

**Estudio Diagnóstico del Consumo y Abuso de Sustancias
Psicoactivas en estudiantes universitarios de una universidad privada de
Cali, desde una Perspectiva Multimodal**

Jorge I. Castiblanco, C.C. 94414841 de Cali

Universidad Del Norte

División De Humanidades Y Ciencias Sociales

Maestría En Psicología Clínica

Cali Septiembre 2015

**Estudio Diagnóstico del Consumo y Abuso de Sustancias
Psicoactivas en estudiantes universitarios de una universidad privada de
Cali desde una Perspectiva Multimodal**

Jorge I. Castiblanco; Maria C. Cuevas*

Universidad Del Norte

División De Humanidades Y Ciencias Sociales

Maestría En Psicología Clínica

Cali Septiembre 2015

*Tutora de Investigación

Tabla de Contenido

	Pág.
Introducción	4
1. Justificación	6
2. Marco Teórico	15
3. Formulación Del Problema	113
4. Objetivos	120
4.1 Objetivo General	120
4.2 Objetivos Específicos	120
5. Variables	120
6. Metodología	126
6.1 Tipo De Investigación	126
6.2 Tipo De Diseño	126
6.3 Población Sujetos y Muestra	126
6.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	128
6.5 Procedimiento	132
6.6. Instrumento	136
7. Análisis de Resultados	138
8. Discusión	307
9. Conclusiones	314
Referencias	321
Anexos	329

Introducción

La presente investigación, denominada Estudio Diagnóstico del Consumo y Abuso de Sustancias Psicoactivas en estudiantes de una universidad privada de Cali desde una Perspectiva Multimodal, tuvo como propósito central realizar una descripción de los principales factores, de riesgo y protección, relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes universitarios de la ciudad de Cali, desde una aproximación multimodal, con el fin de realizar una caracterización de la problemática en la población en referencia.

Este tema despertó el interés en el autor, dado que en Colombia la problemática del consumo y abuso de sustancias psicoactivas tiende al incremento, en especial en la población más joven del país, quienes inician el consumo en un promedio de 12,9 años, aunque un 15,2% empezó antes de los 10 años y en quienes se manifiestan las consecuencias adversas de esta conducta (Pérez, Scoppetta y Peña, 2002).

En aras de lograr el cumplimiento de este objetivo, se desarrolló una investigación de tipo no experimental, basada en el enfoque empírico – analítico, con un diseño transaccional de corte descriptivo, que permita una aproximación al fenómeno en referencia en una muestra de 146 estudiantes universitarios activos de los 21 programas profesionales de una universidad de Cali.

En el análisis de los datos que serán insumo para las interpretaciones, contrastes teóricos y estimación de las hipótesis objetos de este estudio, se utilizará el programa estadístico avanzado SPSS, el cual permitirá depurar los resultados de la encuesta diagnóstica a aplicar que se sustenta en el enfoque Multimodal de Albert Lazarus. El análisis a realizar será de corte estadístico descriptivo.

De igual forma se resalta que, en la medida que se elabora la interpretación de los datos, se contrastará con los hallazgos que se esbozan en el marco teórico, la información obtenida.

Una vez finalizada esta etapa del estudio, el autor de la presente investigación espera haber contribuido a la comprensión de este fenómeno en la institución educativa en la que se ha de desarrollar el mismo, posiblemente ante una evidencia nula de aproximación de este fenómeno y, por tanto, espera que al plantear los lineamientos de promoción e intervención enfocados a esta área, se puedan desplegar acciones concretas para el abordaje institucional de la misma, lo que se convertiría, indiscutiblemente, en una ventaja competitiva frente a otras entidades que ofertan el mismo servicio bandera.

1. Justificación

En un país como Colombia, la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas es motivo de preocupación a nivel de salud pública dada su complejidad y su connotación a diferentes niveles. Dicho consumo es cada vez menos, un problema exclusivo de grupos poblacionales aislados o de estratos socioeconómicos determinados, puesto que algunas investigaciones señalan la similitud en los resultados del consumo en poblaciones que anteriormente mostraban diferencias en sus resultados (República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2012).

Las últimas investigaciones realizadas en Colombia sobre el consumo de sustancias psicoactivas, (II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria. Colombia – 2012), (Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia – 2013), reconocen el aumento del consumo y la variedad de sustancias legales e ilegales en una población en su mayoría jóvenes, razón por la que el observatorio de Drogas de Colombia- 2013, se ha propuesto consolidar la producción de estudios periódicos en la población en general haciendo énfasis en jóvenes escolares y universitarios, cuyos insumos orienten la toma de decisiones de política pública.

“Las Sustancias Psicoactivas son uno de los problemas más grandes en lo que a salud respecta a nivel mundial, así lo demuestra el último informe mundial sobre drogas publicado por la OMS en el año 2012 en donde se evidencian que el consumo de drogas ilícitas se mantuvo estable durante cinco años hasta el 2010, entre el 3.4% y 6.6% de la población adulta (15-64 años), sin embargo entre el 10 y 13% de los consumidores tiene uso problemático de las mismas, alcanzando un patrón de dependencia o con trastornos relacionados con el consumo de SPA (...)” (Patiño, 2015:3)

En la misma línea, a nivel mundial, se reconoce el consumo y el abuso a sustancias legales e ilegales como un problema que impacta la economía, la convivencia de las comunidades, el rendimiento laboral y académico, el estado de salud y las relaciones familiares del individuo consumidor, siendo la adolescencia tardía la etapa de mayor riesgo para el inicio del consumo de sustancias (Bachman, Johnston y Monitoring, citados por Camacho, Duarte, Rangel y Rueda, 2008).

Las consecuencias para la salud a causa del consumo de SPA ilícitas, siguen siendo un problema de interés mundial, ya que la gran mayoría de usuarios de consumidores con problemas de abuso y adicción continúan sin poder acceder a tratamientos especializados. La magnitud del problema mundial de las drogas se hace evidente al tener en cuenta que uno de cada diez usuarios de SPA sufre de abuso o dependencia a las sustancias. Los últimos datos nos muestran que, 27 millones de personas, que es casi toda la población de un País como Malasia, son o pueden denominarse, consumidores con problemas de SPA, Casi la mitad de ellos, 12.190.000 se inyectan sustancias y

aproximadamente 1,65 millones de ellos vivían con VIH en 2013, según el World Drug Report (2015).

Además de ello, se ha encontrado que son los adolescentes o adultos jóvenes quienes más consumen sustancias como alcohol, tabaco y marihuana, no obstante el inicio del consumo se da a temprana edad, siendo varias características propias de la edad, las que se constituyen en factores de riesgo asociados al consumo, tales como: la puesta en práctica de valores aceptados por el grupo de pares, haber hallado fallas en las figuras de autoridad, el deseo de experimentar nuevas sensaciones, la transición de un sistema de educación básica a uno de educación superior, en el que la responsabilidad del rendimiento académico es exclusiva del estudiante (NIDA, 1993, citado por Gaitán, y cols.2002).

Algunos investigadores y teóricos han llegado a concluir que una de las razones por la que los jóvenes mantienen el consumo, se debe al hecho de que este aporta al individuo algo que no obtiene en su vida cotidiana y así mismo reacciones diferentes e incluso de mayor intensidad a las que su entorno puede proporcionar. Incluso, en algunos casos parece que funciona como paliativo para aquellas situaciones, circunstancias o recuerdos a las que el joven quiere evitar y para las que no considera tener las habilidades suficientes para enfrentarlas. Como fenómeno socio-cultural es de resaltar el papel histórico que tiene la competitividad, el consumismo, el afán de poseer y tener cosas que los hagan encontrarle sentido a sus vidas (Almada, 1998).

Pese a las supuestas ventajas que puede proporcionar consumir y abusar de psicoactivos, existe consenso en que esta conducta pone en riesgo la salud y

la vida de consumidores, altera la tranquilidad y la seguridad de sus familias y comunidades e influye en la pérdida de capital, de potencial humano y social, de bienestar y calidad de vida (Ministerio de Protección Social, 2007). En especial cuando esta problemática se sale de las manos y los sujetos consumidores empiezan a desarrollar trastornos asociados a esta problemática, experimentando frecuentemente un deterioro de su salud general, la presencia de comportamientos violentos o agresivos, una apreciable proporción de mortalidad y morbilidad debido a complicaciones de la intoxicación doméstica o industrial. Como ejemplo ilustrativo de lo anterior se ha establecido que aproximadamente en la mitad de los accidentes mortales el conductor o el peatón están bajo los efectos de una intoxicación. Además, se ha estimado que el 10% de los sujetos con dependencia de sustancias se suicida, y así mismo, con frecuencia se diagnostican efectos de un trastorno del estado de ánimo inducido por la sustancia (DSM IV – TR, 2002).

Todos los indicios apuntan a que el fenómeno aumenta en cuanto existen más usuarios de marihuana, más gente joven y mujeres que consumen sustancias, al tiempo que incrementa el número de usuarios de otras nuevas en el país. De acuerdo con el estudio de Rumbos de 2001, en la población joven de las capitales de Colombia, el consumo de alguna sustancia ilegal se calcula en 11,7%, es decir, que por cada cien jóvenes entre 10 y 24 años, 12 habrían probado marihuana, cocaína, heroína o éxtasis, mientras casi 9 serían usuarios actuales (Pérez y cols, 2002).

Como muestra del incremento en el consumo de algunas sustancias, basta con comparar el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias

Psicoactivas en Colombia realizados en los años 2008 y 2013, en los cuales solo por mencionar un caso, el mayor consumo de marihuana permanece entre los jóvenes de 18 a 24 años, con 8,2%, 3,2% más que lo encontrado en el año 2008 seguido ahora por el grupo de 12 a 17 años, en donde encontramos el 4,3% un 1,6% más que en el estudio anterior; finalmente el grupo de 25 a 34 años en donde se encontró 3,8%, un 0,6% más que lo estipulado en el 2008, (Ministerio de salud y protección Social, Ministerio de justicia y del derecho, y Observatorio de drogas de Colombia, 2013).

Es especialmente el grupo de edad, entre 18 y 24 años, que se encuentra inmerso en las instituciones de educación superior, la población que como se evidencia en los resultados, parece aumentar en consumo año tras año. De igual manera preocupa el incremento del consumo en la población entre 12 y 17 años en tan solo 5 años de diferencia entre los estudios.

Adicionales a los preocupantes datos sobre prevalencia de consumo, uno de los aspectos que más inquietan a quienes trabajan con población juvenil, es la percepción que éstos tienen del riesgo; Y de igual manera, preocupa el hecho que entre ellos, habitualmente se vuelven patrones de conducta, todas aquellos comportamientos que aumentan la probabilidad de uso y abuso de las sustancias psicoactivas (Castro y Llanes, 2003).

En el mismo sentido de estimar prevalencia del fenómeno el estudio de Rumbos, 2001, se evidenció que el consumo de sustancias psicoactivas es muy alto en las universidades; allí, la frecuencia de uso “alguna vez en la vida” de sustancias ilegales puede llegar al 19%, mientras el 11% de los universitarios podrían ser consumidores actuales de SPA. De igual forma, no se considera

exagerado afirmar que casi el 100% de los universitarios ha probado alcohol. Estos datos revelan que aun cuando el inicio del consumo se da en la época de educación secundaria o antes, debe trabajarse la prevención del consumo en escolares e insistir en las universidades, puesto que es en este escenario donde se intensifica el consumo (Pérez y cols.2002).

Adicionalmente se ha determinado que la población universitaria es de alta vulnerabilidad para el consumo de alcohol debido a las posibilidades de acceso que tienen para la compra de bebidas alcohólicas y al incremento en las situaciones de consumo que se presenta una vez ingresan al ambiente universitario (Albarracín y Muñoz, 2008).

Respecto a la población en mención desde 1995 el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior, ICFES enuncia la dimensión de la problemática, mediante una investigación que fue desarrollada con estudiantes de educación superior del nivel de pregrado en relación con el problema de consumo de SPA, entre éstas, el alcohol. Los resultados obtenidos determinaban que el alcohol era la sustancia psicoactiva de mayor consumo. El 84% de la población había consumido bebidas alcohólicas. La edad de iniciación es 16 años, aunque aparece una población de jóvenes que comienza el consumo a la edad de 12 años. Esta investigación permitió concluir que el consumo de alcohol se va incrementando a medida que avanzan los semestres, es decir se encuentra en un 89.2% de estudiantes en noveno y décimo y en un 81.6% en los tres primeros semestres. Los índices de consumo son mayores en la población masculina con un 91.3%, mientras que en la femenina son del 76.4% (Albarracín y Muñoz, 2008).

Llegando a este punto se hace necesario anotar como la evidencia empírica alerta sobre la problemática en universidades, es importante reconocer que el consumo en dichos contextos puede tener raíces en múltiples factores externos a ellos, aunque autores como Becoña (2002) y Flórez, 2007; Gantiva y Flórez, 2006 Albarracín y Muñoz, 2008, ponen de manifiesto que existen factores inherentes a estas entidades que pueden favorecer en el individuo el inicio del consumo y/o abuso de psicoactivos o mantenerlos, tales como el bajo rendimiento académico y el fracaso escolar, el bajo apego a la universidad, el tipo y el tamaño de la universidad y la conducta antisocial en la universidad.

Por ello, pretender que desde las instituciones de educación superior se realice un abordaje del fenómeno objeto de estudio en esta investigación no es en ningún sentido una decisión descabellada; antes por el contrario, existe una total conciencia y contextualización de la presencia del fenómeno y de los elementos con los que se cuentan al interior de dichas instituciones para poder realizar, promoción, prevención e intervención adecuada. Este abordaje se hace mucho más pertinente una vez que se tienen en cuenta las cifras que evidencian aumento en los índices de consumo cuando los estudiantes avanzan en sus semestres de estudio.

La relevancia de estudios en esta dirección se visibiliza más cuando se conoce que aún en las universidades de Cali, lugar donde se llevó a cabo la presente investigación, a pesar de que la problemática está presente como en la mayoría de las instituciones educativas de nivel superior, no hay muchos indicios de estudios sobre el consumo de SPA al interior de las mismas. Por ello, la presente investigación pretendió abordar elementos relevantes

asociados con el fenómeno que permitan identificar los factores de riesgo y protección del el consumo de SPA, desde una perspectiva multimodal, lo cual permite, a su vez, una visión bio-psico-social de los factores que intervienen para de esta manera contribuir a que en un futuro se realicen investigaciones que, con base en estos resultados, puedan contribuir a estrategias focalizadas de prevención e intervención.

Al hacer referencia a una aproximación multimodal, es necesario entender que el panorama del consumo de SPA apunta cada vez más a la relación existente entre dificultades en el comportamiento, conductas delictivas, carencia de vínculos afectivos representativos, entre otros factores que se suman a la gran lista de antecedentes, consecuentes y predisponente del joven consumidor. De esta manera mediante aproximaciones multimodales, se plantea la necesidad de nuevas estrategias de intervención, no solo en el campo de la rehabilitación, sino también en el campo de la promoción y prevención que abarquen aquellos múltiples e importantes determinantes esenciales asociados al consumo por parte de los jóvenes universitarios.

Ilustrando la necesidad de abordajes multidimensionales del fenómeno, autores como Becoña sugieren que la evaluación del consumo de alcohol y otros psicoactivos ha de considerarse desde dicha perspectiva (evaluación conductual, exploración clínica, marcadores biológicos, evaluación multidisciplinar), puesto que la historia de la dependencia alcohólica de un individuo es función de una interrelación de factores biológicos, psicológicos y ambientales (Becoña y cols, 2008). Becoña (2002) agrega que solo un abordaje

comprendido es más *eficaz* que un abordaje parcial, asegurando éxito y que los efectos de las intervenciones se mantengan a largo plazo.

Por su parte, Flay y Petraitis (1995) consideran que la conducta es fruto de la situación, la persona y el ambiente. Al mismo tiempo, las influencias actitudinales, sociales e intrapersonales influyen de modo independiente y afectan de modo interactivo las decisiones sobre actuar o no de un cierto modo (ej., consumir o no una sustancia) (Becoña, 2002).

“Si bien los países del Hemisferio han avanzado mucho en sus esfuerzos por generar y analizar datos relacionados con las SPA, todavía se enfrentan a muchos desafíos. Algunos Estados necesitan desarrollar y analizar información a nivel local o municipal con el fin de establecer iniciativas basadas en la comunidad que tengan en cuenta las realidades locales. Es urgente investigar más a fondo los patrones del consumo de drogas entre los jóvenes, con el fin de confirmar tendencias en la edad del primer consumo y acerca de la percepción de riesgo que se esbozan en este informe.

Deben fortalecerse aún más los observatorios nacionales de drogas y estos deben desarrollar y mejorar las redes nacionales de información de SPA que respaldan sus esfuerzos de recopilación y divulgación de información. Las universidades deben dar mayor prioridad a la investigación académica de temas relacionados con las SPA. Estamos trabajando en todas estas áreas a través del OID, pero los compromisos políticos de los Estados Miembros serán fundamentales para poner en marcha estas reformas esenciales.” (OEA, 2015:15)

Como se ha señalado entonces, el fenómeno de consumo de SPA en población universitaria es un asunto de alta prevalencia. En este sentido, el conocimiento empíricamente avalado y en contexto, de todos los factores que pueden propiciar su ocurrencia, está a todas luces justificado.

En aras de ampliar su comprensión para posteriormente, estimar los factores asociados, se plantea un marco teórico que amplía las explicaciones sobre el mismo.

2. Marco Teórico

El problema del consumo de sustancias psicoactivas es relativamente nuevo en el mundo de habla castellana. Antes de 1970 solamente se presentaban casos aislados de uso de heroína en Argentina, la marihuana era una sustancia utilizada por algunos sectores poblacionales del Caribe y la cocaína era prácticamente desconocida. Hoy por hoy, en pleno siglo XXI, todos los países de habla Castellana se ven afectados por el uso de sustancias ilegales, que se concentran en la población joven, constituyéndose de esta manera en una amenaza para el futuro de estas naciones (Pérez, y cols. 2002).

El consumo de sustancia psicoactivas (SPA) es una realidad presente en Colombia, es un fenómeno cada vez más frecuente en ciudades y pueblos, su incremento pone en riesgo la salud y la vida de consumidores, altera la tranquilidad y la seguridad de sus familias y comunidades e influye en la proyección y desarrollo de potencialidades desde lo personal, lo económico y lo social (Ministerio de Protección Social, 2007).

Estos hallazgos son confirmados por los investigadores que apoyaron la elaboración del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM IV – TR) en el año 2002, quienes lograron identificar que aunque algunos sujetos con problemas relacionados con psicoactivos, por lo general, mantienen un buen nivel de actividad, cuando desarrollan trastornos asociados a esta problemática, experimentan frecuentemente un deterioro de su salud general. Adicionalmente, detectaron que el consumo de sustancias se asocia a comportamientos violentos o agresivos, manifestados a través de peleas o actos criminales que ocasionan lesiones tanto en el sujeto que utiliza la sustancia como en los demás. De igual forma, detectaron una apreciable proporción de mortalidad y morbilidad debido a complicaciones de la intoxicación por sustancias, como accidentes de tráfico, domésticos o industriales. Algunas estadísticas muestran como en la mitad de los accidentes mortales los involucrados están bajo los efectos de una intoxicación. De igual forma, el índice de suicidios relacionados con personas dependientes de sustancias o con doble diagnóstico alcanza un 10 % de ellos (DSM IV – TR 2002).

Al evidenciar las consecuencias que trae consigo el problema de consumo y/o abuso de psicoactivos, preocupa el hecho de que en Colombia está problemática tienda al incremento, en especial en la población más joven del país, tal y como lo revela el estudio realizado por Pérez, y cols. (2002), quienes develaron que el consumo de psicoactivos en Colombia desde el año 1990 al 2002 (Pérez, y cols. 2002), muestra un aumento en el consumo de 0,8% entre personas con edades que oscilan entre 12 y 60 años. A la par del aumento en la cifra de consumidores de SPA, la población que accede a ella varía,

siendo cada vez más los jóvenes y las mujeres involucrados, por su parte el tipo de sustancias consumidas también varía, la marihuana y sustancias nuevas logran incrementarse entre los usuarios.

El consumo de drogas es muy diverso al interior del país. Más allá de los promedios nacionales, al analizar los datos del consumo de drogas ilícitas por departamentos se observa amplia variabilidad. La prevalencia de consumo de drogas ilícitas en algunos departamentos es superior al promedio nacional. En algunas regiones se presenta una situación especial por el consumo de heroína, que tiene alto impacto en la salud pública. Todo esto señala la existencia de realidades locales diferentes sobre el uso de drogas. (Observatorio de Drogas de Colombia, 2013).

De acuerdo con el ya mencionado estudio de Rumbos de 2001, en la población joven de las capitales de Colombia, el consumo de alguna sustancia ilegal se calcula en 11,7%, es decir, que por cada cien jóvenes entre 10 y 24 años, 12 habrían probado marihuana, cocaína, heroína o éxtasis, mientras casi 9 serían usuarios actuales. De igual forma se observa que el consumo es más frecuente en jóvenes de zonas urbanas y que se inicia a edades cada vez más tempranas. Los datos disponibles muestran que los jóvenes inician el consumo en un promedio de 12,9 años, aunque un 15,2% empezó antes de los 10 años (Pérez, y cols.2002).

Cifras como las anteriores alertan sobre la necesidad de implementar estrategias que permitan atacar este fenómeno, ya sea para erradicarlo o para disminuir en un alto porcentaje su impacto. No obstante, se considera crucial que para poder en marcha estas acciones, debe antes obtenerse una

comprensión objetiva y profunda de la problemática, en aras de efectuar intervenciones pertinentes y efectivas.

Conocedores de la problemática en Colombia, los entes gubernamentales correspondientes han hecho esfuerzos por abordar la misma desde diferentes frentes, el fortalecimiento del observatorio de drogas de Colombia ha permitido realizar avances en la reducción del consumo de SPA, la Política Nacional de reducción del consumo marca cuatro ejes fundamentales, la Prevención, en donde se busca reducir la vulnerabilidad al consumo, la Mitigación, que busca reducir la vulnerabilidad al riesgo y al daño continuo y escalado, la Superación, como la búsqueda de medios para reducir la vulnerabilidad a la resistencia en el consumo y finalmente la capacidad de respuesta, que busca generar las condiciones para reducir la incidencia, la prevalencia y el impacto del consumo de SPA. (Observatorio de Drogas de Colombia, 2013).

Motivado por lograr esa comprensión real y cercana del fenómeno de consumo y abuso de SPA, el autor de la presente investigación se ha interesado en la aplicación de un instrumento diagnóstico que permita una medición real y global de este fenómeno y de sus factores asociados en una institución de educación superior de la ciudad de Cali, con miras a que en el futuro se implementen programas eficaces de prevención e intervención desde el propio contexto en donde se realiza la investigación.

Por las razones anteriormente mencionadas, en el presente apartado se detallarán los principales hallazgos relacionados con el consumo de SPA y de los modelos que prometen una explicación sobre el mismo, con el fin de

propiciar el acercamiento, desde lo teórico a esta problemática y, posteriormente, se buscó contrastar los hallazgos, con los referentes teóricos y empíricos citados. No obstante, antes de realizar su abordaje, se propone revisar la distinción conceptual de constructos de sustancia psicoactiva (SPA) y consumo y abuso asociado a las mismas.

Sustancias Psicoactivas

En el presente estudio, se entenderá como sustancia psicoactiva o droga según la definición clásica de la Organización Mundial de la Salud, OMS, (1992) para esta las SPA son sustancias químicas o naturales que después de introducidas en un organismo vivo, por medio de diversas vías de administración (ingestión, inhalación, por vía intravenosa o intramuscular), tienen la capacidad de actuar sobre el cerebro y producir modificaciones en el comportamiento. Lo anterior se suscita debido a que influyen en el estado psíquico (experimentación de nuevas sensaciones), el estado fisiológico e incluso en el aspecto estructural del organismo. La experimentación de estas sensaciones y el consumo constante de estas sustancias pueden generar dependencia (necesidad constante de la sustancia), (Barbosa, Segura, Garzón y Parra, 2104: 54)

Es así como dentro de esta clasificación se incluyen una gran cantidad de sustancias legales e ilegales que producen tales efectos, las cuales se describirán posteriormente con más detalle.

En contraparte, se habla de *consumo de Sustancias psicoactivas* cuando el ser humano emplea sustancias naturales o químicas que afectan el Sistema Nervioso Central (SNC) (Becoña, 2002).

En cuanto al establecimiento de un diagnóstico en torno a la sustancia y los efectos que produce en las personas, la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (APA), en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV–TR, 2005) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y otros Problemas de Salud (CIE 10, 1992), establecen unos criterios fundamentales. En términos generales, y según estos dos libros que son considerados los más importantes del mundo en el ámbito del diagnóstico clínico, el consumo de SPA no solo puede causar dependencia sino también intoxicación, trastornos psicóticos, irritabilidad, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social y síndromes amnésicos entre otras dificultades. (Barbosa, Segura, Garzón y Parra, 2104: 54)

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-V (2013) “los trastornos relacionados con sustancia se dividen en 2 grandes grupos, los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias” (DSM-V -2013).

“En general, el diagnóstico por uso de sustancias se basa en un patrón patológico de comportamientos relacionados con el consumo de la sustancia, para ayudar con la organización se estableció una serie de criterios: Alteración

de control, alteración social, el uso arriesgado y criterios farmacológicos” (DSM-V-2013).

“Los trastornos por consumo de sustancias se producen en un alto rango de severidad, de leve a grave, la severidad la define el número de criterios de los síntomas presentados. Para estimar la gravedad, se dice que un trastorno leve de uso de sustancias se sugiere por la presencia de 2 o 3 síntomas, por su parte, moderado, por la presencia de 4 o 5 y severa por 6 o más síntomas” (DSM-V-2013).

Algunos cambios conceptuales resultan significativos al momento de reconocer la problemática asociada al consumo de SPA, es importante mencionar que el termino adicción, no se aplica como un término diagnóstico en la nueva clasificación del manual diagnóstico, aunque es de uso común en muchos países para describir problemas graves relacionados con uso compulsivo y habitual de sustancias. El trastorno por uso de SPA considerado un término más neutral, se utiliza para describir la amplia gama de la enfermedad, desde una forma leve a un estado grave de la reincidencia crónica y el consumo de drogas compulsivo. Algunos médicos optan por utilizar la palabra adicción para describir condiciones más extremas, pero la palabra se omite de la terminología oficial del DSM- V, debido a su definición incierta y su connotación potencialmente negativa. (DSM-V-2013).

Por su parte, “el abuso de sustancias se concibe como un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses” (DSM IV – T, 2002):

(1) Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).

(2) consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).

(3) problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)

(4) consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

El abuso de sustancias es más probable en sujetos que han comenzado a consumir las sustancias recientemente. En muchos sujetos el abuso de un tipo particular de sustancia evoluciona hacia una dependencia de esa clase de sustancias.

Becoña afirma (2002) que el curso del consumo de SPA podría terminar en la adquisición de una patología. Para que este evento tenga lugar, es imprescindible que el sujeto pase por unas fases que van del uso al abuso y de este, a la dependencia. El uso, caracterizado por la relación inicial y habitual

del sujeto con las SPA, dándose una asociación, por parte de él, entre el consumo, lugares y personas que facilitan el mismo, posteriormente el abuso, que trae consigo consecuencias notables en diferentes áreas de la vida del consumidor (personal, familiar, económica académica y/o laboral), aumenta considerablemente la cantidad y frecuencia en el consumo de las SPA finalizando con la llegada a la fase dependiente en donde el consumidor pierde el control sobre las principales áreas de su vida y necesita de la constante relación con las SPA para sobrellevar los síntomas producidos por la abstinencia.

Resulta importante resaltar que tanto el consumo como el abuso de SPA es común para un amplio grupo de sustancias psicoactivas, que se describen en el Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales del año 2002 (DSM IV – TR), en once grupos, a saber: alcohol; nicotina, alucinógenos; anfetamina o simpaticomiméticos de acción similar; cafeína; *Cannabis*; cocaína; fenciclidina (PCP) o arilciclohexilaminas de acción similar; inhalantes; nicotina; opioides, y sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.

Antes de hondar en la explicación de estas categorías, se hace necesario considerar aquellas variables asociadas al abuso de SPA, descritas en el DSM IV – TR (2002), importantes para tener en cuenta a la hora de efectuar la evaluación, diagnóstico diferencial y elegir la estrategia de intervención adecuada. Componen las variables: la vía de administración, la duración de los efectos de las sustancias, la rapidez de inicio con cada tipo de sustancia, la duración de los efectos, el policonsumo y los trastornos mentales asociados al fenómeno.

La variable vía de administración de las sustancias es un factor relevante para determinar sus efectos, dado que se reconoce el impacto de aquellas de absorción más rápida y eficiente en el torrente sanguíneo (p. ej., vía intravenosa, fumar o inhalar) pues puede provocar una intoxicación más intensa y la probabilidad de un patrón de consumo en escalada, lo que podría conducir a la dependencia. Las vías de administración que permiten una llegada rápida de una gran cantidad de sustancia al cerebro se asocian también al consumo de grandes cantidades y aumentan la probabilidad de efectos tóxicos (ICBF,2010).

De otro lado, es importante considerar la *Rapidez de inicio con cada tipo de sustancia*, en cuanto que aquellas que actúan rápidamente es más probable que produzcan intoxicación inmediata y lleven a la dependencia o al abuso, que las sustancias de acción más lenta (Ibídem).

La *duración de los efectos* asociados a una determinada sustancia también es importante en la determinación del curso de la intoxicación y de su capacidad para la dependencia o el abuso. Las sustancias de acción corta (p. ej., algunos ansiolíticos) tienden a tener un mayor potencial para la creación de dependencia o abuso que las sustancias con efectos parecidos, pero con un tiempo de acción más prolongado (p. ej., fenobarbital). De igual forma, es importante indagar si el sujeto hace *uso de varias sustancias* de manera simultánea o secuencialmente. Por ejemplo, sujetos con dependencia de la cocaína beben con frecuencia alcohol o toman ansiolíticos u opiáceos para contrarrestar los síntomas de ansiedad inducidos por la cocaína (Ibídem).

Por último, es imprescindible considerar que al hablar del consumo y/o abuso de sustancias psicoactivas, se deben abordar aquellos *trastornos mentales asociados* que pueden identificarse como factores predisponentes o consecuentes de esta problemática. Estos se detallarán específicamente en el apartado siguiente, donde se explorarán cada una de las sustancias por separado (Ibídem).

De conformidad con lo planteado en páginas anteriores, el DSM IV – TR (2002) ha clasificado los SPA en 11 grupos. En las páginas siguientes se ofrecerá una descripción detallada de las mismas, empezando por el alcohol.

El Alcohol es el depresor del sistema nervioso central utilizado con más frecuencia en algunas culturas y el responsable de una morbilidad y una mortalidad considerables. Esta sustancia puede generar abuso.

En el *abuso de alcohol*, la actividad escolar y el rendimiento laboral pueden verse afectados por los efectos de la bebida o de la intoxicación. El sujeto puede beber en situaciones peligrosas (conduciendo, manejando máquinas en estado de embriaguez). El consumo de alcohol puede causar problemas legales y desencadenar una conducta repetitiva del consumo, a pesar de conocer las problemáticas sociales o interpersonales que le son consecuentes. Cuando estos problemas se acompañan con demostraciones de tolerancia, abstinencia o comportamiento compulsivo relacionado con la bebida, debe considerarse el diagnóstico de dependencia alcohólica más que el de abuso de alcohol.

Según el DSM IV – TR (2002), el abuso de alcohol se asocia con frecuencia a la dependencia y el abuso de otras sustancias (p. ej., *Cannabis*,

cocaína, heroína, anfetaminas, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, y nicotina). El alcohol puede usarse para aliviar los efectos secundarios de estas sustancias o para sustituirlas en caso de no disponer de ellas. Los síntomas de depresión, ansiedad e insomnio acompañan frecuentemente y a veces preceden la dependencia del alcohol. La intoxicación por alcohol se asocia en ocasiones con amnesia para acontecimientos sucedidos durante la intoxicación (*lagunas o blackouts*).

Los trastornos relacionados con el alcohol se asocian a un aumento significativo del riesgo de accidentes, violencia y suicidio. Se estima que aproximadamente la mitad de las muertes por accidentes de tráfico se deben a que el conductor o el peatón están bebidos. La intoxicación alcohólica grave, especialmente en sujetos con trastorno antisocial de la personalidad, se asocia con la ejecución de actos criminales (DSM IV – TR, 2002).

La ingestión repetida de dosis altas de alcohol puede afectar casi todos los órganos, especialmente, el tubo digestivo, el sistema cardiovascular y el sistema nervioso central y periférico. Los efectos gastrointestinales incluyen gastritis y úlceras de estómago o duodeno, y cerca del 15 % de los grandes consumidores de alcohol presentan cirrosis hepática y pancreatitis. También se observa un aumento de la proporción de cáncer de esófago, estómago y de otras partes del tubo digestivo (DSM IV – TR, 2002).

De igual manera, el consumo de alcohol abundante y repetido durante el embarazo puede asociarse a abortos espontáneos y síndrome alcohólico fetal. Los sujetos con historia de epilepsia o graves traumatismos craneales tienen

más probabilidad de presentar crisis comiciales. La abstinencia de alcohol se asocia a náuseas, vómitos, gastritis, hematemesis, sequedad de boca, abotargamiento facial y edema periférico. La intoxicación por alcohol puede dar lugar a caídas y accidentes que pueden provocar fracturas, hematomas subdurales y otras secuelas de traumatismos craneales. La intoxicación alcohólica repetida y grave puede suprimir los mecanismos inmunológicos y predisponer a infecciones y al aumento de riesgo de cáncer (DSM IV – TR, 2002).

En el DSM IV – TR, 2002, se describe que el abuso y la dependencia del alcohol presentan un curso variable que se caracteriza frecuentemente por períodos de remisión y de recaídas. La decisión de interrumpir la bebida, a menudo como respuesta a una situación de crisis, es seguida con toda probabilidad por semanas o meses de abstinencia. Sin embargo, una vez reanudado el consumo de alcohol reaparecen de nuevo rápidamente los problemas graves.

Con frecuencia, la dependencia alcohólica presenta un patrón familiar y por lo menos se han detectado indicios de algunos factores genéticos. El riesgo para la dependencia alcohólica es tres a cuatro veces mayor en los familiares de primer grado de los sujetos con dependencia alcohólica. El riesgo es más alto si hay un mayor número de familiares afectados, si las relaciones genéticas con el paciente bebedor son muy próximas y si sus problemas relacionados con el alcohol son muy graves (DSM IV – TR, 2002).

Contextualizando un poco, se ha elaborado una amplia descripción de esta problemática, dado que actualmente el alcohol es la sustancia más

consumida en Colombia según lo revelan varios estudios que se expondrán en páginas siguientes. El empleo de este psicoactivo por parte de menores de edad, el consumo hasta la embriaguez, su adulteración (uso de metanol) y el uso de alcohol en situaciones de riesgo son algunos de los factores problemáticos de esta práctica.

Los datos recopilados por el estudio de Rumbos de 2002 muestran que el 83% de los estudiantes en capitales han probado alguna vez en su vida alcohol. Este porcentaje asciende entre los universitarios, logrando ubicarse en el 94,6% (Pérez, y cols.2002)

Este psicoactivo se ha encontrado relacionado con muertes e incapacidad por accidentes de tránsito en los adolescentes. Cerca de 10.000 jóvenes mueren por accidentes de tránsito, homicidios, incendios o suicidios bajo los efectos de este psicoactivo en Colombia (Maya y Torres, 2000).

Cercanos a la fecha actual, numerosos estudios sugieren una interrelación entre el efecto farmacológico del alcohol con factores de personalidad, expectativas individuales y variables socioculturales, que combinadas, pueden resultar en episodios de violencia (U.S. Congress, 2000 citado por Maya y Torres, 2000).

El consumo y abuso de *nicotina* se pueden presentar con el consumo de cualquier modalidad de tabaco (cigarrillos, chicles, polvo, pipa y puros) y con la toma de medicamentos (parches y chicle de nicotina). La capacidad relativa de estos productos para provocar dependencia o inducir abstinencia está en función de la rapidez de la vía de administración (fumada, oral o transdérmica) y del contenido en nicotina del producto consumido (DSM IV – TR, 2002).

Los sujetos que fuman o los que toman nicotina en sus diversas formas consumen más nicotina y con mayor rapidez de lo que ellos mismos inicialmente deseaban. Aunque más del 80 % de los sujetos que fuman expresan el deseo de dejar de fumar y el 35 % lo intenta cada año, sólo el 5 % lo consigue. La gran cantidad de tiempo que se gasta en el consumo de la sustancia queda muy bien reflejado en el hecho de fumar en cadena. Puesto que se dispone con rapidez y facilidad de la nicotina, al estar legalizada, es raro que se gaste mucho tiempo en obtenerla. Los sujetos pueden no asistir a actividades sociales, laborales recreativas cuando se dan en lugares donde está prohibido fumar. El consumo continuado constituye un problema sanitario importante. (DSM IV – TR, 2002).

La fuerza de la dependencia a la Nicotina es producto de varios factores: 1) La nicotina produce efectos de refuerzo positivo (mejora la concentración, el estado de ánimo, disminuye la ira y el peso); 2) después de una inhalación, la nicotina solo tarda 7 segundos en llegar al cerebro, produciéndose un efecto de la sustancia, casi instantáneo a su ingestión; 3) el fumador puede modular la dosis de nicotina que necesita; 4) La conducta de fumar se realiza muchas veces y la existencia de múltiples señales que desencadenan la conducta de fumar, las cuales fueron asociando previamente a ella por procesos de condicionamiento (Hughes, 1989, citado por Caballo, 2008).

Se empieza a fumar habitualmente durante la juventud. La rapidez del desarrollo de la dependencia no está clara. Entre los que continúan fumando después de los 20 años, el 95 % llega a ser fumador habitual y diario. Entre los

que dejan el tabaco con éxito, menos del 25 % lo consigue al primer intento. Muchos fumadores han fracasado en 3 o 4 intentos antes de conseguir dejar de fumar. El riesgo de fumar es tres veces mayor entre los familiares de primer grado de los fumadores (DSM IV – TR, 2002).

Pérez, y cols. (2002), plantean además que el cigarrillo contiene un psicoactivo con alto poder adictivo (la nicotina) y un gran número de moléculas perjudiciales para el organismo, siendo su consecuencia más temida y conocida el cáncer de pulmón.

Otra clasificación que esboza el DSM IV – TR (2002) es el grupo de las *Sustancias Alucinógenas*, en el cual se incluyen los ergóticos y los compuestos afines (dietilamida del ácido lisérgico [LSD], semillas de gloria matinal), fenilalquilaminas (mescalina, STP [2,5 dimetoxi- 4-metilanfetamina] y MDMA [3,4-metilenodioximetanfetamina, también llamada éxtasis]), alcaloides del indol (psilocibina, DMT [dimetiltryptamina] y otros compuestos varios). Con el consumo repetido de alucinógenos se produce tolerancia, pero no se han encontrado evidencias científicas de la generación de abstinencia (DSM IV – TR, 2002).

Puede continuarse el consumo de alucinógenos a pesar de tener conciencia de sus efectos adversos. Las personas que abusan de alucinógenos los consumen mucho menos frecuentemente que las que tienen dependencia. Aun así, pueden incumplir repetidamente obligaciones importantes en la escuela, el trabajo o la casa debido al deterioro del comportamiento causado por la intoxicación por alucinógenos. El sujeto puede consumir alucinógenos en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso y tener problemas

legales debido al comportamiento que deriva de la intoxicación o de la posesión de alucinógenos (DSM IV – TR, 2002).

Muchas de las sustancias alucinógenas tienen efectos estimulantes (p. ej., taquicardia, ligera hipertensión, hipertermia y dilatación pupilar) y causan algunos de los síntomas de la intoxicación por anfetaminas. Las alteraciones perceptivas y el deterioro del juicio asociados a la intoxicación por alucinógenos pueden producir lesiones o la muerte por accidentes de coche, violencia física o intentos de volar desde lugares altos. Los factores ambientales, así como la personalidad y las aspiraciones del sujeto que consume los alucinógenos, contribuyen a la naturaleza y la gravedad de la intoxicación por alucinógenos (DSM IV – TR, 2002).

En el grupo de las *Afetaminas* y las sustancias de acción similar se agrupan todas las sustancias con una estructura feniletilamina sustituida, como la anfetamina, la dextroanfetamina y la metanfetamina (*speed*). También están incluidas en esta clase de sustancias aquellas que, siendo estructuralmente diferentes, poseen una acción similar a la de la anfetamina, como son el metilfenidato y otros agentes consumidos como anorexígenos (pastillas para adelgazar *diet pills*). Estas sustancias se toman habitualmente por vía oral o intravenosa, aunque la metanfetamina se toma también por vía nasal (esnifándose) (DSM IV – TR, 2002).

Una forma pura de metanfetamina es la llamada hielo (*ice*) debido a la apariencia de sus cristales cuando se observa con una lupa. A causa de su alta pureza y su relativamente bajo punto de vaporización, el hielo puede fumarse y produce un efecto estimulante inmediato e intenso (como se hace con la

cocaína *crack*). Además de los compuestos afines a la anfetamina, hay estimulantes naturales derivados de plantas como el *khat* que pueden producir abuso o dependencia. Al contrario de otras sustancias, que casi siempre se adquieren de forma ilegal, las anfetaminas y otros estimulantes pueden obtenerse por prescripción para el tratamiento de la obesidad, del trastorno por déficit de atención con hiperactividad y para la narcolepsia (DSM IV – TR, 2002).

El consumo repetitivo de anfetaminas, puede derivar en patologías asociadas a la dependencia, abuso e incluso, abstinencia a esta sustancia.

Los patrones de consumo y curso para la *dependencia* de anfetamina son similares a los de la dependencia de cocaína debido a que las dos sustancias son potentes estimulantes del sistema nervioso central, con efectos psicoactivos y simpaticomiméticos similares. Sin embargo, las anfetaminas tienen un efecto más duradero que el de la cocaína y, en consecuencia, son autoadministradas con menos frecuencia (DSM IV – TR, 2002).

El comportamiento violento o agresivo se asocia con la dependencia a esta sustancia, especialmente cuando se fuma en grandes dosis o se administra por vía intravenosa. Como en el caso de la cocaína, son habituales la ansiedad intensa pero temporal, así como la ideación paranoide y los episodios psicóticos parecidos a los de la esquizofrenia de tipo paranoide, sobre todo cuando se consumen dosis altas (DSM IV – TR, 2002).

Los individuos con *abuso* de anfetamina incurrirán en acciones ilegales (p. ej., manufacturación de anfetaminas, robo) para obtener la droga. Puede

darse el caso de que los individuos continúen consumiendo la sustancia a pesar de tener el conocimiento de que su uso continuado lleva a discusiones familiares mientras están intoxicados o representa un mal ejemplo para los niños y otros familiares próximos (DSM IV – TR, 2002).

En curso del consumo de la anfetaminas, se observa que la dependencia puede aparecer rápidamente cuando la sustancia se utiliza por vía intravenosa o se fuma. La administración oral habitualmente conlleva una transición más lenta del consumo a la dependencia. La dependencia de anfetamina se asocia a dos patrones de administración: consumo episódico o consumo diario (o casi diario). En el patrón de consumo episódico, el consumo de la sustancia está separado por varios días de no utilización. Estos períodos de consumo intensivo de dosis altas (llamados *speed runs* o atracones) se asocian con frecuencia al consumo de la vía intravenosa. Estos atracones normalmente terminan sólo cuando se agota el suministro de droga. (DSM IV – TR, 2002).

El consumo crónico y diario puede implicar dosis altas o bajas y tener lugar durante todo el día o estar restringido a unas pocas horas. Cuando el consumo es crónico y diario, generalmente no hay amplias fluctuaciones de la dosis de un día para otro, pero sí que puede haber un incremento gradual de la dosis con el transcurso del tiempo. El consumo crónico de dosis altas llega a ser con frecuencia displacentero a causa de la sensibilización y la aparición de disforia y otros efectos negativos de la droga. Los pocos datos disponibles sobre el consumo a largo plazo indican que en los sujetos con dependencia de anfetamina existe una tendencia a disminuir o interrumpir el consumo al cabo

de 8-10 años. Esto es consecuencia de la aparición de efectos adversos mentales y físicos, asociados a la dependencia prolongada (DSM IV – TR, 2002).

En Colombia, 0,9% de las personas manifiestan haber consumido esta sustancia alguna vez en la vida. La cifra baja a 0,3% cuando se indaga sobre el uso en el último año, lo que representa a unas 55 mil personas en el país. Los consumidores de éxtasis son mayoritariamente hombres (38 mil), jóvenes con edades entre 18 y 24 años (31 mil), de los estratos socioeconómicos 4, 5 y 6 (21 mil). (Ministerio de protección social y la Dirección Nacional de estupefacientes, 2008)

Otra clasificación que ofrece el DSM IV de los psicoactivos es la *cafeína*, la cual puede consumirse a partir de distintas fuentes, entre las que se incluyen el café (preparado = 100 mg/100 ml, instantáneo = 65 mg/100 ml), té (40 mg/100 ml), soda cafeinada (45 mg/100 ml), analgésicos sin receta médica y remedios para el resfriado (25-50 mg/pastilla), estimulantes (100-200 mg/pastilla) y pastillas para perder peso (75-200 mg/pastilla). El chocolate y el cacao tienen niveles mucho más bajos de cafeína (p. ej., 5 mg/barra de chocolate). Se ha demostrado que la intoxicación por cafeína puede tener significación clínica (DSM IV – TR, 2002).

Los patrones típicos de la ingestión de cafeína no se han asociado consistentemente con otros problemas médicos. Sin embargo, su consumo en grandes cantidades se asocia a la agudización de la ansiedad y a síntomas somáticos como arritmias cardíacas y dolor gastrointestinal o diarrea. Con dosis agudas que excedan los 10 g. de cafeína pueden aparecer crisis

comiciales de gran mal e insuficiencia respiratoria, que pueden conducir a la muerte. El consumo excesivo de cafeína se asocia con trastornos del estado de ánimo, de la alimentación, psicóticos, del sueño y trastornos relacionados con sustancias, de modo que los sujetos con trastornos de ansiedad deben evitar tomar la sustancia (DSM IV – TR, 2002).

En el DSM IV – TR (2002) también se hace referencia al *Cannabis* y a los compuestos sintéticos similares.

Los cannabinoides son sustancias que derivan de la planta *Cannabis*. El producto resultante del corte de la parte superior de la planta (hojas y tallos), cuando ésta es troceada y enrollada como cigarrillos, recibe el nombre de marihuana. El *hashish* es el exudado de resina seco que se extrae por filtración de la parte superior de la planta y de la cara inferior de las hojas; el aceite de *hashish* es un concentrado destilado de *hashish*. Habitualmente, los cannabinoides se fuman, pero pueden ser consumidos por vía oral y a veces mezclados con té o comida. El delta-9-tetrahidrocannabinol es el cannabinoide que ha sido identificado como principal responsable de los efectos psicoactivos de *Cannabis* (se conoce también como THC o delta-9-THC). Esta sustancia rara vez está disponible para su consumo en forma pura. (DSM IV – TR, 2002).

El *abuso* de *Cannabis* se define como el consumo periódico de esta sustancia. La intoxicación por *Cannabis* puede interferir las actividades laborales o escolares y ser peligrosa en situaciones como la conducción de vehículos. Puede haber problemas legales como consecuencia de detenciones por posesión de *Cannabis* y problemas familiares. Cuando hay niveles

significativos de tolerancia, o cuando los problemas físicos se asocian con el consumo compulsivo de Cannabis, debe considerarse el diagnóstico de dependencia en lugar del de abuso (DSM IV – TR, 2002).

La Cannabis habitualmente se consume junto con otras sustancias, especialmente nicotina, alcohol y cocaína. Los sujetos que consumen regularmente Cannabis a menudo informan sobre letargia física y mental y anhedonía. (DSM IV – TR, 2002).

Cuando los cannabinoides se consumen a dosis altas presentan efectos psicoactivos parecidos a los que producen los alucinógenos (p. ej., dietilamina del ácido lisérgico [LSD]). Los sujetos que consumen cannabinoides pueden experimentar efectos mentales adversos que se parecen a los inducidos por los alucinógenos (*bad trips*) y que oscilan entre una moderada ansiedad (con temor a que la policía los detenga con la sustancia) y crisis de angustia parecidas a los ataques de pánico. Puede presentarse ideación paranoide que comprende desde la suspicacia hasta las ideas delirantes francas y alucinaciones. (DSM IV – TR, 2002).

La dependencia y el abuso de Cannabis se presentan al cabo de un largo período de tiempo. Quienes llegan a la dependencia establecen un patrón de consumo crónico que aumenta gradualmente tanto en frecuencia como en cantidad. Con el consumo crónico abundante hay a veces una disminución o pérdida de los efectos placenteros de la sustancia. Una historia de trastorno disocial en la infancia o la adolescencia y el trastorno antisocial de la personalidad son factores de riesgo para la presentación de muchos trastornos

relacionados con sustancias, entre los que se incluye la Cannabis (DSM IV – TR, 2002).

En el contexto Colombiano, al igual que en la gran mayoría de países del mundo, la marihuana es la sustancia ilícita de mayor consumo. El 8% de las personas dicen haber consumido esta sustancia al menos una vez en la vida, con aproximadamente 13% entre los hombres y 4% entre las mujeres. El mayor consumo se observa entre los jóvenes de 18 a 24 años, con 5%, seguido del grupo de 25 a 34 años (3,2%) y el de 12 a 17 años (2,7%). El consumo es mayor en el estrato 4, con 3,3%, seguido por los estratos 5 y 6, con 2,6% (Dirección Nacional de Estupefacientes y Ministerio de Protección Social, 2008).

La cocaína, otro psicoactivo, es una sustancia natural producida por la planta de la coca, se consume en diversas preparaciones (p. ej., hojas de coca, pasta de coca, hidrocloreuro de cocaína y alcaloide de cocaína) que difieren en su potencia debido a los variados niveles de pureza y rapidez de acción. Su acción es corta, pero tiene efectos potentes y rápidos sobre el sistema nervioso central, especialmente cuando se consume por vía intravenosa o cuando es fumada en forma de *crack* (DSM IV – TR, 2002).

Masticar hojas de coca es una práctica generalmente limitada a las poblaciones nativas de América Central y del Sur, donde se cultiva la cocaína. El consumo de pasta de coca, un extracto crudo de la planta de coca, aparece casi exclusivamente en los países productores de cocaína en América del Sur y Central, donde se denomina *basuca*. Los disolventes usados en la preparación de la pasta de coca contaminan con frecuencia la pasta y pueden causar efectos

tóxicos en el sistema nervioso central y en otros órganos cuando la pasta se fuma. El hidrocloruro de cocaína en polvo es habitualmente esnifado a través de la nariz o disuelto en agua e inyectado por vía intravenosa (DSM IV – TR, 2002).

Cuando se mezcla con heroína, produce una combinación conocida como *speedball*. Una forma habitual de consumo en Estados Unidos es el *crack*, un alcaloide de la cocaína que se extrae de una sal en polvo mezclándola con bicarbonato sódico y secándola en pequeñas piedras, el cual difiere de otras formas de cocaína por ser fácilmente vaporizable y, cuando se inhala, sus efectos son muy rápidos. El síndrome clínico y los efectos adversos asociados al *crack* son idénticos a los producidos por dosis comparables de otras preparaciones de cocaína (DSM IV – TR, 2002).

La cocaína, cuando es inyectada o fumada, produce de forma típica una sensación instantánea de bienestar, confianza y euforia. Pueden presentarse cambios de comportamiento espectaculares en poco tiempo, sobre todo cuando hay dependencia (DSM IV – TR, 2002). Esta sustancia produce un patrón de abuso, dependencia y abstinencia.

La intensidad y frecuencia de la administración de cocaína son menores en el *abuso* que en los casos de dependencia. Los episodios de consumo con problemas, el descuido de las responsabilidades y los conflictos interpersonales aparecen a menudo en ocasiones especiales o en días de cobro, dando lugar a un patrón de consumo de dosis altas en períodos breves de tiempo (horas o días) seguidos por períodos más largos (semanas o meses) de consumo

ocasional o de abstinencia sin problemas. Los problemas legales pueden ser resultado de la posesión o el consumo de la droga. Cuando los problemas asociados al consumo se acompañan de demostraciones de tolerancia, abstinencia o comportamiento compulsivo relacionado con la obtención y administración de cocaína, debe considerarse el diagnóstico de dependencia más que el de abuso (DSM IV – TR, 2002).

El consumo diario puede implicar dosis altas o bajas y puede aparecer a lo largo del día o estar restringido a unas horas. En el consumo crónico diario generalmente no hay fluctuaciones muy amplias de las dosis, pero sí un aumento de las dosis a lo largo del tiempo (DSM IV – TR, 2002).

El consumo intravenoso o fumado de cocaína tiende a asociarse particularmente con una progresión rápida del uso al abuso o dependencia, que aparece con frecuencia en semanas o meses (DSM IV – TR, 2002).

Respecto al consumo reciente de esta sustancia, 0,7% declaran haber usado cocaína al menos una vez en el último año: 1,3% de los hombres y 0,2% de las mujeres. En otras palabras, cerca de 140 mil personas en el país han consumido cocaína al menos una vez durante los últimos 12 meses. 16) Entre los adultos-jóvenes de 25 a 34 años se observa la mayor tasa de consumo, con 1,4%, seguido del grupo de 18 a 24 años con 1,2%. Ambos grupos dan cuenta del 70% del total de consumidores (Dirección Nacional de Estupefacientes y Ministerio de Protección Social 2008).

Otra agrupación que se encuentra representada en el DSM IV – TR (2002) hace referencia a la *inhalación* de los hidrocarburos alifáticos y aromáticos que se encuentran en sustancias como la gasolina, el pegamento,

disolventes y pinturas en *spray*. Los hidrocarburos halogenados son menos utilizados (se encuentran en limpiadores, líquido corrector de máquinas de escribir, *sprays*), junto con otros compuestos volátiles que contienen ésteres, cetonas y glicoles. La mayoría de los compuestos que se inhalan son una mezcla de gran cantidad de sustancias que pueden producir efectos psicoactivos, y en muchas ocasiones es difícil averiguar cuál es la sustancia exacta responsable del trastorno (DSM IV – TR, 2002).

Se usa una gran variedad de métodos para inhalar los vapores intoxicantes. Habitualmente, se aplica un trapo empapado con la sustancia a la boca y nariz y se aspiran los vapores. La sustancia se puede depositar en un papel o bolsa de plástico e inhalar los gases de la bolsa. Las sustancias se inhalan también directamente de sus contenedores: en el caso de los aerosoles puede ser pulverizada en la boca o nariz. También se conocen casos en que el sujeto calienta los compuestos para acelerar su vaporización. Los inhalantes alcanzan los pulmones, la sangre y sus objetivos finales muy rápidamente (DSM IV – TR, 2002).

El consumo por parte de adolescentes y adultos jóvenes se suele asociar con problemas sociales o laborales (p. ej., delincuencia, desempleo). Es frecuente que los inhalantes sean tomados por grupos de adolescentes. Su consumo solitario tiende a ser más frecuente en los sujetos que los toman durante mucho tiempo a altas dosis. El consumo de inhalantes como sustancia predominante entre quienes buscan ayuda debido a su dependencia de estas sustancias es poco frecuente, pero los inhalantes pueden ser una segunda droga usada por los individuos con dependencia de otras sustancias. En algunos

sujetos hay una progresión hasta un estado en que los inhalantes se convierten en su sustancia predilecta (DSM IV – TR, 2002).

En la clasificación de los *opiáceos*, el DSM IV – TR (2002) incluye a los opiáceos naturales (p. ej., morfina), semisintéticos (p. ej., heroína) y sintéticos con acción similar a la de la morfina (p. ej., codeína, hidromorfona, metadona, oxicodona, meperidina, fentanilo). Medicamentos como la pentazocina y la buprenorfina, que tienen efecto opiáceo agonista y antagonista, también se han incluido en este grupo, puesto que sus propiedades agonistas producen efectos fisiológicos y comportamentales similares.

Los opiáceos se prescriben como analgésicos, anestésicos, antidiarreicos o antitusígenos. Una de las drogas de este grupo de la que más se abusa es la heroína, habitualmente por vía intravenosa, aunque también puede fumarse o aspirarse (*snorted*) cuando se dispone de heroína muy pura. El fentanilo se inyecta, mientras que los antidiarreicos y antitusígenos se toman por vía oral. Esta sustancia genera dependencia, patrones de abuso y síntomas relacionados con la abstinencia (DSM IV – TR, 2002).

En el *abuso* de los opiáceos, pueden derivarse problemas legales por acciones cometidas por un individuo mientras está intoxicado por opiáceos o por el hecho de obtener las drogas por vías ilegales. Las personas que abusan de opiáceos suelen consumir estas drogas mucho menos que los que presentan dependencia y no desarrollan tolerancia ni abstinencia relevantes. Cuando el consumo de opiáceos se acompaña de tolerancia, abstinencia o comportamiento impulsivo, debe considerarse el diagnóstico de dependencia de opiáceos (DSM IV – TR, 2002).

El uso agudo y crónico de opiáceos se asocia a una pérdida de las secreciones, que dan lugar a nariz y boca secas, enlentecimiento de la actividad gastrointestinal y estreñimiento. La agudeza visual puede disminuir como resultado de una constricción pupilar. En sujetos que consumen opiáceos por vía intravenosa son frecuentes las venas esclerosadas y las marcas de las punciones en las zonas distales de las extremidades superiores. En ocasiones las venas se esclerosan de tal modo que se desarrolla un edema a su alrededor, y los sujetos cambian el lugar de punción a las venas de las piernas, cuello o inglés. Cuando no pueden usar estas venas, con frecuencia se inyectan directamente en el tejido subcutáneo (*skin-popping*), provocando celulitis, abscesos y, después de la curación de las lesiones de la piel, cicatrices redondeadas (DSM IV – TR, 2002).

Concluyendo con la clasificación realizada por el DSM IV – TR, se hará referencia al grupo de las *sustancias sedantes, hipnóticas y ansiolíticas* (antiansiedad) incluyen las benzodiazepinas, los carbamatos (p. ej., glutetimida, meprobamato), los barbitúricos (p. ej., secobarbital) y los hipnóticos afines a los barbitúricos (p. ej., glutetimida, metacualona). Esta clase de sustancias incluyen todos los medicamentos prescritos para dormir y casi todos los medicamentos antiansiedad (ansiolíticos). No se incluyen dentro de esta clase los agentes ansiolíticos no benzodiazepínicos (p. ej., buspirona, gepirona). Algunos medicamentos de esta clase tienen otros usos clínicos importantes (p. ej., como anticonvulsivantes). Como el alcohol, estos agentes son depresores del sistema nervioso central y producen trastornos similares, tanto por consumo de sustancias como inducidos por sustancias. A dosis altas,

los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos pueden ser mortales, en especial cuando se mezclan con alcohol; puede disponer de ellos tanto bajo prescripción médica como en el mercado ilegal. Los sujetos que obtienen estas sustancias por prescripción abusan de ellas ocasionalmente; en cambio, quienes las adquieren en la calle no suelen desarrollar dependencia o abuso. Los medicamentos de acción rápida y los de acción corta o intermedia pueden ser fácilmente productos de abuso.

El *abuso* de sustancias de esta clase puede aparecer por sí mismo o en conjunción con otras sustancias y puede dar lugar a situaciones peligrosas, como conducir bajo su efecto. Los sujetos dejan de cumplir sus actividades laborales o escolares como resultado de la intoxicación, o discuten con la esposa o los familiares a raíz de episodios de consumo de la sustancia. Cuando estos problemas se acompañan de evidencias de tolerancia, abstinencia o comportamiento compulsivo relacionado con el consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, debe considerarse el diagnóstico de dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (DSM IV – TR, 2002).

Es probable que la exploración física revele la existencia de una leve disminución de la actividad del sistema nervioso autónomo, que incluye lentificación del pulso, una débil disminución de la frecuencia respiratoria y un leve descenso de la tensión arterial (que aparece con más probabilidad con los cambios de posición). La sobredosis de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos puede asociarse con un deterioro de los signos vitales, y ésta puede ser la señal de la eclosión de una urgencia médica (p. ej., paro respiratorio por barbitúricos). Puede haber consecuencias traumáticas de accidentes que

aparecen durante la intoxicación (p. ej., hematoma subdural). El consumo intravenoso de estas sustancias puede dar lugar a complicaciones médicas relacionadas con el uso de agujas contaminadas (p. ej., hepatitis e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]) (DSM IV – TR, 2002).

El curso más habitual de los sedantes, implica a jóvenes alrededor de los 20 años, que proceden a la escalada del consumo recreativo de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, hasta el punto de desarrollar problemas que pueden diagnosticarse de dependencia o abuso. Este patrón es habitual entre sujetos que presentan otros trastornos por consumo de sustancias (p. ej., relacionados con alcohol, opiáceos, cocaína, anfetamina). El patrón inicial de consumo intermitente puede llevar al consumo diario y a altos niveles de tolerancia: una vez aparece ésta, cabe esperar consecutivos aumentos de problemas interpersonales, laborales y legales, así como episodios graves de deterioro de la memoria y abstinencia fisiológica (DSM IV – TR, 2002).

Otro curso menos frecuente es el que empieza en un sujeto que obtiene al principio el medicamento por prescripción facultativa, habitualmente para la ansiedad, el insomnio u otros tipos de síntomas somáticos. La tolerancia puede ir aumentando y dar lugar a abstinencia (incluyendo crisis comiciales y delirium por abstinencia (DSM - IV TR, 2002)

Además de las clasificaciones antes mencionadas, el DSM IV – TR (2002) incluye la categoría de trastornos relacionados con otras sustancias (o desconocidas) se reserva para clasificar los trastornos relacionados con sustancias que no se han mencionado. Ejemplos de estas sustancias serían los

esteroides anabolizantes, los nitritos inhalados (*poppers*), el óxido nitroso, medicamentos adquiridos sin receta o prescritos que no se han mencionado en las 11 categorías (p. ej., cortisol, antihistamínicos, benzotropina) y otras sustancias que tienen efectos psicoactivos. Además, esta categoría puede usarse cuando la sustancia específica es desconocida (p. ej., una intoxicación por un frasco de pastillas sin etiquetar) (DSM IV – TR, 2002).

Los *esteroides anabolizantes* producen a veces un aumento de la sensación de bienestar (con euforia), que es reemplazada después de un consumo continuado por falta de energía, irritabilidad y otras formas de disforia. El uso continuado de estas sustancias puede producir síntomas más graves (p. ej., sintomatología depresiva) y enfermedades médicas (p. ej., enfermedades hepáticas). (DSM IV – TR, 2002).

Los *nitritos inhalados* (*poppers*: formas de nitro de amilo, butilo e isobutilo) producen una intoxicación que se caracteriza por un sentimiento de plenitud en la cabeza, euforia leve y cambios de la percepción del tiempo, relajación de la musculatura lisa y un posible aumento de las sensaciones sexuales. Además, el consumo compulsivo de estas sustancias provoca posible deterioro de la función inmune, irritación del aparato respiratorio, disminución de la capacidad de transporte de oxígeno a la sangre y reacciones tóxicas que incluyen vómitos, cefaleas graves, hipotensión y mareo. (DSM IV – TR, 2002).

El *óxido nitroso* (gas hilarante) provoca una rápida intoxicación, que se caracteriza por luces brillantes en la cabeza y una sensación de flotar que desaparece unos minutos después de interrumpir la administración. Se ha señalado la presencia de confusión temporal, pero clínicamente significativa, y

de estados paranoides reversibles cuando el óxido nitroso se consume regularmente (DSM IV – TR, 2002).

Otras sustancias capaces de producir intoxicaciones leves incluyen *catnip*, que produce estados parecidos a los observados con marihuana y a dosis altas se ha indicado que dan lugar a percepciones afines a las del LSD; *betel nut* (nuez moscada) que en muchas culturas es masticada y produce una sensación de flotación y euforia leve, y *kava* (una sustancia derivada de una planta de pimienta del sur del Pacífico), que produce sedación, incoordinación, pérdida de peso, formas leves de hepatitis y anomalías pulmonares. Además, los sujetos pueden presentar dependencia y deterioro a través de la autoadministración repetida de fármacos que se expenden sin receta y fármacos prescritos, entre los que se incluyen cortisol, agentes antiparkinsonianos con propiedades anticolinérgicas y antihistamínicos (DSM IV – TR, 2002).

Como pudo apreciarse en los contenidos anteriores y fundamentalmente apoyados en las clasificaciones y descripciones del DSM IV-TR son numerosas las sustancias con las cuales se reconoce el uso y abuso de las mismas. Así mismo, se pudo conocer como se ha movido el consumo y abuso de estas en Colombia. De igual manera, los referentes citados delimitan con claridad los efectos de diversa índole que se producen con su consumo y abuso. A continuación se presentan datos y estudios que ilustran sobre la complejidad del fenómeno ampliando la comprensión del mismo.

La Oficina de Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito, ONUDD y el Observatorio Interamericano sobre Drogas de la CICAD/OEA, a través del

Sistema subregional de información e investigación sobre drogas en Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay, presentaron el primer estudio comparativo sobre uso de drogas en población escolar secundaria de Argentina Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay, (2006), que si bien no están directamente relacionados con los jóvenes universitarios, amplían el panorama con respecto a la situación que se vive con los adolescentes que en un futuro cercano ingresarán a las instituciones de educación superior, en las cuales, teniendo en cuenta planteamientos revisados a lo largo de este documento, se acentuará y se dará paso a la consolidación de la conducta de consumo si no se le brinda un manejo adecuado.

Los resultados del estudio en mención, dan cuenta de la magnitud del consumo de drogas y algunos factores asociados en la población de estudiantes secundarios, cuyas edades se encuentran mayoritariamente entre los 14 y los 17 años de edad. La muestra de cada uno de los países fue conformada a partir del directorio de alumnos matriculados durante el año escolar en que se desarrolló el estudio. El total de participantes en esta investigación fue de 9.376.203 evaluados. La recopilación de los datos fue realizada en los mencionados países durante el segundo semestre del año escolar 2005. La única excepción entre los países del proyecto subregional fue Bolivia, donde el levantamiento de la información fue realizado el año 2004.

Los resultados obtenidos en el estudio, constatan que en Colombia las prevalencias mostraron coeficientes de variación menores del 5% para las sustancias legales y entre el 5% y 15% para la mayoría de las sustancias

ilícitas. Sustancias como el opio y el hashish presentaron coeficientes de variación mayores del 25% en las prevalencias de año y mes, lo cual puede ser debido a la baja prevalencia de consumo observada para estas sustancias.

Las prevalencias de vida, año y mes más altas corresponden al consumo de sustancias psicoactivas lícitas tales como el alcohol y cigarrillo, presente en todos los grupos de edad estudiados y en proporción creciente a medida que aumenta la edad, con prevalencias de vida de consumo de alcohol y cigarrillo que van desde el 50% y 20% en escolares de 12 y 13 años hasta 92% y 67% en el grupo 18 a 19 años, para cada sustancia respectivamente.

Por sexo, las prevalencias de vida, año y mes, presentan diferencias de 10 puntos porcentuales en promedio, siendo mayor las prevalencias en el sexo masculino. Igualmente fueron mayores las prevalencias de consumo en los estudiantes que habían repetido más de un curso o aquellos que tuvieran problemas de disciplina, con diferencias significativas frente a aquellos estudiantes que no han repetido curso o no han registrado problemas de comportamiento. No se evidenciaron diferencias en el consumo de alcohol y cigarrillo entre los colegios públicos y privados.

A nivel nacional también, las prevalencias de vida, de año y de mes fueron de 74,9%, 61,9% y 50,3% para consumo de alcohol, y 46,5%, 30,6% y 22,7% para consumo de cigarrillos, respectivamente. Por regiones y en las 5 grandes ciudades del país, las prevalencias presentan diferencias significativas registrándose las más altas en la zona andina y las menos altas en la Costa Atlántica.

En orden de frecuencia, le sigue al consumo de alcohol y cigarrillos el uso indebido de los tranquilizantes con una prevalencia de vida, año y mes de 9,9%, 6,3% y 5,0%, respectivamente, sin diferencias significativas de prevalencias por sexo y estimaciones precisas de la prevalencia de vida en más de la mitad de los departamentos del país.

Entre las drogas ilícitas, la marihuana es la sustancia que presenta las mayores prevalencias de vida, año y mes, con 7,6%, 6,6% y 2,3% a nivel nacional, siendo más altas que el promedio nacional en la zona andina, que en el resto de regiones. El consumo de marihuana es significativamente mayor entre hombres que en mujeres y entre estudiantes que han tenido problemas de comportamiento y/o disciplina en el colegio y son repitentes, comparados con los que no han tenido problemas o no han repetido años. De acuerdo al tipo de colegio, se observaron diferencias significativas en las prevalencias de año y mes, siendo mayores las prevalencias en los colegios públicos.

El consumo de estimulantes, inhalables/solventes y éxtasis siguen en orden de frecuencia con prevalencias de vida de 5,6%, 3,8% y 3,3%, y prevalencias de año de 3,3%, 3,3% y 2,8%, respectivamente, que se observan tanto a nivel nacional como a nivel regional y de las 5 grandes ciudades del país. Estas sustancias tienen una prevalencia de consumo significativamente mayor en el sexo masculino que en el femenino.

Los alucinógenos y la cocaína presentan prevalencias de vida del orden de 2,1% y 1,8%, con predominio de uso en el sexo masculino.

En tanto, que el resto de SPA ilícitas presenta prevalencias de baja precisión con errores relativos de las estimaciones por 20%.

Según el tipo de colegio, las prevalencias de vida y año de SPA ilícitas presentan estimaciones confiables para más sustancias en los colegios públicos que en los privados, aunque las prevalencias son muy similares.

Al analizar los resultados globales y comparativos del estudio, se pudo identificar que en los países estudiados se observa presencia de consumo de drogas legales e ilegales en la población de estudiantes universitarios. Entre las SPA legales de mayor consumo se encuentran el alcohol, seguido del cigarrillo. Por su parte, las SPA ilegales de mayor consumo son la marihuana y la cocaína. Una de las consideraciones a tener en cuenta es la de prevalencia de consumo de SPA en hombres, no obstante la brecha con respecto a las mujeres disminuye y se hace evidente el aumento consumidoras y de las SPA que frecuentan.

Cabe resaltar que los hallazgos expuestos sobre el aumento en el consumo de SPA, la exploración de nuevas sustancias y la población que hace uso de las mismas resultan muy cercanos a los que se esbozan en el DSM IV – TR en su versión de 2002.

De otra parte, recientemente se llevó a cabo un Estudio Nacional del consumo de sustancias psicoactivas realizado por el Ministerio de protección social y la Dirección Nacional de estupefacientes en el año 2008, que tuvo como propósito estimar la magnitud de este fenómeno, conocer sus características principales y establecer la percepción social de riesgo asociado a las diferentes sustancias de abuso, entre otros aspectos. Para la obtención de

los resultados que se describirán a continuación, se aplicó una encuesta de hogares en población general de 12 a 65 años, residentes en todos los municipios del país con más de 30.000 habitantes en el área urbana. Se logró entrevistar a un total de 29.164 personas.

Para la recolección y posterior análisis de los datos, se utilizó la metodología SIDUC (Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas). Previamente al trabajo de recolección de información en terreno se realizó un estudio piloto, a partir del cual se hizo la adaptación del instrumento y de los manuales de campo al contexto sociocultural colombiano. En el diseño del estudio y la revisión de sus herramientas metodológicas se consultó a un grupo amplio de expertos y durante todo el proceso se contó con la asistencia técnica del Observatorio Interamericano de Drogas de la OEA.

Los principales resultados de este estudio fueron los siguientes: 1) Cerca de 45% de las personas encuestadas declaran haber consumido tabaco/cigarrillo alguna vez en la vida (56% de los hombres y 34% de las mujeres). No obstante, sólo 17% pueden considerarse consumidores actuales; es decir, han usado esta sustancia al menos una vez en los últimos 30 días (24% de los hombres y 11% de las mujeres). Esta cifra equivale a 3,3 millones de fumadores en el país; 2) Sólo 61% de los encuestados creen que fumar cigarrillo una o dos veces al día es riesgoso para las personas. En cambio, frente al hábito de fumar cigarrillo frecuentemente, 83% consideran que es riesgoso, siendo mayor la percepción de riesgo entre las mujeres que entre los hombres; 3) En cuanto al consumo de alcohol, 86% de los encuestados declararon haber consumido alguna vez en la vida, y 35% dicen haber

consumido en los últimos 30 días (lo que equivale a 6,9 millones de personas). Se observan claras diferencias por sexo: mientras 46% de los hombres manifiestan haber consumido alcohol en el último mes, es decir uno de cada dos hombres, entre las mujeres la cifra es 25%, o sea una de cada cuatro mujeres.

El consumo actual de alcohol, esto es en el último mes, muestra diferencias importantes por edad: mientras en el grupo de 12 a 17 años sólo 20% (uno de cada cinco) declara consumo, la cifra se duplica en los dos grupos siguientes de edad, llegando a 46% entre los jóvenes de 18 a 24 años, y 43% en el grupo de 25 a 34 años. El consumo de alcohol decae en las edades siguientes, aunque sigue siendo mayor que en el grupo más joven: 37% de los encuestados entre 35 y 44 años, y 27% entre los mayores de 45 años.

La mayor proporción de consumidores de alcohol en el último mes se observa en los estratos 5 y 6, con 57% de las personas encuestadas, cifra que se reduce a 27% en el estrato 1. Sin embargo, el consumo de riesgo o perjudicial de alcohol es mayor en los estratos 1 y 2 (43% y 39% de los consumidores, respectivamente), en tanto que en los estratos más altos las cifras se reducen a 28% en el estrato 4 y 20% en los estratos 5 y 6. En el estrato 3, el consumo de riesgo o perjudicial se sitúa en un nivel intermedio de 34%. 4) Se observa una amplia percepción de gran riesgo frente al consumo elevado de alcohol: 79% de los encuestados consideran riesgoso tomar cinco o más bebidas alcohólicas cada día (tragos de licor -aguardiente, ron, whisky, tequila, vodka, etc.- o su equivalente en bebidas como vino y cerveza), y 82% consideran riesgoso

emborracharse con dichas bebidas. La percepción de riesgo es más alta entre las mujeres que entre los hombres.

Adicionalmente el estudio informa que 12.2% de los encuestados presentan un consumo de alcohol que se puede calificar de riesgoso o perjudicial, cifra que equivale a 2,4 millones de personas. En otras palabras, si se considera la población total del país, una de ocho personas tiene un consumo de riesgo o perjudicial de alcohol. Al considerar solamente el consumo en el último mes, se encuentra que uno de cada tres consumidores entra en dicha clasificación; 5) De los 2,4 millones de personas en esta condición, 1,8 millones son hombres y 0,6 millones son mujeres. Es decir, de cada cuatro personas con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol, hay tres hombres y una mujer. Por otra parte, esta condición afecta a casi 20% de la población entre 18 y 24 años, lo que equivale a 670 mil jóvenes en ese grupo de edad; 6) En relación con el uso de sustancias ilícitas, se encontró que 9,1% de las personas encuestadas han usado alguna droga ilícita al menos una vez en su vida, con 14,4% de los hombres y 4,5% de las mujeres.

El uso reciente o en el último año de alguna sustancia ilícita fue reportado por 2,7% de los encuestados, lo que equivale a cerca de 540 mil personas. El consumo reciente es muy superior entre los hombres (4,5%) que entre las mujeres (1,2%). 7) El grupo de edad con mayor prevalencia de uso de sustancias ilícitas en el último año es el de 18 a 24 años, con cerca de 6%, seguido por el grupo de 25 a 34 años, con 3,9%, y el de 12 a 17 años, con 3,4%. 8) En cuanto a estratos socioeconómicos, el mayor consumo reciente de

sustancias ilícitas se encuentra en el estrato 4, con 4.2% de los encuestados, seguido por los estratos 5 y 6, con 2.9%. En el estrato 3 se reporta consumo reciente en 2.8% de los encuestados, y 2.4% en los estratos 1 y 2. 9).

Al igual que en la gran mayoría de países del mundo, la marihuana es la sustancia ilícita de mayor consumo en Colombia. 8% de las personas encuestadas dicen haber consumido esta sustancia al menos una vez en la vida, con aproximadamente 13% entre los hombres y 4% entre las mujeres. 10) Considerando el uso en el último año, el estudio muestra que 2,3% de las personas encuestadas dicen haber usado marihuana al menos una vez durante dicho período: aproximadamente 4% de los hombres y 1% de las mujeres. Estas cifras equivalen a cerca de 450 mil personas.

El mayor consumo se observa entre los jóvenes de 18 a 24 años, con 5%, seguido del grupo de 25 a 34 años (3,2%) y el de 12 a 17 años (2,7%). El consumo es mayor en el estrato 4, con 3,3%, seguido por los estratos 5 y 6, con 2,6%. 11) En cuanto a la percepción de riesgo frente al uso de marihuana, 72% de los encuestados perciben un gran riesgo en probar marihuana una o dos veces, siendo mayor esta percepción entre las mujeres que entre los hombres (76% versus 69%). La percepción de riesgo aumenta en la medida que se consulta sobre un consumo más frecuente. Así, 82% de las personas perciben un gran riesgo en el “uso una o dos veces a la semana” y 89% perciben gran riesgo en el uso tres o más veces por semana. La menor percepción de riesgo se registra entre los jóvenes de 18 a 24 años, grupo en el que el uso de marihuana es más frecuente;

12) Entre los 450 mil consumidores recientes de marihuana aproximadamente 250 mil pueden ser considerados en los grupos de abuso o dependencia, lo que representa casi un 57% del total de consumidores, o 1,3% de la población global del país.

Las mayores cifras se concentran entre los hombres y los jóvenes. De los 250 mil clasificados en abuso o dependencia, 200 mil son hombres y 50 mil son mujeres. De otra parte, entre los jóvenes de 18 a 24 años del país, 2,7% clasifican en las categorías de abuso o dependencia respecto del uso de marihuana (unos 94 mil jóvenes en ese grupo de edad), y entre los jóvenes que declararon uso reciente de esta droga, 53% se encuentran en dichas categorías;

13) En términos de estrato socioeconómico, los mayores niveles de abuso y dependencia se encuentran en los estratos 1 y 2. En efecto, 82% de los consumidores recientes en el estrato 1 clasifican en dichos grupos, mientras que en el estrato 2 son 63%. Las cifras caen a cerca de 30% en los estratos 4, 5 y 6; 14) En relación con la facilidad de acceso o disponibilidad de la sustancia, cerca de la mitad de las personas encuestadas (48%) considera fácil conseguir marihuana, siendo mayor esta percepción entre los hombres que entre las mujeres (54% y 42%, respectivamente).

La percepción de facilidad de acceso es mayor entre los jóvenes de 18 a 24 años (56%) y los adultos con edades entre 25 y 34 años (54%). Entre los más jóvenes (12 a 17 años), 44% consideran que es fácil conseguir marihuana, y 13% reportan que les han ofrecido esta sustancia durante el último año, ya sea para comprar o probar. 15) La cocaína ocupa el segundo lugar entre las sustancias ilícitas de mayor consumo en Colombia. 2,5% de los encuestados

dicen haber consumido cocaína alguna vez en la vida, siendo muy superior el consumo en los hombres que en las mujeres, 4,2% versus 1%.

