

**Luz Nelly Rivera Álvarez
Fred Gustavo Manrique Abril**

Padres, docentes y estudiantes opinan sobre las sustancias psicoactivas

**Una mirada desde lo local,
Funza, 2007**



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA



Facultad de Enfermería
Departamento de Salud de Colectivos
Grupo Cuidado de la Vida
y Prevención de las Adicciones

Luz Nelly Rivera Álvarez
Fred Gustavo Manrique Abril

Padres, docentes y estudiantes opinan sobre las sustancias psicoactivas

Una mirada desde lo local,
Funza, 2007



Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Departamento de Salud de Colectivos



Grupo Cuidado de la Vida
y Prevención de las Adicciones

Bogotá, D.C., 2008

Catalogación en la publicación de la Universidad Nacional de Colombia

Padres, docentes y estudiantes opinan sobre las sustancias psicoactivas. Una mirada desde lo local, Funza - Cundinamarca, 2007

2007 /ed. Luz Nelly Rivera, Fred Gustavo Manrique Abril. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería, 2008.

230 p.

ISBN: 978-958-44-2356-6

1. Prevención de las adicciones 2. Funza, Cundinamarca. 3. Factores psicosociales. 4. Cuidado de enfermería. 2007.

Citación estilo Vancouver

Rivera LN, Manrique-Abril FG. Padres, docentes y estudiantes opinan sobre las sustancias psicoactivas. Una mirada desde lo local, Funza - Cundinamarca, 2007. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2008.

Citación estilo APA

Rivera L.N, Manrique-Abril F.G. (2008). Padres, docentes y estudiantes opinan sobre las sustancias psicoactivas. Una mirada desde lo local, Funza - Cundinamarca, 2007. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería.

Padres, docentes y estudiantes opinan sobre las sustancias psicoactivas. Una mirada desde lo local, Funza - Cundinamarca, 2007

Primera edición: Bogotá, mayo de 2008. 1000 ejemplares.

© Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería
Departamento de Salud de Colectivos
Grupo Cuidado de la Vida y Prevención de las Adicciones
www.enfermeria.unal.edu.co

© Luz Nelly Rivera Álvarez. Fred Gustavo Manrique Abril.
Profesores asociados. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.
Grupo Cuidado de la Vida y Prevención de las Adicciones
lnriveraa@unal.edu.co
fgmanriquea@unal.edu.co

Este trabajo se realizó financiado por la Dirección de Investigación Sede Bogotá (DIB), Vicerrectoría de Investigación de la Universidad Nacional de Colombia, en la Convocatoria Nacional de Investigación 2006, proyecto N° 20201007539, aprobado por la DIB el 25 de mayo de 2006 resolución N° 14112005.

ISBN: 978-958-44-2356-6

Investigadores: Luz Nelly Rivera Álvarez. Enf. M.Sc.
Fred Gustavo Manrique Abril. Enf. M.Sc. PhD.

Coinvestigador: Jaime Castro. Ps.

Colaboradores: Diana Remolina. Est. Soc.
John Alexander Benavides Piracon. M.D.
Edna Hernández. Ps.

Levantamiento de textos: Luz Nelly Rivera; Fred Manrique

Armada digital e impresión: Editora Guadalupe Ltda.
Tel.: 2690788, Bogotá, D.C.

CONTENIDO

	Pág.
AGRADECIMIENTOS	13
PRÓLOGO	15
INTRODUCCIÓN	17
1. MARCO DE REFERENCIA.....	19
1.1 GENERALIDADES	19
1.2 OBJETIVOS	20
1.2.1 General	20
1.2.2 Específicos	20
1.3 PROBLEMA	20
1.3.1 Aspectos epidemiológicos del Municipio de Funza	23
1.4 SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	25
1.4.1 Aspectos generales de farmacodependencia	25
1.4.1.1 Depresivos	26
1.4.1.2 Cannabinoides	31
1.4.1.3 Estimulantes.....	37
1.4.1.4 Ansiolíticos o tranquilizantes menores	53
1.4.1.5 Somníferos o barbitúricos	56
1.4.1.6 Grandes narcóticos	56
1.4.1.7 Alucinógenos	60
1.4.1.8 Otras sustancias	63
1.4.2 Bases de la adicción a las drogas: herencia e influencias ambientales.....	71
1.4.3 Consideraciones legales	73
1.4.4 Factores asociados al consumo	79
1.4.4.1 Factores biológicos	80
1.4.4.2 Factores psicológicos y psiquiátricos	81
1.4.4.3 Factores familiares	84
1.4.4.4 Factores escolares	87
1.4.4.5 Factores asociados a las relaciones con amigos o pares.....	87

	Pág.
1.4.4.6 Factores asociados al tiempo libre	88
1.4.4.7 Factores asociados a la salud sexual y reproductiva	89
1.4.4.8 Factores laborales	89
1.4.4.9 Factores asociados al consumo, acceso y prescripción de medicamentos	89
1.4.4.10 Factores sociales y económicos	89
1.4.5 Forma de contacto con la droga	90
1.4.6 Factores de protección	91
2. MARCO METODOLÓGICO	95
2.1 DEFINICIÓN DEL MÉTODO	95
2.2 HIPÓTESIS	95
2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	95
2.3.1 Población	95
2.3.2 Muestra	95
2.4 INSTRUMENTOS	97
2.4.1 Instrumento DUSI (Drug Use Screening Inventory)	97
2.4.2 Instrumento SIDUC	99
2.5 VARIABLES	100
2.5.1 Tabla de codificación de variables	100
2.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	101
2.7 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO	102
2.8 TÉCNICA DE ANÁLISIS PARA LOS DATOS CUANTITATIVOS	102
2.9 TÉCNICA DE ANÁLISIS PARA LOS DATOS CUALITATIVOS	103
2.10 CONTROL DE SESGOS	104
2.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS	104
2.11.1 En relación con el Municipio de Funza	105
2.11.2 En relación con las instituciones educativas	105
2.11.3 En relación con los sujetos	106
2.12 PRUEBA PILOTO	107

	Pág.
3. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	109
3.1 ANÁLISIS CUANTITATIVO	109
3.1.1 Descripción sociodemográfica	109
3.1.2 Descripción de los factores psicosociales por dominios del instrumento DUSI	111
3.1.3 Consumo de sustancias	115
3.1.3.1 Inicio de consumo por sustancia	115
3.1.3.2 Prevalencia de consumo	116
3.1.4 Relación de factores psicosociales por dominio y consumo de sustancias según índices de severidad de consumo y riesgo atribuible	118
3.1.5 Consecución de sustancias	125
3.1.6 Motivos para el consumo	126
3.1.7 Factores asociados al consumo	127
3.1.7.1 Prevalencia del consumo de drogas y su relación con factores de riesgo y con factores protectores	127
3.1.7.2 Factores de riesgo asociados al consumo	128
3.1.8 Discusión de resultados	137
3.2 ANÁLISIS CUALITATIVO	140
3.2.1 Conocimientos, actitudes (atribuciones) y prácticas (acciones) de docentes frente al consumo de sustancias psicoactivas de los adolescentes	140
3.2.1.1 Información	142
3.2.1.2 Atribuciones	149
3.2.1.3 Acciones	159
3.2.2 Conocimientos, atribuciones y acciones de padres frente al consumo de sustancias psicoactivas de los adolescentes	167
3.2.2.1 Información	167
3.2.2.2 Atribuciones	172
3.2.2.3 Acciones	189
4. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN INTEGRAL	195
4.1 PROMOVRIENDO LA VIDA: CONSTRUYENDO VIDA DE CIUDAD EN JÓVENES ESCOLARIZADOS DEL MUNICIPIO DE FUNZA	195
4.1.1 Programas escolares para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes	195
4.1.2 Generación de alertas tempranas	196
4.2 FORMACIÓN DE MAESTROS	196
4.3 FORMACIÓN DE TERAPEUTAS ESCOLARES	197

	Pág.
4.4 FAMILIAS SALUDABLES	197
4.5 FORMACIÓN DE ESTUDIANTES	198
4.6 OTRAS ALTERNATIVAS	199
5. CONCLUSIONES	201
6. BIBLIOGRAFÍA	209
GLOSARIO DE TÉRMINOS	215
ANEXO 1	217
ANEXO 2	223

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1.1	Población ajustada año 2004	23
Tabla 1.2	Población por grupos etarios	24
Tabla 1.3	Prevalencia de vida por regiones que consumen sustancias psicoactivas ilegales, 1993	77
Tabla 1.4	Trastornos relacionados con sustancias. Prevalencia de vida. Diferencias por género. 2003	78
Tabla 1.5	Prevalencia de vida de consumo de sustancias psicoactivas. 2002	78
Tabla 1.6	Características del adolescente	80
Tabla 2.1	Tamaño de la muestra	96
Tabla 2.2	Fuentes e indicadores del SIDUC	99
Tabla 2.3	Clasificación de variables	101
Tabla 3.1	Clasificación por sexo y edad, de los estudiantes de educación básica secundaria del municipio de Funza. 2007	109
Tabla 3.2	Características de la muestra por colegio, curso, nivel, sexo, edad y tipo de colegio de los estudiantes de educación básica secundaria del municipio de Funza. 2007	110
Tabla 3.3	Clasificación por niveles académicos y sexo de los estudiantes de educación básica secundaria del municipio de Funza. 2007	111
Tabla 3.4	Perfil de densidad relativo de los estudiantes de educación básica secundaria del municipio de Funza. 2007	113
Tabla 3.5	Edad media de inicio de consumo por sustancia de los estudiantes de educación básica secundaria del Municipio de Funza. 2007	115
Tabla 3.6	Prevalencias de consumo por sustancias	116
Tabla 3.7	Prevalencias de vida por género	117
Tabla 3.8	Prevalencias de vida por tipo de colegio	117
Tabla 3.9	Prevalencias por niveles	118
Tabla 3.10	Resultados del DUSI para el consumo de cigarrillo	118
Tabla 3.11	Resultados del DUSI para el consumo de alcohol	120
Tabla 3.12	Resultados DUSI para consumo hasta la embriaguez	120
Tabla 3.13	Resultados del DUSI para el consumo de marihuana	121
Tabla 3.14	Resultados del DUSI para el consumo de cocaína	121
Tabla 3.15	Resultados del DUSI para el consumo de bazuco	122
Tabla 3.16	Resultados del DUSI para el consumo de heroína	123
Tabla 3.17	Resultados del DUSI para consumo de tranquilizantes	123
Tabla 3.18	Resultados del DUSI para consumo de estimulantes	123

	Pág.
Tabla 3.19 ¿Qué tan fácil es conseguir las siguientes sustancias?	125
Tabla 3.20 Riesgo para el consumo de SPA en adolescentes que vivieron en una familia nuclear en su infancia	130
Tabla 3.21 Tipo de colegio y consecución de sustancias	133
Tabla 3.22 Nivel de estudios y consecución de sustancias	134
Tabla 3.23 Comparativo de las prevalencias de vida de poblaciones escolares en algunos países	137
Tabla 3.24 Prevalencia de vida del consumo de alcohol	139
Tabla 3.25 Prevalencia de vida de consumo de cigarrillo	139
Tabla 3.26 Prevalencia de vida de consumo de marihuana	139
Tabla 3.27 Prevalencia de vida de consumo de cocaína	139
Tabla 3.28 Prevalencia de vida de consumo de otras sustancias	140
Tabla 3.29 Matriz de análisis, grupos focales docentes, Funza, 2007	141
Tabla 3.30 Matriz de análisis, grupos focales de padres. Funza, 2007	164
Tabla 4.1 Ejes de trabajo con maestros	196
Tabla 4.2. Ejes de trabajo con padres	198

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1.1 Tamaño de cultivos de coca en el mundo	73
Figura 2.1 Marco Muestral	96
Figura 2.2 Diagrama de Variables	100

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1.1 Metaanálisis de prevalencias de vida del consumo de SPA, contemplados en las tablas 3.24 - 3.28	22
Gráfica 1.2 Porcentaje de consumo por sustancia	22
Gráfica 1.3 Cifras comparativas de consumo de alcohol por país con prevalencia de 30 días	76
Gráfica 1.4 Cifras comparativas de consumo de tabaco por país con prevalencia de 30 días	76
Gráfica 1.5 Cifras comparativas de consumo de MDMA-Éxtasis por país con prevalencia de 12 meses	76
Gráfica 1.6 Prevalencia de consumo de Tabaco, alcohol, tranquilizantes y estimulantes por país	77
Gráfica 3.1 Consulta de médico y/o psicólogo durante el último año, de los estudiantes de educación básica secundaria. Funza, 2007	111
Gráfica 3.2 Perfil de densidad absoluto de los Dominios DUSI, en estudiantes de secundaria básica, Funza 2007	112
Gráfica 3.3 Perfil de densidad relativo de los Dominios DUSI, en estudiantes de secundaria básica, Funza 2007	114
Gráfica 3.4 Sustancia de inicio de consumo	116
Gráfica 3.5 Índice de consumo de cigarrillo	118
Gráfica 3.6 Box plot de índice de severidad absoluta (ISA) para consumidores y no de cigarrillo	119
Gráfica 3.7 Box plot de índice de severidad absoluta (ISA) para consumidores y no de alcohol	119
Gráfica 3.8 Box plot de índice de severidad absoluta (ISA) para consumidores y no de marihuana	119
Gráfica 3.9. Box plot de índice de severidad absoluta (ISA) para consumidores y no de cocaína	119

	Pág.
Gráfica 3.10	Comparativo de prevalencias de vida de consumo de sustancias psicoactivas 124
Gráfica 3.11	Índice de consumo de alcohol 124
Gráfica 3.12	Acceso percibido a la sustancia 125
Gráfica 3.13	Permisividad de los jóvenes al consumo PSA 126
Gráfica 3.14	Motivos de los jóvenes para no consumo de PSA 127
Gráfica 3.15	Motivos de los jóvenes para iniciar el consumo 127
Gráfica 3.16	Gráfica comparativa de grupo familiar infancia versus adolescencia 134
Gráfica 3.17	Comparación del apoyo de padre y madre percibido por los jóvenes del Municipio de Funza, 2007 135
Gráfica 3.18	Comparación del apoyo de compañeros y docentes percibido por los jóvenes del Municipio de Funza, 2007 135
Gráfica 3.19	Satisfacción académica, sentimental, familiar y de pares 136
Gráfica 3.20	Expectativas a futuro, que tienen los jóvenes del Municipio de Funza, 2007 136
Gráfica 3.21	Confianza en el futuro que tienen los jóvenes del Municipio de Funza, 2007 136

AGRADECIMIENTOS

Los investigadores desean agradecer a todas las personas que de alguna manera colaboraron para la realización del producto académico que hoy presentamos, especialmente a las directivas y personal docente de las instituciones educativas de Funza que participaron en el estudio, como a los padres de familia, estudiantes y directivos de educación y salud del municipio.

Agradecemos en especial a la Dirección de Investigación Sede Bogotá (DIB), Vicerrectoría de Investigación de la Universidad Nacional de Colombia, quien a través del apoyo financiero al proyecto, favoreció el desarrollo disciplinar de enfermería en la prevención del uso y abuso de las sustancias psicoactivas, la promoción de estilos de vida saludables y el planteamiento de propuestas generadoras de políticas, programas y proyectos de bienestar y conservación de la salud integral del adolescente.

