalencia mensual y en el cual para el año 2013 esta prevalencia de consumo se redujo en más del 50% comparado con el año 2007, pasando de 3,5% a 1,6%, cifra cercana a lo reportado en el año 2001.

Según los diferentes estudios de los países de las Américas y pese a que en Colombia y Manizales el consumo de cocaína viene presentando una reducción en las prevalencias, se evidencia desde el informe comparativo de la Cicad-OEA (97), que los países con las prevalencias mensuales más altas en estudiantes de secundaria oscilan en 1.2% y 1.7%, siendo para Manizales de 1.6%. Lo cual quiere decir que Manizales se ubica en la misma categoría de países como Chile, Argentina, Panama, Jamaica y la Guyana. Lo cual no deja de ser significativo si reconocemos que la cocaína es considerada una de las sustancias psicoactivas más problemáticas en el hemisferio americano (97).



#### **8.4. Estilos parentales y consumo de SPA**

Ahora bien, adentrándonos en el objetivo principal relacionado con los estilos parentales y el consumo de SPA en la población estudiada, se encontró a través de los análisis estadísticos, que la pregunta general en torno a si existe una asociación entre el consumo de SPA y los estilos parentales, es afirmativa y así se evidencia a través de los resultados arrojados por el estadístico  $X^2$ , en donde las 6 SPA analizadas, de mayor consumo en los adolescentes, presentan una asociación estadísticamente significativa con respecto a los estilos parentales.

Estos datos son consistentes con el hecho que el análisis de las características y las repercusiones sobre el ajuste de los hijos en relación con los estilos de socialización parental, han constituido tradicionalmente una de las perspectivas más relevantes en el estudio de las relaciones paterno-filiares según Gavazzi y cols. y Steinberg y cols., comentados por Pérez (85). Aspecto que ha conllevado a que se realicen en diferentes partes del mundo investigaciones que permitan reflejar el impacto de los estilos parentales en diferentes situaciones como las de consumo de SPA y en diferentes contextos culturales, encontrándose que se evidencia asociación entre estas dos variables en la mayoría de estudios: Raya (2), Barba y cols. (15), Martínez y cols. (76), Becoña (87), Oliva y cols. (89), Santana y Mota (101), Palacios y Andrade (102) y Ministerio de Salud del Perú (103), y ahora se constata dicha evidencia para un contexto como el del municipio de Manizales.

Los resultados presentados en el punto anterior refieren en primera medida que el consumo de las sustancias psicoactivas analizadas (alcohol, marihuana, cigarrillo, pegante, dick y cocaína) están relacionados estadísticamente con los estilos de socialización parental (Tabla 28). Como segundo aspecto se encontró, a través de la medida estadística del riesgo relativo (RR) que los estilos parentales indulgente y autorizativo funcionan consistentemente como factores protectores y los estilos autoritario y negligente como factores de

riesgo para las sustancias mencionadas, a excepción del alcohol que arrojó unos resultados muy cercanos a uno, no siendo concluyentes los datos (Tabla 32).

Esta misma relación se presentó en los resultados de la población estudiantil con posible dependencia a la marihuana, medida a través del CAST (Tabla 30) y con los resultados de la curiosidad por consumir alguna SPA (Tabla 31), en donde los estilos parentales autoritario y negligente incrementan el riesgo para la presencia de este tipo de comportamientos.

En relación con el posible riesgo de alcoholismo, el estilo autoritativo no reflejó ningún grado de relación con los estilos parentales como factor de riesgo o protección, pero se comportaron los otros tres estilos de forma similar a los datos anteriores (Tabla 29). En torno al consumo de cualquier SPA y los estilos parentales, los resultados tampoco fueron concluyentes para determinarlos como factor protector o de riesgo (Tabla 33).

Lo anterior da cuenta de forma sólida y confirma para nuestro contexto, el papel que ampliamente se le ha dado a la familia como un escenario crucial, como lo indican múltiples estudios, en el consumo de SPA en los jóvenes y nos permite identificar de forma específica el rol que ideal y que preferiblemente deberían asumir los padres en la forma de educar a sus hijos para favorecer conductas más adaptativas (101-103).

El estudio de los estilos parentales a nivel mundial ha sido más ampliamente investigado, desde que Diana Baumrind en 1968 tomase este concepto para clasificar los estilos educativos parentales en autoritarios, democráticos y permisivos (48), siendo las investigaciones llevadas a cabo fundamentalmente en los Estados Unidos con muestras que representan a la clase media blanca mayoritaria, ha mostrado reiteradamente que el estilo de socialización parental autoritativo es el óptimo en este contexto.

En España, según Martínez y cols. (76), los hijos de padres autoritativos obtenían sistemáticamente las puntuaciones más altas en todos los criterios de ajuste y las más bajas en los criterios de desajuste. En el caso concreto del consumo de sustancias, los estilos autoritativo y autoritario actuaban como factores de prevención, mientras que los estilos negligente e indulgente suponían un factor de riesgo para que el hijo se involucrase en este comportamiento.

En México Palacios y Andrade (102) encontraron en relación con conductas problemáticas, en la cual se incluye el consumo de SPA, que un estilo materno negligente o indulgente y un estilo paterno autoritario, explican en un alto porcentaje este tipo de comportamientos en los jóvenes, siendo considerado como factor protector la supervisión parental.

En Perú, según un estudio del Ministerio de Salud (103), en población adulta se encontró que los estilos autoritario e indulgente están asociados al consumo perjudicial de alcohol a diferencia del estilo democrático que se asocia a un menor riesgo de presentar problemas con el consumo de esta SPA.

Según una revisión sistemática (101), liderada por brasileños, el estilo autoritativo o democrático está asociado con un menor consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y en el caso contrario, se encontró un mayor nivel de asociación del estilo negligente con un mayor consumo de estas SPA.

Ahora bien, para el caso puntual de Manizales, que sería el referente actual para Colombia, se puede evidenciar al igual que en los estudios hechos en Estados Unidos, España, Perú, México y en la revisión sistemática brasileña, que el estilo autoritativo en general evidencia un estilo de educación que favorece que los adolescentes no se involucren en el consumo de SPA. Lo cual estaría reflejando que en el contexto cultural de este municipio, la educación parental en donde el afecto y la norma están presentes, la comunicación,

explicación de las reglas, la autoridad y el apoyo afectivo, serian aspectos que favorecerían que los hijos no incursionen en el tema del uso de drogas.

Por el contrario, los resultados encontrados en Estados Unidos se diferencian de los de Manizales y España (76), México (103) y Perú (104) en relación con el estilo autoritario, debido a que en estos últimos se evidencia un estilo que se reconoce como de riesgo para el consumo de SPA y en el contexto estadounidense se identifica como factor protector. Por lo cual se presume que los patrones de crianza posibilitan efectos directos en los comportamientos de los hijos, según el contexto en donde estos se dan.

Se resalta el tema en relación con el estilo indulgente, el cual según los resultados de Darling y cols. citados por Martínez y cols. (76), funcionan como factor de riesgo en una cultura como la de Estados Unidos, al igual que para México (102) y Perú (103) en torno al consumo de SPA y como factor de prevención para el caso de España (76) y Colombia (Manizales). Aunque según Martínez y cols. (76), existen estudios que refieren en México y Brasil que el estilo indulgente es un buen predictor para las habilidades sociales.

De hecho, para el riesgo de alcoholismo evaluado a través del CAGE, el estilo indulgente es el único estilo considerado estadísticamente como factor de prevención, comparado con los otros tres estilos. Indicando que el riesgo de alcoholismo es menor en adolescentes que cuentan con padres igual de comunicativos con los hijos que los autorizativos, que aceptan los argumentos del hijo/a para retirar una orden o una demanda, argumentan bien, utilizan con más frecuencia la razón para obtener la complacencia y fomentan más el diálogo para lograr un acuerdo con el hijo, aspectos que son similares en los padres democráticos.

Pero, a diferencia de los autorizativos, Musitu y García plantean que los padres indulgentes:

“Cuando el hijo se porta de manera incorrecta, no suelen emplear la *Coerción/imposición* sino que reducen sus acciones limitantes al diálogo y el razonamiento. Tienen, por lo tanto, una imagen de sus hijos más simétrica que los autorizativos y consideran que mediante el razonamiento y el diálogo pueden conseguir inhibir los comportamientos inadecuados de aquellos. Actúan con sus hijos como si se tratasen de personas maduras que son capaces de regular por sí mismos su comportamiento y limitan su rol de padres a influir razonadamente en las consecuencias que las actuaciones inadecuadas pueden producirles” (45).

Es así como este tipo de padres podrían favorecer en los hijos personalidades más maduras, debido a que reconocen en estos a sujetos que son capaces de regular sus propias conductas y asumir una personalidad más cercana a un adulto, razón por la cual sería lógico suponer que este tipo de crianza sea más un factor protector que de riesgo.

De hecho, en relación a la posible dependencia a la marihuana, medida a través del CAST, según resultados encontrados (Tabla 30), los hijos de padres que ejercen un estilo autorizativo e indulgente tienen respectivamente un 54% y un 72% menos de posibilidades de desarrollar una dependencia a la marihuana. Lo que constata que el estilo indulgente, en este caso, se comporta de hecho como un factor protector mayor que el mismo estilo autorizativo, al cual según Oliva y cols. (89) se le ha otorgado mayor crédito en la mayoría de investigaciones y sobre el cual no existe duda acerca de su papel protector en muchos comportamientos disfuncionales de los jóvenes.

Tema consistente con lo expresado por Martínez y cols. (76), quienes refieren que en España, han identificado que en determinados contextos culturales el estilo de socialización indulgente se asocia con los mismos o incluso mejores resultados en los hijos que el estilo autorizativo. Igual patrón de resultados encontrados para las competencias sociales de las adolescentes iraníes (Kazemi, Ardabili y Solokian, 2010), en países de Sudamérica como México (Villalobos, Cruz y Sánchez, 2004) y Brasil (Martínez y García, 2008), según

comentan Martínez y cols. (76), por lo cual los hijos de padres indulgentes obtienen los mismos o mejores resultados que los hijos de padres autoritativos.

Asimismo, en la investigación realizada por Martínez y cols. (76), se evidenció al igual que la presente investigación, que el consumo de los adolescentes educados con un estilo autoritativo se encuentra próximo a los educados con un estilo indulgente y el consumo de los educados de manera negligente está próximo a los educados con un estilo autoritario. Factor que como mencionamos arriba, difiere de los resultados encontrados en algunos países de Sudamérica (102, 103) en torno al consumo de SPA.