Respecto al consumo reciente de esta sustancia, 0,7% declaran haber usado cocaína al menos una vez en el último año: 1,3% de los hombres y 0,2% de las mujeres. En otras palabras, cerca de 140 mil personas en el país han consumido cocaína al menos una vez durante los últimos 12 meses. 16) Entre los adultos-jóvenes de 25 a 34 años se observa la mayor tasa de consumo, con 1,4%, seguido del grupo de 18 a 24 años con 1,2%. Ambos grupos dan cuenta del 70% del total de consumidores. 17) De las 140 mil personas que han consumido cocaína durante el último año, 60% clasifican en los grupos en situación de abuso o dependencia; esto es, cerca de 85 mil personas, cifra que representa el 0,4% de la población total del país. Este grupo es mayoritariamente masculino (67 mil de las 85 mil personas) y de adultos-jóvenes con edades entre 18 y 34 años. 18) La percepción de riesgo frente al consumo de cocaína es alta. 83% de las personas encuestadas manifiestan que constituye un gran riesgo “probar una o dos veces” cocaína, sin diferencias importantes entre hombres y mujeres, pero con una menor percepción de riesgo entre la población más joven. Frente al consumo una o dos veces al mes, 88% consideran este uso como de gran riesgo, el que aumenta a un 91% si se trata de tres o más veces al mes.

En términos de facilidad de acceso, 28% de los encuestados creen que es fácil conseguir cocaína, siendo mayor esta percepción entre los hombres que entre las mujeres (33,5% y 23% respectivamente). Los grupos con edades entre 18 y 44 años son los que perciben una mayor facilidad de acceso a esta

sustancia. 19) El tercer lugar entre las sustancias ilícitas que se consumen en Colombia lo ocupa el basuco. 1,1% de los encuestados dicen haber consumido esta sustancia al menos una vez en la vida, cifra que se reduce a menos de 0,2% cuando se evalúa el uso reciente o en los últimos 12 meses. Esta cifra equivale a cerca de 34 mil personas.

La mayoría de ellas (29 mil) son hombres de 25 a 34 años, de los estratos socio-económicos 1 a 3. 20) De estas 34 mil personas, 78% se clasifican en las categorías de abuso y dependencia, o sea más de 26 mil personas. Así, el consumo de esta sustancia representa, proporcionalmente hablando, la mayor tasa de abusadores y dependientes. La gran mayoría son hombres, 24 mil, lo que representa una tasa de abuso o dependencia de 83% entre los consumidores; 21) Otra sustancia ilícita considerada en el estudio es el estimulante de tipo anfetamínico MDMA (3,4-metilenedioximetanfetamina), conocido como éxtasis. 0,9% de las personas encuestadas manifiestan haber consumido esta sustancia alguna vez en la vida. La cifra baja a 0,3% cuando se indaga sobre el uso en el último año, lo que representa a unas 55 mil personas en el país. Los consumidores de éxtasis son mayoritariamente hombres (38 mil), jóvenes con edades entre 18 y 24 años (31 mil), de los estratos socioeconómicos 4, 5 y 6 (21 mil). 22) La percepción de riesgo respecto al uso de éxtasis es elevada: 83% de las personas encuestadas consideran un gran riesgo el consumo de esta sustancia una o dos veces; la cifra aumenta ligeramente (86%) cuando se indaga sobre el riesgo asociado al consumo una o dos veces al mes, y llega a 90% cuando se trata del consumo tres o más veces al mes. No se reportan diferencias significativas por sexo. Con respecto a la

edad, la percepción de riesgo es menor entre los más jóvenes (12 a 17 años). 23) En relación con la facilidad de acceso, solamente el 20% de las personas encuestadas manifestaron que les sería fácil conseguir éxtasis (23% de los hombres y 18% de las mujeres). La mayor facilidad de acceso es percibida por los adultos jóvenes (18 a 34 años), y en el estrato socioeconómico 4. 24) 1,7% de los encuestados dicen haber recibido oferta de éxtasis en el último año, ya sea para comprar o probar. La cifra llega a 4% entre los jóvenes de 18 a 24 años, principalmente en los estratos 4, 5 y 6.

En el estudio se indagó sobre el consumo de heroína, sustancia cuya presencia en Colombia, aunque más reciente y mucho menos conocida que la de otras sustancias ilícitas, ha sido registrada por expertos y por numerosos centros de tratamiento que operan en el país. En contraste con estudios anteriores, en los que las cifras eran inexistente o estadísticamente no significativas, el presente estudio sugiere que el consumo de heroína es ya un problema socialmente relevante que, no obstante, demanda esfuerzos adicionales de investigación para establecer sus características específicas y su verdadera dimensión el resultado que se obtuvo fue: 25) El 0,2% de los encuestados dijeron haber consumido esta sustancia alguna vez en la vida; 0,02% de las personas de la muestra reportaron consumo de heroína en el último año y un porcentaje similar lo hicieron en el último mes. Las estimaciones indican que en el país hay más de 3.000 consumidores de heroína, de los cuales la gran mayoría son hombres.

26) En cuanto al consumo de sustancias inhalables, el estudio indica que 0,8% de las personas de la muestra han consumido estas sustancias alguna

vez en la vida; de ellas, 0,2% lo hicieron en el último año y 0,1% en el último mes. Como es de conocimiento general, el consumo de inhalables aqueja particularmente a menores de edad que habitan en la calle (no cubiertos en este estudio), por lo cual las cifras reales en términos de porcentaje de población y número global de consumidores son incógnitas que se deben resolver en estudios específicos posteriores.

Los resultados del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia – 2008 fueron comparados con las cifras sobre consumo de SPA reportadas recientemente en otros seis países de Suramérica: Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay. A partir de un informe comparativo publicado en el año 2008 por la OEA/CICAD sobre consumo de sustancias en la población general de esos países, se observa el siguiente panorama: 1) El uso actual de tabaco/cigarrillo muestra a Colombia con una de las tasas más bajas entre los países, junto a Ecuador y Perú. 2) Entre las personas de 15 a 34 años de edad, Colombia presenta una tasa de consumo del último mes inferior a las del resto de países, y en el grupo de 35 a 64 años la tasa supera a la Perú y es menor a las de los restantes cinco países. 3) La prevalencia de consumo de alcohol del último mes en Colombia supera levemente a las de Ecuador y Perú, siendo superada por las de los otros cuatro países.

En la población más joven, las tasas de consumo de los siete países fluctúan entre 36% y 59%, siendo la de Colombia 42%. En el grupo de 35 a 64 años de edad, la tasa de Colombia es superior a la de Ecuador, e inferior a las de los otros cinco países.

La marihuana es la sustancia ilícita más consumida en los siete países. Si se considera como indicador el uso reciente o en el último año, el consumo en Colombia entre la población de 15 a 64 años supera las tasas registradas en Ecuador y Perú y es inferior a las de Bolivia, Argentina, Chile y Uruguay. 3) En cuanto a la cocaína, la tasa de consumo alguna vez en la vida entre la población de 15 a 64 años en Colombia es superior a las reportadas en Ecuador y Perú, e inferior a las de los otros cuatro países. El consumo reciente (últimos 12 meses) es superior al de Ecuador, Perú y Bolivia, pero inferior al de Chile, Uruguay y Argentina. Similar situación se observa en lo relativo al uso actual o consumo en los últimos 30 días: superior al de Ecuador, Perú y Bolivia, e inferior al de Chile, Uruguay y Argentina. 4) Considerando los distintos indicadores de consumo de sustancias ilícitas, se podría afirmar que la situación de Colombia es intermedia entre los siete países de Suramérica comprendidos en el análisis, con cifras similares a las de Bolivia, superiores a las de Ecuador y Perú, pero inferiores a las de Argentina, Chile y Uruguay.

Al revisar el anterior estudio, se evidencia pertinencia del estudio llevado a cabo, dado que se puede observar que tanto para el consumo de alcohol, como el de cigarrillo, marihuana y cocaína, las sustancias más consumidas en Colombia, el grupo de edad que oscila entre 18 y 24 años es el más vulnerable a desarrollar el consumo y desencadenar abuso y dependencia de estos psicoactivos. Es específicamente este grupo de edad el que se encuentra en el período de realización de los estudios de carácter superior.

Habiendo concluido la revisión de los diferentes tipos de sustancias psicoactivas y su abordaje desde el contexto Colombiano, diferentes autores

proponen una forma distinta de agruparlas, tal es el caso de Scoppetta y Peña (2002), quienes realizan una subdivisión de estas sustancias, tomando como referente su condición de legalidad e ilegalidad.

Es así como se distingue entonces que dentro del grupo de las sustancias psicoactivas legales, cuya fabricación, comercio, expendio y consumo están permitidos por la ley, aunque regulados, se incluyen el alcohol, el tabaco y los fármacos (medicamentos utilizados para tratamiento por prescripción médica). Entre tanto, las sustancias ilegales son aquellas cuya fabricación, comercio, expendio y consumo están prohibidos por la ley. Dentro de esta clasificación se agrupan la marihuana, la cocaína, el éxtasis, la heroína, el LSD, entre otras.

En fin, cada quien realiza una clasificación a su conveniencia. Sin embargo, el presente estudio se ceñirá a la propuesta por el DSM IV – TR, sin dejar de considerar las que Scoppetta y Peña proponen.

Ya con un panorama más amplio sobre la clasificación de los psicoactivos y las diferentes patologías que se pueden desencadenar por su consumo y abuso, surgen imprecisiones que no permiten aclarar del todo el problema para ofrecer soluciones eficaces, dado que la clasificación del DSM IV – TR solo arroja información sobre las características de cada uno de los subgrupos de psicoactivos. Esto conlleva a buscar explicaciones más complejas que faciliten el determinar las razones por las cuales se inicia, o no, y se mantiene el fenómeno objeto de estudio en la presente investigación.

En este sentido, Becoña (2002) elaboró una revisión del curso y evolución de la conducta de consumo y de aquellas teorías explicativas que permiten dar pasos firmes y contundentes en la explicación del inicio y mantenimiento de esta problemática.

Afirma el mencionado autor que el proceso que se orienta hacia el abuso, dependencia y desarrollo de otras patologías asociadas a los psicoactivos es más complejo, lento y predecible. Este proceso implica diferentes fases que el individuo va escalando o no, a saber: 1) fase previa o de predisposición, 2) fase de conocimiento, 3) fase de Experimentación e inicio de consumo de la sustancia, 4) fase de consolidación, pasando del uso al abuso y a la dependencia; 5) fase de abandono o mantenimiento y 6) fase de recaída.

La *fase previa o de disposición* se refiere a una serie de factores que incrementan o disminuyen la probabilidad del consumo de drogas (factores de riesgo y proyección). Son factores antecedentes de tipo biológico, psicológico y sociocultural que se expondrán en un apartado más adelante.

En apartados siguientes se expondrán detalladamente la naturaleza de los mismos, dada su asociación cercana con evento de inicio de la conducta de consumo de SPA, puesto que se cree que conocer adecuadamente los factores de riesgo y protección y las características de la etapa adolescente es de gran relevancia para el inicio de un trabajo preventivo.

En la *fase de conocimiento de la sustancia*, la persona tiene conocimiento real sobre la existencia de una sustancia que produce efectos negativos. Esta etapa puede conllevar al inicio o experimentación de una sustancia o bien seguir sin consumir.

Se cree que el conocimiento se adquiere por la información que los medios de comunicación difunden, así como la formación que se brinda en las instituciones escolares sobre la temática y por los casos cercanos, o bien lejanos, que hacen referencia a este hecho y que se pueden encontrar a disposición en la familia, en la vecindad, entre el grupo de amigos, etc.

La *fase de experimentación* tiene su inicio, por lo general, en la etapa de la adolescencia.

Becoña sostiene que conforme la persona avanza en edad y en deseo y autonomía, el conocimiento de las drogas se vuelve cada vez más activo. Esto se ve facilitado por el hecho de que en esta etapa los jóvenes sales sin sus padres y amigos y en el medio encuentra facilidad para acceder al consumo de drogas legales, entre otros muchos factores de riesgo, por lo que el simple conocimiento puede convertirse luego en la sensación de tener la primera experiencia.

Con respecto a las otras drogas, su primer acceso puede ser gratis o al comprarla entre varios amigos, dado que la primera unidad puede tener un costo asumible. El problema surge cuando quiere mantener el consumo en niveles superiores al de una prueba.

Es esta fase de experimentación donde diversos enfoques teóricos plantean las asociaciones que se producen en el individuo, tales como, aceptación por parte de sus nuevos amigos, aumento del rendimiento físico o académico, experimentación de estados de euforia y placer, en su mayoría situaciones pasajeras o temporales y que propician el consumo y abuso de las SPA.

De la fase de experimentación, el curso hacia la *fase de consolidación* del consumo, donde se da paso al abuso y la dependencia. El elemento esencial que va a mantener el consumo de sustancia está ligado a las consecuencias, positivas o negativas que siguen a dicho consumo. En función de las mismas, la persona decidirá si continúa o no su consumo. Cuando existe dependencia y ésta se ha manteniendo en el tiempo, se puede decir que hay una adición consolidada.

Las consecuencias estarán en relación al grado de aceptación o rechazo de sus compañeros y amigos, de su familia y de sí mismo, frente a la presentación de esta conducta.

Por otro lado, las consecuencias relacionadas consigo mismo son importantes al considerar el mantenimiento de la misma, ya que la persona también experimenta efectos positivos y negativos, beneficios o problemas que acarrea el consumo, actualmente los jóvenes buscan en el consumo de algunas SPA los efectos necesarios para obtener un fin determinado (mayor concentración, aumento de su creatividad), no obstante, al ser determinante no solo el organismo que la recibe, sino también el estado en el que emocional en el que se encuentre, las consecuencias pueden ir desde un mal viaje hasta la intoxicación.

Se sabe que el estado emocional es una importante variable para el mantenimiento o no del consumo, haciendo escala del uso al abuso y de éste a la dependencia, tal como se explicó en un apartado anterior

En la *fase de abandono o mantenimiento* de la conducta se puede observar una continuidad o no del consumo, dependiendo de si las

consecuencias son más positivas que negativas o viceversa. Quienes abandonan lo hacen por causas internas (problemas de tipo personal, físico, afectivo, familiar, social, etc.) o externas (presión familiar, de los amigos, novia, social, legal, sanitaria, etc.).

La última fase, que puede ocurrir o no, *es la recaída*. La adicción consolidada puede considerarse una conducta difícilmente de extinguir, de allí que las personas que han consumido una sustancia por largos períodos de tiempo y luego la abandonan, con frecuencia recaen. En este caso, el proceso de abandono puede considerarse un largo camino de recaídas hasta conseguir una abstinencia total para hablar de rehabilitación.

Así como Becoña (2002) pone de manifiesto su propia teoría acerca del inicio y mantenimiento del consumo y/o abuso de sustancias psicoactivas, en su libro *Bases Científicas de la Prevención de las drogodependencias*, expone una variedad de formulaciones teóricas, que se enmarcan en la perspectiva cognitivo – conductual, que explican este fenómeno. Estas teorías se clasifican en los siguientes grupos: Teorías parciales o basadas en pocos componentes, Teorías evolutivas y Teorías integrativas y comprensivas, las cuales se expondrán a continuación.

Dentro de las teorías y modelos denominados parciales o basadas en pocos componentes, se incluyen una serie de ellos que se caracterizan por explicar el consumo de drogas con muy pocos elementos o componentes. Esto no significa que las complejas tengan que ser mejores, pero a nivel didáctico y clasificatorio sirve para diferenciar unas de otras.

Como se ha venido mencionando existen diversas teorías que explican el inicio y posterior mantenimiento de la conducta de consumo y/o abuso de sustancias psicoactivas a la luz de la presencia o ausencia de los factores de riesgo y/o protección anteriormente expuestos.

Una de las teorías relevantes para la explicación del consumo de SPA, tratamiento y prevención dentro de este grupo es la teoría del aprendizaje, la cual explica la conducta como un fenómeno de adquisición que sigue unas las leyes del condicionamiento clásico, operante y aprendizaje social (Este último se explicará detalladamente en otro apartado de teorías).

Las teorías del aprendizaje tienen un gran apoyo empírico, dado que se centra en el objetivo central de la intervención preventiva (como le ocurre igual en el tratamiento): cómo se aprende o adquiere una conducta y cómo se pueden aprender conductas nuevas o desaprender o debilitar las conductas que ya están en el repertorio conductual del individuo.

Asumiendo de entre las teorías del aprendizaje, aquella basadas en el aprendizaje por condicionamiento clásico o aprendizaje de señales, se explica la adquisición y mantenimiento del consumo de SPA mediante la asociación inicial de un estímulo neutro o estímulo condicionado (ej., papelina) con el estímulo incondicionado (ej., heroína), lo que da lugar a una respuesta incondicionada (ej., placer) en la cual también aparecerá una respuesta condicionada asociada a la misma (ej., respuesta semejante a la incondicionada; esto es, placer), después del apareamiento una o más veces entre los estímulos y las respuestas, y por el valor e intensidad de la respuesta

incondicionada y su asociación con la respuesta condicionada. El proceso anterior da como resultado que ante la aparición del estímulo neutro o incondicionado se puede producir la respuesta condicionada.

Por su parte, las teorías del aprendizaje basadas en dicho proceso a través de las contingencias o consecuencias del comportamiento explican la conducta del consumo de SPA por el valor reforzante de la autoadministración de SPA, al menos a nivel biológico y de aprendizaje. Las SPA son un potente reforzador (Graña y García, 1994, citado por Becoña 2002), de ahí el que a las personas les guste y las consuman. Lo que no gusta o es aversivo, se desecha o evita (ej., un objeto ardiendo). Como tal reforzador, el mismo mantiene la conducta (de búsqueda y consumo de drogas) por sus efectos gratificantes (reforzamiento positivo) y para evitar los efectos negativos del síndrome de abstinencia que sigue a la falta de esa droga una vez que se ha establecido el proceso de abuso o dependencia (reforzamiento negativo). Los programas de reforzamiento, los estímulos discriminativos, y otros procesos hacen que la conducta de consumo de drogas se asiente rápidamente y sea difícil su abandono o extinción.

Otro modelo propuesto para la explicación del consumo de drogas dentro del grupo de teorías y modelos denominados parciales o basadas en pocos componentes, de igual manera apoyada en las teorías del aprendizaje es el de la afectividad propuesto por Pandina y cols, elaborado en el año 1992, en el cual ésta es considerada un mecanismo clave en la determinación y el control de la conducta, haciendo énfasis en la relación entre el afecto negativo,

un arousal elevado y la vulnerabilidad al abuso de SPA para comprender el desarrollo del mismo consumo.

Asumiendo que la naturaleza de la acción de las SPA es la postulada, cabría esperar que, aquellos sujetos en los que es más probable que encuentren atractiva y deseable la intoxicación con drogas, son los que crónicamente necesitan de niveles elevados de activación (o, de otra manera, que tienen una sensibilidad especial a la estimulación resultante de la activación) y quienes se pueden caracterizar como deprivados crónicamente de reforzamiento positivo.

En los sujetos en los cuales el repertorio del reforzamiento está influenciado por el reforzamiento negativo o castigo son vistos como deprivados de refuerzo. La consecución de estas necesidades y posterior disminución de los estados de ánimo negativos puede, al menos temporalmente, ser alcanzada por el consumo de SPA y la posterior intoxicación, lo cual sirve para activar, por momentos, los circuitos neurales asociados con el reforzamiento positivo y la aproximación. Dada la obtención de placer, aunque sea temporalmente, el resultado de la intoxicación para los individuos con un perfil de alta afectividad negativa-activación, se espera que el uso, una vez iniciado, continuará a través del tiempo y se incrementará en intensidad. Por lo tanto, los sujetos con dicho perfil serán más vulnerables para pasar de un consumo casual a otro experimental o de abuso.

Concluyendo con el grupo de teorías y modelos denominados parciales o basadas en pocos componentes, se detalla a continuación el modelo social de Peele, el cual data desde el año 1985. Este modelo se fundamenta en el rol de las adicciones en nuestro estilo de vida, sosteniendo que no es la sustancia o la

conducta la que produce la adicción sino el modo como la persona interpreta esa experiencia y como responde, tanto a nivel fisiológico, emocional y conductual, a la misma. El modo de enfrentarse al mundo y el modo que tiene de verse a sí mismo influyen de manera clave en la experiencia adictiva. No deja el modelo de reconocer que las experiencias pasadas, así como la personalidad y el entorno social, determinan ese estilo de enfrentarse ante la vida. Las SPA y las conductas que producen adicción se convertirían en muletillas que tiene la persona para afrontar mejor su vida ante situaciones de estrés, ansiedad, dolor, depresión, etc. El problema de la conducta adictiva, dice el modelo es que lleva al individuo a verse como equilibrado con el mundo o bien como derrotado por el mundo, incapaz de hacer frente al funcionamiento cotidiano. El sentido de que la adicción le domina favorece no intentar en la mayoría de los casos superarla o encararse a ella.

Pasando a otro grupo de teorías especiales según Becoña, se abordan las denominadas Teorías de estadios y evolutivas, en las cuales se incluyen aquellas que se fundamentan o inciden, tal como su nombre lo indica, en la explicación de los estadios o en el desarrollo evolutivo de las personas en relación con su madurez y el consiguiente consumo de SPA.

Se empezará con la exposición con la teoría más conocida dentro de este grupo, planteada por Kandel, quien básicamente afirma que el consumo de SPA sigue unos pasos secuenciales, en los que se aprecia que el comienzo por unas primeras sustancias de iniciación (SPA legales) sirve de elemento facilitador para el posterior consumo de otras sustancias, tal como la

marihuana, en un segundo paso, y luego la experimentación en el consumo de todo tipo de SPA ilegales.

La teoría propuesta por Kandel fundamentada en sus investigaciones tanto de tipo longitudinal como transversal, indican la existencia de cuatro etapas por las que pasan los consumidores de SPA ilegales: 1) cerveza o vino, 2) cigarrillos o licores, 3) marihuana, y 4) otras SPA ilegales, tales como, cocaína, éxtasis, heroína.

En la misma dirección de teorías evolutivas Glantz en 1992 propuso un modelo para explicar el abuso de sustancias, al que denomina modelo psicopatológico del desarrollo de la etiología del abuso de drogas. El modelo de este autor está basado en los factores de riesgo que se han encontrado asociados con la etiología del abuso de sustancias (ej., factores neurológicos y genéticos, predisposición a conductas problema, factores psicológicos y psicopatológicos, factores ambientales y sociales) y en los principios básicos del desarrollo y de la psicopatología referida al desarrollo.

En el período neonatal (0-3 meses), Glantz hipotetiza que los niños en alto riesgo serían aquellos que tienen un temperamento que incluye las siguientes características: 1) una mayor labilidad e intensidad del afecto que la media de los niños de esta edad; 2) una menor capacidad para habituarse a nuevos estímulos o adaptarse al cambio; 3) mayor persistencia que la media de los niños de esta edad para responder a las situaciones que producen malestar; 4) más dificultad para ser tranquilizado por sus cuidadores; 5) menor regularidad en los ciclos biológicos. La vulnerabilidad sería el producto de la interacción de las características temperamentales del niño con las personas y

las experiencias de su ambiente. Por lo tanto, el que el niño tenga sólo un temperamento difícil no es una condición suficiente para el posterior abuso de drogas.

A partir de esta teoría, entonces, Glantz propone cuáles serían los niños que tienen alto riesgo desde el nacimiento (3-10 meses) hasta la adolescencia.

Adicionalmente otro modelo que se encuentra agrupado en esta categoría de las teorías de estadios y evolutivas es el de Werch y DiClemente, elaborado en el año 1994, denominado modelo de etapas motivacionales multicomponente. Para Werch y DiClemente existe un continuo de estadios, desde el no uso de SPA hasta el uso continuo. Estos estadios son cinco: 1) precontemplación, cuando no se considera utilizar SPA; 2) contemplación, cuando se piensa seriamente en iniciar el consumo de SPA; 3) preparación, cuando se pretende utilizarlas en el futuro inmediato; 4) acción, cuando se inicia el consumo, generalmente en compañía de un grupo; y, 5) mantenimiento, cuando persiste el consumo, en donde el contacto y la experiencia con el mismo, generan consecuencias que determinan la continuidad.

Por su parte, el modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes de Kim, Crutchfield, Williams y Hepler (1998), se fundamenta en las teorías del control social, el modelo del desarrollo social, la teoría de la conducta problema, la teoría del aprendizaje social y la teoría de los estados-expectativas. El modelo determinaba los factores de riesgo con los que un joven podría contar, no obstante, dicho hallazgo les permitió a su vez identificar actitudes y comportamientos favorables para afrontar las

dificultades y situaciones de riesgo, propias de su entorno, entre ellas las relacionadas con el consumo de SPA, por tanto, la presencia de un adecuado apoyo familiar y social, cuidado y apoyo de los adultos en la vida del joven, altas expectativas sobre el joven por parte de otras personas significativas para él en su entorno social, la oferta para el desarrollo de habilidades para la vida que tengan implicaciones relacionadas con lo laboral, oportunidades relevantes para asumir responsabilidades, oportunidades para participar y contribuir significativamente a los asuntos de tipo social, cultural, económico y público en diferentes instancias, la presencia de refuerzo de su rendimiento por parte de otras personas para él relevantes en la escuela, la casa y por los otros adultos en su ambiente social; se pueden convertir en factores protectores del consumo de SPA.

También se encuentra en la dirección señalada, el modelo de la madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie, elaborado en 1996, que pone su énfasis en la importancia de la autorregulación, cuyos elementos claves son el control personal y la eficacia. Cuando estos fallan, el individuo responderá a sus necesidades inmediatas y a las presiones situacionales inmediatas; para el autor, a pesar del inicio y desarrollo del consumo de SPA en los jóvenes, a medida que aumenta su edad, aumenta el sentido de responsabilidad personal con relación a su futuro, lo que facilita moderar de las conductas excesivas que impiden el logro de sus objetivos y por ende, la disminución en el consumo de las sustancias.

Otra teoría nombrada por Becoña es la Teoría de la Socialización Primaria propuesta por Oetting, Donnermeyer, Deffenbacher, Trimble y

Beavais, 1998. Esta teoría busca solventar las limitaciones de las teorías anteriores dado que analizan un sólo aspecto del problema (ej., variables biológicas, psicológicas o sociales) o no indican los elementos de unión de unos componentes con otros.

La premisa fundamental de la Teoría de la Socialización Primaria es que a pesar del papel primordial de lo biológico en la conducta humana, esencialmente todas las conductas sociales humanas son aprendidas o tienen componentes principales que son aprendidos. Por su parte, las conductas sociales desviadas, tales como el uso de SPA, la delincuencia y la violencia, están entre estas conductas sociales aprendidas. La desviación no es simplemente una situación defectuosa que ocurre cuando hay una ruptura en los vínculos y normas prosociales; tanto estas como las desviadas son activamente aprendidas en el proceso de la socialización primaria.

Para Oetting y colaboradores, hay unas fuentes de socialización primaria que influyen sobre el individuo: la familia, la escuela y el grupo de pares; influencias indirectas en la socialización primaria: rasgos de personalidad; y, fuentes de socialización secundaria, como son las características de la comunidad en la que se encuentra el sujeto. Lo anterior puede explicar la relación entre un adecuado vínculo o relación con las fuentes de socialización y comportamientos prosociales que le permitan al sujeto hacer frente a los riesgos presentes en la interacción con su entorno.

Respecto al papel que tiene la socialización primaria en el consumo de drogas, esta teoría indica que éste se puede producir por dos vías: 1) la adicción a las SPA ocurre como un resultado de la socialización, la interacción con un

entorno que promueva y facilite el uso de SPA, hace más probable la presentación del fenómeno y 2) por la dependencia de un estilo de vida basado en el consumo de drogas, en donde el sujeto a asociado el consumo con el alivio temporal de aspectos emocionales.

Concluyendo con la exposición del grupo de teorías evolutivas, seguidamente se da paso al abordaje de las teorías integrativas y comprensivas, las cuales proporcionan una explicación de la conducta de consumo de SPA, a partir de la integración de diversos componentes de distintas teorías, o bien plantean una teoría comprensiva que permite explicar por sí sola dicha problemática, de acuerdo a la clasificación que se ha venido usando, como ya se mencionó, propuesta por Becoña.

Una teoría muy conocida es la de La Conducta Problema de Jessor y Jessor Desde su formulación en 1977, ha sido un punto de referencia, y recientemente han hecho algunas reformulaciones a partir de las cuales han elaborado una nueva teoría, la denominada Teoría para la Conducta de Riesgo de los Adolescentes.

En su última formulación, la Teoría de la Conducta de Riesgo de los Adolescentes, Jessor considera unos factores de riesgo y protección, unas conductas de riesgo y unos resultados de riesgo. Da un gran peso para la aparición de las conductas de riesgo en los adolescentes a la pobreza organizada socialmente, la desigualdad y la discriminación, los cuales son un elemento fundamental en mantener una parte de la población adolescente en lo que se ha denominado en riesgo, como la relación del individuo con su entorno puede genera cambios en el comportamiento, se hace evidente la presencia de

comportamientos de riesgo en las diferentes etapas del desarrollo, no obstante la presencia de los mismo no implica que los factores de riesgo prevalezcan sobre los de protección, lo que a su vez permite inferir como planteamiento de Jessor, que la intervención e influencia sobre el individuo y su contexto social, son necesarios para la generación de comportamientos y estilos de vida saludables.

La implicación que tiene esta teoría tanto para la prevención como para la intervención es que un abordaje comprensivo es más eficaz que un abordaje parcial. Además, con un abordaje comprensivo es más probable que sea exitoso y que los efectos se mantengan a largo plazo.

Otra de las llamadas teorías integradoras es la Teoría del Aprendizaje Social, red denominada más actualmente como Teoría Cognitiva Social, o Socio-Cognitiva, propuesta por Bandura, en el año 1986, siendo una de las teorías más utilizadas e importantes dentro del campo de las drogodependencias que se basa en los principios del aprendizaje, la persona y su cognición junto a los aspectos del ambiente en que lleva a cabo la conducta. Esta ofrece un panorama amplio, al considerar los elementos que conllevan al inicio, mantenimiento y abandono del consumo de SPA.

Bandura, plantea la existencia de tres sistemas implicados en la regulación de la conducta: 1) el primer sistema se refiere a los procesos de condicionamiento clásico, se puede establecer los acontecimientos o estímulos externos, que determinan la conducta, 2) el segundo sistema serían las consecuencias de la conducta en forma de refuerzos externos, y que ejercerían su influencia a través de los procesos de condicionamiento operante o

instrumental; y, 3) el tercer sistema estaría constituido por los procesos cognitivos mediacionales, que controlarían la influencia del medio, priorizando la atención de los estímulos, la percepción de los mismos y la propia influencia que éstos ejercerán en futuras conductas.

La teoría del aprendizaje social insiste hoy en el concepto de autoeficacia como un componente central de la misma y como el elemento explicativo más importante relacionado con la adquisición, mantenimiento y cambio de la conducta. Es una teoría comprensiva de la conducta humana en tanto que considera a un tiempo tanto los factores de aprendizaje (condicionamiento clásico, operante y vicario), los procesos cognitivos, y el contexto social en el que vive y se desarrolla la persona. La teoría hace alusión a las percepciones que tienen los individuos de su capacidad de actuar, por su parte la autoeficacia percibida afecta los niveles de motivación y el logro del mismo a través de su capacidad para afrontar los cambios de la vida, es allí donde la teoría cobra importancia para la comprensión del uso y abuso de sustancias, dado que la opción de consumo en algunos casos está determinada por las propias expectativas de resultado del sujeto, que él considera que no puede alcanzar con sus propios recursos. Los cambios en el entorno del individuo, unidos a un bajo nivel de autoeficacia, podrían ser en conjunto factores determinantes en la decisión de inicio y mantenimiento del consumo.

Otra teoría integradora según Becoña (2002), es El Modelo de Autocontrol de Santacreu y Frojan (1992), el cual explica la génesis y

mantenimiento del consumo de drogas basado fundamentalmente en el autocontrol y partiendo del modelo biopsicosocial.

Estos autores consideran que el desarrollo de la génesis del problema surge por el intento del adolescente de conseguir fuentes de refuerzo alternativas a las que ya tiene o le ofrecen, concretamente para buscar independencia del refuerzo paterno y, al tiempo, conseguir cierta capacidad de autocontrol. Por su propio desarrollo evolutivo, el adolescente busca refuerzos alternativos a los que hasta ese momento obtenía en la familia. El autocontrol se aprende durante la adolescencia, cuando la persona tiene la posibilidad de elegir y puede organizar su tiempo y sus objetivos. El autocontrol lo puede adquirir para respuestas aisladas o bien adquirir una habilidad general de autocontrol. A su vez el proceso de autocontrol se va adquiriendo a través de la ejecución de distintas conductas por parte del individuo, lo que implica a su vez una interacción con el medio en que ésta se lleva a cabo.

Algunas de las habilidades de autocontrol características son la resistencia a la agresión tras la frustración, la resistencia a la transgresión, la regulación de la autoadministración de refuerzos y la resistencia a la tentación, todas ellas relacionadas con experiencias y situaciones propias de los individuos en especial en la etapa adolescente, la no presencia de dichas habilidades aumenta la probabilidad del individuo de aceptar no solo el consumo, sino también conductas asociadas al mismo, a manera de ejemplo, es de cierta manera lo que puede experimentar un adolescente que acompaña por primera vez y a partir de ahí de forma regular, a las llamadas barras bravas de un equipo de fútbol, si los comportamientos propios de la barra incluyen

consumo de SPA, agresiones y otras conductas inadecuadas y por su parte el adolescente no cuenta con las habilidades de autocontrol, se podría esperar la incorporación de dichas conductas en su repertorio.

Por otra parte también se encuentra la Teoría de la Influencia Tríadica de Flay y Petraitis (1995), la cual es una teoría comprensiva que agrupa varios elementos de distintas teorías relevantes que se han utilizado en el campo de la salud y en el campo de las drogodependencias. Dicha teoría considera varios niveles para explicar las causas de la conducta que van desde los niveles más próximos, pasando por los lejanos y finalizando en los últimos o finales. Estos se relacionan con tres grupos de influencia que se mueven a lo largo de esos niveles: 1) las influencias culturales y ambientales sobre el conocimiento y valores que influyen las actitudes, 2) las influencias contexto - situación social sobre los vínculos sociales y el aprendizaje social, influyendo las creencias sociales normativas; y, 3) las influencias intrapersonales sobre la determinación y control de uno mismo y las habilidades sociales, que conducen a la autoeficacia. A su vez, junto a estos elementos generales, hay un importante número de interacciones e influencias, tanto entre los grupos de influencia como entre los niveles.

Ampliando la información al respecto, Flay y Petraitis (1995), consideran que la conducta es fruto de la interacción entre la situación, la persona y el ambiente. Al mismo tiempo, las influencias actitudinales, sociales e intrapersonales influyen de modo independiente y afectan de modo interactivo las decisiones sobre actuar o no de un cierto modo (ej., consumir o no una sustancia). Los elementos intermedios de influencia que considera son:

1) lo que el individuo extrae desde sus ambientes, situaciones y rasgos básicos; 2) las expectativas que tiene sobre la conducta y su evaluación de esas expectativas; y, 3) sus cogniciones relacionadas con la salud. Un elemento final de la teoría que tiene una gran relevancia es la toma de decisiones; según esta teoría, la toma de decisiones es un proceso dinámico, esto es, la decisión inicial y las experiencias con las conductas relacionadas con la salud, proporcionan feedback al sujeto, e influyen en las sucesivas decisiones sobre las mismas. Esta teoría lo que pretende es considerar tanto los factores directos como los indirectos que afectan a la conducta problema, igualmente pretende que sirva para explicar tanto las conductas habituales como las nuevas conductas, en este caso el consumo de SPA.

En adición a las teorías anteriores, Thornberry, en 1996 propuso una Teoría Interaccional de la Delincuencia aplicable al consumo de SPA. La misma combina elementos de las Teorías del Control Social y del Aprendizaje Social. Según la misma, la conducta desviada es el resultado de la distancia entre el vínculo persona-sociedad y la presencia de un ambiente social pobre donde exista menos probabilidad de que la conducta adecuada puede ser aprendida y reforzada. Las conductas delincuenciales se desarrollan de modo dinámico a lo largo del curso de la vida, donde interactúan múltiples procesos a lo largo del tiempo. Entonces la conducta desviada es asumida como una causa de la débil relación entre individuo y sociedad al igual que las implicaciones que esas desviaciones tienen sobre la misma. Por ello, el primer elemento relevante para que se produzca una conducta delincencial es tener bajos vínculos convencionales. De ahí que aquellos adolescentes que están

estrechamente unidos a sus padres, que creen en los valores tradicionales y que están claramente comprometidos con la escuela y otras actividades similares, tienen pocas probabilidades de implicarse en conductas delincuenciales. Además, cuentan como factor protector con el hecho de mantener adecuadas redes sociales, con lo que a su vez disminuyen las probabilidades de generar conductas delictivas. Por otra parte, si los lazos convencionales son débiles o inexistentes y además los controles sociales sobre la conducta son pocos, las oportunidades para delinquir aumentan. Sin embargo, debe existir una fuerte relación entre un ambiente social en que se pueda aprender la conducta delincencial y el refuerzo de la misma, para que se produzca un patrón estable de delincuencia. Por ello, estar con pares delincuentes, con valores delictivos, hace probable la consolidación de la conducta.

Con todo, como insiste esta teoría, la relación entre estas variables es dinámica y no estática, bidireccional entre las variables y modulado por el período evolutivo de la persona a lo largo del tiempo. Por lo mencionado anteriormente en la Teoría Interaccional de la Delincuencia, el punto de relación con el consumo de SPA, se encuentra en los vínculos y el refuerzo que puede tener la sociedad consumidora y el individuo y a su vez la ausencia de un ambiente social que facilite los comportamientos protectores entorno al consumo de las sustancias.

Cerrando la presentación de las teorías explicativas planteadas por Becoña, cabe mencionar el Modelo Integrado General de la Conducta de Uso de Drogas, planteado por Botvin en 1999, que se fundamenta en la Teoría del Aprendizaje Social, en la Teoría de la Conducta Problema, en el Auto

Desprecio, la Comunicación Persuasiva, la Teoría del Cluster de Iguales y el Constructo de Búsqueda de Sensaciones.

Se mencionan tres componentes centrales y varios factores los cuales explican la conducta de consumo de SPA, los componentes históricos y formativos; los sociales y los personales, dentro de cada uno de ellos se diferencian varios factores: los demográficos, biológicos, culturales y el ambiente para los componentes históricos y formativos; factores de la escuela, familia, medios de comunicación y pares para los factores sociales; y, las expectativas cognitivas, las competencias y habilidades personales, las habilidades sociales y los factores psicológicos para los factores personales.

Al concluir con la exposición del último grupos de teorías que plantea Becoña, se deja claro que aún entre los abordajes teóricos propuestos para explicar la conducta del consumo de psicoactivos, se emplea un enfoque integrativo, donde diferentes teorías, que quizás ofrecen una revisión parcial de la problemática, se complementan con otras que estudian el fenómeno desde otra perspectiva y/o haciendo énfasis otros elementos, para dar como resultado una explicación completa de una problemática tan compleja como la asociada al consumo de sustancias psicoactivas. Es este ejemplo el que invita a un más a seguir concibiendo el fenómeno objeto de este estudio como un fenómeno multicausal que requiere un abordaje multimodal.

Habiendo logrado recopilar una gama de información que permite distinguir los diferentes tipos de sustancias, las patologías consecuentes más relevantes, el curso de evolución de la problemática, así como algunas teorías y modelos que explican su inicio, mantenimiento y consolidación, al igual que la

interrelación entre ellas y ellos, se considera importante entonces, revisar las propuestas que autores realizan para lograr una evaluación rigurosa que no permita dejar a un lado elementos relevantes para su comprensión, entendiendo que éste es el paso más importante a seguir si se quiere luego realizar prevención y abordaje adecuado del fenómeno. Ésta es una de las razones por la que el presente estudio se enfoca a la realización de un diagnóstico y por la que el autor decidió no llevar a cabo un abordaje a priori, sin haber hecho una caracterización previa, usando métodos objetivos y eficaces de medición.

Cabe resaltar algunas opiniones sobre las investigaciones realizadas en el tema de las SPA, “Los estudios de carácter cuantitativo sobre el uso/abuso de las SPA en América Latina tienden a concentrarse sobre todo en la epidemiología, los casos clínicos y sus respectivos controles; y en los cualitativos la tendencia es a indagar acerca de las experiencias subjetivas "a fin de comprender el fenómeno desde la perspectiva de los actores y desde las situaciones que provocan la concurrencia de éstos a situaciones de consumo" (Baeza, 2008, : 217).

Algunas investigaciones pretenden identificar y comprender los factores que conducen a los jóvenes a la búsqueda de drogas ilícitas. Santos, Magalhães, Ferreira y Arantes, (2008) realizan una investigación cualitativa recogiendo relatos de cuatro jóvenes con diagnóstico de dependencia a sustancias químicas, y encontraron que el primer contacto con las drogas se da en la interacción con los amigos.

Parra y cols (2011) plantean que el tema de mayor interés en la investigación de adicción a SPA es la evaluación de la eficacia de los

tratamientos. Señalan que durante tres décadas de investigación en el tema se ha demostrado que el tratamiento, independientemente de la modalidad o centro, genera una recuperación significativa en las personas adictas, aun cuando las tasas de recaídas son elevadas para la mayoría de los tratamientos.

Caballo (2008), por su parte, expone que la evaluación de cualquier problemática tiene como objetivo diseñar y aplicar una intervención adecuada para el trastorno. Para el caso del trastorno asociado al consumo de sustancias psicoactivas, se necesita obtener información esencial sobre el trastorno, tales como a) nivel de gravedad (consumo, abuso o dependencia), b) Intoxicación, c) Síndrome de abstinencia, d) Trastornos psicopatológicos asociados, e) estado psicológico y curso del trastorno, f) estado físico y médico, g) estado social (económico, estatus laboral, pareja, problemas legales, detenciones, etc.); h) Red de apoyo social (familiar, social, amigos, etc.), i) valoración global del individuo y 10) pronóstico.

Los numerales a, b, c y d se evalúan a la luz de los criterios diagnósticos del DSM IV- TR, 2002, mientras que el estado psicológico, que proporciona datos sobre el estado actual del individuo, se utilizan distintas escalas y cuestionarios e incluso se hace uso de valoración neuropsicológica en caso de necesitarse.

De otro lado, explica que muchas personas desarrollan enfermedades directamente relacionadas con el consumo de la sustancias (por ejemplo, cirrosis por el consumo de alcohol, enfisema por el consumo de tabaco, hepatitis o VIH por el consumo de heroína vía parental, problemas cardíacos

por el consumo de cocaína) que condicionan la aplicación del tratamiento, dado que implican la inclusión de tratamiento médico junto con el psicológico, razón por la cual es importante evaluar este aspecto.

Una visión clara de cada uno de los aspectos a evaluar permite establecer un pronóstico sobre lo que se puede hacer, el cómo y cuándo se debe efectuar una intervención adecuada, que en muchas ocasiones debe ser amplio e interdisciplinar (Becoña, 2008 citado por Caballo, 2008).

Los datos, variables, áreas que se han esbozado hasta este punto, pueden ser suministrados a través de la entrevista conductual a partir de dos niveles: 1) la evaluación específica en la que se valora la amplitud y las circunstancias del consumo de drogas (tipo de droga, dosis consumidas, vía de administración, momentos de consumo máximo y circunstancias en las que tiene lugar) y 2) la evaluación de otras conductas relacionadas con el consumo de drogas, en la cual se incluyen aquellas conductas problemáticas que suelen ser causa o consecuencias del consumo (condiciones físicas y estado de salud general; el grado de cohesión social y familiar; la situación económica; la situación ante la ley; las condiciones psicológicas y el repertorio de conductas del sujeto).

La decisión de la pertinencia de la intervención en alguna de esas áreas, dependerá de la intercesión de dos factores: 1) el interés por el bienestar global de la persona y 2) la previsión de que estos comportamientos problemáticos puedan ser facilitadores y actuar como estímulos antecedentes del consumo de drogas (Becoña, 2008 citado por Caballo, 2008).

Una variable crucial en la evaluación del drogodependiente es conocer la motivación de la persona para el cambio, para lo cual diseñaron un instrumento que media la disposición de la población para cambiar un hábito, tal como lo es el uso y abuso de diferentes SPA, el instrumento es conocido como, la escala University of Rhode Island Change Assessment (URICA), de Prochaska DiClemente, (1992), y el Cuestionario para Evaluar Estadios de Cambio en Drogas Ilegales de Sánchez y Hervás (2002). De igual manera, una gran proporción de personas que demandan tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas tienen también otros problemas, como trastornos de ansiedad y depresión, los cuales han de ser valorados para determinar si es necesario un tratamiento adicional. Un instrumento que puede ser de gran utilidad para cumplir con este objetivo es la Lista de Comprobación de síntomas 90 – R, Derogatis, (1994), un cuestionario de auto informe clínico multidimensional que valora los síntomas psicopatológicos y el malestar psicológico de la población normal y psiquiátrica en nueve dimensiones específicas (Becoña, 2008 citado por Caballo, 2008).

A pesar de la existencia de cuestionarios, estandarizados o no, que evalúan los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas de manera global, se hace necesario elaborar una evaluación específica para el alcohol, la nicotina y las drogas ilegales, cuyo abordaje ha sido mejor documentado con relación a otro tipo de sustancias. Se cree importante la realización de esta distinción, puesto que cada psicoactivo posee características y condiciones especiales que han de ser estudiadas al detalle. No obstante, para efectos del presente estudio que tiene como objetivo realizar un estudio diagnóstico del

consumo y abuso de las SPA en jóvenes universitarios, se realizará una medida global de este fenómeno.

Por tanto, la evaluación del alcoholismo ha de considerarse desde una perspectiva multidimensional (evaluación conductual, exploración clínica, marcadores biológicos, evaluación multidisciplinar), puesto que la historia de la dependencia alcohólica de un individuo es función de una interrelación de factores biológicos, psicológicos y ambientales. Los cuestionarios, de tipo auto informe, más utilizados en clínica son: el Cuestionario de Proyección (CAGE) de Ewing y Rouse, (1968), que detecta problemas de alcohol tanto en poblaciones no seleccionadas, como en bebedores habituales; el Test de Discriminación del Alcoholismo de Michigan (MAST) de Selzer, M.L (1967), que tiene como objetivo la identificación de problemas relacionados con el consumo de alcohol y medida de gravedad de los mismos; otro más es el Munich Alcoholims Test (MALT) de Feuerlin W, Ringer C, Kufner H, Antons K, (1977), utilizado para diagnosticar dependencia del alcohol, es un cuestionario mixto que consta de dos partes la primera debe ser diligenciada por el médico y la segunda por el paciente, el test, en caso de ser positivo, identifica personas con riesgo de dependencia ante la sustancia; el Cuestionario Breve de Alcoholismo (CBA) de Feurlein, (1976) indicado para la detección precoz de la dependencia al alcohol y por último el Alcohol Use Disorders Identification (AUDIT) de Ustün B y cols, (1997), que es un cuestionario auto aplicado de fácil elaboración, fue desarrollado como parte de un estudio colaborativo de detección de los problemas relacionados con el consumo de alcohol en atención primaria en seis países y bajo el acompañamiento de la

Organización Mundial de la Salud (OMS), que recomendó su uso y validación en varios países. Igualmente se utilizan los instrumentos de tamizaje y escalas psicométricas para evaluar problemas de alcohol y otros posibles problemas asociados al consumo de alcohol, como la ansiedad (por ejemplo, Ansiedad manifiesta de Tylor; Ansiedad estado – rasgo), depresión (Inventario de depresión de Beck), déficit de asertividad (Inventario de Asertividad de Rathus), escalas de ajuste marital, locus de control, etc (Becoña, 2008 citado por Caballo, 2008).

Otro instrumento de valoración que se utiliza es la entrevista conductual, en las que hay que cubrir elementos la definición de cómo opera el problema, evaluación del consumo de alcohol y otras drogas (paciente, cantidad, frecuencia, patrón de bebida, último consumo, duración del problema, consecuencias negativas, síntomas según el DSM IV, evaluación de las necesidades de desintoxicación); evaluación de otros problemas asociados y evaluación de la violencia doméstica (Becoña, 2008 citado por Caballo, 2008).

En la dependencia a la Nicotina se evalúan variables demográficas, variables relacionadas con el consumo, intentos de abandono o reducción de cigarrillo previos, tiempo de abstinencia, razones para dejar de fumar en intentos previos, razones para dejarlo actualmente, cambios en el funcionamiento psiquiátrico del sujeto cuando ha dejado de fumar, tratamientos a los que se ha sometido, causas de las recaídas, apoyo social, creencias sobre la incidencia del tabaco en la salud, síntomas o molestias asociados a la conducta de fumar, consumo de alcohol, café, de otras drogas o medicamentos y expectativas sobre el tratamiento (Becoña, 2008 citado por Caballo, 2008).

Las medidas que han mostrado tender más utilidad para valorar el grado de dependencia a la nicotina son los criterios diagnósticos del DSM IV – TR (2002), el Cuestionario sobre el Hábito de Fumar de Becoña (2008) y las escalas de Fagerström (1978), (Cuestionario de Tolerancia, Test de Fagerström de Dependencia a la Nicotina), este último autor sostiene la premisa que la nicotina es el reforzador primario de fumar. Adicionalmente se hace uso de autorregistros, el cuestionario de la emoción para fumar, entre otros (Becoña, 2008 citado por Caballo, 2008).

Con respecto a la evaluación del trastorno por abuso y dependencia de SPA ilegales, se cuentan con entrevistas estructuradas y semi – estructuradas que proporcionan una visión más clara del problema, tales como El índice de gravedad de la adicción, (T-ASI) de Kaminner, Buckstein y Tarter (1991), que evalúa diferentes áreas de la vida del individuo y aporta una puntuación de gravedad para cada una de ellas. El Índice de Gravedad de la Adicción (EuropASI) de Llelan, (1990), que es la versión europea del (T-ASI) instrumento diseñado para conseguir información relevante para la evaluación clínica inicial de los pacientes con problema de abuso de SPA. Para complementar la evaluación, se hace necesario la utilización de cuestionarios e inventarios que permiten determinar el abuso o la dependencia de SPA, entre los que se encuentran el Test de Evaluación para el Consumo de Drogas (DAST) de Skinner, (1982) cuestionario breve que permite determinar el índice cuantitativo de los problemas relacionados con el consumo de SPA, (Ver anexo E). En el caso de la heroína se puede utilizar el Cuestionario de

gravedad de dependencia de Opiáceos (Becoña, 2008 citado por Caballo, 2008).

Factores de Riesgo y de Protección

En la fase que expone Becoña (2002) denominada *previa o de disposición* para el inicio del consumo de sustancias psicoactivas, éste se refiere a una serie de factores que bien, incrementan o disminuyen, la probabilidad del consumo de drogas (factores de riesgo y protección), los cuales tal como se subrayó con anterioridad, se deben identificar si se desea realizar una adecuada valoración y posterior intervención de la problemática de consumo de psicoactivos. No obstante, en las etapas subsiguientes al curso de esta problemática, también se ponen de manifiesto un conjunto de factores que permiten la consolidación y mantenimiento de la misma.

Obviamente se entiende que estos factores por sí solos no representan realmente una explicación del inicio, consolidación o mantenimiento del fenómeno, puesto que con seguridad, todos intervienen y se encuentran presentes en el problema, pero ninguno de ellos tiene, por separado, la capacidad de explicarlos (*Pérez y cols, 2002*). Es esta la razón por la que el autor del presente estudio propone realizar una evaluación diagnóstica que contemple todos los factores asociados, en sus diferentes niveles.

Los factores que tienen una incidencia negativa en cualquier tipo de problemática, se denominan factores de riesgo, haciendo referencia a toda condición física, social, biológica o psicológica, cuya presencia o ausencia, incrementa la probabilidad de ocurrencia del evento estudiado como efecto (*Maya y Torres, 2000*).

Clayton (1992) ha insistido en que existen varios principios generales que se deben siempre tener en cuenta cuando se habla de los factores de riesgo, que para él son cinco: 1) los factores de riesgo pueden estar presentes o no en un caso concreto. 2) La presencia de un solo factor de riesgo no es garantía para que vaya a producirse el abuso de drogas y, por el contrario, la ausencia del mismo no garantiza que el abuso no se produzca. Lo mismo sucede en el caso de los factores de protección. El abuso de drogas suele ser probabilístico y, en todo caso, es el resultado de la intervención conjunta de muchos factores influyendo en ello. 3) El número de factores de riesgo presentes está directamente relacionado con la probabilidad del abuso de drogas, aunque este efecto aditivo puede atenuarse según la naturaleza, contenido y número de factores de riesgo implicados. 4) La mayoría de los factores de riesgo y de protección tienen múltiples dimensiones medibles y cada uno de ellos influye de forma independiente y global en el abuso de drogas. Y, 5) las intervenciones directas son posibles en el caso de alguno de los factores de riesgo detectados y pueden tener como resultado la eliminación o la reducción de los mismos, disminuyendo la probabilidad del abuso de sustancias. Por el contrario, en el caso de otros factores de riesgo, la intervención directa no es posible, siendo el objetivo principal atenuar su influencia y, así, reducir al máximo las posibilidades de que estos factores lleven al consumo de drogas (Becoña, 2002).

Por su parte, Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado (2000), revisaron extensamente los factores de riesgo y protección, los cuales que agrupan en

ambientales/ contextuales, individuales (genéticos, biológico-evolutivos y psicológicos) y factores de socialización (Becoña, 2002).

Entre los factores relacionados con condiciones del medio ambiente, se encuentran el manejo de una publicidad direccionada a que el ser humano adquiera total confort, desencadenando un contexto que implica que el consumo de determinadas sustancias proporcionará las emociones, capacidades, status y poder a quienes las consuman. En segundo lugar, la aceleración constante del ritmo de vida que ha traído consigo modificaciones en las formas de relación, las estructuras de organización y los sistemas de valores, lo que ha dado lugar a un aumento de situaciones productoras de ansiedad y una disminución de aquellas que facilitan la comunicación.

A lo anterior se añade un fenómeno de moda que lleva a valorar (a través del cine, la televisión y la propaganda) formas de vida que son disonantes con la realidad que exigen uniformidad universal, pese a las diferencias entre regiones y países. La deficiente situación económica a nivel mundial agrava la situación, pues el futuro se proyecta amenazador y sin esperanzas que conlleva a pensar que sin importar lo que se haga, todo saldrá mal (*Pérez y cols* 2002).

Para concluir la exposición del autor en mención sobre los factores de riesgo asociados al consumo de drogas, se menciona la disponibilidad o fácil acceso a los SPA y la tendencia a la improvisación, característica de la cultura latina, especialmente en la falta de consistencia y reflexión de las políticas de salud pública.

Becoña (2002), además realiza una clasificación adicional de los factores de riesgo comunitario, dentro de los que incluye la deprivación económica y social, la desorganización comunitaria, los cambios y movilidad de lugar, las creencias, normas y leyes de la comunidad favorables hacia el uso de drogas, la disponibilidad y accesibilidad a las drogas y la percepción social del riesgo de cada sustancia.

Entre los factores de riesgo de tipo biológico, se puede distinguir dos especialmente, como son el sexo (masculino) y la edad. Respecto a la edad, la probabilidad de consumo a los 6 años es baja, mientras que a los 16 es alta (Becoña, 2002).

Dentro de los factores de socialización incluyen los factores familiares, los factores relacionados con la influencia del grupo de iguales y los factores escolares. Específicamente, para los factores familiares consideran cinco: la estructura y composición familiar, el estatus socioeconómico familiar, la disciplina familiar, las relaciones afectivas y de comunicación, y las actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas (Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado, 2000, citado por Becoña 2002).

Dentro de la clasificación de los factores relacionados con los compañeros y pares se agrupan: los compañeros que consumen drogas, las actitudes favorables hacia el consumo de drogas, la conducta antisocial o la delincuencia temprana y el rechazo por parte de los pares.

Los factores de riesgo escolar que se consideran más importantes son el bajo rendimiento académico y el fracaso escolar, el bajo apego a la escuela, el

tipo y el tamaño de la escuela y la conducta antisocial en la escuela (Becoña, 2002).

Haciendo un compendio de los factores que Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado, (2000) asocian al consumo y abuso de drogas que se incluyen en las categorías mencionadas con anterioridad, se encuentran: la existencia de leyes o normas sociales tolerantes hacia el uso de alcohol u otras drogas o hacia comportamientos desviados; el tener un mayor acceso a las sustancias adictivas o que éstas estén más disponibles para su consumo indiscriminado; el estar en una situación de deprivación económica importante como el hacinamiento; el residir en barrios con carencias de recursos o servicios públicos, con una alta densidad de población y con porcentajes altos de delincuencia y marginalidad; el pertenecer a familias con un historial previo de consumo de alcohol y otras drogas; el iniciarse a una edad temprana en el consumo de sustancias; un bajo nivel de satisfacción personal al inicio del consumo, la presencia de estados afectivos y una alta frecuencia de trastornos del estado de ánimo; la presencia en la infancia o la adolescencia (13 años) de rasgos de personalidad tales como la agresividad, el aislamiento social, la personalidad depresiva, la impulsividad, la introversión y la desadaptación social, una baja resistencia a la frustración y búsqueda constante de emociones, satisfacciones y aventuras; la presencia en la infancia de problemas de conducta de carácter antisocial y trastornos como la hiperactividad o trastornos por déficit de atención; el mantener actitudes permisivas o favorables hacia el consumo de sustancia o hacia el peligro que éste puede llegar a suponer; la ausencia de valores ético-morales, el predominio de valores personales en ausencia de valores prosociales y tradicionales

(religión), una alta tolerancia a la desviación, una fuerte necesidad de independencia, la ausencia de normas y la escasa interiorización de las demandas sociales de autorrestricción de impulsos; el pertenecer a familias donde hay un solo padre; el ser hijos de trabajadores no cualificados o parados; la existencia de pautas de manejo familiar inconsistentes con expectativas poco claras para la conducta deseada y la ausencia de reforzamiento contingente a la misma, un estilo familiar autoritario o permisivo; la ausencia de conexión padres-hijo, relaciones afectivas deterioradas o inconsistentes; la comunicación familiar pobre o inexistente; la pertenencia a hogares con alto nivel de conflicto (ej., frecuentes disputas matrimoniales, violencia entre los miembros de la familia); el uso de drogas por parte de los padres, actitudes permisivas con respecto al uso de sustancias; la asociación con compañeros consumidores de drogas, fuerte implicación emocional con respecto al grupo de iguales; la identificación con grupos no convencionales; y, el fracaso escolar, un bajo rendimiento escolar o el abandono temprano de la escuela. En suma, que los factores familiares son de gran relevancia, no sólo por incidir directamente como factores de riesgo y protección, sino indirectamente sobre otros factores tanto del individuo, como del contexto que pueden facilitar el consumo (Becoña, 2002).

Aun cuando existe una multiplicidad de factores de riesgo que exponen al joven al consumo, no todos los jóvenes expuestos a factores de riesgo se convierten en consumidores de drogas. Esto puede deberse a la existencia de factores que los protegen, los cuales reducen el impacto del riesgo o cambian la respuesta al mismo. Pueden actuar frenando al factor de riesgo o suscitando

comportamientos positivos de salud, bienestar, éxito personal (Maya y Torres, 2000).

Pérez, y cols (2002), proponen los siguientes factores protectores relacionados con la familia que es importante tener en cuenta, tales como: relación adecuada entre los conyugues, ausencia de consumo de SPA en los padres y el núcleo familiar, presencia de ideas religiosas o espirituales en los padres, la dedicación de tiempo a los hijos, la expresión abierta y cotidiana de cariño y afecto entre los diferentes miembros de la familia; el reconocimiento de las fortalezas de cada uno de los integrantes de la familia, pautas de crianza adecuadas, la existencia de espacios de diálogo abierto, la autonomía otorgada a cada uno de los miembros de la familia y el poseer historias compartidas.

Ante la presencia de estas características, es probable la formación de personas con buena autoestima, con un estilo de vida saludable, capaz de generar relaciones adecuadas con su entorno, asertiva, tolerante ante las frustraciones y con buen rendimiento académico y laboral.

De otro lado, *Pollard y col*, (1997) Afirman que entre los factores de protección asociados a la comunidad se encuentran los refuerzos por su implicación en la comunidad y las oportunidades para la implicación en la comunidad. De igual forma, existen factores protectores en la escuela, tales como las oportunidades por su implicación en la escuela y los refuerzos para su implicación en la escuela y subraya a nivel individual los factores relacionados con la religiosidad, la creencia en el orden moral, las habilidades sociales y el apego a los iguales (*Pollard, 1997, citado por Becoña, 2002*).

Un factor de protección claro en la escuela, es la garantía de una educación de calidad, así como entre los compañeros e iguales, se pueden encontrar los relacionados al apego a los iguales cuando éstos no son consumidores de drogas. A nivel individual, se resaltan la religiosidad, creencia en el orden moral y habilidades sociales. Otro posible factor de protección es la inteligencia (Becoña, 2002).

Pese a que los factores de riesgo y de protección, pueden arrojar información importante para comprender el fenómeno de inicio, consolidación y mantenimiento de la conducta de consumo y abuso de psicoactivos, su abordaje aislado no proporciona explicación sobre su interrelación y la forma como dan lugar a que este efecto surja. Por ello, y tal como lo proponen las teorías explicativas que se describieron con anterioridad, las cuales ponen de manifiesto un abordaje desde una perspectiva compleja, multimodal, donde interactúan diferentes factores, dado que al considerarse que en la problemática de consumo y abuso de psicoactivos intervienen variables de multinivel, su evaluación e intervención también debería conservar las mismas características, en aras de ganar objetividad.

Aterrizando un poco la teoría que subyace a la terapia multimodal en el tema de estudio que se plantea en esta investigación, autores como Fernández y cols, (2001) ofrecen una explicación del proceso de aprendizaje del consumo de sustancias psicoactivas desde esta perspectiva, exponiendo que esta conducta es originada y mantenida no por un factor aislado sino por factores de naturaleza multimodal. Desde este punto de vista, el consumo o rechazo de las drogas se explicaría por la vulnerabilidad del propio sujeto, los efectos de las

sustancias y los factores con los cuales se puede establecer un sinnúmero de relaciones casuísticas que explicarían la adquisición o no de una determinada conducta adictiva y las variables que la controlan han de ser examinadas en cada caso y momento particular.

Estos autores afirman que las drogas pueden funcionar eficazmente como reforzadores positivos de las conductas de búsqueda y autoadministración de las mismas (Bigelow y Silverman, 1999, citados por Fernández, Olaya y Secades, 2001) Esta posición se ratifica con estudios que han comprobado la eficacia de los opiáceos como reforzadores (Kindorf, King y Bigelow, 1997, citados por Fernández, Olaya y Secades), al igual que la cocaína y otros estimulantes sin síntomas de abstinencia (Pickens y Thompson, 1968, Fernández, Olaya y Secades). Otro factor importante para entender el consumo o no de SPA es el de la demora temporal, que plantea que entre más demore un reforzador alternativo en administrarse, disminuye su potencia para competir con las consecuencias inmediatas del consumo de drogas.

Ese planteamiento, es reforzado por la teoría del aprendizaje, desde la que se entiende que el alcohol y otros productos poseen un efecto ansiolítico que, por un mecanismo de condicionamiento operante, puede intervenir en la adquisición de un hábito. Entonces, el individuo afectado por problemas personales descubre en los productos un efecto ansiolítico, un alivio inmediato a sus angustias cotidianas y la conducta de tomar el producto es reforzada, así se inicia el ciclo del consumo (Restrepo, 2000).

Son estas explicaciones las que sustentan el interés de los investigadores por realizar una aproximación al fenómeno del consumo y

abuso de sustancias psicoactivas desde una perspectiva multimodal, porque permiten evaluar al ser humano desde todas sus dimensiones y se reconoce la existencia de una interacción entre ellas, que muy probablemente es la causa de que muchos esfuerzos no resulten eficaces.

Es esta la razón por la que en el presente estudio se resalta la importancia de realizar un diagnóstico multimodal, fundamentado en las afirmaciones de Arnold Lazarus, principal exponente de la modalidad de terapia multicausal o multimodal, creada en 1973. La información sobre el enfoque Multimodal será tratada por el autor en el apartado de Formulación del Problema.

Los datos anteriores pueden ser contrastados por los develados por Arco (2000), quien llevó a cabo una revisión de los programas de prevención del abuso del alcohol y drogas en ámbitos educativos en España, en el que se realizó un estudio sobre los resultados que 20 años de investigación e intervención el consumo de alcohol, determinando que las estrategias preventivas implementadas en programas educativos se caracterizan porque se centran en factores individuales y socio normativos. No obstante, los hallazgos revelan problemas generales en su ejecución, relacionados con el inadecuado uso de la teoría en planificación de la prevención, poca atención a las diferencias individuales, no se logra una total cobertura con los grupos de riesgo, las intervenciones son pobres porque se centran en un solo aspecto o variable, pobre implementación y pobre evidencia de realización de evaluación de estos programas.

Contrario a las perspectivas de los dos estudios anteriores, este programa de prevención analizó la problemática de las drogas desde un enfoque reduccionista, que no demostró efectividad absoluta en el fenómeno abordado.

Principales Hallazgos Relacionados con el Consumo y/o Abuso de alcohol, nicotina y sustancias psicoactivas

De acuerdo al Segundo Estudio Nacional de Consumo de Sustancia Psicoactivas en Colombia realizado en el año 2013, que tuvo como fin actualizar el conocimiento sobre la magnitud y el impacto del consumo y abuso de sustancias psicoactivas en el país, reconocer el patrón de uso de acuerdo al sexo, edad y nivel socioeconómico, al igual que establecer la percepción social de riesgo asociado a factores como sustancias de abuso y exposición a la oferta de sustancias a las que se enfrenta la población Colombiana, se puede evidenciar, como se mencionó al inicio de éste documento el aumento del consumo global de sustancias psicoactivas ilícitas, en comparación con el estudio realizado en el 2008, puesto que dicho estudio destacó el aumento significativo en el uso de cualquier sustancia (marihuana, cocaína, éxtasis, basuco o heroína), tanto en la prevalencia de uso alguna vez en la vida (de 8,8% el 2008 a 12,2% en el último estudio), como en el uso en el último año (de 2,6% a 3,6%).

Resaltando los hallazgos encontrados en el contexto Colombiano, un estudio de Prevalencia del consumo de sustancias en estudiantes de secundaria de la ciudad de Bucaramanga, llevado a cabo por Camacho, Duarte, Rangel y

Rueda, 2008), en el que se utilizó una metodología descriptiva de corte transversal en una muestra aleatoria de 2.916 estudiantes adolescentes, se obtuvo que el 2,75% fue la prevalencia anual para el consumo de sustancias legales en esta población (sin incluir alcohol y tabaco), en tanto el 3,81% fue la prevalencia del consumo de sustancias ilegales, entre las que se incluyen la cocaína, estimulantes, éxtasis, heroína, inhalantes, marihuana. La prevalencia anual del alcohol fue de 66,39%. La prevalencia diaria para el consumo de cigarrillo durante el último mes fue de 4,56%. Luego de analizar estos resultados, los investigadores concluyeron que el alcohol sigue siendo el SPA más consumido, seguido por el cigarrillo.

Este estudio sigue confirmando el hecho de que la droga legal que más se consume en Colombia es el alcohol.

“Las investigaciones y estudios nacionales y regionales realizados en los entornos escolares respecto del consumo de sustancias psicoactivas son de gran variedad e incluyen las sustancias inhalables, dentro de las cinco (5) drogas más consumidas por los escolares en el mundo. La edad de los escolares que cursan la básica secundaria y media es la edad de inicio del consumo y prevalencia del mismo; en la edad adulta la tendencia disminuye considerablemente.” (Cárdenas, 19: 2014)

Por su parte, Maya y Torres en el año 2000, lograron realizar un estudio con 1178 estudiantes matriculados en el área Metropolitana de Medellín, con edades que oscilaban entre 11 y 18 años, donde se pudo evidenciar que los estudiantes que informaron haber cometido hurto calificado o agravado estaban

bajo los efectos del alcohol u otra droga (47%) y de ellos, el 16,2% había consumido varias sustancias. Para tentativas de homicidio, se presentaba una mayor proporción de respuestas sobre haberlo cometido bajo el efecto del consumo de drogas, el 59,7%.

Al contextualizar estos resultados y llevarlos al ámbito de las universidades, población de interés para el estudio en desarrollo, se lograron identificar varias aproximaciones que permiten conocer el panorama de esta perspectiva.

Entre ellos se encuentra el estudio consumo de alcohol en universitarios: relación funcional con los factores sociodemográficos, las expectativas y la ansiedad social, desarrollado por Acero (2005), el objetivo principal fue evaluar la relación funcional entre los factores socio demográficos, la ansiedad social y las expectativas positivas hacia el alcohol, con el consumo de bebidas embriagantes en estudiantes universitarios de ingeniería de dos instituciones privadas de Bogotá. Se utilizó un diseño no analítico observacional descriptivo correlacional y la muestra estuvo conformada por 618 estudiantes, seleccionados aleatoriamente con un muestreo estratificado por carrera. Estos estudiantes respondieron el Cuestionario de Expectativas Hacia el Alcohol (AEQ) de Brown, Goldman, Inn y Anderson (1980), el Inventario de Ansiedad Social (SPAI) de Turner, Beidel, Dancu y Stanley, (1989) y un formato de datos sociodemográficos y de consumo de alcohol. Luego de una transformación lineal a puntajes porcentuales de las dimensiones del AEQ y con las pruebas de Chi², Coeficiente de Correlación de

Spearman y Kruskal Wallis, además de la estimación de parámetros con intervalos de confianza del 95%.

Los resultados de este estudio permitieron determinar que los universitarios de ingenierías, carrera conformada mayoritariamente por hombres (82.7%; $p < 0.01$), quienes tenían un promedio de edad de 20.5 (± 2.57) años y una frecuencia de consumo entre moderada (37,1%) y alta (36.4%), presentaron en promedio un nivel bajo (55.8 ± 32.9 sobre un total posible de 192), de ansiedad social y un nivel medio de expectativas positivas hacia el consumo de alcohol (43.5 ± 22.2). Mientras que las expectativas del consumo más arraigadas fueron la Facilitación de la interacción, la Expresividad verbal, la Desinhibición y los Cambios psicofisiológicos. Las de menor nivel fueron la expectativa de incremento del nivel sexual, la agresividad y los sentimientos de poder. No se encontró asociación entre consumo con el grupo étnico, la institución, el tipo de ingeniería ni el semestre.

Este estudio arroja resultados que permiten un acercamiento a la comprensión del por qué los jóvenes universitarios consumen algunas SPA.

De otro lado, en un estudio de (Brands, Cunningham, Medina, Miotto y Strike, (2009), lograron estimar la diferencia entre las normas percibidas sobre uso de drogas en universitarios y sus pares, entre 18 a 24 años, de las áreas de salud y educación. El diseño de investigación fue de corte transversal, por encuesta y cuestionario autoaplicado anónimo. En total, participaron 365 estudiantes.

Los resultados de este estudio permitieron evidenciar que en el último año, la proporción de consumo real de tabaco fue 43,6%, de alcohol 96,2%, de

marihuana 8,2%; y 2,2%, de cocaína. La norma percibida de la proporción de consumo de tabaco el último año fue 78,9%, alcohol 88,3%, marihuana 35,4% y 20,9% cocaína. La proporción de consumo real de alcohol entre los estudiantes y la norma percibida por ellos estuvieron muy cercanas; para el tabaco, marihuana y cocaína la percepción estuvo sobreestimada. De las SPA de acceso fácil o muy fácil en el campus, se encontró una subestimación para cigarrillo y cocaína, y sobreestimación para marihuana. Se concluye que los universitarios sobrestiman el consumo de tabaco, marihuana y cocaína, parte de sus pares, y tienen una percepción exacta del consumo de alcohol. La sustancia de consumo más sobreestimada de los últimos doce meses fue el tabaco.

La marihuana fue la sustancia ilegal de mayor consumo y se pudo determinar la información sobre el consumo del éxtasis en el contexto y la emergencia del uso de la heroína en niños y adolescentes. El consumo de las mujeres tendió a equiparse con el de los hombres (Brands y cols, (2009).

Más allá de los hallazgos expuestos en el estudio, es de interés analizar sus resultados, por su parte, se manifiesta una cuestión preocupante referente al acceso a las SPA en el ambiente educativo. Esta situación preocupa e induce a tomar medidas de control en este contexto. De igual forma, acerca más a la concepción de que esta problemática no es externa al contexto académico.

Por su parte, Toben Nelson y Henry Wechsler, de la Escuela de Salud Pública de Harvard (2003), investigaron las relaciones existentes entre el consumo de alcohol y el interés en los deportes universitarios a dos niveles. Uno era si los aficionados a los deportes en la universidad bebían más (y con consecuencias más negativas) que los otros estudiantes. El otro asunto a

investigar era si las tasas de grandes bebedores en las universidades con muchos aficionados a los deportes eran mayores y tenían consecuencias secundarias que afectaban a los otros estudiantes. Los investigadores analizaron las respuestas de 11.850 estudiantes de 119 facultades y universidades participantes en el Estudio sobre el alcohol en las universidades (College Alcohol Study) realizado en 1999. Se consideró como aficionados a los deportes a los que dijeron que asistir a encuentros deportivos era importante o muy importante (N = 3445,29 %). Se consideró que los campus universitarios con un 40 % o más de aficionados a los deportes eran universidades deportivas, las cuales constituyeron el 29 % de la muestra total.

En este estudio, una bebida se definió como 340 ml de cerveza (1 bote), 113 ml de vino (1 copa), 340 ml de una bebida fría con vino o 1 chupito de licor. El consumo excesivo de alcohol se definió como haber consumido 5 o más bebidas seguidas para los varones (4 para las mujeres) en una o más ocasiones en las últimas 2 semanas. Las tasas totales de consumo excesivo de alcohol de las universidades participantes oscilaron entre el 0 % y el 76 %. Las tasas de las universidades con consumo excesivo de alcohol alto se situaban en el tercio superior de todas las universidades y las de las universidades con consumo excesivo de alcohol bajo estaban en el tercio inferior.

Los investigadores lograron corroborar que era menos probable que los aficionados a los deportes no bebieran alcohol y más probable que consumieran alcohol de forma excesiva que los no aficionados. Entre los bebedores, un mayor porcentaje de aficionados a los deportes habían bebido en

10 o más ocasiones y dijeron que embriagarse era una razón fundamental para beber.

Los investigadores observaron, además, una relación entre el carácter de universidad deportiva y el alto nivel de consumo de alcohol. La mitad de las universidades que tenían las tasas más elevadas de consumo excesivo de alcohol eran deportivas, en comparación con menos de una quinta parte (18 %) de las universidades con tasas moderadas de consumo excesivo de alcohol y con tasas bajas de consumo excesivo de alcohol (19 %). Los resultados eran significativos, en cuanto, era más probable que las universidades deportivas tuvieran tasas elevadas de consumo excesivo de alcohol que las no deportivas.

Como resultado de este comportamiento de beber mucho alcohol, era más probable que los aficionados a los deportes tuvieran diversos problemas, casi la mitad de los estudiantes de universidades deportivas dijeron que habían tenido tres o más problemas debido al consumo de alcohol de otros estudiantes. Entre estos problemas figuraban ser asaltados, haber sufrido daños contra la propiedad, haberles alterado el sueño o el estudio o haber sido objeto de insinuaciones sexuales no deseadas.

En los estudiantes que habían bebido alcohol el año anterior, era más probable que los aficionados a los deportes experimentaran consecuencias negativas relacionadas con su consumo de alcohol que los no aficionados. Entre estas consecuencias figuraban, comportamiento antisociales (como discutir con amigos), causar daños a la propiedad de otros, tener problemas con la policía y tener problemas de salud (como sufrir daños o lesiones). En conjunto, el porcentaje de estudiantes que habían tenido cinco o más problemas

relacionados con el alcohol era mayor en los aficionados a los deportes que bebían alcohol que en los no aficionados que bebían alcohol.

Según el autor, una posible causa del mayor consumo de alcohol por los aficionados a los deportes puede ser el marketing y la publicidad dirigida a ellos, Era más probable que los aficionados a los deportes hubieran aprovechado las ofertas especiales de bebidas alcohólicas a precios bajos de las tiendas locales durante los 30 días anteriores.

Estos hallazgos indican que el elevado interés por los deportes puede contribuir a un nivel alto de consumo excesivo de alcohol y a un ambiente festivo dentro de la comunidad universitaria.

En otro estudio denominado Consumo de SPA en Jóvenes Universitarios y su Relación de Riesgo y Protección con los Factores Psicosociales, realizado por Cáceres, Salazar, Tovar y Varela (2006), de corte descriptivo y no experimental, se identificó el consumo de SPA legales e ilegales y los factores psicosociales de riesgo y de protección relacionados con el consumo. La muestra fue de 763 universitarios de Cali, Colombia. Se diseñó y validó un cuestionario que identifica el consumo de cuatro drogas ilegales, dos legales y 13 factores psicosociales. Se encontró que la droga legal más consumida es el alcohol y la ilegal es la marihuana. Además, se estableció una asociación significativa de los factores psicosociales de riesgo y protección para el consumo de las SPA legales. Se asociaron particularmente para protección y riesgo de consumo con todas las SPA, los factores: comportamientos perturbadores, autocontrol, preconcepciones y valoración de las sustancias y relación con consumidores. Los resultados obtenidos corroboran

los datos encontrados en investigaciones anteriores sobre las SPA de mayor consumo en la población universitaria, tanto para las sustancias legales como las ilegales, la marihuana aparece como la sustancia ilegal más consumida y el alcohol como la legal de mayor predilección, su elección en el caso de la primera, de acuerdo a los autores, puede relacionarse con la percepción que tienen los jóvenes sobre la sustancia, quedando claro la asociación de la misma con bajo riesgo, menores efectos nocivos sobre el organismo y poco o nada adictiva. Esto comparado con el impacto de otras sustancias ilegales, (Chabrol, H, Massot, E. y Mullet, E 2004) citado por Caceres y cols, (2006).

Por otra parte la investigación anteriormente mencionada, reconocen el papel del componente social, como factor clave a la hora de mantener los consumos de algunas SPA, tanto legales como ilegales.

Un estudio descriptivo adicional que llevaba por título Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria, llevado a cabo por Albarracín y Muñoz (2008), tuvo como objetivo determinar los factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana. Para lograr este propósito, se aplicaron dos instrumentos: el Inventario Situacional de Consumo de Alcohol ISCA y una ficha de Datos Generales. Participaron 198 estudiantes de cuatro universidades que hacen parte de la Red Emprender del Oriente Colombiano.

Los resultados arrojados mostraron que el 93.9% de los universitarios bumangueses reportan consumo de alcohol, el cual se inicia, en promedio, a los 14.7años. En un 42.4%, el consumo es mensual y se lleva a cabo con mayor

frecuencia en las discotecas y en las casas. La bebida que más consumen es la cerveza (hasta 6 botellas). Prima un riesgo de consumo moderado en el 83.8% de los universitarios y los factores asociados al consumo son los estados emocionales, los momentos agradables y la presión de grupo.

Al igual que el estudio anterior, ésta investigación permitió corroborar la presencia de la problemática del consumo de drogas en las universidades colombianas.