Agradecemos al Dr. Ralph E. Tarter por la asesoría y acompañamiento permanente.

A la Doctora Yolanda Torres de Galvis por su acertada y oportuna asesoría.

A las directivas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, por el apoyo brindado.

A todos los profesores vinculados al grupo Cuidado de la Vida y Prevención de las Adicciones por sus aportes y contribuciones.

A nuestras familias por su apoyo incondicional.

PRÓLOGO

El consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno creciente en el concierto mundial y constituye un verdadero problema de Salud Pública.

Un segmento de la población particularmente vulnerable lo constituyen los adolescentes que se encuentran en la vida escolar. En este grupo es de capital importancia la prevención de la adicción, mediante acciones de intervención destinadas no solamente a los jóvenes sino también a los educadores y padres de familia o responsables con el entorno familiar y escolar.

Los autores hacen una profunda revisión de los factores psicosociales considerados de riesgo para este consumo, entre los que se señalan como relevantes situaciones relacionadas con el contexto familiar, de amigos, además de los propios relacionados con la edad y el subsecuente manejo del tiempo libre.

El escenario de trabajo fue el Municipio de Funza que, por sus características de localización geográfica y vinculación de sus habitantes a la vida de la gran ciudad por su cercanía a la capital, presenta condiciones que en cierta forma son similares a las experimentadas por muchas localidades del contexto nacional y regional.

La lectura de la obra permitirá hacer un recorrido de orden conceptual por el fenómeno de la farmacodependencia, las principales sustancias de abuso, sus efectos, las bases de la adicción tanto de orden biológico como ambiental y la situación actual que el país presenta en este fenómeno.

Los resultados permiten reconocer las formas y distribución de estas sustancias, lo que permite deducir como el consumo de alcohol y el de cigarrillo entre los jóvenes son los factores claves en la presentación posterior del abuso de sustancias.

Finalmente la obra presenta estrategias de intervención para potenciar los factores protectores que prevengan la presentación del consumo desde el nivel político hasta la intervención directa en este segmento de la población.

Esta obra representa un importante aporte al estudio del fenómeno de las Drogas desde la visión de Enfermería, reflejada en la calidad de sus autores y su esfuerzo amplio y contundente por presentar un panorama científico, real y práctico para el enfrentamiento de este inquietante fenómeno.

Evelyn Vásquez Mendoza
Decana Facultad de Enfermería

INTRODUCCIÓN

Uno de los mayores retos que enfrenta la sociedad de nuestros días es erradicar el consumo de sustancias psicoactivas. Por ello la Facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia se destaca por ser una escuela pionera en la prevención del uso indebido de sustancias psicoactivas, trabajo que viene adelantando con la Comisión Interamericana para la Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas (CICAD), en alianza con la Organización de Estados Americanos (OEA), cuyos lineamientos de acción confluyen al plan estratégico Regional de la Contribución de la Enfermería en la reducción de la Demanda de Drogas en América Latina, que busca enfatizar la importancia del liderazgo transformador de los profesionales de enfermería, en el avance de ciencia y tecnología y la formación de redes asociativas para apoyar las actividades de educación, extensión, investigación y práctica de enfermería en el área de reducción de la demanda de drogas en América Latina.

El presente libro es fruto de la investigación "Factores psicosociales, conocimientos, actitudes y prácticas de docentes y padres de familia y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de básica secundaria y media, académica o técnica, Funza – Cundinamarca 2007", pretende fomentar la concienciación y la participación de los diferentes sectores que articulan la sociedad, el planteamiento y desarrollo de políticas preventivas y de educación para la salud en los ámbitos familiar y escolar que faciliten cambios hacia estilos de vida más saludables y la génesis de una cultura promotora de salud en el Municipio.

Por lo tanto la investigación tiene como objetivo caracterizar el consumo de sustancias psicoactivas, los factores psicosociales de riesgo y protección para el consumo en estudiantes de Básica Secundaria, Académica o Técnica e identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres y maestros frente al uso indebido de estas en los jóvenes. Para el desarrollo de ésta se empleó un diseño de tipo exploratorio, descriptivo, con un abordaje mixto. El abordaje cuantitativo de la investigación corresponde a un estudio de Prevalencia Analítica, en el cual se toma la información sobre la variable predictora y el efecto en el mismo momento y no lleva período de seguimiento. El abordaje cualitativo en la investigación corresponde a la realización de grupos focales dirigido a los padres de familia y profesores de la comunidad de Funza, que buscó explorar y describir los conocimientos, prácticas y actitudes frente al fenómeno del uso y abuso de las sustancias psicoactivas en los jóvenes del Municipio.

Para seguir una metodología ordenada, en el primer capítulo se describen los objetivos, el problema, los aspectos epidemiológicos del Municipio y el marco de referencia de la investigación, en el cual están contenidos temas como: los aspectos generales de las sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas, las bases de la adicción a las drogas, consideraciones legales, factores asociados al consumo, forma de contacto con las sustancias, conductas de riesgo en el adolescente y los factores de protección.

En el segundo capítulo se desarrolla el marco metodológico de la investigación, el tipo de estudio, la definición de hipótesis, el muestreo empleado, las consideraciones éticas, la descripción de los instrumentos, las variables y las técnicas de recolección de la información. En el tercer capítulo se presentan los resultados cuantitativos y cualitativos del estudio, junto con el análisis de la información a la luz de los resultados aportados por investigaciones producidas en este campo del conocimiento. Por último se presenta la propuesta de prevención del uso y abuso de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados del Municipio de Funza dirigido a los jóvenes, los docentes y la familia.

1. MARCO DE REFERENCIA

1.1 GENERALIDADES

Conscientes del trabajo que como enfermeras(os) debemos liderar en la lucha contra el uso y abuso de sustancias psicoactivas (SPA), con el compromiso constante de ayudar y cuidar al otro en lo individual, familiar, comunitario y social; en concordancia con la misión institucional de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia como comunidad académica que forma profesionales idóneos, con calidad humana y compromiso social con el país, a través de espacios de reflexión, intercambio e interacción interna y compartida con otras disciplinas, sectores sociales y redes que generen desarrollo, apropiación, producción y extensión del conocimiento de enfermería y su práctica en el cuidado de la salud y consecución de la vida digna de personas, grupos y colectivos.

Para seguir trascendiendo en la consecución de metas sociales con la orientación de los principios de *responsabilidad, respeto y beneficencia, solidaridad, compromiso, lealtad, equidad, calidez y excelencia académica*, se presenta el producto académico resultante de la investigación "Factores psicosociales, conocimientos, actitudes y prácticas de docentes y padres de familia y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de básica secundaria y media, académica o técnica, Funza – Cundinamarca 2007", enmarcada dentro del **Macroproyecto 3 Proyección Social de la Facultad**, que busca dar respuesta efectiva a la problemática de las drogas desde el apoyo de la Universidad con su misión formadora y transformadora de cambios de sujetos sociales. Investigación cuyo eje central es la prevención del uso y abuso de drogas, la integración social y la promoción de la salud, donde el Municipio es el principal protagonista de la transformación del entorno frente a la lucha contra el fenómeno de las sustancias psicoactivas.

Habitualmente se ha asignado a los municipios un papel relevante en el impulso de programas de prevención de las drogodependencias y en la integración social de los usuarios de drogas, en concordancia con lo establecido en la ley 100 de 1993, la ley 715 de 2001, la resolución 4288 de 1996 y decretos y resoluciones reglamentarias sobre planes de atención básica y programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad establecidas en el POS. No obstante, el protagonismo de los municipios en la gestión de los programas de prevención, con frecuencia más formal que real, ha contado hasta hace unos pocos años con numerosos problemas, como son la enorme heterogeneidad que encierra la realidad municipal (en cuanto a su tamaño, incidencia de los problemas relacionados con el uso de drogas, disponibilidades de recursos, etc.), la delimitación precisa de sus competencias en la materia (ley 715 de 2001) y la ausencia de un sistema de financiación estable y objetivo de las actuaciones impulsadas desde los municipios y la dificultad de medir las actuaciones.

Es por eso que las estrategias encaminadas a la prevención del uso y abuso de sustancias psicoactivas deben ser el resultado del proceso de construcción del conocimiento de la realidad de este fenómeno en la comunidad, en la detección de

problemas y necesidades de los diferentes tipos de conglomerados humanos, de manera individual, familiar, comunitaria y social, es a partir de allí, donde surgen las iniciativas y puesta en marcha de actuaciones preventivas sólidas y continuadas, orientadas al desarrollo de políticas, planes, programas y proyectos de bienestar y conservación de la salud integral del joven.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 General

Caracterizar el consumo de sustancias psicoactivas, los factores psicosociales de riesgo y de protección para el consumo en estudiantes de Básica Secundaria y Media Académica o Técnica, y establecer los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los padres de familia y los profesores frente al uso de estas sustancias en la población adolescente, con el fin de suministrar información que permita el diseño de estrategias de prevención sobre el consumo en el Municipio de Funza - Cundinamarca.

1.2.2 Específicos

1. Identificar los factores psicosociales agrupados en los dominios: patrones de comportamiento; desorden psiquiátrico; competencia social; sistema familiar; desempeño escolar; relación con los amigos o pares; utilización del tiempo libre/recreación; y droga y uso de alcohol, según variables sociodemográficas de edad, sexo, nivel educativo y estado de salud.
2. Calcular el índice de severidad de los factores psicosociales por área de dominio y total.
3. Determinar la prevalencia de consumo, abstinencia y exconsumo de sustancias psicoactivas (marihuana, cocaína, bazuco, heroína, bebidas alcohólicas, cigarrillo y tranquilizantes) en estudiantes de Básica Secundaria y Media Académica o Técnica, según variables sociodemográficas de edad, sexo, nivel educativo y estado de salud.
4. Calcular la frecuencia de la motivación para el consumo, abstinencia y exconsumo de sustancias psicoactivas; red de apoyo familiar y social según variables sociodemográficas de edad, sexo, nivel educativo y estado de salud.
5. Establecer la disponibilidad de las sustancias psicoactivas, la edad de inicio del uso y la actitud frente al consumo según variables sociodemográficas de edad, sexo, nivel educativo y estado de salud.
6. Explorar la fuerza de asociación entre los factores psicosociales seleccionados y el consumo de sustancias psicoactivas.
7. Describir los conocimientos, actitudes y prácticas frente al fenómeno del uso y abuso de SPA en los jóvenes que tienen los padres de familia y los profesores de establecimientos educativos de Funza.
8. Definir actividades de promoción y prevención frente al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de Básica Secundaria y Media Académica o Técnica en la comunidad de Funza - Cundinamarca en el año 2007.

1.3 PROBLEMA

El consumo de sustancias psicoactivas en las poblaciones humanas ha estado presente desde los orígenes de la humanidad; actualmente se ha constituido en un

flagelo de grandes magnitudes con serias implicaciones en la salud pública en el ámbito mundial.

En Colombia, la salud pública enfrenta un proceso de transición epidemiológica donde las enfermedades infectocontagiosas han comenzado a disminuir y se observa una sustitución paulatina por enfermedades crónicas no transmisibles. Acompaña a este proceso una distribución demográfica con predominio en áreas urbanas, incremento de la población juvenil y, a su vez, aumento en la expectativa de vida generando una mayor población geriátrica. La modificación de la estructura de las edades y avances de la atención en salud generan cambios en la morbilidad, mortalidad, fecundidad y patrones de riesgo.

La población colombiana inicia el consumo de bebidas alcohólicas a una edad promedio de 15,6 años. El 44,1% del total inicia el consumo de bebidas alcohólicas de 15 años o menos. Según la Encuesta Nacional de 2001 en Jóvenes Escolarizados de 10 a 24 años, RUMBOS (2002), realizada en 203.374 jóvenes escolarizados, es la sustancia psicoactiva de mayor consumo, con una prevalencia de vida que alcanza el 83,8% de la población, cifra significativamente alta si la comparamos con otras sustancias y con el consumo de la misma en otros países (CICAD, 2006). La prevalencia anual supera el 78,3%, y la prevalencia mes el 44,7%. Se registran igualmente un 21,6% de casos nuevos en hombres y un 24% en mujeres.

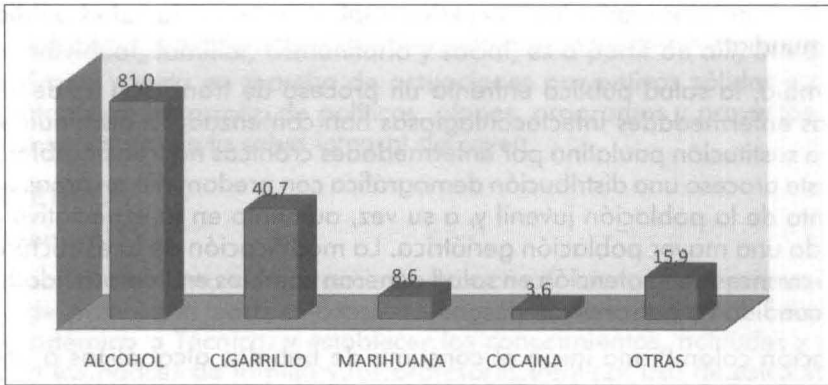
Según esta misma encuesta la prevalencia de vida para el consumo de cigarrillo alcanza el 41,2% de la población, mientras que la prevalencia anual y la prevalencia del último mes alcanza los 33,6% y 17,2% respectivamente. Se reportan de manera similar casos nuevos por año en hombres y en mujeres de 13,5% y de 13,1% respectivamente, siendo la sustancia de consumo más homogénea entre géneros.

La primera sustancia psicoactiva ilícita de mayor consumo en Colombia es la marihuana, lo que concuerda con lo registrado a nivel mundial por el Reporte Mundial de Drogas (2006). Según la encuesta RUMBOS (2002) la prevalencia de vida para esta sustancia alcanza 11,5% de la población, un 8% de prevalencia anual y un 2,4% de prevalencia de último mes. Se registra un porcentaje de casos nuevos por año del 3,9% en hombres y de 2,8% en mujeres.

Para el caso de la cocaína, Colombia reporta la mayor producción a nivel mundial de esta sustancia (640 toneladas métricas entre los años 2005-2006, World Drug Report, 2006). La prevalencia de vida de consumo supera el 6,3% de los casos, con una prevalencia anual del 10,3% y una prevalencia de último mes del 1%. Los casos nuevos de consumo entre hombres llegan al 2,4% mientras que sólo alcanza el 1,3% en mujeres.