Otro aspecto que constata las diferencias culturales, está precisamente relacionado con el estilo autoritario, el cual en unas investigaciones llevadas a cabo con minorías étnicas de Estados Unidos (76) y con muestras de algunos países asiáticos, se ha obtenido resultados que apoyan el uso del estilo autoritario por parte de los padres, a diferencia del estudio presente y los últimos estudios realizados en España, que identifican como ya se ha mencionado, que este estilo es un factor de riesgo para el consumo de SPA en adolescentes.

Todos estos datos aportan a la revisión teórica, para reafirmar lo planteado en la literatura con relación al estilo autoritativo o democrático y en relación con el estilo indiferente, el primero según Oliva y cols. (89) al ser reconocido como un patrón de crianza que favorece niveles más altos de autoestima y de desarrollo moral, presentando menos problemas de conducta y paralelamente de consumo de SPA.

Por el contrario, quienes han crecido en un ambiente indiferente tienden a presentar toda una gama de problemas emocionales y conductuales. Así, desde Oliva y cols. (89) la falta de afecto y supervisión propia de estos padres y madres tiene efectos muy negativos para el desarrollo de los adolescentes que

con frecuencia presentan desajustes a nivel social como impulsividad o consumo abusivo de sustancias.

De esta forma los resultados de esta investigación no solo aportan a la evidencia en relación a estos dos estilos (democrático e indiferente) y su relación con el consumo de SPA, sino que a su vez reafirman lo que diversos autores refieren con relación a los comportamientos o personalidades de los jóvenes que se ven involucrados en el consumo de estas sustancias y como esto se relaciona con los estilos parentales, lo cual implicara que se desarrollen otras investigaciones que aporten a este respecto.

Vale la pena resaltar que los estilos democrático e indiferente son los más antagónicos en la forma de crianza y a su vez en los posibles efectos que suelen asociarse con los hijos en torno a emociones y comportamientos.

Los datos que presentan mayor inconsistencia y contradicciones en la literatura están referidos a los otros dos estilos educativos. El estilo autoritario en general se reconoce como inadecuado debido a que se la ha asociado a dificultades a nivel emocional en los hijos, ya que el escaso apoyo y afecto que brindan suele llevar a una baja autoestima y una escasa confianza en sí mismos que a su vez puede provocar la aparición de síntomas depresivos (89). Aunque estudios como los de Oliva y cols. (89) han puesto en duda la superioridad del estilo democrático, indicando que el estilo autoritario podría ser más adaptativo en culturas colectivistas, en este estudio se constata el efecto como factor de riesgo para el consumo de SPA, en cada uno de los análisis realizados, de hecho mucho más que el estilo indiferente en lo relacionado con el posible riesgo de alcoholismo.

En cambio, para algunos autores, los adolescentes que crecen en hogares permisivos o indulgentes, aunque no suelen mostrar baja autoestima, presentan problemas externos como comportamientos antisociales o consumo abusivo de sustancias, aunque sin alcanzar los niveles de quienes tienen

padres indiferentes (89). Aspectos que se contradicen con lo evidenciado en este estudio, en donde como se ha expresado, arrojó resultados consistentemente como factor protector para el consumo de SPA.

Y al igual que lo expresan Oliva y cols. (89), los resultados de esta investigación indican que a pesar de la importancia creciente de otros contextos, la familia continúa siendo un referente fundamental durante la adolescencia. Así, la creación de un clima relacional entre padres e hijos caracterizado por el apoyo, el afecto, la comunicación y la promoción de la autonomía puede ser un elemento clave para favorecer el desarrollo positivo y el ajuste adolescente.



## 9. CONCLUSIONES

Los datos presentados en esta investigación evidencian en relación con la situación socio-demográfica de la población encuestada, que según las variables estudiadas los adolescentes de la ciudad de Manizales presentan en general unas características similares a sus pares del ámbito nacional, resaltando sólo como aspecto de gran relevancia los cambios que se vienen presentando en la distribución de la tipología familiar en la población encuestada de Manizales.

Esto debido a que del año 2007 al 2013 Manizales presentó una reducción de cerca del 24% en la tipología familiar nuclear en población adolescente. Si bien es cierto que es una reducción significativa, el promedio nacional de este tipo de familias (35%), se acerca a los resultados de la información arrojada en la presente investigación, la cual es del 36.7%.

Así mismo se encontró que del año 2007 al 2013 en la ciudad de Manizales se han presentado cambios en la composición de las familias reconstituidas en las y los jóvenes escolarizados encuestados, en donde esta tipología familiar se cuadruplico en este tiempo, pasando de un 3.3% a un 14.8% y la familia extensa paso de un 16,4% en el año 2007 al 30,6%, siendo la segunda tipología familiar en Manizales posterior a la nuclear, la cual presentó una reducción porcentual para el año 2013, que se ve reflejada en el incremento de las tipologías familiares reconstituida y extensa.

Según los estilos parentales de los padres de las y los estudiantes encuestados, se concluye que en Manizales prima la educación de los hijos basados en un modelo en el cual prima la negociación, se reconoce y respeta la independencia de los hijos, favoreciendo su autonomía y estableciendo una

relación en donde el afecto es un factor importante en la relación padre e hijas/hijos.

Factor afectivo que se ve reflejado igualmente en el segundo estilo predominante en las familias de los y las encuestadas, es decir el indulgente, en donde un 29% arrojó estos resultados. Los otros dos estilos, negligente y autoritario, el primero relacionado por algunos autores como un tipo de maltrato, debido a que hay déficit de afecto y autoridad y el segundo por ser padres que manifiestan indiferencia por parte de los padres hacia las iniciativas y comportamientos de los hijos, fueron los estilos menos representativos con cerca de 1 caso por cada 3 familias, que no deja de ser significativo. En relación con estos últimos dos estilos mencionados, se encontró que cuando se comparan por sexo, son más predominantes en la educación de las adolescentes mujeres que en los hombres.

En torno a la educación según el sexo del padre, se evidencia que los hombres siguen siendo más ausentes en la educación de los hijos que las madres, factor evidente en relación con el estilo negligente, el cual fue el estilo predominante en el padre y por su parte en la madre fue el menos presente, con cerca de 20 puntos porcentuales de diferencia.

En relación con el consumo de SPA, se continúa observando al igual que en el contexto nacional e internacional, que las y los adolescentes pese a tener una restricción legal para la compra, porte y consumo de cualquier SPA, acceden a ellas relativamente fácil, siendo claro que las sustancias legales para mayores de 18 años, es decir alcohol y cigarrillo, son las que en su orden arrojan mayores prevalencias de consumo.

Sustancias legales comercialmente, que son a su vez las que las y los encuestados consumen a edades más tempranas, entre los 12 y 13 años, datos similares a los resultados del estudio del año 2007, que tuvo como muestra la misma población estudiada en la presente investigación.

Otro aspecto a resaltar es la edad de inicio en el consumo de SPA, siendo las mujeres las que arrojaron una edad de inicio más temprano que los hombres en el consumo de pegantes, dick, marihuana y cocaína, es decir en SPA de uso ilícito. Por el contrario los hombres inician primero el consumo de las SPA consideradas como la puerta de entrada al resto de sustancias, es decir el cigarrillo y el alcohol.

La situación cada vez más notoria es el incremento gradual de población adolescente que consume marihuana, siendo la SPA ilícita de mayor consumo en el mundo independiente de la edad. Para el caso de Manizales las prevalencias de consumo de último mes se duplicaron en la población estudiada del año 2007 al año 2013. Siendo una SPA que se presenta mayoritariamente en población masculina.

Por el contrario se evidencia que en la ciudad de Manizales los adolescentes escolarizados, comparados con los datos de la investigación sobre consumo de SPA del año 2007, presentan un menor porcentaje de consumo de último mes principalmente para cigarrillo, alcohol, poppers y cocaína.

Estadísticamente hablando, se evidencia que existen diferencias significativas desde este aspecto, entre el consumo de SPA y la naturaleza de la institución educativa (privado o público), el sexo y la zona de residencia de los encuestados (urbana y rural). Encontrando que para el consumo de marihuana, cigarrillo, dick y cocaína, pertenecer a una institución pública, de zona urbana y ser hombre, incrementa las probabilidades de consumir alguna de estas SPA.

El estudio de asociación entre las variables estudiadas, es decir, estilos parentales y consumo de SPA, se justificó según los resultados encontrados, debido a que se evidenció que entre ambas variables existe una asociación estadísticamente significativa, según los resultados del valor P de la prueba chi cuadrado.

A su vez se constato estadísticamente que los estilos autoritario y negligente suelen ser un factor de riesgo para el alcoholismo, para la dependencia a la marihuana, la curiosidad por el consumo de SPA y el consumo de cualquier SPA. Contrario a los estilos autoritativo e indulgente que arrojaron resultados que los posicionan como factor protector ante estas situaciones.

Para el caso de Manizales se puede evidenciar al igual que en los estudios hechos en Estados Unidos, España, Perú, México y en una revisión sistemática brasilera, que el estilo autoritativo en general evidencia una forma de educación que favorece que los adolescentes no se involucren en el consumo de SPA. Lo cual estaría reflejando que en el contexto cultural de este municipio, la educación parental en donde el afecto y la norma están presentes, la comunicación, explicación de las reglas, la autoridad y el apoyo afectivo, serian aspectos que favorecerían que los hijos no incursionen en el comportamiento del uso de drogas.

De hecho y según resultados encontrados, los hijos de padres que ejercen un estilo autoritativo e indulgente tienen respectivamente un 54% y un 72% menos de posibilidades de desarrollar una dependencia a la marihuana. Lo que constata que el estilo indulgente, en este caso, se comporta de hecho como un factor protector mayor que el mismo estilo autoritativo, al cual según diversos autores se le ha otorgado mayor crédito en la mayoría de investigaciones y sobre el cual no existe duda acerca de su papel protector en muchos comportamientos disfuncionales de los jóvenes.

Teniendo en cuenta que la literatura en general y el contexto local de Manizales evidencian estadísticamente que los estilos parentales autoritativo e indulgente suelen pronosticar mejores resultados frente al no consumo de SPA en escolarizados, es importante enfatizar que comparados con estudios de España y Brasil, Manizales tiene mayores porcentajes (64.7%) de población adolescente educada con este tipo de estilos educativos.