En el abordaje que se buscó identificar los Niveles, situaciones y características del consumo de alcohol en estudiantes universitarios con aras de buscar elementos para el diseño de programas de promoción y prevención, se trabajó con una muestra de 2.910 estudiantes, jóvenes, que voluntariamente accedieron a participar en el estudio, pertenecientes a jornadas diurnas de alguna de las diez universidades.

Según los investigadores, no hubo un estudio estadístico sobre el estrato social que permitiera cuantificar dicha variable, y aunque todas las universidades que aceptaron la convocatoria fueron privadas, hubo participación de distintos grupos de población.

Para lograr cumplir con los fines de la investigación, se aplicaron tres instrumentos iniciales para la cuantificación y el análisis de la información: una ficha de datos generales, un cuestionario para evaluar el Nivel de Desarrollo de los Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol (CEAL), y el Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA). En la mayoría de las respuestas los estudiantes reconocen el problema sin que eso implique necesariamente la capacidad de actuar sobre él, o la existencia en ellos de

mecanismos que les permitan controlarlo. De los participantes en el estudio sólo el 7,9% reportó no consumir alcohol. El 10,4% afirmó consumirlo una vez al año; el 33,8% mensualmente; el 31,2% una vez a la semana; el 15,9% dos veces a la semana. El 0,8% correspondió a sujetos que lo consumen diariamente. La edad promedio de inicio del consumo es los 14 años.

La sustancia de mayor consumo es la cerveza (48,4%), seguida de aguardiente (26,9%), ron (12%), y cocteles (8,7%). 84,91% refirió consumir bebidas alcohólicas con amigos, 29,66% con familiares, 24,64% con la pareja, 2,03% reportó consumir solo y 3,47% con desconocidos. El consumo se realiza con mayor frecuencia en bares (66,57%), discotecas (55,22%) y casas de amigos (52,8%). (Muñoz, Barbosa, Bríñez, Caycedo, Méndez y Orjuela, 2009).

Este estudio, al ser mucho más específico, con respecto a la modalidad de las universidades en las que fue aplicado, deja entrever que la problemática del consumo de psicoactivos también se evidencia en instituciones privadas, característica principal de la Institución de Educación superior para la que se realizará en presente abordaje.

Habiendo llegado a este punto, cabe resaltar que a nivel de Cali, son muy pocos los estudios que pongan en evidencia cómo se manifiesta el fenómeno de consumo de SPA al interior de las instituciones, en especial aquellas de carácter privado, donde se ubica la población a la que se dirige el abordaje en desarrollo.

Entre las investigaciones que se pudieron hallar, luego de una exhaustiva revisión, está el estudio desarrollado por Vergara (2008) que llevaba por título Consumo patológico de alcohol entre los estudiantes de una Universidad de Cali, cuyo objetivo principal fue determinar la frecuencia del consumo patológico de alcohol y caracterizar las variables relacionadas con el consumo entre los estudiantes de los programas diurnos y presenciales de una Universidad de Cali.

El estudio se desarrolló con una metodología de corte descriptivo transversal, contando con una muestra fue de 1031 estudiantes de los programas diurnos y presenciales de una Universidad de Cali, los cuales fueron seleccionados aleatoriamente por un muestreo estratificado proporcional. Estos estudiantes respondieron un Cuestionario de auto reporte que incluyó el cuestionario Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) desarrollado por (World Health Organization, 1982). Para el proceso de interpretación de los resultados, se utilizó el análisis univariado y los estimadores generados se calcularon teniendo en cuenta los factores de expansión correspondientes al diseño muestral, utilizando el programa Stata 9.1®.

Entre los resultados, se resalta que el 34,5 % de los estudiantes presentaron consumo de riesgo, perjudicial o dependencia, principalmente los hombres con un 41,1 %. El consumo actual fue de 83,6 % y que la edad de inicio más frecuente fue de 15 a 16 años con el 38 %.

Dentro de los problemas reportados asociados a la conducta de consumo se encuentran los físicos 58 %, relaciones sexuales sin protección 19 % y los problemas familiares 12 %.

Estos resultados permitieron concluir que, coherente con lo informado en otros estudios, el consumo de alcohol entre los universitarios es alto al igual que el consumo de riesgo, en especial en los estudiantes varones con características de consumo de baja frecuencia y grandes cantidades (5 tragos o más por ocasión).

En otro estudio denominado Consumo de cigarrillo entre estudiantes de Cali, Colombia: factores familiares asociados de (Campo, Cogollo y Gómez, 2009), cuyo objetivo fue determinar los factores familiares asociados al consumo de cigarrillo en estudiantes de Cali - Colombia, se utilizó un diseño transversal con estudiantes de colegios públicos y privados. Se investigaron las características demográficas, el consumo de cigarrillo durante el último mes, los antecedentes familiares de personas fumadoras y el funcionamiento familiar. La funcionalidad familiar se valoró con el cuestionario de apgar familiar. En total, se encuestaron 1.014 estudiantes con edades entre 11 y 22 años. El 6,9% (70 estudiantes) informó fumar al menos un cigarrillo durante el último mes y el 48,4% (491) informó tener disfunción familiar. Las variables familiares padre fumador (OR = 2,40) y hermano fumador (OR = 2,06), mostraron asociación estadísticamente significativa al consumo de cigarrillo.

A manera de conclusión, se pudo evidenciar que el consumo de cigarrillo en estudiantes se asoció con tener padre fumador y hermano fumador. No existió relación con la condición de madre fumadora u otro familiar, ni con el funcionamiento familiar. En próximas investigaciones se deberían incluir otras variables familiares como la estructura y la comunicación (Campo y cols, 2009).

Se resaltó el estudio en este apartado, dado que hace referencia a una problemática específica de la ciudad de Cali.

Entre los estudios que destacan la elaboración de instrumentos que permitan evaluar la problemática del consumo de drogas en universitarios, Arévalo, Cáceres, Tovar, y Salazar, I., citados anteriormente, destacan una investigación en la que se presenta la construcción y validación del Cuestionario de medición de factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en jóvenes universitarios. Se estableció la validez de contenido, la validez de constructo mediante análisis factoriales y la fiabilidad del cuestionario. La muestra correspondió a 763 estudiantes, entre 15 y 25 años, de una universidad privada de Cali, Colombia. La consistencia interna del cuestionario fue de 0,906 y se definieron seis factores psicosociales de riesgo y protección (malestar emocional, satisfacción en las relaciones interpersonales, preconceptos y valoración de las drogas, espiritualidad, permisividad social y accesibilidad a las drogas y, habilidades sociales y de autocontrol). El instrumento actual constituye una herramienta útil para la evaluación del consumo de drogas y sus factores psicosociales asociados en jóvenes universitarios. No obstante, el cuestionario será aplicado en posteriores estudios con el fin de establecer su validez predictiva.

Teniendo en cuenta las investigaciones y estudios mencionados sobre el tema de las SPA, se hace evidente la importancia de aunar conocimientos y miradas de la problemática en los diferentes contextos. A pesar de los avances en materia de evaluación y prevención del consumo de SPA, las cifras de involucrados y afectados por el uso y abuso de las sustancias sigue creciendo,

lo que permite inferir que aún quedan muchas respuestas por encontrar en aras de la comprensión del fenómeno y las estrategias tanto preventivas, como de disminución de los daños asociados. Los datos encontrados en la presente investigación esperan contribuir a la mirada crítica del consumo de SPA en el contexto de la educación superior.

3. Formulación del Problema

En los últimos 10 años, el consumo de SPA, tanto legales como ilegales, se ha incrementado de manera considerable en la población adolescente, quienes son los principales consumidores a escala mundial, El consumo de alcohol dentro de las sustancias legales y la marihuana dentro de las llamadas sustancias ilegales, sigue marcando la tendencia hacia el aumento en su consumo, lo cual hace necesario la consolidación de planes y políticas de promoción de la salud y prevención y atención del consumo de SPA, de acuerdo al Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia (2013).

“Si bien los países del Hemisferio han avanzado mucho en sus esfuerzos por generar y analizar datos relacionados con las drogas, todavía se enfrentan a muchos desafíos. Algunos Estados necesitan desarrollar y analizar información a nivel local o municipal con el fin de establecer iniciativas basadas en la comunidad que tengan en cuenta las realidades locales. Es urgente investigar más a fondo los patrones del consumo de drogas entre los jóvenes, con el fin de confirmar tendencias en la edad del primer consumo y

acerca de la percepción de riesgo que se esbozan en este informe. Deben fortalecerse aún más los observatorios nacionales de drogas y estos deben desarrollar y mejorar las redes nacionales de información de drogas que respaldan sus esfuerzos de recopilación y divulgación de información. Las universidades deben dar mayor prioridad a la investigación académica de temas relacionados con las sustancias psicoactivas. Estamos trabajando en todas estas áreas a través del OID, pero los compromisos políticos de los Estados Miembros serán fundamentales para poner en marcha estas reformas esenciales.” (OEA, 2015:15)

A pesar del gran esfuerzo realizado por entidades Gubernamentales y no Gubernamentales - ONGs en todo el mundo, la reducción del consumo en adolescentes parece no disminuir, por el contrario, las estadísticas hablan de un considerable aumento y de una disminución en la edad de inicio del consumo tanto de sustancias legales, como de ilegales, como es el caso de Colombia, donde casi 180.000 personas han consumido drogas psicoactivas en los últimos 12 meses, según las estadísticas de un estudio Nacional sobre Sustancias Psicoactivas en este país (Segura y Zapata, 2007).

Ante este panorama poco promisorio, Fernández, Olaya y Secades (2001) explican que:

Las clasificaciones diagnósticas tradicionales proporcionan escasa utilidad clínica desde el punto de vista aplicado, sin embargo, una explicación bioconductual del fenómeno aporta una información relevante para la comprensión del problema y la planificación del tratamiento. En la actualidad, existe suficiente soporte empírico que avala la eficacia de las terapias

conductuales en la dependencia a la nicotina, alcohol, cocaína y heroína. Una característica esencial es que estas técnicas se aplican dentro de paquetes de tratamiento en combinación, frecuentemente, con terapias farmacológicas (p. 76).

Por ello, estos autores sugieren que el abordaje de la problemática de consumo de SPA implica una mirada multicausal e interdisciplinaria, su campo de acción va desde los factores involucrados, los antecedentes, y predisponentes del consumo, hasta, las diferentes estrategias de intervención empleadas no sólo en la intervención de población consumidora, si no también, en la prevención y promoción de estilos de vida saludables de la población vulnerable.

La efectividad de la Terapia Multimodal es confirmada por Baker, Botvin, Botvin, Dusembury y Tortu (1990) , quienes llevaron a cabo un estudio denominado “Preventing Adolescent Drug Abuse Through A Multimodal Cognitive-Behavioral Approach: Results Of A 3-Yar Study”, con el cual demostraron la adecuación de esta terapia en programas de prevención del abuso de sustancias en estudiantes de 56 escuelas en el estado de Nueva York. En un diseño de bloques al azar, las escuelas fueron asignadas a recibir (a) el programa de prevención con la formación profesional formal y la retroalimentación de aplicación, (b) el programa de prevención con la formación profesional grabado en video y los comentarios no, o (c) ningún tratamiento. Después de la prueba previa de equivalencia y la comparabilidad de condiciones con respecto a la atrición se establecieron, los estudiantes que recibieron al menos 60% del programa de prevención (N = 3684) se incluyeron

en los análisis de la eficacia del programa. El impacto regional de prevención se encontró en el tabaquismo, el consumo de marihuana, y el uso inmoderado de alcohol. Los efectos de prevención se encontraron también por las expectativas normativas y los conocimientos sobre el uso de sustancias, las habilidades interpersonales y habilidades de comunicación.

Adicionalmente, el investigador Dante (2006), también permite corroborar la efectividad de la aproximación multimodal al estudio del consumo y abuso de sustancias psicoactivas, con el estudio denominado Patrón de toma de decisiones desventajosas en pacientes drogodependientes, donde se pretendía correlacionar el perfil de los pacientes que se encontraban transitando en la Fase A de admisión y los que se hallaban en la fase de Reinserción social de un tratamiento de Rehabilitación, con el fin de obtener el índice de eficacia el que asisten ambos grupos. Los resultados indicaron un patrón de elecciones desventajosas en los pacientes de la fase de admisión y ventajosa en los de la fase de reinserción social, cuyo tratamiento se sustentaba en la intervención multimodal.

El enfoque multimodal, se centra en evaluar y buscar un tratamiento adecuado para cada persona en particular, a través de la distinción de siete *modalidades* de funcionamiento personal que denomina "*B.A.S.I.C.CO.S*" que representan por orden las siglas de : *Biológico (B)*, *Afectivo (A)*, *Sensorial (S)*, *Imaginación (I)*, *Cognición (C)*, *Conducta (Co)* Y *Relaciones Sociales (S)*. (Lazarus, 1996, citado por Fernández, 1996, p. 267)

En la concepción del autor del presente estudio, se ha de analizar la variable Académica y/o laboral que está asociada al contexto educativo, dado

que la población de esta investigación son estudiantes de una Institución de Educación Superior.

Retomando la explicación de Lazarus con respecto al perfil BASIC, se resalta la siguiente afirmación realizada por este autor:

El Perfil de Modalidades consiste en hacer un análisis detallado de cada una de las áreas y de sus interacciones. Se crea a partir de los datos obtenidos en la entrevista con el cliente y del Cuestionario de Historia de Vida. En ocasiones, el mismo cliente realiza su propio Perfil Modal para poder compararlo luego con el que ha realizado el terapeuta (Lazarus, citado por Fernández, 1996, p. 267).

La evaluación se inicia realizando la indagación, que consiste en comunicarse con el/los demandantes en el nivel multimodal que se expresa en el motivo de consulta inicial. Después se complementa con la evaluación de las siguientes modalidades. En esto consiste el llamado *análisis multimodal de primer orden*. De manera esquemática en cada modalidad se recogería la siguiente información (Lazarus, citado por Kertész, 2005): 1) Biológico: Lista de medicamentos y drogas consumidas. Actividad física y ejercicio. Dieta y alimentación. Enfermedades padecidas pasadas y actuales relevantes. 2) Afectos: Emociones sentidas con más frecuencia. Emociones indeseadas. 3) Sensaciones: Listado de sensaciones negativas experimentadas, sensaciones más placenteras, sensaciones y estimulación sexual placentera/displacentera. 4) Imaginería: Sueños, recuerdos o imágenes recurrentes de carácter molesto. Auto imagen física-corporal. Imágenes y fantasías preferidas. Efectos sobre las otras modalidades. 5) Conducta: Actividades y conductas manifiestas. Hábitos

o actividades que se desearía incrementar. Hábitos o actividades que se desearía disminuir. Habilidades o carencias conductuales. 6) Cognitivo: Listado de auto diálogos negativos que generan emociones y conductas disfuncionales. Pensamientos automáticos y creencias irracionales. Expectativas sobre la terapia y atribuciones de cambio. Efectos de las cogniciones sobre las otras modalidades. 7) Social: Problemas con otras personas. Como afectan o reaccionan estas personas ante las conductas del paciente. Como afecta las conductas del paciente a estas personas. Gama, tipo, calidad y cantidad de relaciones sociales. Asertividad y habilidades sociales. Papel del síntoma en el sistema familiar o de pareja.

Según los lineamientos de Lazarus:

Antes, incluso, de realizar el Perfil Modal, el terapeuta delinea lo que se llama un Perfil Estructural, con el cual podrá conocer qué modalidad prefiere el cliente. Esto es muy importante tanto para el momento de obtener información como para elegir y aplicar las técnicas más adecuadas. Para elegir una técnica determinada es necesario no sólo saber en qué área aparece el trastorno sobre el que se va a aplicar, sino también conocer qué tipo de modalidad prefiere el cliente. Hacer una mala elección en este sentido sería como aplicar los tratamientos más efectivos contra la ceguera a una persona que sólo presenta problemas auditivos y que, además, disfruta de muy buena vista (Lazarus, 1996, citado por Fernández, 1996, 268).

Además, teniendo en cuenta que cualquier tipo de problema tiene una causa, Lazarus Propone el proceso de rastreo para encontrar la secuencia de cada problema,

El cual consiste en buscar el papel que cada modalidad juega en los problemas que presenta el paciente. Esto es también de tremenda importancia para hacer una buena elección de las técnicas, puesto que, por ejemplo, no es lo mismo que un ataque de pánico sea causado inicialmente por un pensamiento irracional, por una sensación de mareo o por una imagen negativa. Si es necesario, se realiza el llamado análisis multimodal de segundo orden para problemas más complicados expresados en una determinada modalidad (Lazarus, 1996, citado por Fernández, 1996, p. 268).

Adicionalmente, luego de la revisión realizada, se observa poco compromiso por parte de las Instituciones de Educación Superior en la evaluación e intervención de esta problemática que se vive dentro de sus instalaciones, evidenciado en la ausencia de estrategias efectivas que permitan abordar la problemática. Por tanto, es del total interés de las universidades abrir espacios para que se desarrollen este tipo de estrategias, pero antes es importante plantearse el siguiente interrogante, el cual rige el presente proyecto de investigación: ¿Cuáles son los factores de riesgo y de protección asociados al consumo y abuso de sustancias psicoactivas en los jóvenes universitarios desde una perspectiva multimodal?

4. Objetivos

4.1. Objetivo General

Caracterizar los factores de riesgo y de protección asociados al consumo y abuso de sustancias psicoactivas en jóvenes universitarios de una Institución de Educación Superior desde una perspectiva multimodal.

4.2. Objetivos Específicos:

Aplicar un instrumento de la caracterización cognitivo conductual, basado en un enfoque multimodal, que favorezca la detección de los factores de riesgo y protección asociados al consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes de una universidad privada de Cali.

Identificar los factores de riesgo asociados al consumo y abuso de sustancias psicoactivas en los jóvenes de una universidad privada de Cali.

Identificar los factores de protección asociados al consumo y abuso de sustancias psicoactivas en los jóvenes de una universidad privada de Cali.

5. Variables

Factores de Riesgo:

Es un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento) (Clayton, 1992, citado por Becoña, 2002).

Becoña en el año 2002, ofreció una clara distinción en cuanto a cada unidad de esta variable, a saber:

Factores de riesgo familiares: Entre las características de la familia que confieren un grado de susceptibilidad al consumo y abuso de SPA se encuentran: uso de alcohol y drogas por parte de los padres y actitudes positivas hacia el uso de drogas; pobres e inconsistentes prácticas en el manejo familiar; conflicto familiar; y, bajo apego a la familia.

Factores de riesgo comunitario: entre estos se encuentran la privación económica y social, la desorganización comunitaria, los cambios y movilidad de lugar, las creencias, normas y leyes de la comunidad favorables hacia el uso de drogas, la disponibilidad y accesibilidad a las drogas y la percepción social del riesgo de cada sustancia.

Factores de riesgo de los compañeros y pares: en esta clasificación se incluyen los compañeros que consumen drogas, las actitudes favorables hacia el consumo de drogas, la conducta antisocial o la delincuencia temprana y el rechazo por parte de los iguales.

Factores de riesgo escolar: en esa categoría se agrupan el bajo rendimiento académico y el fracaso escolar, el bajo apego a la universidad, el tipo y el tamaño de la universidad y la conducta antisocial en la universidad.

Factores de riesgo individual: que agrupa los factores de riesgo individual en tres categorías, como son la biología, la conducta y la personalidad. En la biología se incluirían los factores de predisposición del individuo y los factores biológicos que están presentes; en la conducta, la conducta actual o pasada que ha realizado o fruto de la misma, como la

psicopatología y, en los factores psicológicos y la personalidad, tanto la depresión, como los rasgos de personalidad, como las actitudes hacia el consumo.

Factores de Protección:

Es un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas (Clayton, 1992, citado por Becoña, 2002).

Becoña en el año 2002, ofreció una clara distinción en cuanto a cada unidad de esta variable, a saber:

Factores de protección familiares: vivir en una familia sin conflictos, con adecuado apego y con actitudes en contra del consumo de drogas facilita el que la persona no consuma drogas. Otros dos factores de protección que hay que considerar son la resiliencia y el estilo de crianza.

Factores de protección comunitarios: Entre se encuentran sistema de apoyo externo positivo, el apoyo y recursos formales e informales de la familia, las normas creencias y estándares conductuales contra el uso de drogas, el rendimiento escolar exitoso, el apego a la escuela, los refuerzos por la implicación en la comunidad y las oportunidades para implicarse en la comunidad.

Factores de protección de los compañeros e iguales: en esa categoría se incluye el apego a iguales no consumidores.

Factores de protección escolar: Cuando la institución educativa funciona de manera adecuada, existe un adecuado control del profesorado

hacia sus alumnos, un seguimiento cercano de los mismos y un trato correcto adecuado a su desarrollo evolutivo, se favorece un desarrollo integral de la persona.

Factores de protección Individual: aquí se incluyen la religiosidad, la creencia en el orden moral, las habilidades sociales, temperamento o disposición positiva, autoeficacia, la habilidad para adaptarse a las circunstancias cambiantes, una orientación social positiva y la inteligencia.

Consumo de Sustancias Psicoactivas:

Empleo del ser humano de sustancias naturales o químicas que afectan el Sistema Nervioso Central (SNC) (Becoña, 2002).

Abuso de Sustancias Psicoactivas:

Tal como se define el DSM IV – TR (2002), el abuso de SPA es un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

(1) Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).

(2) consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)

(3) problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)

(4) consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

Diagnóstico Multimodal:

Se entiende como la valoración de las variables pertinentes a lo biológico, psicológico, afectivo, sensorial, imaginación, cognición, conducta, relaciones sociales, familiares, sexual y laboral/académico, que poseen una dinámica de interrelación, donde sólo en la medida en que una se relaciona con la otra, adquiere un verdadero sentido (Lazarus, 1996, citado por Fernández, 1996).

Biológico: aquí se incluye todo lo eferente al organismo: Estado de salud o enfermedad, dieta, medicamentos consumidos. Lo afectivo, las emociones sentidas, expresadas o no. Se define como el significado subjetivo y sentido de las experiencias. (Lazarus, 1996, citado por Fernández, 1996).

Emociones: se incluye la valoración de las emociones fundamentales, tales como: afecto, gozo, miedo, rabia, tristeza. (Lazarus, 1996, citado por Fernández, 1996).

Sensaciones: hace referencia a las percepciones de cambios en el funcionamiento corporal (hambre, dolor, etc.). (Lazarus, 1996, citado por Fernández, 1996).

Imágenes: son las representaciones de los datos de los sentidos (visuales, auditivos, olfativos, gustativos, táctiles). Vinculables principalmente con el hemisferio derecho del cerebro. (Lazarus, 1996, citado por Fernández, 1996).

Cognitivo: en esa esfera se contemplan las ideas, creencias, valores, diálogos internos, predominantes en el hemisferio izquierdo. (Lazarus, 1996, citado por Fernández, 1996).

Conducta: se describen aquellas verbales y no verbales, o que se hace y dice y la forma (proceso) con la cual se realiza. (Lazarus, 1996, citado por Fernández, 1996).

Social: Problemas con otras personas. Como afectan o reaccionan estas personas ante las conductas del paciente. Como afecta las conductas del paciente a estas personas. Gama, tipo, calidad y cantidad de relaciones sociales. Asertividad y habilidades sociales. Papel del síntoma en el sistema familiar o de pareja (Lazarus, 1996, citado por Fernández, 1996).

6. Metodología

6.1. Tipo de Investigación

El presente estudio se enmarca dentro del paradigma empírico - analítico, con diseño no experimental de corte cuantitativo en investigación, puesto que no se realizó una manipulación deliberada de variables, sino que se busca observar el fenómeno objeto de estudio en su contexto natural para su posterior análisis (Hernández y cols.2006).

6.2. Tipo de Diseño

La elección de un diseño Transeccional – descriptivo, se sustenta en el propósito del presente estudio, cuyo objetivo es identificar los factores asociados con el consumo y abuso de sustancias psicoactivas, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado, en un tiempo único. (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

6.3. Población y Muestra

La población a la que se extiende el presente proyecto es de 5736 estudiantes activos de la jornada diurna, de diferentes niveles y estados académicos de los 21 programas profesionales de pregrado de una universidad privada de la ciudad de Cali, con edades que oscilan entre 15 y 41 años y quienes pertenecen diversos estratos socioeconómicos de esta ciudad (1 – 6).

Los Programas Académicos Profesionales ofertados por dicha universidad se pueden visualizar en la tabla 6.1., al igual que la población correspondiente a estudiantes activos para el segundo período de 2015.

Para la selección de la muestra del presente estudio, se utilizaron dos tipos de muestreo. El primero corresponde a un muestreo probabilístico simple para población finita, aplicando la fórmula descrita a continuación para la elección de la muestra de la investigación, donde:

$$n_o = \frac{Z^2_{\alpha/2} * S^2}{e^2}$$

$$S=0,25$$

$$E=0,04$$

$$\text{Confianza } 95\% = 1-\alpha \quad Z_{\alpha/2} = 1,96$$

$$n_o = \frac{1,96^2 * 0,25^2}{0,04^2} = 150 \text{ estudiantes}$$

$$n_o = \frac{n_o}{1 + \frac{(n_o - 1)}{N}}$$

n_o = El anterior hallado

N = Población = 5736 Estudiantes de la jornada diurna de
Una universidad de Cali.

$$n_o = \frac{150}{1 + \frac{(150 - 1)}{5736}} = 146 \text{ estudiantes}$$

Al aplicar la fórmula y teniendo en cuenta una confianza del 95% y un error del 4% se opta por estudiar una muestra de 146 unidades de análisis.

6.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Para la recolección y análisis de la información de la presente investigación se utilizó como fuente primaria de recolección de información una encuesta diagnóstica, elaborada por el autor del presente estudio con base en la teoría multimodal propuesta por Arnold Lazarus, más específicamente de la entrevista multimodal elaborada por el teórico en referencia, que se puede apreciar en el anexo D.

La encuesta denominada Estudio Diagnóstico del Consumo y Abuso de Sustancias Psicoactivas (SPA) en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Cali , desde una Perspectiva Multimodal, permite la medición de ocho áreas de evaluación, a través de 66 preguntas, entre las que se incluye la información sociodemográfica perteneciente a cada sujeto, el familiar y el área académica, las cuales no se contemplan en la evaluación multimodal plantada por Lazarus, pero que para efectos de este estudio es importante analizar, por referirse a jóvenes de una población universitaria que, en su mayoría, viven y/o dependen de sus familiares (Ver Anexo B) . De igual forma, Seguidamente se describe más en concreto cada una de ellas, en el orden que aparecen en el cuestionario.

Tabla 1.

Programas académicos.

Programa académico	Población de estudiantes	Muestra de estudiantes
Administración de Empresas	222	4
Administración de Empresas (Modalidad Dual)	62	2
Administración Turística (Modalidad Dual)	9	0
Economía	93	3
Banca y Finanzas Internacionales	38	0
Mercadeo y Negocios Internacionales	621	14
Administración Ambiental	227	4
Comunicación Social y Periodismo	1160	37
Cine y Comunicación Digital	271	7
Diseño de la Comunicación Gráfica	376	9
Comunicación Publicitaria	371	4
Ingeniería Ambiental	299	7
Ingeniería Biomédica	329	11
Ingeniería Electrónica	145	2
Ingeniería Industrial	385	21
Ingeniería Informática	84	0

Ingeniería Mecánica	271	6
Ingeniería Mecatrónica	425	7
Ingeniería Multimedia	319	7
Diseño Industrial	29	1
Total	5736	146

Información sociodemográfica: En ella se recoge información sobre género, edad, estado civil, estrato socioeconómico, ocupación actual, religión del encuestado y otra información con respecto a la identificación del encuestado en su ámbito educativo, tales como programa académico, duración del mismo, semestre y la modalidad de estudio.

Área Académica: En esta categoría se indaga sobre las variables relacionadas con la vida universitaria del estudiante. En ella se evalúan variables como estado académico, tipo de ingreso, promedio académico, actividades extracurriculares a las que se encuentra vinculado/a en la universidad, números de días de clases, inasistencias, actividades a las que se dedica cuando no asiste a clases, lugar que frecuenta en las instalaciones de la universidad y el manejo de relaciones con docentes y compañeros.

Área Familiar: En ella, se incluyen preguntas referentes a la estructura familiar y la relación entre los miembros de la misma.

Área Personal: En esta área se agrupan las categorías del perfil multimodal de Lazarus de Conducta y Cognitivo. Específicamente en ella se preguntan sobre las actividades y conductas manifiestas, hábitos o actividades

que el sujeto desearía incrementar o disminuir y grado de satisfacción con las mismas. También se cuestiona sobre los pensamientos positivos y negativos y la percepción que el encuestado posee sobre sus propias características.

Área Afectiva – Emocional: En esta dimensión es el resultado de la agrupación del área de Emociones del perfil multinivel de Lazarus. En ella se incluye la valoración de las emociones sentidas con más frecuencia, las emociones deseadas e indeseadas. No obstante, contiene además, una valoración referente a la ideación y/o conducta suicida y a las relaciones de pareja.

Área de la Salud: denominada dentro de la clasificación de Lazarus como el área biológica, incluye todo lo referente al organismo: Estado de salud o enfermedad tanto propio como de sus familiares, estilos de vida saludables inherentes a la conducta sexual. En ella se contempla además el estado de salud mental tanto del encuestado como el de sus familiares. De igual forma, se indaga sobre las percepciones de cambios en el funcionamiento corporal asociados a dolor y molestias que Lazarus agrupa dentro de la categoría de Sensaciones de su perfil.

Área social: En esta categoría se cuestionan la percepción que tiene el individuo sobre sus habilidades para relacionarse con otros, la relación íntima con personas cercanas y su participación en diversos grupos sociales.

Por último, la encuesta contiene la valoración del **Área de Consumo de SPA**, en la que se distinguen interrogantes referentes al nivel de consumo próximo y lejano de 25 psicoactivos, tanto propio como de sus familiares, y las conductas asociadas a los mismos. Los psicoactivos sometidos a valoración

fueron: Nicotina, Alcohol, Marihuana, tranquilizantes o sedantes sin prescripción médica, anfetaminas, Éxtasis, LSD, hongos mágicos, cocaína, crack, cafeína, opio, anestésicos, morfina, heroína, pegantes, gasolina, solventes, basuco, mescalina, yajé, fenetylamina y poppers.

Para determinar e nivel de consumo de alcohol y cigarrillo, se incluyeron, dentro del universo de preguntas, aquellas relacionadas con el test de Cage y de Fargerstrom, respectivamente.

6.5. Procedimiento

En aras de cumplir con el objetivo de la presente investigación, el autor utilizó una encuesta diseñada anteriormente en compañía de la psicóloga Bleydis Polo Garcia, la cual fue utilizada para una investigación similar con estudiantes de una universidad privada en la ciudad de Cartagena, que permitiera identificar los factores de riesgo y protección asociados al consumo de SPA, basado en los lineamientos de la perspectiva multimodal de Arnold Lazarus.

El autor de la presente investigación consideró pertinente a continuación describir los lineamientos tenidos en cuenta para la elaboración en su momento de la encuesta, mencionando el origen de la misma, el desarrollo y revisión por parte de jueces expertos y terminando con el pilotaje de la misma.

Para la elaboración de este cuestionario se hizo necesario la exploración literaria y empírica de la teoría en referencia, al tiempo en que se indagó sobre la estructuración de cuestionarios similares que realizaran una

medición del consumo y abuso de SPA. De la suma de todos estos aportes, se obtuvo como resultado la encuesta denominada Estudio Diagnóstico del Consumo y Abuso de Sustancias Psicoactivas (SPA) en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Cali, desde una Perspectiva Multimodal (Ver anexo B).

Cumplida la etapa de construcción del cuestionario, éste fue sometido a valoración de contenido por parte de tres jueces expertos (Ver Anexo C), dos en el área de la farmacodependencia y uno en el área de estadística, con el fin de poder validar al tiempo el diseño propio del instrumento.

En la valoración de los expertos se dio vía libre a la utilización del instrumento, puesto que consideraron que este cuenta con un muestreo adecuado en cuanto a las dimensiones consideradas en el marco teórico, con respecto a la teoría multimodal y al consumo de SPA. No obstante, se sugirieron correcciones relativas a la inclusión de opciones de respuestas en algunas categorías, la reestructuración de las categorías de estratificación socioeconómica, correcciones de estilo con respecto al uso del lenguaje para evitar sesgos, el uso de un concepto unificado con relación al SPA en toda la encuesta, la eliminación de ítems, la adición de ítems que amplían la comprensión de la problemática y que permitiera la identificación de factores de protección, la inclusión de SPA que no se tuvieron en cuenta en un primer momento o que por tratarse de sustancias consumidas habitualmente, era preferible desagregarlo de su categoría principal y la elaboración de una escala más ajustada para medir la incidencia del consumo de SPA.

Siguiendo con la validación de constructo y con las correcciones sugeridas por cada uno de los jueces, se procedió a realizar el pilotaje de la encuesta. La muestra para esta ocasión estuvo conformada por 12 estudiantes de diferentes programas académicos de la universidad.

Luego se analizaron los resultados del pilotaje y se aseguró una comprensión homogénea por parte de los encuestados potenciales, con las correcciones sugeridas en la aplicación pre del instrumento. Los encuestados demoraron aproximadamente entre 12 y 30 minutos para responder el cuestionario. No obstante, señalaron que la encuesta era extensa, aunque el lenguaje y las instrucciones fueron claros y precisos.

Seguidamente, de la mano de aproximadamente 3 estudiantes voluntarios de la institución educativa objeto de estudio, se aplicaron las 146 encuestas, Esta actividad demoró aproximadamente tres semanas.

Posteriormente, con el apoyo de tres digitadores, se hizo ingreso al sistema estadístico avanzado Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), con el fin de llevar a cabo un análisis estadístico de corte descriptivo de cada una de las encuestas aplicadas, las cuales estaban identificadas por programa y una numeración consecutiva, haciendo uso de la planilla de variables creada por el autor de la investigación en el mismo programa estadístico. El proceso de sistematización de la información y elaboración de gráficos simples para cada categoría y cruce de variables duró aproximadamente un mes y medio, empezado el 24 de Julio de 2015 y finalizando el 7 de Septiembre de 2015.

Los pasos para el análisis de datos con SPSS consistieron en la selección de la ventana de la aplicación del programa, seguido de la definición de cada una de las variables, la digitación de los resultados de cada encuesta en la matriz y, finalmente, la selección de las pruebas y las gráficas apropiadas.

Cabe resaltar que para el proceso de sistematización de la información, específicamente para los resultados del nivel de consumo de cigarrillo y de alcohol, se hizo necesaria la calificación desagregada de las preguntas asociadas al test de Fagerstrom y de Cage en archivos de Excel, de conformidad con las medidas de corrección e interpretación de cada uno de los instrumentos. A continuación se describe uno y otro.

Test de Fagerstrom: Adoptado especialmente para calcular el abuso de nicotina. Se trata de un breve cuestionario de cinco preguntas, de las cuales tres son de tipo “sí”/”no” y las otras dos tratan del consumo de cigarrillos, lo que permite estudiar la adicción a la nicotina. La aplicación de esa escala resulta en una puntuación del 0 al 10 que posibilita la clasificación de la adicción a la nicotina en 5 niveles: Muy bajo (0-2), bajo (3-4), moderado (5), alto (6-7) y muy alto (8-10).

Test de Cage: Instrumento simple y corto, diseñado para detectar el nivel de alcoholismo en la población general. Este cuestionario consta de cuatro preguntas con opciones de respuesta “sí”/”no”. La calificación e interpretación se establecen de conformidad al número de respuestas positivas del sujeto, donde: de 0 a 1 respuesta positiva, se identifica a la persona como no alcohólica; si se hayan 2 respuestas positivas están se asocian a un alto riesgo de alcoholismo y de 3 a 4 se distingue al sujeto como Alcohólico.

Finalizada la etapa de elaboración de gráficos, se procedió a realizar un análisis descriptivo de cada uno de los resultados de la investigación que permitieron hacer contraste con los hallazgos teóricos más importantes referentes a la problemática de estudio y, de esta forma, se plantearon en la discusión los aportes que el presente estudio realiza a la problemática de consumo y abuso de psicoactivos en jóvenes universitarios.

6.6. Instrumento

El instrumento utilizado hace referencia a una encuesta de caracterización cognitivo conductual, basada en un enfoque multimodal, que facilita la detección de factores de riesgo y protección asociados al consumo y abuso de sustancias psicoactivas en jóvenes universitarios. La encuesta se elaboró por la especialista Bleydis Polo Garcia y el autor de la presente investigación, siguiendo los lineamientos descritos en el apartado anterior.

El instrumento consta de 72 ítems, divididos en 8 áreas de interés, entre ellas:

Datos Sociodemográficos. Cuenta con 11 ítems, género, edad, estado civil, número de hijos, estrato socioeconómico, ocupación actual, religión que profesa, programa académico que cursa, si hace doble titulación, tiempo de duración de la carrera y semestre que cursa.

Información Académica. Cuenta con 10 ítems, estado académico, tipo de ingreso, promedio ponderado, actividades de las que participa en la universidad, promedio de faltas a clases, número de días de clase en la

semana, actividades que realiza cuando no se encuentra en clase, lugares que frecuenta cuando se encuentra en la Universidad, relación entre estudiante y docente y la relación entre estudiante y compañeros,

Información Familiar. Cuenta con 8 ítems, con quien vive el estudiante, número de hermanos, lugar que ocupa entre ellos, estilo educativo de la familia, nivel de enseñanza alcanzado por sus padres, cercanía del estudiante con su familia nuclear y valores que primaron en su educación familiar.

Información Personal, Cuenta con 13 ítems, nivel de satisfacción con respecto a elementos de su vida, tendencia de los hábitos en los últimos 30 días, hábitos de sueño, alimentación, fumar, alcohol, consumo de SPA, estudio, tiempo libre, rutina de ejercicios, apetito sexual, pensamientos en los últimos 30 días y características o atributos que lo describan en los últimos 30 días.

Información Afectivo – Emocional. Cuenta con 5 ítems, Sentimientos en los últimos 30 días, intento suicida, método empleado, intención de hacerle daño a alguien, descripción de la relación actual con su pareja.

Salud. Cuenta con 6 ítems, enfermedad física actual, antecedentes familiares de enfermedad mental, parentesco del familiar enfermo, Molestias físicas en los últimos 30 días, edad de su primera relación sexual, utilización de métodos anticonceptivos y si se ha contagiado de alguna enfermedad de transmisión sexual.

Área Social. Cuenta con 3 ítems, pertenencia a grupos sociales, con qué persona cuenta cuando tiene que hablar con alguien y si posee habilidades para relacionarse con otros.

Consumo de Sustancias Psicoactivas. Cuenta con 21 ítems, que van desde la indagación sobre el consumo de cigarrillo y alcohol, hasta el consumo de las diferentes SPA la primera vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días.

Las respuestas a los ítems son de escogencia única y de selección múltiple.

Para la presente investigación se tuvieron en cuenta los artículos 49 y 50 de la ley 1090 del 2006. Así como también la resolución No. 008430 de 1993 por lo cual se establecen en las normas científicas, técnicas y administrativas, para la investigación en salud.

Antes de diligenciar el formulario los participantes en la investigación fueron informados sobre el proceso a realizar, las condiciones de su participación, la confidencialidad de la información y el trato que se daría a los resultados de la misma a través del consentimiento informado, que se incluye en los anexos de la presente investigación.

7. Análisis de Resultados

A continuación se realiza la presentación de los principales resultados en la presente investigación. Cabe resaltar que un primer momento se mostrarán desagregados los resultados de cada una de las preguntas incluidas

en el cuestionario denominado Estudio Diagnóstico del Consumo y Abuso de Sustancias Psicoactivas (SPA) en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Cali , desde una Perspectiva Multimodal. Seguidamente se detallarán los principales hallazgos resultantes de las agrupaciones o cruce de variables más importantes contenidas en la encuesta.

Se resalta una vez más que el instrumento de evaluación fue aplicado a una muestra de 146 estudiantes universitarios de distintos programas académicos de una universidad privada de la ciudad de Cali.

Se destaca además, que el análisis de los resultados es de corte descriptivo. De igual manera, se señala que el análisis de datos desagregados se hará en dos subgrupos, el primero corresponde a un análisis de datos sociodemográficos, socioeconómicos y del perfil general de los estudiantes encuestados y el segundo al Consumo de SPA en la población universitaria. Por su parte, las contingencias se presentarán haciendo énfasis en las variables tenidas en cuenta para el cruce de datos.

Datos sociodemográficos, socioeconómicos y del perfil general de los estudiantes encuestados.

Datos Sociodemográficos

En la muestra del estudio hubo predominancia del sexo femenino. El 52,74% fueron mujeres, entretanto el 47,26% restante fueron hombres (Gráfico 1.). En cuanto a la edad de los encuestados, se estimó que el 50% oscilaba entre

los 20 y 24 años, mientras que solo el 0,68% tenían más de 30 años (Gráfico 2.).

Gráfico 1. Distribución de los estudiantes por género.

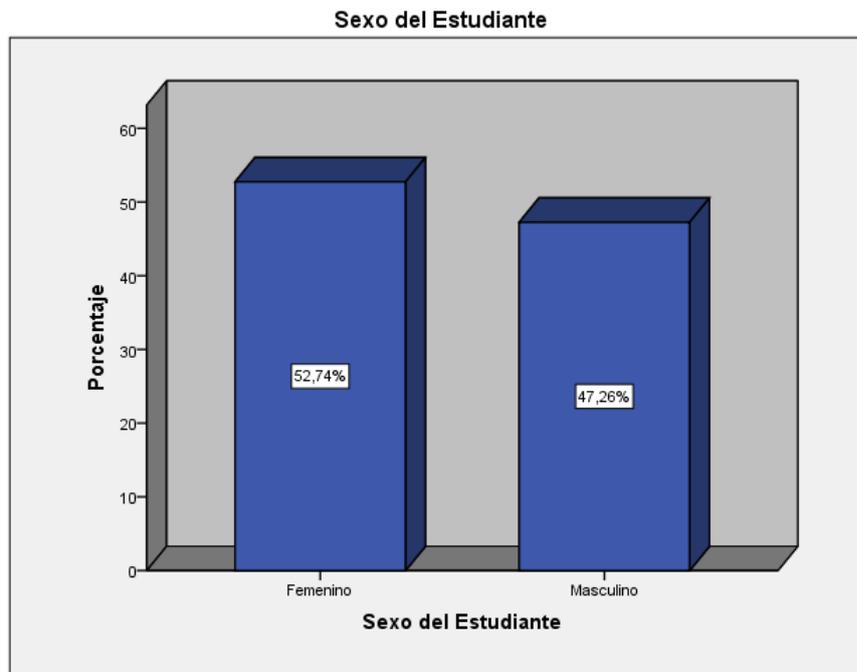
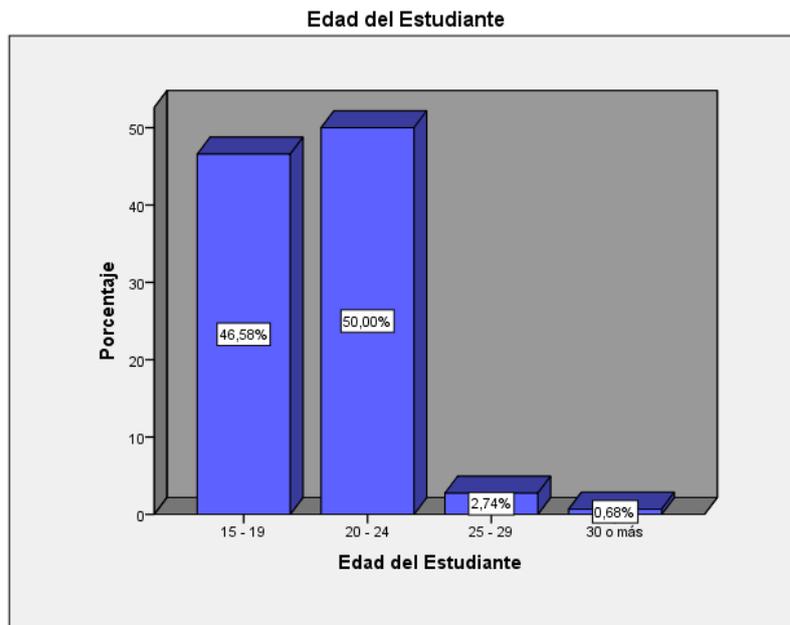


Gráfico 2. Distribución de los estudiantes por edad.



De los encuestados, el 99,3% es soltero, en contraparte, solo el 0,7% tiene una relación de pareja formal (Tabla 2). De igual forma, se observa que un 0,7% tienen hijos, de los cuales, en su mayor parte (7,02%) tienen un solo descendiente, mientras una minoría tiene más de 4 hijos (0,317%) (Tabla 3.).

Tabla 2. Distribución de los estudiantes por estado civil.

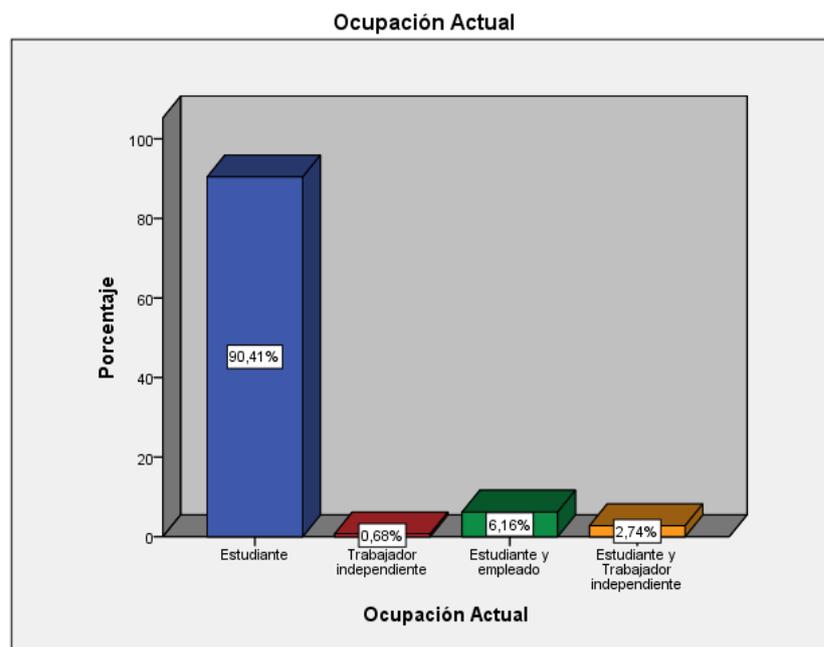
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	145	99,3
Unión libre	1	,7
Total	146	100,0

Tabla 3. Distribución correspondiente a la cantidad de hijos por estudiante.

Tiene Hijos	Frecuencia	Porcentaje
Si	1	,7
No	145	99,3
Total	146	100,0

Por su parte, la mayor parte de los estudiantes encuestados se dedican únicamente a sus labores académicas (90,41%), no obstante, un grupo minoritario (9,58%) comparte esta actividad con algún tipo de actividad económica (Ver gráfico 3.).

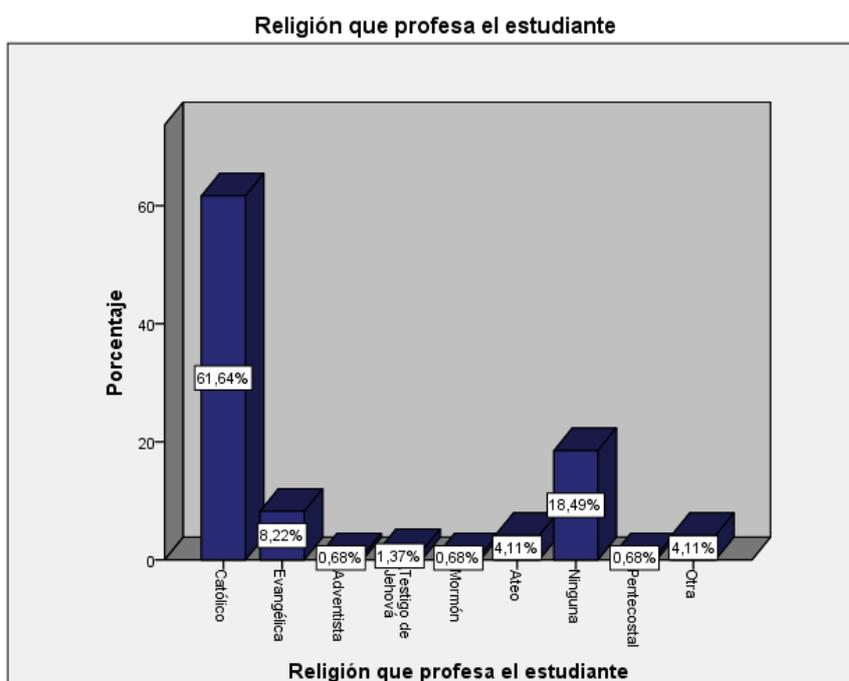
Gráfico 3. Distribución de estudiantes encuestados según su ocupación actual.



De otra parte, se pudo estimar que aun cuando la mayor parte de población encuestada profesa la fe católica (70, 8%), existe heterogeneidad en cuanto la inclinación a doctrinas religiosas distintas a ésta (18, 07%), incluso, se pudo observar que un 11,85% no cree en la existencia de un ser supremo.

Ver gráfico 4.

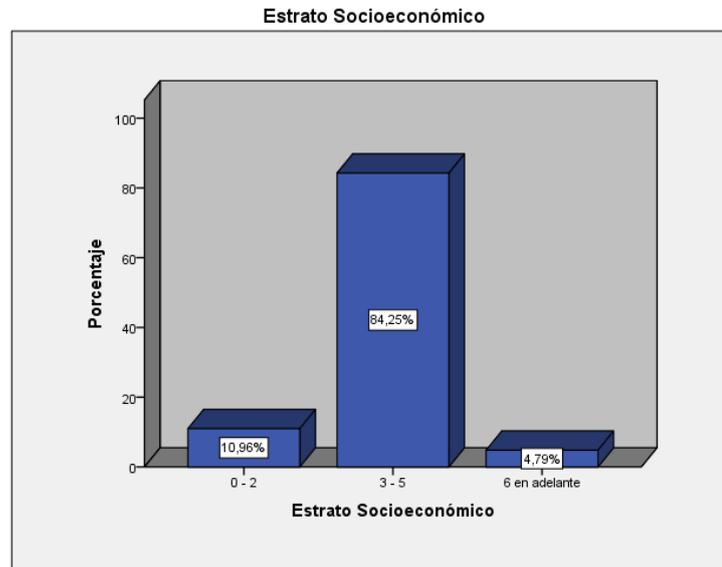
Gráfico 4. Distribución de estudiantes encuestados según la religión que profesa



Datos Socioeconómicos

La mayor parte de los estudiantes encuestados se concentró en los estratos socioeconómicos 3, 4 y 5 (84,25%), mientras que solo un 10,96% se ubicaron en estratos socioeconómicos bajos y un 4,79% en un estrato alto. (Ver gráfico 5).

Gráfico 5. Distribución de estudiantes según su estrato socioeconómico.



Perfil General de los Estudiantes

Perfil Académico

La mayor parte de los estudiantes encuestados corresponde a la Facultad de Ingenierías (45,18%), seguido de la Facultad de Comunicación Social (39%) y finalmente la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas (15,8%) y finalizando con el área de Ciencias Humanas y Sociales (17,53%) (Ver gráfico 6). De los estudiantes encuestados ninguno se encuentra realizando doble titulación (Ver tabla 4. y tabla 5).

Gráfico 6. Distribución de estudiantes según el programa académico que cursa

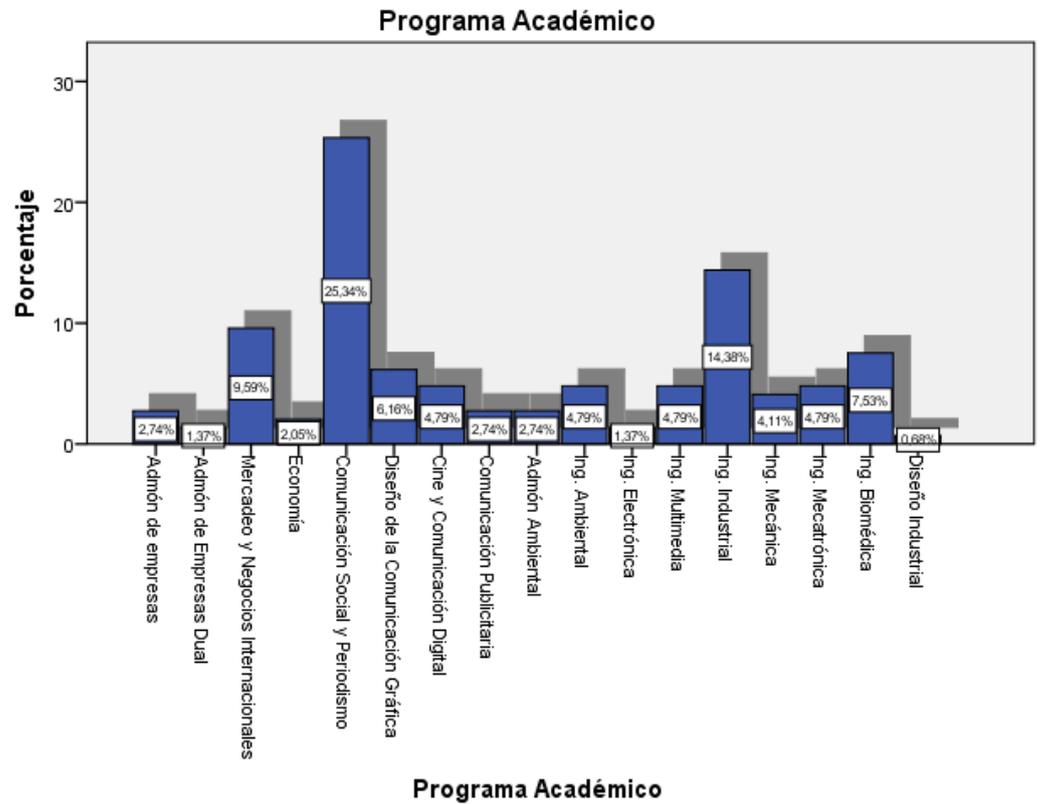


Tabla 4. Distribución de Estudiantes según la modalidad de estudios.

¿Se encuentra realizando doble titulación?		
	Frecuencia	Porcentaje
No	146	100,0

Tabla 5. Distribución de estudiantes según el programa de doble titulación que cursa.

Programa de Doble Titulación		
	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	146	100,0

Durante el momento de aplicación de la encuesta, el 79,45% de los estudiantes encuestados afirmó que pertenecen a programas de formación cuya duración es de cinco años, mientras que solo un 9,59% tiene acceso a un programa de formación que dura 4 años, el cual corresponde al programa de Administración Dual (Ver gráfico 7). Se pudo observar además, que hubo variabilidad y cobertura en los semestres cursados por parte de los participantes del estudio, dado que se encontró a estudiantes de todos los semestres académicos, siendo los estudiantes de cuarto a sexto semestre quienes tuvieron más representación en el estudio (43,83%). No obstante se resalta que se contó con la participación de un 17,12% de estudiantes entre octavo y décimo semestre, quienes tienden a ausentarse con más frecuencia en la universidad, por encontrarse en procesos de prácticas de sus carreras (Ver gráfico 7).

Gráfico 7. Distribución de estudiantes según el tiempo de duración de su programa principal.

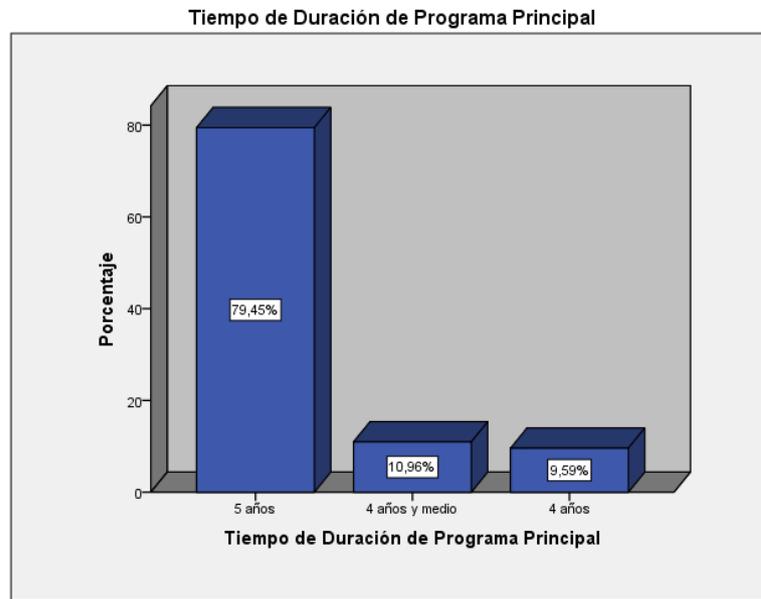
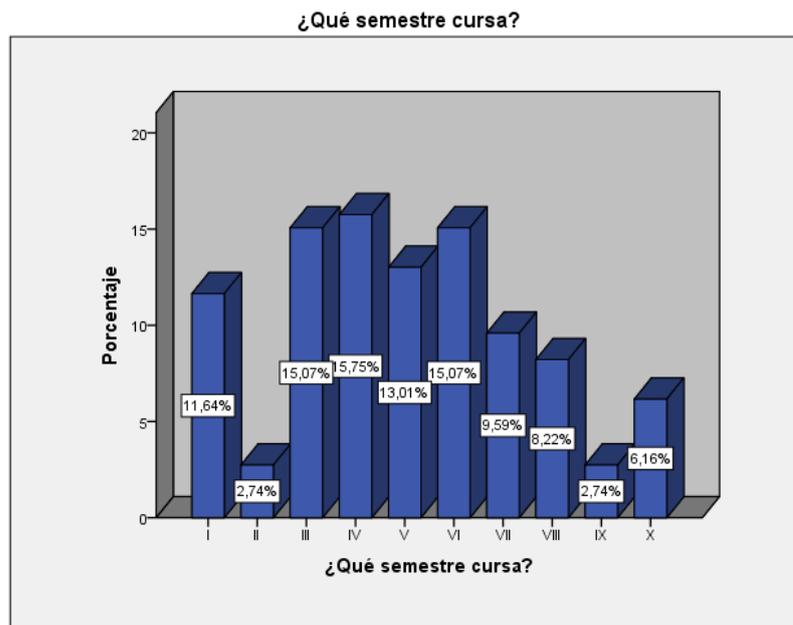


Gráfico 9. Distribución de los estudiantes por semestre cursado.



En cuanto al estado académico, los estudiantes encuestados refieren encontrarse, en su gran mayoría, en un estado académico normal (97,95 %), mientras un 2,05% manifiesta encontrarse en condición de prueba académica (Ver gráfico 10).

De otra parte, con respecto al tipo de ingreso, el 79,45% afirmó estar en ingreso continuo, mientras un 6,16% proviene de transferencia desde otra institución universitaria y un 2,45% manifiesta haberse ausentado de la universidad por un período de tiempo. Gráfico 11.

Gráfico 10. Distribución de estudiantes según su estado académico.

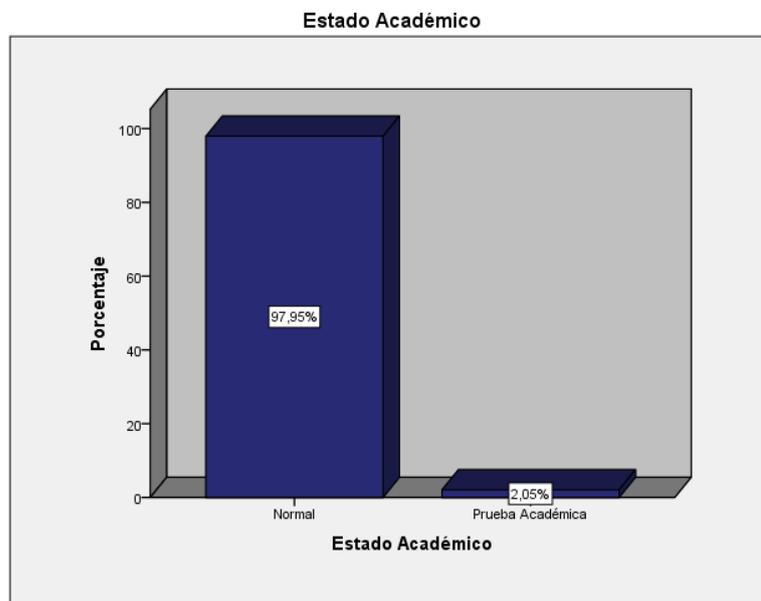
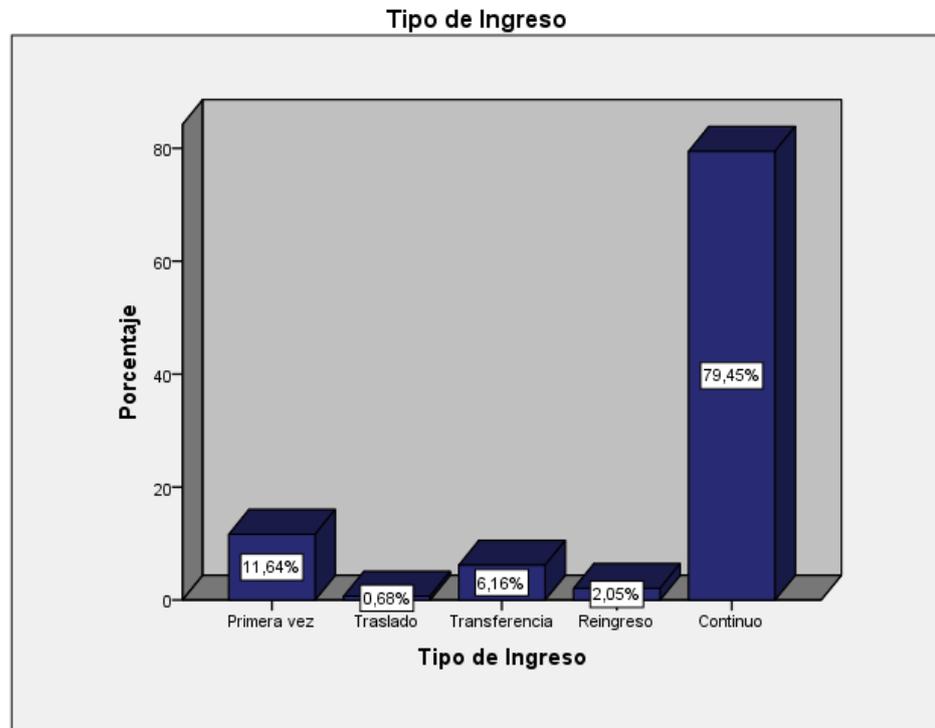


Gráfico 11. Distribución de estudiantes según el tipo de ingreso a la universidad.



De otra parte se obtuvo que al encuestar a los estudiantes, la actividad que más se seleccionó fue Grupos estudiantiles, equivalente al 35,7% de la población, seguido de la extracurricular deportiva (29,3%). Se resalta que un 22,2% de los encuestados no participa en actividades extracurriculares (Ver tabla 6).

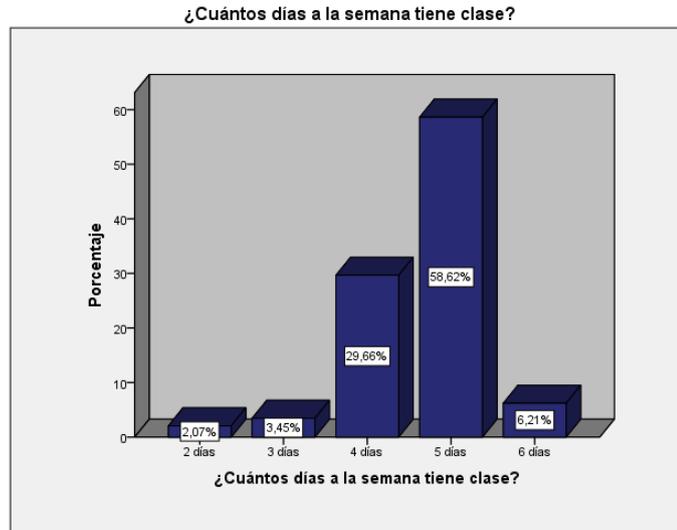
Tabla 6.

Distribución de frecuencia de las actividades extracurriculares a la que pertenecen los estudiantes encuestados.

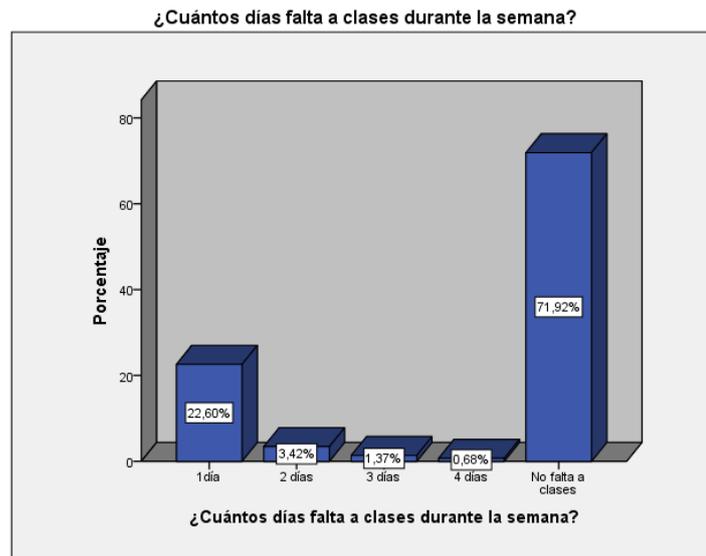
Actividades		Respuestas		Porcentaje de casos
		N	Porcentaje	
Actividad Extracurricular	Semillero de Investigación	21	7,1%	15,0%
	Monitoria Académica	36	12,1%	25,7%
	Monitoria Deportiva	41	13,8%	29,3%
	Monitoria Cultural	32	10,8%	22,9%
	Escuela de liderazgo	31	10,4%	22,1%
	Prácticas Administrativas	2	0,7%	1,4%
	Grupos Estudiantiles	50	16,8%	35,7%
	Ninguna	31	10,4%	22,1%
	Extracurricular Social	24	8,1%	17,1%
	Otra	29	9,8%	20,7%
Total		297	100,0%	212,1%

En total, el 58,62% de los encuestados tiene cinco días de clase a la semana. Solo un 2,07% asiste dos veces a clases durante este mismo período de tiempo (Ver gráfica 12.). Al preguntarles a los estudiantes sobre cuantos días faltan a clases, el 71,92% afirmó asistir a todas las clases programadas, no obstante, un 27,39% manifiesta perder entre uno y tres días de clases a la semana, mientras un 0,68% falta entre cuatro y seis días (Ver gráfica 13).

Gráfica 12. Distribución estudiantes según el número de días de clases programados en su horario académico.



Gráfica 13. Distribución de estudiantes según días de inasistencia a clases durante la semana.



Con relación al tipo de actividad que los estudiantes desempeñan cuando faltan a clases, la actividad que más fue seleccionada fue adelantar trabajo en casa, que equivale a un 26,9%, seguido de la aclaración de 25,5%

que dice que solo falta a clases cuando se enferma; entretanto solo un 3,4% manifiesta que participa en las actividades de Bienestar Universitario, de los estudiantes encuestados 33,1% falta a clases por alguna razón. (Ver tabla 7).

Tabla 7. *Distribución de estudiantes según la actividad a la que se dedica cuando falta a clases.*

		Respuestas		Porcentaje de casos
		N	Porcentaje	
Actividad	No falta a clase	97	35,4%	66,9%
Inasistencia	Se queda en casa descansando	20	7,3%	13,8%
	Realiza las labores del hogar	10	3,6%	6,9%
	Conversa con amigos	15	5,5%	10,3%
	Estudia en biblioteca	14	5,1%	9,7%
	Visita amigos	6	2,2%	4,1%
	Practica deporte u otra actividad de interés	13	4,7%	9,0%
	Adelanta trabajo en casa	39	14,2%	26,9%
	Solo falta cuando se enferma	37	13,5%	25,5%
	juega dominó	1	0,4%	0,7%
	Juega cartas	4	1,5%	2,8%
	Consume SPA	2	0,7%	1,4%
	Trabaja	6	2,2%	4,1%
	Visita a su novia(o)	2	0,7%	1,4%
	Asiste a la Iglesia	3	1,1%	2,1%
	Participo en Actividades de Bienestar Universitario	5	1,8%	3,4%
Total		274	100,0%	189,0%

Al encuestar a los estudiantes sobre el lugar que más frecuentan en la universidad, se obtuvo que el sitio más seleccionado fue Cafeterías, elegido por el 76,7% de los participantes y la Biblioteca, correspondiente al 46,6% de los casos (Ver tabla 8.).

Tabla 8. *Distribución de estudiantes según el lugar frecuentado en la Universidad.*

		Lugar en la U		
		Respuestas		Porcentaje de casos
		N	Porcentaje	
Lugar que frecuenta en la Universidad	Biblioteca	68	20,3%	46,6%
	Cafeterías	112	33,4%	76,7%
	Acacias	21	6,3%	14,4%
	Centro Cultural y Deportivo	29	8,7%	19,9%
	Gimnasio	24	7,2%	16,4%
	Laboratorios	48	14,3%	32,9%
	Solo Asiste a clases	12	3,6%	8,2%
	Otro	21	6,3%	14,4%
Total		335	100,0%	229,5%

Perfil Social

La mayor parte de los estudiantes encuestados describe como adecuada la relación entre él y sus docentes (92,47%), mientras un 7,53% asegura que son distantes (Ver gráfico 15). En contraparte, el 96,53% revela que las relaciones con sus compañeros son funcionales y solo un 3,47% manifiesta que son distantes (Ver gráfico 16).

Gráfico 15. Distribución de estudiantes según el tipo de relación que manejan con sus docentes.

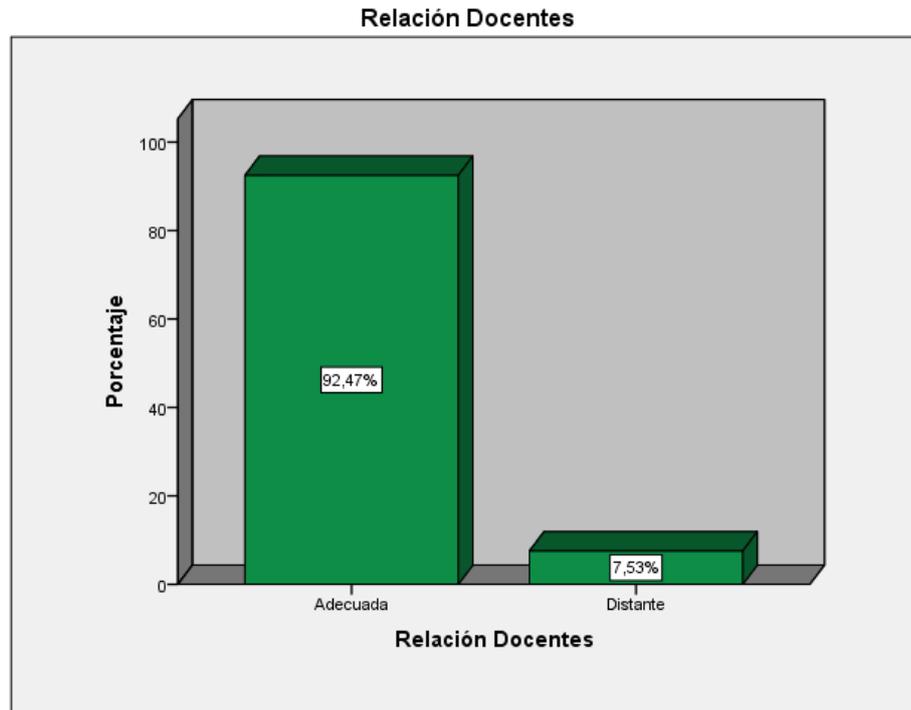
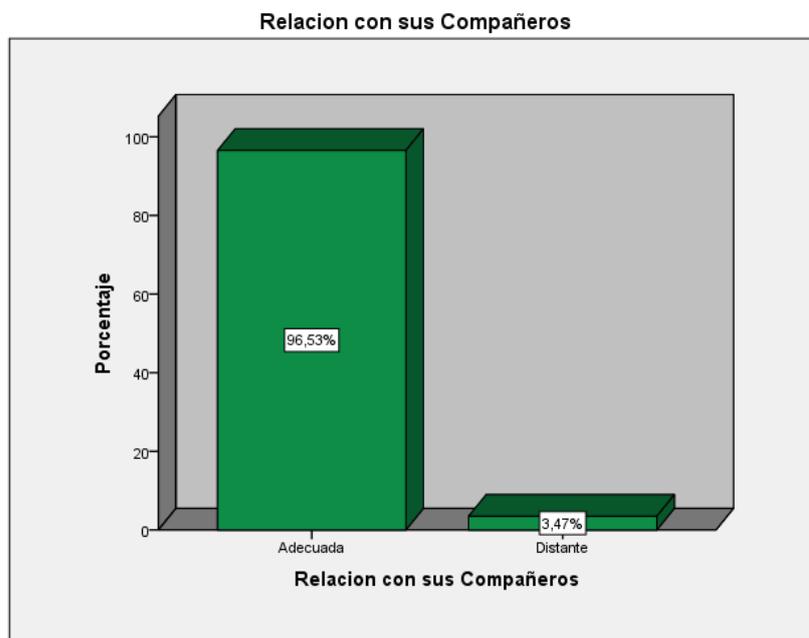
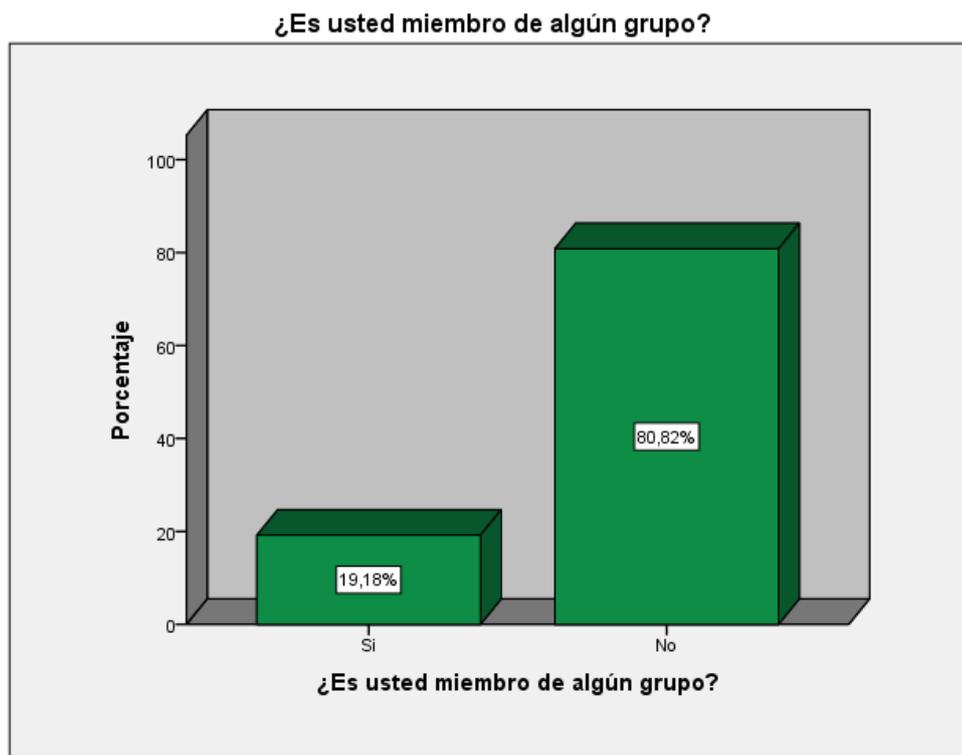


Gráfico 16 Distribución de estudiantes según el tipo de relación que manejan con sus compañeros de estudio.



Al evaluar la pertenencia a grupos sociales por parte de los encuestados, solo el 19,18% informa estar vinculado algún tipo de actividad social (Ver gráfico 17)

Gráfico 17. Distribución de estudiantes respecto a la pertenencia a un grupo social.



En el cuestionamiento sobre cuál es el principal confidente de los estudiantes encuestados, estos distinguieron, en su gran mayoría, a sus amigos (33,56%), seguido de aquellos quienes acuden a su madre (31,51%) sin embargo solo el 0,68% acude a psicólogos para sus confidencias. (Ver gráfico 18). Con referencia a la percepción que los mismos tienen sobre sus habilidades sociales, el 82,19% manifestó ser funcional en su interacción social (Ver gráfico 19).

Gráfico 18. Distribución de estudiantes según su principal confidente.

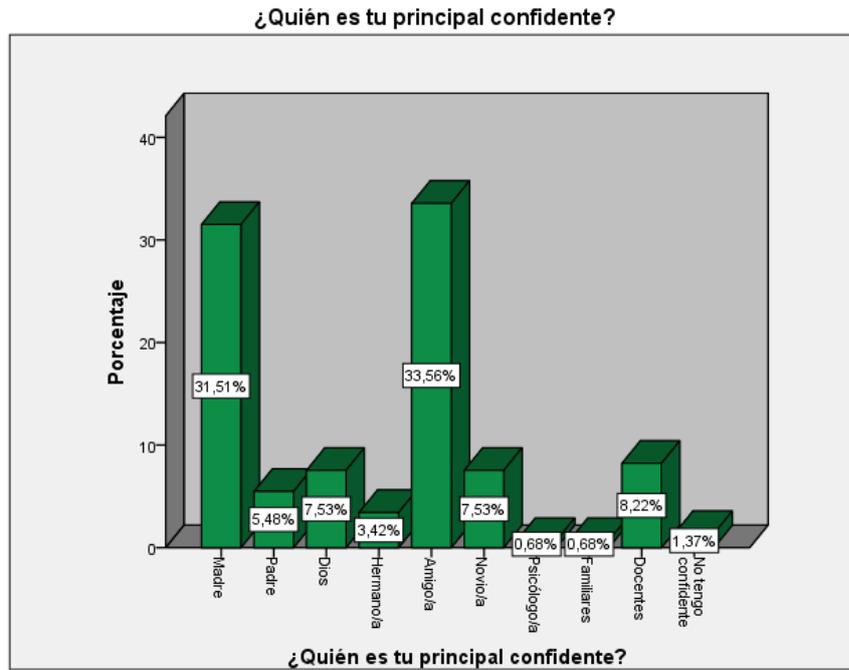
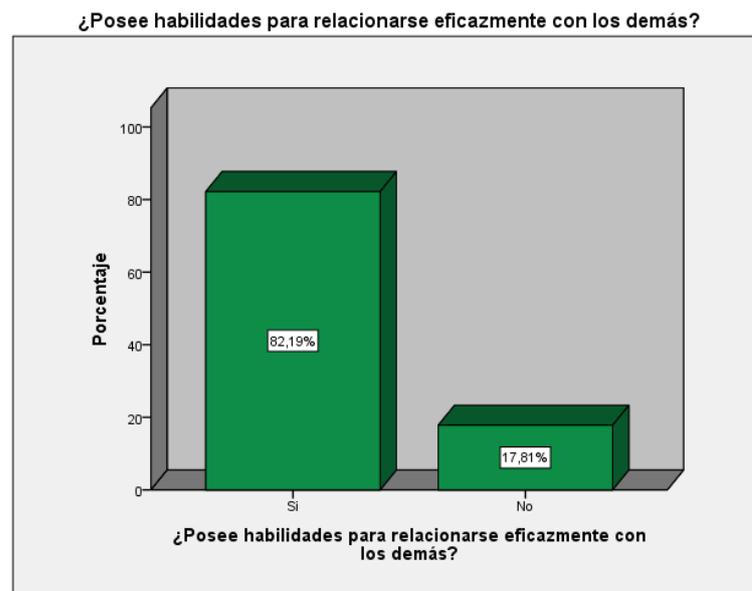


Gráfico 19. Distribución de estudiantes con respecto a la percepción de sus habilidades para relacionarse con otros.