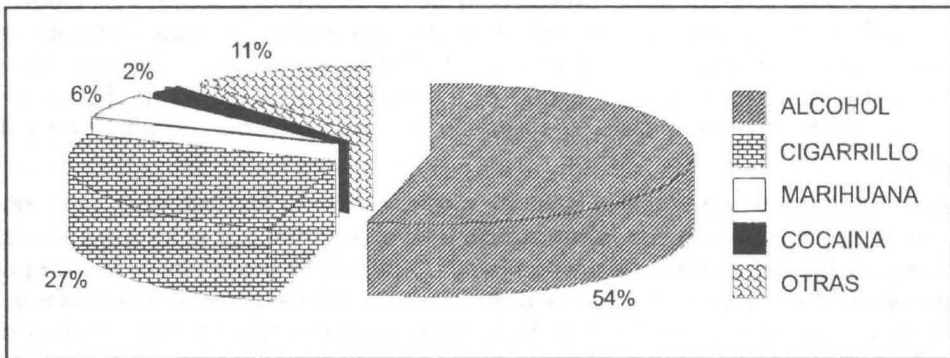
Resaltan el alto índice de otras sustancias como los inhalables y el éxtasis, del 2,8% y 2,7% respectivamente. Aunque estas cifras parecen ser mayores según el informe de la CICAD (2006), con un registro del 4% y 3,49% respectivamente.

Las diferencias en las prevalencias de vida de consumo muestran discrepancias significativas entre el consumo de alcohol, cigarrillo y marihuana. La tasa de consumo de alcohol duplica las cifras de consumo de cigarrillo, mientras que esta es cinco veces más alta que la tasa de consumo de marihuana (Gráfica 1.1).



Gráfica 1.1. Metaanálisis de prevalencias de vida del consumo de SPA, contemplados en las tablas 3.24 - 3.28

Las diferencias en los porcentajes de consumo entre sustancias muestran que el alcohol cubre el 54% del total de sustancias consumidas, seguido por el cigarrillo con un 27% y la marihuana con un 6%. Aunque las otras sustancias alcancen el 11% del total de psicofármacos consumidos, la inespecificidad de las mismas las hace comparativamente irrelevantes (Gráfica 1.2).



Gráfica 1.2. Porcentaje de consumo por sustancia, según metaanálisis, tablas 3.24 - 3.28

Desde el Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia de 1993, se reportan varios e importantes cambios en los patrones de consumo de sustancias psicoactivas. Entre los más importantes, la aparición, así sea con bajas prevalencias, del consumo de heroína. También se ha presentado un incremento agudo en el consumo de tranquilizantes menores.

Las cifras de alcoholismo muestran un grave problema de salud pública, ligado a comportamientos generadores de muerte y de incremento en la demanda de los servicios de salud, como son la agresividad, la violencia y los accidentes.

La exploración de los factores psicosociales y su correlación con el consumo de sustancias psicoactivas permitirá identificar cuáles se comportan como de riesgo y

cuáles como de protección que caractericen a los jóvenes estudiantes del municipio, para formular estrategias tempranas de intervención y disminuir su consumo o fomentar los estilos de vida saludables.

Los estudiantes de Básica Secundaria y Media Académica o Técnica se distribuyen en todos los municipios del departamento, con predominio en grandes centros urbanos como Funza, por la existencia de instituciones educativas de reconocido prestigio nacional. Muchos estudiantes se desplazan a estas instituciones desde municipios pequeños o desde zonas rurales del departamento.

1.3.1 Aspectos epidemiológicos del Municipio de Funza

Funza quiere decir “varón poderoso”; Bacatá se llamó hasta su existencia en 1539, cuando quedaron los indios sin poblado. Hasta el 20 de abril de 1537 fue la capital de Zipasgo. Sagipa fue llevado a Bojacá y muerto por los españoles. El 20 de julio de 1600 el oidor Diego Gómez de Mena profirió auto de fundación del pueblo nuevo de Bogotá (Sandra & cols., 2003).

El municipio de Funza está ubicado al occidente del distrito capital de Bogotá, limita por el norte con el municipio de Tenjo, al oriente con Cota y Bogotá, al occidente con Tenjo y Madrid. Tiene un área aproximada de 6.998 hectáreas.

Funza, con una temperatura de 14°C y una altura de 2548 m sobre el nivel del mar, cuenta con un área aproximada de 6.998 hectáreas. Sus suelos son fértiles, lo que propicia el cultivo de floricultura y horticultura. Funza es un municipio de un acelerado crecimiento poblacional, mayor en el sector urbano que el rural; las siguientes son las cifras oficiales de la población según datos del DANE pero que en la realidad se puede considerar que estas cifras sean superiores a un 10 o 15% (Vargas H., 2004): presenta un área rural de 93,5% del total de una extensión territorial, sector que alberga solamente el 8% de su población, mientras que el área urbana que corresponde al 6,5% de su extensión tiene concentrado el 92% de su población (ver Tabla 1.1). El municipio en general posee un nivel de capacitación deficiente, y sus habitantes son de barrios con ingreso medio, medio bajo y bajo. Las viviendas corresponden a construcciones tipo casa, pero el número de personas por hogar corresponde a más de cinco personas (Aguinaga, O., 2004).

Tabla 1.1. Población ajustada año 2004

URBANA		RURAL		TOTAL		TOTAL
HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	
20.857	32.055	1.827	2.542	22.684	34.597	57.281
52.912		4.369		57.281		TOTAL

Tomado de Plan de Desarrollo Acuerdo Municipal Funza 2004 – 2007

Tiene una población relativamente joven (ver Tabla 1.2): el 85% corresponde a una población menor de 44 años y en un 50% el grupo de 15 a 44 años presenta factores de riesgo sociales como son el aumento de la población desplazada, el

Tabla 1.2. Población por grupos etarios

GRUPO ETARIO	URBANA		RURAL		TOTAL		TOTAL
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	
0-5 años	1,302	1,736	255	299	1,557	2,035	3,592
6-10 años	2,691	3,711	279	282	2,97	3,993	6,963
11-15 años	2,258	3,387	247	380	2,505	3,767	6,272
16-25 años	5,163	7,746	250	390	5,413	8,136	13,549
26-40 años	4,018	5,775	346	497	4,364	6,272	10,636
41-55 años	3,125	4,687	146	195	3,271	4,882	8,153
56-65 años	1,562	3,906	174	304	1,736	4,21	5,946
(+)de 65 años	738	1,107	130	195	868	1,302	2,17
TOTAL	20,857	32,055	1,827	2,542	22,684	34,597	57,281

Tomado de Plan de Desarrollo Acuerdo Municipal Funza 2004 – 2007

desempleo, el aumento de la violencia intrafamiliar y extrafamiliar, el alcoholismo, las pandillas y la drogadicción, reportados de acuerdo a la información estadística respecto a morbilidad por consulta externa, urgencias y egreso hospitalario del Hospital Municipal de Funza (Linares, J.P., & cols., 2002).

En el municipio de Funza se encuentra gran variedad de centros educativos los cuales capacitan al 29% del total de la población, desde jardines, hogares comunitarios, liceos, colegios, escuelas, gimnasios, concentraciones, institutos, con bachillerato técnico, industrial, académico y comercial.

La educación es un servicio público que cumple una función social. Respecto a los recursos educativos del municipio de Funza. Los colegios privados que ofrecen secundaria, más reconocidos y en los cuales se encuentra mayor número de estudiantes, son:

- Colegio Militar Coronel Juan José Rondón, con 719 estudiantes, que representan el 4,6%.
- Colegio Nuestra Señora del Rosario, con 760 estudiantes, que representan el 4,8%.
- Colegio Parroquial Santiago Apóstol, con 833 estudiantes, que representan el 5,3%.

Los colegios oficiales con mayor importancia en el municipio de Funza son:

- Unidad educativa Municipal Miguel Antonio Caro, con 797 estudiantes, que representa el 5,1%.
- Colegio Departamental de Funza, con 2161 estudiantes, que representa el 13,8%.

Por otro lado, Funza soporta condiciones que revisten características de criticidad generadas por su cercanía con Bogotá; el número cada día creciente de desplazados por diferentes factores, la proliferación de asentamientos irregulares, las deficiencias estructurales del sistema vial, la carencia de un verdadero sistema de espacio público, la gran crisis de desempleo de hondas repercusiones en la juventud

funzana, la contaminación indiscriminada de las fuentes superficiales de agua en especial los humedales; la contaminación ambiental por ruido, vertimientos, emisiones a la atmósfera y el alto deterioro de los suelos etc., la dependencia y bajas coberturas de servicios básicos en especial en las zonas rurales, la indiferencia nacional e institucional, entre otros factores, son causa y efecto de la pobreza, inseguridad ciudadana, marginalidad social e informalidad económica (Vargas, H., 2004).

Los factores de riesgo de la comunidad funzana se manifiestan en la pérdida de identidad cultural y debilitamiento del sentido de pertenencia, marginación social, cultural y económica y desorganización comunitaria, lo cual hace proclive a una sociedad desinformada y vulnerable al consumo de sustancias psicoactivas, especialmente en la población adolescente.

Partiendo del contexto del Plan de Desarrollo Municipal de Funza, los resultados del presente estudio son la base para orientar el diseño y desarrollo de políticas, programas y/o proyectos de bienestar y conservación de la salud integral del adolescente y la comunidad, tratando de facilitar la integración social de todos los individuos, donde se fomenten estilos de vida sanos y alejados del consumo de drogas.

La actuación comunitaria representa una estrategia que busca comprometer a todos los colectivos que integran la comunidad, y que puedan realizar aportaciones en la prevención de las drogodependencias directa o indirectamente, responsabilizando a todos los colectivos sociales en la búsqueda y puesta en marcha de iniciativas y actuaciones preventivas sólidas y continuadas.

La investigación pretende dar respuesta a los siguientes interrogantes:

¿Cuáles Factores Psicosociales se comportan como de riesgo o de protección que caracterizan el comportamiento del consumo de sustancias psicoactivas en la población joven escolarizada del municipio de Funza?

¿Existen factores psicosociales más frecuentemente relacionados al consumo de alcohol en los jóvenes escolarizados que los asociados al consumo de sustancias psicoactivas ilegales?

¿El índice de severidad de los Factores de Riesgo Psicosociales en los dominios de Patrones de Comportamiento; Desorden Psiquiátrico; Competencia Social; Sistema Familiar; Desempeño Escolar; Relación con los Amigos o Pares; Tiempo Libre y Recreación; y Droga y Uso de Alcohol se relaciona con el consumo de Sustancias Psicoactivas?

¿Qué conocimientos y cuáles son las actitudes y prácticas de docentes y padres de familia frente al consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes del municipio?

1.4 SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

1.4.1 Aspectos generales de farmacodependencia

“Desde la antigüedad el deseo de modificar el nivel de conciencia y el estado de ánimo han sido factores que contribuyen a que el hombre consuma sustancias psicoactivas. Sin embargo, en las culturas primitivas existía una limitación, el uso de sustancias psicoactivas estaba restringido prácticamente a determinadas ceremonias de tipo ritual o religioso. Las preparaciones solían tener una

pequeña concentración del principio activo, ya que los métodos de producción y elaboración eran muy precarios y el consumo realizado por vía oral llevaba a una absorción lenta y progresiva que facilitaba su metabolización y eliminación". Estos factores determinan que el uso de estas sustancias difícilmente fuera catalogable dentro de los criterios actuales de abuso y dependencia (San Vicente de Paul, 1994).

No se conoce con certeza la época de iniciación del consumo en este continente pero sí es claro que antes del descubrimiento de América nuestros antepasados usaban coca, tabaco, yapo, yaga, rapé, escopolamina, chicha, a las que se les asignaba un valor mítico y ritual. Antes de la llegada de los españoles estos productos no constituían un problema social, ya que se restringían a ocasiones especiales sin presentar los efectos devastadores que hoy en día producen en los ámbitos físico, psicológico y social (Gómez-Gómez, 1992).

Aunque la droga ha sido parte de la cultura de grupos de protesta o bandera de autodenominados nacionalistas, ninguna de estas opciones ideológicas puede negar que el consumo de drogas en el mundo contemporáneo, sujeto a maquinarias comerciales internacionales, constituye un problema social muy grave dentro de nuestro contexto cultural, desprovisto de marcos que le den al consumo un lugar dentro de tradiciones y significantes míticos (Castro, 2006). Como consecuencia, actualmente la edad de inicio del consumo de sustancias está disminuyendo, su tasa de consumo está convergiendo entre hombres y mujeres, y más adolescentes están reportando su uso (Sloboda, 2002).

Independientemente de la forma como se entienda el consumo de sustancias psicoactivas, con sus antecedentes e implicaciones de carácter cultural y en especial político y económico que tocan con las estructuras internacionales de finanzas y poder, el uso de sustancias es un problema que atañe al sector salud, porque el consumo de psicoactivos afecta la salud del consumidor, le predispone para ser víctima o agente de violencia y accidentes y, en general, tiene efectos sobre las diferentes estructuras sociales y la calidad de vida de las comunidades (Castro, 2006).

A continuación se presentan algunos aspectos relacionados con las sustancias de consumo y su clasificación, dependiendo de los efectos en el organismo.

1.4.1.1 Depresivos

Alcohol (etílico)

Haciendo un recuento histórico, en Caná y Palestina se encuentran textos de 1.400 años a. C. con alusiones a banquetes con abundante vino y al conocimiento de deidades adoradas como dioses del consumo de bebidas embriagantes. En América, desde la época precolombina, se consumían bebidas embriagantes obtenidas por medio de la fermentación –especialmente la chicha–, que eran acompañantes obligatorias de todas las celebraciones, incluyendo el ritual mortuorio. Aun hoy, se conservan esos rituales ligados al consumo de bebidas alcohólicas pero se ha cambiado el tipo de bebida (Bejarano, 1950; Sayres, 1956). Las bebidas alcohólicas llegaron a los Estados Unidos con los irlandeses en 1607 (Gómez-Gómez, 1992).

El conocimiento de los daños a la salud provocados por el consumo de alcohol también es antiguo. Desde Hipócrates (460 a. C.) se habló de la locura alcohólica

y Asclepiades comentó la asociación entre cirrosis hepática y el abuso en el consumo de vino (Rosenstingl, 1974 citado por Velásquez y Scoppetta, 1998).

En el territorio colombiano, la guerra contra el consumo de alcohol tuvo su escenario en la larga cadena de acciones contra la chicha. Los problemas que trajo el consumo de chicha llevaron a que en 1658 el doctor Dionisio Pérez Manrique, presidente de lo que es hoy Colombia, dictara varios actos de gobierno, entre los cuales estuvo la prohibición del consumo de chicha (Mejía, 1980 citado por Velásquez y Scoppetta, 1998).

En 1820, Bolívar dictó un decreto prohibiendo "para siempre la chicha en Sogamoso" (Roselli, 1968 citado por Velásquez y Scoppetta, 1998). En 1898, los doctores Liborio Zerda y Josué Gómez organizaron campañas contra el consumo de chicha. En 1912, el general Rafael Uribe Uribe presentó al Senado un proyecto sobre la reglamentación de bebidas alcohólicas. Por la misma época, el término alcoholismo fue empleado por primera vez por Magnum Huss, médico sueco, en 1849 (Bejarano, 1950). En 1943, Jellinek caracterizó gnoseológicamente el alcoholismo, y la Organización Mundial de la Salud define el término como "incapacidad de abstenerse".