Aunque es importante recalcar que existe una asociación estadísticamente significativa entre las variables principales de este estudio, es decir estilos parentales y consumo de SPA y que se encontró evidencia estadística que indica que algunos estilos parentales suelen actuar como factor de prevención y otros de riesgo para el consumo de SPA, se recalca según los resultados, que en términos de correlación, es débil el nivel de dependencia entre los estilos parentales y el consumo de SPA en estudiantes escolarizados de la ciudad de Manizales.

## 10. RECOMENDACIONES

Como aspectos metodológicos se sugiere utilizar como medio de recolección de información las TIC's. A través de esta investigación se reconoció como punto de buena práctica el diseño de un aplicativo que permitiera que cada encuestado diligenciará el cuestionario por medio electrónico, favoreciendo la calidad del dato, el contar con la información en tiempo real, el diligenciamiento en un menor tiempo debido a que el sistema estaba configurado para omitir preguntas según las respuestas dadas, el no uso de papel y el contar con estudiantes con mayor motivación en la encuesta por la familiaridad e interés que les genera el uso del computador.

Se recomienda llevar a cabo exhaustivamente las pruebas del aplicativo que permitan la configuración adecuada por cada uno de los ítems del cuestionario y prever todas las dificultades posibles que se puedan presentar para contar con alternativas inmediatas de solución y evitar así falencias en la información generada y la pérdida de encuestados.

Con relación al aspecto teórico de los estilos parentales, se debe tener cuidado con los estudios de referencia que se tomen para analizarlos y discutirlos, por cuanto se encontraron dificultades en gran parte de los estudios existentes en Colombia y Latinoamérica, en torno a los estilos parentales desde el marco conceptual escogido de Diana Baumrind (referencia obligada para estilos parentales). Por cuanto se evidenció que la mayoría de artículos no trabajaban desde las categorías propuestas por esta autora sino desde variables como afecto, normas, resolución de conflictos, autoridad, descuido, etc, los cuales por si solos no permiten establecer ni definir un modo habitual de los padres de educar a sus hijos.

Esta dificultad en los estudios y artículos encontrados, limitó la comparación de los resultados de esta investigación con población o contextos más cercanos a la realidad de Colombia-Manizales.

Lo anterior conlleva a recomendar el uso de instrumentos de estilos parentales que efectivamente permitan clasificar el estilo de crianza de los padres desde las categorías aceptadas en general por la comunidad académica: autoritativo, negligente, autoritario e indulgente, los cuales a su vez dan cuenta de comportamientos referidos al afecto, aceptación, implicación, coerción, comunicación, etc.

Se debe continuar incrementando y mejorando los mecanismos de control que ejerce el Estado a través de la sanción legal, la sociedad desde el rechazo social y la familia misma desde su papel de guía y responsable directo de los hijos, con el fin de limitar la venta y consumo de alcohol y cigarrillo a adolescentes, debido a que estas son consideradas como la puerta de entrada al consumo de otras SPA y son las que en este estudio y en los consultados arrojaron las mayores prevalencias de consumo y las mayores problemáticas desde lo social y médico respectivamente.

Esto conlleva igualmente a centrar los esfuerzos de prevención del consumo de SPA en la población escolar, debido a que es allí en donde comienza en su gran mayoría el consumo de estas sustancias, se da inicio a los procesos de adicción, es la población en donde la familia, la escuela y la sociedad en general pueden contribuir e influir más eficientemente antes que se llegue a cuadros de drogadicción y es donde se tiene una población cautiva para desarrollar procesos continuos y sistemáticos en pro de la prevención.

Estos programas o proyectos deben focalizarse a su vez en población de instituciones educativas públicas, por el mayor consumo que presentan sus estudiantes en comparación con las privadas, siendo un elemento crucial de estos programas el incrementar la percepción del riesgo frente a las SPA, el

manejo del tiempo libre y hacer énfasis en las consecuencias y componentes de las SPA más consumidas como el alcohol, cigarrillo, marihuana, energizantes e inhalables.

Así mismo estos programas de prevención del consumo de SPA deben incluir siempre y de una forma estratégica a los padres, como agentes centrales de la intervención, en donde el entrenamiento en pautas de crianza idóneos es un elemento necesario para incrementar el éxito en el objetivo perseguido. La evidencia encontrada en relación con la asociación que existe entre los estilos parentales y el consumo de SPA, debe conllevar a fortalecer en las escuelas de padres el entrenamiento en estilos educativos a favor de el autoritativo e indulgente.

Teniendo en cuenta que el consumo de SPA se debe a una multicausalidad de factores, se hace preciso llevar a cabo investigaciones que analicen no solamente el consumo de SPA desde la esfera familiar, sino social, educativa, interaccional y personal, para a través de un modelo de regresión múltiple determinar el grado de correlación que tendrían éstos en el consumo de SPA.

En relación con los estilos parentales, se recomienda que las escuelas de padres, medios de comunicación, los programas de control a las gestantes, de crecimiento y desarrollo, entre otros, deben propender por sensibilizar, educar, entrenar y concientizar sobre el papel que ejercen los padres con su estilo educativo en el comportamiento de los hijos e hijas.

Considerando importante que a través de estos medios se brinde información de cómo mejorar los comportamientos relacionados con el vínculo afectivo, aceptación incondicional, coerción afectiva sana, manejo de la autoridad, la responsabilidad, el diálogo, la autonomía, uso de la razón, reconocimiento de los intereses y derechos de los hijos y el trato a estos como personas maduras, aspectos considerados idóneos según los hallazgos de esta investigación.



Vale la pena llevar a cabo en todo el trabajo de prevención del consumo de SPA y en el trabajo con padres, una línea de acción que profundice en afianzar el vínculo afectivo y comunicativo entre la figura paterna y los hijos, a fin de disminuir los porcentajes del padre con un estilo negligente y autoritario. Así mismo fortalecer el trabajo de prevención del consumo SPA con enfoque de género, debido a los resultados arrojados por el sexo femenino en torno a la edad de inicio de consumo de SPA comparado con el sexo masculino.

El análisis realizado teniendo en cuenta la variable de estilos parentales, en donde según resultados se concluye que es una variable asociada a situaciones de consumo de SPA, conlleva a pensar en la necesidad de que a nivel local se realicen otros estudios en donde se analice igualmente los estilos parentales pero a la luz de otras situaciones asociadas en la literatura con el consumo de SPA en adolescentes, tales como la personalidad, conductas disociativas, trastornos emocionales, entre otros, lo cual permitiría determinar el peso relativo que tendrían todas estas situaciones con la forma en que los padres educan a sus hijos y a su vez en el consumo de SPA.

**11. EVIDENCIA DE RESULTADOS EN GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO,  
FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD CIENTÍFICA Y APROPIACIÓN  
SOCIAL DEL CONOCIMIENTO**

<b>Resultado/Producto esperado</b>	<b>Indicador</b>	<b>Beneficiario</b>
Artículo	Publicación en una revista científica	Comunidad profesional
Conferencia de prensa	Difusión de los resultados en los diferentes medios de comunicación	Comunidad en general
Ponencia	Ponencia realizada	Profesionales del área social y de la salud
Publicación de resultados en diferentes página web	Páginas web en donde se pública la investigación / Consultas y descargas realizadas del documento	Comunidad en general

## 12. IMPACTOS LOGRADOS

<b>Impacto esperado</b>	<b>Plazo (años) después de finalizado el proyecto: corto (1-4 ), mediano (5-9), largo (10 o más)</b>	<b>Indicador verificable</b>	<b>Supuestos</b>
Diseño de estrategias de fortalecimiento de los estilos parentales idóneos	Corto	Estrategias implementadas	La academia reconoce el efecto positivo de los estilos parentales en el comportamiento de los adolescentes
Focalización de estrategias de prevención del consumo de SPA según comunas de mayor prevalencia de consumo	Corto	Mayor inversión económica en comunas priorizadas	El ente gubernamental reconoce como acertado los resultados de la investigación
Desarrollo de investigaciones que contrasten los resultados de los estilos parentales y el consumo de SPA en otros contextos culturales de Colombia	Corto	Estudios publicados	La academia reconoce la relevancia del estudio de los estilos parentales en el comportamiento de los adolescentes

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramírez LA. El funcionamiento familiar en familias con hijos drogodependientes. Un Análisis Etnográfico [Tesis Doctoral]. Valencia: Universidad de Valencia, Servicio de Publicaciones; 2007.
2. Raya AF. Estudio sobre los estilos educativos parentales y su relación con los trastornos de conducta en la infancia [Tesis Doctoral]. Córdoba: Universidad de Córdoba; 2008.
3. Torio S, Peña J, Caro M. Estilos de educación familiar. *Psicothema* 2008; 20(1):62-70.
4. Naciones Unidas. Oficina Contra la Droga y el Delito. Resumen ejecutivo: Informe mundial sobre las drogas. 2012.
5. Colombia. Gobierno Nacional de la República, CICAD, Embajada de los Estados Unidos en Colombia. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar del año 2011. 2012.
6. Cid P, Pedráo L. Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19:738-745.
7. Ramírez M. Prácticas de crianza de riesgo y problemas de conducta en los hijos. *Apuntes de psicología*. 2002; 20(2): 273-282.
8. Mosqueda A, Carvalho M. Factores protectores y de riesgo familiar relacionados al fenómeno de drogas, presentes en familias de adolescentes

tempranos de Valparaíso, Chile. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011; 19:789-795.

9. Cuervo A. Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. Divers. Perspect. Psicol. 2010; 6(1):111-121.

10. Fantin M, García H. Factores familiares, su influencia en el consumo de sustancias adictivas. Ajayu. 2011; 9(2):193-214.

11. Musitu G, Román J. Familia y educación, prácticas educativas de los padres y socialización de los hijos. Barcelona; 1988.

12. Colombia. RUMBOS. Encuesta nacional sobre consumo de SPA en jóvenes de 10 a 24 años. 2002.

13. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, DNE. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia. 2008.

14. García F, Segura MC. Estilos educativos y consumo de drogas en adolescentes. Salud y drogas. 2005; 5(001):35-55.

15. Barba M, Lavigne R, Puerta S, Portillo R, Rodríguez G. Estilos educativos y conductas adictivas: Cómo se Relacionan los Estilos Educativos Parentales y las Conductas Adictivas; 2002. p. 1-16.

16. Ugarte RM. La familia como factores de riesgo, protección y resiliencia en la prevención del abuso de drogas en adolescentes. En: Zavaleta Vargas A. Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en la juventud. Lima: Cedro; 2001. p. 131-169.