Perfil Familiar

Con respecto a la estructura familiar, la mayor parte de estudiantes encuestados escogió como respuesta que vive con sus padres, lo que equivale al 73,1% de los participantes; y con sus hermanos (42,8%) (Ver tabla 9.). El 66,44% tiene alrededor de 1 ó 2 hermanos, mientras el 16,44% es hijo único (Ver gráfico 20.) y, en su gran mayoría, la ocupación que ocupan entre sus hermanos es el primer hijo del núcleo (32,19%), aunque en realidad no existe una exorbitante diferencia entre la cantidad de estudiantes que se ubican en esta posición y las otras que se evaluaron en este estudio (Ver gráfico 20.).

Tabla 9.

Distribución de estudiantes con relación a las personas con las que convive.

		¿Con quién(es) convive?		
		Respuestas		Porcentaje de casos
		N	Porcentaje	
¿Con quién(es) convive?	Padres/Padrastros	106	43,3%	73,1%
	Residencia Estudiantil	12	4,9%	8,3%
	Abuelos Paternos	4	1,6%	2,8%
	Abuelos Maternos	21	8,6%	14,5%
	Familiares Maternos	14	5,7%	9,7%
	Familiares Paternos	5	2,0%	3,4%
	Hermanos (as)	62	25,3%	42,8%
	Amigos	7	2,9%	4,8%
	Solo	6	2,4%	4,1%
	Familia Nuclear	7	2,9%	4,8%
	Nana/Empleada	1	0,4%	0,7%
	Total		245	100,0%

Gráfico 20. Distribución de estudiantes según la cantidad de hermanos que posee.

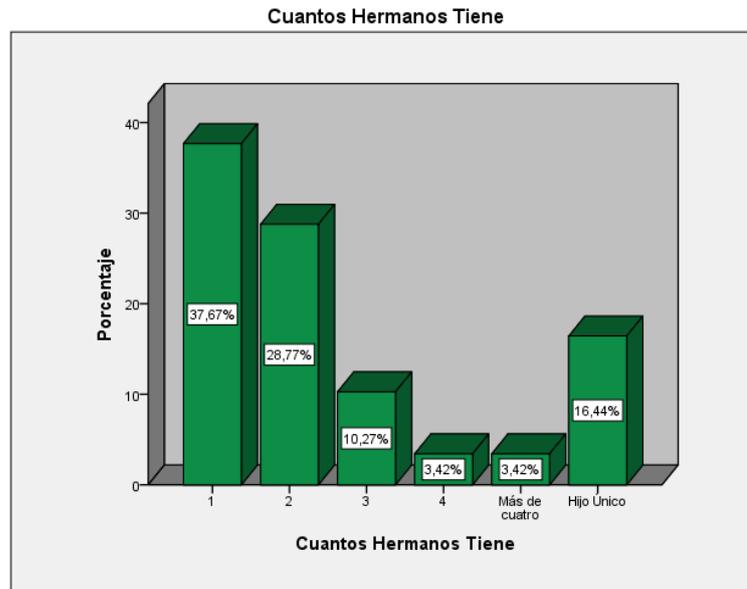
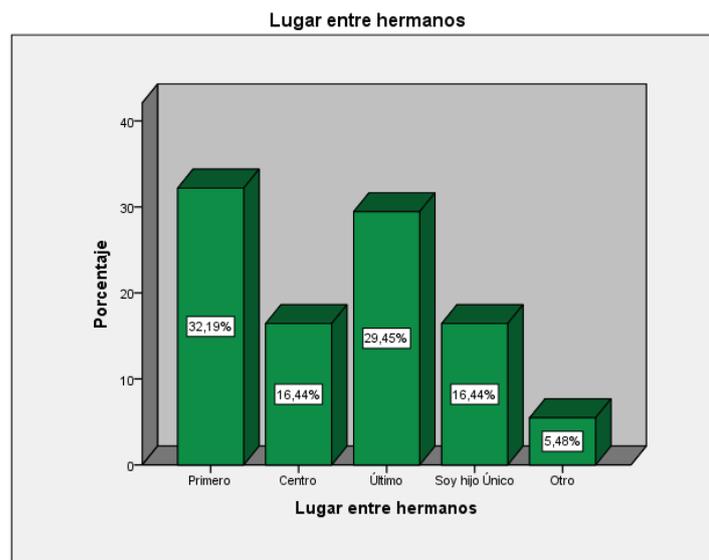


Gráfico 21. Distribución de los estudiantes según la ubicación en el subsistema de hijos.



De otra parte, los encuestados afirmaron que el estilo educativo que prima en sus familias es el democrático (48,97%), mientras que un 2,76%

refiere que sus padres son indiferentes y no establecen reglas claras (Ver gráfico 22.)

Cabe resaltar además que, en cuanto al nivel educativo de los padres de los participantes, se pudo observar que el 47,26% de los padres son profesionales universitarios (Ver gráfico 23), en contraste, el 41,10% de las madres tienen en mismo nivel educativo (Ver gráfico 24). Sin embargo, el 6,16% de los padres no completó la secundaria (Ver gráfico 23.), mientras que el 16,44% de las madres alcanzó este nivel (Ver gráfico 24.).

Gráfico 22. Distribución de estudiantes según el estilo educativo de los padres.

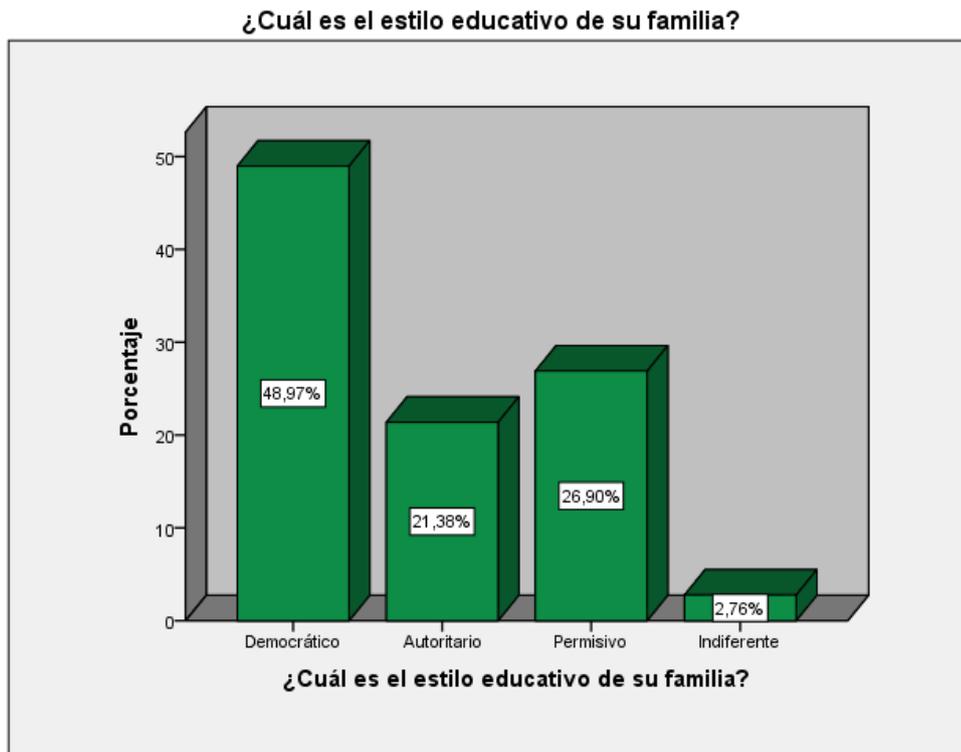


Gráfico 23. Distribución de los estudiantes respecto al nivel educativo alcanzado por su padre.

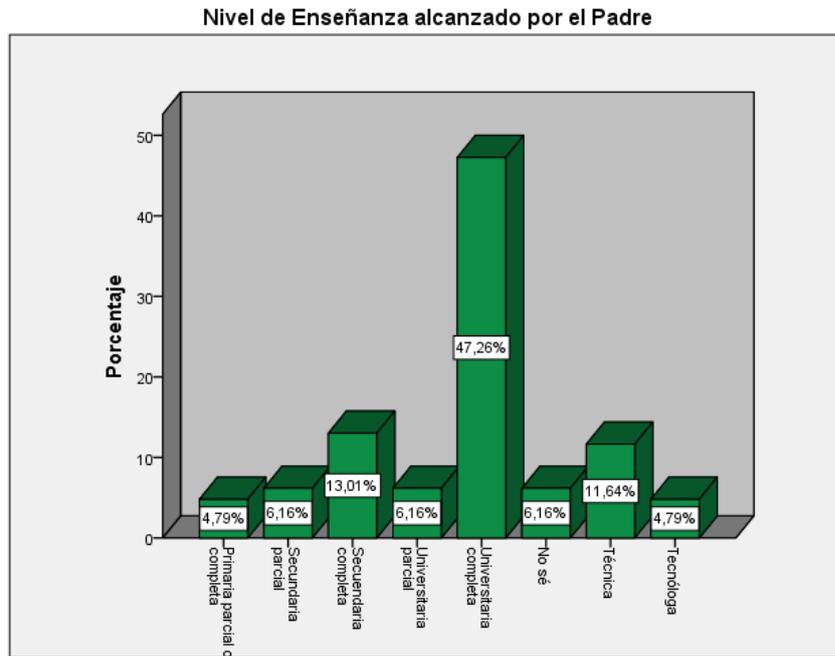
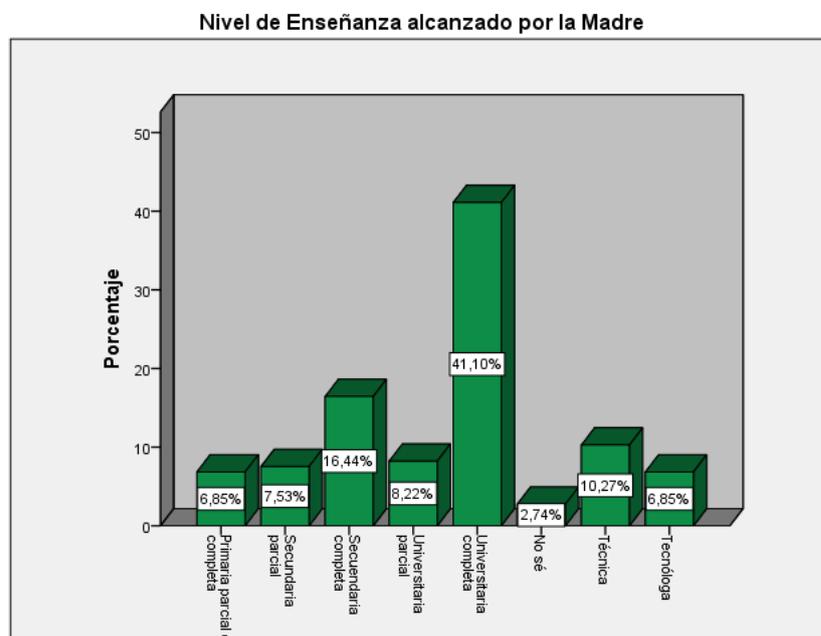


Gráfico 24. Distribución de estudiantes según el nivel educativo alcanzado por la madre.



En cuanto a la cercanía y las relaciones familiares, el 65,07% de los estudiantes afirma sentirse muy cerca de su familia. Solo el 8,90% se siente distante a ellos (Ver gráfico 25.). Por lo demás, con respecto a los valores que priman en la relación familiar, los encuestados seleccionaron en su gran mayoría al respeto (76%) y el amor (65,1%). El valor menos seleccionado fue la excelencia (27,4%) (Ver tabla 10).

Gráfico 25. Distribución de estudiantes según el grado de cercanía familiar.

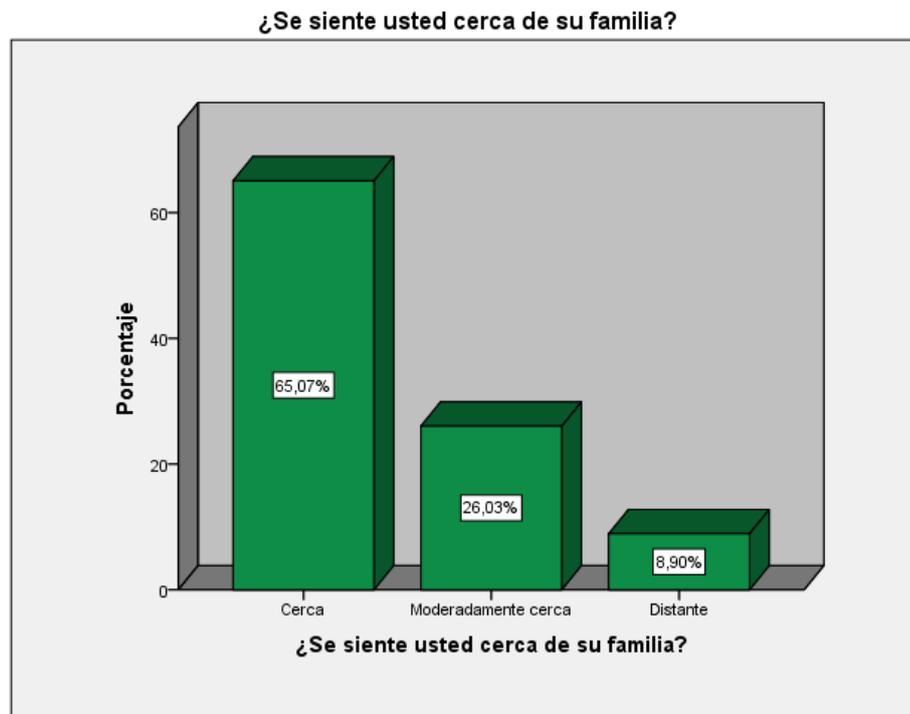


Tabla 10.

Distribución de estudiantes de conformidad con los valores familiares que priman en su familia.

		Valores Familiares		
		Respuestas		Porcentaje de casos
		N	Porcentaje	
Valores Familiares	Amor	95	18,7%	65,1%
	Respeto	111	21,9%	76,0%
	Tolerancia	55	10,8%	37,7%
	Responsabilidad	96	18,9%	65,8%
	Orden	59	11,6%	40,4%
	Perseverancia	51	10,1%	34,9%

Perfil Personal

Al evaluar a los encuestados sobre el nivel de satisfacción con la puesta en marcha de diversas conductas, se obtuvo que la opción más elegida fuera la elección profesional, equivalente al 89,7% de los participantes, la otra opción corresponde a las relaciones interpersonales, equivalentes al 81,5% de los encuestados. Solo en un 11,6% de los casos se seleccionó el consumo de SPA (Ver tabla 11, 12, 13)

No obstante, al indagar el grado de satisfacción de los mismos con relación a su vida en general, el 54,11% de los estudiantes menciona sentirse muy satisfecho con su vida. Solo el 4,79% mostró inconformidad al respecto (Ver gráfico 26).

Tabla 11.

Distribución de estudiantes según el grado de satisfacción con algunas conductas.

	Respuestas		Porcentaje de casos
	N	Porcentaje	
Satisfecho con: Hábitos de estudio	86	10,2%	58,9%
Satisfecho con: Hábitos de Alimentación	75	8,9%	51,4%
Satisfecho con: Hábitos de ejercicio	53	6,3%	36,3%
Satisfecho con: Actividades de tiempo libre	102	12,1%	69,9%
Satisfecho con Consumo de SPA	17	2,0%	11,6%
Satisfecho con: Hábitos de sueño	76	9,0%	52,1%
Satisfecho con: Relaciones interpersonales	119	14,1%	81,5%
Satisfecho con: Relación Afectiva	93	11,0%	63,7%
Satisfecho con: Mi elección profesional	131	15,5%	89,7%
Satisfecho con: Mis resultados académicos	92	10,9%	63,0%
Total	844	100,0%	578,1%

Tabla 12.

Distribución de estudiantes según el grado de satisfacción con algunas conductas.

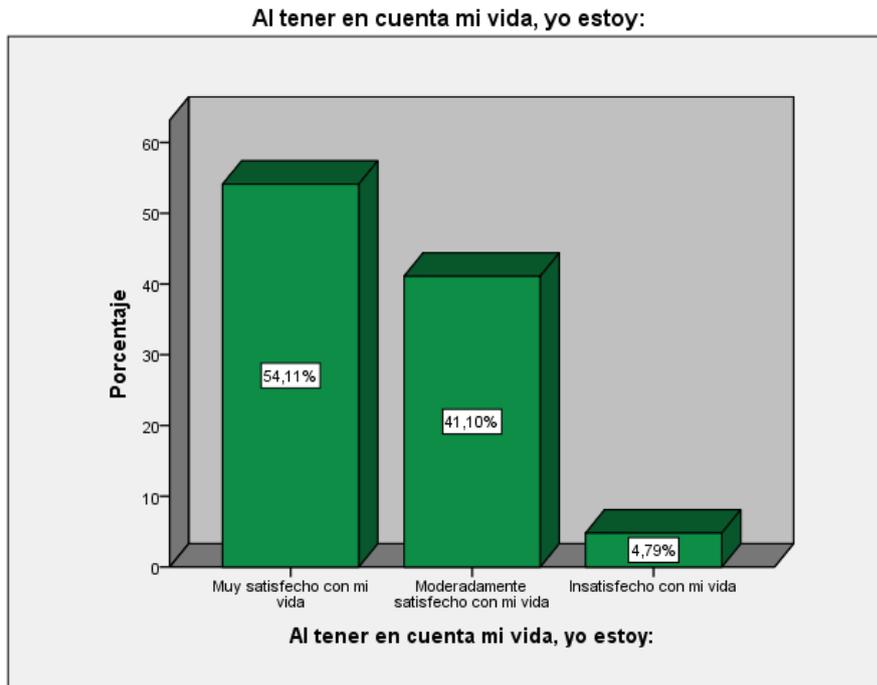
		No Satisfecho Con		
		Respuestas		Porcentaje de casos
		N	Porcentaje	
No estoy	Satisfecho con: Hábitos de estudio	60	12,4%	44,1%
	Satisfecho con: Hábitos de Alimentación	70	14,5%	51,5%
	Satisfecho con: Hábitos de ejercicio	89	18,4%	65,4%
	Satisfecho con: Actividades de tiempo libre	42	8,7%	30,9%
	Satisfecho con Consumo de SPA	26	5,4%	19,1%
	Satisfecho con: Hábitos de sueño	69	14,3%	50,7%
	Satisfecho con: Relaciones interpersonales	26	5,4%	19,1%
	Satisfecho con: Relación Afectiva	32	6,6%	23,5%
	Satisfecho con: Mi elección profesional	15	3,1%	11,0%
	Satisfecho con: Mis resultados académicos	54	11,2%	39,7%
	Total		483	100,0%

Tabla 13.

Distribución de estudiantes según el grado de satisfacción con algunas conductas.

		No tengo hábitos de:		Porcentaje de casos
		Respuesta		
		N	Porcentaje	
No tengo:	Hábitos de ejercicio	4	3,0%	3,7%
	Actividades de tiempo libre	2	1,5%	1,9%
	Consumo de SPA	103	78,0%	95,4%
	Hábitos de sueño	1	0,8%	0,9%
	Relaciones interpersonales	1	0,8%	0,9%
	Relación Afectiva	21	15,9%	19,4%
Total		132	100,0%	122,2%

Gráfico 26. Distribución de estudiantes según el grado de satisfacción con su vida.



Al indagar respecto a los hábitos que asumen los encuestados durante los últimos 30 días, se encontró que el 39,73% duerme menos (Ver gráfico 27.), 43,84% no presenta alteraciones en cuanto a sus hábitos alimenticios (Ver gráfico 28.), el 5,48% fuma menos (Ver gráfico 29.) y el 20,55% no presenta alteraciones en cuanto al consumo de alcohol (Ver gráfico 30.).

También se observó que el 2,74% de los encuestados consume más SPA (Ver gráfico 31.), el 40,41% estudia más (Ver gráfico 32.), el 43,84% tiene menos tiempo disponible para la diversión (Ver gráfico 33.), el 23,29% no presenta alteraciones con respecto a su rutina de ejercicios (Ver gráfico 34) y un 51,37% no manifiesta alteraciones en cuanto a su apetito sexual (Ver gráfico 35.).

Gráfico 27. Distribución de estudiantes respecto a sus hábitos de sueño.

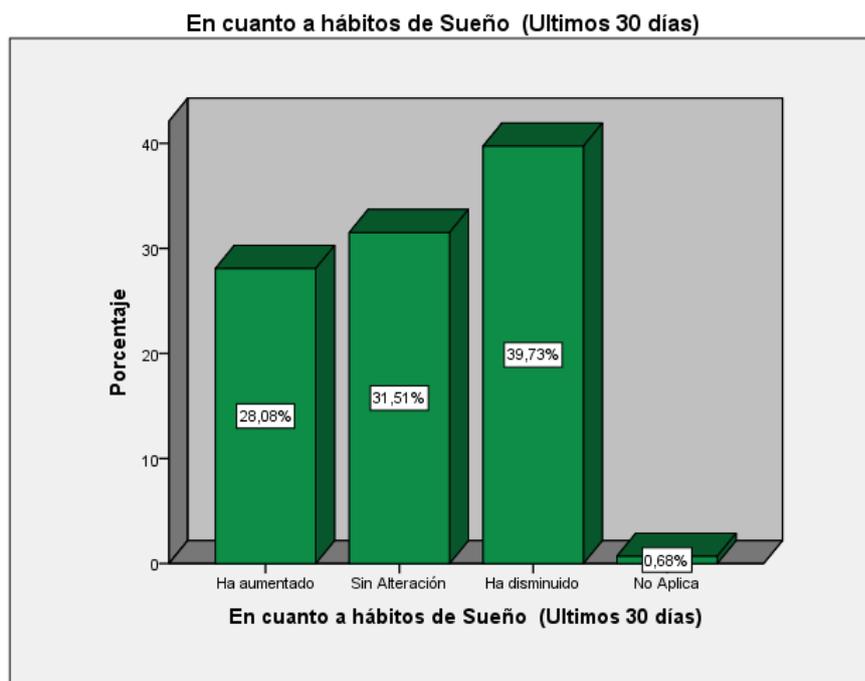


Gráfico 28. Distribución de estudiantes con respecto a sus hábitos alimenticios.

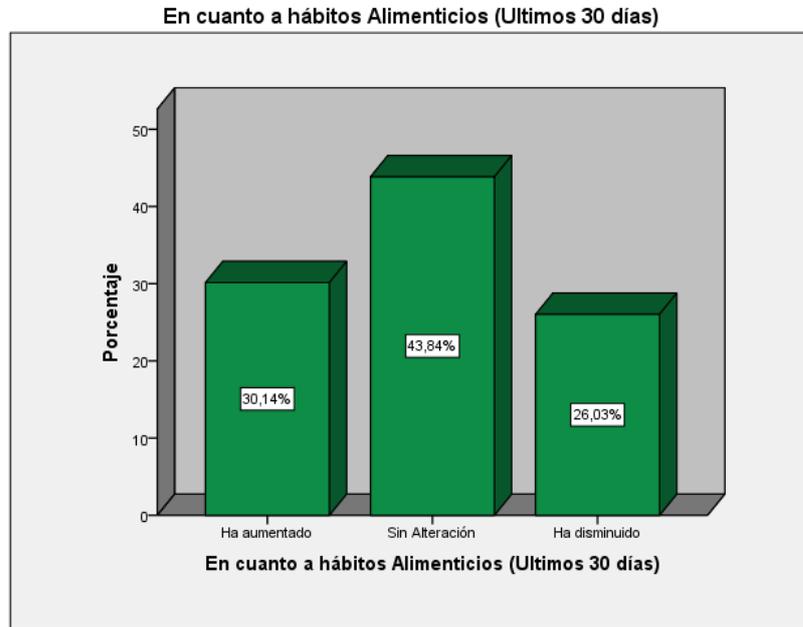
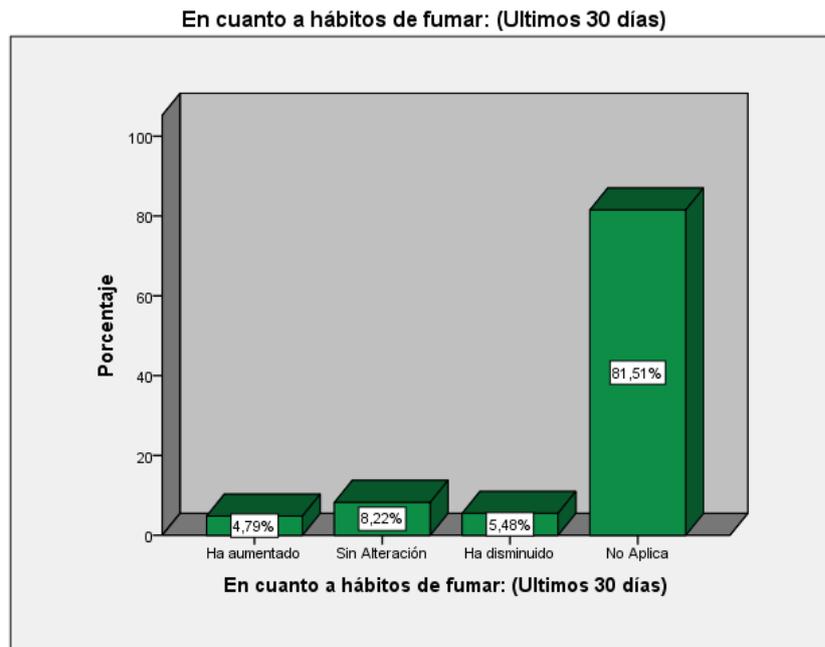
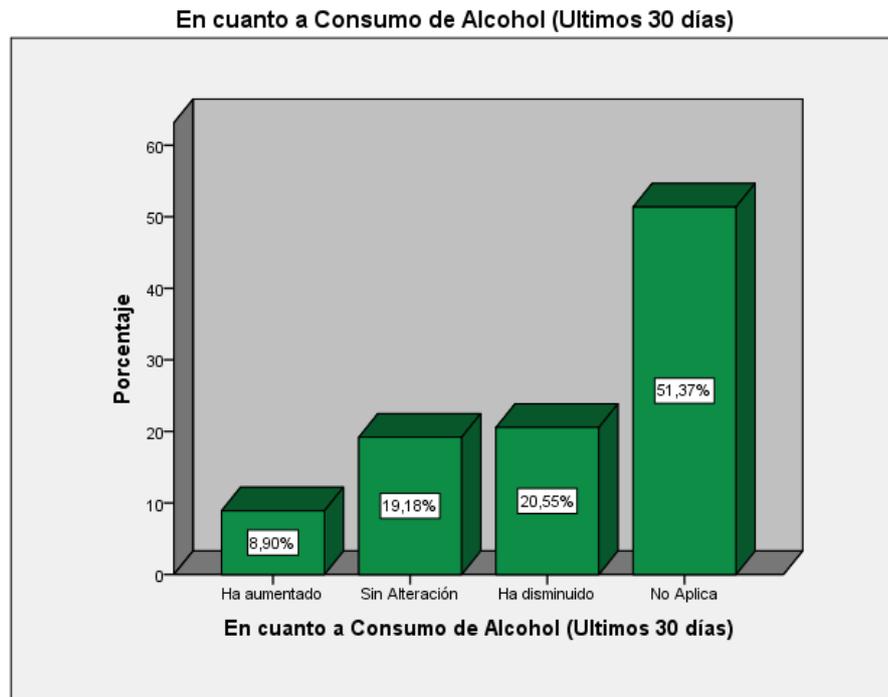


Gráfico 29. Distribución de los estudiantes en cuanto a la conducta de fumar.



*No aplica: Aquellos que no fuman

Gráfico 30. Distribución de estudiantes con respecto a la conducta de consumo de alcohol.



*No aplica: Aquellos que no consumen alcohol

Gráfico 31. Distribución de los encuestados con respecto al consumo de SPA.

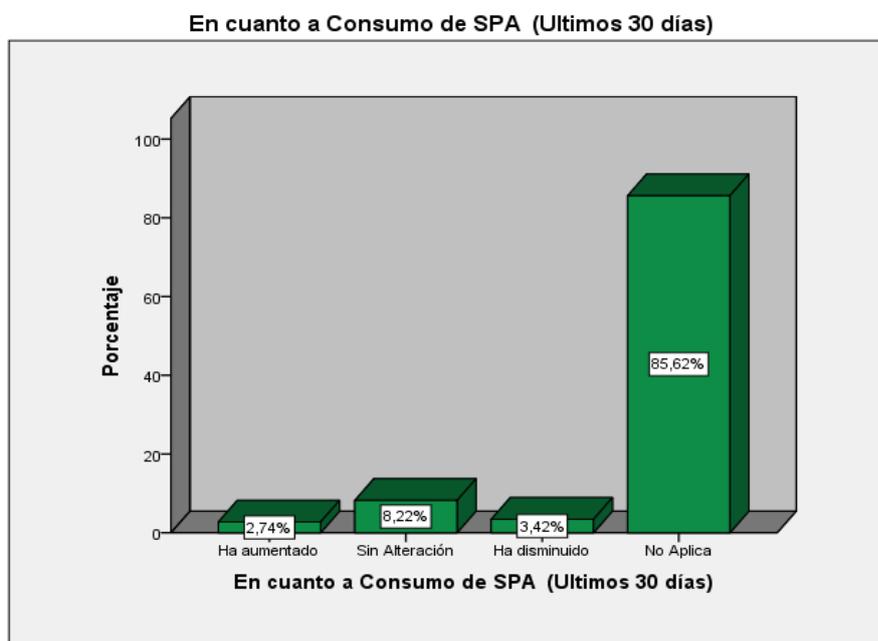


Gráfico 32. Distribución de los encuestados según sus hábitos de estudio.

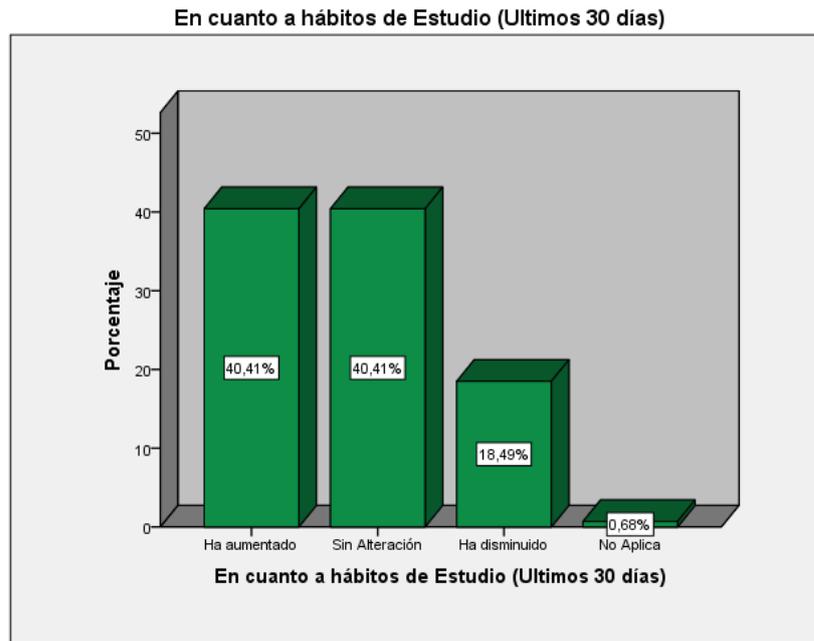


Gráfico 33. Distribución de los estudiantes según la disponibilidad de tiempo para el ocio.

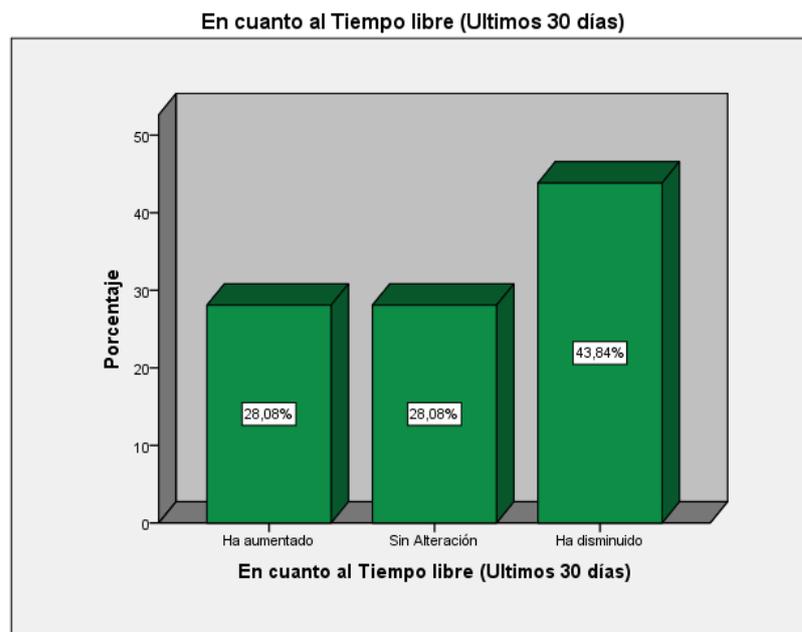
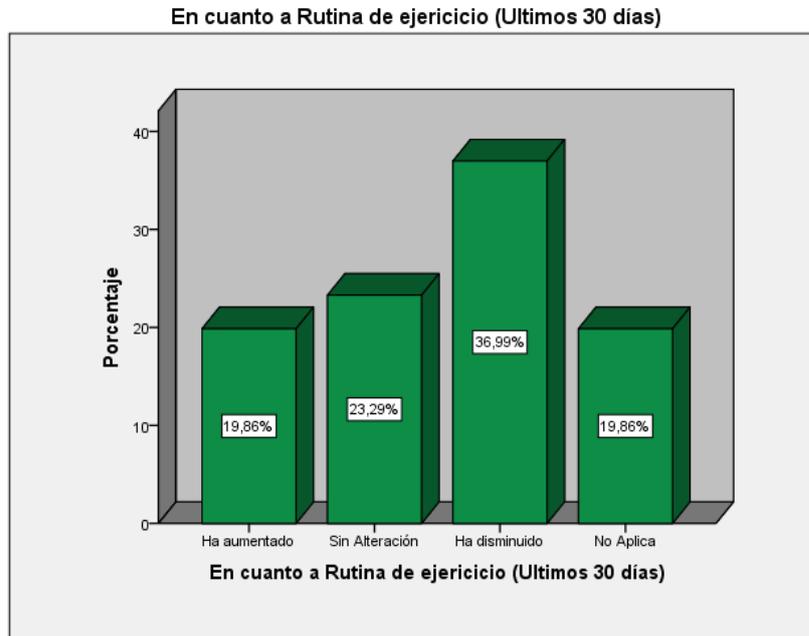
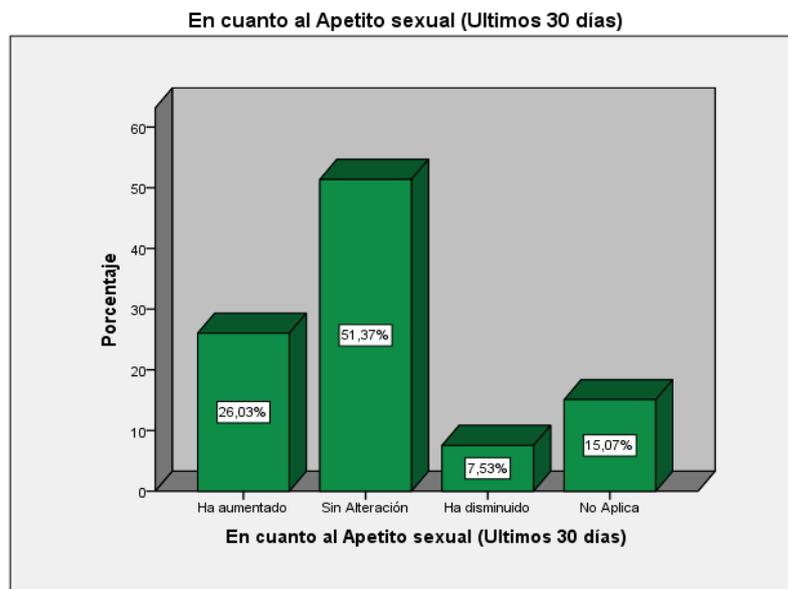


Gráfico 34. Distribución de los estudiantes con respecto a la implementación de una rutina de ejercicios.



*No aplica: Aquellos que no hacen ejercicio.

Gráfico 35 Distribución de los estudiantes con respecto a su apetito sexual.



Con respecto al tipo de pensamientos que manejaron los estudiantes en el momento de aplicación de la encuesta, el pensamiento más seleccionado fue “Soy capaz, competente y habilidoso (a)”, equivalente al 86,2% del total de casos (Ver tabla 14.).

Tabla 14 *Distribución de encuestados según el tipo de pensamientos que manejan.*

		Pensamientos		
		Respuestas		Porcentaje de casos
		N	Porcentaje	
Pensamientos últimos 30 días	Soy una persona sin valor, no soy nadie y no merezco amor	11	4,0%	8,0%
	No soy atractivo, soy incompetente, soy estúpido/a y no soy deseable.	20	7,3%	14,5%
	Soy malo, estoy loco, soy un degenerado/a y depravado.	11	4,0%	8,0%
	Soy capaz, competente y habilidoso (a)	119	43,6%	86,2%
	Soy valioso (a) y le importo a la gente que está a mi alrededor	112	41,0%	81,2%
Total		273	100,0%	197,8%

Al analizar los resultados, se halló que la característica más seleccionada y que, por ende, describe mejor a los encuestados es la inteligencia, equivalente al 77,4% de los casos, mientras que la menos escogida fue sentirse degenerado, correspondiente al 2,1% de los casos (Ver tabla 15.)

Tabla 15. *Distribución de estudiantes según las principales características que lo describen.*

Descripción en los últimos 30 días		Respuestas		Porcentaje de casos
		N	Porcentaje	
	Soy Inteligente	113	10,3%	77,4%
	Soy sensitivo/a	67	6,1%	45,9%
	No tengo valor	4	0,4%	2,7%
	Soy loco/a	41	3,7%	28,1%
	Soy poco atractivo	13	1,2%	8,9%
	Soy feo/a	8	0,7%	5,5%
	Soy incompetente	4	0,4%	2,7%
	No merezco amor	11	1,0%	7,5%
	Tengo buen sentido del humor	95	8,7%	65,1%
	Soy considerado/a	66	6,0%	45,2%
	Soy inadecuado/a	6	0,5%	4,1%
	Estoy lleno/a de lamentaciones	16	1,5%	11,0%
	Soy desconcentrado/a	47	4,3%	32,2%
	Tengo ideaciones Suicidas	9	0,8%	6,2%
	Soy confiable	98	8,9%	67,1%
	Soy fiel	73	6,7%	50,0%
	No soy nadie	6	0,5%	4,1%
	Soy degenerado/a	3	0,3%	2,1%
	Soy estúpido/a	8	0,7%	5,5%
	Soy mal pensado/a	28	2,6%	19,2%
	Que valgo la pena	66	6,0%	45,2%
	Soy inútil	5	0,5%	3,4%
	Soy inocente	26	2,4%	17,8%
	Soy complicado/a	55	5,0%	37,7%
	Soy indeciso/a	57	5,2%	39,0%
	Soy trabajador/a	76	6,9%	52,1%
	Soy ambicioso/a	53	4,8%	36,3%
	Estoy confundido/a	41	3,7%	28,1%
Total		1095	100,0%	750,0%

Perfil Afectivo – Emocional

Del total de encuestados, el 71,9% de los estudiantes escogió la felicidad como el sentimiento que experimenta con más frecuencia, mientras que la jovialidad fue la opción menos escogida, correspondiente al 7,5% de los casos (Ver tabla 16).

Por su parte, un 6,16% de los jóvenes manifiesta haber tenido la intención de quitarse la vida (Ver gráfico 36.), siendo los métodos más utilizados la precipitación (2,78%) y la intoxicación mediante medicamentos (1,38%). (Ver gráfico 37). También se pudo detectar que más del 50% de los estudiantes, ha tenido la intención de provocar daño a otras personas al menos una vez (Ver gráfico 38).

Tabla 16.

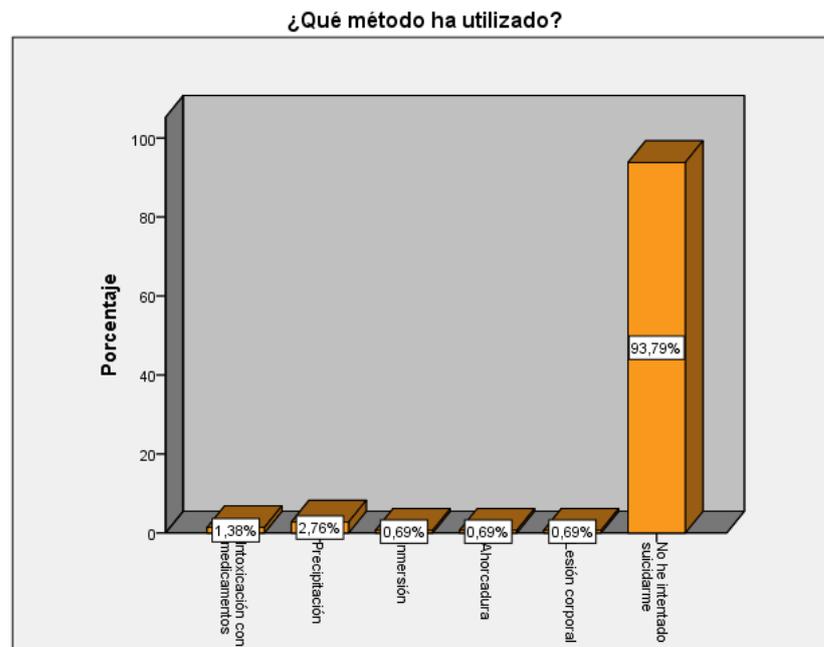
Distribución de estudiantes con respecto a la frecuencia de sentimientos que maneja

Descripción Últimamente		Respuestas		Porcentaje de casos
		N	Porcentaje	
Sentimientos Últimamente	Me siento Excitado/a	61	5,4%	41,8%
	Me siento enojado/a	56	4,9%	38,4%
	Me siento solo/a	55	4,8%	37,7%
	Me siento Feliz	105	9,3%	71,9%
	Me siento Triste	64	5,6%	43,8%
	Me siento relajado/a	75	6,6%	51,4%
	Me siento satisfecho/a	68	6,0%	46,6%
	Me siento abrumado/a	31	2,7%	21,2%
	Me siento tenso/a	72	6,3%	49,3%
	Me siento jovial	11	1,0%	7,5%
	Me siento optimista	89	7,8%	61,0%
	me siento intranquilo/a	53	4,7%	36,3%
	Me siento temeroso/a	42	3,7%	28,8%
	Me siento Receloso/a	15	1,3%	10,3%
	Me siento enérgico/a	54	4,8%	37,0%
	Me siento culpable	24	2,1%	16,4%
	Me siento contento/a	91	8,0%	62,3%
	Me siento cómodo/a	64	5,6%	43,8%
	Me siento aburrido/a	49	4,3%	33,6%
	Me siento Exhausto/a	56	4,9%	38,4%
Total		1135	100,0%	777,4%

Gráfico 36. Distribución de encuestados con respecto a la conducta suicida.



Gráfico 37. Distribución de estudiantes con respecto al método suicida

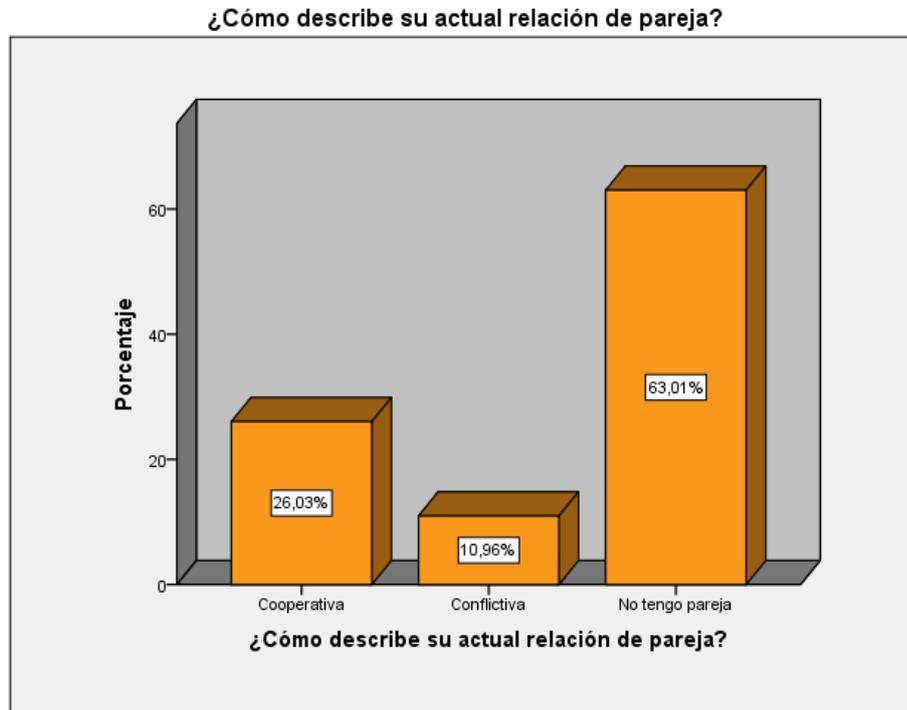


Gráfica. 38. Distribución de estudiantes respecto a la intención de hacerles daño a otros.



Por último, al preguntarles a los estudiantes con respecto a su actual relación de pareja, ellos informaron que éstas, en su gran mayoría, son cooperativas (26,03%). No obstante, la mayor parte de éstos manifiesta no tener relación de pareja en la actualidad (63,01%) (Ver gráfico 39).

Gráfico 39. Distribución de estudiantes respecto al tipo de relación de pareja.



Perfil Salud

De conformidad con la respuesta de los encuestados, se puede considerar que el grado de salud del grupo es adecuado, puesto que solo el 10,96% informa sobre la presencia de una enfermedad física (Ver gráfico 40), En cuanto a la salud mental, el panorama advierte que un 15,75% posee antecedentes de trastornos mentales (Ver gráfico 41). En cuanto a la identificación del familiar, los estudiantes seleccionaron a tíos como las personas que más padecen problemas mentales, lo que equivale a un 33,3% de los casos reportados, mientras que solo un 5,5% señaló a su padre como paciente (Ver gráfico 42).

Gráfico 40. Distribución de estudiantes según el padecimiento de alguna enfermedad física.

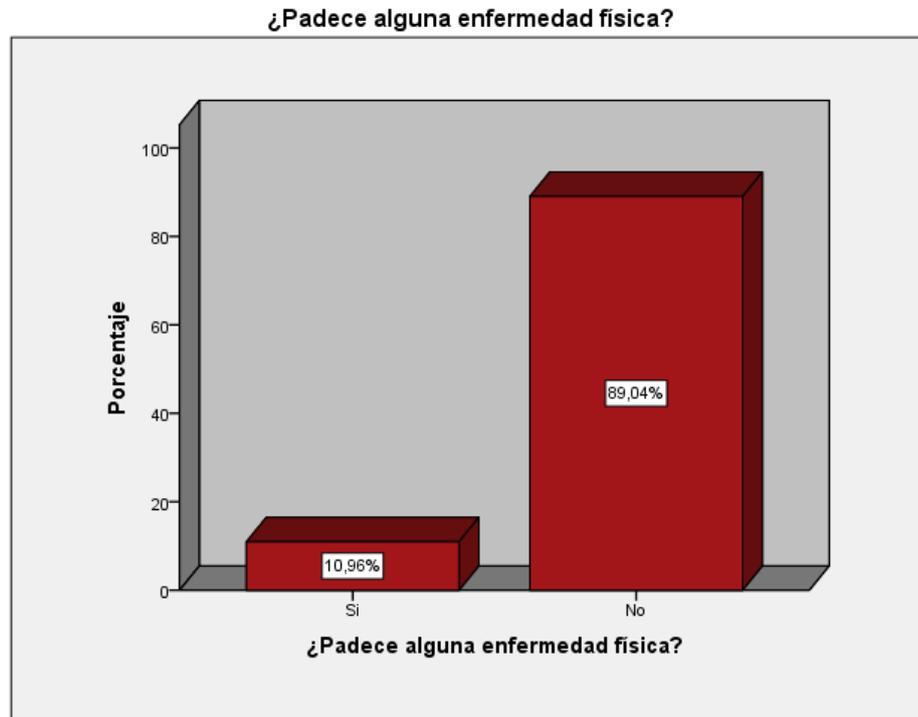


Gráfico 41. Distribución de estudiantes según antecedentes familiares de padecimiento de alguna enfermedad mental.

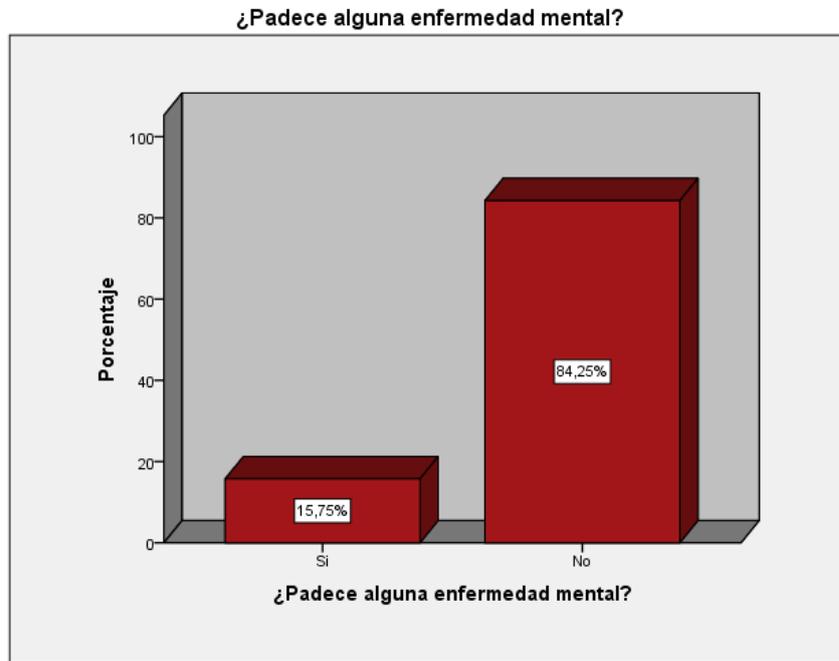
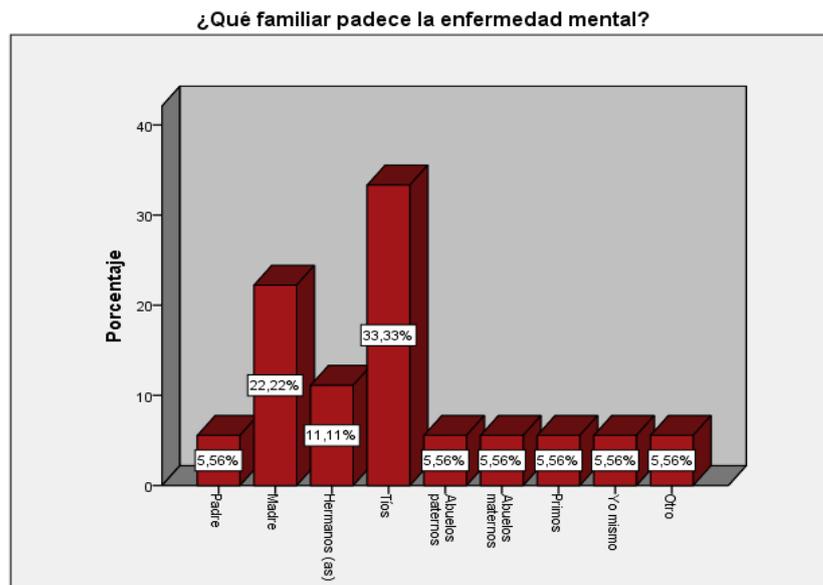


Gráfico 42. Distribución de encuestados respecto al familiar que padece trastorno mental.



Del total de encuestados, el 67,4% de los estudiantes escogió el padecimiento de dolores de cabeza como el malestar que experimentan con más frecuencia, mientras que el sufrimiento de asma fue la opción menos escogida, correspondiente al 1,4% de los casos (Ver tabla 17).

Tabla 17.

Distribución de estudiantes con respecto a la frecuencia de malestares.

Malestar Físico			
	Respuestas		Porcentaje de casos
	N	Porcentaje	
¿Padeces dolores de cabeza?	95	15,5%	67,4%
¿Tiene mareos?	30	4,9%	21,3%
¿Sufre de Taquicardia?	9	1,5%	6,4%
¿Sufre de Espasmos?	40	6,5%	28,4%
¿Padece de tensión?	48	7,8%	34,0%
¿Su interés ha disminuido?	31	5,0%	22,0%
¿Padece de problemas intestinales?	22	3,6%	15,6%
¿Suda excesivamente?	19	3,1%	13,5%
¿Su energía ha disminuido?	40	6,5%	28,4%
¿Sufre dolor de pecho?	9	1,5%	6,4%
¿Padece dolores estomacales?	22	3,6%	15,6%
¿Sufre de Tics?	9	1,5%	6,4%
¿Tiene fatiga?	34	5,5%	24,1%
¿Tiene movimientos involuntarios?	7	1,1%	5,0%
¿Sufre de dolores de espalda?	62	10,1%	44,0%
¿Escuchas cosas?	10	1,6%	7,1%

¿Tienes problemas en la piel?	16	2,6%	11,3%
¿Tu menstruación es dolorosa?	10	1,6%	7,1%
¿Tienes la boca seca?	19	3,1%	13,5%
¿Tiembles?	4	0,7%	2,8%
¿Sufres de asma?	2	0,3%	1,4%
¿Sufres de Artritis?	3	0,5%	2,1%
¿Sufres de ojos húmedos?	6	1,0%	4,3%
¿Padeces de hormigueo?	9	1,5%	6,4%
¿Has perdido peso?	15	2,4%	10,6%
¿Has sufrido desmayos?	4	0,7%	2,8%
¿Eres alérgico a algo?	30	4,9%	21,3%
¿Padeces algún malestar físico?	9	1,5%	6,4%
Total	614	100,0%	435,5%

Tal como se referencia en las gráficas que aparecerán a continuación, el 89,73% de los encuestados ha sostenido relaciones coitales, y se puede considerar que el 44,52% de los estudiantes iniciaron su actividad sexual entre 16-18 años, parámetro que presenta mayor frecuencia, mientras que la edad con oscilación menor que 12 años fue la opción menos escogida correspondiente a un 1,37%. (Ver Gráfico 43).

Por último, al preguntarles a los estudiantes por el uso de métodos anticonceptivos, el 65,07% manifestaron utilizar algún tipo de protección, mientras que 4,79% declaró no utilizarlos (Ver Gráfico 44), de los cuales

2,05% han presentado alguna enfermedad de transmisión sexual. (Ver Gráfico. 7.41).

Gráfico 43. Distribución de encuestados, según a la edad de inicio de su vida sexual.

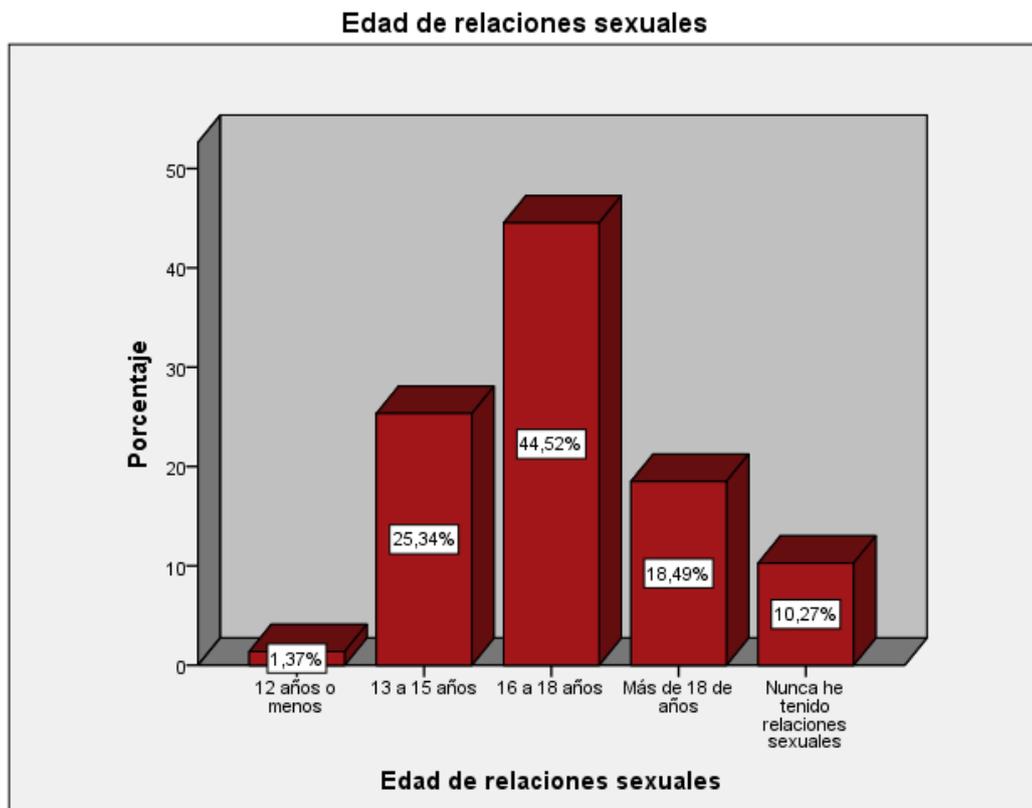


Gráfico 44. Distribución de estudiantes respecto a los métodos anticonceptivos utilizados al tener relaciones sexuales.

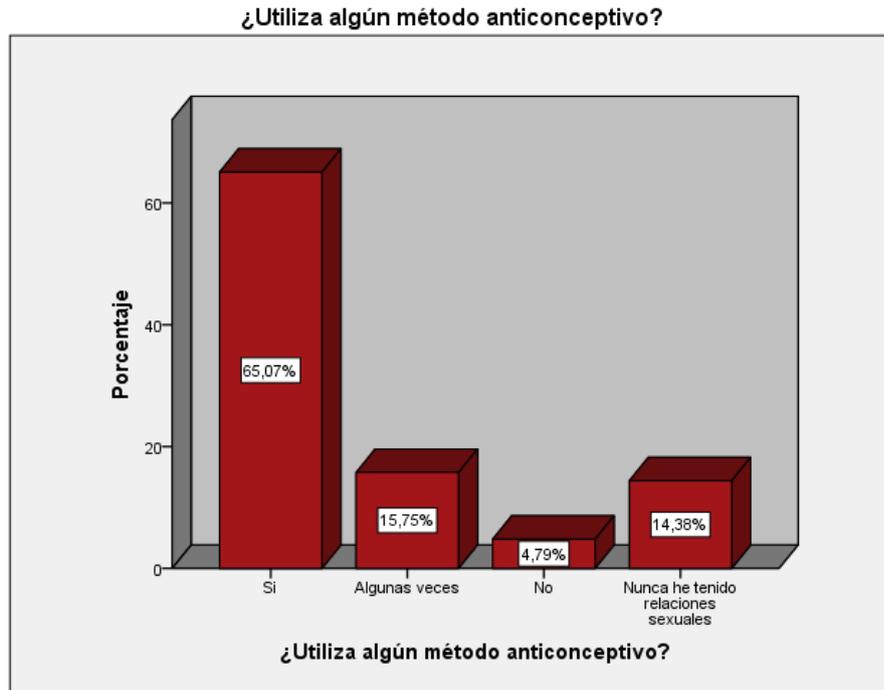
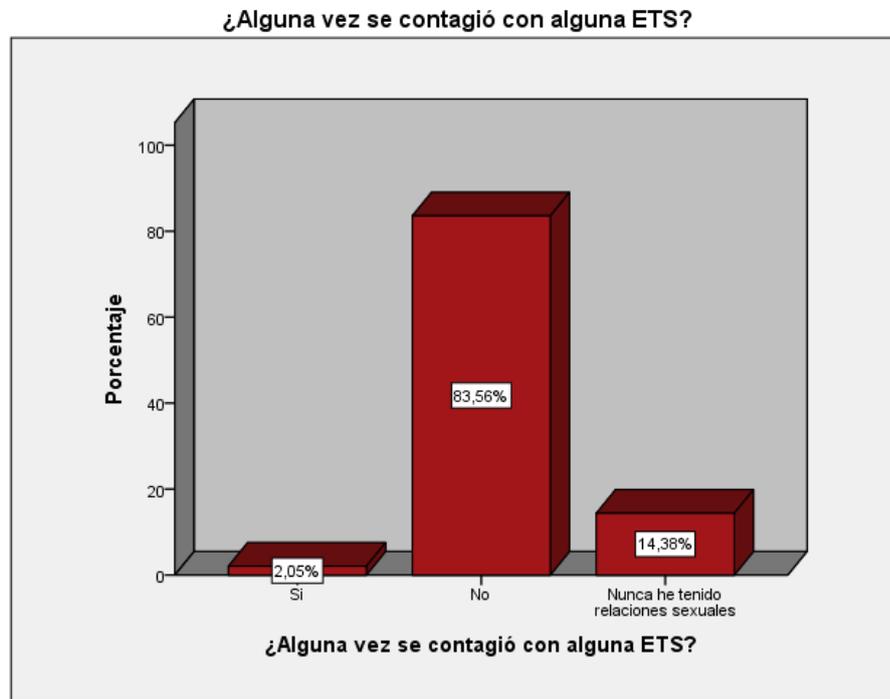


Gráfico 45. Distribución de estudiantes respecto al contagio con alguna ETS.



Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA).

Se puede considerar que la mayor parte de la población universitaria encuestada no fuma (90,41%) (Ver gráfico 46.) Y que por tanto, a ello obedece que al hablar de nivel de consumo de nicotina se muestre una dependencia muy baja (90,4%), mientras un 4,8% proyecte una dependencia muy alta hacia este psicoactivo (Ver gráfico 47).

Gráfico 46. Prevalencia del consumo en la vida de cigarrillo entre los estudiantes universitarios.

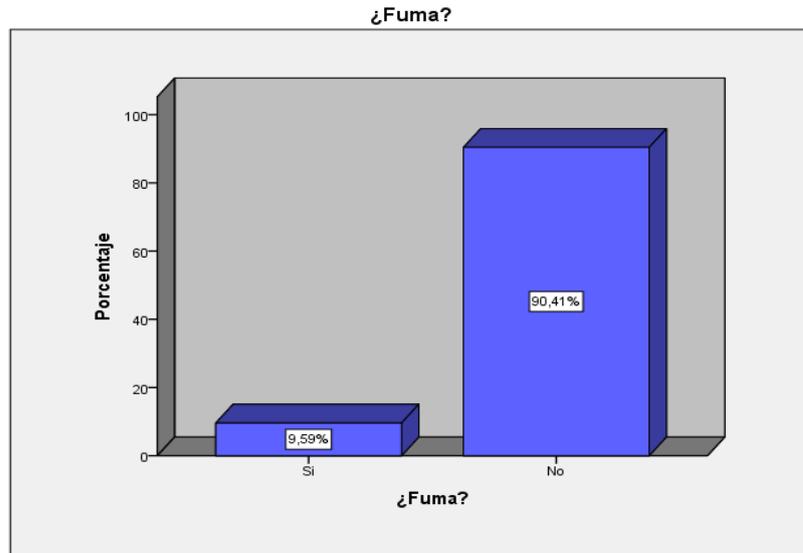
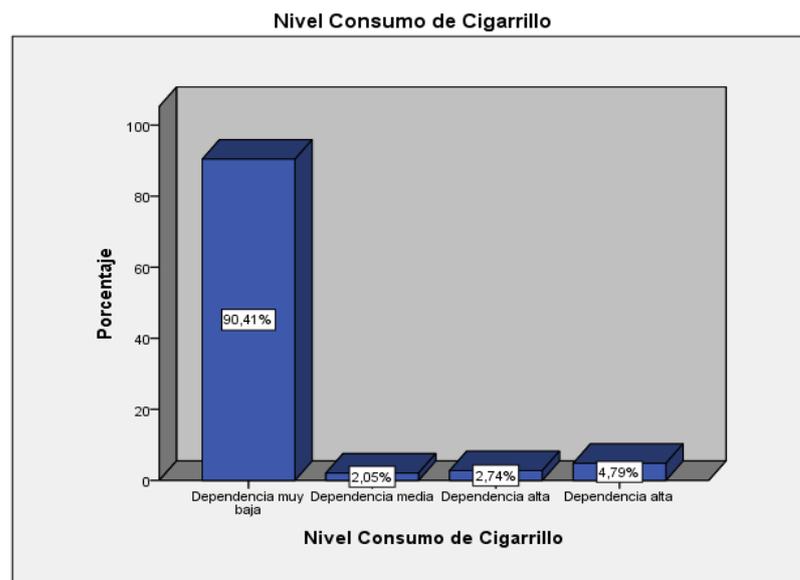
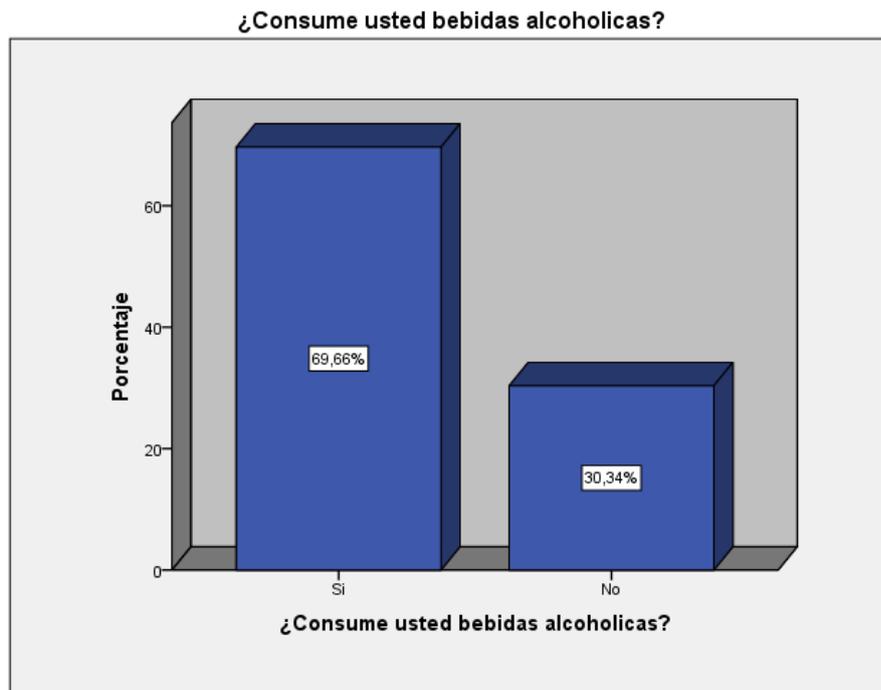


Gráfico 47. Prevalencia del nivel de dependencia del cigarrillo entre los estudiantes encuestados.



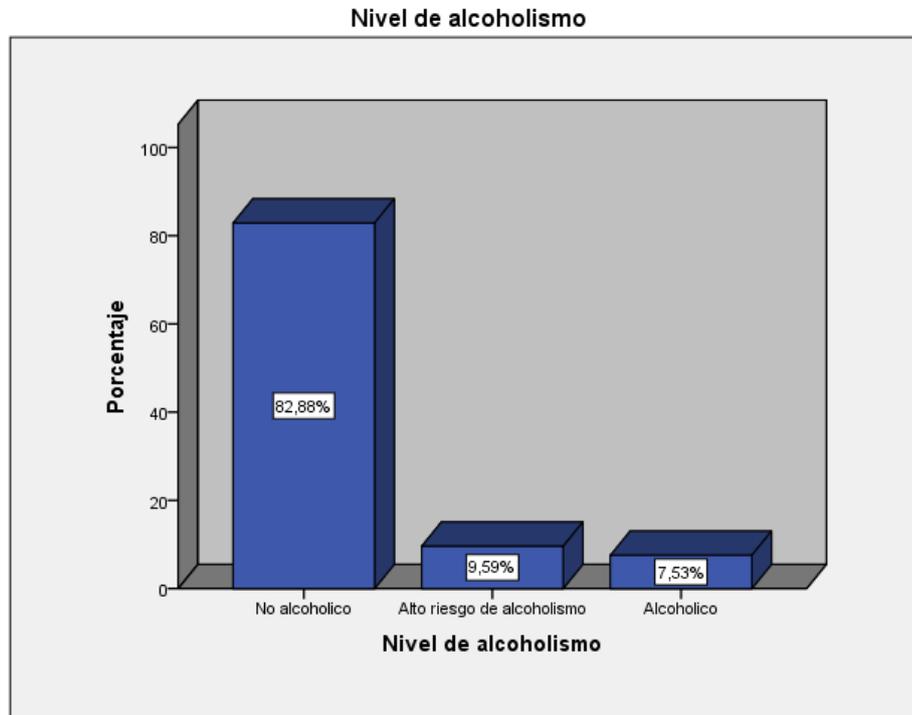
Tal como se observa en el gráfico 7.44., al preguntarle a los encuestados sobre el consumo de alcohol, el 69,66% respondió afirmativamente.

Gráfico 48. Prevalencia en la vida del consumo de licor entre los estudiantes universitarios.



La mayor parte de los encuestados califica en un nivel bajo de dependencia al alcohol (82,88%), mientras un 9,59% se encuentra en situación de riesgo (Ver gráfico 49).

Gráfico 49. Prevalencia del nivel de consumo de alcohol entre los estudiantes.

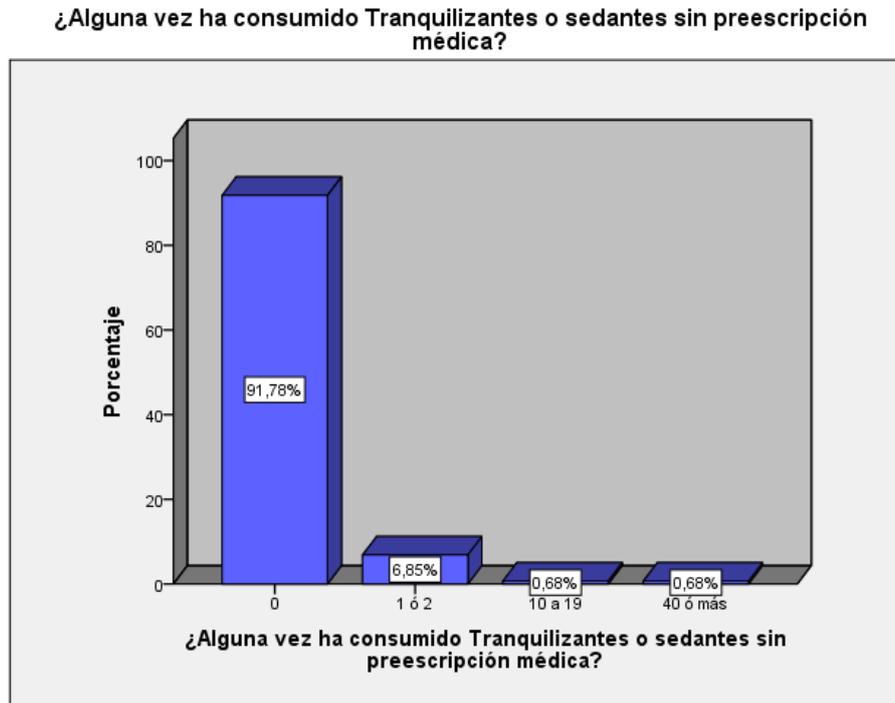


De otra parte, en cuanto al consumo de otras SPA, más específicamente del consumo de marihuana, el 58,85% declara nunca haber consumido la sustancia, en contraste, el 10,27% afirma haberla probado 40 veces o más (Ver gráfico 50). De igual forma, al cuestionar sobre el consumo de tranquilizantes o medicamentos sin prescripción médica, en su gran mayoría, que los estudiantes no han recurrido a esta alternativa (91, 78%), mientras que el 8,21% afirma haber accedido a estas sustancias sin prescripción médica al menos una vez (Ver gráfico 51).

Gráfico 50. Prevalencia en la vida del consumo de Marihuana y sus derivados entre los estudiantes universitarios.



Gráfico 51. Prevalencia en la vida del consumo de tranquilizantes o sedantes sin prescripción médica entre los estudiantes universitarios.



Siguiendo con la descripción del consumo de otras SPA por parte de los encuestados, (en las gráficas 52 y 53) se puede observar el comportamiento del consumo de las anfetaminas y sus derivados y del éxtasis.

En concreto, se evidencia que una gran proporción de la población no consume ni anfetaminas ni éxtasis (Más del 90% para ambos casos) y que menos del 10% expresa haberlas consumido alguna vez en su vida.

Gráfico 52. Prevalencia de consumo en la vida de anfetaminas y sus derivados entre los estudiantes universitarios.

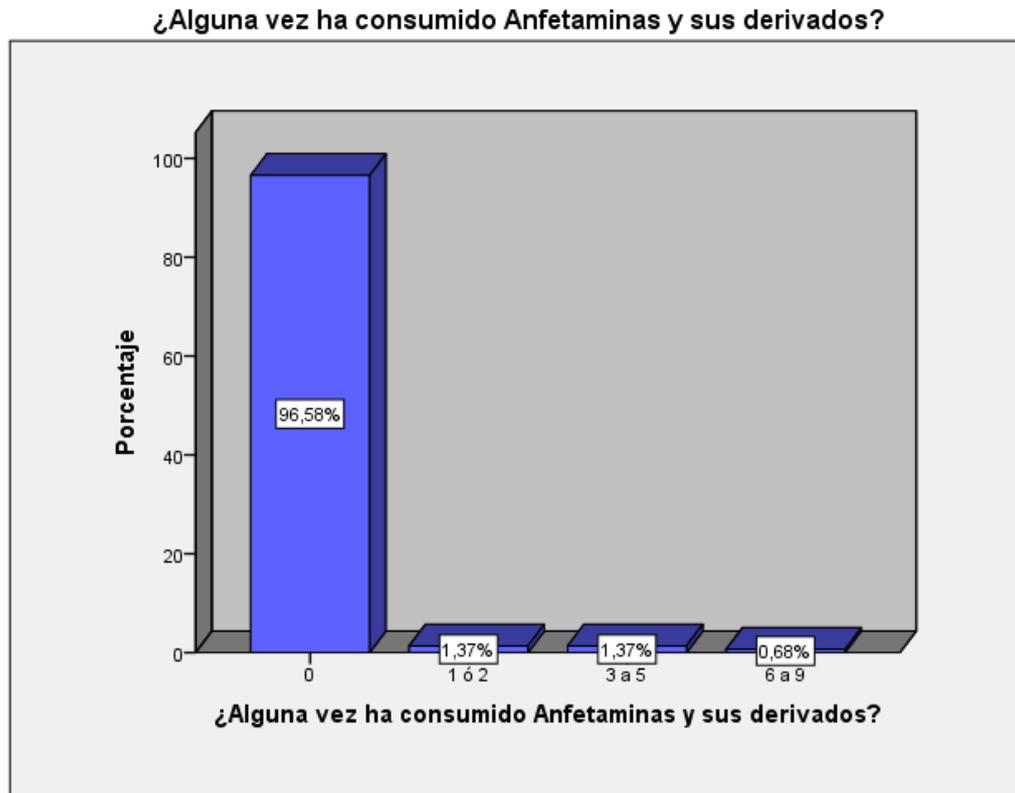
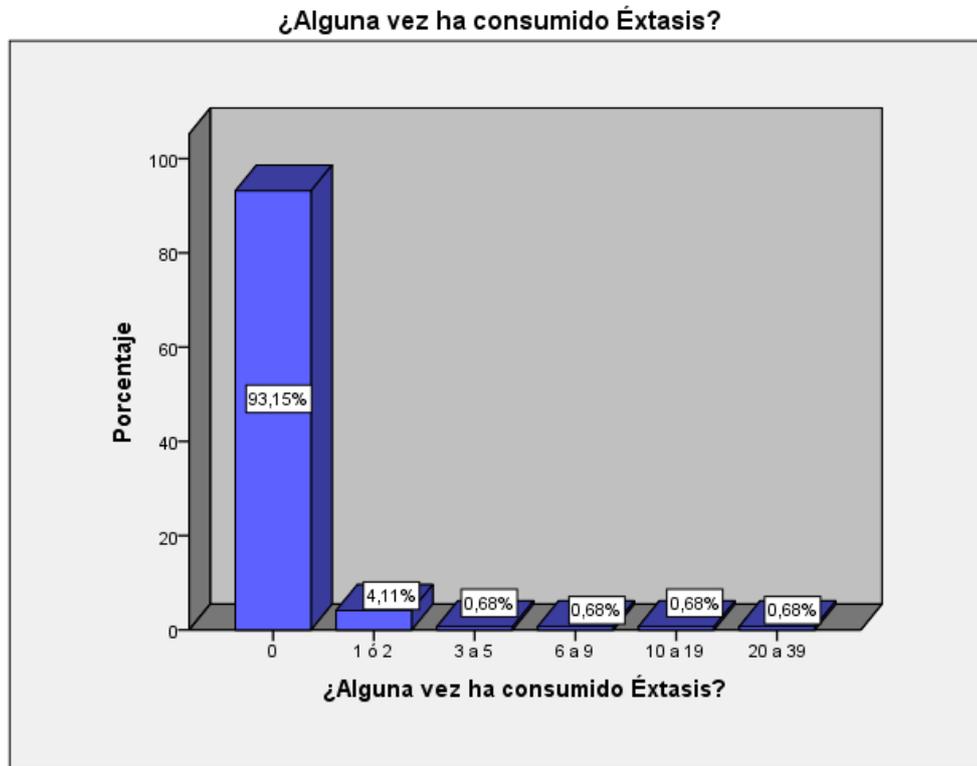


Gráfico 53. Prevalencia del consumo en la vida de éxtasis entre los estudiantes universitarios.



Al igual que ocurre con el comportamiento de las sustancias descritas con anterioridad, se resalta que gran parte de los encuestados no ha consumido LSD (93,15%) (Ver gráfico 54), hongos mágicos (95,21%) (Ver gráfico 55), cocaína (95,21%) (Ver gráfico 56), ni crack (98,63%) en su vida (Ver gráfico 57).

Gráfico 54. Prevalencia del consumo en la vida de LSD entre los estudiantes universitarios.