En 1915, el doctor Luis López de Mesa publicó el libro *El problema del alcoholismo y su posible solución* y en un congreso médico reunido en Medellín se presentaron ponencias sobre el consumo de alcohol y la criminalidad (Roselli, 1968, citado por Velásquez y Scoppetta, 1998). En 1948, el doctor Jorge Bejarano prohibió la fabricación de chicha por medio de la aprobación de la ley 34 de 1948. Pero fue sólo en 1955 cuando se realizó en Bogotá, el primer congreso nacional sobre alcoholismo en el cual se trató una serie de temas sobre aspectos epidemiológicos, sociales, biológicos y legales.

En 1967, durante el Séptimo Congreso Nacional de Psiquiatría, se presentó un trabajo titulado "*Bases para el estudio del alcoholismo en Colombia*", en el que se planteaba la necesidad de iniciar estudios epidemiológicos en el país, para conocer la realidad del problema. A su vez, en Medellín se llevó a cabo el "*Primer estudio poblacional sobre consumo de sustancias psicoactivas*" y se incluyó el consumo de bebidas alcohólicas en 1984 (J. C. Velásquez & Scoppetta, 1998). Durante 1987 y 1988, un equipo interinstitucional realizó los estudios de validación de una serie de instrumentos para la utilización como pruebas diagnósticas de alcoholismo. Uno de ellos fue el CAGE, el cual se seleccionó como prueba tamiz para incluirlo en el Primer estudio nacional sobre alcoholismo y consumo de sustancias psicoactivas, Colombia, 1987 (Torres & Murrelle, 1987).

Varios autores estadounidenses coinciden en que un claro conocimiento sobre la prevalencia y naturaleza del alcoholismo es difícil, ya que con frecuencia se encuentran discrepancias entre los clínicos y los investigadores para distinguir entre los diferentes patrones de consumo de alcohol y la definición misma de alcoholismo. Para algunos, los patrones están clasificados como consumo excesivo de alcohol; consumo de alcohol; consumo de alcohol con consecuencias o problemas para la salud o consecuencias sociales y dependencia del alcohol caracterizada por la incapacidad para controlar el consumo de bebidas alcohólicas y el desarrollo de tolerancia física o dependencia (Polich y Kaelber, 1985 citado por Velásquez y Scoppetta, 1998). Cuando se aplican definiciones sobre el alcoholismo solo a partir de la cantidad de bebidas alcohólicas consumidas, los investigadores serios coinciden en que la respuesta es muy poco precisa a pesar de la honestidad de la persona que informa (Barnhouse, 1988 citado por Velásquez y Scoppetta, 1998).

Actualmente se acepta que los trastornos por uso de sustancias, incluyendo el alcoholismo, se caracterizan por un patrón inadecuado de consumo de sustancias psicoactivas que se puede manifestar como abuso o dependencia (DSM-IV, 1995).

El alcoholismo es una enfermedad crónica que se acompaña de signos y síntomas clínicos de toxicidad en los tejidos, los peligros de dependencia física, el riesgo de síndrome de abstinencia y el daño que ocasiona a la vida psicosocial del individuo. La dependencia del alcohol se caracteriza por el desarrollo de conductas desadaptadas asociadas al uso prolongado de grandes cantidades de alcohol. Las complicaciones médicas más frecuentes de la dependencia al alcohol son la cirrosis hepática, la neuropatía periférica, el daño cerebral y la cardiomiopatía. También se observa con frecuencia gastritis y pancreatitis. Entre las complicaciones más temidas están aquellas de tipo neuropsicológico. Además, el alcoholismo puede enmascarar o exacerbar múltiples trastornos médicos y psicológicos (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995).

Hay una amplia evidencia sobre la asociación del alcoholismo con violencia—homicidios, accidentes y suicidios—, enfermedades orgánicas como cirrosis hepática y pancreatitis, problemas laborales y pérdida de productividad por ausentismo, accidentes de trabajo, incapacidades, años de vida perdidos, aumento en la demanda de atención médica y otros efectos negativos sobre el individuo, el núcleo familiar y la sociedad (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995).

El síndrome de abstinencia asociado a alcoholismo incluye temblor, debilidad, sudación, hiperreflexia osteotendinosa, trastornos gastrointestinales e intenso dolor de cabeza. La forma más severa de este síndrome es el delirium tremens que comienza como un ataque de ansiedad seguido de confusión, falta de sueño, sudación, taquicardia, fiebre, alucinaciones vívidas de todo tipo, desorientación y si progresa, puede llevar a profunda depresión (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995).

Por otra parte, el consumo de grandes cantidades de alcohol puede llevar a una alucinosis alcohólica, que consiste en alucinaciones generalmente de tipo persecutorio, acusatorias y de amenaza que hacen que el paciente esté aterrorizado. A largo plazo, el consumo de alcohol puede conducir al síndrome de Korsakoff, que consiste en un daño irreversible de la memoria reciente.

En el caso de Colombia, el consumo de bebidas alcohólicas tiene una gran aceptación cultural en todos los estratos sociales, siendo considerada como una de las sustancias legales con mayor permisividad social. Sin embargo, por la rápida aparición de consumo problemático de esta sustancia, por el incremento del riesgo de accidentes y violencia, por disminución en el rendimiento escolar y laboral ligada a ella, y por su comportamiento como puerta de entrada al consumo de drogas más fuertes, en los últimos años se ha considerado que su vigilancia epidemiológica es importante.

En el Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, realizado en Colombia en 1993, se encontró que para nuestro país la edad de inicio promedio del consumo de alcohol fue de 15,6 años, con una desviación estándar de 4,6; 44,1% del total inicia el consumo de bebidas alcohólicas de quince o menos años. La diferencia para esta variable según sexo—inicio más temprano en hombres—fue estadísticamente significativa, con una $p < 0,001$. Además, 81,8% de la población estudiada manifestó haber consumido alcohol hasta la embriaguez; con un 88,8% de los hombres y 75,1% de las mujeres. Por cada mujer, más de tres hombres

consumieron bebidas alcohólicas hasta la embriaguez antes de los dieciséis años. El hallazgo anterior puede explicarse por una cultura en la cual el consumo de alcohol por el hombre es aceptado socialmente, mientras que en la mujer existe una menor permisividad social y familiar que se comporta como un factor de protección.

En la aplicación del CAGE realizada por el Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas en 1993 se encontró que 16,7% de la población estudiada presentaba problemas relacionados con alto riesgo de alcoholismo o alcoholismo, siendo mayor la proporción correspondiente al sexo masculino. Más de uno de cada cuatro hombres se encontró con problemas por el consumo de bebidas alcohólicas, convirtiéndose esto en un grave problema de salud pública nacional. La correlación entre pertenecer al sexo masculino y padecer alcoholismo está sustentada por la consistencia de hallazgos encontrados en Colombia y en Medellín, así como por la consistencia externa con muchos estudios realizados en Latinoamérica. En el mismo estudio nacional no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre clases sociales.

En el Estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas de 1996 se encontró una prevalencia de consumo de bebidas con contenido de alcohol en población general colombiana de 61,6%, en población universitaria en general de 76,2% y en población general de Santa Fe de Bogotá de 65,6%. La prevalencia de consumo durante el último mes, que se considera como una buena medida del consumo actual, fue de 35,5% en población general colombiana, de 48% en población universitaria en general y de 41,6% en población general de Santa Fe de Bogotá. Los niveles de consumo más altos en el último mes se encontraron en hombres, personas entre los dieciocho y 44 años, trabajadores y con nivel educativo universitario. Se informó, además, que el consumo según niveles de urbanización tenía un comportamiento en "U", es decir, alto en los niveles más bajos y en los niveles más altos, situación contraria al consumo de sustancias ilegales que muestra un problema concentrado en las grandes urbes (Rodríguez, 1997).

En este mismo estudio, se encontró que la incidencia anual (casos nuevos) fue de 4,8% y se caracterizó por estar entre los doce y diecisiete años, con una incidencia en hombres significativamente mayor que en mujeres y con una mayor frecuencia de consumidores nuevos con ocupación de estudiantes. La edad promedio de inicio de consumo de bebidas alcohólicas fue de 15,9 años, siendo ligeramente superior en hombres que en mujeres. Las razones principales para el consumo de bebidas alcohólicas fueron las celebraciones familiares (37%), la presión de los amigos (26,3%) y la dependencia, necesidad u otros (23,4%). El consumo se hizo principalmente en compañía de amigos (55,35%), de familiares (23,8%) y de compañeros de trabajo (7,9%), y los sitios donde se consumió con más frecuencia fue en las tiendas, en la propia casa, en recepciones y en casa de los amigos. Las personas que no habían consumido bebidas alcohólicas en el último mes manifestaron no hacerlo principalmente por ser malo para la salud (13,3%), porque "sólo bebió por probar" (11,9%) y porque "no le gustó" (10,8%). Las razones principales para nunca haber consumido bebidas alcohólicas fueron porque "no le gustaba" (30,5%), por la salud (26,1%), por temor a volverse bebedor (10%) y por su religión (9,2%) (Rodríguez, 1997).

En el Segundo estudio epidemiológico de consumo de sustancias psicoactivas de la ciudad de Santa Fe de Bogotá de 1992, solicitado por la Unidad Coordinadora de Prevención Integral de la Alcaldía Mayor de la ciudad, se encontró que la sustancia psicoactiva –legales e ilegales– de mayor consumo fue el alcohol, con una preva-

lencia de vida en población general de 75,63%; la edad de mayor consumo fue de dieciocho a veinticuatro años. La prevalencia de consumo del último año fue de 66,66%, con un incremento del consumo a medida que se asciende de estrato socio-económico. La edad de inicio de consumo de alcohol fue entre los doce y los diecisiete años; 54,8% de los hombres lo consumieron por primera vez antes de cumplir los quince años, mientras que 40,8% de las mujeres lo hicieron antes de los quince años. En cuanto a la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol, se observaron diferencias en el género: los hombres lo hacían en mayor cantidad y frecuencia que las mujeres. En referencia a la percepción de la gravedad del problema del consumo de alcohol, el 38,7% de los hombres y el 47,2% de las mujeres lo calificaron como grave (UCPI, 1995).

En cuanto a los sitios donde la gente consideraba que se consumía alcohol, 58,2% mencionó los bares y discotecas, 17% las fiestas, reuniones y paseos, 6,9% la calle o parque y 5,3% el colegio, la escuela y la universidad. En cuanto a la percepción de la compañía con la cual se consume alcohol, se encontró en la población general que 71,2% lo hacía en compañía de amigos o amigas, 14,9% de compañeros de trabajo, 4,8% del cónyuge, compañero marital o novio y 4,0% de compañeros de estudio. Al aumentar la edad se tendió a considerar menos a los compañeros de estudio (5,2% entre doce y diecisiete años y 3,0% para 35 a 45 años). (UCPI, 1995).

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses –INML y CF– en un informe de 1996 reportó que de las necropsias por homicidio provenientes de Santa Fe de Bogotá (3.227), se realizó la prueba de alcoholemia a 92% de los casos: en un 58% la víctima había ingerido licor (presentaba alcoholemia de 15 a 49 mg/ml en 15%, de 50 a 149 mg/ml en 18% y era igual o superior a 150 mg/ml en el 25%), y 33% de homicidios con arma de fuego, 49% de otros homicidios, 35% de suicidas y 10% de víctimas de muerte accidental estaban en estado de embriaguez (nivel de alcoholemia mayor a 50 mg/100 ml). Es importante resaltar en este mismo informe que los fines de semana concentraron 45% de los casos y de 2.728 eventos en los cuales se registró la hora de la lesión, 75% ocurrió en el horario nocturno (18:00-06:00 horas). Además, en 66% de los casos, la lesión se produjo en la vía pública, 6% en un establecimiento público con venta de licor, 6% en un vehículo, 6% en la residencia, 4,5% en el sitio de trabajo, 3% en baldío y 8% en otros sitios. El 93% de las víctimas de homicidio común eran hombres y 7% mujeres, 93% de los hombres tenía entre quince y 49 años y el 80% de las mujeres tenía entre quince y 44 años. Con respecto a las muertes por accidente de tránsito durante 1996, el INML y CF realizaron 1.299 necropsias, de las cuales el 83% (1.073) correspondía a personas lesionadas y muertas en Santa Fe de Bogotá; de estas se hizo alcoholemia al 75% y se encontró que el 51% había ingerido licor (14% presentó alcoholemia entre 15 y 49 mg/ml, 11% entre 50 y 149 mg/ml y 26% era igual o superior a 150 mg/ml) y que el 27% de las víctimas estaba en estado de embriaguez. El 57% de las lesiones fatales ocurrió en horario nocturno. En los fines de semana se concentró el 42% de los casos (Torres, 1993).

En el estudio sobre consumo de alcohol y lesiones en la temporada de diciembre de 1996 y 1997, realizado en la ciudad de Santa Fe de Bogotá, se encontró que hubo una disminución significativa de los accidentes de tránsito en la capital con relación al período anterior (23% menos), probablemente debido a la restricción de la venta y consumo de alcohol durante las festividades navideñas, lograda a través de la aplicación de una política trazada por las autoridades civiles de la ciudad (Velásquez y Scoppetta, 1998).

Igualmente, en el informe de la OPS en 1994, se presentaron estimaciones según las cuales entre 25 y 60% de los accidentes de tránsito en América Latina son causados por conductores embriagados. El Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas (Torres, 1993) encontró que en el comportamiento de los accidentes de tránsito bajo los efectos de las bebidas alcohólicas, ya sea como conductor o como peatón, se presentó una clara asociación con el sexo masculino, con una frecuencia de 5,9%, comparada con la encontrada en el sexo femenino de 1,5%; una razón de disparidad de 4,8% y límites de confianza de 95% ($2,9 < RD < 8,6$). Igualmente, a mayor puntaje del CAGE, aumenta la frecuencia de este tipo de accidentes: 3,5% en las personas evaluadas como normales, 24% en las de alto riesgo de alcoholismo y 28,8% en las alcohólicas; el chi cuadrado de tendencia presentó un valor de $p < 0,001$.

En el Segundo estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, 6,3% de la población general de Santa Fe de Bogotá, D.C. manifestó haber sufrido por lo menos un accidente de tránsito bajo los efectos del alcohol. Igualmente, la frecuencia de otros accidentes bajo efectos del alcohol fue de 9,1% y la frecuencia de incidentes violentos bajo efectos del alcohol fue de 5% (Torres & Montoya, 1997).

Con relación a la comorbilidad de depresión y consumo de alcohol, en el Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas de 1993 se comprobó la coexistencia del problema de alcoholismo con depresión clínica: entre las personas que fueron clasificadas como deprimidos, el 4,7% tenían alto riesgo de alcoholismo y el 6,4% eran alcohólicos (Torres, 1993).

Otros efectos asociados de manera estadísticamente significativa al alcoholismo en el Estudio nacional de salud mental y sustancias psicoactivas (Torres, 1993) fueron:

- Sentirse solo o aislado, 48,2% de los alcohólicos ($p < 0,0002$).
- Menor rendimiento en el trabajo o estudio, 38% de los alcohólicos.
- Dificultad para enfrentarse a los problemas, 40,3% de las personas con alcoholismo ($p < 0,001$).
- Sentimientos de sospecha y desconfianza de todos, 44,6% de los alcohólicos.
- Necesidad de consulta médica urgente y alcoholismo, se asociaron de manera estadísticamente significativa, con una $p < 0,01$.