17. Alcaldía de Manizales. Proyecto de Acuerdo. Plan de Desarrollo. Manizales 2012-2015.

18. Manizales cómo vamos. Informe de calidad de vida 2013. Disponible en: [http://manizalescomovamos.org/?page\\_id=2278](http://manizalescomovamos.org/?page_id=2278)

19. Vergara LD, Ospina JA. Diagnóstico Dimensiones Social y Económica. Plan de Ordenamiento Territorial. Versión 1.3. Alcaldía de Manizales - Secretaría de Planeación; 2012.

20. Alcaldía de Manizales. Secretaría de Salud Pública. Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud Manizales 2013.

21. Mora AM, Álvarez AH, Isaza CA, Agudelo DF, Ospina EC, Posada LD, et al. Seminario de Investigación sobre Violencia Familiar [Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Familia]. Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana; 2009.

22. Lorence B. Procesos de socialización parental con adolescentes de familias en situación de riesgo psicosocial. Madrid: Fundación Acción Familiar; 2008.

23. Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos, 10 de diciembre de 1948.

24. Colombia. Presidencia de la República. Constitución Política de Colombia, Gaceta Constitucional, 116 (julio 20 1991).

25. Colombia. Congreso de la República. Ley 1361 de 2009. Por medio de la cual se crea la ley integral de protección a la familia en Colombia. Diario Oficial, 47.552 (diciembre 3 2009).

26. Colombia. Alcaldía de Manizales. Acuerdo 0784 de 2012, junio 5. Por medio del cual se adopta el Plan de Desarrollo Manizales 2012-2015 "Gobierno en la Calle". Manizales: La Alcaldía; 2012.

27. Nieves M, Maldonado C. ¿Qué muestra la evolución de los hogares sobre la evolución de las familias en América Latina? En: Rico MN, Maldonado C, editores. Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas. Santiago de Chile: UNFPA División de Desarrollo Social; 2011. p. 25-41.
28. Serrano, S. Psicología y familia. Madrid: Cáritas Española, Editores; 2002.
29. Estévez E, Jiménez T, Musitu G. Relaciones entre padres e hijos adolescentes. Valencia: Nau Llibres (Edicions Culturals Valencianes, S.A.); 2007.
30. Slideshare. Adolescencia y Juventud. [Internet]. [Consultado 2013 mar 15]. Disponible en: [http://es.slideshare.net/Felipefer\\_1/adolescencia-480945](http://es.slideshare.net/Felipefer_1/adolescencia-480945).
31. Organización Mundial de la Salud. Salud de los adolescentes. Temas de Salud. [Internet]. [Consultado 2013 ene 24]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/es/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/)
32. Colombia, Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción y Prevención. Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Desarrollo del Joven de 10 a 29 años. Colombia: Ministerio de Salud; 2000.
33. Organización Mundial de la Salud. Informe de un grupo de estudio OMS/FNUAP/UNICEF sobre Programación para la Salud de los Adolescentes. Serie de informes técnicos 886. Ginebra: OMS; 1999.
34. OMS. Definiciones de Academia Americana de Pediatría, Sociedad de Salud de adolescentes y Organización Mundial de la Salud. En: Ministerio de Salud. Norma Técnica para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años. Colombia: Ministerio de Salud; 2000.

35. Martínez JL, Fuertes A, Ramos M, Hernández A. Consumo de drogas en la adolescencia: importancia del afecto y la supervisión parental. *Psicothema*. 2003; 15(2):161-166.
36. WHO. Los adolescentes. [Internet]. [Consultado 2013 mar 14]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_854\\_\(chp6\)\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854_(chp6)_spa.pdf)
37. Instituto Deusto de Drogodependencias. Universidad de Deusto. Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV. [Internet]. [Consultado 2013 abr 1]. Disponible en: [http://www.izenpe.com/s15-4812/es/contenidos/informacion/publicaciones\\_ovd\\_inf\\_txostena/es\\_9033/adjuntos/informe\\_txostena14.pdf](http://www.izenpe.com/s15-4812/es/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_inf_txostena/es_9033/adjuntos/informe_txostena14.pdf)
38. Mori E. Estudio Comparativo de factores de consumo y no consumo. [Internet]. [Consultado 2013 mar 7]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos14/alcotabaq/alcotabaq.shtml>
39. Ramírez M, De Andrade D. La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005; 13(número especial):813-8.
40. Whiting JWM. Socialización. Aspectos antropológicos. En: Sillis DL, director. *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*. Vol. 10. Madrid: Aguilar; 1970. p. 16-21.
41. Arnett JJ. Broad and narrow socialization: The family in the context of a cultural theory. *Journal of Marriage and the Family*. 1995; 57:617-628.
42. Musitu G, Allatt P. *Psicología de la familia*. Valencia: Albatros; 1994.



43. Musitu G. Las redes de apoyo social en la persona mayor. En: Medina ME, Ruiz MJ, editores. Políticas sociales para las personas mayores en el próximo siglo. Murcia: Caja de Ahorros del Mediterráneo - Universidad de Murcia; 2000. p. 61-86.
44. Scarr S. Biological and cultural diversity: The legacy of Darwin for development. *Child Development*. 1993; 64:1333-1353
45. Musitu G, García F. ESPA29. Escala de estilos de socialización parental en la adolescencia. Madrid: TEA Ediciones, S.A.; 2001.
46. Martínez I. Estudio transcultural de los estilos de socialización parental. España: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha; 2005.
47. Gracia E, García F, Lila M. Socialización familiar y ajuste psicosocial: un análisis transversal desde tres disciplinas de la psicología. Valencia: Universidad de Valencia; 2006.
48. Oliva A, Parra Á, Sánchez I, López F. Estilos educativos materno y paterno: Evaluación y relación con el ajuste adolescente. *Anales de Psicología*. 2007; 23(1):49-56
49. García F, Gracia E. ¿Qué estilo de socialización parental es el idóneo en España?: Un estudio con niños y adolescentes de 10 a 14 años. *Infancia y Aprendizaje*. 2010; 33(3):365-384
50. Lorenzo P, Ladero JM, Leza JC, Lizasoain I. Drogodependencias. farmacología, patología, psicología, legislación. 3. ed. Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana; 2009.
51. Pastor F, Guardia J. Monografía sobre el alcohol. Barcelona: Socidroalcohol; 2012.

52. Graña JL. Conductas Adictivas. Volumen I. Teoría, evaluación y tratamiento. Madrid: Debate; 1994.
53. Lorenzo P, Ladero JM, Leza JC, Lizasoain I. Drogodependencias. Farmacología, patología, psicología, legislación. 2. ed. Madrid: Médica Panamericana; 2003.
54. Pérez A. El libro de las drogas: Manual para la familia. Bogotá: Editorial Carrera 7ª; 2000.
55. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 120 de 2010, enero 21, por el cual se adoptan medidas en relación con el consumo de alcohol. Bogotá: El Ministerio; 2010.
56. OPS. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. Ginebra; 1992.
57. Pastor FP, Vicéns S. Aspectos históricos, sociales y económicos del tabaco. En: Elisardo B. Monografía tabaco. Adicciones. Vol. 16, suplemento 2. España; 2004. p. 14-24.
58. Jiménez L, et al. La nicotina como droga. En: Elisardo B. Monografía tabaco. Adicciones. Vol. 16, suplemento 2. España; 2004. p. 144-153.
59. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. NIDA. Serie de reportes de investigación: Adicción al tabaco. Estados Unidos: NIH Publicación; 2011.
60. Montes A, Pérez M, Gestal JJ. Impacto del tabaquismo sobre la mortalidad en España. En: Elisardo B. Monografía tabaco. Adicciones. Vol. 16, suplemento 2. España: DGPND; 2004. p. 76-82.

61. Secretaría de Salud. Factores socioculturales en la prevalencia del uso y/o abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes de enseñanza media del municipio de Manizales. Fundación Universitaria Luis Amigó - Alcaldía de Manizales; 2007.

62. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. NIDA. Serie de reportes de investigación: Abuso de inhalantes. Estados Unidos: NIH Publicación; 2011.

63. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. NIDA. Serie de reportes de investigación: Adicción al tabaco. Estados Unidos: NIH Publicación; 2011.

64. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. NIDA. Serie de reportes de investigación: Cocaína: Abuso y la adicción. Estados Unidos: NIH Publicación; 2010.

65. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. NIDA. Serie de reportes de investigación: La heroína: Abuso y adicción. Estados Unidos: NIH Publicación; 2005.

66. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. NIDA. Serie de reportes de investigación: Abuso de la MDMA (Éxtasis): Abuso y la adicción. Estados Unidos: NIH Publicación; 2006.

67. Cote M, Rangel CX, Sánchez MY, Medina A. Bebidas energizantes: ¿hidratantes o estimulantes? Rev fac med. 2011; 59(3):255-256.

68. Becoña E, Cortés M. Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. España: Socidrogalcohol; 2011.

69. Hernández M, Garrido F, López S. Diseño de estudios epidemiológicos. *Salud pública de México*. 2000; 42(2):144-154.
70. Comunidad Andina - Secretaría General. Comisión Europea. Proyecto Pradican Sistematización del taller sistemas de clasificación internacional y diagnósticos estadísticos. Quito, Ecuador. 28 de mayo. 2012.
71. Campo A, Barros JA, Rupeda GE. Propiedades psicométricas del cuestionario CAGE para consumo abusivo de alcohol: resultados de tres análisis. *Rev. Colomb. Psiquiat*. 2009; 38(2):293-303.
72. Organización de los Estados Americanos. Glosario de términos sistema Andino de información de drogas.
73. Gracia E, Fuentes MC, García F. Barrios de riesgo, estilos de socialización parental y problemas de conducta en adolescentes. España: Universidad de Valencia; 2010.
74. Pita S, Pértega S. Asociación de variables cualitativas: test de Chi-cuadrado. *Metodología de la Investigación*; 1-5. 2004.
75. Pita S, Vila A, Carpenente M. Determinación de factores de riesgo. *Cad Aten Primaria*. 1997; 4:75-78.
76. Martínez I, Fuentes MC, García F, Madrid I. El estilo de socialización familiar como factor de prevención o riesgo para el consumo de sustancias y otros problemas de conducta en los adolescentes españoles. *Adicciones*. 2013; 25(3):235-242.
77. Aldana MF, Cardona PA, Castañeda DM, Castrillón C, Chávez JL, Castrillón CA, et al. Factores socioculturales en la prevalencia del uso y/o abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes de enseñanza media del

municipio de Manizales [Trabajo de grado Especialista en Farmacodependencia]. Manizales: Fundación Universitaria Luis Amigó; 2008.