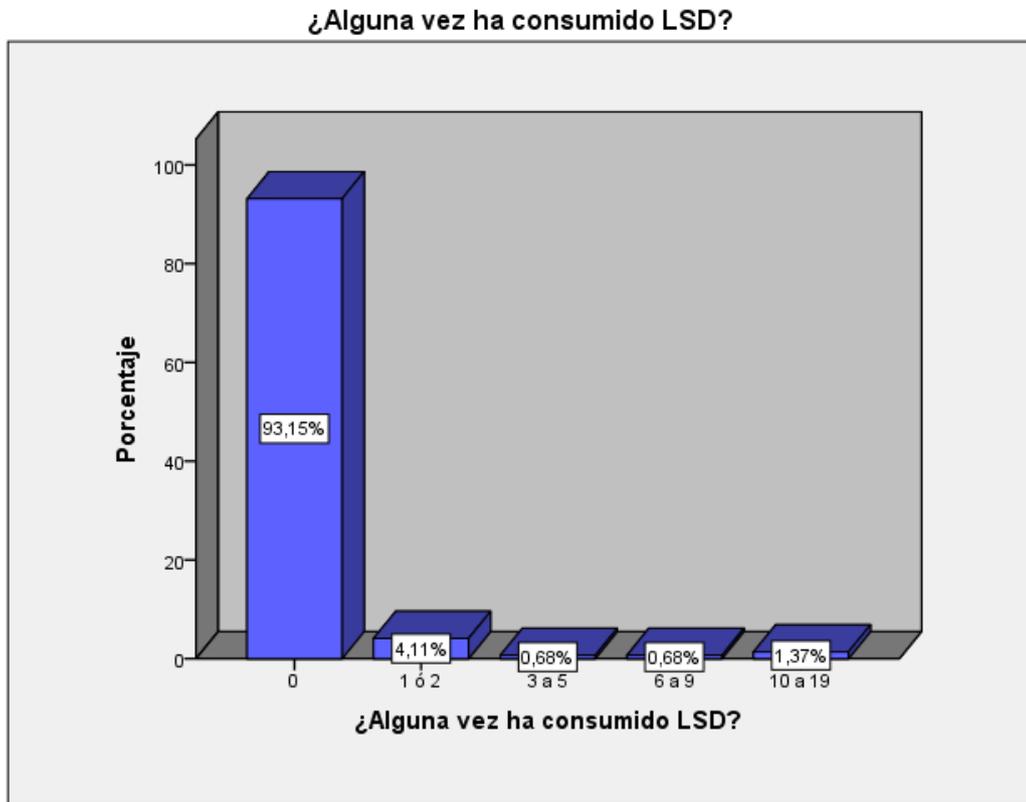


Gráfico 55. Prevalencia del consumo en la vida de Hongos mágicos entre los estudiantes universitarios.

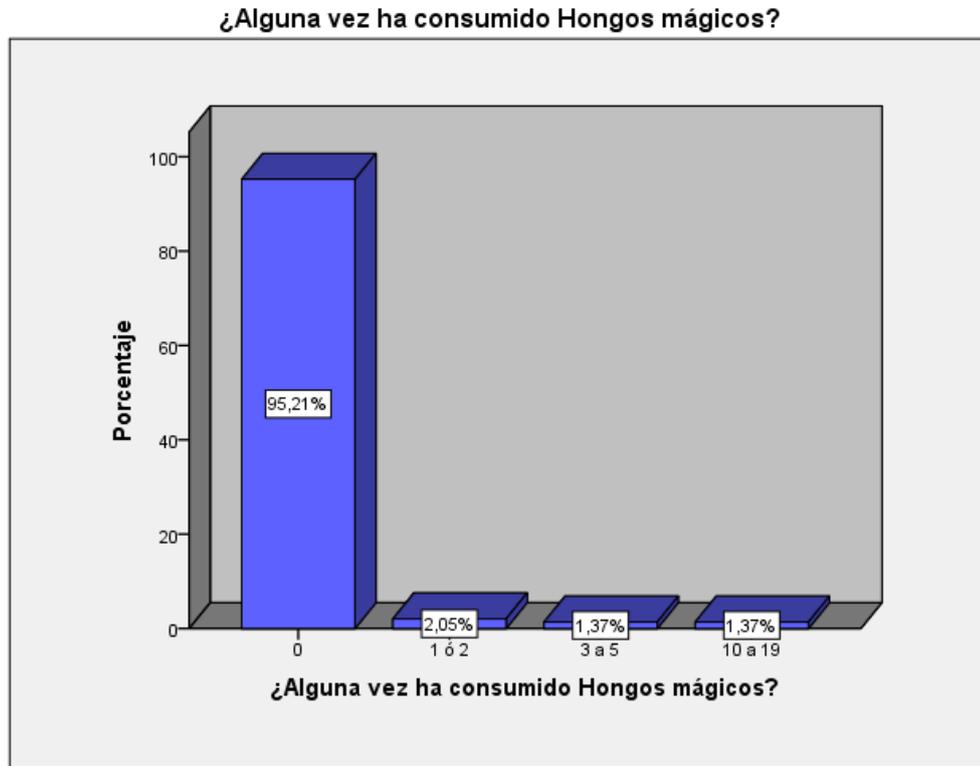


Gráfico 56. Prevalencia del consumo en la vida de cocaína entre los estudiantes universitarios.

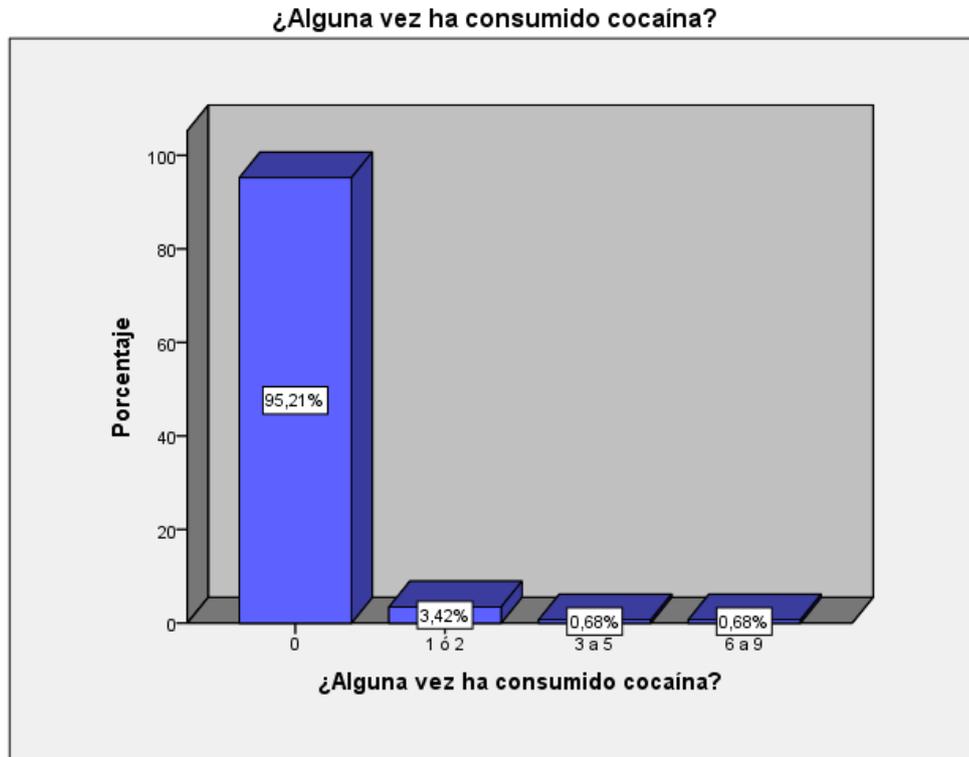


Gráfico 57. Prevalencia de consumo en la vida de crack entre los estudiantes universitarios.



Hablando del consumo de cafeína, opio y anestésicos, el panorama no es distinto, pues nuevamente se encuentra que en su gran proporción, los estudiantes no consumen este tipo de psicoactivos, a excepción de la cafeína, el 47,25% declara haber consumido cafeína al menos una vez en sus vida (Ver gráfico 58), el 97,95% de los encuestados no han consumido opio (Ver gráfico 59) y un 90,41% informa no haber consumido anestésicos. (Ver gráfico 60)

Gráfico 58. Prevalencia del consumo en la vida de cafeína entre los estudiantes universitarios.

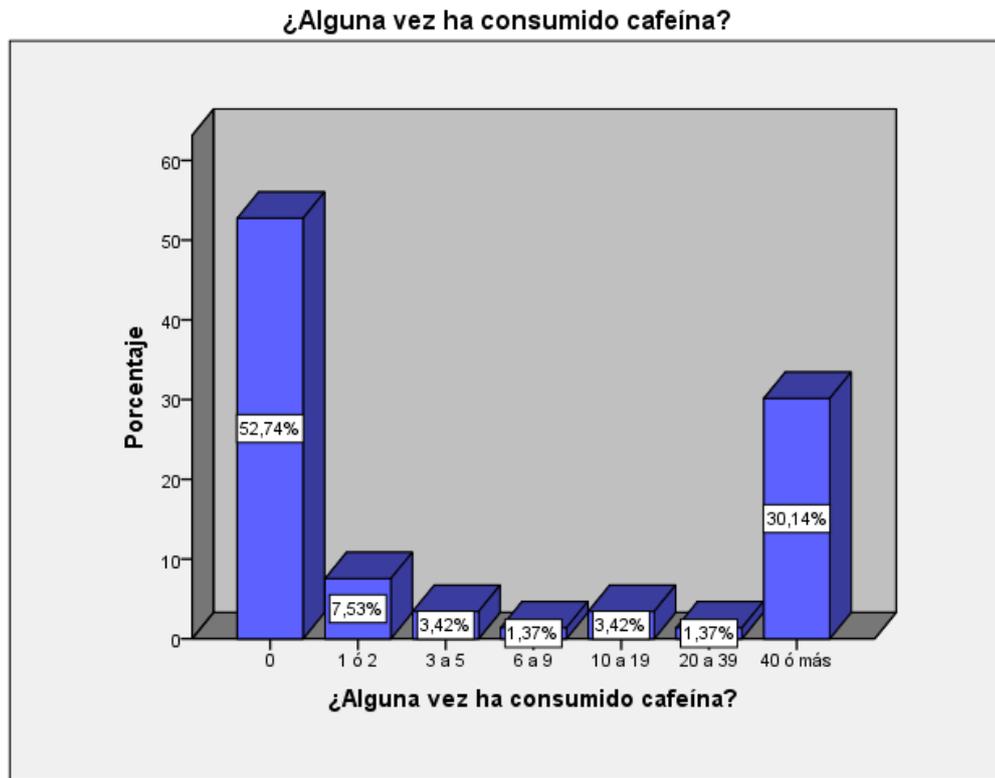


Gráfico 59. Prevalencia de consumo en la vida de opio entre los estudiantes universitarios.

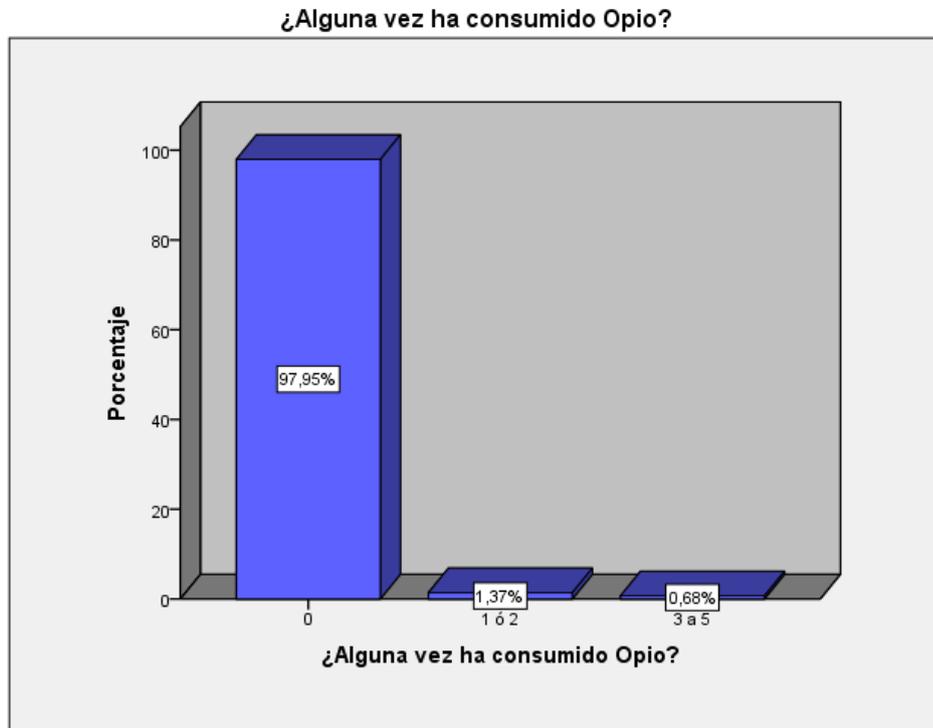
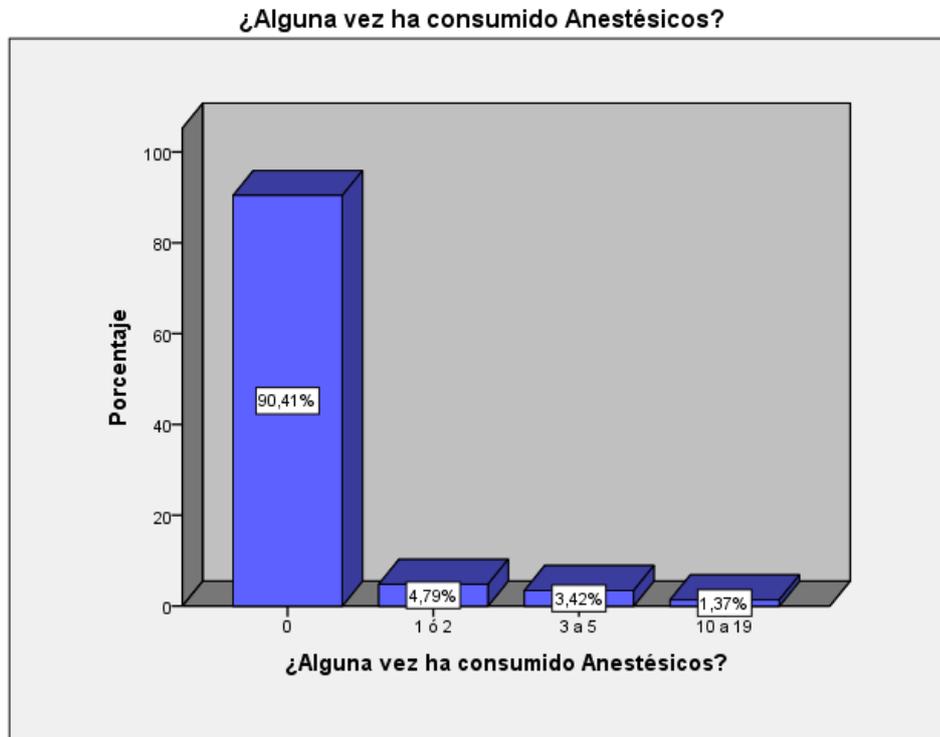


Gráfico 60. Prevalencia del consumo en la vida de anestésicos entre los estudiantes universitarios.



En la generalidad, los encuestados también informan no haber consumido en su vida sustancias como la morfina, heroína y los pegantes. Es así como solo un 1,37% de los jóvenes declara haber probado la morfina (Ver gráfica 61), un 100% manifiesta no haber consumido heroína (Ver Tabla 18) y un 1,37% de los mismos establece que ha utilizado los pegantes como psicoactivos (Ver gráfica 58).

Gráfico 61. Prevalencia del consumo en la vida de morfina entre los estudiantes universitarios.

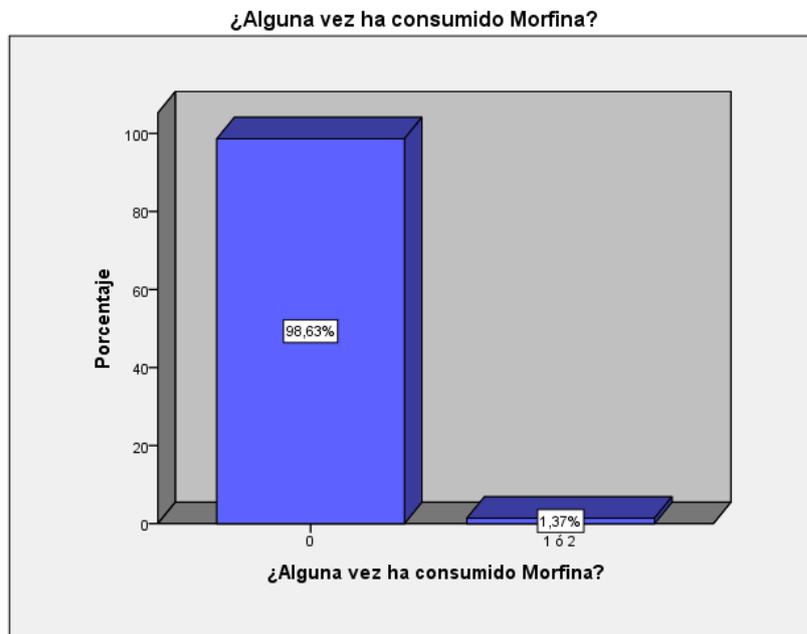
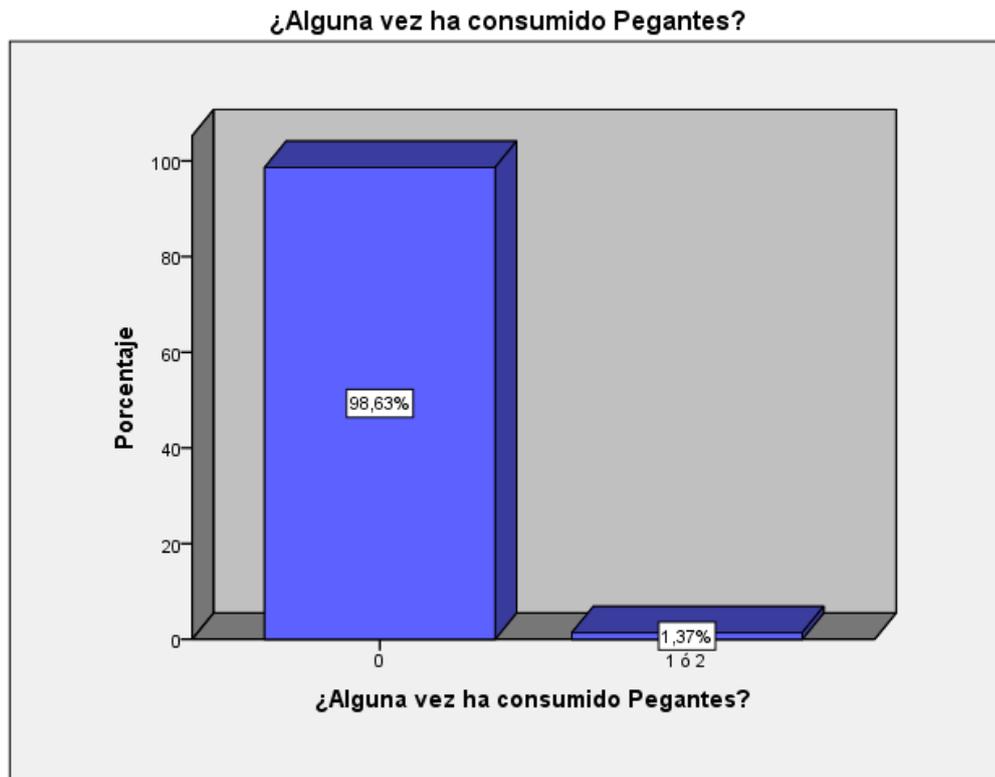


Tabla 18. Prevalencia del consumo en la vida de heroína entre los estudiantes universitarios.

¿Alguna vez ha consumido Heroína?		
	Frecuencia	Porcentaje
No	146	100,0

Gráfico 62. Prevalencia del consumo en la vida de pegantes entre los estudiantes universitarios.



Con respecto al consumo del último grupo de sustancias evaluadas en el presente estudio, se evidencia que toda la población que participó en el estudio no ha consumido gasolina (100%) (Ver Tabla 19), solventes (100%) (Ver Tabla 20), basuco (100%) (Ver Tabla 21), mescalina (100%) (Ver Tabla 22), ni Yajé (96,58%) (Ver Gráfico 63).

Tabla 19. Prevalencia del consumo en la vida de gasolina entre los estudiantes universitarios.

¿Alguna vez ha consumido Gasolina?		
	Frecuencia	Porcentaje
No	146	100,0

Tabla 20. Prevalencia del consumo en la vida de solventes entre los estudiantes universitarios.

¿Alguna vez ha consumido Solventes?		
	Frecuencia	Porcentaje
No	146	100,0

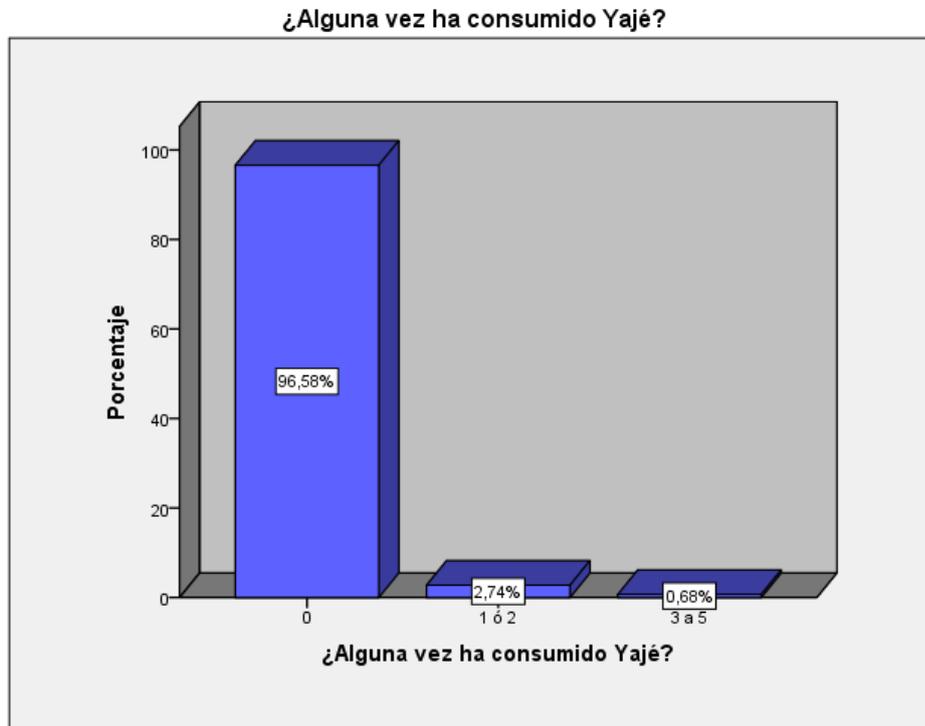
Tabla 21. Prevalencia del consumo en la vida de basuco entre los estudiantes universitarios.

¿Alguna vez ha consumido Basuco?		
	Frecuencia	Porcentaje
No	146	100,0

Tabla 22. Prevalencia del consumo en la vida de mescalina entre los estudiantes universitarios.

¿Alguna vez ha consumido Mescalina?		
	Frecuencia	Porcentaje
No	146	100,0

Gráfico 63. Prevalencia del consumo de Yajé en la vida entre los estudiantes universitarios.

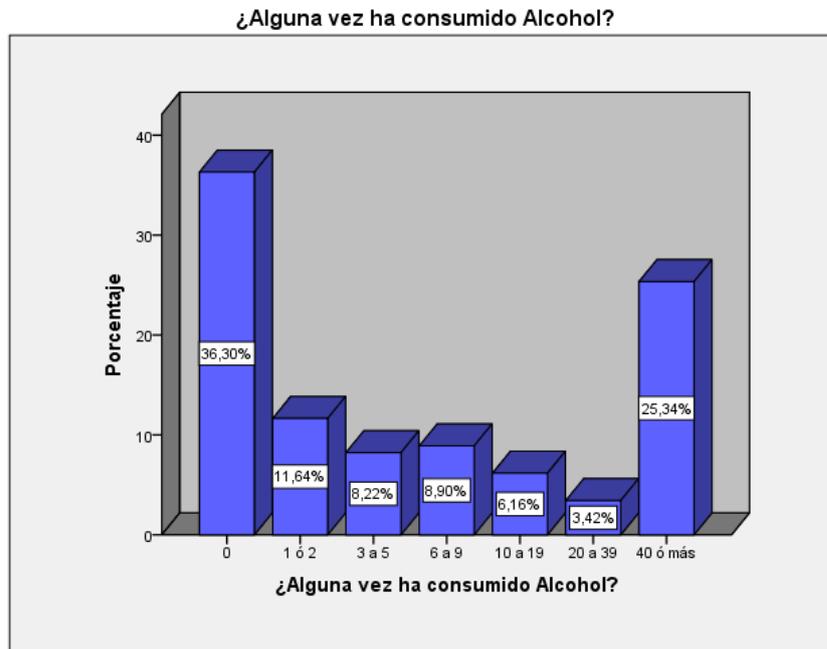


Por otra parte, en cuanto al consumo de Nicotina, el 87,67% declara nunca haber consumido, en contraste, el 12,32% afirma haberla al menos una vez (Ver gráfico 64). De igual forma, al cuestionar sobre el consumo de Alcohol, en su gran mayoría, los estudiantes han recurrido a esta alternativa (63,68%) al menos una vez (Ver gráfico 65).

Gráfico 64. Prevalencia en la vida del consumo de Nicotina entre los estudiantes universitarios.



Gráfico 65. Prevalencia en la vida del consumo de Alcohol entre los estudiantes universitarios.



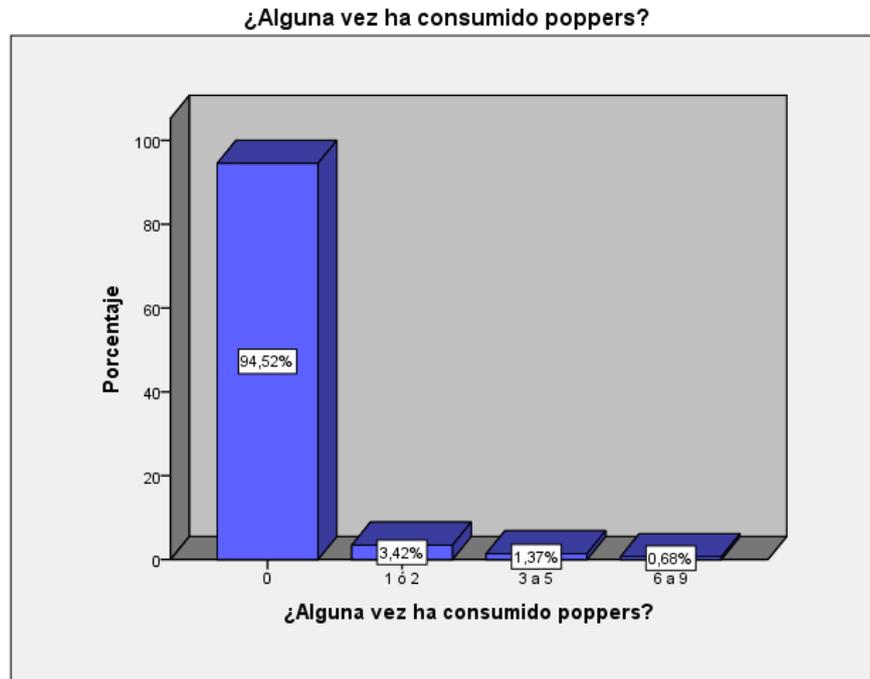
Ninguno de los estudiantes encuestados afirma haber consumido Fenetylamina, (Tabla 23).

Un 5,45% de los encuestados han consumido Poppers al menos una vez en su vida (Gráfico 66).

Tabla 23. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según el consumo de 2CB (Fenetylamina).

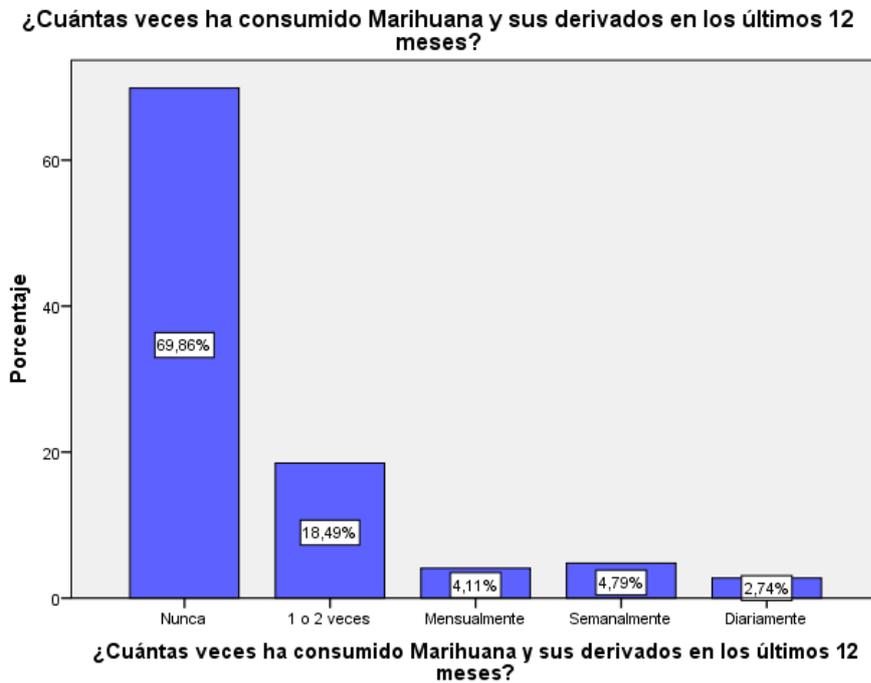
¿Alguna vez ha consumido 2BC (Fenetylamina)?	
Frecuencia	Porcentaje
146	100,0

Grafica 66. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según el consumo de Poppers.



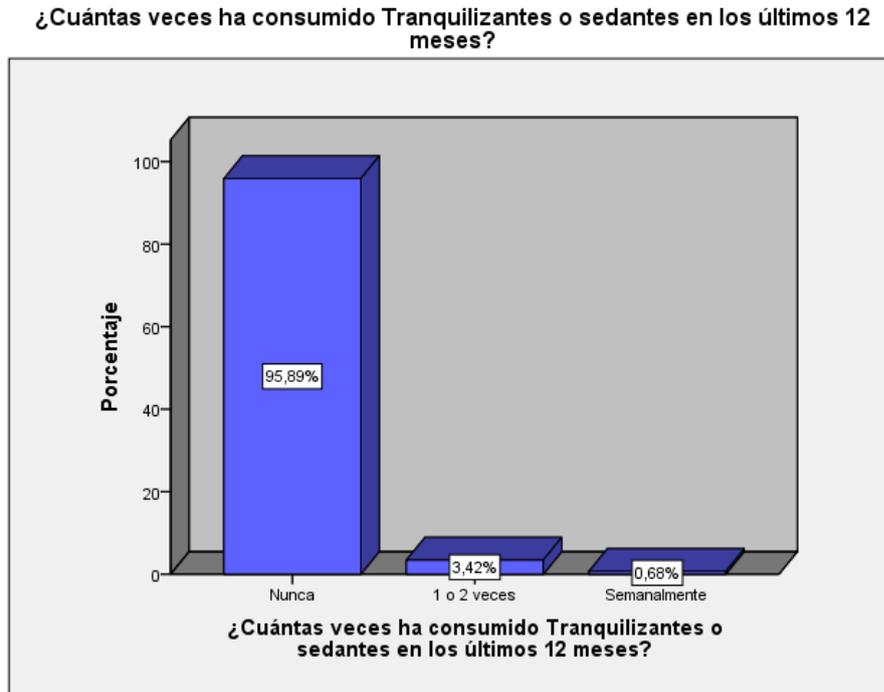
El 69,86% de los estudiantes encuestados afirman no haber consumido Marihuana y sus derivados en los últimos 12 meses, mientras que 18,49% la han consumido entre 1 y 2 veces en los últimos 12 meses y el 2,74% manifiestan consumirla diariamente (Ver grafica 67).

Grafica 67. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según el consumo de Marihuana en los últimos 12 meses.



El 95,89% de los estudiantes encuestados afirman no haber consumido Tranquilizantes o sedantes en los últimos 12 meses, 3,42% la han consumido entre 1 y 2 veces en los últimos 12 meses y el 0,68% manifiestan consumirla semanalmente (Grafica 68).

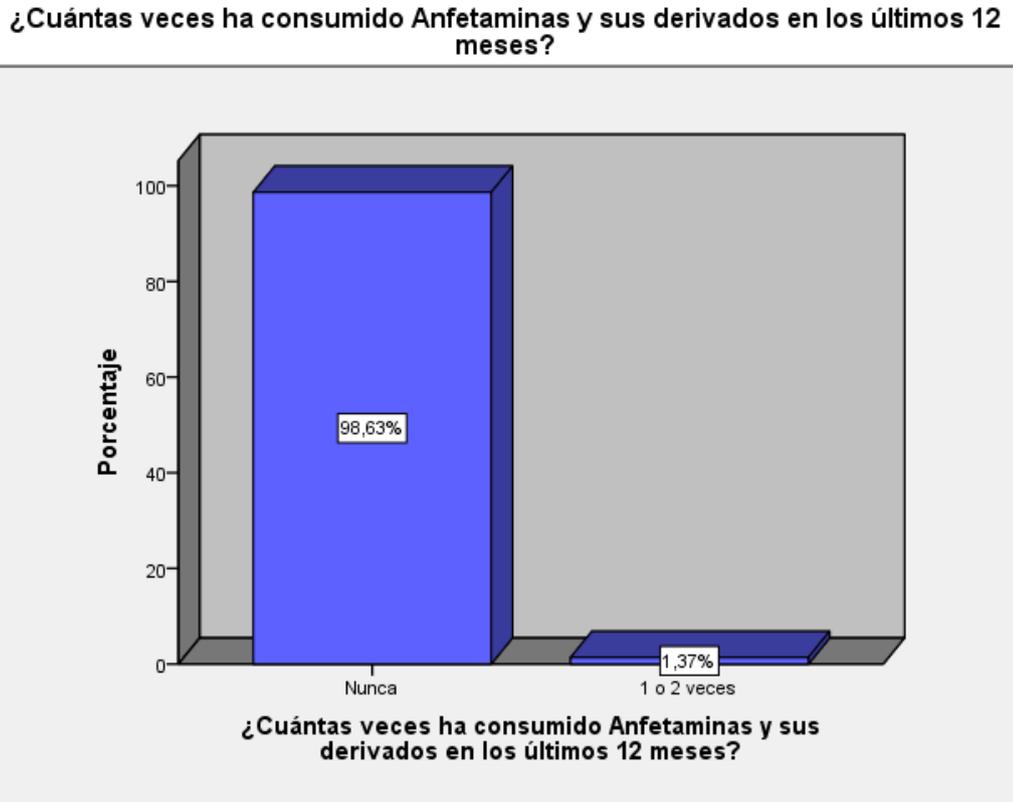
Grafica 68. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según el consumo de Tranquilizantes en los últimos 12 meses.



En los estudiantes encuestados el 98,63% afirman no haber consumido anfetaminas en los últimos 12 meses, 1,37% de ellos lo han hecho de 1 a 2 veces durante éste período (Grafica 69).

Por otra parte, el estudio señala como el 99,32% de los encuestados afirman no haber consumido éxtasis en los últimos 12 meses, otro 0,68% lo han consumido entre 1 y 2 veces (Grafica 70).

Grafica 69. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según el consumo de Anfetaminas en los últimos 12 meses.



Grafica 70. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según el consumo de Éxtasis en los últimos 12 meses.



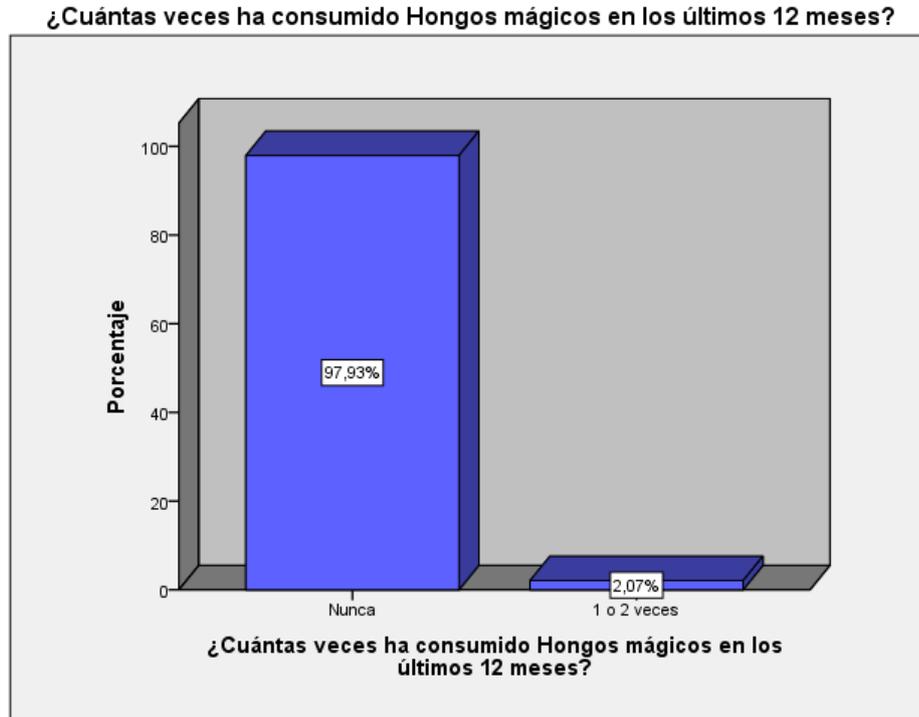
En los estudiantes encuestados el 93,84% afirman no haber consumido LSD en los últimos 12 meses, 5,48% de ellos lo han hecho de 1 a 2 veces durante éste período y un 0,68% la han consumido semanalmente en los últimos 12 meses (Grafica 71).

Grafica 71. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según el consumo de LSD en los últimos 12 meses.



El 97,93% de los estudiantes encuestados no han consumido hongos mágicos en los últimos 12 meses, mientras un 2,07% afirmaron consumirlo entre 1 y 2 veces en los últimos 12 meses (Grafica 72).

Grafica 72. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según el consumo de LSD en los últimos 12 meses.



De acuerdo a las respuestas dadas por los encuestados el 99,3% en los últimos 12 meses no han probado la cocaína, por otra parte la han probado entre 1 y 2 veces el 0,7%, (Grafica 73).

En los estudiantes encuestados 100% afirmaron no haber consumido Crack en los últimos 12 meses (Tabla 24).

Grafica 73. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según el consumo de Cocaína en los últimos 12 meses.

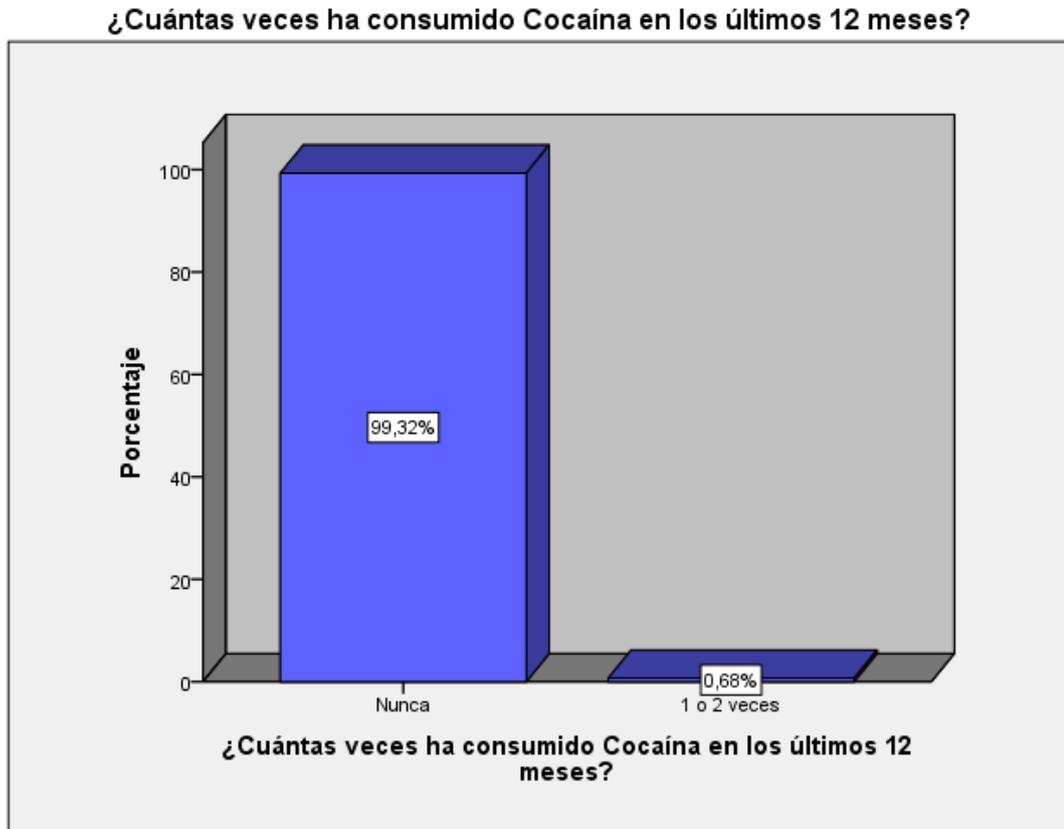


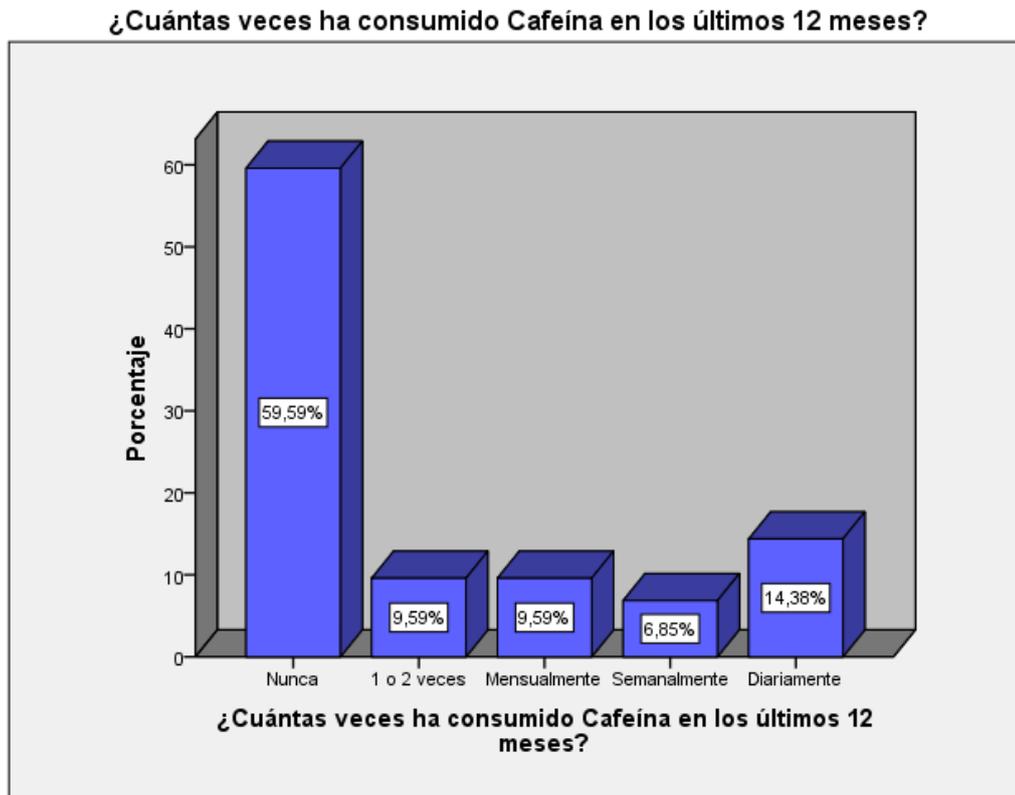
Tabla 24. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según el consumo de Crack en los últimos 12 meses.

¿Cuántas veces ha consumido Crack en los últimos 12 meses?		
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	146	100,0

El 59,59% de los estudiantes encuestados no han consumido cafeína en los últimos 12 meses, el 9,59% lo han hecho entre 1 y 2 veces, el 14,38% afirmaron consumirlo diariamente, en los últimos 12 meses (Grafica 74).

El 98,63% de los estudiantes encuestados no han consumido Opio en los últimos 12 meses, 0,6% lo han hecho entre 1 y 2 veces en los últimos 12 meses (Grafica 75).

Grafica 74. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según el consumo de Cafeína en los últimos 12 meses.



Grafica 75. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según el consumo de Opio en los últimos 12 meses.

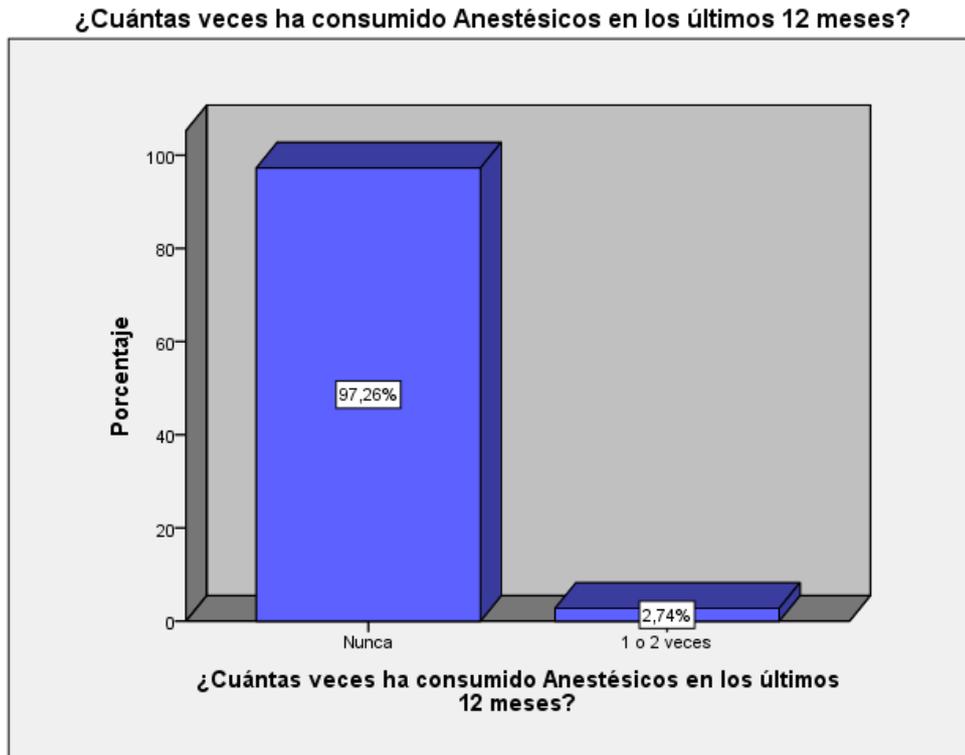


De los estudiantes encuestados, 97,26% afirman no haber consumido anestésicos en los últimos 12 meses de sus vidas, 2,74% de ellos lo han consumido entre 1 y 2 veces en los últimos 12 meses (Grafica 76).

El 98,63% de los estudiantes encuestados no han consumido morfina en el último año, 1,37% la han consumido 1 y 2 veces en los últimos 12 meses (Grafica 77).

En los estudiantes encuestados el 100% afirman no haber consumido Heroína en los últimos 12 meses (Tabla 25).

Grafica 76. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según el consumo de Anestésicos en los últimos 12 meses.



Grafica 77. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según el consumo de Morfina en los últimos 12 meses.

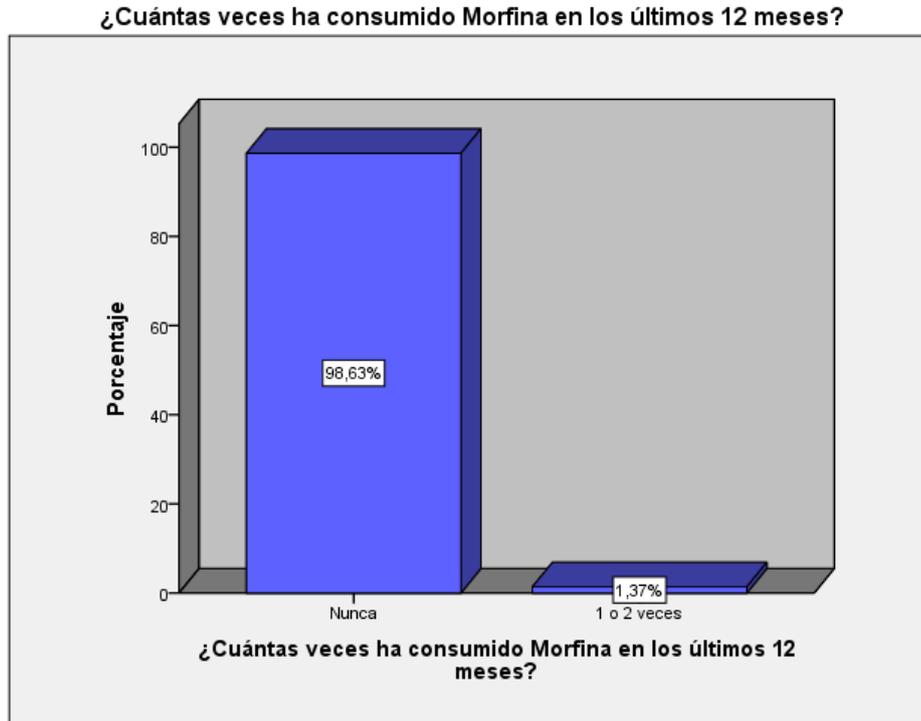


Tabla 25. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según el consumo de Heroína en los últimos 12 meses.

¿Cuántas veces ha consumido Heroína en los últimos 12 meses?		
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	146	100,0

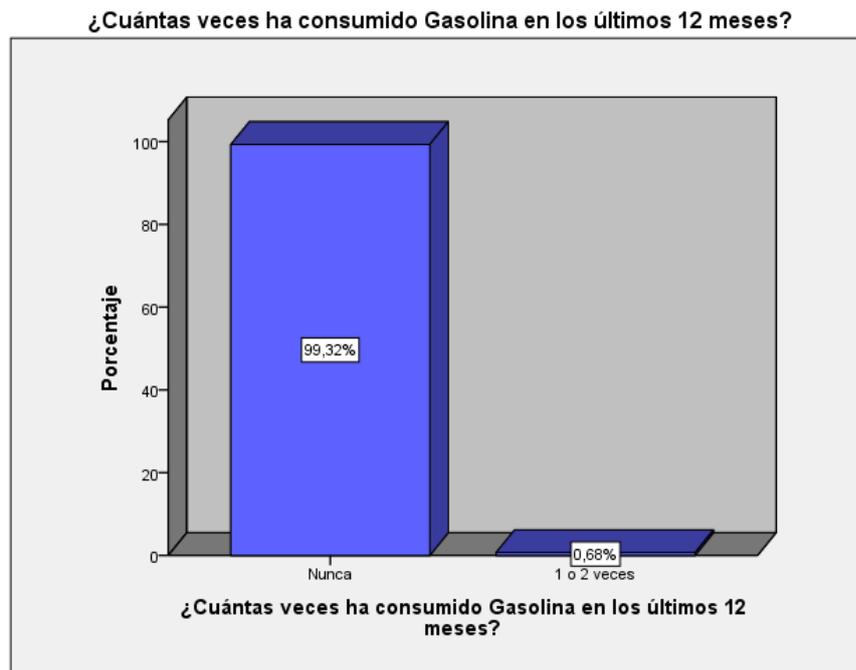
En cuanto al consumo de pegante el 100% de los estudiantes encuestados afirman no haberlo consumido en los últimos 12 meses, período (Tabla 26).

En cuanto al consumo de Gasolina como sustancia psicoactiva el 0,68% de los encuestados la han consumido entre 1 y 2 veces en los últimos 12 meses mientras el 99,32% afirma no haberla consumido en los últimos 12 meses (Grafica 78).

Tabla 26. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según el consumo de Pegante en los últimos 12 meses.

¿Cuántas veces ha consumido Pegantes en los últimos 12 meses?		
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	146	100,0

Grafica 78. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según el consumo de Gasolina como sustancia psicoactiva en los últimos 12 meses.



En cuanto al consumo de Solventes como sustancia psicoactiva el 100% de los encuestados afirma no haberla consumido en los últimos 12 meses (Tabla 27).

Tabla 27. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según el consumo de Solventes como sustancia psicoactiva en los últimos 12 meses.

¿Cuántas veces ha consumido Solventes en los últimos 12 meses?		
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	146	100,0

De los estudiantes encuestados 100% afirman no haber consumido Basuco en los últimos 12 meses de sus vidas (Tabla 28).

Tabla 28. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según el consumo de Basuco en los últimos 12 meses.

¿Cuántas veces ha consumido Basuco en los últimos 12 meses?		
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	146	100,0

En los estudiantes encuestados el 100% afirman no haber consumido Mescalina en los últimos 12 meses (Tabla 29). En los estudiantes encuestados el 97,95% afirman no haber consumido Yajé en

los últimos 12 meses, 2,05% la han consumido entre 1 y 2 veces en los últimos 12 meses (Grafica 79).

El 91,7% de los estudiantes encuestados no han consumido Nicotina en el último año, 2,05% la han consumido diariamente, 4,11% la han consumido 1 y 2 veces en los últimos 12 meses (Grafica 80).

Tabla 29. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según el consumo de Mescalina en los últimos 12 meses.

¿Cuántas veces ha consumido Mescalina en los últimos 12 meses?		
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	146	100,0

Grafica 79. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según el consumo de Heroína en los últimos 12 meses.



Grafica 80. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según el consumo de Nicotina en los últimos 12 meses.



En cuanto al consumo de Alcohol, 47,95% de los estudiantes encuestados afirman no haberlo consumido en los últimos 12 meses, 15,75% lo han hecho entre 1 y 2 veces en el mismo período, 26,71% mensualmente y 7,53% lo han consumido en los últimos 12 meses semanalmente (Grafica 81).

El 99,31% de los estudiantes encuestados no han consumido 2CB (Fenetylamina) en el último año, 0,7% la han consumido entre 1 y 2 veces en los últimos 12 meses (Grafica 82).

Grafica 81. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según el consumo de Alcohol en los últimos 12 meses.

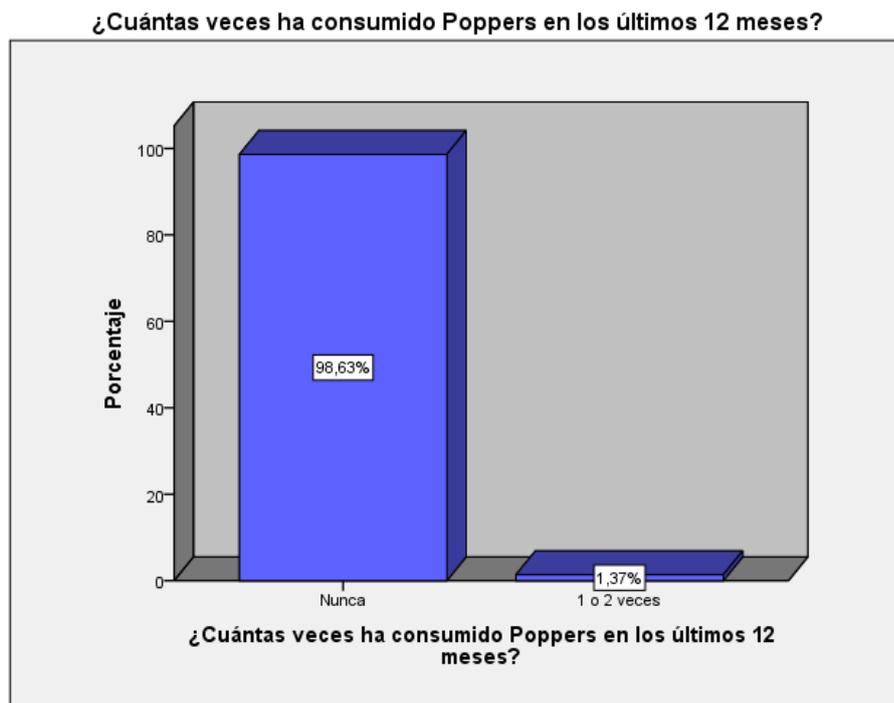


Grafica 82. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según el consumo de 2CB (Fenetylamina) en los últimos 12 meses.



En los estudiantes encuestados el 98,7% afirman no haber consumido Poppers en los últimos 12 meses, 1,37% de ellos lo han hecho de 1 a 2 veces en los últimos 12 meses (Grafica 83).

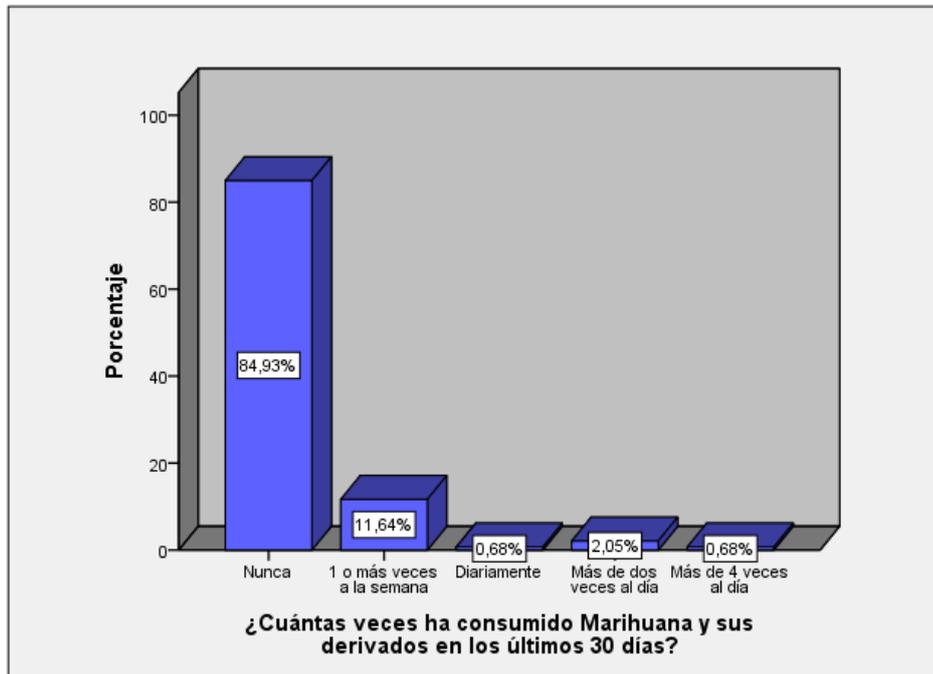
Grafica 83. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según el consumo de Poppers en los últimos 12 meses.



El 84,93% de los estudiantes encuestados no han consumido Marihuana y sus derivados en los últimos 30 días, 11,64% la han consumido 1 o más veces y 3,41% la consume más de 2 veces por día en los últimos 30 días (Grafica 84).

Grafica 84. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la frecuencia de consumo de Marihuana en los últimos 30 días.

¿Cuántas veces ha consumido Marihuana y sus derivados en los últimos 30 días?



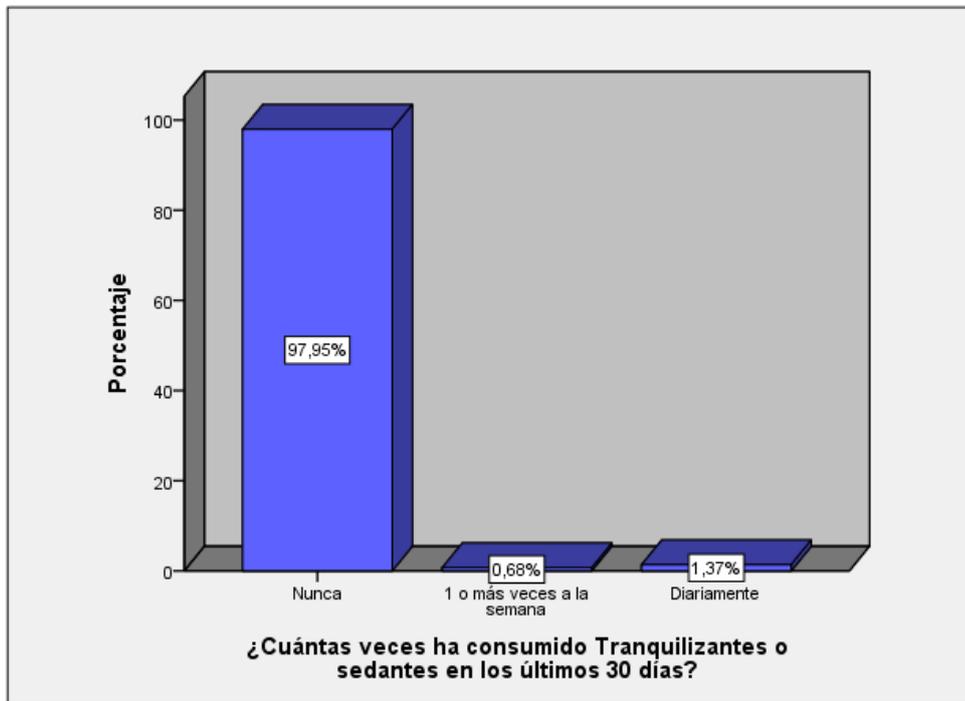
En los estudiantes encuestados el 97,95% afirman no haber consumido Tranquilizantes o Sedantes en los últimos 30 días, 0,68% de ellos lo han hecho 1 o más veces durante éste período y un 1,37% la han consumido más de 2 veces al día (Grafica 85).

El 99,32% de los estudiantes encuestados no han consumido Anfetaminas y sus derivados en los últimos 30 días, 0,68% la han consumido 1 o más veces en los últimos 30 días (Grafica 86).

En los estudiantes encuestados el 99,32% afirman no haber consumido Éxtasis en los últimos 30 días, 0,68% de ellos lo han hecho 1 o más veces durante éste período (Grafica 87.).

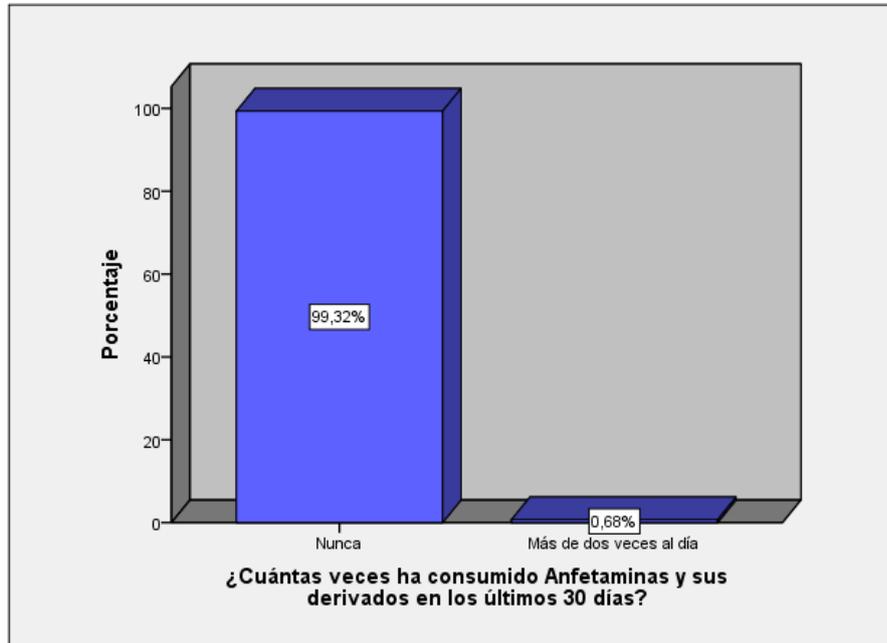
Grafica 85. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la frecuencia de consumo de Tranquilizantes o Sedantes en los últimos 30 días.

¿Cuántas veces ha consumido Tranquilizantes o sedantes en los últimos 30 días?



Grafica 86. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la frecuencia de consumo de Anfetaminas y sus derivados en los últimos 30 días.

¿Cuántas veces ha consumido Anfetaminas y sus derivados en los últimos 30 días?



Grafica 87. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la frecuencia de consumo de Éxtasis en los últimos 30 días.



El 97,95% de los estudiantes encuestados no han consumido LSD en los últimos 30 días, 1,1% la han consumido 1 o más veces, 2,05% la consume 1 o más veces a la semana en los últimos 30 días (Grafica 88).

Grafica 88. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la frecuencia de consumo de LSD en los últimos 30 días.



El 100% afirma no haber consumido Hongos mágicos en los últimos 30 días (Tabla 30).

Tabla 30. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la frecuencia de consumo de Hongos mágicos en los últimos 30 días.

¿Cuántas veces ha consumido Hongos mágicos en los últimos 30 días?		
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	146	100,0

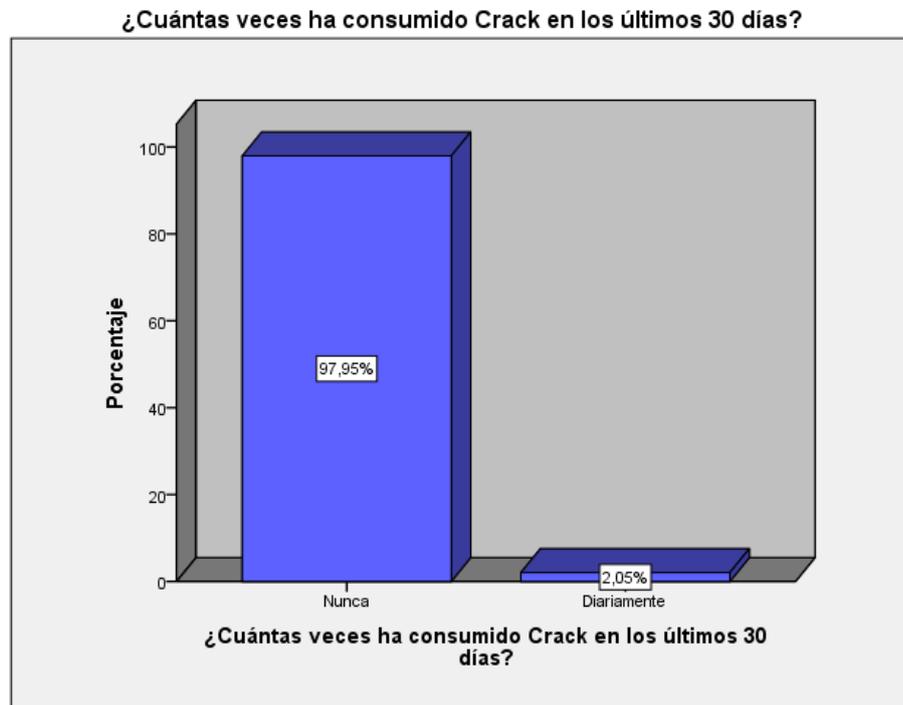
El 100% de los estudiantes encuestados no han consumido Cocaína en los últimos 30 días (Tabla 31).

El 2,1% de los estudiantes encuestados afirman haber consumido Crack diariamente en los últimos 30 días y el 97,9% afirma no haberlo consumido (Grafica 89).

Tabla 31. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la frecuencia de consumo de Cocaína en los últimos 30 días.

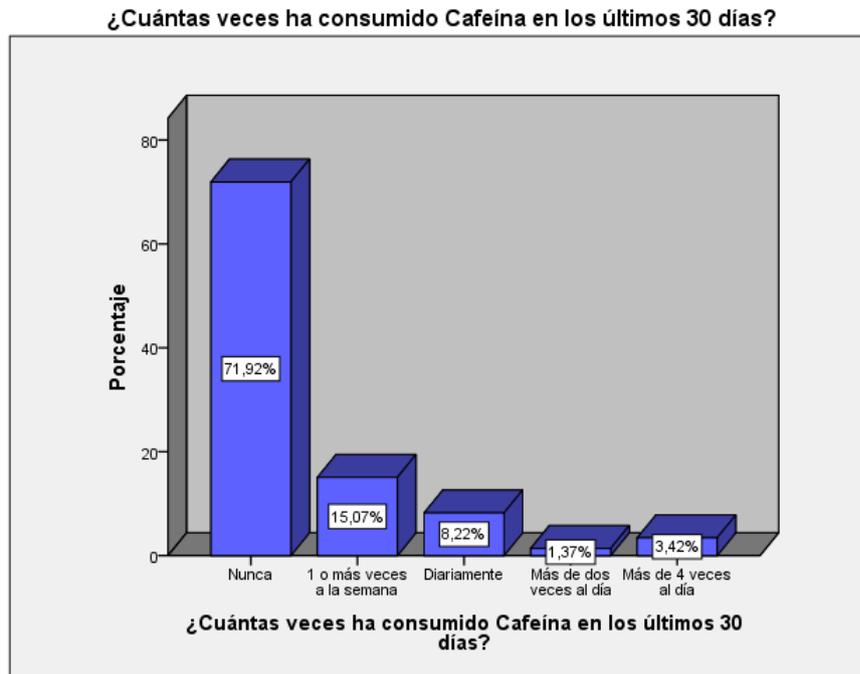
¿Cuántas veces ha consumido Cocaína en los últimos 30 días?		
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	146	100,0

Grafica 89. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la frecuencia de consumo de Crack en los últimos 30 días.



El 71,92% de los estudiantes encuestados no han consumido Cafeína en los últimos 30 días, 15,07% la han consumido 1 o más veces, 1,37% la consume más de 2 veces al día, 8,22 % la ha consumido diariamente en los últimos 30 días (Grafica 90).

Grafica 90. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la frecuencia de consumo de Cafeína en los últimos 30 días.



El 98,7% afirma no haberlo consumido en los últimos 30 días y el 0,7% de los estudiantes encuestados afirman haber consumido Opio 1 o más veces en el mismo período (Grafica 91).

Grafica 91. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la frecuencia de consumo de Opio en los últimos 30 días.



El 0,68% de los estudiantes encuestados afirman haber consumido Anestésicos 1 o más veces en los últimos 30 días, y el 99,3% afirma no haberlo consumido en los últimos 30 días (Grafica 92).

El 100% de los estudiantes encuestados no han consumido Morfina en los últimos 30 días (Tabla 32).

Grafica 92. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la frecuencia de consumo de Anestésicos en los últimos 30 días.

¿Cuántas veces ha consumido Anestésicos en los últimos 30 días?

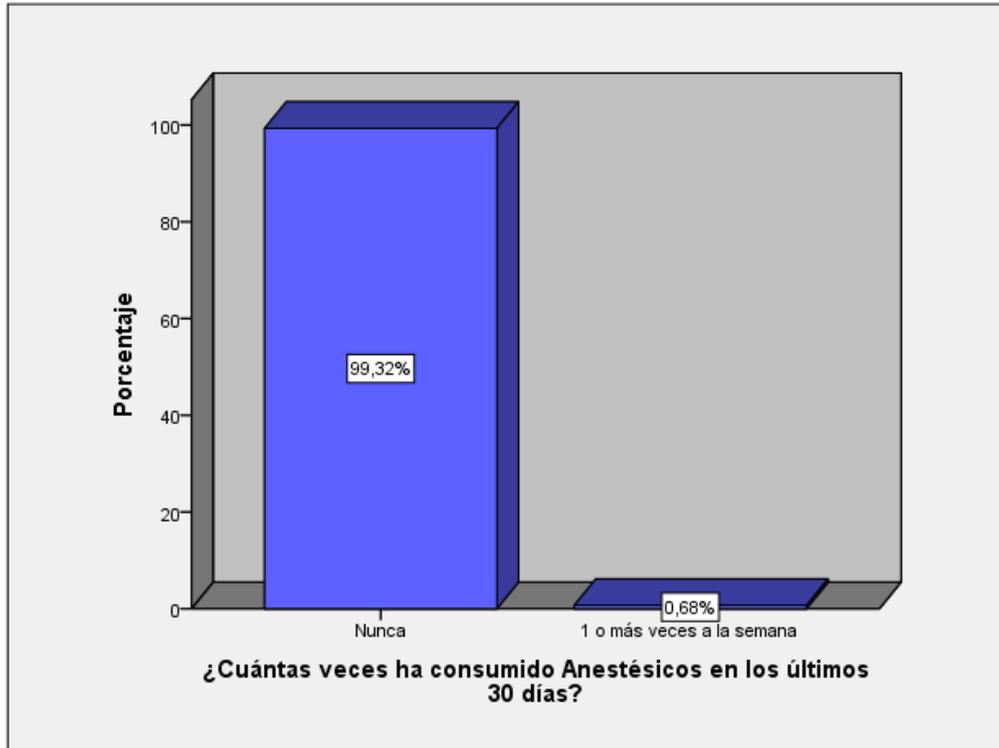


Tabla 32. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la frecuencia de consumo de Morfina en los últimos 30 días.

¿Cuántas veces ha consumido Morfina en los últimos 30 días?		
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	146	100,0

El 100% de los estudiantes encuestados no han consumido Heroína en los últimos 30 días (Tabla 33).

Tabla 33. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la frecuencia de consumo de Heroína en los últimos 30 días.

¿Cuántas veces ha consumido Heroína en los últimos 30 días?		
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	146	100,0

El 100% de los estudiantes encuestados no han consumido Pegante en los últimos 30 días (Tabla 34).

Tabla 34. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la frecuencia de consumo de Pegante en los últimos 30 días.

¿Cuántas veces ha consumido Pegantes en los últimos 30 días?		
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	146	100,0

El 100% de los estudiantes encuestados no han consumido Gasolina en los últimos 30 (Tabla 35).

Tabla 35. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la frecuencia de consumo de Gasolina en los últimos 30 días.

¿Cuántas veces ha consumido Gasolina en los últimos 30 días?		
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	146	100,0

El 100% de los estudiantes encuestados afirman no haber consumido Solvente en los últimos 30 días (Tabla 36).

Tabla 36. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la frecuencia de consumo de Solvente en los últimos 30 días.

¿Cuántas veces ha consumido Solventes en los últimos 30 días?		
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	146	100,0

El 100% de los estudiantes encuestados afirman no haber consumido Basuco en los últimos 30 días (Tabla 37).

Tabla 37. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la frecuencia de consumo de Basuco en los últimos 30 días.

¿Cuántas veces ha consumido Basuco en los últimos 30 días?		
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	146	100,0

El 100% de los estudiantes encuestados afirman no haber consumido Mescalina en los últimos 30 días (Tabla 38).

El 100% de los estudiantes encuestados no han consumido Yajé en los últimos 30 días (Tabla 39).

Tabla 38. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la frecuencia de consumo de Mescalina en los últimos 30 días.

¿Cuántas veces ha consumido Mescalina en los últimos 30 días?		
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	146	100,0

Tabla 39. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la frecuencia de consumo de Yajé en los últimos 30 días.

¿Cuántas veces ha consumido Yajé en los últimos 30 días?		
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	146	100,0

El 3,42% de los estudiantes encuestados afirman haber consumido Nicotina 1 o más veces en los últimos 30 días, 0,68% lo han hecho diariamente en el mismo período, igualmente 0,68% afirman haberla consumido más de 4 veces al día y el 93,84% afirma no haberlo consumido en los últimos 30 días (Grafica 93).

Grafica 93. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la frecuencia de consumo de Nicotina en los últimos 30 días.



El 28,08% de los estudiantes encuestados afirman haber consumido Alcohol 1 o más veces en los últimos 30 días, 5,48% lo han hecho diariamente en el mismo período, igualmente 2,05% afirman haberla consumido más de 2 veces al día y el 63,01% afirma no haberlo consumido en los últimos 30 días (Grafica 94).

Grafica 94. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la frecuencia de consumo de Alcohol en los últimos 30 días.



El 100% de los estudiantes encuestados no han consumido 2CB (Fenetylamina) en los últimos 30 días (Tabla 40).

El 100% de los estudiantes encuestados no han consumido Poppers en los últimos 30 días (Tabla 41).

Tabla 40. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la frecuencia de consumo de 2CB (Fenetylamina) en los últimos 30 días.

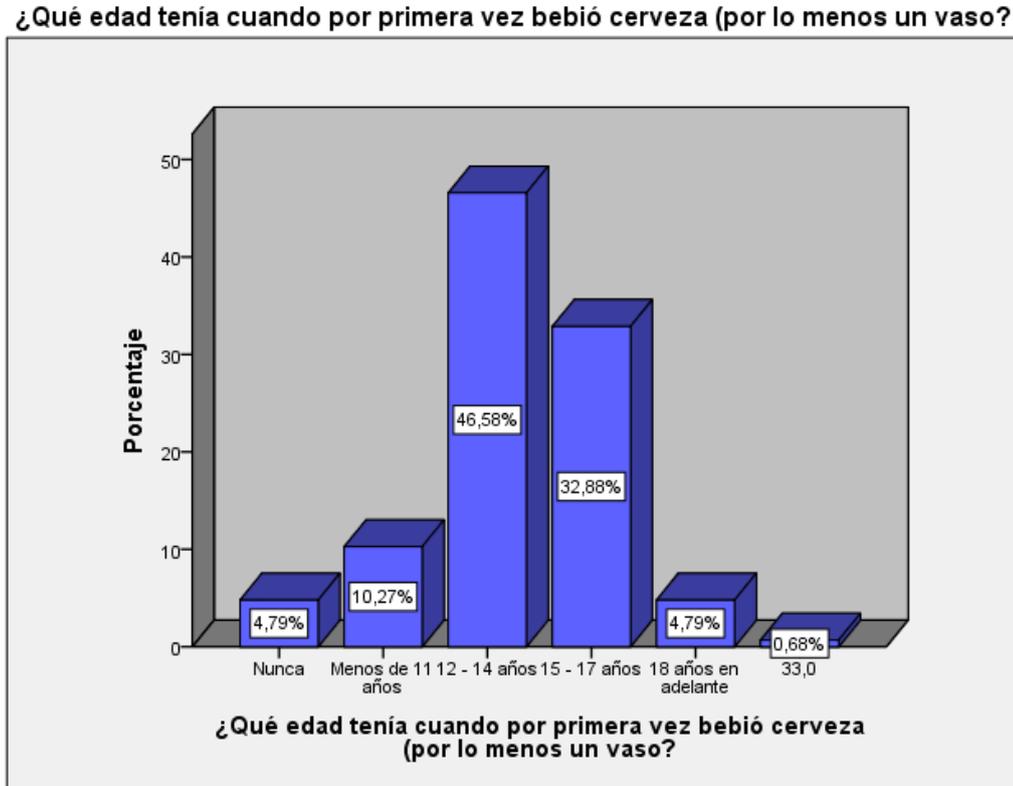
¿Cuántas veces ha consumido 2CB en los últimos 30 días?		
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	146	100,0

Tabla 41. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la frecuencia de consumo de Poppers en los últimos 30 días.