El alcohol tiene un gran valor social; para la mayoría es sinónimo de amistad, festejo, alegría, hospitalidad, machismo y sociabilidad.

1.4.1.2 Cannabinoides

Marihuana

La marihuana es una planta aromática anual que se conoce desde hace más de 5000 años en Asia y China. Su nombre científico es *Cannabis sativa*, un arbusto silvestre que crece en zonas templadas y tropicales, pudiendo llegar a una altura de seis metros, extrayéndose de su resina el hachís (c). Las sustancias bioactivas extraídas de esta planta se conocen genéricamente como *Cannabinoides* (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995). Su componente psicoactivo más relevante es el delta-9-tetrahidrocannabinol (delta-9-THC), conteniendo la planta más de sesenta componentes relacionados.

Puede presentarse en distintas modalidades de consumo, sea en hojas que se fuman directamente, en resina del arbusto o en aceite desprendido de este último. El color de la hoja va del verde amarillento al marrón oscuro según el lugar de procedencia. De la modalidad en que se presente la droga dependerá su denominación: "marihuana" es el nombre de las hojas del cáñamo desmenuzadas, que después de secarse y ser tratadas pueden fumarse (también es conocida como "hierba", "marijuana", "mariguana", "mota", "mafú", "pasto", "maría", "monte", "moy", "café", "chocolate", etc.; en inglés se la conoce como "pot", "herb", "grass", "weed", "Mary Jane", "reefer", "skunk", "boom", "gangster", "kif", "ganja", etc.); su efecto es aproximadamente cinco veces menor que el del hachís.

La constancia escrita más antigua sobre su consumo data de la época del Emperador chino Shen Nung en el 1237 a. C. También fue conocida por los asirios y griegos del siglo V a. C. En la India hay constancia de su utilización desde hace más de 2.000 años, con finalidad de tipo místico en muchas ocasiones. Hay descripciones en el Antiguo Testamento sobre la sustancia, aunque de forma vaga y no comprobada. Hay casi absoluta certeza de su consumo por los griegos según unánimes referencias doctrinales, así como por los romanos, siendo los árabes los que la comercializaron en su área de influencia (Castro, 2006).

La marihuana fue introducida a Europa Occidental con fines "recreativos" en el siglo XIX, cuando los soldados de Napoleón regresaron de sus campañas en Egipto; posteriormente se fue expandiendo su uso por el mundo, ingresando en Estados Unidos de América alrededor de 1920. En 1937 se tomaron medidas oficiales para prohibir su uso en ese país, controlando su comercialización y uso público. Hasta los años 60 la marihuana fue utilizada solamente por grupos minoritarios, pero con el advenimiento de los movimientos juveniles de esa década, su uso se difundió a través de todos los grupos sociales, simbolizando la protesta. Su pico de aceptación y uso ocurrió en 1978; a partir de entonces su uso ha ido disminuyendo progresivamente a través de los años en grupos de población general (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995).

La concentración y contenido de tetrahidrocannabinol en las diferentes partes de la planta o entre diferentes plantas varía notablemente. La mayor cantidad de especies de marihuana utilizadas con fines ilícitos tienen contenidos de tetrahidrocannabinol que varían entre 1 y 5%. Los efectos conseguidos con ella dependen de la dosis consumida, la frecuencia y la ruta de administración. La manera más común de consumir marihuana es en cigarrillos armados con picadura de la planta, aunque en los últimos años han aparecido presentaciones líquidas de la sustancia (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995). Un cigarrillo de marihuana puede llegar a contener 150 mg de THC y llegar hasta el doble si contiene aceite de hachís, lo cual según algunos autores puede llevar al síndrome de abstinencia si se consume entre 10 y 20 días.

Al tratar su posible uso como medicamento, se distingue entre la marihuana y el THC puro y otros químicos específicos derivados del cannabis. La marihuana pura contiene cientos de químicos, algunos de ellos sumamente dañinos a la salud. El THC en forma de píldora para consumo oral (no se fuma) podría utilizarse en el tratamiento de los efectos colaterales (náuseas y el vómito) en algunos tratamientos contra el cáncer.

Otro químico relacionado con el THC (nabilone) ha sido autorizado por la "Food and Drug Administration" de Estados Unidos para el tratamiento de los enfermos

de cáncer que sufren náuseas. En su forma oral, el THC también se usa en enfermos de SIDA, porque les ayuda a comer mejor y mantener su peso.

Los científicos estudian la posibilidad de que el THC y otros químicos relacionados con la marihuana tengan ciertos valores medicinales. Algunos piensan que estos químicos se podrían usar en el tratamiento del dolor severo, pero es necesario tener más evidencia antes de usarlos para el tratamiento de problemas médicos.

Durante los años sesenta comienza el consumo casi masivo de esta sustancia así como de otras alucinógenas como el LSD, peyote, etc. En el mundo de la música y luego entre la burguesía intelectual norteamericana cundió la moda de fumar marihuana y hachís, extendiéndose a Europa Occidental. El cannabis fue un signo más del movimiento contracultural pretendiendo una nueva ideología, dentro de la burguesía, basada en el pacifismo, el orientalismo, el amor libre y la vida en la naturaleza.

Al principio el consumo afectó a estudiantes y clases altas y medias, para después extenderse por todos los estratos sociales, consumiéndose junto con alcohol y comenzando a crear problemas sanitarios. A pesar de ser una sustancia ilegal, su consumo continúa en aumento. Está probada la relación entre el consumo de esta droga y otras como alcohol, LSD, cocaína, anfetaminas y opiáceos, habiéndose probado su función en la escalada a drogas más peligrosas.

Las modalidades de marihuana disponibles a los jóvenes son más potentes que las que existían en la década del 60. Ello se debe a que los laboratorios clandestinos de los traficantes han conseguido realizar cambios a nivel genético en el cannabis, mediante sofisticados métodos de biotecnología, resultando en una mayor concentración de THC.

En el momento, la marihuana es la sustancia ilícita de mayor uso en todo el mundo. Para 1992 entre estudiantes de secundaria de Estados Unidos, existía un porcentaje de uso diario del 1,9% y de uso en el último mes de 11,9%. La proporción de prevalencia a lo largo de la vida fue 42,2% en este grupo poblacional. En muestras de población general se ha encontrado que un 33,2% de las personas ha utilizado marihuana alguna vez en la vida; 9,5% la ha utilizado en el último año y 4,8% en el último mes. El grupo de los adultos de 26 a 34 años es el más dado a haber utilizado marihuana alguna vez en la vida, pero aquellos situados entre los 18 y 25 años son quienes la han utilizado con mayor frecuencia en el último mes y el último año. La proporción de uso de marihuana en hombres durante el último mes es dos veces mayor que la encontrada para mujeres. Las personas residentes en áreas metropolitanas, independientemente del tamaño de la población, tienen mayor riesgo de usarla que aquellos residentes en zonas rurales (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995).

En los informes del programa "Monitoreando el futuro" en estudiantes de High School de Estados Unidos, se observa que la marihuana en el período 1975-1996 tuvo una prevalencia de vida promedio de 49,2%, así mismo la prevalencia de vida entre estudiantes de duodécimo grado en el período 1991-1996 fue de 38,2%. La prevalencia anual en duodécimo grado en el período 1991-1996 fue de 28,8% y la del último mes fue de 17,2%. La prevalencia anual entre estudiantes de tiempo completo fue de 29,3% en 1994 (Johnston, O'Malley, & Bachman, 1998).

En el Segundo Estudio Epidemiológico de Consumo de Sustancias Psicoactivas de la ciudad de Santa Fe de Bogotá de 1992, se encontró que la sustancia Psicoactiva ilegal de mayor consumo fue la marihuana, con una prevalencia de vida en pobla-

ción general de 6,53%, con una razón hombre/mujer de 3:1 (10,1% vs. 3,2%), con el mayor porcentaje de consumo en la vida en el grupo de 25 a 34 años (8,0%). La prevalencia de consumo del último año fue de 1,97% con predominio del género masculino (razón hombre/mujer de 3,5:1). La edad del primer consumo, tanto para hombres como para mujeres, se ubicó entre los 16 y 20 años, con un 61,5% para los hombres y un 63,4% para las mujeres. Se insinuó una tendencia que indicó que a medida que aumentaba el estrato social, la edad del primer uso de la marihuana se retardaba. Los hombres tendieron a consumir más a menudo que las mujeres y los estratos bajo y alto reportaron el consumo a diario más frecuente. De acuerdo a la edad actual, las personas de 25 a 34 años y 35 a 45 años consumieron marihuana a diario en un 20,0% y 33,3% respectivamente (UCPI, 1995).

Siguiendo con el mismo estudio del párrafo anterior, se encontró que con relación a la percepción social sobre el nivel de gravedad del consumo de marihuana, el sexo y el estrato influyeron en la percepción: aunque en los tres estratos el consumo de marihuana fue percibido como muy grave, el estrato bajo lo resaltó más, con el 81,4%. Con respecto al género, las mujeres subrayaron más esta condición con un 82,7%, a diferencia de los hombres quienes lo mencionaron en un 72,5%. La percepción del nivel de peligrosidad para la salud por el consumo de marihuana se ubicó en el 19,2%. En el caso de esta sustancia, la gente creía que se consumía en la calle en el 49,1%, en los bares en el 12,7% y en centros educativos en el 12,0%, a medida que el estrato aumentaba, disminuía la consideración de la calle como sitio de consumo y se incrementaba la creencia de que eran las fiestas. Con respecto a la opinión sobre las personas con las que se creía se consumía marihuana, la tendencia fue considerar los amigos como principales compañías y se incrementaba con la edad (60,4% para 12 a 17 años y 69,9% para 35 a 45 años). Al comparar los años 1988 y 1992, se observó un leve aumento en las prevalencias de vida y del último año, pasando de 5,6% a 6,5% en la primera y 1,8% a 2,0% en la segunda. La edad de inicio del consumo se mantuvo igual con 17,6 años en 1988 y 17,5 años en 1992. La percepción social sobre el peligro para la salud del consumo de la sustancia en población consumidora varió de 22,7% en 1988 a 18,0% en 1992 y en población no consumidora pasó de 28,2% en 1988 a 23,3% en 1992 (UCPI, 1995).

En el Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas de 1996, la marihuana fue la sustancia ilegal de mayor consumo. El 5,4% de la población colombiana la consumió al menos una vez en la vida, siendo mayor el consumo entre los hombres. En población universitaria colombiana la prevalencia de vida fue de 9,7% y en población general de Santa Fe de Bogotá fue de 6,7%. Las prevalencias mostraron que la razón hombre/mujer para el consumo de esta sustancia fue de aproximadamente 3:1. La prevalencia de vida observada por grupos de edad mostró que el grupo de 25 a 44 años presentó la estimación más alta. Igualmente, las personas que estuvieron buscando trabajo, las residentes en la región de Antioquia y en grandes ciudades, tuvieron las prevalencias de consumo más altas. La prevalencia en el último año reportada para población general colombiana fue de 1,1%, para población universitaria colombiana de 1,3% y para población general de Santa Fe de Bogotá fue de 1,6%. En este tipo de prevalencia se observó un predominio marcado en hombres, siendo mayor en el grupo de 18 a 24 años (Rodríguez, 1997).

Los "consumidores nuevos" se caracterizaron por ser jóvenes de 12 a 17 años, la mayoría hombres, estudiantes de secundaria y residentes en zonas de alta densidad poblacional. El inicio del consumo de marihuana se presentó en promedio a

los 17,7 años. Se inició porque lo "invitaron" en un 61,6%, generalmente los amigos en un 74%. La razón más frecuente que llevó al consumo fue la presión de los amigos y fue en compañía de ellos que más se fumó. Los sitios más frecuentes de consumo fueron parques y sitios recreativos. La razón más importante para nunca haber consumido marihuana fue la salud en un 28% de los casos, mientras que la menos importante fue la desaprobación social con el 1,9%. Los principales problemas por haber consumido alguna vez marihuana fueron los de tipo familiar, seguidos por problemas de salud (Rodríguez, 1997).

En el Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas se encontró en población general de Santa Fe de Bogotá que el 8,6% consumió marihuana alguna vez en la vida. El 5,7% la consumió durante el año anterior. El 4,3% reportó haberla consumido durante el último mes (Torres & Montoya, 1997).

En el Estudio sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas realizado en estudiantes de grados 10 y 11 en Marinilla –Antioquia–, se encontró que la proporción de prevalencia de su uso en la vida fue de 4,1%. La prevalencia de consumo en la última semana fue de 2%, siendo mayor en estudiantes de sexo masculino. El 90% de los encuestados no había utilizado esta sustancia (Arango, 1996 citado por Velásquez y Scopetta, 1998).

Los trastornos relacionados con uso de marihuana según la clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana son los siguientes (DSM-IV):

- Dependencia al cannabis.
- Abuso de cannabis.
- Intoxicación por cannabis.
- Delirium debido a intoxicación por cannabis.
- Trastorno Psicótico inducido por cannabis.
- Trastorno de ansiedad inducido por cannabis.
- Trastorno relacionado con uso de cannabis no especificado.

Para diagnosticar intoxicación por Cannabis se requiere que exista un uso reciente de Cannabis, después del cual se inicie un patrón de conducta desadaptada o cambios psicológicos, acompañados por dos o más de los siguientes signos: inyección conjuntival, aumento del apetito, boca seca, taquicardia (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995).

El diagnóstico de Delirium por intoxicación por Cannabis requiere que además de los criterios para una intoxicación, se presenten marcados cambios cognoscitivos que satisfacen los criterios generales para un delirium, tales como: alteraciones en la memoria, desorientación, trastornos del lenguaje y alteraciones en la sensoropercepción (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995).

El Trastorno Psicótico Inducido por Cannabis requiere el desarrollo de síntomas psicóticos tales como ideas delirantes o alucinaciones como consecuencia directa del uso de la sustancia. En el caso del Trastorno por ansiedad se espera que la marihuana genere estos síntomas en quien la consume (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995). La tolerancia está acreditada, siendo cruzada cuando se consume conjuntamente con opiáceos y alcohol (Castro, 2006).

La dependencia al Cannabis se diagnostica cuando se llenan los criterios genéricos para dependencia a sustancias ilícitas, a saber: aparición de tolerancia, abstinencia

cia, empleo de grandes cantidades de tiempo en usar o conseguir la sustancia, esfuerzos para controlar o dejar su uso, importante deterioro en el funcionamiento global del individuo derivado del uso de la sustancia y consumo continuo a pesar de saber que se corre un riesgo para la salud.

El THC afecta a las células del cerebro encargadas de la memoria, especialmente los tejidos del hipocampo, produciendo una disminución significativa de su volumen (Castro, 2006). Eso hace que la persona tenga dificultad en recordar eventos recientes (como lo que sucedió hace algunos minutos), y hace difícil que pueda aprender mientras se encuentra bajo la influencia de la droga. Para que una persona pueda aprender y desempeñar tareas que requieren de más de dos pasos, es necesario que tenga una capacidad normal de memoria a corto plazo.