78. Ministerio de Educación Nacional de Colombia. Estadísticas sectoriales de educación básica y media [Internet]. [Consultado 2014 octubre 10]. Disponible en: <http://bi.mineducacion.gov.co:8380/eportal/web/planeacion-basica/>

79. Secretaría de Salud Pública de Manizales. Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud. Manizales. 2013.

80. Fundación de ayuda contra la drogadicción. Prevención del consumo de SPA [Internet]. [Consultado 2008 marzo 3]. Disponible en: [www.canales.risolidaria.org.es](http://www.canales.risolidaria.org.es)

81. Profamilia. Encuesta nacional de demografía y salud. ENDS: 2010. Colombia: Printex Impresores Ltda; 2011.

82. Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Indicadores Demográficos. Disponible en: <https://observatoriodefamilia.dnp.gov.co/Indicadores/Demogr%C3%A1ficos.aspx>

83. Ramírez C. La familia colombiana: ¿crisis o renovación? Observatorio de coyuntura socioeconómica. Centro de investigaciones para el desarrollo. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia. UNICEF – Colombia. p. 1-15. Disponible en: <http://www.cid.unal.edu.co/observatorio/pdfs/boletin10.pdf>

84. Colombia. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana Profamilia. Salud sexual y reproductiva. Resultados Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005.

85. Pérez PM. La socialización parental en padres españoles con hijos de 6 a 14 años *Psicothema*. 2012; 24(3):371-376.
86. Magalhães MO, Alvarenga P, Pereira MA. Relação entre estilos parentais, instabilidade de metas e indecisão vocacional em adolescentes. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*. 2012; 13(1):15-25.
87. Becoña E. Estilos parentales y consumo de drogas. Universidad de Santiago de Compostela. Facultad de Psicología. España. p. 1-31.
88. Gracia E, Murillo ML, García F. Estilos educativos parentales y ajuste psicológico de los hijos: cuestionando la preeminencia del estilo autorizativo. *Publicaciones de la Universidad de Oviedo*. 2008; 1:1358-1365.
89. Oliva A, Parra A, Arranz E. Estilos relacionales parentales y ajuste adolescente. *Infancia y Aprendizaje*. 2008; 31(1):93-106.
90. Pérez A, Uribe JI, Vianchá MA, Bahamón MJ, Verdugo JC, Ochoa S. Estilos parentales como predictores de ideación suicida en estudiantes adolescentes. *Psicología desde el Caribe*. 2013; 30(3).
91. González R, Bakker L, Rubiales J. Estilos parentales en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2014; 12(1):141-158. Argentina.
92. Agudelo SL, Gómez LD. Asociación entre estilos parentales y dependencia emocional en una muestra de adolescentes bogotanos. Instituto de Postgrados, Universidad de la Sabana. Septiembre de 2010.
93. Secretaría de Salud y Seguridad Social. Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enseñanza media. Manizales: Alcaldía de Manizales; 2001.

94. Ministerio de Salud y Protección Social. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. 3. ed. Bogotá: Legis S.A.; 2010.
95. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 120 de 2010. Por el cual se adoptan medidas en relación con el consumo de alcohol.
96. Becoña E. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Ministerio del Interior; 2002.
97. Organización de los Estados Americanos. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Observatorio Interamericano de Drogas. Washington, D.C. Informe del Uso de Drogas en Las Américas. 2011.
98. Pedrero EJ. Neurociencia y adicción. España: Sociedad Española de Toxicomanías; 2011.
99. Proyecto ITC (Agosto 2014). Informe National ITC Uruguay. Resultados de los Relevamientos 1 a 4 de la Encuesta (2006-12). Universidad de Waterloo, Waterloo, Ontario, Canadá; Centro de Investigación para la Epidemia del Tabaquismo y Universidad de la República, Uruguay.
100. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. NIDA. Drugfacts. Tendencias de los estudiantes de la secundaria y otros jóvenes. Estados Unidos: NIH Publicación; 2013.
101. Santana F, Mota T. Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. Maringá: Psicologia em Estudo. 2009; 14(1):177-183.
102. Palacios JR, Andrade P. Influencia de las prácticas parentales en las conductas problema en adolescentes. Investigación Multidisciplinaria. 2008; 3:1-12.

103. Ministerio de Salud del Perú. Asociación entre algunos estilos de crianza y consumo perjudicial/ dependencia de alcohol, en la población adulta de Lima metropolitana y Callao 2002. Informe final de investigación. Lima; 2013.



# ANEXOS

## Anexo 1

### Instrumento

Alcaldía de Manizales  
Secretaría de Salud Pública  
Universidad Autónoma de Manizales

La Secretaría de Salud Pública y la Universidad Autónoma de Manizales, están realizando un estudio para conocer las características y las opiniones de la población escolar sobre distintos aspectos relacionados con el consumo de drogas y el ámbito familiar.

Tus respuestas son absolutamente **ANÓNIMAS Y CONFIDENCIALES**. La información que nos brindes será utilizada solo con fines estadísticos. Por lo tanto, te pedimos no escribir tu nombre en ninguna parte de la encuesta. Así mismo, te solicitamos responder todas las preguntas con la mayor sinceridad. Si no entiendes alguna de las preguntas, puedes levantar la mano y preguntar.

**Muchas gracias por tu colaboración**

**FECHA:** DÍA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

1. Barrio / vereda donde vives: \_\_\_\_\_

2. Nombre del Colegio: \_\_\_\_\_

3. En qué grado estás? \_\_\_\_\_

4. Edad (años cumplidos): \_\_\_\_\_

5. Sexo: Hombre \_\_\_ Mujer \_\_\_

6. ¿Con quiénes compartes la casa **donde vives**? **Puedes marcar todas las que apliquen.** Padre: \_ Madre: \_ Padrastro: \_ Madrastra: \_ Hermano/s: \_ Hermanastros/s: \_ Novio/a: \_ Amigo/s: \_ Abuelo/s: \_ Primo/s: \_ tío/s: \_ Cuñado/s: \_ Vivo solo: \_  
Otras personas, quienes: \_\_\_\_\_

7. ¿Cómo describirías el hábito que tienen tu madre y tu padre respecto al consumo de licor (cerveza, aguardiente, ron, whisky, vino u otros licores)? **Marca solo una opción por la Madre y solo una opción por el Padre:**

	<b>Madre</b>	<b>Padre</b>
Nunca toma licor:	_____	_____
Sólo en ocasiones especiales:	_____	_____
Sólo en fines de semana:	_____	_____
Toma licor diariamente:	_____	_____
No vives con madre o padre:	_____	_____

8. ¿Consideras que hay drogas dentro de tu colegio, es decir, algunos estudiantes traen, prueban o se pasan droga entre ellos? Si: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_

9. ¿Consideras que hay drogas en los alrededores de tu colegio, es decir, algunos estudiantes u otras personas prueban, compran o se pasan droga entre ellos? Si: \_ No: \_

10. ¿Has visto alguna vez a un estudiante usando drogas en el colegio o en los alrededores del colegio? Si: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_

11. ¿Alguna vez has sentido curiosidad por probar algún tipo de drogas? Si: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_

12. ¿Qué tanto crees que se relaciona el consumo de licor con las siguientes situaciones?

	<b>Mucho</b>	<b>Algo</b>	<b>Poco</b>	<b>Nada</b>
a. Accidentes de tránsito	_____	_____	_____	_____
b. Violencia	_____	_____	_____	_____
c. Problemas familiares	_____	_____	_____	_____
d. Problemas de salud	_____	_____	_____	_____
e. Dificultades escolares	_____	_____	_____	_____

13. ¿Qué tanto crees que se relaciona el consumo de marihuana con las siguientes situaciones?

	<b>Mucho</b>	<b>Algo</b>	<b>Poco</b>	<b>Nada</b>
a. Accidentes de tránsito	_____	_____	_____	_____
b. Violencia	_____	_____	_____	_____
c. Problemas familiares	_____	_____	_____	_____
d. Problemas de salud	_____	_____	_____	_____
e. Dificultades escolares	_____	_____	_____	_____

14. ¿Qué tanto crees que se relaciona el consumo de poppers o leidy/dick con las siguientes situaciones?

	<b>Mucho</b>	<b>Algo</b>	<b>Poco</b>	<b>Nada</b>
a. Accidentes de tránsito	_____	_____	_____	_____
b. Violencia	_____	_____	_____	_____
c. Problemas familiares	_____	_____	_____	_____
d. Problemas de salud	_____	_____	_____	_____
e. Dificultades escolares	_____	_____	_____	_____

15. ¿Te has emborrachado alguna vez **en tu vida**? Si: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_

16. ¿Te has emborrachado en el **último mes**? Si: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_

17. ¿Has consumido alguna de estas sustancias alguna vez en tu vida?, si tu respuesta es afirmativa, ¿qué edad tenías cuando la probaste por primera vez? **Marca una respuesta en cada fila.**

	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Edad</b>
a. Bebidas Energizantes (RedBull, Vive 100, Peak, Monster, etc)	___	___	___
b. Cigarrillo	___	___	___
c. Licor (cerveza, vino, ron, aguardiente, whisky, cocteles. chicha, etc)	___	___	___
d. Chamber (Chamberlain, frutiñazo, yogurazo, chirrincho, etc)	___	___	___
e. Marihuana (cannabis, porro, etc)	___	___	___
f. Cripa (cripi, etc)	___	___	___

g. Cocaína (perico, perica, fua, etc)	—	—	—
h. Basuco (bazuca, pasta base, etc)	—	—	—
i. Éxtasis (X, MDMA, etc)	—	—	—
j. Metanfetamina (speed, glass, ice, etc)	—	—	—
k. Anfetaminas (Dexedrina, Sibutramina, Xenical, bennies, etc)	—	—	—
l. Tranquilizantes (Rivotril, Roche, Rohypnol, Xanax, Valium, etc)	—	—	—
m. Popper	—	—	—
n. Dick (Leidys, Fragancia, etc)	—	—	—
o. Pegantes y/o solventes (goma, sacol, boxer, solución, thinner, etc)	—	—	—
p. Heroína (H)	—	—	—
q. Ácidos (LSD, parche)	—	—	—
r. Petilmalato	—	—	—
s. Hongos	—	—	—
t. Yagé	—	—	—
u. Cacao Sabanero	—	—	—
v. Ketamina (K, keta, special k, etc)	—	—	—
w. Otra: Cual: _____	—	—	—

18. ¿Cuándo fue la **última vez** que consumiste alguna de las siguientes sustancias?