¿Cuántas veces ha consumido Poppers en los últimos 30 días?		
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	146	100,0

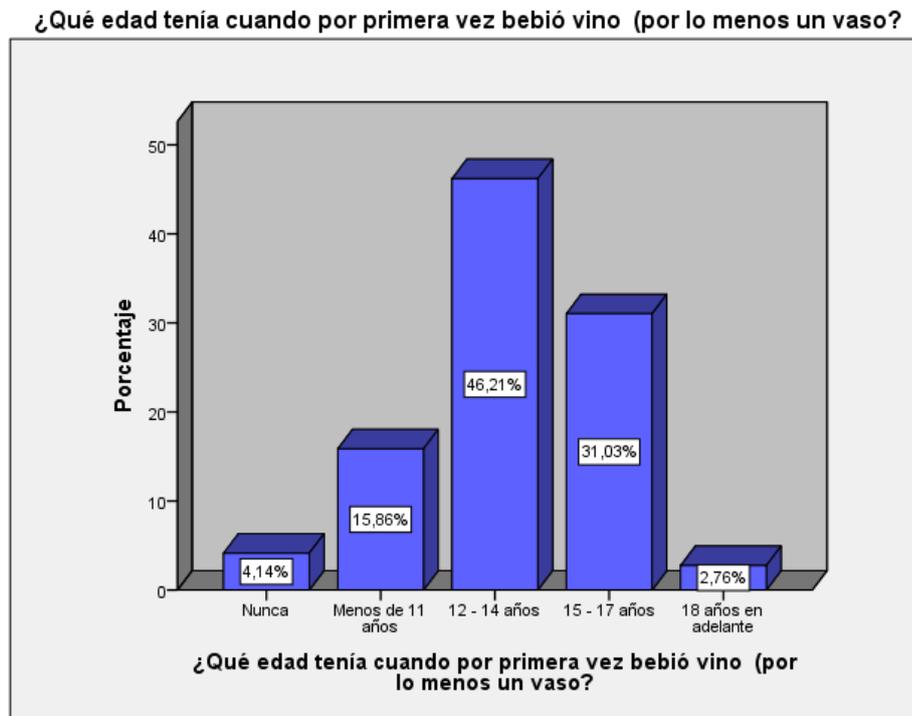
En cuanto al consumo de cerveza y la edad de inicio, el 32,88% de los estudiantes encuestados afirman haberlo hecho por primera vez entre los 15 y 17 años, 46,58% entre los 12 y 14 años, el 10,27% lo hizo siendo menor de 11 años, 4,79% lo hizo de 18 años en adelante y el 4,7% afirma no consumir Cerveza (Grafica 95).

Grafica 95. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la Edad de inicio de consumo de Cerveza.



En cuanto al consumo de vino y la edad de inicio, el 48,2% de los estudiantes encuestados afirman haberlo hecho por primera vez entre los 12 y 14 años, 31,03% entre los 15 y 17 años. El 15,86% lo hizo siendo menor de 11 años, 2,76% lo hizo de 18 años en adelante y el 4,14% afirma no consumir Vino (Grafica 96).

Grafica 96. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la Edad de inicio de consumo de Vino.

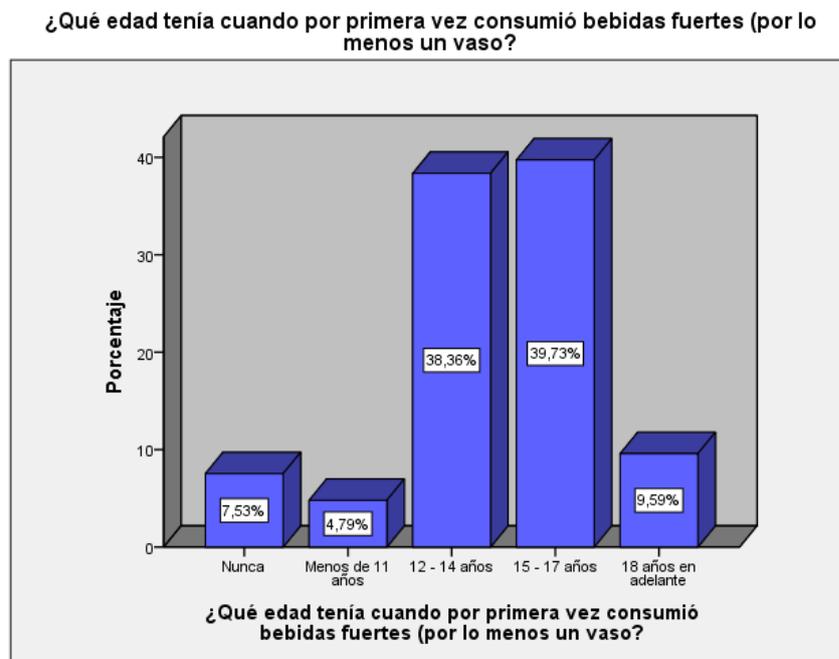


El 39,73% de los estudiantes encuestados afirman haber consumido Bebidas fuertes por primera vez entre los 15 y 17 años, 38,36% entre los 12 y 14 años. El 4,79% lo hizo siendo menor de 11 años, 9,59% lo hizo de 18 años en adelante y el 7,53% afirma nunca consumir Bebidas fuertes (Grafica 97).

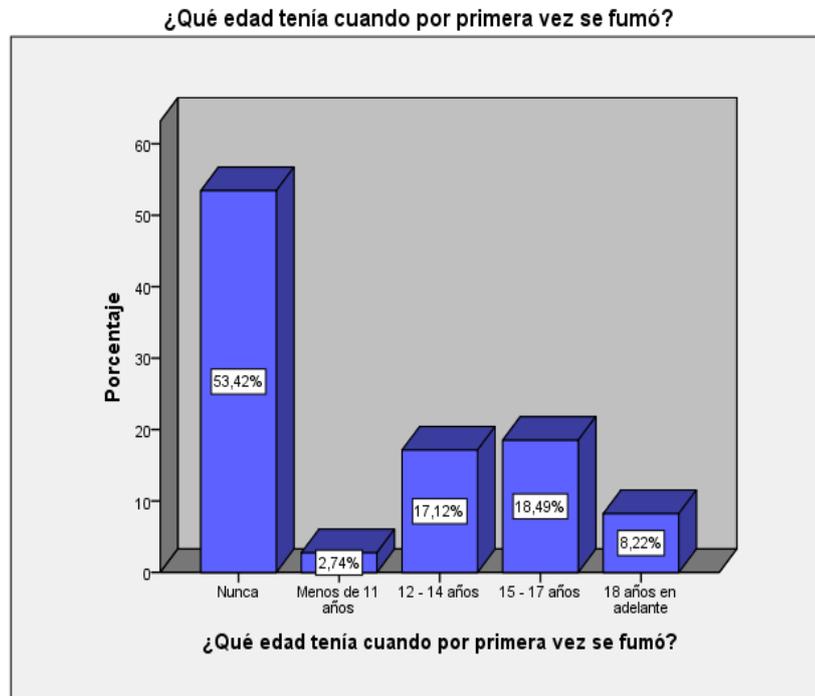
El 53,42% de estudiantes encuestados afirma nunca haber fumado. El 18,49% de los estudiantes encuestados afirman haber fumado por primera vez entre los 15 y 17 años, 17,12% entre los 12 y 14 años. El

2,74% lo hicieron siendo menores de 11 años y 8.22% de ellos fumaron por primera vez de 18 años en adelante (Grafica 98).

Grafica 97. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la Edad de inicio de consumo de Bebidas fuertes.



Grafica 98. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la Edad en la que comenzó a fumar.



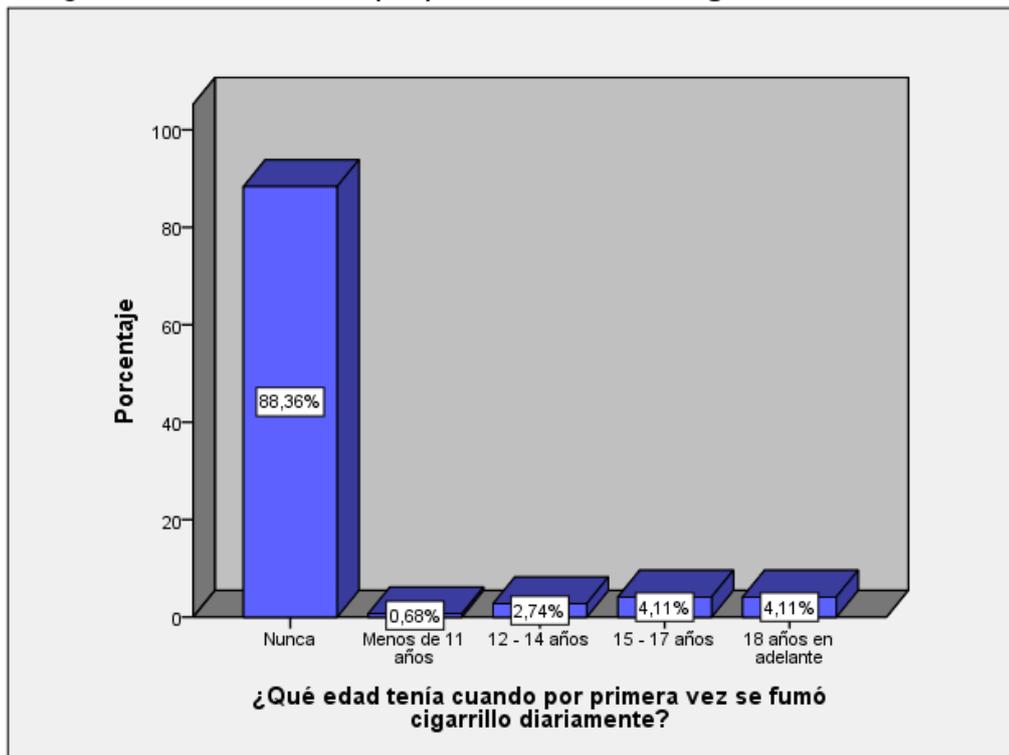
Con referencia a la edad en la que por primera vez fumaron cigarrillo diariamente, el 4,11% de los estudiantes universitarios encuestados lo hicieron de 18 años en adelante, 4,11% afirman haberlo hecho por primera vez entre los 15 y 17 años, 2,74% entre los 12 y 14 años. El 0,6% lo hicieron siendo menores de 11 años y el 86,36% afirma no haberlo hecho nunca (Grafica 99).

El 17,12% de los estudiantes encuestados afirman haber consumido Marihuana y sus derivados por primera vez de los 18 años en adelante, 17,1% entre los 15 y 17 años, 5,48% entre los 12 y 14 años. El 2,05%

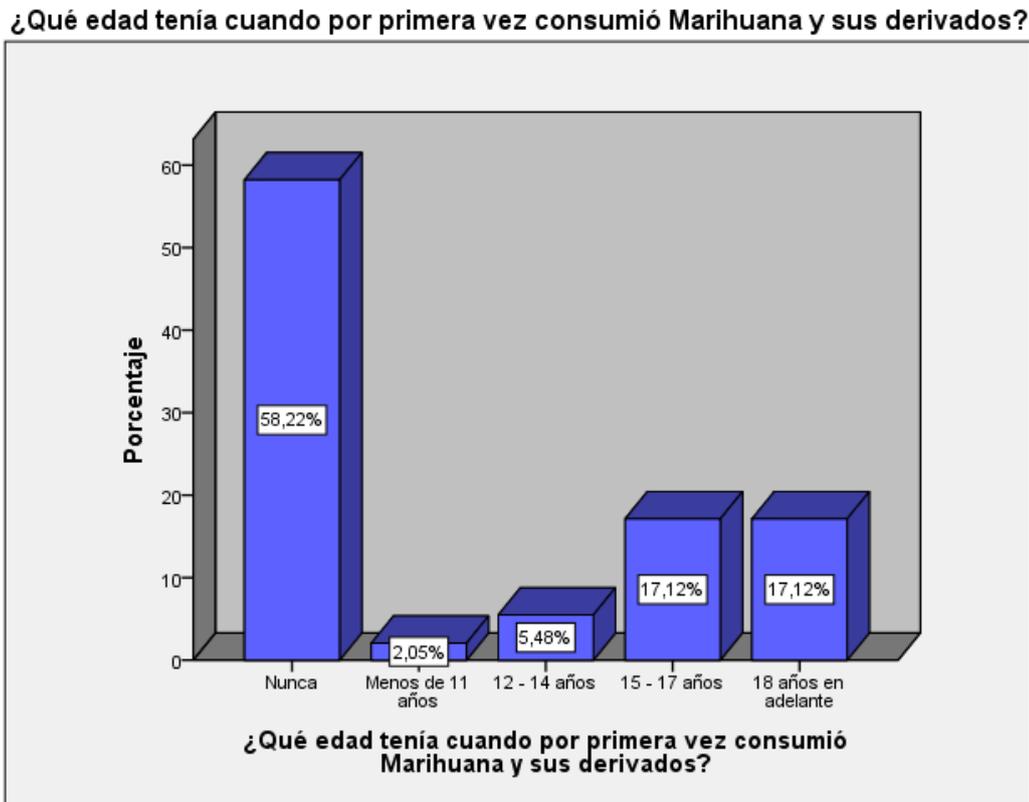
siendo menores de 11 años, y el 58,22% afirma nunca haber consumido Marihuana y sus derivados (Grafica 100).

Grafica 99. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la Edad en la que por primera vez fumo cigarrillo diariamente.

¿Qué edad tenía cuando por primera vez se fumó cigarrillo diariamente?

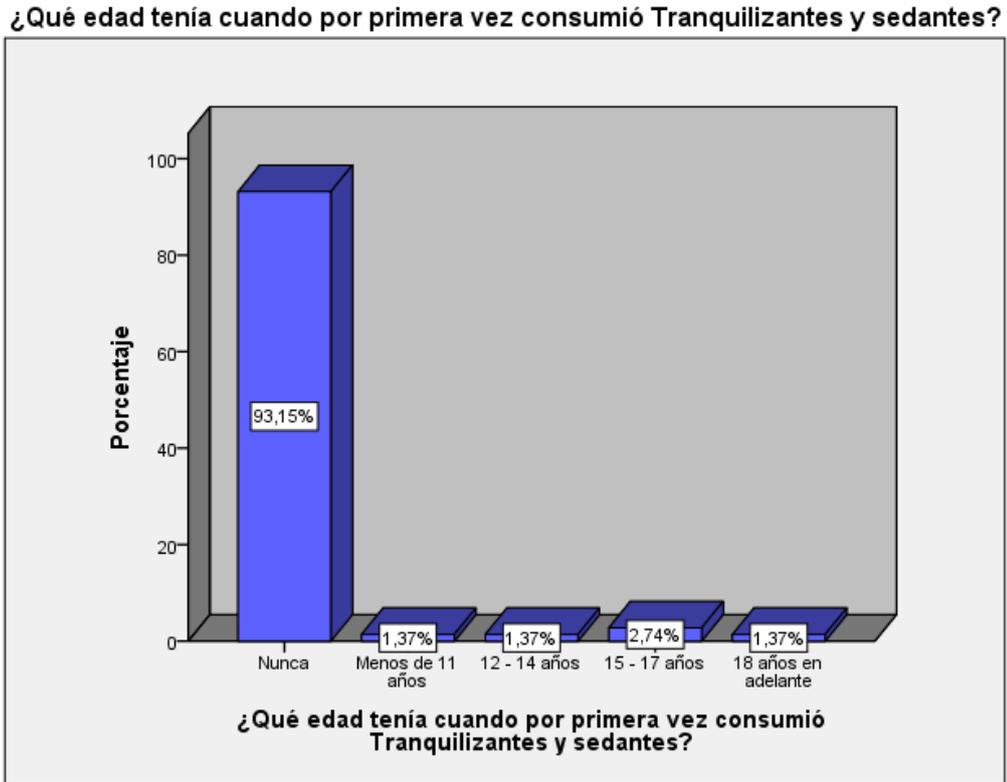


Grafica 100. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la Edad de inicio del consumo de Marihuana y sus derivados.



El 93,15% de estudiantes encuestados afirma nunca haber consumido Tranquilizantes y sedantes sin prescripción médica. El 2,74% de los estudiantes encuestados afirman haberlo hecho por primera vez entre los 15 y 17 años, 1,37% entre los 12 y 14 años. El 1,3% lo hicieron siendo menores de 11 años y 1,3% de ellos fumaron por primera vez de los 18 años en adelante (Grafica 101).

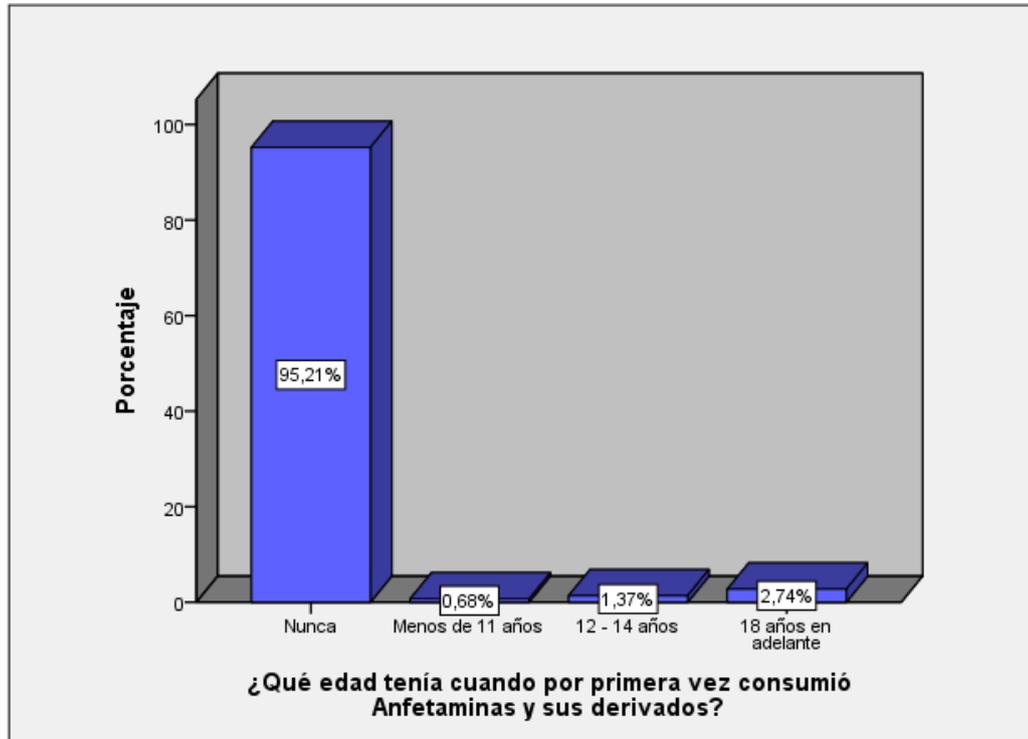
Grafica 101. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la Edad de inicio del consumo de Tranquilizantes y sedantes sin prescripción médica.



El 0,68% de los estudiantes encuestados afirman haber consumido Anfetaminas y sus derivados por primera vez siendo menores de 11 años, 2,74% lo hicieron de 18 años en adelante, y el 95,21% afirma nunca haber consumido Anfetaminas y sus derivados (Grafica 102).

Grafica 102. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la Edad de inicio del consumo de Anfetaminas y sus derivados.

¿Qué edad tenía cuando por primera vez consumió Anfetaminas y sus derivados?



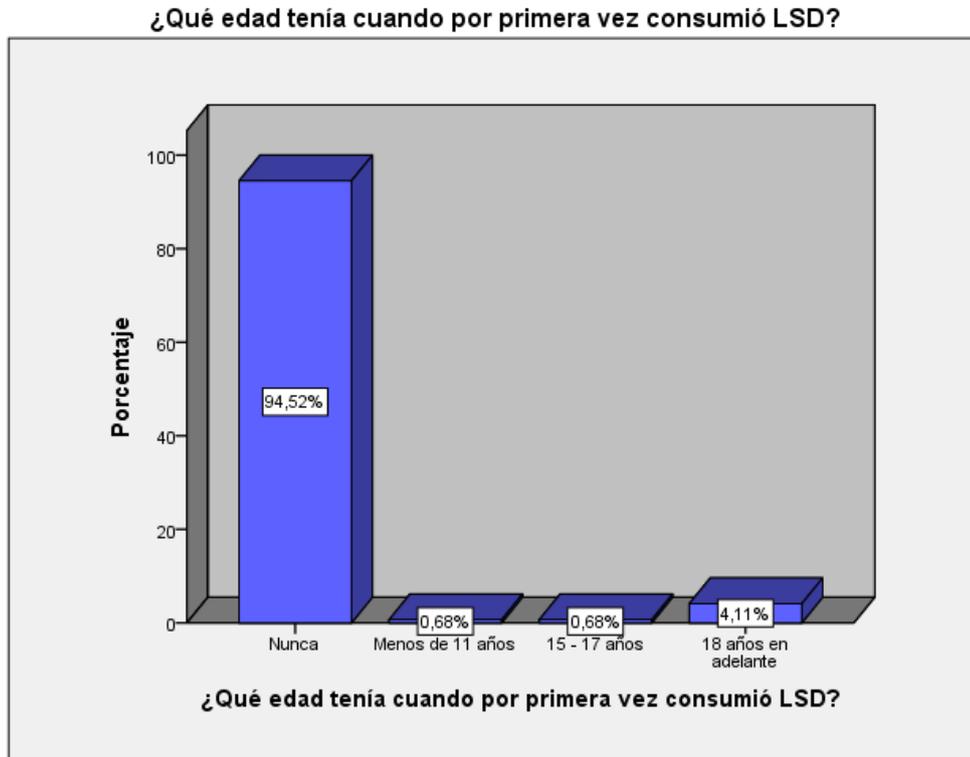
El 0,68% de los estudiantes encuestados afirman haber consumido Éxtasis por primera vez siendo menores de 11 años, 2,74% lo hicieron de 18 años en adelante, el 95,21% afirma nunca haber consumido (Grafica 103).

El 4,11% de los estudiantes encuestados afirman haber consumido LSD por primera vez de los 18 años en adelante, 0,6% de ellos lo hicieron siendo menores de 11 años, y el 94,52% afirma nunca haber consumido LSD (Grafica 104).

Grafica 103. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la Edad de inicio del consumo de Éxtasis.

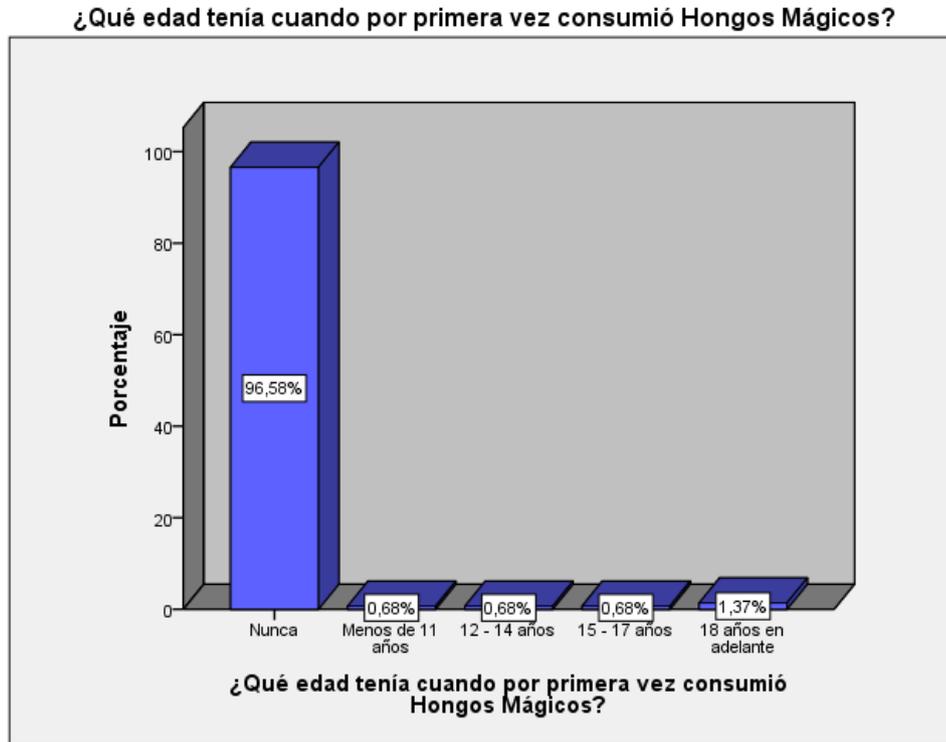


Grafica 104. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la Edad de inicio del consumo de LSD.



El 1,37% de los estudiantes encuestados afirman haber consumido Hongos Mágicos por primera vez de los 18 años en adelante, 0,6% entre los 15 y 17 años 96,58% afirma nunca haber consumido Hongos Mágicos (Grafica 105).

Grafica 105. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la Edad de inicio del consumo de Hongos Mágicos.



El 0,68% de los estudiantes encuestados afirman haber consumido Cocaína por primera vez de los 18 años en adelante, 2,74% de ellos lo hicieron siendo menores de 15 años, y el 95,89% afirma nunca haber consumido Cocaína (Grafica 106).

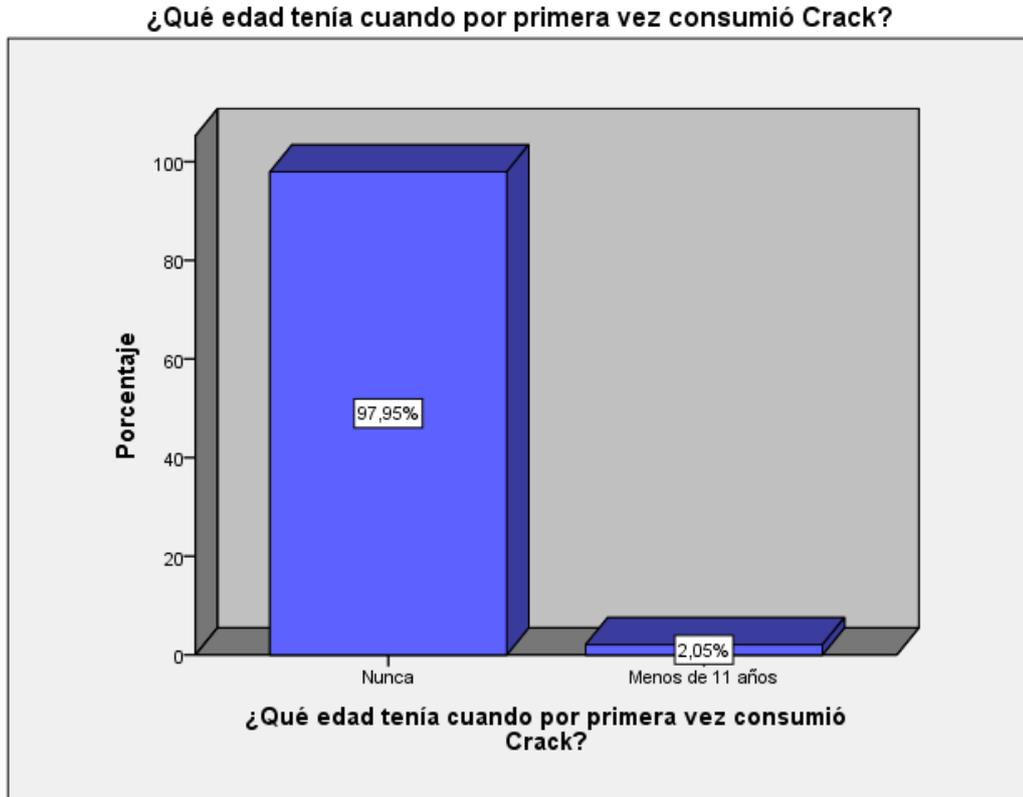
Grafica 106. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la Edad de inicio del consumo de Cocaína.



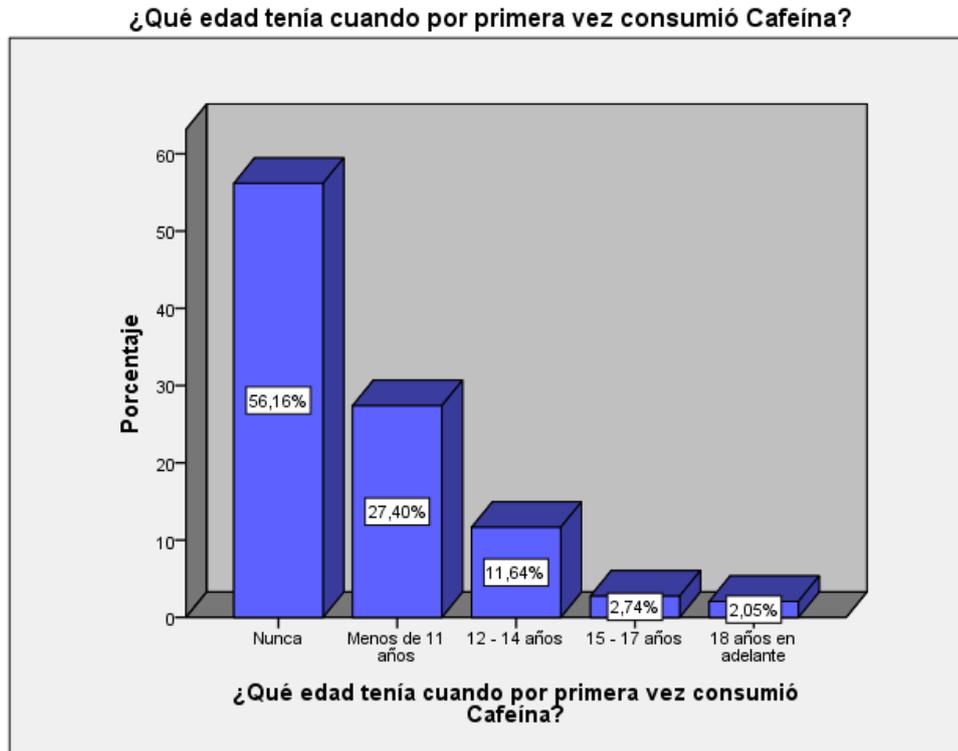
El 2,05% de los estudiantes encuestados afirman haber consumido Crack por primera vez siendo menores de 11 años y el 97,95% afirma nunca haber consumido Crack (Grafica 107).

El 27,40% de los estudiantes encuestados afirman haber consumido Cafeína por primera vez siendo menores de 11 años, 11,64% entre los 12 y 14 años, 2,74% entre los 15 y 17 años, 2,05% lo hicieron de 18 años en adelante y el 56,16% afirma nunca haber consumido Cafeína (Grafica 108).

Grafica 107. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la Edad de inicio del consumo de Crack.

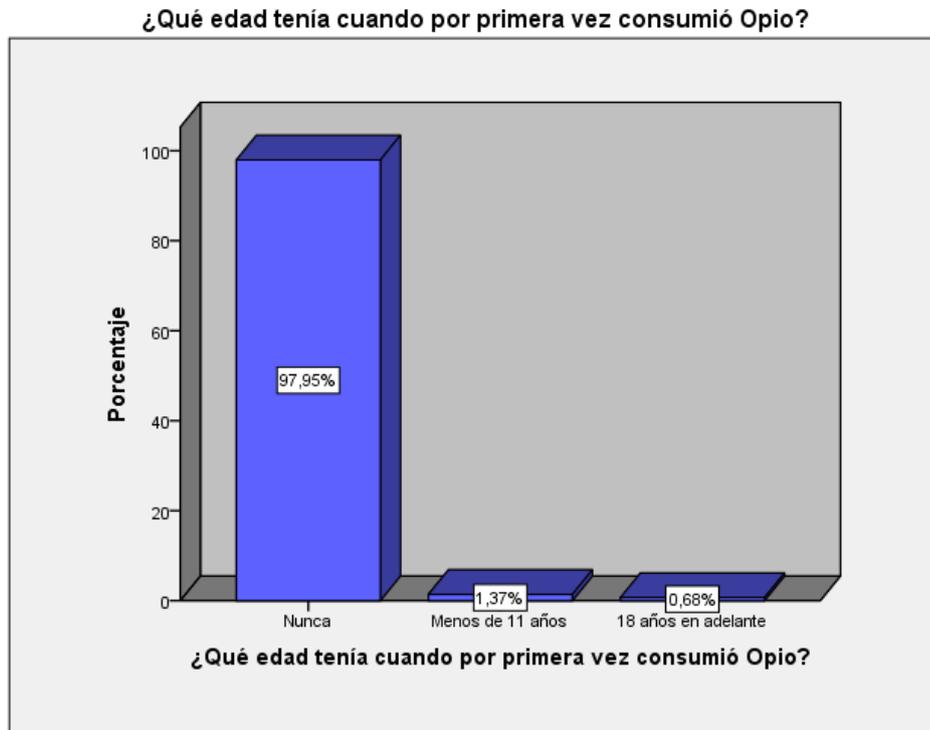


Grafica 108. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la Edad de inicio del consumo de Cafeína.



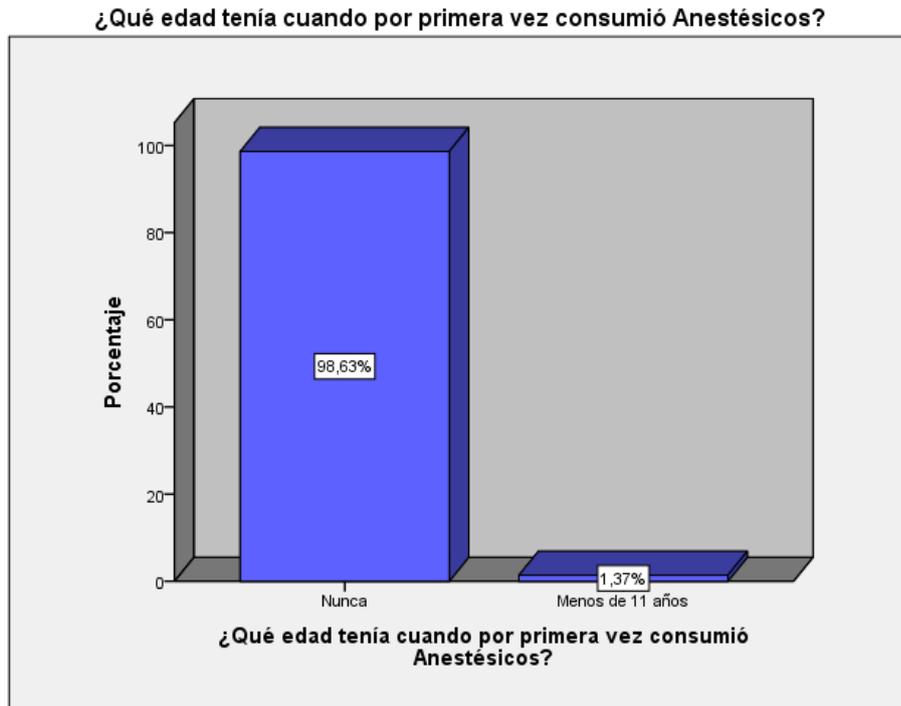
El 1,37% de los estudiantes encuestados afirman haber consumido Opio por primera vez siendo menores de 11 años 0,6% lo hicieron de 18 años en adelante y el 97,6% afirma nunca haber consumido Opio (Grafica 109).

Grafica 109. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la Edad de inicio del consumo de Opio.



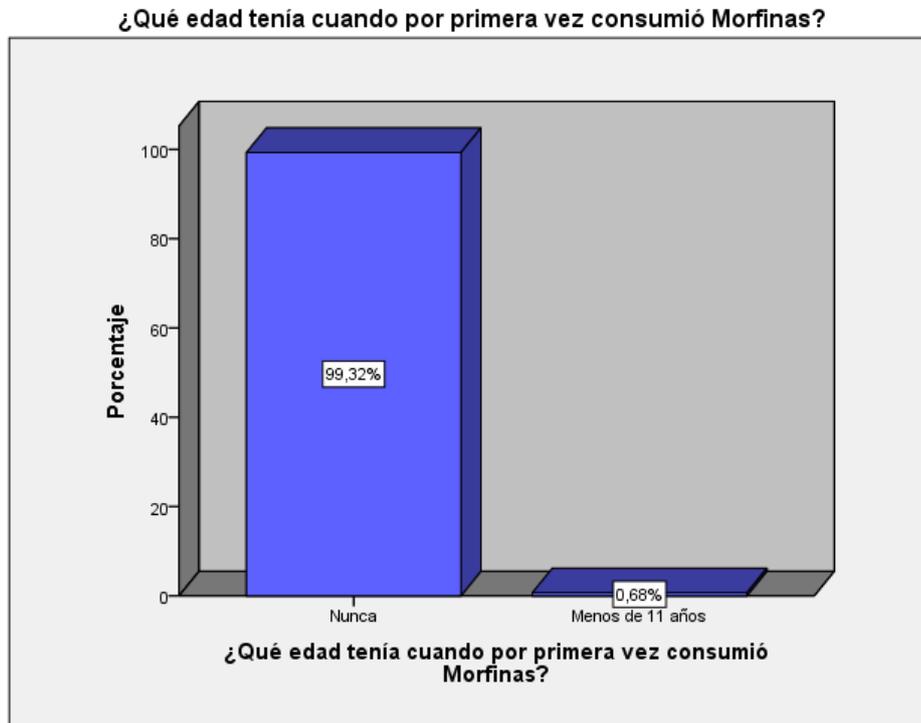
El 1,3% de los estudiantes encuestados afirman haber consumido Anestésicos por primera vez siendo menores de 11 años y el 98,63% afirma nunca consumir Anestésicos (Grafica 110).

Grafica 110. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la Edad de inicio de consumo de Anestésicos.



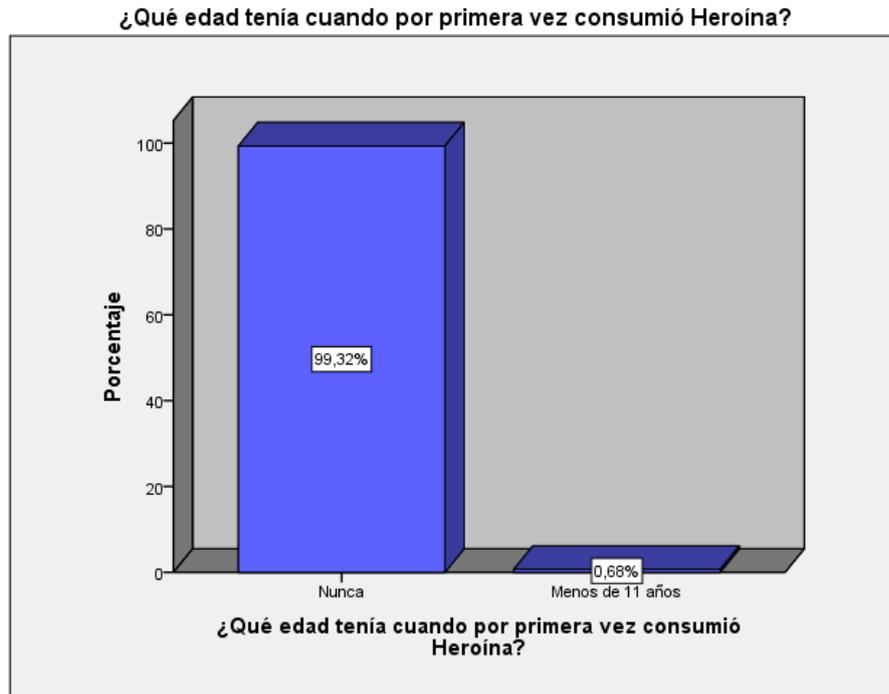
El 99,32% de los estudiantes encuestados afirman nunca haber consumido Morfina, 0,6% lo hicieron por primera vez siendo menores de 11 años (Grafica 111).

Grafica 111. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la Edad de inicio de consumo de Morfina.



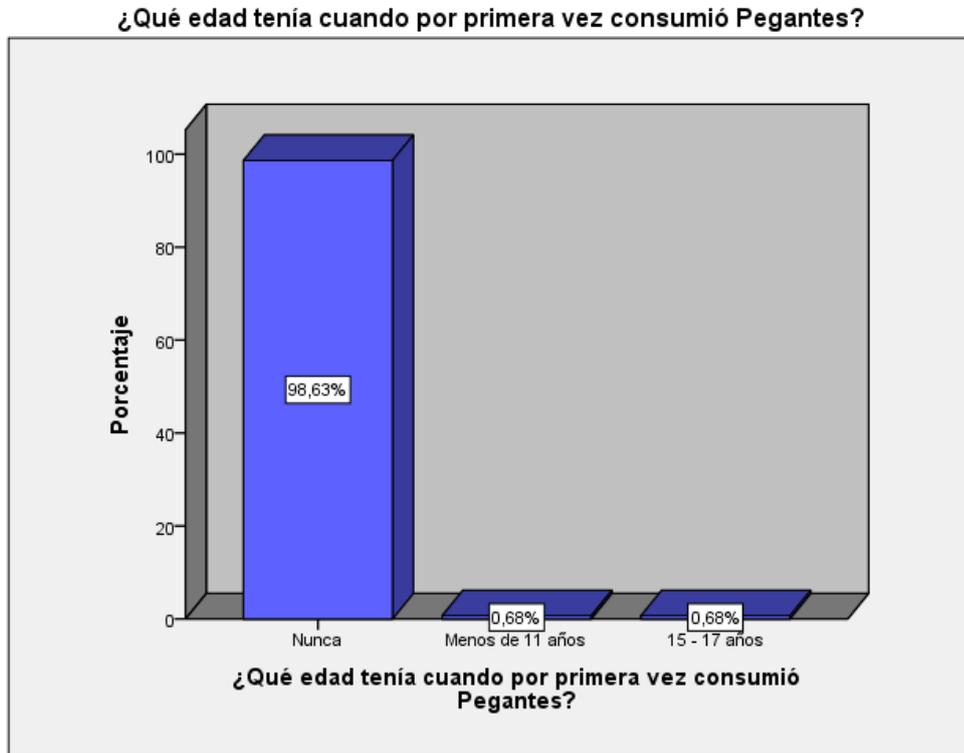
El 0,68% de los estudiantes encuestados afirman haber consumido Heroína por primera vez siendo menores de 11 años, y el 99,32% afirma nunca haber consumido Heroína (Grafica 112).

Grafica 112. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la Edad de inicio del consumo de Heroína.



El 0,68% de los estudiantes encuestados afirman haber consumido Pegantes por primera vez entre los 15 y 17 años, y el 98,63% afirmo nunca consumir Pegantes (Grafica 113).

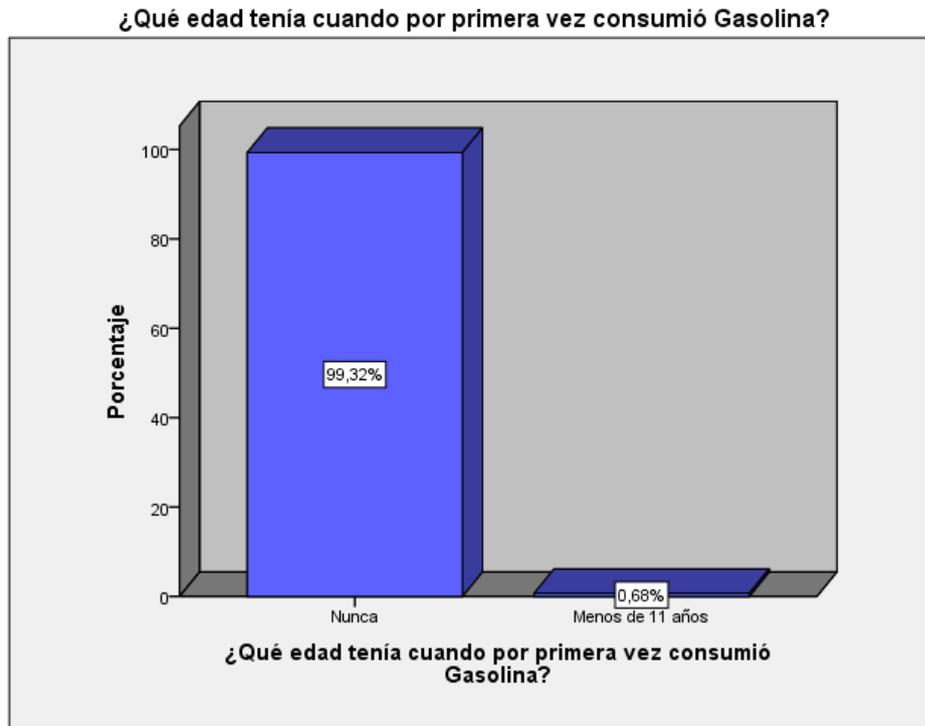
Grafica 113. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la Edad de inicio de consumo de Pegantes.



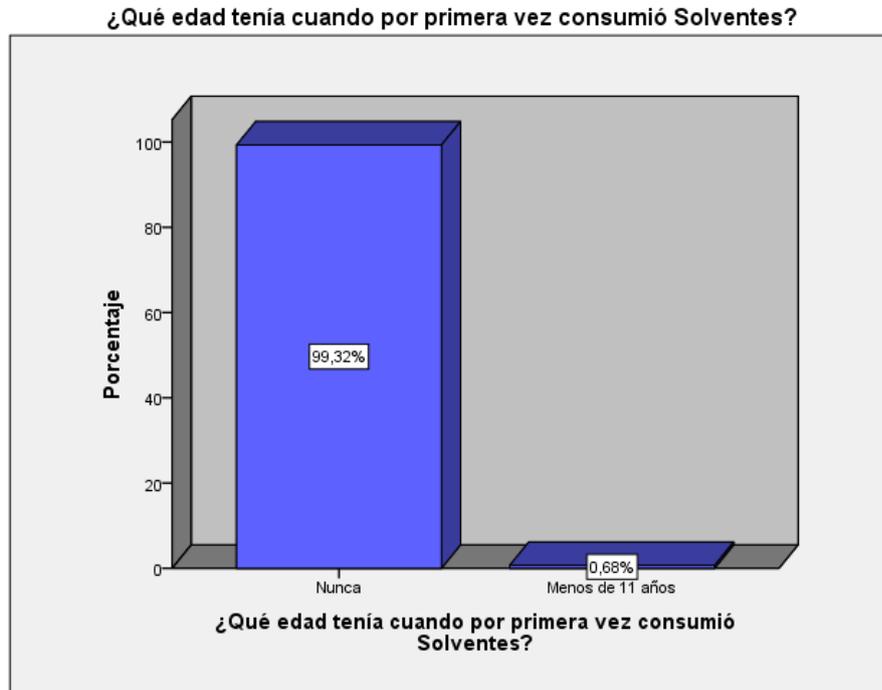
El 0,68% de los estudiantes encuestados afirman haber consumido Gasolina por primera vez siendo menores de 11 años y el 99,32% afirma nunca haber consumido Gasolina (Grafica 114).

El 0,68% de los estudiantes encuestados afirman haber consumido Solventes por primera vez siendo menores de 11 años, y el 99,3% afirma nunca haber consumido Solventes (Grafica 115).

Grafica 114. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la Edad de inicio del consumo de Gasolina.

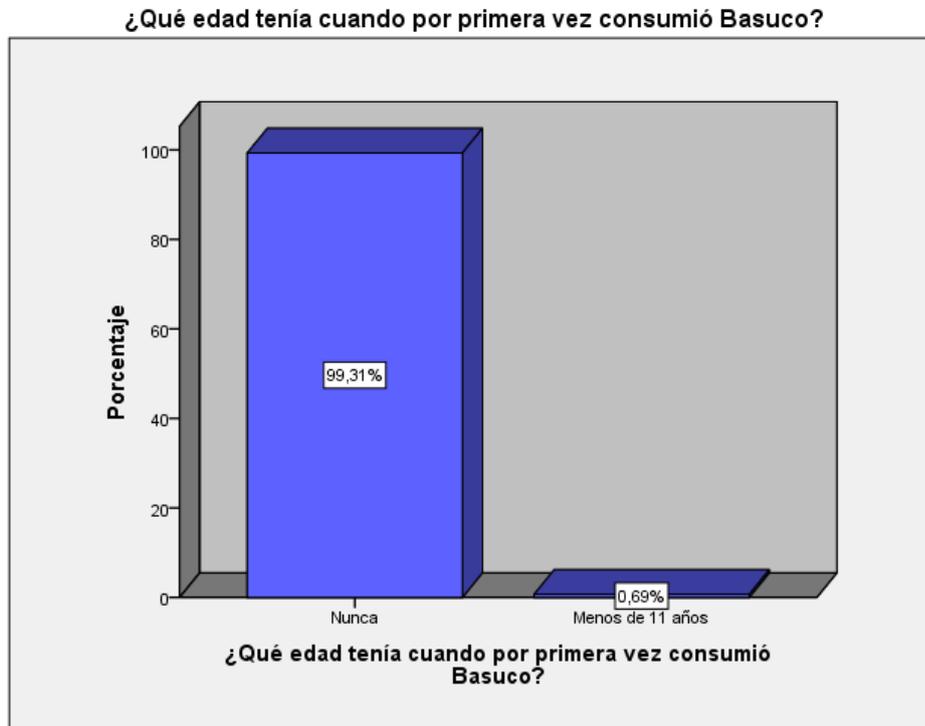


Grafica 115. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la Edad de inicio del consumo de Solventes.



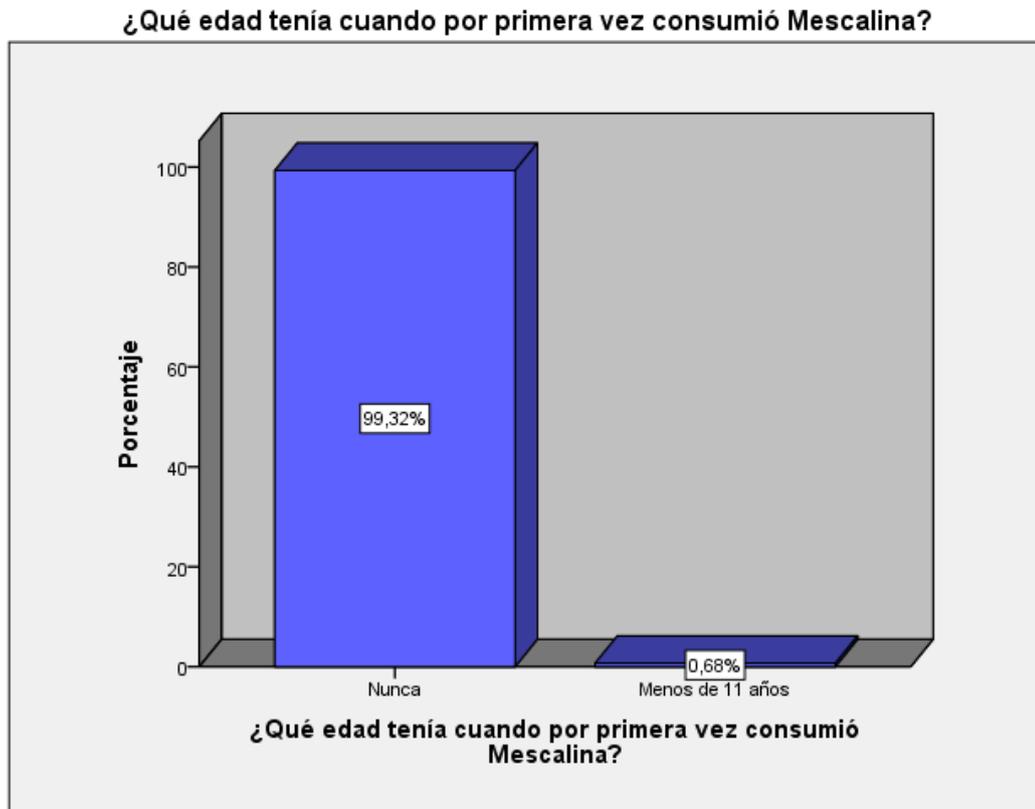
El 0,68% de los estudiantes encuestados afirman haber consumido Basuco por primera vez siendo menores de 11 años, y el 99,31% afirma nunca haber consumido Basuco (Grafica 116).

Grafica 116. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la Edad de inicio del consumo de Basuco.



El 0,7% de los estudiantes encuestados afirman haber consumido Mescalina por primera vez siendo menores de 11 años y el 99,3% afirma nunca haber consumido Mescalina (Grafica 117).

Grafica 117. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la Edad de inicio del consumo de Mescalina.

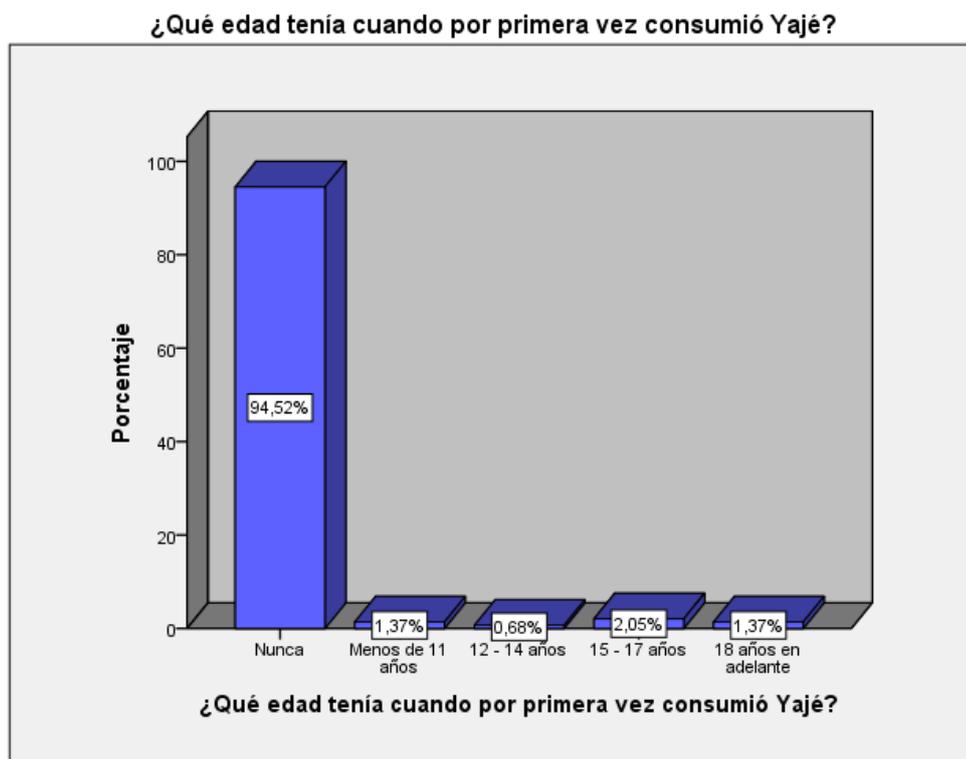


El 1,37% de los estudiantes encuestados afirman haber consumido Yajé por primera vez siendo menores de 11 años, 0,68% entre los 12 y 14 años, 2,05% entre los 15 y 17 años, 1,37% lo hicieron de 18 años en adelante y el 94,52% afirma nunca haber consumido Yajé (Grafica 118).

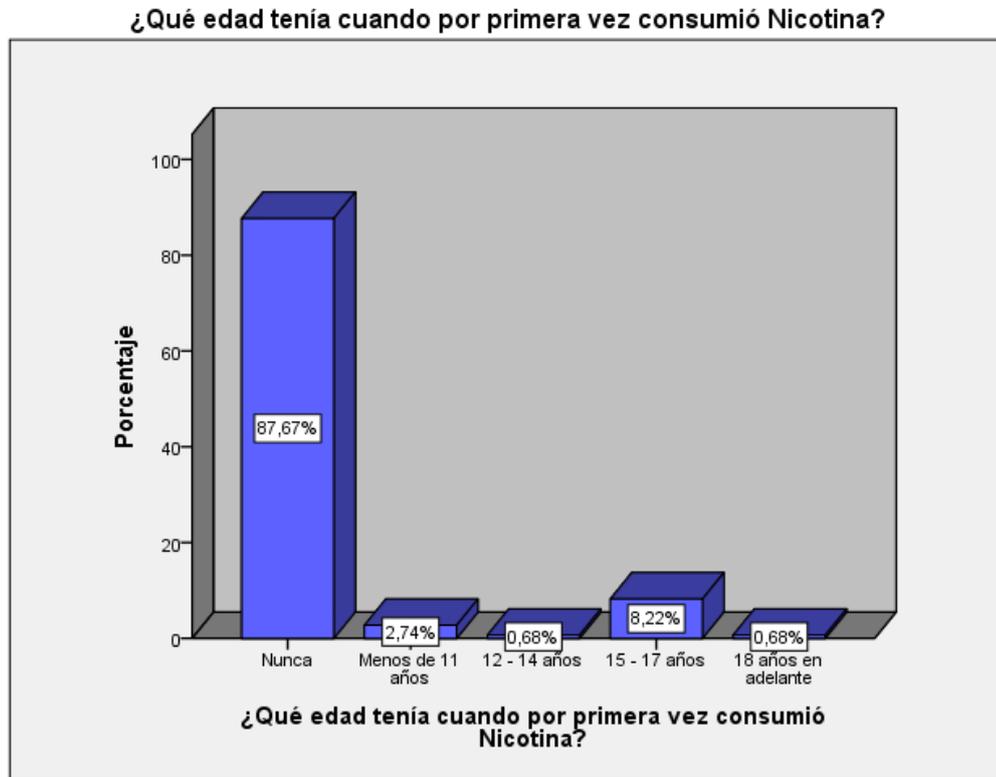
El 2,74% de los estudiantes encuestados afirman haber consumido Nicotina por primera vez siendo menores de 11 años, 0,68% entre los 12 y 14 años, 8,22% entre los 15 y 17 años, 0,7% lo hicieron de 18 años en

adelante y el 87,6% afirma nunca haber consumido Nicotina (Grafica 119).

Grafica 118. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la Edad de inicio del consumo de Yajé.

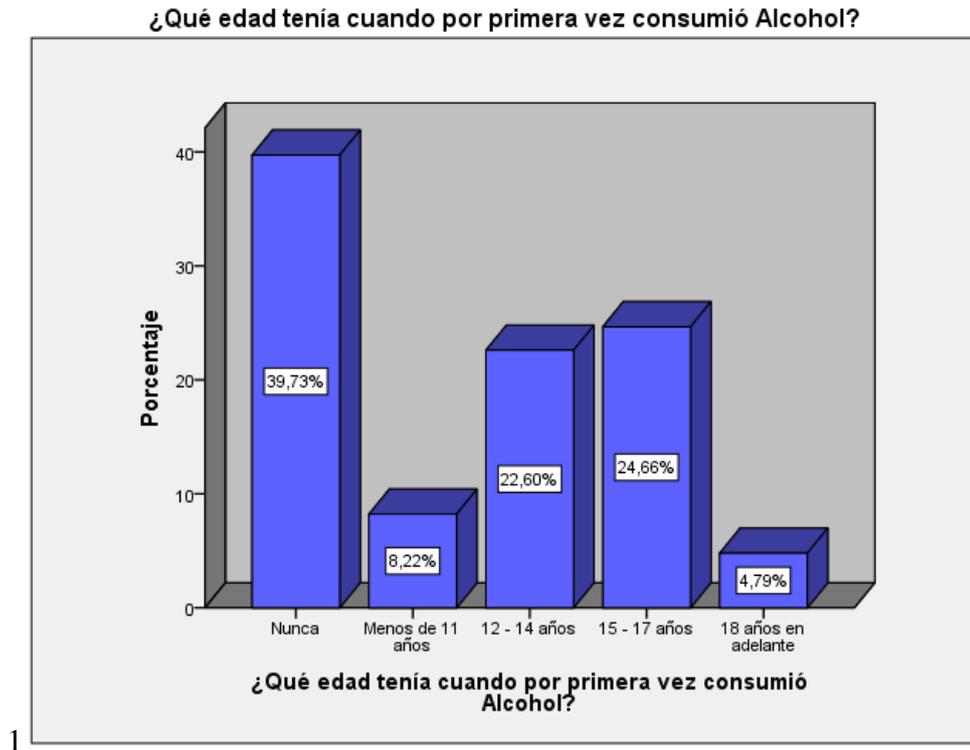


Grafica 119. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la Edad de inicio del consumo de Nicotina.



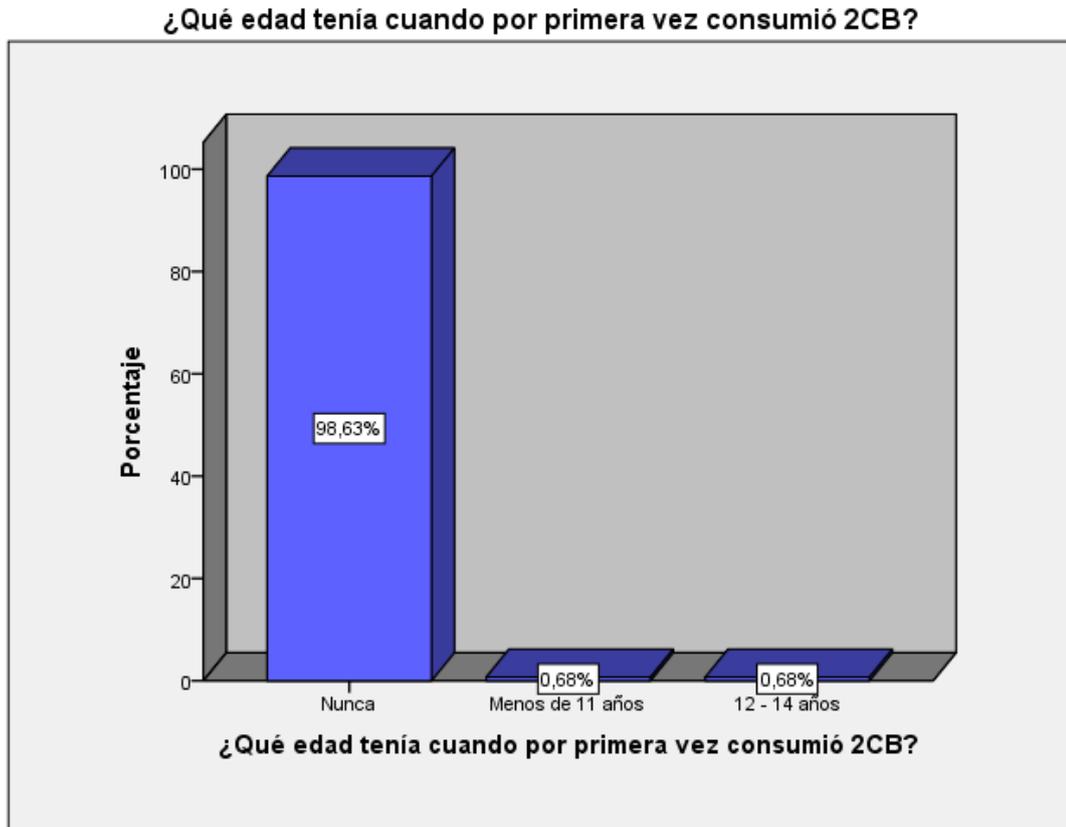
El 8,22% de los estudiantes encuestados afirman haber consumido Alcohol por primera vez siendo menores de 11 años, 22,6% entre los 12 y 14 años, 24,6% entre los 15 y 17 años, 4,79% lo hicieron de 18 años en adelante y el (39,73%) afirma nunca haber consumido Alcohol (Grafica 120).

Grafica 120. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la Edad de inicio del consumo de Alcohol.



El 0,68% de los estudiantes encuestados afirman haber consumido 2CB (Fenetylamina) por primera vez siendo menores de 11 años, 98,63% afirma nunca haber consumido 2CB (Fenetylamina) (Grafica 121).

Grafica 121. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la Edad de inicio del consumo de 2CB (Fenetylamina).



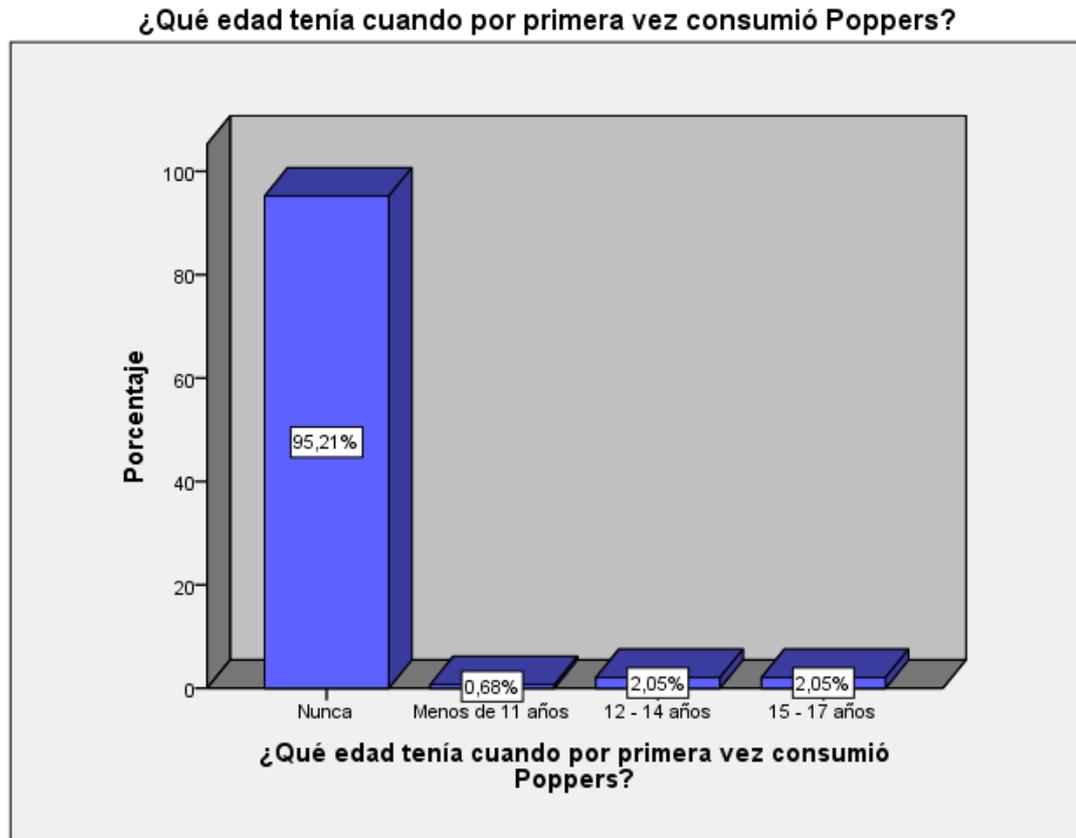
El 0,68% de los estudiantes encuestados afirman haber consumido Poppers por primera vez siendo menores de 11 años, 2,05% entre los 12 y 14 años, 2% lo hicieron de los 18 años en adelante y el 95,21% afirma nunca haber consumido Poppers (Grafica 122).

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas y concretamente la primera sustancia que consumieron, en los estudiantes universitarios encuestados se encuentra que el 24,22% de ellos consumieron Marihuana

como primera sustancia y 34,38% iniciaron su consumo con Cafeína, (Grafica 123).

El consumo de Sustancias Psicoactivas trae consigo consecuencias de diferente índole, el estudio con jóvenes universitarios muestra la frecuencia de los problemas asociados al consumo. El 66,7% afirmaron haber tenido a raíz del consumo de SPA problemas con la percepción de sí mismo por el consumo de SPA, seguido por un 52,4% de los encuestados que manifestaron haber tenido problemas Familiares, el 28,6% afirmaron haber tenido problemas Académicos a raíz del consumo y también de salud, y un 19% problemas de tipo social, (Tabla 42).

Grafica 122. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la Edad de inicio del consumo de Poppers.



Grafica 123. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la Sustancia Psicoactiva de inicio.

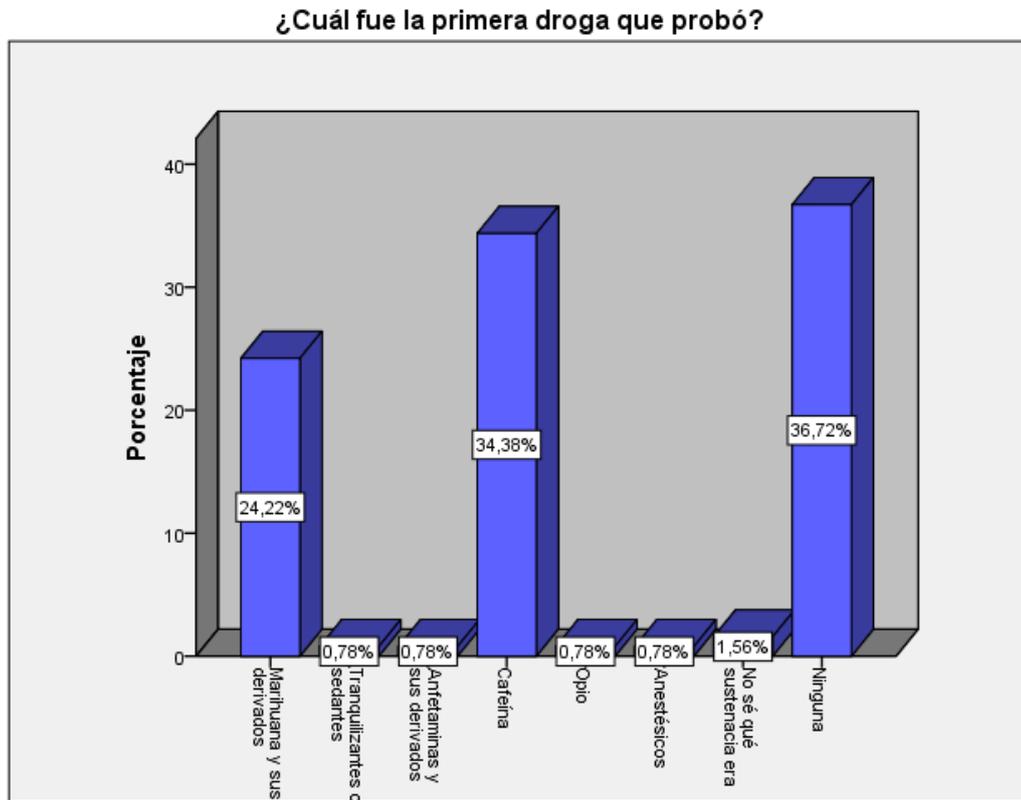


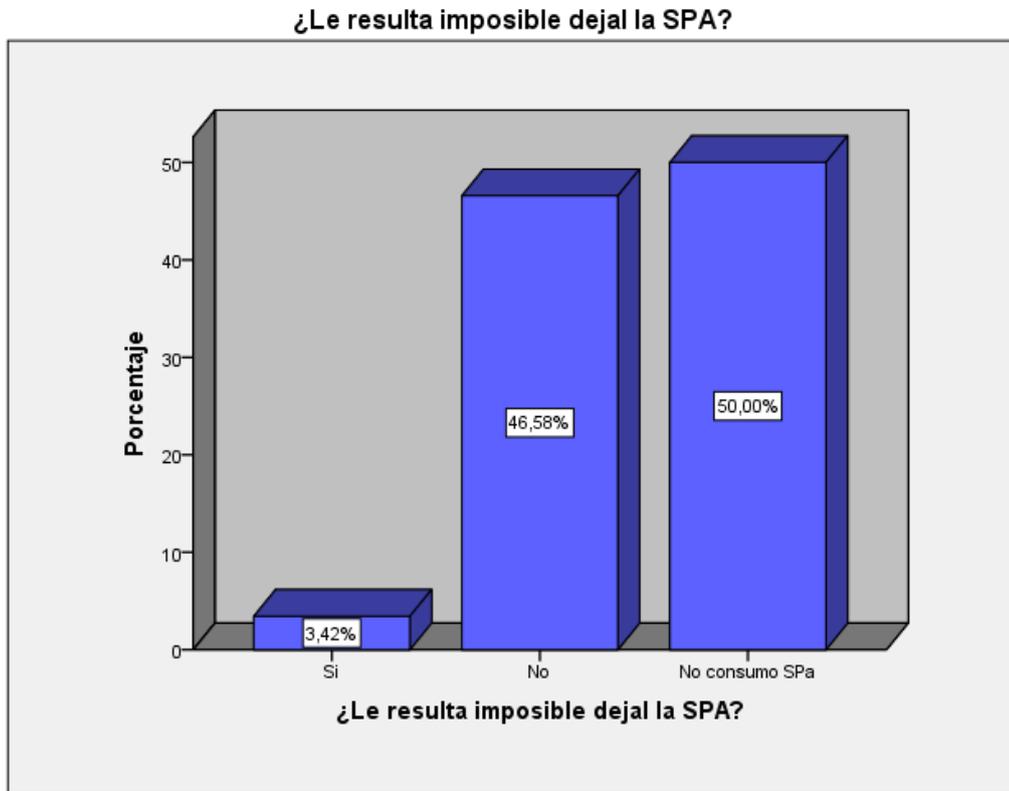
Tabla 42.

Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según las consecuencias (problemas) asociadas al consumo de SPA.

Problemas frecuencias		Respuestas		Porcentaje de casos
		N	Porcentaje	
Problemas asociados al consumo de SPA ^a	Problemas legales por SPA	2	4,3%	9,5%
	Problemas familiares por SPA	11	23,9%	52,4%
	Problemas financieros por SPA	3	6,5%	14,3%
	Problemas sociales por SPA	4	8,7%	19,0%
	Problemas académicos por SPA	6	13,0%	28,6%
	Problemas de salud por SPA	6	13,0%	28,6%
	Problemas con la percepción de sí mismo por SPA	14	30,4%	66,7%
Total		46	100,0%	219,0%

En relación a la posible dificultad para dejar el consumo de SPA, en los estudiantes universitarios encuestados el 46,6% de ellos consideran que no es imposible dejar el consumo, mientras el 3,4% le parece imposible dejarlo (Grafica 124).

Grafica 124. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la posibilidad de abandonar el consumo.



En relación a la cercanía de los estudiantes universitarios encuestados y consumidores de SPA, el 11,6% manifestaron tener un padre consumidor, 60,1% afirmaron tener Amigos/Amigas consumidoras, 16,7% tienen Tío/Tía relacionados con SPA, mientras el 8,0% reconocieron tener a la madre como consumidora de algún tipo de SPA. El 15,9% manifestaron tener hermano/hermana consumidor, el 5,8% un Abuelo/Abuela y un 18,8% reconocen no tener ninguna persona cercana consumidora de SPA (Ver tabla 43).

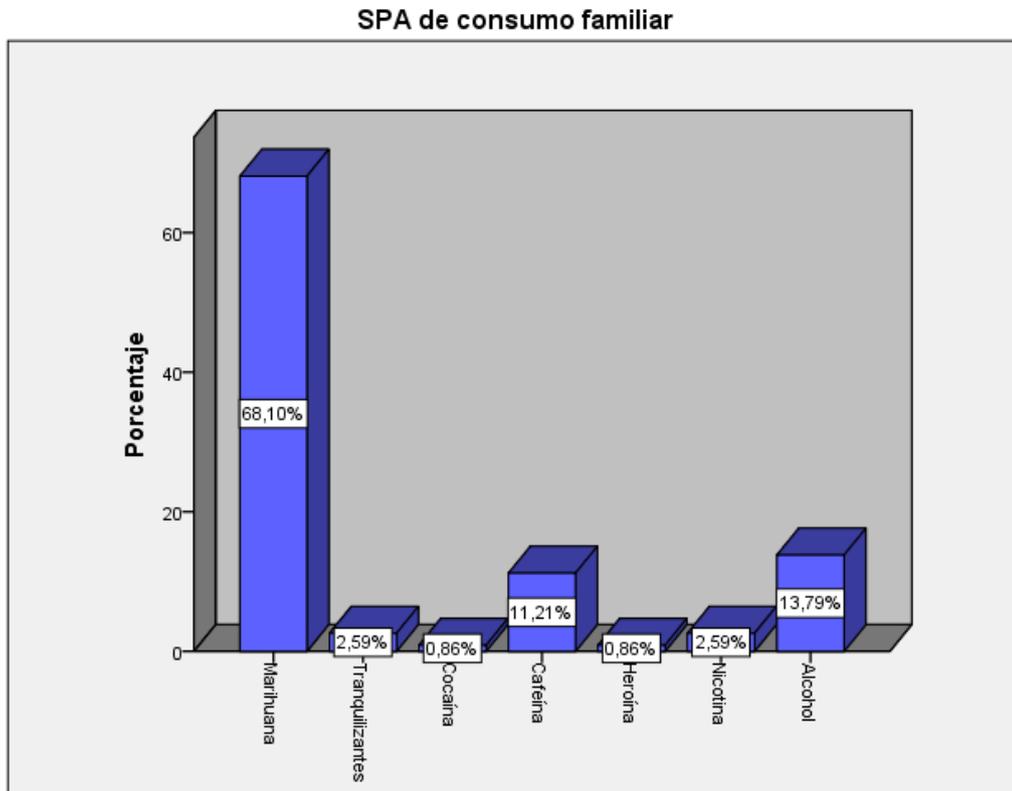
Tabla 43.

Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la relación con personas consumidoras de SPA.

Familiares que consumen SPA	Respuestas		Porcentaje de casos
	N	Porcentaje	
Madre	11	4,5%	8,0%
Hijo (a)	2	0,8%	1,4%
Abuelo	8	3,2%	5,8%
Padre	16	6,5%	11,6%
Hermano	22	8,9%	15,9%
Tío (a)	23	9,3%	16,7%
Sobrino	2	0,8%	1,4%
Prima (a)	37	15,0%	26,8%
Amigo	83	33,6%	60,1%
Novio (a)	17	6,9%	12,3%
Ninguno (a) consume o ha consumido SPA	26	10,5%	18,8%
Total	247	100,0%	179,0%

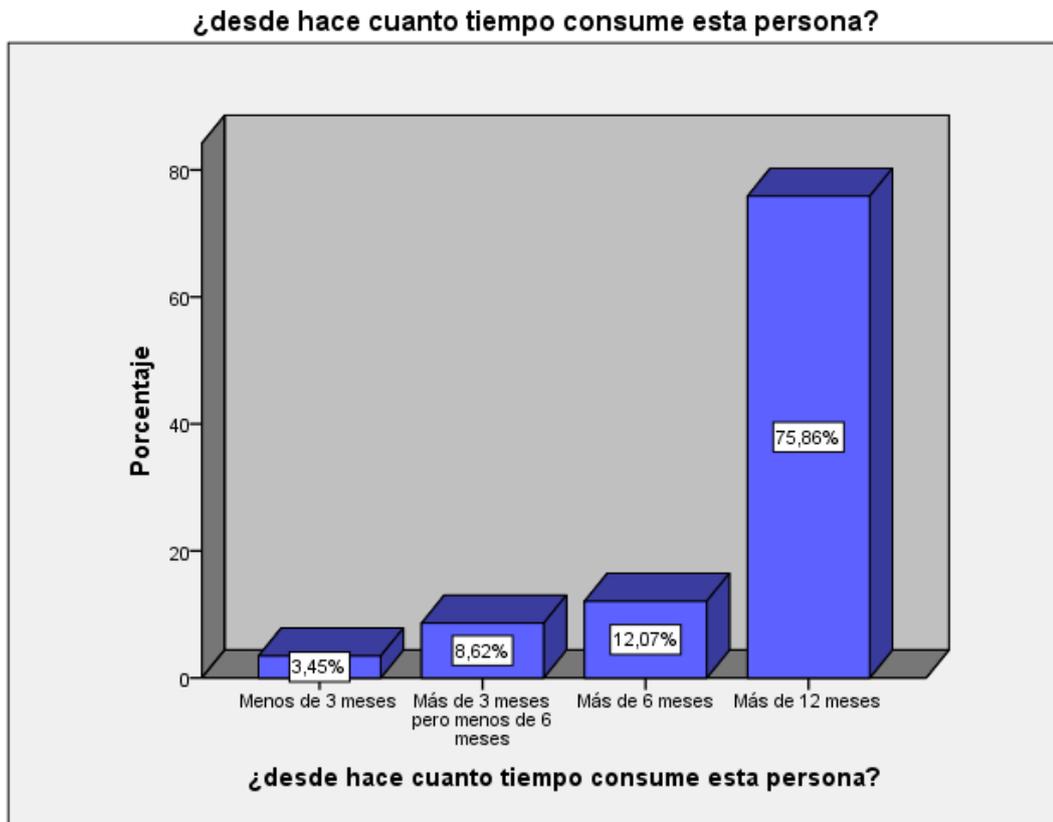
En relación a los tipos de sustancias psicoactivas consumidas por personas que los estudiantes universitarios conocen, el 2,59% consumen Tranquilizantes o Sedantes, 68,10% consumen Marihuana y sus derivados, mientras el 11,2% consumen Cafeína en contraste con un 13.79% que consume alcohol (Grafica 125).