Estudios recientes demuestran que la marihuana crea disfunciones mentales y disminución de la capacidad intelectual en las personas que la fuman mucho y por muchos años. En un grupo de fumadores crónicos en Costa Rica, se encontró que los sujetos tenían mucha dificultad en recordar una corta lista de palabras (que es una prueba básica de memoria). Las personas en el estudio también tuvieron gran dificultad en prestar atención a las pruebas que se les presentaron.

Es posible que la marihuana destruya las células de ciertas regiones especializadas del cerebro. Los científicos han observado que cuando se dieron altas dosis de THC a las ratas de laboratorio, presentaron pérdida de células cerebrales similares a las que se encuentran entre los animales ancianos. Los cerebros de ratas de entre 11 y 12 meses de edad (aproximadamente la mitad de sus vidas) tenían las características de los animales ya viejos.

Existen serias preocupaciones por sus efectos a largo plazo sobre la salud. Por ejemplo, un grupo de científicos de California examinó el estado de salud de 450 fumadores cotidianos (diarios) de marihuana (que no fumaban tabaco). En comparación con otras personas no fumadoras, estas personas tenían más ausencias de trabajo por enfermedad y más visitas médicas por problemas respiratorios y otras enfermedades. Los resultados indican que el uso regular de la marihuana o del THC son factores que provocan cáncer y problemas en los sistemas respiratorio, inmunológico y reproductivo.

Hachís

El nombre hachís (también conocido como "hashis") deriva de los terribles asesinos (hashiscins) árabes, que combatieron en las cruzadas entre los años 1090 y 1256. El hachís se obtiene de la inflorescencia del cáñamo hembra, sustancia resinosa que se presenta en forma de láminas compactas con un característico olor.

La marihuana es la forma más frecuente, conteniendo de 0,3 a 3% de delta THC; la concentración de THC llega al 10 % en el hachís, siendo su efecto diverso según factores como la velocidad con la que se fuma, la duración de la inhalación, cantidad inhalada, tiempo que el consumidor retiene la respiración después de inhalar y el estado anímico del sujeto. El consumo oral, tanto de marihuana como de hachís, implica efectos psicológicos similares a los expresados en la forma fumada pero de mayor intensidad y duración y con efectos nocivos potenciados.

El hachís tiene un promedio de THC de 3,6%, pero puede llegar a tener hasta 28%. El aceite de hachís, un líquido resinoso y espeso que se destila del hachís, tiene un promedio de 16% de THC, pero puede llegar a tener hasta 43%.

1.4.1.3 Estimulantes

Tradicionalmente usados para combatir la fatiga, el hambre y el desánimo, los estimulantes provocan una mayor resistencia física transitoria gracias a la activación directa del sistema nervioso central.

Estimulantes vegetales (café, té, colas)

El café, el té, el mate, la cola, el cacao, el betel y la coca son plantas que crecen en muchas partes del mundo. A pesar de que algunas de estas plantas suelen consumirse repetidas veces al día durante buena parte de la vida, son sustancias tóxicas que poseen efectos secundarios.

Son estimulantes del Sistema Nervioso Central, cuya sustancia activa es la cafeína. El efecto buscado por el consumidor es el aumento de la agudeza mental. Sus efectos a largo plazo pueden ser el agravamiento de problemas orgánicos. No son adictivas físicamente, pero sí psicológicamente.

Los efectos de la intoxicación crónica se pueden observar en los catadores de té. Tanto los catadores británicos como los hindúes padecen cirrosis, agitación, angustia, temblores, insomnio, náuseas y vómito.

El cacao era consumido por los aztecas debido a su contenido de cafeína y de teobromina. Sin embargo, los chocolates actuales no suelen contener estos alcaloides.

El consumo abusivo de café puede causar hipertensión y gastritis, sin contar con que también contiene alquitranes cancerígenos.

Aunque los estimulantes vegetales son considerados inocuos, conviene moderar su consumo ya que se trata de sustancias tóxicas susceptibles de producir efectos secundarios nocivos.

Coca

La coca, hoja del arbusto indígena americano "*Erythroxylon coca*", pertenece al grupo de los estimulantes. Su consumo es ancestral en ciertas partes de Latinoamérica, donde es una práctica habitual mascar las hojas, siendo una gran mayoría de los consumidores de las zonas donde se cultiva. Su efecto sobre el sistema nervioso central es menor que los de la cocaína, dado que para extraer un gramo de esta sustancia se necesitan 160 hojas de coca.

La coca es consumida mascándola con algún polvo alcalino como cenizas de vegetales o cal. También es fumada tanto sola como mezclada con tabaco y marihuana. La masticación de coca fue objeto de estudio por determinados facultativos, comprobando síntomas de abstinencia, depresión, fatiga, toxicidad y alucinaciones.

Las hojas de coca contienen 14 alcaloides psicoactivos, ácidos grasos y otras sustancias nutritivas como carbohidratos, proteínas, vitaminas B1, B2, Niacina, Nitrógeno, Calcio, Fósforo, Hierro, Caroteno, etc. y por eso consideran que su masticación ayuda a la abolición de la sed, el apetito, favorece la producción de la energía. Pero algunos autores consideran esto una falacia y sostienen que la coca no proporciona esos beneficios sino por el contrario, su efecto en el sistema nervioso central produce cambios intelectuales, adelgazamiento, anemia, disminución de la resistencia a las infecciones, apatía, torpeza mental (K. L. Medina, Schweinsburg, Cohen-Zion, Nagel, & Tapert, 2006).

Cocaína

La cocaína es un alcaloide contenido en las hojas del arbusto "*Erythroxylon coca*" siendo químicamente un derivado de la latropina. Es un estimulante cerebral extremadamente potente, de efectos similares a las anfetaminas. Además, es un energético vasoconstrictor y anestésico local, siendo absorbido por las mucosas nasales cuando se la aspira, se metaboliza en el hígado y se elimina por la orina. Fue usada inicialmente para el tratamiento de trastornos respiratorios y depresivos (San Vicente de Paul, 1994).

Por su efecto analgésico, se usó en intervenciones quirúrgicas. Posteriormente se empleó con fines militares por su efecto vigorizante y el componente de agresividad que otorga. A comienzos del siglo XX comienza a consumirse por aspiración nasal. En esta época, eran prácticamente desconocidos sus efectos perjudiciales por lo que estaba presente en las fórmulas de bebidas, jarabe contra la tos, lociones capilares, y hasta cigarrillos (Castro, 2006).

Arango y Child (Castro, 2006) en su obra *Narcotráfico Imperio de la Cocaína* dicen que después del arribo de los Españoles a América el consumo de sustancias psicoactivas y en especial la coca, aumentó considerablemente debido quizás a la carga de trabajo que fue impuesta al indígena y a la avidez del dinero por parte de los conquistadores quienes vieron en este producto un medio más para su enriquecimiento.

El cultivo comenzó a tomar vuelo hasta que en 1576 apareció el primer dictamen principal en el que calificaba la coca como "el talismán del diablo". Sin embargo, lo anterior no sufrió mayor efecto, pues los españoles, a pesar de la amonestación pontificia, continuaron traficando abiertamente con el producto y explotando inhumanamente al indígena a quien en muchas ocasiones le pagaban su trabajo con hoja de coca (1987).

Más tarde las plantaciones de coca fueron permitidas dentro del régimen colonial por las siguientes razones:

1. La coca como carga tributaria representaba un producto que se podía comercializar en forma amplia, segura y rentable.
2. La mano de obra bajo los efectos de la coca no sólo se tornaba incansable en el trabajo, además consumía pocos alimentos.
3. Parte de la coca recibida como tributo era utilizada por el patrón español para pagar la mano de obra indígena. Esta práctica se prolongó hasta nuestros días en muchas regiones de Colombia y América (San Vicente de Paul, 1994).

En Suramérica la historia de la cocaína se remonta a la formación del imperio Inca en donde el consumo estaba reservado inicialmente a la familia real; era considerado como un regalo de los dioses porque quitaba el hambre, daba felicidad, vigor y hacía olvidar las miserias. Se le llamó cocaína en honor de la primera reina del imperio Inca "mamá cuca". Durante la época de la conquista y en el apogeo del imperio, su consumo se generalizó entre soldados, agricultores y especialmente entre los mensajeros del correo, quienes tenían que emprender grandes jornadas para llevar los mensajes.

Los indios Aymara, en Bolivia, según parece la usaron antes de la conquista de los Incas. La palabra "coca" en sí misma es de origen Aymará, y significa simplemente planta o "árbol" lo que sugiere que la coca fue tenida como "la planta de las plantas" (San Vicente de Paul, 1994).

La iglesia llegó a atribuirle poderes demoníacos y ni con ordenanzas eclesiásticas y reales pudieron acabar con la masticación y uso; por el contrario, aumentó su consumo porque los industriales y plantadores se convirtieron en sus ardientes defensores por cuanto aumentaba el rendimiento laboral de los indígenas y requerían poca comida.

La cocaína purificada empezó a estar disponible a partir de 1884. A pesar de que los primeros reportes sobre uso indebido de la sustancia empezaron a aparecer alrededor de 1880, su uso continuó estimulándose, haciendo parte fundamental de múltiples medicamentos de uso libre; inclusive a principios del siglo XX se incluyó como ingrediente activo de una bebida gaseosa: la Coca-Cola. En 1860 A. Nieman extrajo por primera vez la cocaína en estado puro y en 1902 Willstatten estableció su estructura y la sintetizó (San Vicente de Paul, 1994). En 1909 existían en EE.UU: más de 70 bebidas registradas con componentes de cocaína, lo que incrementó la producción en los países donde se cultivaba coca, fundamentalmente Perú. Los estudios del uso de cocaína comenzaron con Freud, al que siguieron Hemmond y Bose, los cuales encontraron sintomatología aguda y crónica en el consumo (San Vicente de Paul, 1994).

Hasta la década del 70 el consumo de cocaína permaneció restringido a grupos minoritarios de la población, pero en esta década su consumo adquirió mayor popularidad y se difundió notablemente. En la actualidad, la cocaína se consigue con relativa facilidad y su precio ha disminuido con respecto al que tenía en los años 70, facilitándose aún más su consumo (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995).

Recientemente, en la década de 1980, los experimentos sobre patrones de consumo y cantidades certificaron sus efectos sobre la adrenalina, muy relacionada con la agresividad. En las dos últimas décadas hubo un enorme incremento en la cantidad de personas adictas a la cocaína, resaltándose como dato significativo la adicción simultánea a otras sustancias (Castro, 2006). Algunos autores consideran que debido a la fórmula diluida como ellos utilizan la cocaína no experimentan alucinaciones y los efectos sociológicos y fisiológicos son menos nocivos y destructivos que la forma pura que consumen los adictos modernos.

Colombia es país considerado como el procesador y distribuidor del 70% del mercado mundial ilícito de la cocaína; la poca cantidad que se queda en el país por la vigilancia policiva, se vende a bajo costo aumentando el problema de la farmacodependencia (Castro, 2006).

Las consecuencias de su consumo son complejas, involucrando daños de muy diversa índole: cerebrales, sociales, familiares, medioambientales, etc. Aunque los problemas sociales son reportados con anterioridad al consumo, todos los demás problemas se agravan luego de iniciado su uso (San Vicente de Paul, 1994).

Los usuarios de cocaína suelen tener con mayor frecuencia otros trastornos psiquiátricos en comparación con la población general, además induce con frecuencia complicaciones médicas, por las cuales los estados relacionados con uso de cocaína se han hecho uno de los motivos de consulta más frecuentes relacionados con sustancias psicoactivas en los servicios de urgencias de los Estados Unidos (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995).

La cocaína estimula el sistema nervioso central, actuando directamente sobre el cerebro. Sus efectos fisiológicos inmediatos son: sudoración, aumento en la potencia muscular, midriasis, incremento de actividad cardiaca y presión sanguínea, di-

latación de los vasos sanguíneos periféricos, convulsiones, aumento en el ritmo respiratorio y de la temperatura corporal. Estos síntomas pueden provocar la muerte por paro cardíaco o fallas respiratorias. Además se presentan irritaciones y úlceras en la mucosa nasal. Comúnmente causa congestión nasal, que puede presentarse o no con secreción líquida (Ortiz, Soriano, Galván, & Meza, 2005). En los casos de intoxicación aguda, sus efectos, que consisten en la hiperestimulación, el aumento de la presión sanguínea y la aceleración del ritmo cardíaco, seguidos de una subestimulación, con parálisis muscular y dificultades respiratorias, pueden terminar en un colapso cardiocirculatorio (Castro, 2006).

El uso por vía inyectable expone al adicto a infecciones de SIDA, hepatitis B y C, y otras enfermedades infectocontagiosas. La infección con el VIH puede producirse por la transmisión directa de virus al compartir agujas y otros dispositivos contaminados. Además, puede producirse indirectamente por transmisión prenatal a un niño cuya madre está infectada con el VIH.

El uso y abuso de drogas ilícitas, incluyendo el crack y la cocaína, se han convertido en el principal factor de riesgo de contagio con el virus VIH. Sumado a ello, la hepatitis C se está difundiendo rápidamente entre los adictos que se inyectan; el índice de infección varía entre el 65 y el 90 por ciento en este grupo de personas, de acuerdo al país. Hasta hoy, no se ha descubierto una vacuna contra el virus de la hepatitis C, y el único tratamiento disponible es caro, muchas veces infructuoso, y con serios efectos colaterales.

La cocaína es una droga extremadamente adictiva, cuyos efectos se perciben en un lapso de 10 segundos y duran alrededor de 20 minutos. Actúa directamente sobre los centros cerebrales encargados de las sensaciones del placer. Dada su alta capacidad de producir daños y hasta destrucción celular, las sensaciones que eran placenteras en sujetos recién iniciados se convierten en efectos desagradables como agitación, llanto, irritabilidad, alucinaciones visuales, auditivas y táctiles, delirio paranoide, amnesia, confusión, fobias o terror desmedido, ansiedad, estupor, depresión grave y tendencias suicidas.

Los efectos psíquicos reconocidos por la mayoría de los autores y recogidos en publicaciones recientes incluyen euforia, inestabilidad, aumento de la comunicación verbal y de la seguridad en uno mismo, inquietud, anorexia, insomnio e hipomanía. El adicto experimenta pérdida de interés e imposibilidad de sentir placer ante la falta de la sustancia. Así, la cocaína se convierte en el único objetivo y motivo en la vida del adicto, desplazando todo tipo de sentimientos. Las relaciones con los fenómenos criminales son expresamente citadas por los autores, asociándose su consumo a la predisposición al delito.

La cocaína es consumida por muy variados tipos de sujetos y motivos. Existe un patrón de consumo recreativo, al estilo del alcohol, presentando una ingesta controlada de la sustancia: es el caso de quienes ingieren la droga ocasionalmente cuando se les ofrece. Se diferencian radicalmente de adictos habituales, quienes desarrollan tolerancia y necesitan de mayores dosis para alcanzar iguales resultados. A esta situación puede llegarse por causas diversas, pero siempre relacionadas con factores sociales y ambientales determinantes.