	Nunca he Probado	En los últimos 30 días	Entre 1 y 12 meses	Hace más de 12 meses
a. Bebidas Energizantes (RedBull, Vive 100, etc)	—	—	—	—
b. Cigarrillo	—	—	—	—
c. Licor (cerveza, vino, ron, aguardiente, etc)	—	—	—	—
d. Chamber (Chamberlain, frutiñazo, yogurazo, etc)	—	—	—	—
e. Marihuana (cannabis, porro, etc)	—	—	—	—
f. Cripa (cripi, etc)	—	—	—	—
g. Cocaína (perico, perica, fua, etc)	—	—	—	—
h. Basuco (bazuca, pasta base, etc)	—	—	—	—
i. Éxtasis (X, MDMA, etc)	—	—	—	—
j. Metanfetamina (speed, glass, ice, etc)	—	—	—	—
k. Anfetaminas (Dexedrina, Sibutramina, etc)	—	—	—	—
l. Tranquilizantes (Rivotril, Roche, Rohypnol, etc)	—	—	—	—
m. Popper	—	—	—	—
n. Dick (Leidys, Fragancia, etc)	—	—	—	—
o. Pegantes y/o solventes (goma, sacol, boxer, etc)	—	—	—	—
p. Heroína (H)	—	—	—	—
q. Ácidos (LSD, parche)	—	—	—	—
r. Petilmalato	—	—	—	—
s. Hongos	—	—	—	—
t. Yagé	—	—	—	—
u. Cacao Sabanero	—	—	—	—
v. Ketamina (K, keta, special k, etc)	—	—	—	—
w. Otra: Cual: _____	—	—	—	—

19. Responde las siguientes preguntas con Sí o No. **Si no has consumido nunca licor pasa a la pregunta 20**

- a. ¿Has sentido alguna vez la necesidad de disminuir la cantidad de licor que tomas?  
Si: \_\_\_ No: \_\_\_
- b. ¿Te has sentido molesto porque te critican tu manera de beber? Si: \_\_\_ No: \_\_\_
- c. ¿Te has sentido alguna vez mal o culpable por tu manera de beber? Si: \_\_\_ No: \_\_\_
- d. ¿Has tomado alguna vez un trago a primera hora en la mañana para calmar los nervios o quitar el "guayabo"? Si: \_\_\_ No: \_\_\_

20. ¿Si has tomado alguno de los medicamentos catalogados como tranquilizantes y/o anfetaminas, quién te los recetó? **Si nunca los has tomado, pasa a la pregunta 21.**  
 Recetados por un médico: \_\_\_\_ Los tome por mi cuenta: \_\_\_\_

21. ¿Cuál(es) de estos motivos pueden ser más importantes para que una persona consuma licor? **Marca solo las 3 más importantes.**

- a. Para celebrar con familiares y amigos: \_\_\_\_
- b. Para olvidar problemas: \_\_\_\_
- c. Por aburrimiento, no tener nada que hacer: \_\_\_\_
- d. Para pasarlo bien con los amigos: \_\_\_\_
- e. Por gusto y agrado de las sensaciones que producen: \_\_\_\_
- f. Por rabia y frustración: \_\_\_\_
- g. Para entrar a un grupo: \_\_\_\_
- h. Abordar a alguien que me gusta: \_\_\_\_
- i. Abandono de alguien que quería: \_\_\_\_
- j. Por mejorar el desempeño: \_\_\_\_

22. ¿Cuál(es) de estos motivos pueden ser más importantes para que una persona consuma marihuana? **Marca solo los 3 más importantes**

- a. Para celebrar con familiares y amigos: \_\_\_\_
- b. Para olvidar problemas: \_\_\_\_
- c. Por aburrimiento, no tener nada que hacer: \_\_\_\_
- d. Para pasarlo bien con los amigos: \_\_\_\_
- e. Por gusto y agrado de las sensaciones que producen: \_\_\_\_
- f. Por rabia y frustración: \_\_\_\_
- g. Para entrar a un grupo: \_\_\_\_
- h. Abordar a alguien que me gusta: \_\_\_\_
- i. Abandono de alguien que quería: \_\_\_\_
- j. Por mejorar el desempeño: \_\_\_\_

23. Durante **los últimos 12 meses**, ¿con qué frecuencia has experimentado o vivido lo siguiente?

	Nunca	Rara Vez	A veces	Muchas Veces	Muy Frecuente
a. Haber fumado marihuana en la mañana.	__	__	__	__	__
b. Haber fumado marihuana solo(a).	__	__	__	__	__
c. Haber tenido problemas de memoria al fumar marihuana.	__	__	__	__	__
d. Que alguien te haya dicho que deberías reducir el consumo de marihuana.	__	__	__	__	__
e. Haber intentado reducir o dejar de consumir marihuana sin conseguirlo.	__	__	__	__	__
f. Haber tenido problemas (con la policía, escolares, peleas, etc) por el consumo de marihuana.	__	__	__	__	__

24. ¿Alguna de las personas con las que convives o compartes tu casa usa alguna de estas sustancias? **Marca una respuesta en cada fila.**

	Si	No
a. Bebidas Energizantes (RedBull, Vive 100, Peak, Monster etc)	__	__
b. Cigarrillo	__	__
c. Licor (cerveza, vino, ron, aguardiente, whisky, cocteles. chicha, etc)	__	__

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| d. Chamber (Chamberlain, frutiñazo, yogurazo, chirrincho, etc)         | ___ | ___ |
| e. Marihuana (cannabis, porro, etc)                                    | ___ | ___ |
| f. Cripa (cripi, etc)  | ___ | ___ |
| g. Cocaína (perico, perica, fua, etc)                                  | ___ | ___ |
| h. Basuco (bazuca, pasta base, etc)                                    | ___ | ___ |
| i. Éxtasis (X, MDMA, etc)  | ___ | ___ |
| j. Metanfetamina (speed, glass, ice, etc)                              | ___ | ___ |
| k. Anfetaminas (Dexedrina, Sibutramina, Xenical, bennies, etc)         | ___ | ___ |
| l. Tranquilizantes (Rivotril, Roche, Rohypnol, Xanax, Valium, etc)     | ___ | ___ |
| m. Popper  | ___ | ___ |
| n. Dick (Leidys, Fragancia, etc)                                       | ___ | ___ |
| o. Pegantes y/o solventes (goma, sacol, boxer, solución, thinner, etc) | ___ | ___ |
| p. Heroína (H)   | ___ | ___ |
| q. Ácidos (LSD, parche)  | ___ | ___ |
| r. Petilmalato   | ___ | ___ |
| s. Hongos  | ___ | ___ |
| t. Yagé  | ___ | ___ |
| u. Cacao Sabanero  | ___ | ___ |
| v. Ketamina (K, keta, special k, etc)                                  | ___ | ___ |
| w. Otra: Cual: _____   | ___ | ___ |

25. ¿Alguna vez has recibido tratamiento por el consumo de licor o drogas? No: \_\_\_ Si, por licor: \_\_\_ Si, por drogas: \_\_\_ Si, por licor y drogas: \_\_\_ No he consumido licor ni drogas: \_\_\_

26. Durante los últimos 12 meses, ¿has sentido la necesidad de recibir ayuda para disminuir o dejar de consumir licor o drogas? No: \_\_\_ Si, por licor: \_\_\_ Si, por drogas: \_\_\_ Si, por licor y drogas: \_\_\_ No he consumido licor ni drogas: \_\_\_

27. Si te han ofrecido marihuana, ¿Dónde te la ofrecieron **la última vez**?

- a. Nunca me han ofrecido: \_\_\_
- b. En tu casa: \_\_\_
- c. En tu colegio: \_\_\_
- d. En los alrededores de tu colegio: \_\_\_
- e. En una fiesta, discoteca, concierto: \_\_\_
- f. En los alrededores de tu casa: \_\_\_
- g. Por Internet, mail o chateando: \_\_\_

28. Si te han ofrecido poppers, leidys/dick, ¿Dónde te la ofrecieron **la última vez**?

- a. Nunca me han ofrecido: \_\_\_
- b. En tu casa: \_\_\_
- c. En tu colegio: \_\_\_
- d. En los alrededores de tu colegio: \_\_\_
- e. En una fiesta, discoteca, concierto: \_\_\_
- f. En los alrededores de tu casa: \_\_\_
- g. Por Internet, mail o chateando: \_\_\_

29. Si te han ofrecido alguna otra droga (como basuco, cocaína, éxtasis, etc.), ¿Dónde te la ofrecieron **la última vez**?

- a. Nunca me han ofrecido: \_\_\_
- b. En tu casa: \_\_\_
- c. En tu colegio: \_\_\_
- d. En los alrededores de tu colegio: \_\_\_

- e. En una fiesta, discoteca, concierto: \_\_\_
- f. En los alrededores de tu casa: \_\_\_
- g. Por Internet, mail o chateando: \_\_\_

## Anexo 2

### Escala de estilos de socialización parental en la adolescencia. ESPA29.

A continuación encontrarás una serie de situaciones que pueden tener lugar en tu familia. Estas situaciones se refieren a las formas en que tus padres responden cuando tú haces algo. Lee atentamente las preguntas y contesta a cada una de ellas con la mayor sinceridad posible.

**Las puntuaciones que vas a utilizar van de 1 hasta 4. (1 es igual a nunca; 2 es igual a algunas veces; 3 es igual a muchas veces; 4 es igual a siempre).**

Utiliza aquella puntuación que tú creas que responde mejor a la situación que tú vives en tu casa.

#### EJEMPLO:

1.	Si recojo la mesa:	Me muestra cariño 3	Se muestra indiferente 2
----	--------------------	------------------------	-----------------------------

*Has contestado 3 en el apartado "Me muestra cariño", que quiere decir que tu padre o tu madre te muestra cariño MUCHAS VECES cuando tú recoges la mesa.*

*Has contestado 2 en el apartado "Se muestra indiferente", que quiere decir que tu padre o tu madre ALGUNAS VECES se muestra indiferente cuando tú recoges la mesa.*

Para cada una de las situaciones que te planteamos valora la reacción de tu PADRE y luego la de tu MADRE en estos aspectos:

**ME MUESTRA CARIÑO:** Quiere decir que te felicita, te dice que lo has hecho muy bien, que está muy orgulloso de ti, te da un beso, un abrazo, o cualquier otra muestra de cariño.

**SE MUESTRA INDIFERENTE:** Quiere decir, que aunque hagas las cosas bien, no se preocupa mucho de ti ni de lo que haces.