Grafica 125. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según la el tipo de SPA consumida por personas conocidas.



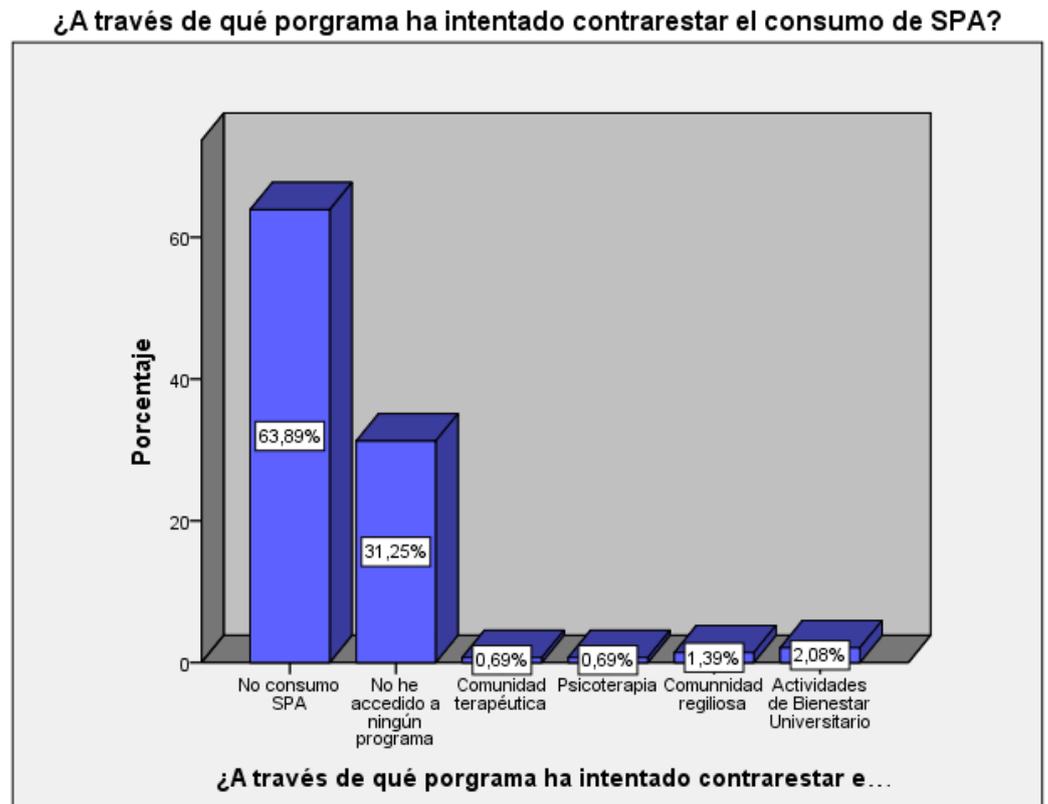
En relación al conocimiento del tiempo de consumo de sustancia psicoactivas, de personas conocidas por los estudiantes universitarios encuestados, el 75,8% afirmaron que esas personas lo hacen hace más de 12 meses, 8,62% reconocen que hace más de 3 meses, pero menos de 6, el 3,45% afirmaron que menos de 3 meses y un 12,7% manifestaron que más de 6 meses (Grafica 126).

Grafica 126. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según el tiempo de consumo de SPA que lleva la persona conocida.



En cuanto a las alternativas de programas para contrarrestar el consumo de sustancias psicoactivas empleadas por los estudiantes encuestados, el 31,25% afirmaron no haber accedido a ningún programa, el 1,39% accedió a una comunidad religiosa, el 2,08% afirmaron contar con actividades de Bienestar Universitario, el 0,69% utilizaron psicoterapia y comunidades terapéuticas, mientras el 63,89% afirmaron no consumir SPA (Grafica 127).

Grafica 127. Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según el tipo de programa utilizado para contrarrestar el consumo de SPA.



Análisis Agrupados

Finalizando con la descripción de los resultados de cada una de las variables desagregadas, se dará paso al análisis agrupado de los principales hallazgos con respecto al comportamiento de las mismas. La presentación de los resultados contará de la indicación de las variables que se tuvieron en cuenta para el cruce de datos, seguidos de la ilustración o tabla y/o de la explicación correspondiente a la categoría de análisis.

Sexo del estudiante y otros aspectos importantes

En cuanto a la edad de inicio de las relaciones sexuales de la población encuestada, se puede evidenciar que la mayor parte de hombres y mujeres dieron inicio a su vida sexual entre los 16 y los 18 años, lo que equivale a un y 37,5% y 37,8% respectivamente para cada género. Otro índice alto se registra en el rango que corresponde a más de 18 años, donde un 33,3% de las mujeres inició su vida sexual y un 18,8% de los hombres empezó a sostener relaciones coitales.

En cuanto al estado académico, se observa que el género que predomina con respecto al sostenimiento de una condición académica normal es el femenino (52,05%) versus una predominancia del género masculino en cuanto al estado de prueba académica (1,37%) y una prevalencia del sexo femenino con respecto a esta condición del 0,68%. (Ver gráfico 128).

Se destaca además que las relaciones entre las mujeres y sus docentes es predominantemente adecuada (51,37%), que existe un índice más alto de prevalencia en cuanto al sostenimiento de una relación distante con éstos y los hombres (6,16%) (Ver gráfico 129).

Un panorama similar se tiene en cuanto a la relación de los estudiantes con sus compañeros, pues tanto las mujeres (51,39%) como hombres (45,14%) sostienen relaciones funcionales con estos. Por su parte, son los hombres los que predominan con relación al manejo de relaciones distantes con sus compañeros (2,78%) (Ver gráfico 130).

Gráfico 128. Prevalencia del sexo de los encuestados, de conformidad con su estado académico.

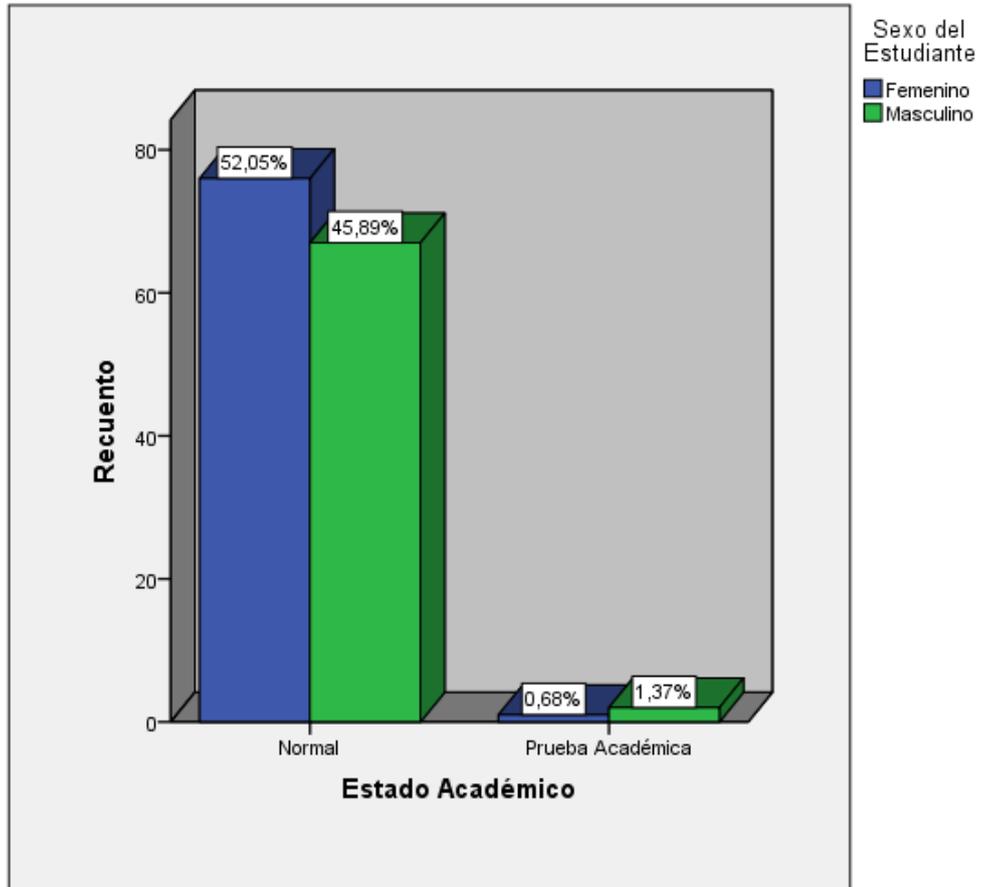


Gráfico 129. Prevalencia del sexo de los encuestados, de conformidad con el tipo de relación que sostienen con los docentes.

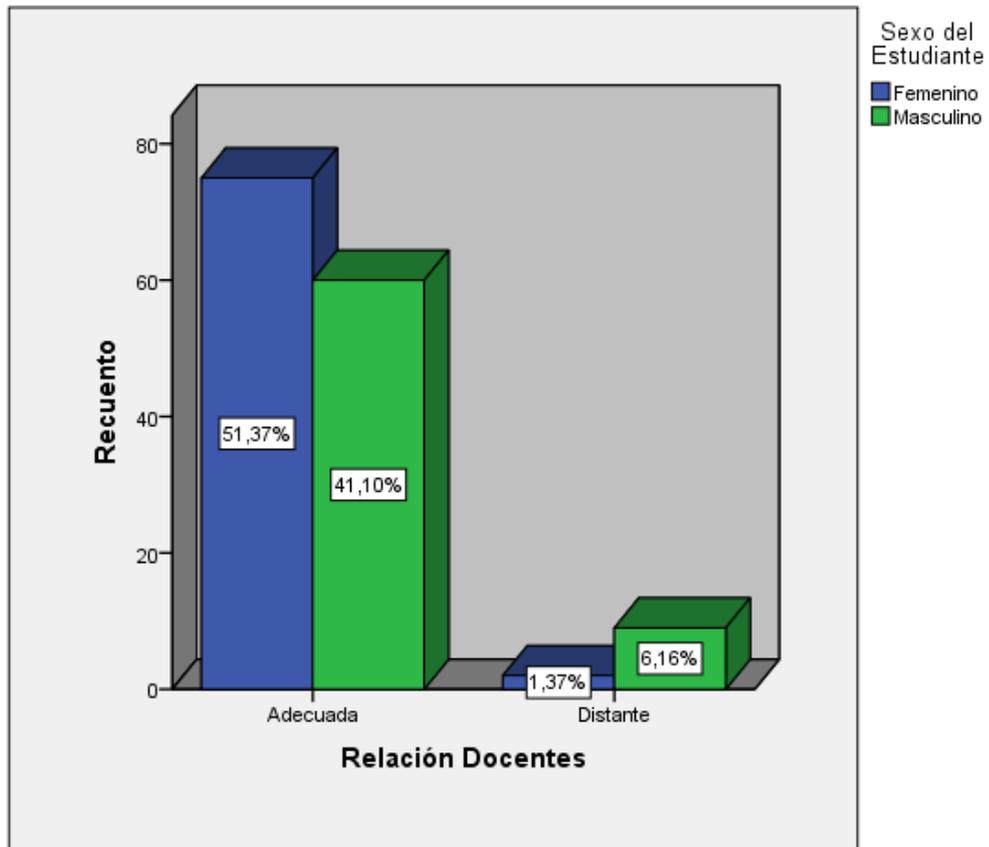
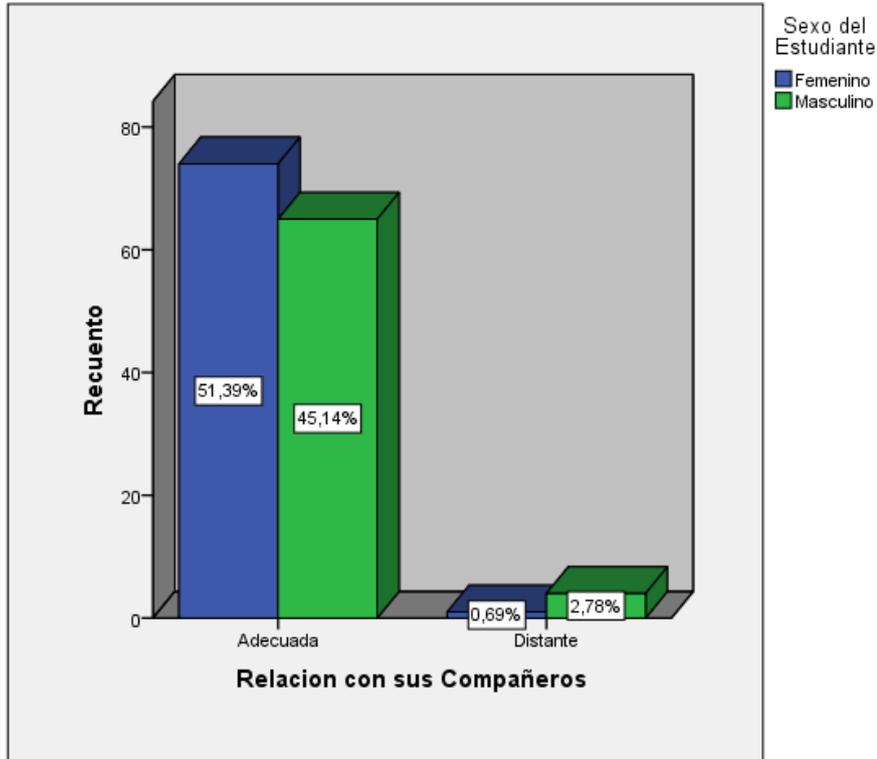
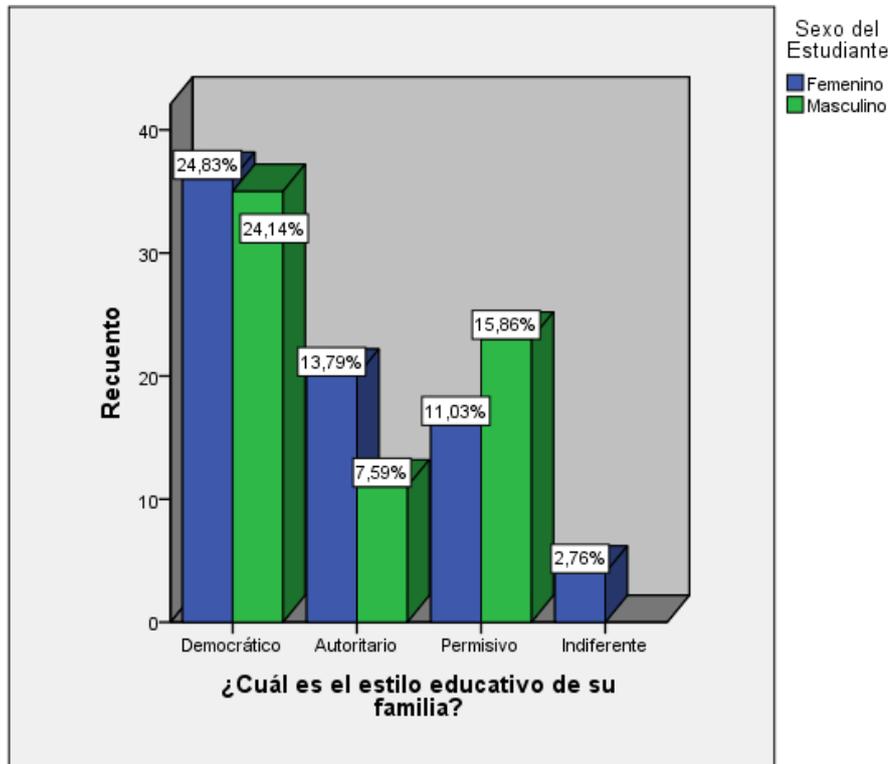


Gráfico 130. Prevalencia del sexo de los encuestados, de conformidad con sus relaciones con sus compañeros.



Con respecto al estilo educativo de los padres y su asociación con el sexo de los encuestados, se pudo obtener que en su mayor parte ambos sexos fueron formados mediante un estilo educativo democrático (mujeres: 24,83% y hombres 24,14%). Solo un 7,59% de los varones se crió bajo una corriente autoritaria. El estilo permisivo predominó en la formación de los hombres (15,86%) (Ver gráfico 131).

Gráfico 131. Prevalencia del sexo de los encuestados, según el estilo educativo de sus padres.



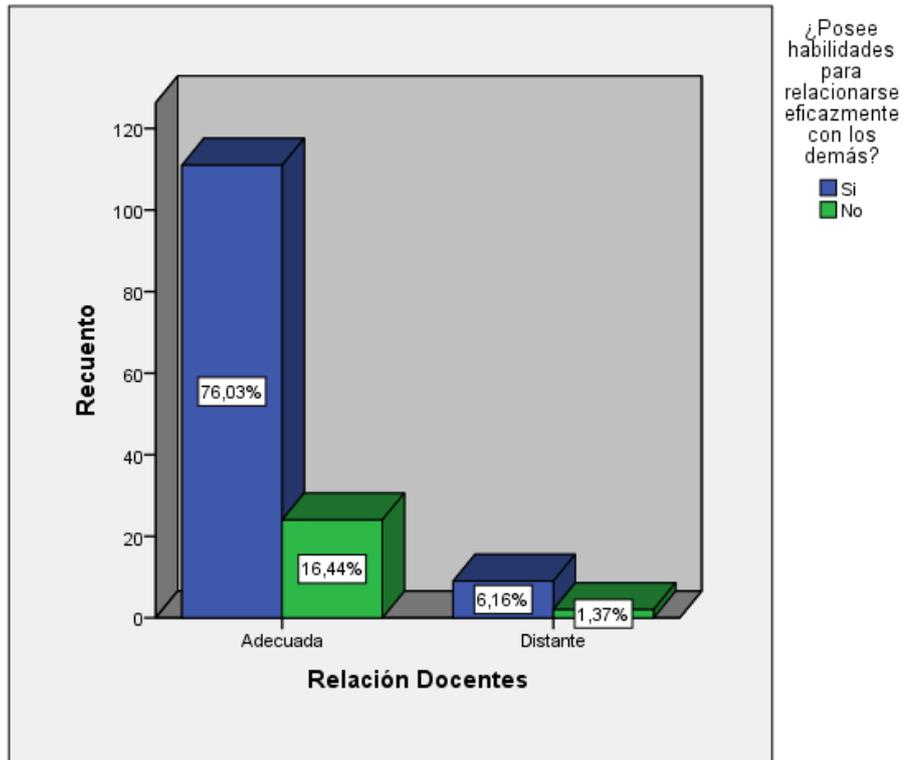
Habilidades Sociales

De conformidad con los resultados del (Gráfico 132) se puede determinar en cuanto a los estudiantes que afirman poseer habilidades sociales, que un (76,03%) de ellos poseen adecuadas relaciones con sus docentes, seguido de un (6,16%) quienes poseen relaciones distantes con los docentes.

En cuanto a los estudiantes evaluados que afirmaron no contar con habilidades sociales, un (16,44%) poseen adecuada relaciones con sus docentes, seguido de quienes presentan relaciones distantes (1,37%) con sus docentes.

Gráfico 132.

Prevalencia de las habilidades sociales de los estudiantes, según la relación con los docentes.



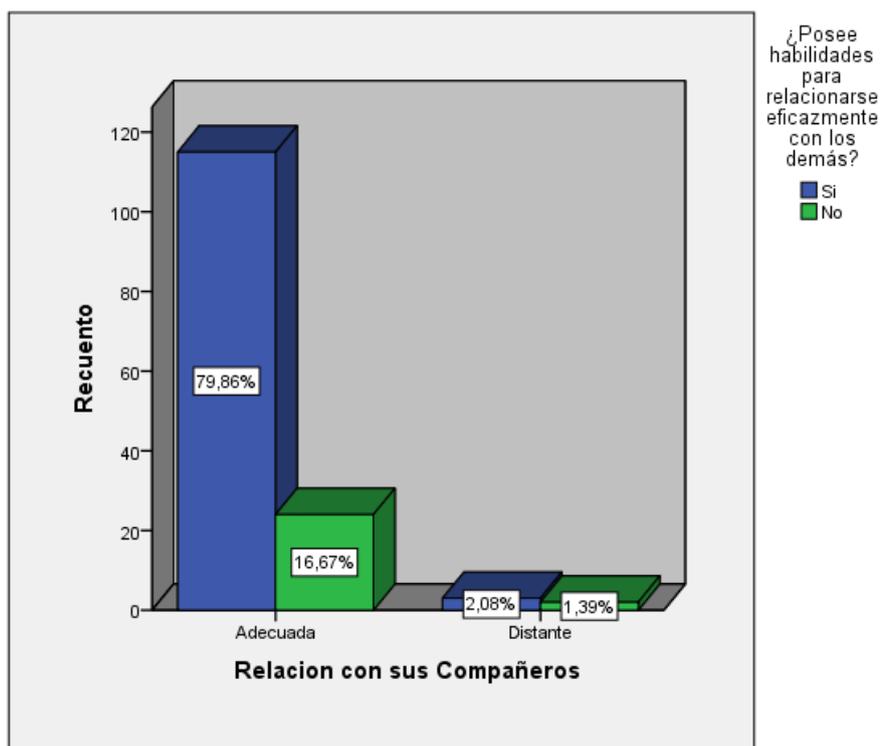
De conformidad con los resultados del (Gráfico 133), se puede determinar en cuanto a los estudiantes que afirman poseer habilidades sociales, que un (79,8%) de ellos poseen adecuadas relaciones con sus compañeros, seguido de un (2,08%), correspondientes a los estudiantes que manejan relaciones distantes con los compañeros.

En cuanto a los estudiantes evaluados que afirmaron no contar con habilidades sociales un (16,67%) poseen adecuadas relaciones con sus

compañeros, seguido de un (1,39%), quienes manejan relaciones distantes con sus compañeros.

Grafico 133.

Prevalencia de las habilidades sociales de los estudiantes, según la relación con los compañeros.

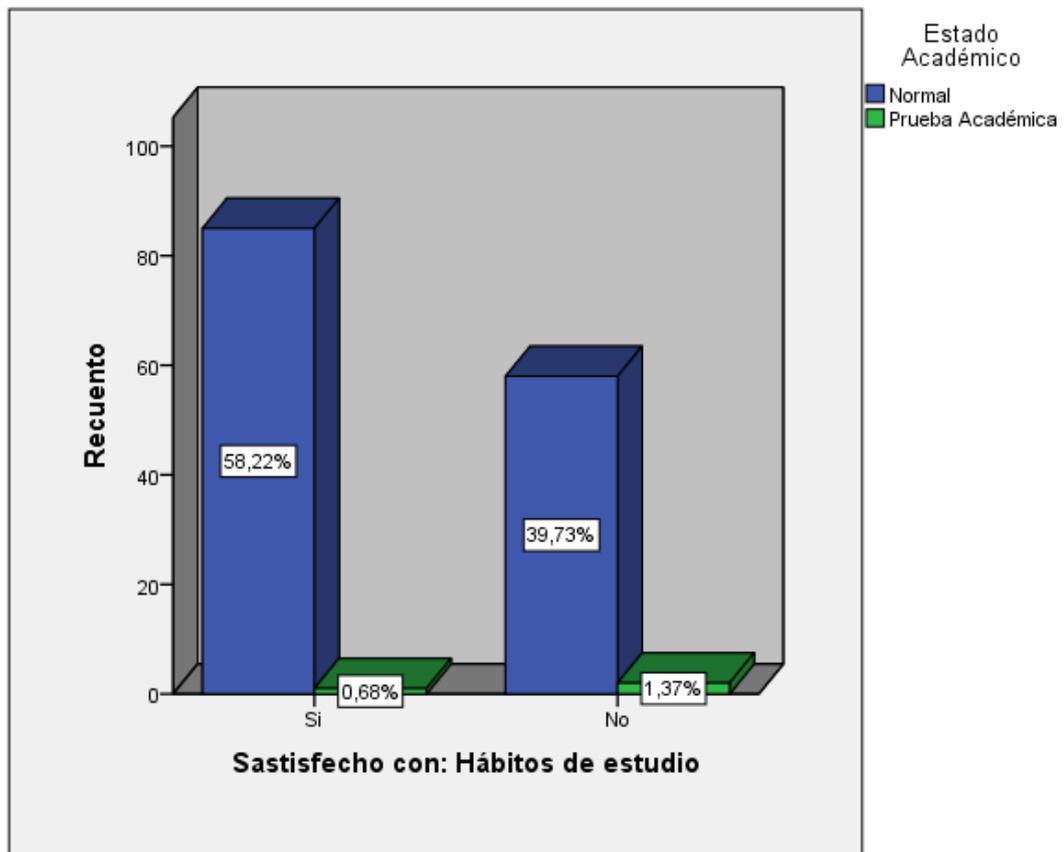


Estado Académico y satisfacción con hábitos de estudio

De la totalidad de los estudiantes que respondieron sentirse satisfecho con sus hábitos de estudio, el 58,22% se encuentra en estado académico normal, mientras que la generalidad de quienes respondieron no sentirse

satisfecho, el 39,73% también manifiesta encontrarse en condición académica normal (Ver Gráfico 134).

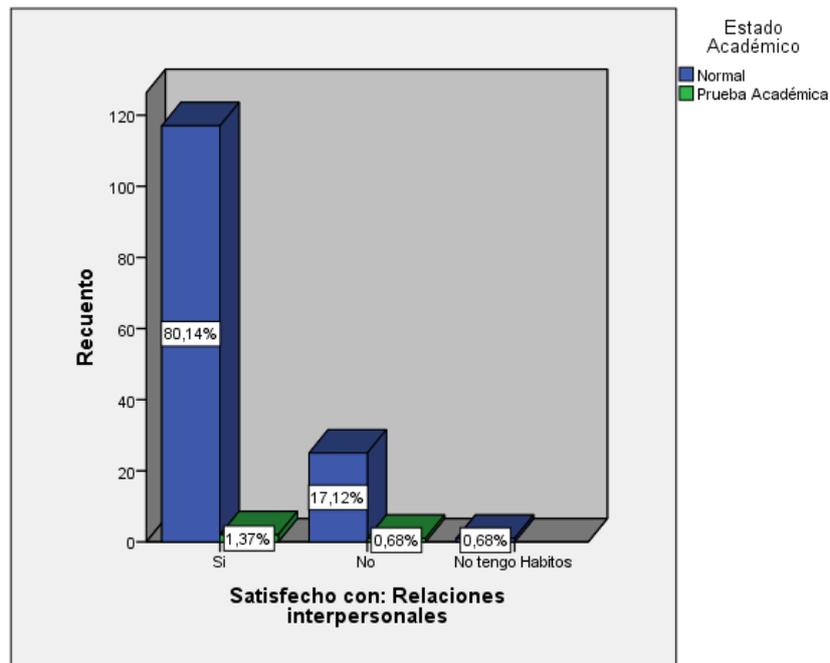
Gráfico 134. Prevalencia del grado de satisfacción con los hábitos de estudio, según el estado académico de los estudiantes.



Estado académico y satisfacción con las relaciones interpersonales

De la totalidad de estudiantes que contestaron sentirse satisfecho con sus relaciones interpersonales, el 80,14% se encuentra en estado académico normal, no obstante un 17,12% manifiesta no sentirse satisfecho con las mismas. (Ver Gráfico 135).

Gráfico 135. Prevalencia del grado de satisfacción con las relaciones interpersonales, según el estado académico de los estudiantes.



Consumo de SPA

Con relación al consumo de SPA, se detecta que la sustancia mayormente consumida es el alcohol, quien muestra una prevalencia del 63,7% de consumo alguna vez en la vida, no obstante, aunque su nivel de consumo merma con el paso del tiempo, éste sigue mostrando el más alto índice de prevalencia en todos los períodos.

El consumo de alcohol es precedido por el de marihuana, quien muestra un índice de prevalencia de 43,15%. Otra sustancia que aumenta su prevalencia de consumo es la cafeína, quien logra una prevalencia del 47,2%

Las sustancias psicoactivas menos consumidas por la población de estudiantes encuestados son la heroína, los pegantes, los solventes, el basuco, la mescalina y el yajé, quienes muestran una prevalencia igual o inferior al 2% en cada período evaluado (Tabla 44).

Tabla 44.

Prevalencia del consumo de SPA según el consumo en la vida.

Datos de Entrada	N Valido	N Total	Porcentaje	P Valor
¿Alguna vez ha consumido Marihuana o sus derivados?	63	146	43.15%	0,13
¿Alguna vez ha consumido Tranquilizantes o sedantes sin prescripción médica?	12	146	8.22%	0,049
¿Alguna vez ha consumido Anfetaminas y sus	5	146	3,42%	0,018

Datos de Entrada	N Valido	N Total	Porcentaje	P Valor
derivados?				
¿Alguna vez ha consumido Éxtasis?	10	146	6,85%	0,023
¿Alguna vez ha consumido LSD?	10	146	6,85%	0,023
¿Alguna vez ha consumido Hongos mágicos?	7	146	4,79%	0,013
¿Alguna vez ha consumido cocaína?	7	146	4,79%	0,013
¿Alguna vez ha consumido Crack?	2	146	1,37%	0,007
¿Alguna vez ha consumido cafeína?	69	146	47,26%	0,15
¿Alguna vez ha consumido Opio?	3	146	2,05%	0,012
¿Alguna vez ha consumido Anestésicos?	14	146	9,59%	0,08

Datos de Entrada	N Valido	N Total	Porcentaje	P Valor
¿Alguna vez ha consumido Morfina?	2	146	1,37%	0,007
¿Alguna vez ha consumido Heroína?	0	146	0%	0,00
¿Alguna vez ha consumido Pegantes?	2	146	1,37%	0,007
¿Alguna vez ha consumido Gasolina?	0	146	0%	0,00
¿Alguna vez ha consumido Solventes?	0	146	0%	0,00
¿Alguna vez ha consumido Basuco?	0	146	0%	0,00
¿Alguna vez ha consumido Mescalina?	0	146	0%	0,00
¿Alguna vez ha consumido Yajé?	5	146	3,42%	0,018
¿Alguna vez ha consumido Nicotina?	18	146	12,33%	0,06
¿Alguna vez ha	93	146	63,70%	0,23

Datos de Entrada	N Valido	N Total	Porcentaje	P Valor
consumido Alcohol?				
¿Alguna vez ha consumido 2BC (Fenetylamina)?	0	146	0%	0,00
¿Alguna vez ha consumido poppers?	8	146	5,48%	0,042

Consumo de SPA y programa académico.

En la (Tabla 45), se puede observar que el programa de mayor prevalencia de consumo de cualquier sustancia alguna vez en su vida es Comunicación Social y Periodismo con un 17,1% de consumidores de cualquier sustancia, del total de los encuestados.

Tabla 45.

Prevalencia del consumo de SPA en la vida según el programa académico.

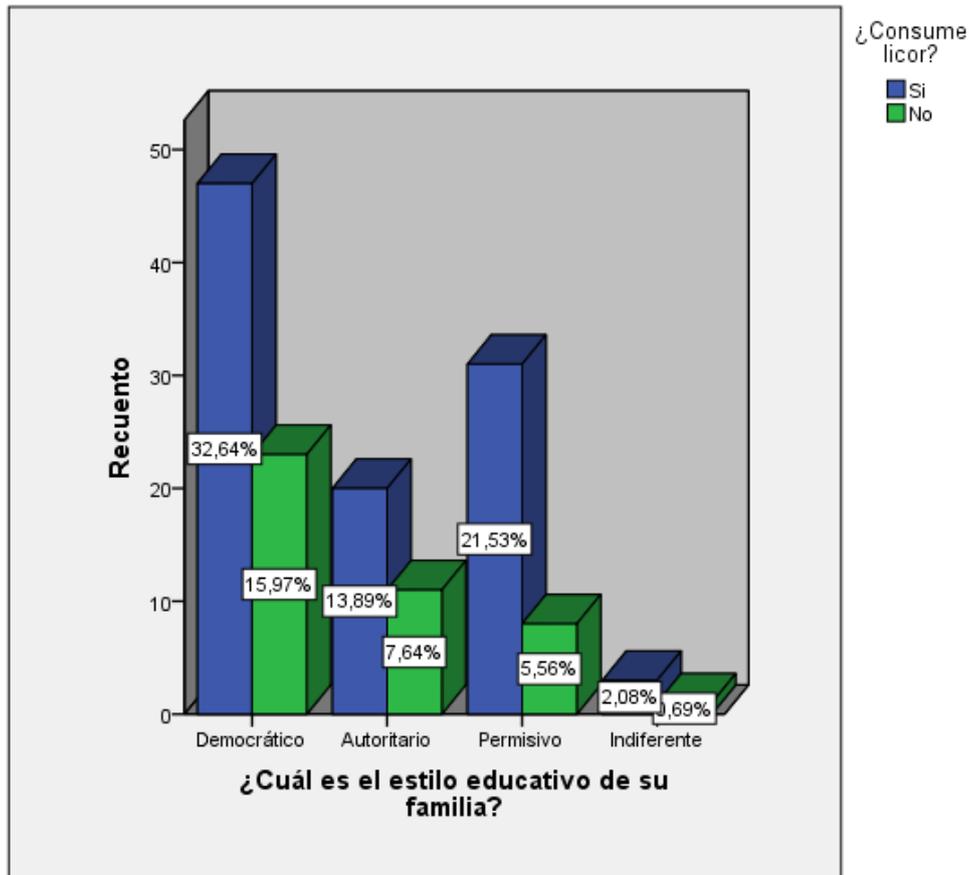
Programa Académico	Número de Veces						Total	Porcentaje	P Valor
	1 ó 2	3 a 5	6 a 9	10 a 19	20 a 39	40 ó más			
Admón de Empresas	2	0	0	2	1	2	3	2,10%	0,007
Admón de Empresas Dual	1	1	0	0	0	0	2	1,40%	0,004

Mercadeo y Negocios									
Internacionales	6	5	3	2	1	6	8	5,50%	0,013
Economía	0	0	0	0	0	1	1	0,70%	0,002
Comunicación Social y periodismo	20	5	1	5	1	14	25	17,10%	0,063
Diseño de la Comunicación Gráfica	3	1	2	0	0	2	6	4,10%	0,011
Cine y Comunicación Digital	4	1	1	4	1	2	6	4,10%	0,011
Comunicación Publicitaria	0	0	0	0	0	3	3	2,10%	0,007
Admón Ambiental	3	0	1	1	0	3	4	2,70%	0,008
Ing. Ambiental	5	4	1	0	1	3	6	4,10%	0,011
Ing. Electrónica	2	0	0	1	0	0	1	0,70%	0,002
Ing. Multimedia	7	0	1	1	0	3	6	4,10%	0,011
Ing. Industrial	11	4	2	1	0	11	16	11,00%	0,053
Ing. Mecánica	2	1	0	0	0	3	4	2,70%	0,008
Ing. Mecatrónica	1	0	0	0	0	3	4	2,70%	0,008
Ing. Biomédica	2	1	0	1	0	5	8	5,50%	0,014
	69	23	12	18	5	61	103	70,50%	

Consumo de SPA y estilo educativo de los Padres

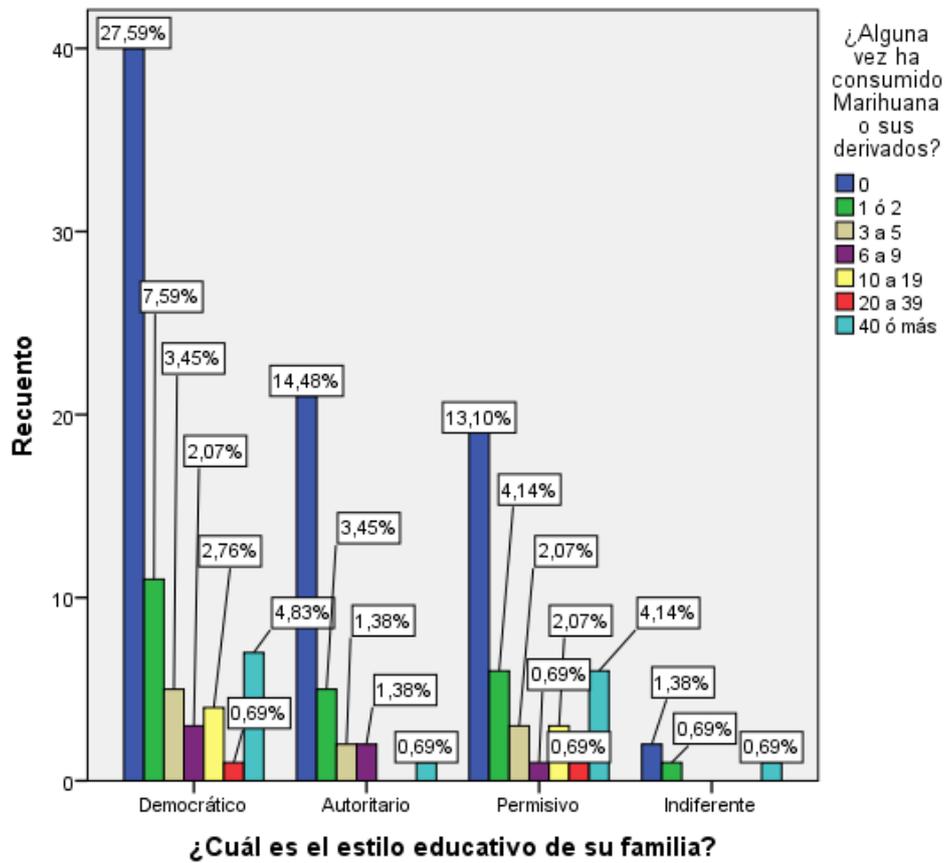
Por otra parte, se registró que la mayor prevalencia de consumo de alcohol en la vida de los estudiantes se asocia a un estilo de crianza democrático (32,64%) y permisivo (21,53%), mientras que el menor índice se evidencia en el manejo de un estilo de crianza indiferente (2,08%) (Ver gráfico 136)

Gráfica 136. Prevalencia del consumo de alcohol, en la vida de los estudiantes, según el estilo educativo de sus padres.



En cuanto a la prevalencia del consumo de marihuana y sus derivados alguna vez en la vida de los estudiantes en contraste con el nivel educativo de los padres de familia, se logró estimar que la mayor parte de los estudiantes no consumidores de este psicoactivo tuvo acceso a un estilo educativo familiar democrático (27,59%), seguido de un estilo autoritario (14,48%), en contraparte, la presencia de una frecuencia más alta de consumo, equivalente a 40 veces o más, se registró en los estudiantes educados bajo un estilo democrático (4,83%) y permisivo 4,14% (Ver gráfica 137).

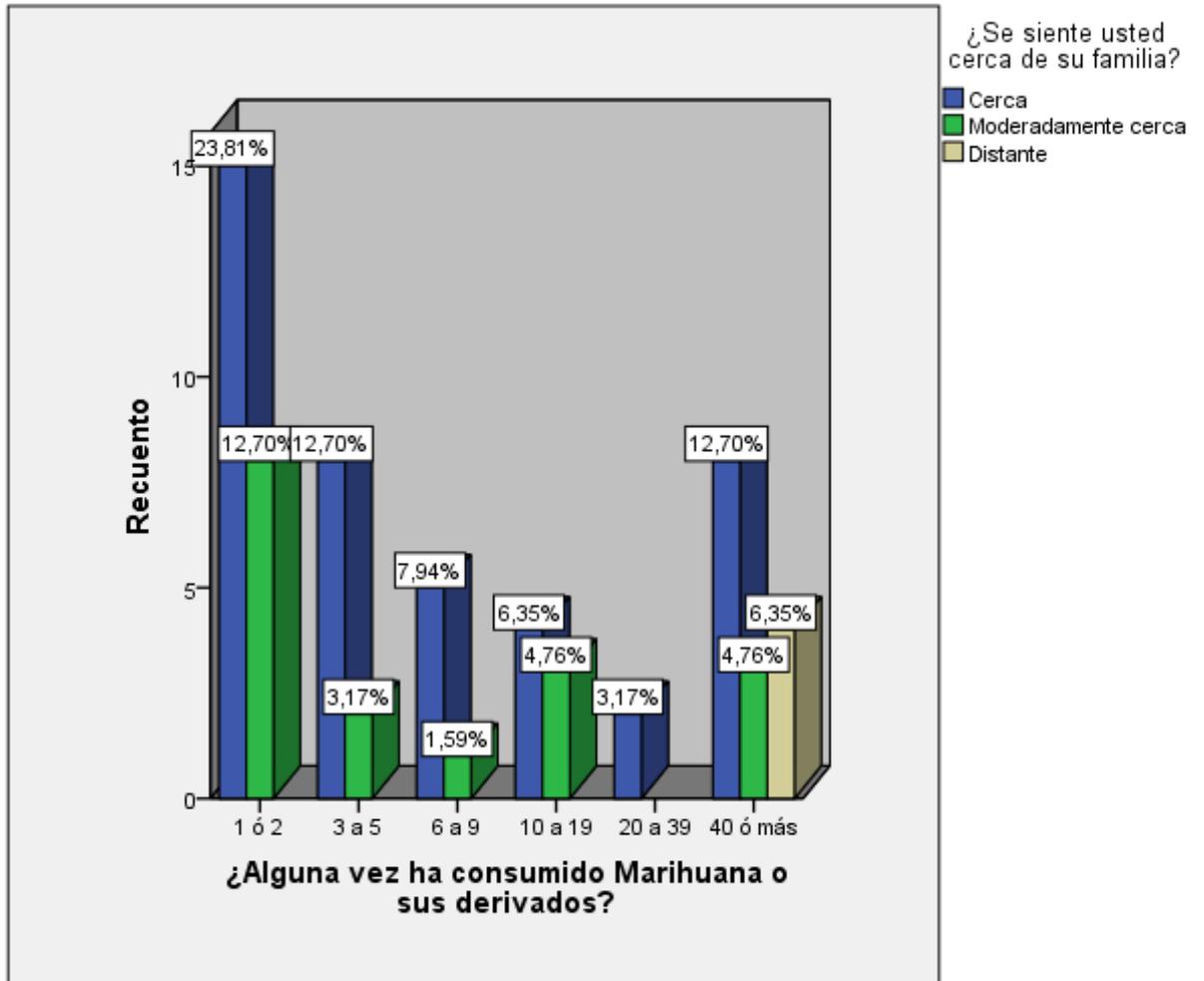
Gráfica 137. Prevalencia del consumo de marihuana y sus derivados, en la vida de los estudiantes, según el estilo educativo de sus padres.



Prevalencia cercanía con la familia y tendencia de consumo de algunas SPA

En cuanto a la prevalencia del consumo de marihuana y sus derivados alguna vez en la vida de los estudiantes en contraste con la cercanía familiar, se logró estimar que los consumidores de este psicoactivo en el rango de 40 o más veces de consumo aseguraron tener una relación distante con su familia (6,35%), sin embargo, la prevalencia de consumo entre 1 o 2 ocasiones suman la mayor parte de quienes se sienten cerca de su familia (23,81%) (Ver gráfica 138.).

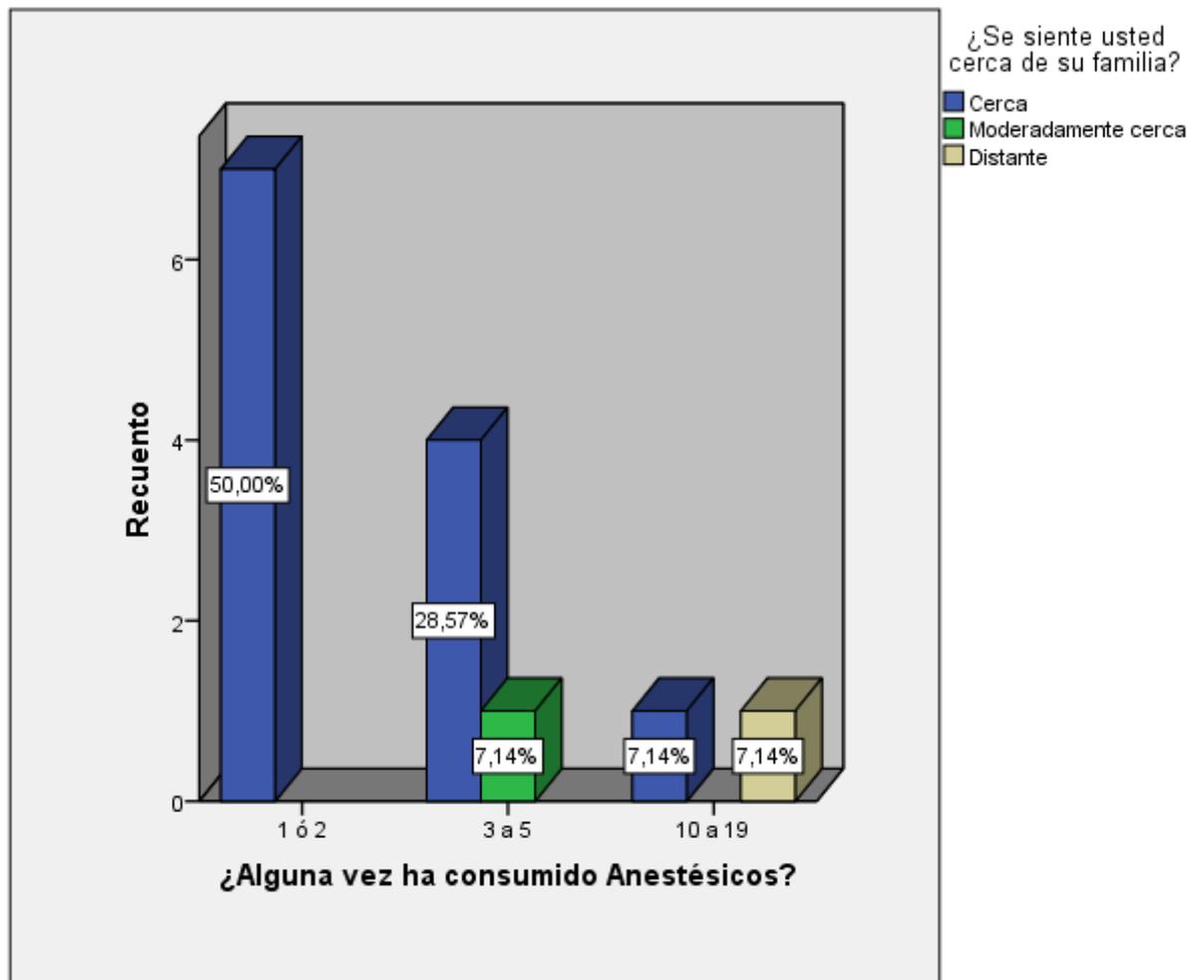
Gráfica 138. Prevalencia del consumo de marihuana y sus derivados, en la vida de los estudiantes, según la cercanía familiar.



En cuanto a la prevalencia del consumo de Anestésicos alguna vez en la vida de los estudiantes en contraste con la cercanía familiar, se logró estimar que los consumidores de este psicoactivo en el rango de 10 a 19 veces de consumo aseguraron tener una relación distante con su familia (7,14%), mientras que en niveles de consumo inferiores se presentan encuestados que consideren una relación cercana con su familia, por lo tanto la prevalencia de

consumo entre 1 o 2 ocasiones suman la mayor parte de quienes se sienten cerca de su familia (50%) (Ver gráfica 139).

Gráfica 139. Prevalencia del consumo de Anestésicos en la vida de los estudiantes, según la cercanía familiar.

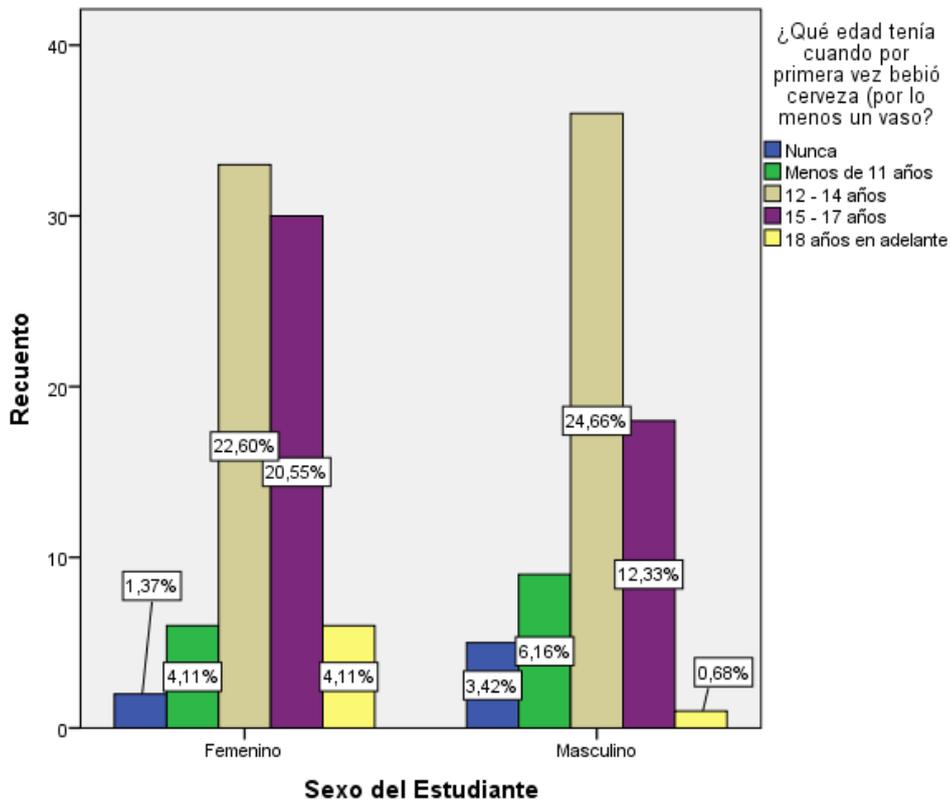


Edad de inicio de consumo de SPA y sexo del estudiante.

Con respecto al inicio de consumo de Cerveza por género, el sexo femenino tiende a iniciar el consumo a una edad más avanzada en la adolescencia, el 24,55% de las encuestadas lo hicieron entre los 15 y 17 años, 22,6% entre los 12 y los 14 años, mientras que el sexo masculino mostro tendencia a iniciar a temprana edad, 24,6% lo hicieron entre los 12 y los 14 años, 6,16% menos de 11 años y tan solo un 0,68% de los hombres encuestados manifestaron haber iniciado el consumo de Cerveza de los 18 años en adelante. (Grafico 140).

Gráfico 140.

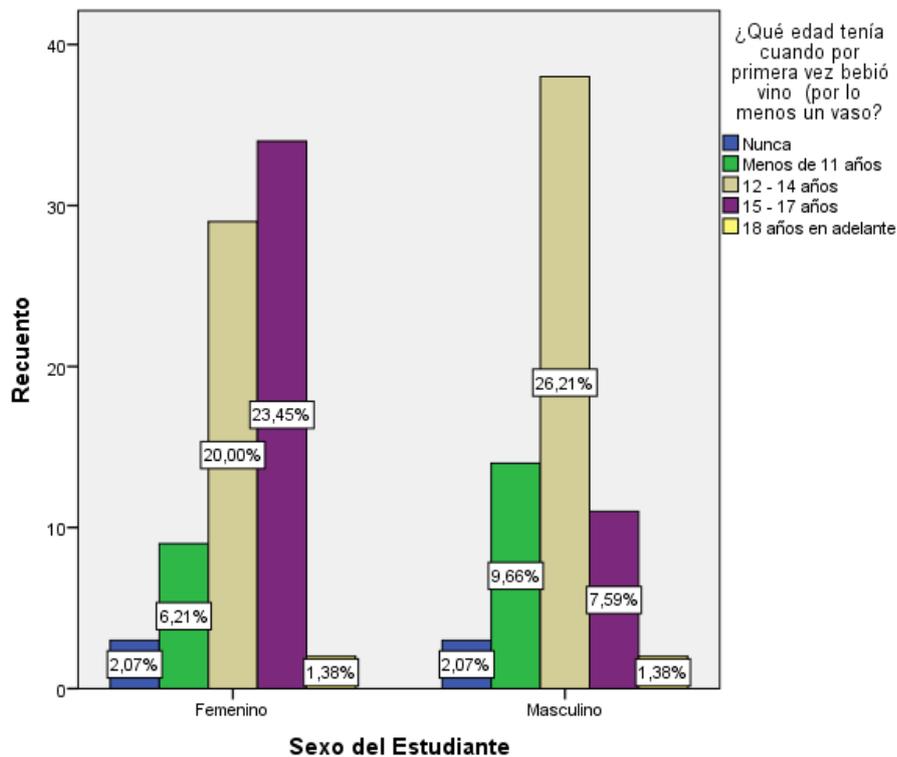
Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según el sexo y la edad de inicio del consumo de Cerveza.



Con respecto al inicio del consumo de Vino por sexo, el sexo femenino tiende a iniciar el consumo a una edad más avanzada en la adolescencia, el 23,45% de las encuestadas lo hicieron entre los 15 y 17 años, 20% entre los 12 y los 14 años, por su parte el sexo masculino mostro tendencia a iniciar a temprana edad, 26,21% lo hicieron entre los 12 y los 14 años, 9,6% menos de 11 años y tan solo un 1,3% de los estudiantes masculinos encuestados manifestaron haber iniciado el consumo de Vino de los 18 años en adelante. (Gráfico 141).

Grafico 141.

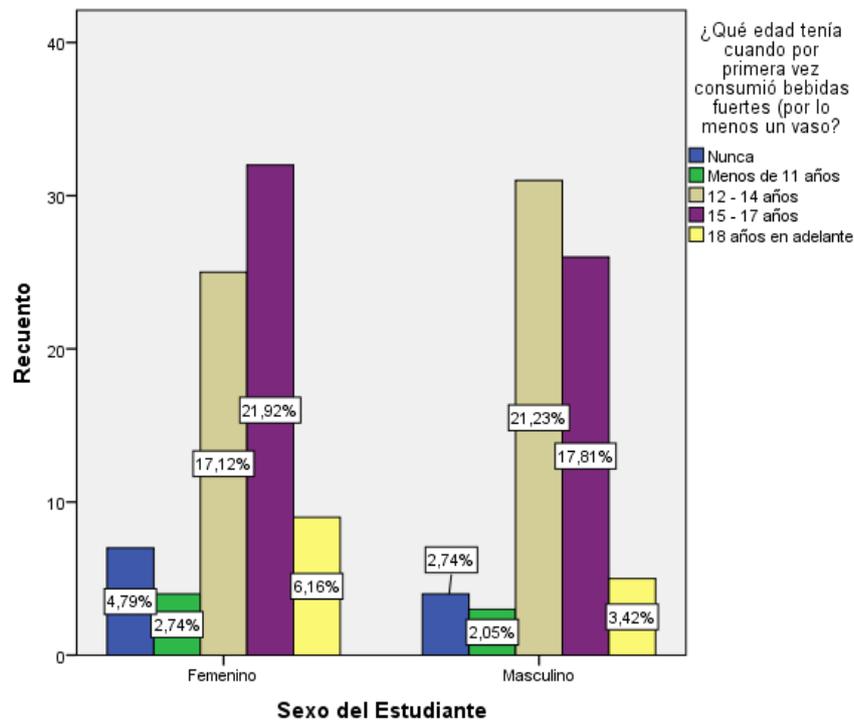
Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según el sexo y la edad de inicio del consumo de Vino.



En cuanto al inicio del consumo de Bebidas fuertes por sexo, el sexo femenino mantiene la tendencia a iniciar el consumo a una edad más avanzada en la etapa de la adolescencia, el 21,92% de las encuestadas lo hicieron entre los 15 y 17 años, 17,12% entre los 12 y los 14 años, 6,16% afirmaron haberlo iniciado de los 18 años en adelante, mientras que el sexo masculino mostró tendencia a iniciar a temprana edad, 21,23% lo hicieron entre los 12 y los 14 años, 17,8% entre los 15 y los 17, 2,05% menos de 11 años y un 3,42% de los estudiantes de sexo masculino encuestados manifestaron haber iniciado el consumo de Bebidas fuertes de los 18 años en adelante. (Grafico 142).

Grafico 142.

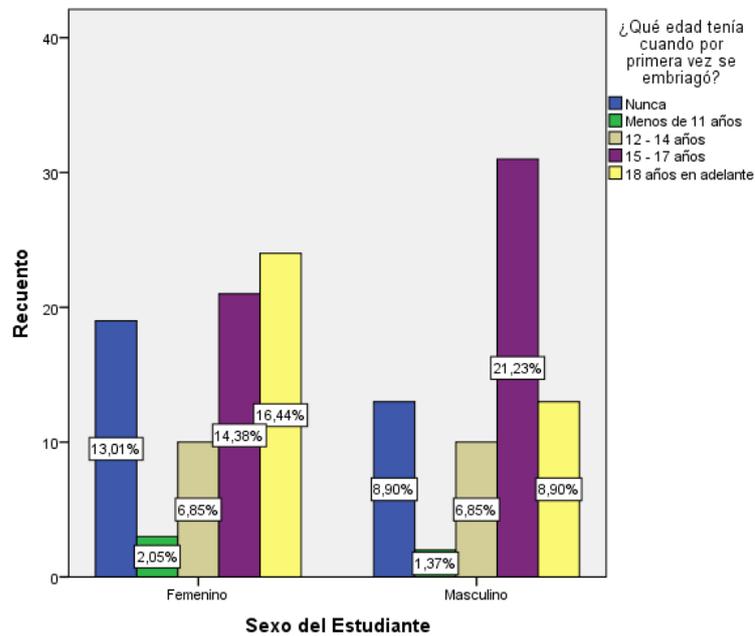
Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según el sexo y la edad de inicio del consumo de Bebidas fuertes.



En cuanto a la edad en la que por primera vez se embriagaron, el 21,23% de los estudiantes encuestados de sexo masculino lo hicieron por primera vez entre los 15 y los 17 años, 6,85% entre los 12 y los 14 años y 1,37% de ellos se embriagaron por primera vez teniendo menos de 11 años. Por su parte en las mujeres encuestadas, el 14,38% se embriagó por primera vez entre los 15 y los 18 años, un 16,44% lo hicieron de los 18 años en adelante, el 2,05% y el 6,85% lo hicieron antes de los 11 años y entre los 12 y los 14 años respectivamente mostrando una tendencia a posponer la edad en que se embriagan por primera vez para después de los 15 años. (Grafico 143).

Grafico 143.

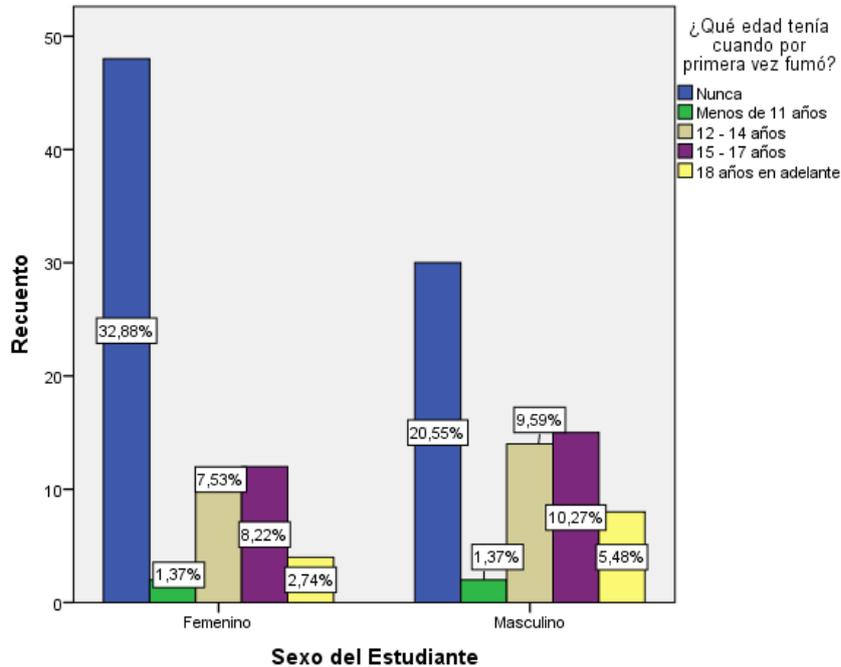
Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según el sexo y la edad en la que por primera vez se embriagaron.



Con respecto a la edad en la que por primera vez fumaron, los estudiantes de sexo masculino lo hicieron en un mayor porcentaje, 10,27% lo hicieron entre los 15 y los 17 años, 9,59% entre los 12 y los 14 años, 5,48% de los 18 años en adelante. Por su parte en las mujeres encuestadas el mayor porcentaje se dio entre los 15 y los 17 años con un 8,22% en un porcentaje menor con respecto a los hombres y apenas un 1,37% fumaron por primera vez con menos de 11 años. (Grafico 144).

Grafico 144.

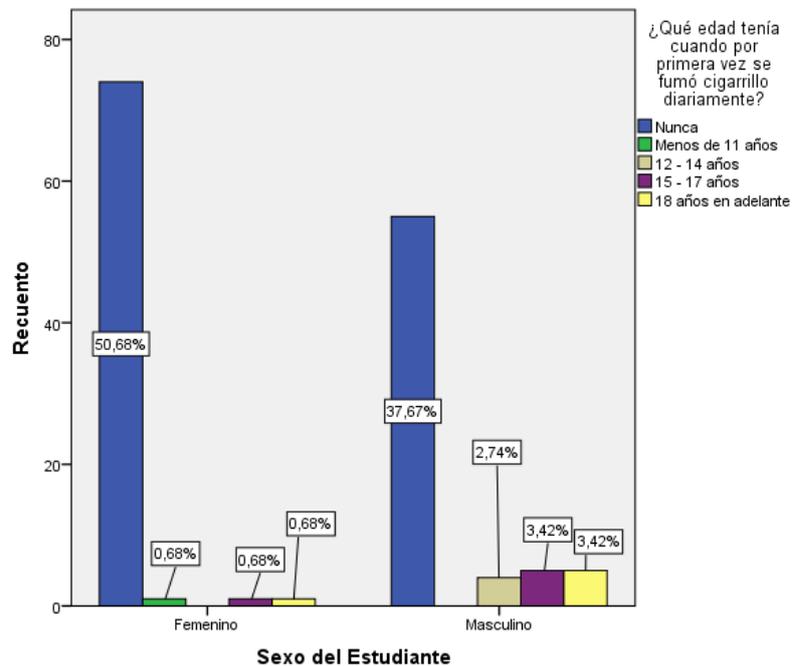
Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según el sexo y la edad en la que por primera vez fumaron.



En cuanto a la edad en la que por primera vez los estudiantes universitarios encuestados fumaron cigarrillo diariamente, el 3,42% de los estudiantes encuestados de sexo masculino lo hicieron por primera vez de los 18 años en adelante, igualmente entre los 15 y los 17 años, el menor porcentaje entre los hombres fue un 2,74% que corresponde a los de menos de 11 años. Por su parte en las mujeres encuestadas, el 0,68% fumo por primera vez diariamente entre los 15 y los 18 años, e igualmente antes de los 11 años (Grafico 145).

Grafico 145.

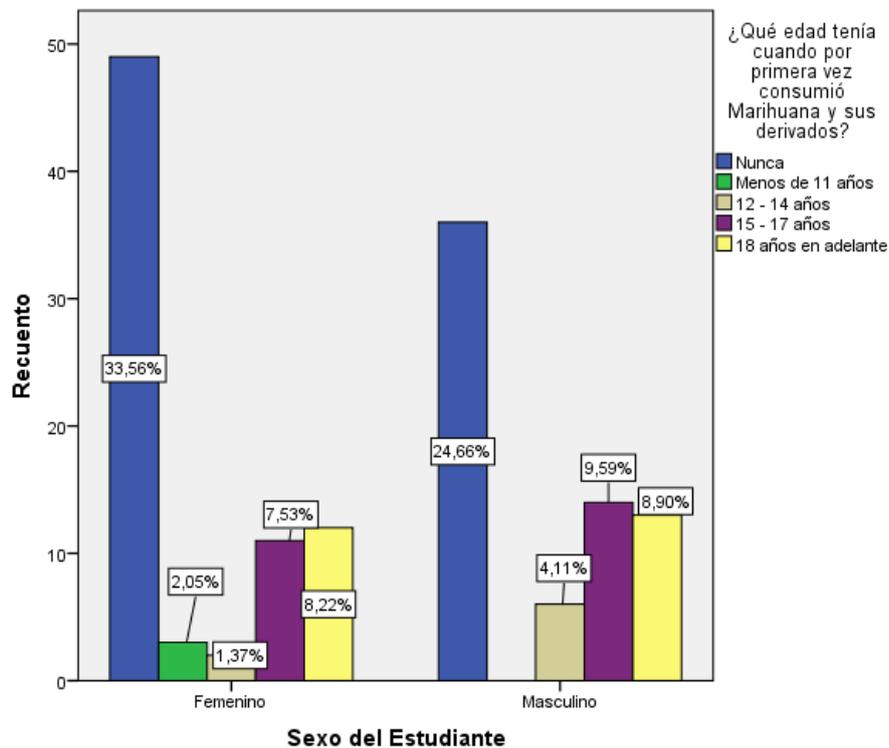
Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según el sexo y la edad en la que por primera vez fumaron diariamente.



En cuanto a la edad de inicio del consumo de Marihuana y sus derivados por sexo, las mujeres encuestadas mostraron tendencia a iniciar el consumo de los 18 años en adelante con un 8,22%, el 2,05% lo hicieron antes de los 11 años, superando en porcentaje a los estudiantes de sexo masculino que bajo el mismo rango de edad mostraron al 0% de estudiantes iniciando el consumo de Marihuana y sus derivados, para ellos el porcentaje más alto se presentó entre los 15 y 17 años con un 9,59%. (Grafico 146).

Gráfico 146.

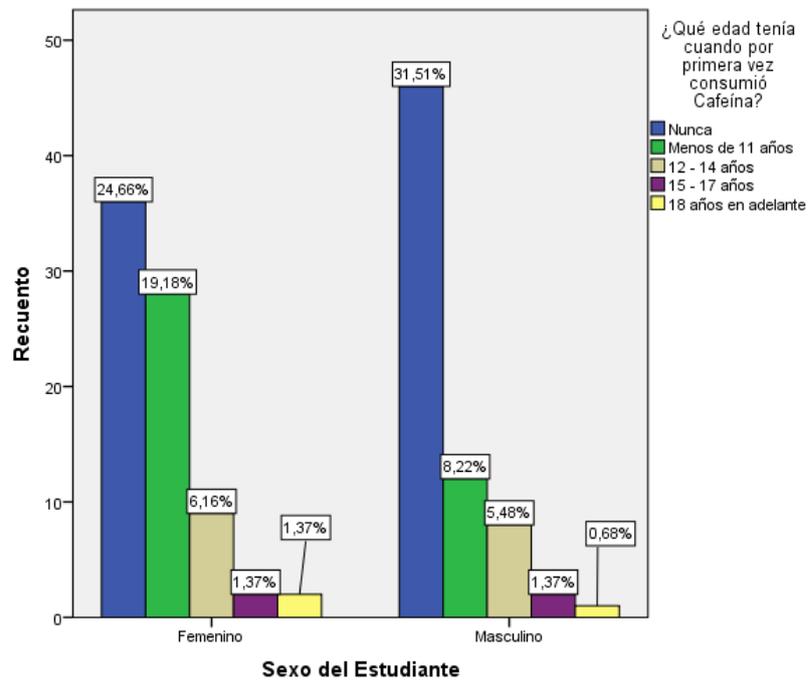
Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según el sexo y la edad de inicio del consumo de Marihuana y sus derivados.



En cuanto a la edad en la que por primera vez los estudiantes universitarios encuestados iniciaron el consumo de Cafeína, el 8,22% de los estudiantes encuestados de sexo masculino lo hicieron por primera vez antes de los 11 años, el 5,48% entre los 12 y 14 años y el 0,68% de los 18 años en adelante. Por su parte en las mujeres encuestadas, el 19,18% inició vez con Menos de 11 años, mientras un 6,16% lo hicieron entre los 12 y 14 años, un 1,37% entre los 15 y 17 e igualmente con más de 18 años. (Gráfico 147).

Gráfico 147.

Distribución de las respuestas de los estudiantes universitarios según el sexo y la edad de inicio del consumo de Cafeína.



A continuación se muestra en las tablas 45, 46, 47 y 48 la significancia estadística de algunos de los cruces entre variables mostrados en apartados anteriores.

Tabla 45

Significancia estadística de las respuestas de los estudiantes universitarios según el sexo y la edad en la que por primera vez se embriagaron.

Pruebas de chi-cuadrado		
	Valor	Significancia Valor P
Chi-cuadrado de Pearson	5,835a	,212
Razón de verosimilitud	5,881	,208
Asociación lineal por lineal	,145	,703
N de casos válidos	142	

a. 2 casillas (20,0%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es 2,36.

Tabla 46.

Significancia estadística de las respuestas de los estudiantes universitarios según el sexo y la edad en la que por primera vez fumaron.

Pruebas de chi-cuadrado		
	Valor	Significancia Valor P
Chi-cuadrado de Pearson	5,364a	,252
Razón de verosimilitud	5,394	,249
Asociación lineal por lineal	5,108	,024
N de casos válidos	147	

a. 2 casillas (20,0%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es 2,36.

Tabla 47.

Significancia estadística de las respuestas de los estudiantes universitarios según el sexo y la edad de inicio del consumo de Marihuana y sus derivados.

Pruebas de chi-cuadrado		
	Valor	Significancia Valor P
Chi-cuadrado de Pearson	6,967a	,138
Razón de verosimilitud	8,205	,084
Asociación lineal por lineal	2,099	,147
N de casos válidos	147	

a. 4 casillas (40,0%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es 1,47.

Tabla 48.

Significancia estadística de las respuestas de los estudiantes universitarios según el sexo y la edad de inicio del consumo de Caféina.

Pruebas de chi-cuadrado		
	Valor	Significancia Valor P
Chi-cuadrado de Pearson	7,954a	,093
Razón de verosimilitud	8,153	,086
Asociación lineal por lineal	2,192	,139
N de casos válidos	147	

a. 4 casillas (40,0%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es 1,42.

En el análisis de ítems en la prueba de prevalencia de consumo basada en Pruebas T y Chi-Cuadrado se obtuvo valores menores a 0,05 y valores P mayores a 0.05, tomando como criterio de aceptación aquellos valores superiores al 5% de significancia, se rechaza la hipótesis para valores no significativos estadísticamente inferiores a 0,05.

8. Discusión

El estudio tuvo como objetivo, caracterizar los factores de riesgo y de protección asociados al consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes universitarios desde una perspectiva multimodal.

La presencia del 52,74% de mujeres en la muestra da una idea del corte en la brecha entre hombres y mujeres que acceden a la educación superior, al igual que lo que ocurre frente a las edades de ingreso que señalan un 46,56% de estudiantes entre los 15 y 19 años de edad, seguidos de un 50,00% entre 20 y 24 años, factores a tener en cuenta dado el aumento del consumo en estas poblaciones según el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia (2013).

El estado civil predominante dentro de los estudiantes encuestados es soltero 99,3%; la mayoría se ocupa solo de las labores académicas 90,41% se asume que no cuentan con mayores responsabilidades más allá de las impuestas por su rol; la religión que más se profesa es la católica 70,8% seguido en porcentaje por quienes afirman no tener ninguna inclinación religiosa 18,49%; el 84,5% de la población encuestada se encuentra entre los estratos socioeconómicos 3,4 y 5.

En cuanto al perfil académico, el 45,18% hacen parte de la Facultad de Ingeniería, seguidos por un 39% de la Facultad de Comunicación Social; en su mayoría sostienen un estado académico normal 97,95%, el 2,05% se encuentra en condición de prueba académica o bajo rendimiento, dato que permitirá más adelante relacionar la afectación del consumo de sustancias psicoactivas con la parte académica.

El 65% de los estudiantes encuestados realiza una actividad extracurricular dentro de la universidad, seguido de un 22,2% que afirma no realizar algo extra, otro elemento a tener en cuenta en las conclusiones como posible factor protector.

En general, los resultados encontrados con relación al nivel de consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes universitarios encuestados no deja ver niveles altos de uso y consumo de las sustancias en su gran mayoría éstos no presentan diferencias significativas con relación a los mostrados en estudios de consumo a nivel nacional con poblaciones similares. No obstante, a continuación se detallan aquellos resultados directos y producto del cruce de variables que lograron enfocar la atención del autor del presente estudio, toda vez que confirman, refutan o aportan a los avances obtenidos por la ciencia en los últimos años respecto al tema estudiado.

En la muestra de la presente investigación se resalta que la prevalencia del consumo de cigarrillo fue de baja, aun siendo relevante que la mayor parte de la población afirma no consumir la sustancia (90,41%). Igualmente en cuanto a los niveles de consumo de cigarrillo la tendencia muestra índices bajos de dependencia (90,41%). Estos datos pueden llevar a concluir que el conocido modelo evolutivo de consumo de Kandel, (1975), pueda modificarse al encontrar sustancias que estén siendo más consumidas por la población juvenil, quedando en un plano secundario detrás de sustancias como el Alcohol, la Marihuana y la Cafeína que aparecen con mayor tendencia de consumo.

La delimitación de zonas de consumo, como las de espacios libres de humo puede hacer parte de las estrategias que contribuyen a la disminución en los porcentajes de consumidores de cigarrillo, en comparación con otras sustancias legales e ilegales. De igual forma, también aportan a este hecho las políticas encaminadas a la prohibición y penalización de venta y consumo de la sustancia dentro de las instituciones educativas, (Ley 1335 del 2009 Artículo 19), lo cual limita la frecuencia de uso de la sustancia, así como el acceso a la misma mientras permanece en la institución.

En cuanto al consumo de Alcohol, los resultados señalan que más de la mitad de la población encuestada manifestaron haberlo consumido alguna vez en la vida, resultado que permanece por debajo de la media nacional. En este punto es importante anotar que en el estudio realizado por Rumbos en el año 2011, mostraron un mayor porcentaje en donde los jóvenes manifestaron haber consumido alcohol alguna vez en sus vidas. Igualmente en otro estudio realizado con jóvenes universitarios la prevalencia de consumo para esta sustancia fue superior al porcentaje encontrado en el estudio de Rumbos (Pérez, y cols.2002). No obstante, pese a esta situación, el alcohol sigue siendo la sustancia más consumida, hecho que se refuerza por la legalidad del consumo y por el uso social y recreativo del psicoactivo como alternativa para la interacción en grupos de familiares y de amigos.

Al analizar el nivel de dependencia al alcohol, un menor porcentaje de los estudiantes puntúa en una clasificación de alto riesgo, de igual manera, con un porcentaje menor quienes puntúan como alcohólicos en el test Cage, cifras que a pesar de no ser altas, dejan para algunos la posibilidad de asociarse a

otros factores y desencadenar otro tipo de consecuencias en las que se pueden encontrar, accidentes de tránsito, situaciones de abuso y agresión física, dificultad en las relaciones interpersonales y problemas psiquiátricos. En situaciones de abuso de alcohol, es posible encontrar sujetos que experimenten síntomas psiquiátricos significativos que pueden cumplir los criterios diagnósticos de un trastorno mental.

En relación con la edad de inicio del consumo de alcohol, se confirma la tendencia en promedio de inicio entre los 12 y los 17 años mostrada en el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia (2013); a las tendencias se agrega el consumo temprano de vino y cerveza que aunque en porcentajes bajos si deja ver por los resultados obtenidos en otros ítems de la encuesta sobre consumo de alcohol, que al parecer no asocian dichas bebidas con consumo de alcohol.

En cuanto al uso y consumo de sustancias ilícitas, los encuestados mostraron un porcentaje mayor con la marihuana, que sigue siendo la sustancia ilegal más consumida por los jóvenes de los 15 años en adelante, confirmando la tendencia marcada en la investigación de Cáceres y cols, (2006) y el último estudio Nacional de sustancias psicoactiva en Colombia (2013), igualmente se resalta que el nivel de consumo de marihuana en el País, no solo está por encima de algunos países de la región, sino también, cada vez está más cerca de los índices mostrados en el consumo de sustancia de tipo legal como la cafeína y el alcohol, hecho que preocupa sobre todo si contamos con las iniciativas de algunos sectores en aras de la legalización de la misma, ya que en poco tiempo nos podríamos enfrentar ante la sustancia de mayor

impacto para los jóvenes incluso por encima del alcohol, con las consecuencias y problemáticas de tipo personal, social y legal que ya se conocen y que hacen parte de un presente que se quiere transformar para las futuras generaciones.

En la presente investigación los datos sobre las áreas de rendimiento académico, relaciones interpersonales, estado de salud en general y relaciones familiares, de la población encuestada no permiten asociar consecuencias negativas en esas áreas y el consumo de sustancias psicoactivas, que de acuerdo a lo planteado por Becoña (2002), puede relacionarse con la no llegada de quienes afirmaron consumir sustancias, a la fase de continuidad o abandono dentro del ciclo del consumidor.

Respecto a la edad de inicio del consumo de las sustancias psicoactivas, se evidenció una tendencia por parte de las mujeres a hacer uso de las sustancias a partir de los 15 años, mientras que en los hombres la tendencia es a iniciar el consumo desde los 12 años, no obstante la edad de inicio del consumo de sustancias como cafeína, alcohol y marihuana aparecen, aunque en porcentajes mínimos, por debajo de los 11 años, hecho que confirma los planteamientos hechos por (Pérez, y cols.2002), en donde afirma que en Colombia la edad promedio de inicio del consumo de sustancias psicoactivas es 12,9%. Preocupa en el presente estudio la aparición en porcentajes mínimos, de sustancias como Crack, Anestésicos y Opio, en rangos de edades bajos.

Lo anterior conecta con la necesidad de aunar esfuerzos con instituciones de educación básica y media, con las familias y comunidad en general para combatir esta problemática, ejerciendo cada vez más controles rigurosos que eviten el contacto de los adolescentes con los psicoactivos o

bien, preparándolos ante el proceso inminente de toma de decisión ante el uso y consumo de las mismas a temprana edad, con el fin de que al momento de un encuentro que parece cada vez más inevitable entre los jóvenes y la sustancia, el sujeto tenga no solo el conocimiento sobre las consecuencias de su elección, sino también, la herramientas multidimensionales (cognitivas, conductuales, familiares y sociales) necesarias para evitar acceder a las mismas y/o no escalar en el contínuum de la conducta de consumo.

En cuanto a la participación de los encuestados en actividades extracurriculares se pudo evidenciar en un alto porcentaje la preferencia por las distintas opciones que oferta la universidad, siendo grupos estudiantiles y la deportiva las de mayor elección, aspecto que se asocia como factor protector del consumo de sustancias psicoactivas.

Pasando a otro tema, es importante señalar que en la caracterización de los estudiantes que participaron en el estudio, se pueden observar en el área afectiva – emocional, resultados que a pesar de no ser muy altos se deben tener en cuenta a la hora de generar estrategias de prevención e intervención de cara al uso y consumo de psicoactivos; En estos se evidencia como una minoría de los encuestados manifiesta haber tenido en algún momento la intención de suicidarse. (Gráfico 7.32). Por otra parte, un alto porcentaje de la población encuestada manifiesta haber pensado en provocar daño a otra persona al menos 1 vez). Estas conductas, si bien, no son consecuencia directa del uso o consumo de sustancias psicoactivas, en interacción con otros factores, pueden aumentar la probabilidad de consumo, abuso y dependencia de sustancias, funcionando en algunos casos como alternativa de escape y satisfacción ante las presiones

sociales, familiares, académicas o laborales que puedan conjugarse. Igualmente asociados al consumo tanto de sustancias legales como ilegales, podrían generar consecuencias graves en otros, producto de la intolerancia y el uso de la fuerza desmedida.