Los cuadros clínicos causados por consumo de cocaína son (DSM-IV):

- Dependencia a la cocaína.
- Abuso de cocaína.

- Intoxicación por cocaína.
- Abstinencia de cocaína.
- Delirium por intoxicación con cocaína.
- Trastorno psicótico con alucinaciones inducido por cocaína.
- Trastorno psicótico con delirios inducido por cocaína.
- Trastorno del afecto inducido por cocaína.
- Trastorno de ansiedad inducido por cocaína.
- Disfunción sexual inducida por cocaína.
- Trastorno del sueño inducido por cocaína.
- Trastorno relacionado con cocaína no especificado.

Los diagnósticos de abuso y dependencia de cocaína siguen los mismos criterios genéricos para estos trastornos aplicables a cualquier sustancia. La adicción a la cocaína posee condicionantes que la desencadenan, que pueden ser el reforzamiento de una personalidad insegura, que recibe un apoyo en el estímulo del tóxico. En lugar de tratar este déficit patológico con antidepresivos o fármacos estabilizadores del estado de ánimo se recurre a una vía aparentemente rápida. Dado que los efectos de la cocaína sobrepasan su punto álgido a los treinta minutos, el individuo precisa varias dosis durante el día para alcanzar cierta estabilidad emocional y evitar el efecto disfórico que la propia droga ocasiona luego de varias horas desde la ingesta.

La cocaína estimula el sistema nervioso central. Sus efectos inmediatos incluyen:

- Dilatación de las pupilas
- Aumento de la presión sanguínea, del ritmo cardiaco y respiratorio
- Aumento en la temperatura del cuerpo

Su uso ocasional puede producir:

- Congestión o drenaje de la nariz
- Ulceración de la membrana mucosa de la nariz
- La inyección de cocaína con equipo contaminado puede producir SIDA, hepatitis y otras enfermedades.

El uso crónico de esta droga causa los siguientes síntomas en el organismo en adición a los efectos arriba mencionados:

- Dolor abdominal
- Náuseas
- Vómitos
- Respiración irregular
- Convulsiones
- Paro cardiaco

La abstinencia a la cocaína debe diagnosticarse cuando ante la disminución o suspensión abrupta en el consumo prolongado y pesado de cocaína hay aparición de afecto disfórico y dos o más de los siguientes cambios fisiológicos: fatiga, pesadillas vívidas, insomnio o hipersomnio, aumento del apetito, retardo o agitación psicomotora. Todos estos síntomas deben causar marcado malestar o deterioro en el funcionamiento global del individuo, y no son debidos a una causa diferente a la

ausencia de consumo de cocaína (Castro, 2006). La mezcla de cocaína con heroína, conocida como "speedball", puede causar la muerte.

El uso de cocaína ha fluctuado dramáticamente en las últimas dos décadas en todo el mundo. A continuación pueden observarse algunos indicadores relacionados con el uso de cocaína obtenidos a través de diferentes sistemas de recolección de información en los Estados Unidos.

En la Encuesta Anual para Estudiantes de Secundaria (High School Senior Survey) se reflejan los cambios en los autorreportes de uso de cocaína en esta población a lo largo del tiempo. Todos los indicadores de uso (prevalencia en la vida, en el último año, en el último mes) han disminuido notablemente entre 1985 y 1992, alcanzando niveles tan o más bajos que los observados cuando se realizó la primera encuesta en 1975 (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995). En el período 1975-1996 la prevalencia de vida promedio reportada fue de 11,7%, así mismo la prevalencia de vida entre estudiantes de duodécimo grado en el período 1991-1996 fue de 6,5%. La prevalencia anual en duodécimo grado en el período 1991-1996 fue de 3,7% y la del último mes fue de 1,5%. La prevalencia anual entre estudiantes de tiempo completo fue de 2,0% en 1994 (Johnston, O'Malley, & Bachman, 1998).

La Encuesta Nacional de Hogares sobre Consumo de Drogas Psicoactivas (*National Household Survey on Drug Abuse*) mostró una notable disminución en el uso casual de cocaína entre 1985 y 1992, manteniéndose sin mayores cambios en 1993. Los indicadores correspondientes a usuarios habituales de la sustancia no mostraron diferencias significativas entre esos años (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995). La encuesta de comunidad *Epidemiologic Catchmen Area Study* encontró que los porcentajes de prevalencia para abuso y dependencia de cocaína eran demasiado bajos para ser medidos y que la prevalencia en la vida era del 0,2% (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995).

El primer estudio de prevalencia sobre uso de cocaína, realizado por el Ministerio de Salud en 1972, mostró que la cocaína no era una de las sustancias más utilizadas. En el estudio nacional de 1987, ya aparece el consumo de bazuco (6 por 1000) y de cocaína (3 por 1000) (Pulido, 1996).

En el primer estudio realizado en Santa Fe de Bogotá en 1988, el porcentaje de personas que habían consumido por lo menos una vez en el último año, era 0,9% para bazuco y 1,4% para cocaína. En el segundo estudio (1992), el consumo para las dos sustancias presenta un leve descenso: para bazuco 0,8% y para cocaína 1,1% (Pulido, 1996).

El Ministerio de Educación Nacional publicó un estudio en 1992, realizado con estudiantes de básica secundaria, en el cual el porcentaje de jóvenes consumidores en el último año fue de 0,8% para bazuco y 1,5% para cocaína. La Fundación Santa Fe y la Escuela Colombiana de Medicina encontraron en su estudio (1992) un 1,5% tanto para cocaína como para bazuco en el mismo indicador (consumo en el último año) (Pulido, 1996).

En el Segundo Estudio Epidemiológico de Consumo de Sustancias Psicoactivas de la ciudad de Santa Fe de Bogotá de 1992 (Unidad Coordinadora de Prevención Integral –Alcaldía Mayor de Santa Fe de Bogotá, 1995), se encontró que la prevalencia de vida para la cocaína en la población general fue de 2,85%, con una razón hombre/mujer de 3,8 (4,6 % vs. 1,2%), con el mayor porcentaje de consumo en la

vida en el grupo de 25 a 34 años (3,8%). La prevalencia de consumo anual fue de 1,08% con predominio del género masculino (razón hombre/mujer de 6:1). La edad promedio del primer consumo fue de 21,5 años y el rango de edad en el que se presentó el mayor porcentaje fue el de 16 a 20 años (53,7%). La edad de inicio estuvo influida por el género: los hombres tendieron a iniciar más tempranamente que las mujeres, el 10,9% de los hombres consumieron cocaína antes de los 15 años. De igual manera para el estrato socioeconómico, puede decirse que entre más bajo fue, más temprano se presentó el consumo. Las mujeres tendieron a consumir en mayores dosis que los hombres, específicamente en el consumo entre "1 y 2 gramos": 18,9% para los hombres y 27,3% para las mujeres.

En el mismo estudio del párrafo anterior, se observó que según "edad actual", las personas de 12 a 17 años tendieron a consumir cocaína en mayor cantidad, observándose un 50% para la categoría de consumo "entre uno y dos gramos", entre los 25 y 34 años estuvieron las personas con tendencia a consumir las menores cantidades (75% correspondiente a menos de 0,5 gramos). Los consumidores de grandes cantidades fueron las personas pertenecientes a la clase alta con un 36,8%, la clase media fue la menos consumidora con un 71,0% en el consumo de menos de 0,5 grs. La clase baja se ubicó en una posición intermedia con un 33,4%. Al considerar la frecuencia del consumo, se pudo apreciar que la tendencia para cada rango de edad fue diferente. Las personas de 12 a 17 años reportaron hacerlo "de vez en cuando" (66,7%), mientras que las personas de 18 a 24 años reportaron hacerlo de vez en cuando en un 33,3%. En cuanto a la frecuencia de consumo según género, las mujeres parecieron tener patrones de consumo más intensos que los hombres al encontrarse que el 26,6% de las mujeres consumían "a diario" mientras que el 7,5% de los hombres lo hacen con esa misma frecuencia. En cuanto a la percepción social sobre el nivel de gravedad del consumo de cocaína, se observó que el sexo y el estrato influyeron en la percepción: con el incremento del nivel socioeconómico, tendió a disminuir la percepción de gravedad del consumo de cocaína. El nivel bajo lo percibió como muy grave, en un 89,6%, mientras que el alto en un 81,6%. Para el género, se puede decir que las mujeres hicieron un poco más de énfasis en la gravedad que los hombres. La percepción del nivel de peligrosidad para la salud por el consumo de cocaína se ubicó en el 44,2% y fue la segunda sustancia calificada como más peligrosa en esta área. Las opiniones señalaron como los tres principales sitios de consumo de cocaína, la calle (36,7%), los bares (13,8%) y las fiestas (UCPI, 1995).

En el Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, se encontró en la población de Santa Fe de Bogotá que el 2,1% consumió cocaína alguna vez en la vida. El 0,7% la consumió durante el año anterior (Torres & Montoya, 1997).

En el estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas de 1996, la prevalencia de vida para consumo de cocaína en población general colombiana fue de 1,6%, en población universitaria colombiana fue de 3,9% y en población general de Santa Fe de Bogotá fue de 2,3%. La razón hombre/mujer para la prevalencia de vida en población general colombiana fue de 5 : 1. Se observó que por grupos de edad la mayor prevalencia de vida se presentó en el de 25 a 44 años, con el 2,5% y la menor en el de 12 a 17 años con el 0,5%. El consumo de cocaína se encontró asociado al nivel educativo. La prevalencia de vida aumentó a medida que se incrementó el nivel de instrucción de los encuestados. El consumo además fue mayor en grandes cen-

tros urbanos. La edad promedio de inicio fue de 21,9 años. El 54,6% de las personas que consumió cocaína manifestó que su inicio lo hizo a partir de una invitación generalmente de amigos. La razón más frecuente para consumir cocaína fue la presión de los amigos y se hizo en compañía de ellos, generalmente en la propia casa, en bares o discotecas. El 69,7% de los que han consumido cocaína manifestó que nunca han consumido esta sustancia estando solos. El 72,4% de las personas que estaban consumiendo cocaína manifestó la intención de abandonar el consumo. De las personas que dejaron de consumir, las razones más importantes fueron: "produce adicción" (26%) y "no les gustó" o "solo inhalaron por probar" (31%). El principal motivo para nunca consumir fue la salud, seguida por el temor a los efectos que produce. Los principales problemas que les trajo el consumo de cocaína fueron los de tipo familiar, de salud y económicos (Rodríguez, 1997).

En un Estudio sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas realizado en la población de Marinilla (Antioquia) con estudiantes de los grados 10 y 11, se encontró que la prevalencia para esta sustancia a lo largo de la vida fue de 1,7%, pero solamente el 1,4% afirmó haberla consumido durante la última semana. El 95% de los escolares refirió no haber consumido jamás esta sustancia (Arango, 1996 citado por Velásquez y Scoppetta, 1998).

El consumo de cocaína se ha relacionado con violencia, en un estudio realizado por el Instituto de medicina legal y Ciencias forenses, en el cual se analizó información de 3506 necropsias de las cuales el 96% se produjeron en Santa Fe de Bogotá, se hizo análisis de estupefacientes al 61% de los casos y se encontró que el 20% fue positivo para cocaína. Igualmente, de 1299 necropsias por accidentes de tránsito, de las cuales el 83% correspondía a personas lesionadas y muertas en Santa Fe de Bogotá, se hizo en el 62% de los casos análisis de estupefacientes y el 4% era positivo para cocaína (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 1996).

Bazuco o bazuca

Corresponde a la pasta básica de cocaína a los productos que se obtienen en cualquiera de los pasos a que se somete posteriormente; esta pasta (sulfato de cocaína), o a los restos que quedan adheridos al recipiente donde se efectúa el proceso de extracción de la cocaína, o también a la sustancia que resulta del reversamiento o "patroseado" de la cocaína, resultando un polvo café, o con ayuda del calor se compacta en forma de bolas (Crack).

La Bazuca según sea pasta básica de cocaína o sulfato de cocaína o pasta de base lavada, el polvo es de color café, blanco sucio, crema o grisáceo; es de sabor astringente y con fuerte olor aromático, el cual estimula el deseo de fumar al adicto cuando es percibido en el aire (San Vicente de Paul, 1994). El nombre de Bazuca proviene de las palabras base y coca (Cocaína-Base) aunque se le ha relacionado con la palabra "basura" por ser un compuesto de desecho en el proceso de la cocaína y también con el arma llamada Bazooka (San Vicente de Paul, 1994). En el Estudio Nacional de Salud mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, realizado en Colombia durante 1993, se separó el análisis de los indicadores de bazuco y cocaína, pues tienen comportamientos muy diferentes.

En cuanto al bazuco, la Encuesta Anual para Estudiantes de Secundaria (*High School Senior Survey*) refleja los cambios en los autorreportes de uso de otras formas de cocaína en esta población a lo largo del tiempo. Todos los indicadores de uso (prevalencia en la vida, en el último año, en el último mes) han disminuido entre

1987 y 1996, alcanzando niveles más bajos que los observados en el primer año del período analizado. En el período 1987-1996 la prevalencia de vida promedio reportada fue de 7,76% (Johnston, O'Malley, & Bachman, 1998).

Esta forma de consumo de bazuco aparece en nuestro país con indicadores de consumo mayores que la misma cocaína. Durante el año previo a la aplicación de la encuesta del estudio nacional de 1993, cerca de cuatro de cada 1000 personas consumieron bazuco, con un límite superior que puede llegar a 4,4. Por sexo, fue mayor el consumo en el sexo masculino: por cada mujer consumidora se encontraron ocho hombres. Según edad, la mayor prevalencia de consumo de bazuco se encontró entre los 25 y 29 años; en el grupo de 12 a 15 años no se encontró consumo. La edad de inicio se dio entre los 11 y los 15 años, con el 16,7%; de los 16 a los 18 años el 33,4%; y entre los 19 y 25 años el 33,4% (San Vicente de Paul, 1994).

La prevalencia relativa de los factores de riesgo estudiados, en el análisis bivariado, mostró una fuerte asociación entre el consumo de bazuco y desconocer los efectos nocivos para la salud, con un resultado de 32; la presencia de amigo consumidor, con 16 y tener un hermano o familiar consumidor con 8,0. Para todas estas relaciones, se presentó asociación estadísticamente significativa con un valor de $p < 0,0001$ (Torres, 1993).

Por estrato social, las frecuencias más altas para la prevalencia anual se encontraron en el estrato bajo, seguido del medio-alto y del alto. Con relación al lugar de residencia se presenta una mayor proporción de prevalencia de consumo para todos los períodos a nivel urbano. En el caso de la prevalencia para el último año, por cada consumidor en el área rural se encontraron cuatro en el área urbana. Un 75% de los consumidores informan sobre su deseo de dejar el consumo, mientras que el 25% informó haber estado bajo tratamiento para dejar de consumirla (Torres, 1993).