**HABLA CONMIGO:** Cuando haces algo que no está bien, te hace pensar en tu comportamiento y te razona por qué no debes volver a hacerlo.

**LE DA IGUAL:** Significa, que sabe lo que has hecho, y aunque considere que no es adecuado no te dice nada. Supone que es normal que actúes así.

**ME RIÑE:** Quiere decir, que te riñe por las cosas que están mal.

**ME PEGA:** Quiere decir, que te golpea, o te pega con la mano o con cualquier objeto.

**ME PRIVA DE ALGO:** Es cuando te quita algo que normalmente te concede, como puede ser retirarte la paga del fin de semana, o darte menos de lo normal como castigo; dejarte sin ver la televisión durante un tiempo; impedirte salir de la casa; encerrarte en tu habitación, o cosas parecidas.

## MI PADRE:

1.	Si obedezco las cosas que me manda	Me muestra cariño	Se muestra indiferente			
2.	Si no estudio o no quiero hacer los deberes que me mandan en el Colegio/Instituto.	Le da igual	Me riñe	Me pega	Me priva de algo	Habla conmigo
3.	Si viene alguien a visitarnos a casa y me porto con cortesía	Se muestra indiferente	Me muestra cariño			
4.	Si rompo o estropeo alguna cosa de mi casa	Me riñe	Me pega	Me priva de algo	Habla conmigo	Le da igual
5.	Si traigo a casa el boletín de notas a final de curso con buenas calificaciones	Me muestra cariño	Se muestra indiferente			
6.	Si voy sucio y desastrado	Me pega	Me priva de algo	Habla conmigo	Le da igual	Me riñe
7.	Si me porto adecuadamente en casa y no interrumpo sus actividades	Se muestra indiferente	Me muestra cariño			
8.	Si se entera de que he roto o estropeado alguna cosa de otra persona, o en la calle	Me priva de algo	Habla conmigo	Le da igual	Me riñe	Me pega
9.	Si traigo a casa el boletín de notas al final de curso con algún suspenso	Habla conmigo	Le da igual	Me riñe	Me pega	Me priva de algo
10.	Si al llegar la noche, vuelvo a casa a la hora acordada, sin retraso	Me muestra cariño	Se muestra indiferente			
11.	Si me marcho de casa para ir a algún sitio, sin pedirle permiso a nadie	Me priva de algo	Habla conmigo	Le da igual	Me riñe	Me pega
12.	Si me quedo levantado hasta muy tarde, por ejemplo viendo la televisión	Me pega	Me priva de algo	Habla conmigo	Le da igual	Me riñe
13.	Si le informa alguno de mis profesores de que me porto mal en la clase	Me riñe	Me pega	Me priva de algo	Habla conmigo	Le da igual
14.	Si cuido mis cosas y voy limpio/a y aseado	Se muestra indiferente	Me muestra cariño			
15.	Si digo una mentira y me descubren	Le da igual	Me riñe	Me pega	Me priva de algo	Habla conmigo
16.	Si respeto los horarios establecidos en mi casa	Me muestra cariño	Se muestra indiferente			
17.	Si me quedo por ahí con mis amigos o amigas y llego tarde a casa por la noche	Habla conmigo	Le da igual	Me riñe	Me pega	Me priva de algo
18.	Si ordeno y cuido las cosas en mi casa	Se muestra indiferente	Me muestra cariño			
19.	Si me peleo con algún amigo o alguno de mis vecinos	Me priva de algo	Habla conmigo	Le da igual	Me riñe	Me pega
20.	Si me pongo furioso y pierdo el control por algo que me ha salido mal o por alguna cosa que no me ha concedido	Me pega	Me priva de algo	Habla conmigo	Le da igual	Me riñe
21.	Cuando no como las cosas que me ponen en la mesa	Me riñe	Me pega	Me priva de algo	Habla conmigo	Le da igual
22.	Si mis amigos o cualquier persona le comunican que soy buen compañero/a	Me muestra cariño	Se muestra indiferente			
23.	Si habla con alguno de mis profesores y recibe algún informe del colegio/instituto diciendo que me porto bien	Se muestra indiferente	Me muestra cariño			
24.	Si estudio lo necesario y hago los deberes y trabajos que me mandan en clase	Me muestra cariño	Se muestra indiferente			
25.	Si molesto en casa o no dejo que mis padres vean las noticias o el partido de fútbol	Le da igual	Me riñe	Me pega	Me priva de algo	Habla conmigo
26.	Si soy desobediente	Habla conmigo	Le da igual	Me riñe	Me pega	Me priva de algo



27.	Si como todo lo que me ponen en la mesa	Se muestra indiferente	Me muestra cariño			
28.	Si no faltó nunca a clase y llego todos los días puntual	Me muestra cariño	Se muestra indiferente			
29.	Si alguien viene a casa a visitarnos y hago ruido o molesto	Me priva de algo	Habla conmigo	Le da igual	Me riñe	Me pega

### MI MADRE:

1.	Si obedezco las cosas que me manda	Me muestra cariño	Se muestra indiferente			
2.	Si no estudio o no quiero hacer los deberes que me mandan en el Colegio/Instituto.	Le da igual	Me riñe	Me pega	Me priva de algo	Habla conmigo
3.	Si viene alguien a visitarnos a casa y me porto con cortesía	Se muestra indiferente	Me muestra cariño			
4.	Si rompo o estropeo alguna cosa de mi casa	Me riñe	Me pega	Me priva de algo	Habla conmigo	Le da igual
5.	Si traigo a casa el boletín de notas a final de curso con buenas calificaciones	Me muestra cariño	Se muestra indiferente			
6.	Si voy sucio y desastrado	Me pega	Me priva de algo	Habla conmigo	Le da igual	Me riñe
7.	Si me porto adecuadamente en casa y no interrumpo sus actividades	Se muestra indiferente	Me muestra cariño			
8.	Si se entera de que he roto o estropeado alguna cosa de otra persona, o en la calle	Me priva de algo	Habla conmigo	Le da igual	Me riñe	Me pega
9.	Si traigo a casa el boletín de notas al final de curso con algún suspenso	Habla conmigo	Le da igual	Me riñe	Me pega	Me priva de algo
10.	Si al llegar la noche, vuelvo a casa a la hora acordada, sin retraso	Me muestra cariño	Se muestra indiferente			
11.	Si me marcho de casa para ir a algún sitio, sin pedirle permiso a nadie	Me priva de algo	Habla conmigo	Le da igual	Me riñe	Me pega
12.	Si me quedo levantado hasta muy tarde, por ejemplo viendo la televisión	Me pega	Me priva de algo	Habla conmigo	Le da igual	Me riñe
13.	Si le informa alguno de mis profesores de que me porto mal en la clase	Me riñe	Me pega	Me priva de algo	Habla conmigo	Le da igual
14.	Si cuido mis cosas y voy limpio/a y aseado	Se muestra indiferente	Me muestra cariño			
15.	Si digo una mentira y me descubren	Le da igual	Me riñe	Me pega	Me priva de algo	Habla conmigo
16.	Si respeto los horarios establecidos en mi casa	Me muestra cariño	Se muestra indiferente			
17.	Si me quedo por ahí con mis amigos o amigas y llego tarde a casa por la noche	Habla conmigo	Le da igual	Me riñe	Me pega	Me priva de algo
18.	Si ordeno y cuido las cosas en mi casa	Se muestra indiferente	Me muestra cariño			
19.	Si me peleo con algún amigo o alguno de mis vecinos	Me priva de algo	Habla conmigo	Le da igual	Me riñe	Me pega
20.	Si me pongo furioso y pierdo el control por algo que me ha salido mal o por alguna cosa que no me ha concedido	Me pega	Me priva de algo	Habla conmigo	Le da igual	Me riñe
21.	Cuando no como las cosas que me ponen en la mesa	Me riñe	Me pega	Me priva de algo	Habla conmigo	Le da igual
22.	Si mis amigos o cualquier persona le comunican que soy buen compañero/a	Me muestra cariño	Se muestra indiferente			
23.	Si habla con alguno de mis profesores y recibe algún informe del colegio/instituto diciendo que me porto bien	Se muestra indiferente	Me muestra cariño			

24.	Si estudio lo necesario y hago los deberes y trabajos que me mandan en clase	Me muestra cariño	Se muestra indiferente			
25.	Si molesto en casa o no dejo que mis padres vean las noticias o el partido de fútbol	Le da igual	Me riñe	Me pega	Me priva de algo	Habla conmigo
26.	Si soy desobediente	Habla conmigo	Le da igual	Me riñe	Me pega	Me priva de algo
27.	Si como todo lo que me ponen en la mesa	Se muestra indiferente	Me muestra cariño			
28.	Si no falto nunca a clase y llego todos los días puntual	Me muestra cariño	Se muestra indiferente			
29.	Si alguien viene a casa a visitarnos y hago ruido o molesto	Me priva de algo	Habla conmigo	Le da igual	Me riñe	Me pega

**MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN**

## Anexo 3

### Consentimiento informado de participación voluntaria en el estudio



**ALCALDÍA DE MANIZALES  
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES  
FACULTAD DE SALUD  
GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

#### **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIONES**

**“RELACIÓN ENTRE LOS ESTILOS PARENTALES Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ESTUDIANTES DE 8º, 9º Y 10º RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE MANIZALES EN EL AÑO 2013”**

Manizales, mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Año: 2013

Yo, \_\_\_\_\_ como rector(a) de la Institución educativa \_\_\_\_\_ una vez informado(a) sobre los

propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación con la población estudiantil de nuestra institución y reconociendo según lo expresado por los investigadores que ello no involucra riesgos para la institución educativa o los estudiantes, autorizo a LINA MARÍA CARDONA CASTAÑEDA y JOSÉ ALEJANDRO PRIETO MONTOYA funcionarios de la Secretaría de Salud Pública y estudiantes de la Universidad Autónoma de Manizales, para la realización y coordinación de los siguientes procedimientos, según el instrumento de evaluación a mí explicado:

- \* Verificación de las condiciones con relación a la capacidad de computadores y conectividad en las instituciones.
- \* Verificación de la información obtenida en el SIMAT sobre grupos en 8º, 9º y 10º y número de estudiantes en cada uno de estos grupos.
- \* Realización del cronograma para la recolección de la información.

Adicionalmente se me informó que:

- ✓ Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.