Otro aspecto que logra enmarcar la atención se relaciona con la predominancia de los pensamientos presentes entre los estudiantes universitarios encuestados, quienes en su mayoría piensan “soy capaz competente y habilidoso”. Sobre este importante aspecto, y a luz del enfoque cognitivo – conductual, donde se pone acento en los procesos mentales bajo la premisa de que los pensamientos influyen sobre las emociones y sentimientos y, posteriormente como parte de un proceso de interacción constante, en las acciones, se puede prever que quienes tienden a manejar este tipo de pensamientos positivos cuentan con un factor protector valioso a la hora de enfrentar los riesgos asociados a la cadena uso, abuso y dependencia en el consumo de sustancias psicoactivas, mencionada por Becoña (2002), al igual que ante otras conductas que a mediano o largo plazo afectan la integridad y el bienestar personal y colectivo.

9. Conclusiones

Luego de la descripción de los principales hallazgos de esta investigación y de su análisis a la luz de lo que estudios y teorías proponen respecto a la problemática abordada, en general se logra concluir que el presente estudio cumplió sus objetivos, toda vez que se logró caracterizar a la población universitaria con relación al consumo y abuso de SPA. No obstante, no se logró la confirmación estadística de factores de riesgo y/o protección para el uso y consumo de SPA que señalan distintos estudios (Becoña, 2002; Pérez, Scoppetta y Peña, 2002; Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado, 2000, citado por Becoña 2002; Maya y Torres, 2000), puesto que al momento de contrastar el comportamiento de las variables evaluadas en el grupo de consumidores y no consumidores de psicoactivos, se observó un comportamiento similar en ambos grupos. Sobre este aspecto el autor presenta sus hipótesis con respecto a los resultados, que al mismo tiempo se convierten en oportunidades de estudio posterior y/o acciones correctivas metodológicas.

Inicialmente se plantea como hipótesis que la multicausalidad de la problemática de consumo de SPA hace que la identificación de elementos de riesgo y protección asociados se relacione directamente con los postulados teóricos revisados en la presente investigación, más que con la realidad, para éste caso en especial a la relación directa entre los factores evaluados en el instrumento. Ello se evidencia en el hallazgo de resultados similares para usuarios y abusadores de sustancias, así como también para no consumidores. Por tanto, se afirma que pueden existir un gran número de variables internas y externas al sujeto, biopsicosociales, de carácter esporádico, temporal o

permanente que hacen difícil la conjugación de las mismas para determinar relaciones exactas, de igual manera, la sola presencia de factores de riesgo no determina el consumo, al igual que la presencia de factores protectores en una u otra área del estudiante no impide el uso de las sustancias en determinado momento. No obstante, el conocer las características de consumo y los elementos propios de la evaluación multimodal acercan más al conocimiento de la problemática en una población específica y a la inferencia de factores y acciones que apuntan a la abstinencia, hábitos de uso de las sustancias, cambio en las expectativas del usador y abusador con respecto a los efectos alcanzados y cambios en los estilos de vida de acuerdo a la necesidad del joven.

Al reconocer el consumo y el abuso de sustancias legales e ilegales como problemática que impacta diferentes niveles de vida de los jóvenes, se identificaron algunos de estos niveles que coinciden con los planteados por (Jonston, Bachman y Monitoring, citados por Camacho, Duarte, Rangel y Rueda, 2008), que se perciben como afectados en la vida de los estudiantes universitarios y que aunque no son porcentajes altamente significativos, están asociados al consumo y abuso de sustancias psicoactivas, siendo entre otros, los más altos los problemas con la percepción de sí mismo a raíz del consumo y los problemas de tipo familiar y en un menor porcentaje los de carácter académico y de Salud. De igual manera estos resultados confirman el riesgo existente para no solamente los consumidores, sino también, para la familia, la comunidad y su círculo cercano, viéndose deteriorado la tranquilidad, el bienestar y la calidad de vida de todos. De conformidad con estos resultados, se vislumbra un camino a trabajar tanto en la población que se asume como

consumidora y abusadora de sustancias psicoactivas, como en las directivas de la universidad para futuros procesos encaminados a la promoción y prevención de la problemática que dista de ser unicausal.

Al hablar de problemática del consumo de sustancias psicoactivas se sigue pensando, como lo mencionó anteriormente, en una situación multicausal, entre las que se encuentran factores biológicos, psicológicos, ambientales entre otros tantos que aún se insiste en, no solo identificar, sino también, intervenir con el fin de disminuir las probabilidades de incidencia sobre la población en general. Teniendo como referencia que la participación de las personas en actividades complementarias a su formación profesional podría ser un factor protector a la hora de determinar un nivel de consumo problemático o no de las sustancias psicoactivas, en la investigación se encontraron algunos hallazgos que aunque no son estadísticamente significativos podrían contribuir a futuras investigaciones que profundicen sobre la incidencia o no de la vinculación a actividades extracurriculares en resultados de población abusadora de sustancias y/o en no abusadores. De cara a esta premisa, en el presente estudio se puede observar cómo la población encuestada utiliza actividades como la participación en grupos estudiantiles en un menor grado que aparece como la más seleccionada por los estudiantes, seguida de actividades extracurriculares como monitorias deportivas.

Es probable también que quienes no seleccionan las actividades extracurriculares desconozcan de ellas todos los beneficios y la relación que estas comparten con los factores protectores, de igual forma, no visualicen esas acciones como parte de un proceso en donde la institución en este caso la

Universidad, consolida a través de una de sus dependencias como lo es Bienestar Universitario, procesos encaminados a la promoción y generación de hábitos saludables. Podría pensarse que la oferta de actividades no satisface las expectativas de todos los estudiantes, sin embargo, es una oportunidad para que la universidad reconozca en esos espacios formativos elementos como la relación con pares, la posibilidad de afrontar las presiones sociales propias de la interacción, así como la habilidad para resistir la influencia individual y colectiva que hace parte de las dinámicas en su entorno; elementos que nombra Becoña (2002) como parte de los factores protectores para el consumo de sustancias psicoactivas.

De otra parte, la tendencia en cuanto a las relaciones adecuadas entre el joven y su entorno, puede ser un factor protector al ser multiplicado en ambientes en los que se reconocen personas con carencias y dificultades en las relaciones sociales y que posteriormente se conviertan en situaciones de vulnerabilidad frente al consumo de sustancias psicoactivas. La posibilidad de contar con grupos estudiantiles formalmente constituidos al interior de la universidad, el propiciar espacios de interacción entre ellos, al igual que, su participación en la dinámica académica, cultural o deportiva de la universidad permitirá la formación de redes sociales que a su vez se puede convertir en agentes de promoción y prevención si se les brinda la capacitación adecuada y un proceso de acompañamiento a su gestión.

Otra hipótesis apunta a la valoración de los resultados a la luz de la teoría del desarrollo de Erickson, dada la etapa del ciclo vital en la que se encuentra la mayor parte de la población entre los 15 y 24 años, la adolescencia

que denota una etapa de transición para llegar a la edad adulta, descrita como la crisis de normativa de la adolescencia (González, 2001).

Es de resaltar que durante el proceso de esta etapa, los jóvenes experimentan una serie de cambios que por sí mismos se convierten en factores de estrés, propiciadores de una desorganización crítica. Por ello, al tratarse de una crisis normativa debe entenderse que cualquier estímulo puede no considerarse poco sensible, es decir crítico para este grupo de edad en cualquier contexto, dado que cualquier factor puede desestabilizar al adolescente que experimenta su crisis. Esta puede ser la razón a la que obedece que el comportamiento en cuanto a factores de riesgo y de protección encontrados en la literatura referentes al consumo de edad, no sean precisamente los factores de riesgo/protección específico para la población de estudio.

De cara a este hallazgo, una recomendación adicional apuntaría al desarrollo de futuras investigaciones que amplíen los grupos etarios, donde, en el marco del contexto educativo, se tenga la oportunidad de evaluar a estudiantes en una distinta condición civil e incluso, en un nivel superior de estudios (posgrados).

En resumen, de conformidad con las etapas evolutivas en la que se encuentran los estudiantes participantes del estudio (adolescencia – adultez temprana), que de por sí solas representan períodos de crisis normativos, cualquier estímulo podría convertirse en factor de riesgo/protección, por tanto, se cree viable pensar que en estas etapas de la vida no se pueden determinar criterios sensibles.

El papel de la familia siempre se ha tenido en cuenta a la hora de hablar de los factores de riesgo y protectores, para la investigación, el comportamiento de la variable, al parecer, favorece los resultados encontrados en cuanto a la problemática del consumo de SPA, un alto porcentaje de la población encuestada reconoce sostener una relación entre moderadamente cercana y cercana con su familia, hecho que relación con consumo de marihuana y anestésicos. (Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado, 2000, citado por Becoña 2002).

En cuanto al papel de las instituciones educativas, se puede determinar que éste trasciende el carácter formativo intelectual, hecho que incluye las acciones formativas de promoción y prevención como parte de las políticas de calidad en instituciones que propenden por el bienestar de su comunidad. En cuanto a la prevención del consumo de sustancias se debe tener en cuenta que existe población no consumidora, usadora, abusadora y dependiente de las mismas, lo cual implica mayores esfuerzos por hacer del trabajo preventivo estrategias eficaces que abarquen la población objetivo. La identificación temprana de factores de riesgo, a pesar de ser una valiosa estrategia preventiva debe acompañarse de la promoción de estilos de vida saludables, es decir, no es solo detectar los problemas que las personas puedan estar viviendo, es propender por la reafirmación de un ser con la posibilidad de hacer uso de sus habilidades, y los recursos que le brinda su red de apoyo familiar, social y comunitaria en momentos en los que su realidad se lo exija.

Es importante dejar una puerta abierta a otros estudios de la misma índole que ahonden más sobre el tema en cuestión, que abarquen aspectos

como la intencionalidad del consumo, la percepción de los jóvenes sobre los beneficios que provienen del consumo de las sustancias psicoactivas, o la interacción en el medio en que circulan y/o las personas que intervienen en el proceso.

Otro aspecto a tener en cuenta tiene que ver con la percepción que tengan los estudiantes universitarios con respecto a lo que impide que tomen la decisión de consumir, la relación entre el deseo o las ganas de consumir una determinada sustancia psicoactiva legal o ilegal y el nivel de control sobre la decisión o acto que impide llevar a cabo lo deseado, al parecer puede existir una relación fuerte entre la intencionalidad y la autoeficacia, siendo esta última la que modele el proceso decisivo y los factores involucrados en el desarrollo de las acciones, hay que recordar que para Bandura en su teoría del aprendizaje social, la autoeficacia jugaba un papel preponderante en todo el proceso.

Desde la teoría, las acciones preventivas dan cuenta de estrategias y acciones que apuntan a la disminución de la probabilidad de aparición de conductas inadecuadas, sin embargo, muchas de esas acciones pueden hacer parte de la filosofía y la dinámica de las instituciones sin que los implicados en las mismas hagan conciencia de la labor que se cumple, por eso, futuras investigaciones deberían incluir el tema de la percepción de los jóvenes con respecto a las acciones preventivas que la institución realiza, su identificación con las mismas y la contribución que hace a su actual condición general.

Referencias

- Acero, I. (2005). Consumo De Alcohol En Universitarios: Relación Funcional Con Los Factores Sociodemográficos, Las Expectativas Y La Ansiedad Social, desarrollado, *Acta Colombiana de Psicología*, 8 (1). Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552005000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
- Albarracín, M.; Muñoz, L. (2008). Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria. *Revista Liberabit*, 14, 1 – 14. Recuperado de http://www.revistaliberabit.com/libarabit14/marcela_albarracin_liliana_munos49-62.pdf
- Arévalo, M.; Cáceres, D.; Tovar, J. y Salazar, I. (2006). Construcción y Validación de un Cuestionario de Factores de Riesgo y de Protección para el Consumo de Drogas en Jóvenes Universitarios. *Acta Colombiana de psicología*. 9 (2), 1 – 12. Recuperado de <http://regweb.ucatolica.edu.co/publicaciones/psicologia/ACTA/v9n2/articulosrevista/ActaN9v2Art2.pdf>
- American Psychological Association, (2001). *Manual de Estilos de Publicaciones de la American Psychological Association (6ta. Edición)*. México: Manual Moderno.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

- Arco, J. (2000). Programas sobre Prevención del abuso de alcohol y drogas en ámbitos educativos: Evolución y situación actual en España. *Summa Psicológica*, 7 (2), p.p. 195 – 209.
- Baker, E.; Botvin, E.; Botvin, G.; Dusembury, L. y Tortu, S. (1990). Preventing Adolescent Drug Abuse through a Multimodal Cognitive-Behavioral Approach: Results of A 3-Yar Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (4)., 1 – 10. Recuperado de <http://www.larsri.org/workshops/files/Botvin%20et%20al%201990%20JCCP.pdf>.
- Brands, B.; Cunningham, J.; Medina, L.; Miotto, M. y Strike, C., (2009). Perceived norm for marijuana use among university student peers. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17, 1. Recuperada de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000700021&lng=en&nrm=iso
- Barbosa, Alejandro. Segura, Carmen. Garzón, Delver. Parra, Claudia (2014). Significado de la Experiencia del Consumo de Sustancias Psicoactivas en un grupo de Adolescentes Institucionalizados. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32, 53-69.
- Bastidas, M. (2010). Patología Dual y Tratamiento Cognitivo Conductual en un Caso de Anorexia, Adicción a las Drogas con Ansiedad Comórbida. *Interpsiquis*, 1 – 35. Recuperado de <http://www.bibliopsiquis.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/1041/1/cnf46319.pdf>

- Becoña, E. (2002). *Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias*. Recuperado de http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Bases_cientificas.pdf
- Botwin, G. (1990). Preventing Adolescent Drug Abuse Through a Multimodal Cognitive–Behavioral Approach: Results of a 3-Year Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58 (4). Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022006X02014808>
- Caballo, V. (2008). *Manual para la elaboración Clínica de los Trastornos psicológicos. Trastornos de la Edad Adulta e informes psicológicos*. (pp. 35-64). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Cáceres, D.; Salazar, I.; Tovar, J. y Varela, M. (2006). de Drogas en Jóvenes Universitarios y su Relación de Riesgo y Protección con los Factores Psicosociales. *Universitas Psychologica*, 5 (3), 1. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000300008&lng=es&synrm=1&isoyt=es
- Calderón, R. (1989). *Cuestionario Cognitivo – comportamental BASIC o C.S. por A. Lazarus*. En <http://es.scribd.com/doc/7162063/CUESTIONARIO-COGNITIVO>.
- Camacho, P; Duarte, E.; Rangel, A. y Rueda, G. (2008). Prevalencia del consumo de sustancias en estudiantes de secundaria de Bucaramanga (Colombia) y su área metropolitana). *Revista Colombiana de Psiquiatría.*, 37 (2), p.p. 195 – 206.
- Campo, A.; Cogollo, Z. y Gómez, E. (2009). Consumo de cigarrillo entre estudiantes de Cali, Colombia: factores familiares asociados. *Revista*

Facultad Nacional de Salud Pública, 27 (3), 1. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2009000300002&ynrm=isoytln=pt

Cárdenas H, Diana (2014). Percepción de los Jóvenes Frente al Consumo de Sustancias Inhalables no Tipificadas como Drogas: el Escenario Educativo Social de Tunjuelito (2013). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Dante, C. (2006). Patrón de toma de decisiones desventajosas en jóvenes drogodependientes. *Salud y Drogas*. 6 (1), 71 – 88. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/839/83960104.pdf>.

Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, L. (2006). *Metodología de la Investigación* (4ta Edición) México: McGraw – Hill.

ICBF (2010). Lineamiento técnico para el programa especializado de atención a: Niños, niñas, adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas, con sus derechos amenazados, inobservados o vulnerados. Bogotá: Recuperado de <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/Descargas1/05ConsumodeSPARes6019.PDF>

Fernández, J; Secades, R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: Nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*. 13 (3), p.p. 365-380.

Fernández, M. (1996). Entrevista con Arnold A. Lazarus. *Psicología Conductual*. 4 (2), 263-273. Recuperado de <http://www.scribd.com/doc/6558251/Entrevista-Con-Lazarus>.

- Gaitán, J.; Castro, L.; Cortés, O.; Orozco, N.; Riaño, S. y Soto, M. (2002). Consumo de SPA, Reflexiones académicas sobre estudios epidemiológicos realizados en Colombia. *Summa Psicológica*, 9 (2), 217.
- García, B.; Lahoz, M.; Manzanaro, M.; Pérez, B. y Oliveras, M. Validación Española del Drug Abuse Screeting Test (DAST 20 y DAST 10). *Salud y drogas*. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/839/83915075002.pdf>
- Gantiva, C.; Flórez-Alarcón, L. (2006). Evaluación del impacto de un programa de entrevista motivacional en formato grupal e individual para consumidores abusivos de alcohol. *TIPICA: Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 2 (2). Recuperado de http://www.tipica.org/pdf/gantiva_flórez_evaluacion_programa_de_entrevista_motivacional.pdf
- Gonzalo, J. (2001). Psicoterapia de la crisis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1 (21). Recuperado de http://www.acosomoral.org/pdf/psicoter_crisis.pdf
- Jennifer, C.; Rivas, R. (2004). *Diagnóstico de la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas licitas (alcohol y tabaco) en los estudiantes masculinos y femeninos de 16 a 45 años de edad que cursan entre el primero y quinto año de estudio durante el ciclo 01 del año 2004 en la Universidad Francisco Gavidia De San Salvador*. Recuperado de <http://www.seguridad.gob.sv/observatorio/demanda/2004/estudios/tesis%20UFG.pdf>

- Kertész, R. (2005). El Enfoque Multimodal y las Escuelas de Psicoterapia. *Revista IIPSI*, 8 (2), 113 – 127. Recuperado de http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2
- Maya, J.; Torres, Y. (2000). *Consumo de Sustancias Psicoactivas y otros factores asociados con la Delincuencia juvenil en Medellín*. Colombia: Instituto de Ciencias de la Salud – Facultad de Medicina.
- Ministerio de la Protección Social República de Colombia (2007). *Política Nacional del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su impacto*. Recuperado de <http://www.descentralizadrogas.gov.co/Políticanacional.aspx>.
- Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia y el Ministerio de Salud y Protección Social Colombia (2013). *Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia – 2013. Informe Final*.
- Ministerio de la protección Social y Departamento Nacional de Estupeficientes de Colombia (2008). *Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia – 2008. Informe Final*. Recuperado de http://www.corazonesresponsables.org/Estudio_Nal_Completo_Psicoactivas.pdf.
- Muñoz, L., Barbosa, C., Bríñez, A., Caycedo, C., Méndez, M. y Oyuela, R. (2009). Niveles, situaciones y características del consumo de alcohol en universitarios. Elementos para el diseño de programas de promoción y prevención, *Pesquicia*, 8 – 12. Recuperado de <http://educon.javeriana.edu.co/pesquisa/11/pesquisa.pdf.pdf>

- Nelson, T; Wechsler, H. (2003). Alcohol and collegiate sports fans. Addictive Behaviors. *Review of Alcohol Research*, 3 (7), 5 – 7. Recuperado de http://www.alcoholysociedad.org/esp/pdf/revista_7.pdf
- OEA (2015). *Informe del Uso de Drogas en las Américas* (2015). Washington, D.C: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas.
- Parra, A., Padilla, D., López, R., Rodríguez, C., Martínez, A. y Martínez, M. (2011). Revisión sistemática de la evaluación de la eficacia de los programas de tratamiento en drogodependencias. *Revista de Psicología*, 5 (1), 435-442.
- Patiño M, Giancarlo (2015). Percepción de Riesgo y Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia en el año 2014. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina.
- Pérez, A.; Scoppeta, O. y Peña, P. (2002). *La Juventud y las Drogas*. Colombia: Alfaomega.
- Restrepo M. (2000). *Violencia, Criminalidad y Familia en La Costa Caribe Colombiana*. Recuperado de www.unisimonbolivar.edu.co/publicaciones/components/com_booklibrary/ebooks/958-97499-9-2.pdf
- Ruiz, J. (1998). *Historia Clínica Multimodal de Adultos*. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/multimodal.htm>.
- Ruiz, J. (1998). *Guía Multimodal de 2º orden para el Alcoholismo*. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Multimodal/alcoholismo2.htm>

Ruiz, J. (1998). *Tratamiento del Alcoholismo*. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Multimodal/alcoholismo.htm>.

Segura, A.; Zapata, M. (2007). *Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas en jóvenes escolarizados del Departamento de Antioquia: Investigación Comparativa 2003 – 2007*. Recuperado de www.dne.gov.co

Shaughnessy, J.; Zechmeister, E. y Zechmeister, J. (2007). *Métodos de Investigación en Psicología* (7a Edición). México: McGraw Hill.

Sistema subregional de información e investigación sobre drogas en Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay (2006). *Primer estudio comparativo sobre uso de drogas en la población escolar secundaria*. Recuperado de http://www.cicad.oas.org/oid/NEW/Statistics/siduc/InfoFinal_Estudio_Comparativo.pdf

Vergara, K. (2008). Consumo patológico de alcohol entre los estudiantes de la Universidad de Cali. *Revista de Salud Pública*, 11 (6), 1. En http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000600004&lng=es&synrm=1&isoytlng=es

Anexos

Anexo A

Estudio Diagnóstico del Consumo y Abuso de Sustancias Psicoactivas (SPA) en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Cali, desde una Perspectiva Multimodal

Instrucciones:

Este cuestionario tiene como objetivo recopilar información sobre las opiniones, actitudes y conductas con respecto al consumo y abuso de sustancias psicoactivas (SPA) y de sus factores asociados, en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Cali, bajo una perspectiva multimodal.

Es importante tener en cuenta que las Sustancias psicoactivas son aquellas sustancias naturales o químicas que afectan el Sistema Nervioso Central (SNC).

A continuación encontrará una serie de preguntas que debe contestar con sinceridad, recuerde que los datos son de uso confidencial, conteste de la manera más completa posible, no hay respuestas correcta o incorrectas, siga los lineamientos del encabezado de cada pregunta.

En caso de que precise cambiar su respuesta, no olvide suprimir/borrar completamente la respuesta anterior.

Su contribución es muy importante para esta investigación y nos ayudará a comprender un tema importante para esta universidad.

Si tiene alguna duda, sírvase consultar con nuestro encuestador.

¡Agradecemos su colaboración!

1. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Teléfono:

A continuación, marque con una equis (x) la respuesta que más se ajuste a su caso.

1.1. Género: F () M ()

1.2. Edad: 15 - 19 () 20 - 24 () 25 - 29 () 30 en adelante ()

1.3. Estado civil: Soltero () Casado () Viudo () Unión libre ()
Separado () Divorciado ()

1.4. ¿Tienes hijos? Si () No ()

Si su respuesta fue afirmativa, por favor, indique cuántos: 1 () 2 () 3 ()

4 ó más ()

1.5. Estrato socioeconómico: 0 - 2 () 3 - 5 () 6 en adelante ()**1.6. Ocupación actual:**

Estudiante ()

Empleado ()

Trabajador independiente ()

Estudiante y Empleado

Estudiante y Trabajador

Independiente ()

1.7. ¿Qué religión profesa?

Católica ()

Evangélica ()

Adventista ()

Musulmán ()

Testigo de Jehová ()

Mormón ()

Budismo ()

Masonería ()

Bautista ()

Judía ()

Ateo (a) ()

Ninguna ()

Pentecostal ()

Otra ()

¿Cuál? _____

1.8. Indique el programa académico principal que cursa:

Administración de Empresas ()

Admón. De Empresas Dual ()

Mercadeo y negocios

Internacionales ()

Contaduría ()

Economía ()

Comunicación social y periodismo ()

Diseño de la Comunicación Gráfica ()

Cine y Comunicación Digital ()

Comunicación Publicitaria ()

Banca y Finanzas Internacionales ()

Administración Ambiental ()

Ing. Ambiental ()

Ing. Eléctrica ()

Ing. Electrónica ()

Ing. Multimedia ()

Ing. Industrial ()

Ing. Mecánica ()

Ing. Mecatrónica ()

Ing. Informática ()

Ing. Biomédica ()

Diseño Industrial ()

1.9. ¿Se encuentra realizando doble titulación? Si () No ()

Si su respuesta fue afirmativa, identifique en este espacio el otro programa académico que cursa

-

1.10. Tiempo de duración de la carrera principal que adelanta:

4 años ()

4 años y medio ()

5 años ()

1.11. Semestre que cursa en su programa principal:

I () III () V () VII () IX ()
 II () IV () VI () VIII () X ()

2. INFORMACIÓN ACADÉMICA

A continuación, marque con una equis (x) la respuesta que más se ajuste a su caso.

2.1. Estado Académico:

Normal () Prueba Académica ()

2.2. Tipo de Ingreso

Primera vez () Reingreso ()
 Traslado () Continuo ()
 Transferencia ()

2.3. Promedio Académico ponderado: (En caso de encontrarse en 1er semestre, por favor responder No aplica, es decir N.A.) _____

2.4. A continuación, señale todas las actividades en las que ha estado vinculado durante su estadía en la universidad:

Semillero de investigación () Prácticas administrativas ()
 Monitoria académica () Grupos Estudiantiles ()
 Extracurricular deportiva () Ninguna ()
 Extracurricular cultural () Extracurricular social ()
 Escuela de Liderazgo () Otra _____
 ¿Cuál? _____

2.5. En promedio, ¿Con qué frecuencia falta a clases durante la semana en el presente semestre?

1 día () 4 días ()
 2 días () 5 días ()
 3 días () 6 días ()
 No faltó a clases ()

2.6. Indique cuántos días a la semana tiene clases:

1 día () 4 días ()
 2 días () 5 días ()

3 días () 6 días ()

2.7. ¿Qué actividad o actividades realiza, por lo general, cuando falta a clases? Marque todas las opciones posibles.

- | | |
|--|---|
| No faltó a clases () | Juego dominó () |
| Me quedo en casa descansando () | Juego a cartas () |
| Realizo las labores del hogar () | Consumo SPA () |
| Converso con mis amigos () | Trabajo () |
| Estudio en la biblioteca () | Visito a mi novia (o) () |
| Visito a mis amigos () | Asisto a la iglesia |
| Practico deporte o realizo alguna actividad de interés () | Participo en las actividades de B.U () |
| Adelanto trabajo o estudio en casa () | Otro () |
| Solo faltó cuando me enfermo () | ¿Cuál? _____ |

2.8. ¿Qué lugar frecuenta cuando se encuentra en la universidad? Marque todas las alternativas posibles.

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------|
| Biblioteca () | Laboratorios () |
| Cafeterías () | Solo asisto a clases y ya () |
| Acacias () | Otro () |
| Centro Cultural y Deportivo () | ¿Cuál? _____ |
| Gimnasio () | |

2.9. La relación que existe entre usted y sus docentes es:

Adecuada () Conflictiva () Distante ()

2.10. La relación que existe entre usted y sus compañeros de estudio es:

Adecuada () Conflictiva () Distante ()

3. INFORMACIÓN FAMILIAR

3.1. ¿Con quién vive? Marque con una equis (x) todas las alternativas posibles.

- Padres/ Padrastros ()
 Conyugue/ Compañero (a) ()
 Residencia Estudiantil ()
 Abuelos paternos ()
 Abuelos maternos ()
 Familiares maternos ()

- Familiares paternos ()
 Hermanos (as) ()
 Novio ()
 Hijos ()
 Amigos ()
 Solo ()
 Pensionado ()
 Familia nuclear ()
 Nana/ Empleada ()
 Otro ()
 ¿Cuál? _____

3.2 ¿Cuántos hermanos tiene?

- 1 () 2 () 3 () 4 () Más de 4 () Soy hijo único ()

3.3 ¿Qué lugar ocupa entre ellos?

- () Primero () Último Otro ()
 () Centro () soy hijo único ¿Cuál? _____

3.4. En su opinión ¿Cuál es el estilo educativo de su familia de origen?

- Democrático () Permisivo ()
 Autoritario () Indiferente ()

Las próximas preguntas se refieren a sus PADRES. Si Usted fue criado principalmente por padres adoptivos, un padrastro o una madrastra u otras personas, responda sobre ellos. Por ejemplo, si tiene un padrastro además de su padre verdadero, responda acerca del que haya sido más importante en su crianza.

3.5. ¿Cuál es el nivel de enseñanza más alto alcanzado por su padre?

- () Enseñanza primaria parcial o completa () Enseñanza universitaria completa
 () Enseñanza secundaria parcial () No sabe o no se aplica
 () Enseñanza secundaria completa () Técnica
 () Enseñanza universitaria parcial () Tecnológica
 () Sin estudios

3.6. ¿Cuál es el nivel de enseñanza más alto alcanzado por su madre?

- () Enseñanza primaria parcial o completa () Enseñanza universitaria completa
 () Enseñanza secundaria parcial () No sabe o no se aplica
 () Enseñanza secundaria completa () Técnica
 () Enseñanza universitaria parcial () Tecnológica
 () Sin estudios

3.7. ¿Se siente Usted cerca de su familia?

Cerca () Moderadamente cerca () Distante ()

3.8. El/los valor (es) que primaron en la formación de su familia de origen son:

Amor () Orden () ¿Cuál?
 Respeto () Perseverancia () _____
 Tolerancia () Excelencia ()
 Responsabilidad () Otro ()

4. INFORMACIÓN PERSONAL

Determine el comportamiento actual. Marque con una X la opción que más se ajuste a su caso en cada opción.

4.1. Estoy Satisfecho/a con:

	Si	No	No aplica
Mis Hábitos de estudio			
Mis Hábitos de Alimentación			
Mis Hábitos de Ejercicio			
Mis actividades en el tiempo para la recreación			
Mi consumo de SPA			
Mis Hábitos de Sueño			
Mis relaciones interpersonales			
Mi relación afectiva			
Mi elección profesional			
Mis resultados académicos			

A continuación, señale la opción que más se ajusta a su caso.

4.2. Al tener en cuenta mi vida, yo estoy:

Muy Satisfecho con mi vida ()
 Moderadamente satisfecho con mi vida ()
 Insatisfecho con mi vida ()

De los siguientes hábitos y comportamientos elija cual es su tendencia actual con respecto a los últimos 30 días:

	Ha aumentado	Sin Alteración	Ha disminuido	No aplica
4.3. Hábitos de Sueño:				
4.4. Hábitos de Alimentación				
4.5. Hábitos de fumar				
4.6. Consumo de Alcohol				

	Ha aumentado	Sin Alteración	Ha disminuido	No aplica
4.7. Consumo de Sustancias Psicoactivas				
4.8. Hábitos de Estudio				
4.9. Tiempo Libre				
4.10. Rutina de Ejercicios				
4.11. Apetito sexual				

4.12. Identifique con una X si alguno de los siguientes pensamientos aplican a Usted en los últimos 30 días:

Pensamientos	Si	No	No aplica
Soy una persona sin valor, no soy nadie, soy inútil y no merezco amor			
No soy atractivo, soy incompetente, soy estúpido/a y no soy deseable			
Soy malo/a, estoy loco, soy un degenerado/a y depravado/a			
Soy capaz, competente y habilidoso (a)			
Soy valioso (a) y le importo a la gente que está a mi alrededor			

4.13. Marque con una X cuáles de las siguientes características o atributos podrían describirlo/a en los últimos 30 días:

Inteligente ()	Con Ideaciones suicidas ()	Inútil ()
Sensitivo/a ()		Inocente ()
Sin valor ()	Confiable ()	Complicado/a ()
Loco/a ()	Fiel ()	Indeciso/a ()
Poco atractivo/a ()	Ser nadie ()	Trabajador/a ()
Feo/a ()	Degenerado/a ()	Ambicioso/a ()
Incompetente ()	Estúpido/a ()	Confuso/a ()
No merecedor/a de amor ()	Mal pensado/a ()	
Buen sentido del humor ()	Que vale la pena ()	
Considerado/a ()		
Inadecuado/a ()		
Lleno/a de lamentaciones ()		
Desconcentrado/a ()		

5. INFORMACIÓN AFECTIVO - EMOCIONAL

5.1. De acuerdo a la lista de sentimientos, identifique los que describan cómo se ha sentido los últimos 30 días:

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Excitado | <input type="checkbox"/> Tenso | <input type="checkbox"/> Contento |
| <input type="checkbox"/> Enojado | <input type="checkbox"/> Jovial | <input type="checkbox"/> Cómodo |
| <input type="checkbox"/> Solo | <input type="checkbox"/> Optimista | <input type="checkbox"/> Aburrido |
| <input type="checkbox"/> Feliz | <input type="checkbox"/> Intranquilo | <input type="checkbox"/> Exhausto |
| <input type="checkbox"/> Triste | <input type="checkbox"/> Temeroso | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Relajado | <input type="checkbox"/> Receloso | ¿Cuál? _____ |
| <input type="checkbox"/> Satisfecho | <input type="checkbox"/> Energético | |
| <input type="checkbox"/> Abrumado | <input type="checkbox"/> Culpable | |

5.2. ¿Ha intentado quitarse la vida? No Si

Si su respuesta es negativa, por favor, continúe con la pregunta 5.4.

5.3. ¿Cuál fue el método empleado para ello?

- | | |
|---|--|
| Intoxicación con medicamentos <input type="checkbox"/> | Ahorcadura <input type="checkbox"/> |
| Estrangulación <input type="checkbox"/> | Envenenamiento <input type="checkbox"/> |
| Precipitación (tirarse de algún sitio) <input type="checkbox"/> | Quemadura <input type="checkbox"/> |
| Inmersión (ahogarse en líquidos) <input type="checkbox"/> | Lesión corporal <input type="checkbox"/> |
| Disparo <input type="checkbox"/> | Otra <input type="checkbox"/> |
| | ¿Cuál? _____ |

5.4. ¿Alguna vez ha sentido ganas de hacerle daño a alguien?

Nunca Algunas veces Con mucha frecuencia

5.5. ¿Cómo describe su actual relación de pareja?

Cooperativa Conflictiva No tengo pareja

6. SALUD

6.1. ¿Padece alguna enfermedad física? No Si

¿Cuál? _____

6.2. ¿Posee antecedentes de enfermedad mental en su familia?

No Si ¿Cuál? _____

Si su respuesta es negativa, por favor, pasar a la pregunta 6.4

6.3. Identifique con una equis (x) al familiar que presenta la problemática:

Padre Abuelos paternos

Madre	<input type="checkbox"/>	Abuelos maternos	<input type="checkbox"/>
Hermanos (as)	<input type="checkbox"/>	Primos	<input type="checkbox"/>
Tíos	<input type="checkbox"/>	Yo mismo	<input type="checkbox"/>
		Otro	<input type="checkbox"/>
		¿Cuál? _____	

6.4. Marque con una equis (X) las molestias que con frecuencia apliquen a Usted en los últimos 30 días:

<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Problemas estomacales	<input type="checkbox"/> Temblores
<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Tics	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Taquicardias	<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Artritis
<input type="checkbox"/> Espasmos musculares	<input type="checkbox"/> Movimientos involuntarios	<input type="checkbox"/> Ojos húmedos
<input type="checkbox"/> Tensión	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Hormigueo
<input type="checkbox"/> Disminución en el interés	<input type="checkbox"/> Pérdida del conocimiento	<input type="checkbox"/> perdida de peso
<input type="checkbox"/> Problemas intestinales	<input type="checkbox"/> Escucha cosas	<input type="checkbox"/> Desmayos
<input type="checkbox"/> Sudor excesivo	<input type="checkbox"/> Problemas con la piel	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> Disminución en la energía	<input type="checkbox"/> Menstruación dolorosa	<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> Dolores de pecho	<input type="checkbox"/> Boca seca	<input type="checkbox"/> Otros
		¿Cuáles? _____

6.4. ¿Qué edad tenía cuando tuvo relaciones sexuales por primera vez?

12 años o menos <input type="checkbox"/>	16 a 18 años <input type="checkbox"/>	Nunca he tenido
13 a 15 años <input type="checkbox"/>	Más de 18 años <input type="checkbox"/>	Relaciones sexuales <input type="checkbox"/>

6.5. ¿Utiliza usted algún método anticonceptivo al tener relaciones sexuales?

Si Algunas veces No Nunca he tenido relaciones sexuales

6.6. En su vida, ¿alguna vez se contagió con alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS) (ej.: Hepatitis B o C; Sífilis; Gonorrea; Chancro; Papiloma virus (HPV); Herpes genital, entre otros)?

Si No Nunca he tenido relaciones sexuales

7. ÁREA SOCIAL

7.1. ¿Es Usted miembro del algún grupo social, confraternidad o club social?

Si () No () Especifique en caso de que su respuesta haya sido sí

7.2. Cuando Usted necesita ayuda o cuando quiere hablar con alguien, busca en primer lugar a (marque una opción):

Madre	()	Pastor	()
Padre	()	Capellán	()
Dios	()	Familiares	()
Hermano (a)	()	Docente	()
Amigo (a)	()	No busco a nadie	()
Novio (a)	()	Otro	()
Psicólogo	()	¿Cuál? _____	

7.3. ¿Considera que posee habilidades para relacionarse eficazmente con las demás personas?

Si () No ()

8. CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (SPA)

Las siguientes preguntas se relacionan con el **CONSUMO DE CIGARRILLOS**. Marque con una X la opción que más se ajuste a su caso.

8.1. ¿Fuma Usted Cigarrillo? Si () No ()

Si su respuesta es negativa, por favor, pase a responder la pregunta número 8.7.

8.2. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarrillo?

Hasta 5 minutos	()	Más de 60 minutos	()
De 6 a 30 minutos	()	No consumo cigarrillo	()
De 31 a 60 minutos	()		

8.3. ¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?

El primero de la mañana () Cualquier otro ()

8.4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

- Menos de 10 cigarrillos () 31 o más cigarrillos
 Entre 11 y 20 cigarrillos () No consumo cigarrillo ()
 Entre 21 y 30 cigarrillos ()

8.5. ¿Fuma con mas frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día? Si ()
 No ()

8.6. ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?
 Si () No ()

Las próximas preguntas se refieren a las **BEBIDAS ALCOHÓLICAS**, a saber, cerveza, vino y bebidas fuertes. Marque con una X un recuadro en cada fila.

	Si	No
8.7. ¿Consume Usted bebidas alcohólicas?		
8.7. ¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?		
8.8. ¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?		
8.9. ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?		
8.10. ¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?		

8.11. ¿Cuántas veces EN SU VIDA ha usado alguna de los siguientes SPA?
 Marque con una X un recuadro en cada fila.

SPA	Número de ocasiones						
	Nunca	1 ó 2	3 a 5	6 a 9	10 a 19	20 a 39	40 ó más
Marihuana (hierba, María, etc.) o hachís (aceite, chocolate, etc.)							
Tranquilizantes o sedantes (sin prescripción médica)							
Anfetamina (anfeta, bombita)							
Éxtasis							
LSD							

Hongos Mágicos							
Cocaína							
Crack							
Cafeína							
Opio							
Anestésicos							
Morfina							
Heroína							
Pegantes							
Gasolina							
Solventes							
Basuco							
Mescalina							
Yajé							
Nicotina							
Alcohol							
2CB (Fenetylamina)							
Poppers							

Indique en este espacio, las SPA que ha consumido y no aparecen en la lista

	Número de ocasiones						
	Nunca	1 ó 2	3 a 5	6 a 9	10 a 19	20 a 39	40 ó más

8.12. ¿Cuántas veces EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ha usado alguna de las siguientes SPA? Marque con una X un recuadro en cada fila.

SPA	Número de ocasiones				
	Nunca	1 ó 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente
Marihuana (hierba, María, etc.) o hachís (aceite, chocolate, etc.)					
Tranquilizantes o sedantes (sin prescripción médica)					

Anfetamina (anfeta, bombita)					
Éxtasis					
LSD					
Hongos Mágicos					
Cocaína					
Crack					
Cafeína					
Opio					
Anestésicos					
Morfina					
Heroína					
Pegantes					
Gasolina					
Solventes					
Basuco					
Mescalina					
Yajé					
Nicotina					
Alcohol					
2CB (Fenetylamina)					
Poppers					

Indique en este espacio, las SPA que ha consumido y no aparecen en la lista

	Número de ocasiones				
	Nunca	1 ó 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente

8.13. ¿Cuántas veces EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS ha usado alguna de las siguientes SPA? Marque con una X un recuadro en cada fila.

SPA	Número de ocasiones				
	Nunca	1 ó más veces a la semana	Diariamente	Más de 2 veces al día	Más de 4 veces al día
Marihuana (hierba, María, etc.) o hachís (aceite, chocolate, etc.)					

Tranquilizantes o sedantes (sin prescripción médica)					
Anfetamina (anfeta, bombita)					
Éxtasis					
LSD					
Hongos Mágicos					
Cocaína					
Crack					
Cafeína					
Opio					
Anestésicos					
Morfina					
Heroína					
Pegantes					
Gasolina					
Solventes					
Basuco					
Mescalina					
Yajé					
Nicotina					
Alcohol					
2CB (Fenetylamina)					
Poppers					

Indique en este espacio, las SPA que ha consumido y no aparecen en la lista

	Número de ocasiones				
	Nunca	1 ó más veces a la semana	Diariamente	Más de 2 veces al día	Más de 4 veces al día

8.14. ¿Que edad tenía cuando POR PRIMERA VEZ: Marque con una X un recuadro en cada fila.

SPA	Edad				
	Nunca	Menos de 11 años	12 - 14 años	15 - 17 años	18 años en adelante
¿Bebió cerveza (por lo menos un					

vaso)?					
¿Bebió vino (por lo menos un vaso)?					
¿Tomó por lo menos una bebida fuerte?					
¿Se embriagó?					
¿Fumó un cigarrillo?					
¿Fumó cigarrillos diariamente?					
Marihuana (hierba, María, etc.) o hachís (aceite, chocolate, etc.)					
Tranquilizantes o sedantes (sin prescripción médica)					
Anfetamina (anfeta, bombita)					
Éxtasis					
LSD					
Hongos Mágicos					
Cocaína					
Crack					
Cafeína					
Opio					
Anestésicos					
Morfina					
Heroína					
Pegantes					
Gasolina					
Solventes					
Basuco					

Mescalina					
Yajé					
Nicotina					
Alcohol					
2CB (Fenetylamin a)					
Poppers					

Indique en este espacio, las SPA que ha consumido y no aparecen en la lista

	Número de ocasiones				
	Nunca	Menos de 11 años	12 - 14 años	15 - 17 años	18 años en adelante

8.15. De las SPA que figuran a continuación ¿cuál fue la PRIMERA que probó?

Marihuana (hierba, María, etc.) o hachís (aceite, chocolate, etc.)		Heroína	
Tranquilizantes o sedantes (sin prescripción médica)		Pegantes	
Anfetamina (anfeta, bombita)		Gasolina	
Éxtasis		Solventes	
LSD		Basuco	
Hongos Mágicos		Mescalina	
Cocaína		Yajé	
Crack		Nicotina	
Caféina		Alcohol	
Opio		2CB (Fenetylamina)	
Anestésicos		Poppers	
Morfina		Otra	
		¿Cuál? _____	

8.16. A raíz del consumo de SPA Usted ha tenido problemas:

	Si	No	No consumo SPA
Legales			
Familiares			
Financieros			
Sociales			
Académicos			
De salud			

Con la percepción de sí mismo			
-------------------------------	--	--	--

8.17. ¿Le resulta imposible dejar de consumir SPA?

Si () No () No Consumo SPA ()

8.18. Señale a continuación cuál o cuáles de las personas cercanas a usted consumen SPA:

Madre ()	Hijo (a) ()	Abuelo ()
Padre ()	Primo (a) ()	Otro ()
Hermano ()	Amigo ()	¿Cuál? _____
Tío (a) ()	Novio (a) ()	
Sobrino ()	Ninguno consume o ha consumido SPA ()	

8.19. ¿Cuál de las siguientes SPA es consumida por esta persona principalmente?

Marihuana (hierba, María, etc.) o hachís (aceite, chocolate, etc.)	<input type="checkbox"/>	Heroína	<input type="checkbox"/>
Tranquilizantes o sedantes (sin prescripción médica)	<input type="checkbox"/>	Pegantes	<input type="checkbox"/>
Anfetamina (anfeta, bombita)	<input type="checkbox"/>	Gasolina	<input type="checkbox"/>
Éxtasis	<input type="checkbox"/>	Solventes	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	Basuco	<input type="checkbox"/>
Hongos Mágicos	<input type="checkbox"/>	Mescalina	<input type="checkbox"/>
Cocaína	<input type="checkbox"/>	Yajé	<input type="checkbox"/>
Crack	<input type="checkbox"/>	Nicotina	<input type="checkbox"/>
Cafeína	<input type="checkbox"/>	Alcohol	<input type="checkbox"/>
Opio	<input type="checkbox"/>	2CB (Fenetylamina)	<input type="checkbox"/>
Anestésicos	<input type="checkbox"/>	Poppers	<input type="checkbox"/>
Morfina	<input type="checkbox"/>	Otra	<input type="checkbox"/>
		¿Cuál? _____	<input type="checkbox"/>

8.20. Aproximadamente, ¿Desde hace cuanto tiempo la consume esta persona?

Menos de 3 meses ()
 Más de 3 meses, pero menos de 6
 meses ()
 Más de 6 meses ()
 Más de 12 meses ()

8.21. ¿A través de qué programa ha intentado contrarrestar el consumo de SPA?

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| No consumo SPA | <input type="checkbox"/> | Comunidad Religiosa | <input type="checkbox"/> |
| No he accedido a ningún programa | <input type="checkbox"/> | Actividades de Bienestar Universitario | <input type="checkbox"/> |
| Comunidad Terapéutica | <input type="checkbox"/> | Otro | <input type="checkbox"/> |
| Psicoterapia | <input type="checkbox"/> | ¿Cuál? _____ | |

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

Anexo B

Consentimiento Para Participar En Un Estudio De Investigación

Nombre de los investigadores: Jorge Ivan Castiblanco Mosquera.

Título del proyecto: Estudio Diagnóstico del Consumo y Abuso de Sustancias Psicoactivas en estudiantes universitarios de una universidad privada de Cali, desde una Perspectiva Multimodal

Señores:

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE OCCIDENTE
Ciudad

Apreciados señores,

A través del presente le invitamos a participar en un estudio de investigación perteneciente a la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad del Norte de Barranquilla.

En primer lugar, es importante que usted conozca que:

- La participación en este estudio es absolutamente voluntaria, lo que quiere decir que si usted lo desea puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.

- Los temas abordados serán analizados en la investigación; manteniéndose en absoluta reserva los datos personales de la persona entrevistada.

- Usted no recibirá beneficio económico alguno del estudio actual. Los estudios de investigación como este sólo producen conocimientos que pueden ser aplicados en el campo de la psicoterapia más adelante.

Generalidades de la Investigación

La investigación es un estudio de corte cuantitativo, en el que se efectuará la aplicación de un instrumento a los estudiantes de su institución educativa, con el fin de realizar el diagnóstico referente en el título de la presente investigación.

La información obtenida en las encuestas será sometida a un proceso de análisis y los resultados serán publicados (manteniendo total reserva sobre los datos personales) y entregados a la Universidad del Norte como requisito para el grado de la Maestría en Psicología Clínica y socializados a usted como participante del proceso.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Después de haber leído comprensivamente toda la información contenida en este documento en relación con el **“Estudio Diagnóstico del Consumo y Abuso de Sustancias Psicoactivas en estudiantes universitarios de una universidad privada de Cali, desde una Perspectiva Multimodal”** y de haber recibido de **él señor Jorge Iván Castiblanco Mosquera** las explicaciones verbales sobre ella y satisfactorias respuestas a mis inquietudes, habiendo dispuesto para reflexionar sobre las implicaciones de mi decisión, libre, consciente y voluntariamente manifiesto que he resuelto participar. Además, expresamente autorizo al investigador para utilizar la información codificada en otras futuras investigaciones.

En constancia, firmo este documento de consentimiento informado, en presencia del señor _____, en la ciudad de Cali el día ____ del mes de _____ del año 2015.

Nombre, firma y documento de identidad:

Firma:

Nombre:

Cédula de ciudadanía:

Nombre, firma y documento de identidad del investigador:

Firma:

Nombre: Jorge Iván Castiblanco Mosquera

Cédula de ciudadanía: 94414841 de Cali

Nombre, firma y teléfono del Tutor de la Investigación:

Firma:

Nombre: Maria Clara Cuevas

Teléfono:

En caso que usted necesite hacer alguna consulta sobre su experiencia a partir de los temas tratados en estas entrevistas, puede comunicarse con Jorge Iván Castiblanco Mosquera al teléfono 3155306131.

Anexo C

Historia Clínica Multimodal De Adultos¹

Nombre: Edad: Fecha:
Profesión: Estado civil: Domicilio:
Telefono: N°HªClinica:

1. Motivo De Consulta:

2. Factores desencadenantes del episodio actual:

3. Antecedentes personales:

- 3.1. Estado somático actual y pasado. Hábitos de salud y dieta
- 3.2. Antecedentes de trastornos psíquicos

4. Antecedentes familiares:

- 4.1. Composición familiar: Sexo, Edad, Parentesco, Profesión
- 4.2. Trastornos somáticos actuales y pasados relevantes

¹ Tomada de <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/multimodal.htm>

- 4.3. Antecedentes actuales y pasados de trastornos psíquicos

5. Valoración del soporte socio-familiares:

- 5.1. Reacción y/o apoyo familiar al trastorno actual
- 5.2. Calidad y cantidad de relaciones sociales
- 5.3. Problemas y satisfacción conyugal o de pareja
- 5.4. Problemas y satisfacción laboral-estudios

6. Otras observaciones:

7. Resumen multimodal de áreas implicadas:

**Nota: Este apartado puede servir de resumen de áreas implicadas recogidas a través de los apartados anteriores, o como guía para profundizar aún más en determinados aspectos no recogidos anteriormente

- 7.1. Área cognitiva:
 - Preocupaciones más frecuentes y molestas
 - Conciencia y modelo de enfermedad del paciente-familia
 - Ideación suicida. Actitud ante la vida. Ganas de vivir y razones de ello
 - Trastornos del pensamiento y de otras actividades mentales (alucinaciones, delirios...)
 - Autovaloración personal: Aspectos mas positivos y negativos de si-mismo

- Satisfacción con la imagen/aspecto corporal
- Sueños y fantasías más frecuentes (agradables y desagradables)
- Expectativas de tratamiento (a qué causa atribuye su malestar y cual

Cree que es la

- intervención a desarrollar y el papel que le corresponde en la misma

- 7.2. Área afectiva:

- Estado de ánimo actual más frecuente
- Principales temores actuales
- Principales desencadenantes de ira actuales
- Situaciones, actividades y personas con las que se siente más tranquilo

y más alterado

- Como suele expresar sus emociones más intensas (amor, ira..) y a

quién

- 7.3. Área somática

- Preocupaciones respecto al funcionamiento físico
- Medicamentos consumidos durante los últimos seis meses
- Problemas de hábitos de salud: Ejercicio, dieta, peso, tabaco, alcohol y

otras drogas

- Enfermedades actuales: diagnósticos y tratamientos en curso
- Sensaciones y molestias corporales
- Satisfacción y problemas sexuales

- 7.4. Área interpersonal:

- Relaciones, problemas y satisfacción laboral/estudios

- Relaciones familiares: problemas y apoyos de quién-como
- Relaciones de pareja: problemas y áreas de satisfacción
- Relaciones sociales: cantidad/calidad de amistades
- Relaciones con servicios de apoyo (servicios sociales, médicos...)
- 7.5. Área conductual:
 - Como afronta sus dificultades motivo de consulta: Que hace y evita al respecto
 - Hábitos que desearía aumentar o disminuir
 - Actividades más gratificantes-reforzantes y desagradables-aversivas, actualmente

8. Diagnostico inicial

- Nota: Se puede profundizar aún más en el mismo mediante las guías multimodales de segundo orden
- Eje I (Trastorno identificado: por ejemplo depresión, anorexia nerviosa..etc.)
- Eje II (Rasgos o trastornos de la personalidad. Carácter. Por ejemplo: obsesivo, histriónico, etc.)
- Eje III (Trastornos somáticos identificados. Por ejemplo: hernia discal)
- Eje IV (Estrés situacional agudo o crónico. Por ejemplo: Graves problemas de relación conyugal y situación de despido laboral vivida depresivamente)

- Eje V (Grado de adaptación psicosocial. Por ejemplo: Bien adaptado socialmente con amigos y presencia de problemas con compañeros de trabajo)

Anexo D

Guía Multimodal de 2º orden para el Alcoholismo²

Nombre: Edad: Fecha: n^oh^a:

1. Área Cognitiva:

- (1) Objetivos de la evaluación: presencia o sospecha de deterioro cognitivo.
- (2) Usar pruebas de detección de posible deterioro del funcionamiento mental: por ejemplo el Mini-Examen Cognitivo de Lobo. Si se detecta deterioro sugerir exploración neurológica

2. Área afectiva:

- (1) Objetivos de la evaluación: Detectar psicopatología y rasgos de personalidad
 - 1.1. ¿Presencia de componentes ansiosos y/o depresivos? (p.e Escalas de Hamilton de Depresión y Ansiedad)
 - 1.2. ¿Presencia de otros trastornos psicopatológicos asociados?
 - 1.3. ¿Tipo de personalidad del sujeto? (introvertido/retraído o extrovertido/impulsivo)
- (2) Tener en cuenta los trastornos psicopatológicos que se pueden asociar a la intoxicación aguda y crónica del alcoholismo:

² Tomada de <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Multimodal/alcoholismo2.htm>

○ 2.1. Aguda:

- A) Típica: Estado de embriaguez no complicado
- B) Atípica: Embriaguez complicada con síntomas alucinatorios (visual o auditiva de carácter dramático), delirantes (celos, de grandeza, persecución..) Y excitación psicomotriz extrema (raptus impulsivos y agresivos)

2.2. Crónica:

- Alucinosis alcohólica o de Wernicke (alucinosis auditivas donde oye que otros hablan sobre él, y que no se asocia a trastorno de conciencia u orientación; y que conlleva vivencias paranoides y persecutorias)
- Celopatía alcohólica o Delirios de celos (Ideas de celos con ideación paranoide)
- Trastornos paranoides (Susplicacia y desconfianza, sin deterioro del nivel de conciencia)
- Encefalopatías alcohólicas:
 - Síndrome de Korsakov (instauración progresiva, amnesia anterograda o de fijación, síndrome confusional de la conciencia, confabulaciones fantásticas, falsos reconocimientos, desorientación temporal y espacial y polineuritis en miembros inferiores)
 - Encefalopatía de Gayet-Wernicke (obnubilación de la conciencia, labilidad de hipersomnio frecuente, trastornos oculares de déficit de agudeza visual y miosis, parálisis muscular intrínseca, evolución a

- Menudo mortal y etiología global por carencia de vitamina B1)
- Encefalopatía Porto-Cava (trastorno de conciencia, apatía o irritabilidad, temblores y grandes movimientos de brazos y aumento masivo de la amoniemia)
- Demencias alcohólicas (deterioro cognitivo progresivo y degradación social)
- Epilepsia alcohólica (accesos epilépticos en el marco del pre delirio alcohólico y/o ataques asociados a la privación de alcohol)

3. Área somática:

- (1) Objetivos de la evaluación: Detectar el nivel de alcoholemia y deterioro orgánico
- (2) Medidas de alcoholemia: por sangre o aliento
- (3) Evaluación médica general de trastornos asociados a la intoxicación crónica por alcohol: Ejemplos
 - 2.1. Digestivos: Cirrosis hepática y hepatitis alcohólica
 - 2.2. Respiratorios: Faringitis, bronquitis y neumonías
 - 2.3. Cardiovasculares: Trastornos tensionales y hemorragias
 - 2.4. Musculares: Miopatías agudas y crónicas
 - 2.5. Hematológicos: Anemias megaloblastias y leucopenias
 - 2.6. Endocrinos: Déficit suprarrenal y atrofia gonadal masculina
 - 2.7. Metabólicos: Hipoglucemia e hiperinsulismo

- 2.8. Neurológicos: Disartria y temblores
- 2.9. Dermatológicos: Rosacea y dermatitis seborreica

4. Área Interpersonal:

- (1) Objetivos de la evaluación: Detectar grado de deterioro del sujeto a nivel sociofamiliar , estresores vitales y desarrollar medios de detección precoz en la consulta de atención primaria del posible alcoholismo
- (2) Evaluar el grado de deterioro social, familiar y laboral del sujeto
- (3) Evaluar la presencia de estresores vitales para el paciente y sus allegados. Problemáticas conyugales, familiares y laborales
- (4) Usar programas/escalas de detección precoz de alcoholismo en la consulta del médico general: M.A.L.T, C.A.G.E y C.B.A

5. Área Conductual:

- (1) Objetivos de la evaluación: Evaluar el patrón de bebida y su contexto.
- (2) La historia clínica estructurada (Marlat, 1975) es el mejor procedimiento para evaluar el patrón de bebida y su contexto (la historia clínica debe contener información de las características sociodemográficas del sujeto y familiares; pautas de bebida actual; inicio del problema; consecuencias físicas, psíquicas y sociales del patrón de bebida; periodos y condiciones de bebida controlada o abstinencia; bebidas preferidas; cantidades consumidas por periodos de tiempo determinados, motivación para el tratamiento y que espera del mismo)

- (3) Dos áreas importantes complementarias a evaluar suelen ser: El ajuste marital y las habilidades sociales del sujeto (p.e Escala de Ajuste Marital de Locke y Wallace/MAT y la Escala de Asertividad de Rathus)

Anexo E

Tratamiento Del Alcoholismo³

A) Tratamiento medico de la intoxicación, síndrome de abstinencia y deshabitación

(1) Tratamiento de la intoxicación aguda:

- Proporcionar un ambiente tranquilo con pocos estímulos luminosos y sonoros
- Si es leve, administrar líquidos azucarados y vitaminas del complejo B
- Si es grave o comatoso, descartar daño o afectación neurológica
- Tratar con benzodicepinas la posible agitación psicomotriz
- Mantener al enfermo arropado para mantener la temperatura corporal
- Rehidratación con perfusión salina o glucosada
- Administrar glucagon (glucosmon) en caso de hipoglucemia

(2) Tratamiento de la intoxicación crónica:

- Supresión total del alcohol
- Tratar el síndrome carencial con vitaminoterapia (Complejo B y C)

³ Tomado de <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Multimodal/alcoholismo.htm>

- Usar benzodicepinas si aparece síntomas ansiosos o de agitación motriz

(3) Tratamiento de las alteraciones orgánicas asociadas

(4) Tratamiento de la psicopatología asociada:

- Encefalopatías alcohólicas y Alucinosis alcohólica: Hospitalización, adecuada nutrición, vitaminoterapia y neurolepticos o benzodiceponas

- Celopatía alcohólica o Deliros de Celos y Trastornos paranoides: Neurolepticos y derivar al ESMD

- Demencias alcohólicas: abstinencia alcohólica, vitaminoterapia y tratamiento dietético

- Epilepsia alcohólica: abstinencia alcohólica, usar solo antiepilépticos si el paciente se mantiene abstemio y uso de benzodicepinas

- Trastornos afectivos asociados de tipo depresivo: antidepresivos

(5) Tratamiento del síndrome de abstinencia:

- Si es leve, no suele necesitar tratamiento; desaparece a las 48 horas
- Si es grave (Delirium tremens) se requiere hospitalización, régimen vitamínico, rehidratación, vigilancia y manejo de los síntomas febriles y respiratorios y sedación (estar alerta con el uso de neurolepticos ya que pueden producir hipotensión e inducir crisis)

(6) Tratamiento de la deshabitación por medios biológicos:

- Uso de técnicas aversivas como la asociación ingesta-apomorfina
- Interdictores como el disulfirán
- Los nuevos fármacos para reducir el deseo de consumo o "craving"

(p.e "Zulex")

B) Tratamientos psicológicos: deshabitación psicológica, modificación de estilo de vida y manejo de factores de riesgo

(1) Psicoterapias cognitivas-conductuales: (Greenwood, 1985; Echeburua, 1988)

1. *Empleo de la reestructuración cognitiva para* : manejar la baja tolerancia a la frustración, las ideas de indefensión y la autocondena/culpa. Información sobre el alcoholismo y enseñanza de identificación y manejo de cogniciones disfuncionales

2. *Empleo de técnicas basadas en el condicionamiento clásico:* aversión química y sensibilización encubierta

3. *Empleo de técnicas operantes:* programas de autorrefuerzos por éxitos graduales, uso del refuerzo social selectivo por familiares y amigos

4. *Empleo de técnicas de autocontrol* : Identificar situaciones de riesgos y aprender a evitarlas o afrontarlas, identificar secuencias de cadenas de conductas hacia el consumo y romperla por los primeros eslabones, dramatización mediante

juego de papeles en un formato de terapia grupal o individual de situaciones de riesgo y ensayo de alternativas

5. *Empleo de entrenamiento de habilidades sociales en un contexto individual o de terapia de grupo* : Entrenamiento de relajación, habilidades sociales y aserción en un contexto que simula situaciones reales o posibles.

(2) Psicoterapias dinámicas:

1. *Psicoterapia de apoyo*: Gratificar las necesidades, de dependencia de manera gradual, ante situaciones de tensión. Facilitar la expresión de emociones, facilitar la toma de conciencia del problema y apoyar defensas neuróticas más adaptativas; así como consejos para paciente/entorno si es necesario.

2. *Psicoterapia breve psicodinámica (Malan, Strupp, etc)*: Delimitar un foco de conflicto inconsciente, evitar la dependencia, y uso de la relación transferencial para producir una experiencia emocional correctora

3. *Psicoterapia grupal dinámica*: Se facilita la expresión libre de conflictos y su resolución en una línea similar a la terapia cognitiva-conductual de grupo, aunque es menos directiva que aquella para evitar la posible dependencia del grupo o terapeuta

(3) Psicoterapias interpersonales:

1. *Terapia familiar*: Habitualmente parte de la teoría sistémica del funcionamiento del síntoma y su función en la familia. Dependiendo del marco teórico de evalúa los subsistemas, la comunicación de mensajes, las soluciones

intentadas o el momento evolutivo de la familia; y se diseñan intervenciones al respecto. En este enfoque cabe destacar el diagnóstico del tipo de familia drogodependiente (Ausloos, Cancrini..), las intervenciones interaccionales (Fisch, Watlawick..), las estructurales (Minuchin) o las de la escuela de Milán (Selvini-Palazzoli)

2. *Grupos de apoyo o de autoayuda:* El más representativo son las Asociaciones de Alcohólicos Anónimos. Generalmente trabajan en un contexto grupal y en el manejo de situaciones de riesgo.

Anexo F

Cuestionario Cognitivo-Comportamental

BASIC o CS - Por A. Lazarus

(Calderón, 1989)

(Primera Adaptación: Rene Calderón Jemio-1989)

1. Información General:

Nombre y Apellido:

Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____

Dirección : _____ Teléfono: _____

Email: _____

Estado Civil (subraye):

- a) Soltero
- b) Comprometido
- c) Casado
- d) Conviviente
- e) Separado
- f) Divorciado
- g) Vuelto a casar (Nro. __)

Vive Ud. en:

- a) Casa
- b) Departamento
- c) Habitación
- d) Otros _____

¿Quién lo deriva?

2. Descripción de sus Problemas Actuales

Exponga a partir de su propia manera de pensar y en sus propias palabras la naturaleza de sus principales problemas. Enumere por prioridades:

En la escala que sigue, del 1 a 15, sírvase estimar la severidad de sus problemas:

Levemente trastornantes: 1. _____

Moderadamente trastornantes: 2. _____

Bastantes severos: 3. _____

Extremadamente severos: 4. _____

Totalmente incapacitantes: 5. _____

¿Fechas en las que comenzaron sus problemas?

Describa eventos significativos ocurridos en esa época. O desde entonces, que puedan relacionarse con el desarrollo o mantenimiento de sus problemas:

Enumere tres soluciones por problemas que habría intentado realizar:

¿Ha estado Ud. en terapia anteriormente, o recibido algún tipo de asistencia profesional por sus problemas? Si es así, sírvase consignar nombre del/de profesional/es, título/s, fecha de tratamiento/s y resultados.

3. Historia Personal y Social

a) Fecha de Nacimiento:_____ Lugar de nacimiento:_____

b) Nro. De hermanos:_____ Edades:_____ Nro. de hermanas:_____

Edades:_____

c) Padre Vive?___ Si Vive, Cuál es su edad:___ Falleció:___ En tal caso, a qué edad?_____

Qué edad tenía Ud. cuando falleció:_____ causa de muerte:

Ocupación_____Salud:_____

d) Madre Vive? ___ Si Vive, Cuál es su edad:___ Falleció:___ En tal caso,
a que edad?_____

Qué edad tenía Ud. cuando falleció:_____ causa de muerte:

Ocupación_____Salud:_____

e) Religión (de Ud.) de niño:_____ De adulto:_____

f) Subraye los conceptos siguientes, el o los que se apliquen a su
niñez/adolescencia:

Niñez feliz Problemas familiares

Problemas legales Abuso de Alcohol

Niñez desdichada Problemas emocionales Problemas Médicos Niñez
normal

Castigos estrictos Problemas escolares

Problemas de conducta

Abuso de Drogas Otros:

g) Educación. ¿Cuál es el grado que completó?

h) Estudios: Áreas fuertes y débiles:

i) ¿A que tipo de actividad se dedica actualmente?

j) ¿Qué tipo de actividad tuvo Ud. en el pasado?

k) Estás satisfecho con su trabajo actual? Si no es así explique porqué:

l) ¿Cuál es su ingreso familiar mensual?_____ ¿Cuál es su presupuesto de gastos?_____

m) ¿Cuáles eran sus ambiciones pasadas y no se cumplieron?

n) ¿Qué metas se propuso y no pudo cumplirlas?

o) ¿Qué ambiciones y metas tienes actualmente?

p) ¿Alguna vez estuvo interno por problemas psicológicos? (marque con un círculo)

Si No

Si lo estuvo, dónde y cuándo?

q) Alguna vez intentó suicidarse?

Si No

¿Por qué?

r) ¿Tiene algún pariente que haya intentado o cometido suicidio?

s) ¿Tiene algún pariente que haya tenido problemas con la ley?

4. Área Biológica

¿Cuál es su altura? _____ m. y _____ cm. ¿Cuál es su peso? _____ Kg.

Le preocupa algún aspecto de su salud física? Especifique:

Haga una lista de medicamento que Ud. consume o haya consumido durante los últimos 6 meses (incluyendo aspirinas, anticonceptivos y otros, ya sean prescritos por algún médico o no.

¿Algún miembro de su familia sufre de alcoholismo, epilepsia, depresión, cualquier otra afección que pueda considerarse como trastorno mental?

¿Come Ud. tres comidas bien balanceadas por día?

Si No

Explique ¿por qué?

¿Hace ejercicios en forma regular? Si es así de que tipo y frecuencia?

De la lista que sigue marque lo que corresponde respecto a sustancias que haya

consumido y el tiempo de dicho consumo. Además debe marcar alteraciones somáticas que presenta de forma continua:

Nunca; Raramente; Frecuentemente; A menudo

Marihuana_____ Tranquilizantes_____

Sedantes_____ Aspirinas_____

Cocaína_____ Analgésicos_____

Alcohol _____

Presenta de forma continua:

Nunca; Raramente; Frecuentemente; A menudo

Enfermedad Neurológica

Problemas Prostáticos Glaucoma

Epilepsia

Cáncer

SIDA Otros: _____

¿Alguna vez recibió golpes en la cabeza o pérdida de conciencia? Amplíe detalles

¿Fue intervenido quirúrgicamente? De qué y en que fecha:

5. Área Afectiva

Subraye entre las siguientes emociones las que frecuentemente se puedan aplicar a Ud.:

Enojado Irritado Triste Deprimido Ansioso Energético Temeroso
Envidioso
Con pánico Culpable Arrepentido Relajado Esperanzado Confluctuado
Desesperado Desamparado Feliz Aburrido Tenso Desdichado Inquieto Excitado
Solitario Satisfecho Optimista

Otros: _____

Anote sus cinco miedos principales:

1. _____

2. _____

3. _____

Complete las siguientes frases:

Si le contara como se siente actualmente:

Una de las cosas de las que me siento orgulloso/a es:

Una de las cosas por la que me siento muy culpable es:

Mi mayor felicidad es:

Una de las cosas que más me entristece es:

Si no temiera ser yo mismo/a podría llegar a ser:

Me enoja mucho cuando:

Si no me llego a enojar reacciono:

Mis Hobbies o mis diversiones más relajantes son:

¿Tienen Ud. dificultad para relajarse y disfrutar del fin de semana o vacaciones?

¿Por qué? _____

6. Sensaciones físicas. Subraye (Síntomas)

Jaquecas / Sequedad de boca /Contracciones /Palpitaciones / Espasmos musculares / Incap. De relajarse/ Temblores / Tics /Narcos / Disturbios sexuales /Adormecimiento / Dolor torácico/ Trastornos intestinales / Dolor de espalda /Zumbidos / Tensión /Taquicardia /Disturbios Visuales/ Oír cosas / Rubor / Inflación de piel / Problemas de piel / Molestias estomacales / Ojos llorosos/ Pérdida de memoria / Espasmos musculares / Dificultades para escuchar / rechazo a cierto grado/ Desvanecimientos Temporarios / Sudoración excesiva.

Qué sensaciones son especialmente agradables para Ud.?

1. _____
2. _____
3. _____

¿Desagradables para Ud.?

1. _____
2. _____
3. _____

(Solo para mujeres)

Historia Menstrual

Edad de la menarca_____

Estaba informada o sucedió en forma de SOC _____

Son regulares sus menstruaciones_____ Duración_____

Fecha del último periodo_____ ¿Siente dolores?_____ Le afectan a su estado de ánimo_____

En caso de ya no presentar menstruaciones, ¿hasta que edad se presentaron?_____

Existieron complicaciones que fueron o no tratadas ginecológicamente? Dé más detalles_____

7. Imágenes

Subraye entre las imágenes que siguen, las que se les pueden aplicar:

Imágenes sexuales placenteras/ Imágenes sexuales displacenteras/
Imágenes de soledad/ Imágenes Agresivas/ Imágenes desvalimiento/ Imágenes infantiles displacenteras/ Imágenes de seducción/ Imágenes de ser amable.

Evalúe cual de estos conceptos le corresponden más a Ud. " ME IMAGINO A MI MISMO"

Siendo dañado/ acorralado/ lastimando a otros/ no enfrentando algo/
triunfante/teniendo control de...../ Siendo seguido/ Hablan de mi/ siendo
promiscuo/

Perdiendo el control/ fallando/

Otros

¿Qué imagen acude más
frecuente?_____

Describe una imagen, visión, fantasía muy placentera

Describe como ve Ud. un lugar muy seguro:_____

¿Con qué frecuencia sufre de
pesadillas?_____

Describe como ve Ud. un lugar muy seguro:

¿Con qué frecuencia sufre de
pesadillas?_____

8. Área Cognitiva

Subraye entre lo siguientes pensamientos los que se le pueden aplicar:

Soy un don nadie/ inútil/ Despreciable/ Indigno de ser amado/ malo/ Loco/
degenerado/ aberrante/Inatractivo/ Incompetente/ estúpido/ Indeseable/ Me
equivoco mucho/ no hago nada bien/ la vida está vacía/ No hay nada que esperar.

Subraye entre las palabras que siguen aquellas que mejor lo describen:

Inteligente/ Seguro/ Valioso/ Ambicioso/ Sensitivo/ Confiable/
Arrepentido/
desvalorizado/ Un Don nadie/ Inútil/ Malo/ Loco/ Moralmente degenerado/
Considerado/ un desviado/ Inatractivo/ No querible/ Inadecuado/ confuso/
Estúpido/
Deshonesto/ Incompente/ Pensamiento horrible/ Conflictuado/ dificultad de
concentración/ Perseverante/ problemas de memoria/ Atractivo/ No puedo tomar
decisiones/ Ideas suicidas / Sentido del humor/ Trabajo duro.

¿Cuál son las ideas o pensamiento que más le afectan?

1. _____
2. _____

3. _____

¿Qué pensamientos le vienen otra vez?

1. _____

2. _____

3. _____

En cada uno de los siguientes items, marque el número que refleje con exactitud sus opiniones:

Discrepo frecuentemente Discrepo Neutro Concuerdo Concuerdo
frecuentemente

No debería equivocarme 12345

Debo hacer todo bien 12345

Es muy importante complacer a los demás 12345

No tomo riesgos 12345

No merezco ser feliz 12345

Si ignoro mis problemas desaparecerán 12345

Soy de hacerles felices a los demás 12345

Debo esforzarme y ser perfecto 12345

Básicamente hay 2 formas de hacer las cosas: la correcta y la incorrecta
12345

Complete las siguientes frases:

Soy una persona que:

Toda mi Vida:

Desde que era chico / a:

Me cuesta admitir que:

Una de las cosas que no puedo perdonar es:

Lo bueno de tener un problema es:

Lo malo de crecer es:

Una de las formas en que podría ayudarme a mí mismo. Pero que no hago es

9. Conductas

Subraye entre las siguientes conductas las que se aplique Ud. :

Comer más/ Drogarse/ Descontrol emocional/ Conducta raras/ Trabajar demasiado/ Haraganear/ Aislarse/ Dejar para después/ Tics nerviosos/ reacciones impulsivas/ Compulsiones/ Beber en exceso/ Gritar/ Fobias/ Intento de suicidio/ Problemas al dormir/ No conserva su trabajo/ Problemas para comer/ Fumar/ Estallidos de mal genio.

¿Hay alguna conducta especifica o hábito que quiera cambiar?_____

¿Tiene Ud. alguna habilidad especial de la que se siente orgulloso?

Qué quisiera hacer Ud. más a menudo:

Lo malo de crecer es:

Una de las formas en que podría ayudarme a mí mismo. Pero que no hago es

Qué quisiera hacer Ud. Menos:

¿Qué quisiera Ud. A empezar hacer? ¿Cómo usa su tiempo libre?_____

Se mantiene Ud. Compulsivamente atareado haciendo un sin fin de tareas o actividad sin sentido:

10. Área Social

A. Familia de Origen

a) ¿Si no lo criaron quien lo hizo y a que edades?_____

b) Describa la personalidad de su padre o sustituto, y su actitud hacia Ud. (pasado o presente)

c) En que forma fue disciplinado/a por sus padres siendo niño /a_____

d) Dé una impresión de su ambiente familiar (o de la casa donde se crió) mencione el tipo de compatibilidad que había entre sus padres y entre los niños

e) ¿Podía confiar en sus padres?

f) ¿Sus padres le comprendían?_____

g) ¿Se sentía Ud. básicamente amado y respetado por sus padres?

h) Si tiene un padrastro o madrastra ¿que edad tenía Ud. cuando su padre/madre se volvió a casar?

i) ¿Hay alguien entre sus padres, parientes y amigos que haya interferido una vez en Matrimonio. Ocupación, etc.?

j) ¿Quienes son las personas más importantes en su vida?

B. Amistades.

a) ¿Consiguen amigos fácilmente?

b) ¿Los conserva?

c) ¿Fue alguna vez amedrentado o burlado?

d) Describa cualquier relación que le produzca:

Alegría:_____ Pesadumbre:_____

e) Evalúe el grado de relajación y comodidad en que Ud. se siente generalmente en Situaciones sociales:

Muy Relajado____ Relativamente cómodo____ Relativamente incómodo____ Muy ansioso____

f) ¿Expresa Ud. generalmente sus sentimientos, opiniones y deseos hacia los demás en forma abierta y apropiada? Describa cuando y con quien tienen dificultades asertivas

g) ¿Tenía muchas citas en el Colegio Secundario?

h) ¿Tiene Ud. uno o más amigos con los cuales se siente cómodo, compartiendo sus pensamientos y emociones más íntimas?

C. Matrimonio

a) ¿Cuanto tiempo antes de su compromiso conoció a su esposo/a?

b) ¿Cuánto tiempo hace que está casado?

c) ¿Cuál es la edad de su esposo/a? _____

d) Describa la personalidad de su esposo/a:

e) ¿En que área son Ud. compatibles?

f) ¿En que áreas son Ud. incompatibles?

g) Cómo se lleva con sus parientes políticos? (incluyendo cuñados y cuñadas)

h) Cuántos hijos tiene? (anote nombres, edades y sexo):

i) ¿Alguno de sus hijos presenta problemas especiales?

j) De información relevante sobre aborto o partos prematuros:

D. Relaciones Sexuales

a) Describa la actividad de sus padres hacia el sexo. ¿Se hablaba de sexo en su casa?

b) ¿Cuándo y cómo recibió Ud. su información sobre la sexualidad?

c) ¿Cuándo comenzó a darse cuenta de sus propios impulsos sexuales?

d) Experimentó ansiedad o culpa derivados del sexo o de la masturbación?

Si su respuesta es Sí dé más detalles:

e) Agregue detalles de su primera relación sexual, o de las subsiguientes:

f) ¿Su vida sexual actual es satisfactoria? Si responde que no, dé más detalles:

g) Informe sobre reacciones o relaciones homosexuales significativas

h) Añada cualquier problema sexual que no haya sido tomado en cuenta más arriba:

E. Otros Vínculos

a) ¿Tienen problemas en sus relaciones en el trabajo? Si es así, explíquelo: _____

b) Complete las siguientes frases:

Una de las formas en que la gente me lastima es: _____

Podría escandalizarme si: _____

Una madre debería: _____

Un Padre debería: _____

Un amigo verdadero debería:

c) De una breve descripción de si mismo, como fuese descrito por:

Su esposo/a (Si usted es casado/a) o compañero/a: _____

Su mejor amigo/a:

Alguien que le aborrece: _____

d) ¿Le perturban en general algún rechazo de alguna persona en el pasado,
o la disolución de algún vínculo amoroso? _____

Anexo G

Drug Abuse Screening Test - 20 (DAST-20)

(García, B.; Lahoz, M.; Manzanaro, M.; Pérez, B. y Oliveras, 2010)

1. ¿Ha consumido algún tipo de droga sin prescripción médica?
2. ¿Ha abusado de los medicamentos?
3. ¿Ha consumido más de una droga al mismo tiempo?
4. ¿Puede pasar la semana sin consumir drogas?
5. ¿Siempre que quiere es capaz de parar de consumir drogas?
6. ¿Ha tenido pérdidas de memoria o le han aparecido “imágenes del pasado” como consecuencia de su consumo de drogas?
7. ¿Se ha sentido mal consigo mismo o culpable por su consumo de drogas?
8. ¿Su pareja o sus familiares suelen quejarse de su consumo de drogas?
9. ¿El consumo de drogas le ha creado problemas de pareja o con sus padres?
10. ¿Ha perdido amigos por su consumo de drogas?
11. ¿Ha desatendido a su familia a consecuencia de su consumo de drogas?
12. ¿Ha tenido problemas en el trabajo debido a su consumo de drogas?
13. ¿Ha perdido su trabajo por el consumo de drogas?
14. ¿Se ha peleado con alguien mientras estaba bajo el efecto de alguna droga?

15. ¿Ha realizado alguna actividad ilegal para obtener drogas?
16. ¿Ha sido detenido por posesión de drogas ilegales?
17. ¿Ha notado síntomas de abstinencia cuando deja de consumir drogas?
18. ¿Ha tenido problemas de salud como consecuencia del consumo de drogas? (Por ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragias, etc.)
19. ¿Ha solicitado ayuda a alguien por un problema con las drogas?
20. ¿Ha recibido algún tratamiento por un problema de drogas?