- ✓ No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos beneficien a la población del municipio de Manizales.
- ✓ Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en medio electrónico. El archivo del estudio se guardará en la Secretaría de Salud Pública de Manizales y en la Universidad Autónoma de Manizales bajo la responsabilidad de los investigadores.
- ✓ Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros u otras instituciones educativas. Esto también se aplica a mi cónyuge, a otros miembros de mi familia y a mis profesores.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

HUELLA del  
representante  
legal

\_\_\_\_\_  
Firma

Documento de identidad \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Huella Índice derecho:

*Proyecto aprobado por el Comité de Bioética de la UAM, según consta en el acta N° 032*



**ALCALDÍA DE MANIZALES  
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES  
FACULTAD DE SALUD  
GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN  
EN INVESTIGACIONES**

NOMBRE:

**“RELACIÓN ENTRE LOS ESTILOS PARENTALES Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ESTUDIANTES DE 8º, 9º Y 10º RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE MANIZALES EN EL AÑO 2013”**

OBJETIVOS:

- Establecer la relación entre los estilos parentales y el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de 8º, 9º y 10º residentes en el Municipio de Manizales en el año 2013.
- Caracterizar los estudiantes de 8º, 9º y 10º residentes en el municipio de Manizales en el año 2013, según variables demográficas.
- Describir los estilos parentales presentes en estudiantes de 8º, 9º y 10º residentes en el municipio de Manizales en el año 2013.
- Determinar las frecuencias del consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de 8º, 9º y 10º residentes en el municipio de Manizales en el año 2013.

JUSTIFICACIÓN:

Para Caldas y Manizales, los estudios que datan desde el año 2001 han identificado a esta ciudad como una de las primeras en frecuencias de consumo de SPA. La Encuesta Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Jóvenes de 10 a 24 años, coordinada por una entidad gubernamental llamada RUMBOS del año 2001, ubico a Manizales como la segunda ciudad de mayor consumo de alcohol según prevalencia de vida, la cuarta para mayor consumo de cigarrillo y con respecto al consumo global de marihuana, cocaína, heroína o éxtasis, se encontró que: “Medellín es la ciudad con un consumo de por lo menos una de las sustancias señaladas y Manizales, Pereira y Armenia son las ciudades que le siguen en mayor consumo de una o varias de estas sustancias”.

El Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia del año 2008, realizado por el Ministerio de la Protección Social y la Dirección Nacional de Estupefacientes 31 con datos ya no para Manizales sino por departamento, indica que Caldas es a nivel de país el segundo departamento con mayores prevalencias mensuales para consumo de cigarrillo, quinto para consumo de alcohol por encima de la media nacional y para consumo global de cualquier SPA ilícita.

Y en el último estudio realizado a nivel nacional: Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar - 2011, realizado por el Ministerio de Justicia y del Derecho (Observatorio de Drogas de Colombia), el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social, arrojó que Caldas es segundo a nivel nacional en prevalencia de último mes para consumo de cigarrillo, primero para consumo de alcohol, igualmente ocupó el primer lugar en prevalencia anual para consumo de tranquilizantes sin prescripción médica.

En relación a la familia, Ramírez plantea, que las prácticas de crianza que utilizan los padres se relacionan con los problemas de conducta de los hijos; pautas inadecuadas como: afecto negativo, castigos físicos, control autoritario y énfasis en el logro, son factores por los cuales los hijos tienen mayor probabilidad de presentar problemas de conducta tanto externos como internos (como el consumo de SPA).

#### PROCEDIMIENTOS:

- ✓ Aplicación del instrumento
- ✓ Revisión calidad del dato
- ✓ Revisión criterios de inclusión - exclusión
- ✓ Análisis estadístico e interpretación de la información

#### RIESGOS ESPERADOS:

Esta investigación es considerada sin riesgo, según la Resolución 008430 de 1993; además será sometida a análisis del Comité de Ética de la Universidad Autónoma de Manizales para dar su concepto sobre la investigación.

#### BENEFICIOS:

Productos de nuevo conocimiento: Ahondar en estudios que tengan en cuenta el ámbito familiar y el consumo de SPA, en población adolescente, ésta última debido a que es un período transicional significativo dentro de las etapas del desarrollo humano, favoreciendo con ello generar información que permita fortalecer estrategias para retrasar o disminuir la edad de inicio de uso y abuso de SPA. A su vez es importante recalcar que se llevará a cabo un estudio de índole poblacional, cuyo propósito es obtener resultados con mayor grado de confiabilidad, poder tener representatividad de la población por comunas y zonas geográficas en lo relacionado con estas dos variables, lo cual favorecería el tener diagnósticos más cercanos a las diferentes realidades contextuales de nuestra ciudad y por ende, poder focalizar las intervenciones, información de la cual no se dispone actualmente en la ciudad.

Apropiación social del conocimiento: Se realizará socialización de los resultados de la investigación con la Secretaría de Salud Pública, la Secretaría de Educación Municipal y los rectores de los colegios del municipio de Manizales.

Formación: Se realizará el proceso de formación de dos maestrantes en salud pública, autores del proyecto.



			Extensa Reconstituida Unipersonal	
Estilos Parentales		Nominal	Autoritario Autorizativo Negligente Indulgente	Porcentaje
Hábito de consumo de la madre		Nominal	Nunca toma licor Solo en ocasiones especiales Solo en fines de semana Toma licor diariamente No vive con madre	Porcentaje
Hábito de consumo del padre		Nominal	Nunca toma licor Solo en ocasiones especiales Solo en fines de semana Toma licor diariamente No vive con padre	Porcentaje
Entorno de consumo	Drogas dentro del colegio. Drogas en los alrededores. Usar drogas dentro del colegio. Curiosidad por probar algún tipo de droga.	Nominal	Si No	Porcentaje
Relación del consumo de drogas	Accidente de tránsito. Violencia. Problemas familiares. Problemas de salud. Dificultades escolares.	Nominal	Mucho Algo Poco Nada	Porcentaje
Relación del consumo de marihuana	Accidente de tránsito. Violencia. Problemas familiares. Problemas de salud. Dificultades escolares.	Nominal	Mucho Algo Poco Nada	Porcentaje
Relación del consumo de poppers o	Accidente de tránsito. Violencia. Problemas	Nominal	Mucho Algo Poco Nada	Porcentaje



leidys/dick	familiares. Problemas de salud. Dificultades escolares.			
Alguna vez en la vida se ha emborrachado		Nominal	Si No	Porcentaje
En el último mes se ha emborrachado		Nominal	Si No	Porcentaje
Consumo de sustancias alguna vez en la vida	Bebidas Energizantes Cigarrillo Licor Chamber Marihuana Cripa Cocaína Basuco Éxtasis Metanfetamina Anfetaminas Tranquilizantes Popper Dick Pegantes y/o solventes Heroína Ácidos Hongos Yagé Cacao Sabanero Ketamina Otras	Nominal	Si No	Porcentaje
Edad de inicio de consumo de las sustancias	Bebidas Energizantes Cigarrillo Licor Chamber Marihuana Cripa Cocaína Basuco Éxtasis Metanfetamina Anfetaminas Tranquilizantes Popper Dick	Razón	Edad en años	Promedio Desviación estándar

	Pegantes y/o solventes Heroína Ácidos Hongos Yagé Cacao Sabanero Ketamina Otras			
Última vez que consumió sustancias	Bebidas Energizantes Cigarrillo Licor Chamber Marihuana Cripa Cocaína Basuco Éxtasis Metanfetamina Anfetaminas Tranquilizantes Popper Dick Pegantes y/o solventes Heroína Ácidos Hongos Yagé Cacao Sabanero Ketamina Otras	Nominal	Nunca ha probado En el último mes En el último año Hace más de un año	Porcentaje
Necesidad de disminuir la cantidad de licor		Nominal	Si No	Porcentaje
Riesgo de alcoholismo		Ordinal	No alcoholismo Alto riesgo de alcoholismo Alcoholismo	Porcentaje
Decisión de consumo de medicamentos		Nominal	Recetados por un médico Los tomo por su cuenta	Porcentaje
Motivo del consumo de licor		Nominal	Para celebrar con familiares y amigos. Para olvidar problemas. Por aburrimiento, no tener nada que	Porcentaje

			<p>hacer.          Para pasarlo bien con los amigos.          Por gusto y agrado de las sensaciones que producen.          Por rabia y frustración.          Para entrar a un grupo.          Abordar a alguien que me gusta.          Abandono de alguien que quería.          Por mejorar el desempeño.</p>	
Motivos más importantes para que una persona consuma marihuana		Nominal	<p>Para celebrar con familiares y amigos.          Para olvidar problemas.          Por aburrimiento, no tener nada que hacer.          Para pasarlo bien con los amigos.          Por gusto y agrado de las sensaciones que producen.          Por rabia y frustración.          Para entrar a un grupo.          Abordar a alguien que me gusta.          Abandono de alguien que quería.          Por mejorar el desempeño.</p>	Porcentaje
Riesgo consumo de marihuana		Ordinal	<p>Sin riesgo          Bajo riesgo          Moderado riesgo          Alto riesgo</p>	Porcentaje
Consumo de convivientes	<p>Bebidas          Energizantes          Cigarrillos          Licor          Chamber          Marihuana          Cripa          Cocaína          Basuco</p>	Nominal	<p>Si          No</p>	Porcentaje

	<p>Éxtasis  Metanfetamina  Anfetaminas  Tranquilizantes  Popper  Dick  Pegantes y/o  solventes  Heroína  Ácidos  Hongos  Yagé  Cacao Sabanero  Ketamina  Otras</p>			
Tratamiento por consumo de licor		Nominal	Si No No ha consumido	Porcentaje
Tratamiento por consumo de drogas		Nominal	Si No No ha consumido	Porcentaje
Necesidad de recibir ayuda		Nominal	No Si, por licor Si, por drogas Si, por licor y drogas No he consumido licor ni drogas	Porcentaje
Lugar en el que le ofrecieron por última vez marihuana		Nominal	En su casa. En su colegio. En los alrededores de su colegio. En una fiesta, discoteca, concierto. En los alrededores de su casa. Por Internet, mail o chateando. Nunca me han ofrecido.	Porcentaje
Lugar en el que ofrecieron por última vez inhalantes		Nominal	En su casa. En su colegio. En los alrededores de su colegio. En una fiesta, discoteca, concierto. En los alrededores de su casa.	Porcentaje

			Por Internet, mail o chateando. Nunca me han ofrecido.	
Lugar en el que ofrecieron por última vez otras sustancias		Nominal	En su casa. En su colegio. En los alrededores de su colegio. En una fiesta, discoteca, concierto. En los alrededores de su casa. Por Internet, mail o chateando. Nunca me han ofrecido.	Porcentaje