En el Segundo Estudio Epidemiológico de Consumo de Sustancias Psicoactivas de la ciudad de Santa Fe de Bogotá de 1992, se encontró que la prevalencia de vida de consumo de bazuco en población general fue de 1,97%, con una razón hombre/mujer de 5:1 (3,3% vs. 0,7%), con el mayor porcentaje de consumo en la vida en el grupo de 25 a 34 años seguido del grupo de 18 a 24 años (3,0% y 1,8% respectivamente). La prevalencia de consumo anual fue de 0,81% con predominio del género masculino (razón hombre/mujer de 3:1). La edad de inicio estuvo influida por el género: los hombres tendieron a iniciar más tempranamente que las mujeres, el 10,0% de los hombres consumieron bazuco antes de los 15 años, mientras que ninguna mujer lo hizo a esa edad. Entre los 16 y 20 años los hombres iniciaron en un 57,9% mientras que las mujeres lo hicieron en un 47,4%. Con respecto al estrato, se observó que en el alto, el consumo se inició entre 21 y 25 años con un 41%; para los estratos medio y bajo se inició entre los 16 y 20 años con 49,9% respectivamente (UCPI, 1995).

El primer consumo de bazuco para las personas de los diferentes rangos de edad se ubicó preferencialmente entre los 16 y 20 años. En cuanto a la cantidad de consumo de bazuco, los porcentajes más altos se presentaron en el rango de 1 a 5 cigarrillos (65,2% en hombres y 59,3% en mujeres). En el rango de 12 a 17 años el 100% de las personas consumieron entre 1 y 5 cigarrillos; en el de 18 a 24 años, el 80% y en el de 35 a 45 años el 100% consumió de 1 a 15 cigarrillos. Por estrato socioeconómico, el 100% del alto consumió entre 1 y 5 cigarrillos, el 55,45% del medio y el 62,2% del bajo. Al considerar la frecuencia del consumo, se pudo apreciar que la tendencia para cada rango de edad fue diferente. Las personas de 12 a

17 años reportaron hacerlo "dos veces por semana" en el 33,3%, mientras que las personas de 25 a 34 años reportaron hacerlo dos veces al año en un 40,0% y los de 35 a 45 años una vez a la semana en un 33,3%. En cuanto a la frecuencia de consumo según género, la frecuencia más alta para los hombres es de una vez al mes (26,1%) y para las mujeres el consumo esporádico fue de 70,3%. Según el estrato socioeconómico, el bajo consumió preferencialmente cada 15 días (24%), el medio lo hacía de manera esporádica (49,6%) y el alto cada seis meses en un 36,8%. En cuanto a la percepción social sobre el nivel de gravedad del consumo de bazuco, con respecto al género, la percepción no difirió de manera significativa, pero sí con respecto al estrato, encontrándose una tendencia a que se le atribuya menos gravedad al consumo de bazuco al ir aumentando el estrato. El estrato bajo percibió gravedad en el 91,8% en tanto que el alto en el 84,0% (UCPI, 1995).

La percepción del nivel de peligrosidad para la salud por el consumo de bazuco fue la que resultó más alta de todas las drogas ilícitas con el 51,9%. En cuanto a los sitios de consumo, las opiniones señalaron como los tres principales, la calle con el 54,0%, los bares con el 10,3% y los centros educativos con el 7,1%. El estrato socioeconómico influyó en la opinión sobre los sitios de consumo; con el aumento de estrato la calle como sitio de consumo tendió a disminuir. Con respecto a la opinión sobre las personas con las cuales se podría consumir bazuco, la compañía que se percibió con los más altos porcentajes para esta sustancia fue la de los amigos (60,9%), seguida de "estar solo" con el 11,9% y de los compañeros de estudio y desconocidos con el 7,1%. Al comparar los años 1988 y 1992, se observó que la prevalencia de vida se mantuvo prácticamente igual, 2,3% y 2,0% respectivamente. Igual sucedió con la prevalencia anual pasando de 0,9% a 0,8%. La edad de inicio del consumo aumentó de 18,8 años en 1988 a 21,1 años en 1992. La percepción social sobre el peligro para la salud del consumo de la sustancia en población consumidora varió de 69,2% en 1988 a 54,1% en 1992 y en población no consumidora pasó de 57,1% en 1988 a 43,8% en 1992 (UCPI, 1995).

En el Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, se encontró en población general de Santa Fe de Bogotá que el 2,9% consumió bazuco alguna vez en la vida. El 0,7% la consumió durante el año anterior (Torres & Montoya, 1997). En el Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas de 1996, se encontró que el consumo de bazuco alguna vez en la vida en población general colombiana fue de 1,5%, en población universitaria colombiana fue de 2,6% y en población general de Santa Fe de Bogotá fue de 1,8%. En la distribución según género, predomina el consumo en el sexo masculino (2,5% vs. 0,6%). La prevalencia de vida por grupo de edad mostró que la categoría de mayor consumo fue la de 25 a 44 años. La prevalencia fue más alta en personas desempleadas, en grandes urbes y en los departamentos de Antioquia, Valle y la ciudad de Bogotá. La edad promedio de inicio fue de 18,2 años. El 58,2% inició el consumo por invitación, generalmente de los amigos, y la razón más frecuente que los indujo al consumo fue "que le gusta o está envenenado" (40,2%), seguido de la "presión de los amigos" (34%). El consumo se hizo la mayoría de las veces en zonas recreativas o parques. El 32,2% de los consumidores manifestó la intención, para el momento del estudio, de abandonar el consumo. Los que lograron hacerlo, mencionaron que lo hicieron por problemas de salud. La proporción de los que consumieron "sólo por probar" fue más baja que la reportada por todas las otras sustancias (8,6%). Los que nunca consumieron la sustancia manifestaron como razón principal "la salud" con el 28,4%, seguida de que "no le gustaba" con el

22,1%. En cuanto a los problemas que trajo el consumo de bazuco entre los usuarios de esta sustancia, se reportaron los de tipo económico con el 53,3%, los de tipo laboral con el 48,3% y los familiares con el 39,2%. Se encontró también que el bazuco fue la sustancia entre todas las ilegales que produjo la mayor proporción de problemas entre los consumidores (Rodríguez, 1997).

Crack

También denominado "cocaína del pobre", acarrea un grave riesgo social y sanitario por la dependencia que provoca y los efectos nocivos que ocasiona en el organismo. Se obtiene de la maceración de hojas de coca con kerosén y compuestos sulfurados, que lavada posteriormente con ciertos elementos volátiles, se convierte en el clorhidrato de cocaína.

La denominada base es un tóxico de mayor potencial nocivo que la cocaína, posee impurezas que impiden su administración endovenosa. Se ingiere por inhalación, lo que conlleva lesiones en la mucosa nasal y en el aparato digestivo. También se consume fumada en cigarrillos o pipas diseñadas al efecto.

La intoxicación por esta sustancia implica cuadros delirantes seguidos de procesos depresivos intensos. Sus consecuencias nocivas sobre el organismo son equiparables a las de las anfetaminas administradas por vía endovenosa, desestructurando la personalidad, y colocándola en una adicción compulsiva. Las lesiones orgánicas son evidentes e irreversibles.

Usualmente, los adictos crónicos o aquellos que llevan varios meses con ingestas de relevante cantidad y de forma continuada, sufren patologías mentales graves y crónicas como demencia o paranoia. Las lesiones en el cerebro son irreversibles (Castro, 2006).

Anfetaminas

Fueron sintetizadas por primera vez entre la última década del siglo XIX y la primera del siglo XX. Las anfetaminas estuvieron disponibles para el uso clínico en los años 30, y a finales de la década ya se empezaban a reportar casos de dependencia. Los primeros casos de psicosis anfetamínica se informaron en 1938. Hasta mediados de los años 60, cuando su uso se disparó de manera alarmante en los Estados Unidos, permanecieron como drogas de venta libre. Como consecuencia de esto la FDA restringió su venta y consumo, convirtiéndolas en drogas controladas. Sin embargo, las anfetaminas permanecieron disponibles hasta 1971 en forma de inhaladores nasales (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995). Los primeros experimentos clínicos se iniciaron hacia 1930, y desde 1935 se comercializó con gran difusión en el Reino Unido, Francia y Alemania. Durante la Segunda Guerra Mundial fue utilizada indiscriminadamente por todos los bandos, dado el carácter euforizante que contiene la sustancia y la agresividad que otorga.

Las anfetaminas fueron utilizadas como estimulantes, luego en forma de inhalaciones para el tratamiento de catarros y congestiones nasales, más tarde como píldoras contra el mareo y para disminuir el apetito en el tratamiento de la obesidad y, finalmente, como antidepresivos. Presentan una elevada tolerancia, que produce habituación y necesidad de dosis progresivamente más elevadas.

El consumo de este excitante está ampliamente extendido y distribuido por todas las clases sociales. A diferencia de lo que sucede con la cocaína que la consumen preferentemente los sectores medios y altos, las anfetaminas son consumidas tan-

to por ejecutivos que pretenden sobreexcitación como por amas de casa que buscan un anoréxico para sus dietas o por estudiantes que preparan exámenes. Al incidir en el sistema ortosimpático causan hipertensión, taquicardia, hiperglucemia, midriasis, vasodilatación periférica, hiperpnea, hiporexia, etc.

El estado de ánimo del adicto oscila entre la distrofia y la hipomanía, así como ansiedad, insomnio, cefalea, temblores y vértigo. Pueden aparecer cuadros depresivos y síndromes paranoides anfetamínicos. A dosis normales, sus efectos varían de acuerdo al individuo y las condiciones de ingesta. Pueden producir efectos pla-centeros, hiperactividad y sensación desbordante de energía, pero también causan temblor, ansiedad irritable, ira inmotivada y repentina y trastornos amnésicos e incoherentes. En la última fase se describen depresión, cuadros paranoides y delirios paranoides, alucinaciones y trastornos de conducta.

El consumo de anfetaminas puede conducir a actuaciones agresivas, al igual que los barbitúricos y el alcohol, por su gran efecto euforizante, unido a un descontrol en los instintos inhibitorios. Tales situaciones se producen cuando las dosis suministradas, generalmente por vía endovenosa, superan los 2 gr.

Está demostrado un mayor potencial en las anfetaminas que en la cocaína, tanto en su punto más álgido como en la duración de los efectos. Reacciones muy graves se producen al consumirlas con barbitúricos en el conocido fenómeno de la pluritoxicomanía. Tomadas en dosis importantes son causantes de confusión, tensión, ansiedad aguda y miedo. También pueden precipitar psicosis paranoide en sujetos no psicóticos. La psicosis anfetamínica desarrollada por el sujeto se asemeja a la psicosis paranoica y a la esquizofrenia paranoica (Castro, 2006).

El consumo de anfetaminas produce en el cuerpo los siguientes síntomas:

- acelera el ritmo cardiaco y pulmonar
- dilata las pupilas
- reduce el apetito
- produce sequedad en la boca
- sudores
- dolores de cabeza
- pérdida de visión
- mareos
- insomnio
- ansiedad

A largo plazo y/o usadas en dosis elevadas, ocasionan:

- temblores
- pérdida de coordinación
- colapso físico
- daño a riñones y tejidos
- depresión
- malnutrición
- aumento repentino de presión sanguínea que puede producir la muerte por ataque, fiebre muy alta o insuficiencia cardiaca.

Es adictiva porque el organismo la asimila y crea tolerancia a la droga, lo que ocasiona que el usuario necesite cada vez mayor cantidad para lograr la misma nota estimulante.

En la década de los 80 se vivió en Estados Unidos un nuevo pico, relacionado con la aparición de la Metanfetamina cristalina (ice); en la década de los 90 el uso indebido de anfetaminas y sustancias afines queda opacado por el de cocaína (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995). Sin embargo, las encuestas realizadas en ese país entre estudiantes de secundaria muestran como el consumo de anfetaminas y sustancias afines tiende a ser más alto que el de la cocaína y el crack, con una tendencia a la disminución entre 1971 y 1993. Por ejemplo, en 1982 el porcentaje de uso en la vida fue del 28%, y el de uso en los últimos 30 días, del 11%, mientras que en 1992 se encontró una prevalencia de uso a lo largo de la vida del 14%, y en el último mes de 2,3. La Encuesta Nacional sobre Abuso de Drogas, realizada en Estados Unidos en 1991, no encontró diferencias estadísticamente significativas en las prevalencias mencionadas entre 1991 y 1993 (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995).

Dos estudios poblacionales, el estudio epidemiológico ECA (Epidemiologic Catchment Area) y el NCS (National Comorbidity Survey) llevados a cabo en Estados Unidos desde la década de los 80 usando los criterios diagnósticos del DSM- III y DSM- III-R respectivamente, ofrecen estimativos de las prevalencias de abuso y dependencia establecidas mediante criterios estandarizados (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995). En el estudio ECA, las prevalencias de abuso o dependencia de anfetaminas en el último mes, en los últimos seis meses y a lo largo de la vida fueron respectivamente: 0,1%, 0,2% y 1,7% (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995).

Según lo informado por la Encuesta Anual para Estudiantes de Secundaria (High School Senior Survey) en el período 1975-1996 la prevalencia de vida promedio de consumo de estimulantes fue de 21,6%; además se observó durante el período una tendencia descendente en este indicador, con estabilización en los últimos cuatro años cuyo promedio fue de 15,3%. La prevalencia de vida promedio para estudiantes de duodécimo grado durante el período 1991-1996 fue de 15,1%, la prevalencia anual promedio fue de 8,6% y la prevalencia durante el último mes fue de 3,6%. La prevalencia anual entre estudiantes de tiempo completo en 1994 fue de 4,2% (Johnston, O'Malley, & Bachman, 1998).

En el Segundo Estudio epidemiológico de consumo de sustancias psicoactivas de la ciudad de Santa Fe de Bogotá de 1992, se encontró que la prevalencia de vida en población general para el consumo de anfetaminas fue de 1,22%, con una razón hombre/mujer de 14, :1 (1,4% vs. 1,0%), con el mayor porcentaje de consumo en la vida en el grupo de 35 a 45 años (1,6%). La prevalencia de consumo anual fue de 0,40% con una razón hombre/mujer de 2,7:1 (0,8% vs. 0,3%), con el mayor porcentaje de consumo anual en el grupo de 18 a 24 años (0,8%). En cuanto a la edad de inicio del consumo de anfetaminas, de acuerdo al género, el consumo se inició entre los 16 y 20 años en el 74% de los hombres y en el 48,1% de las mujeres. Según el estrato socioeconómico, en el estrato bajo el 66,3% inició entre los 16 y 20 años, mientras que el 68,9% del estrato medio inició en esta edad; la clase alta inició antes de los 15 años en un 51,9%. Teniendo en cuenta todos los rangos de edad, la tendencia fue a que el primer consumo se inició preferencialmente entre los 16 y 20 años. Al hacer la comparación entre los años 88 y 92, se encontró que la prevalencia de vida pasó de 1,6% a 1,2% respectivamente; la prevalencia en el

último año pasó de 0,9% a 0,4% respectivamente y el promedio de edad de inicio del consumo pasó de 23,4 años a 17,9 años (UCPI, 1995).

En el estudio Nacional sobre consumo de sustancias Psicoactivas de 1996, se estimó que la prevalencia de vida para el consumo de estimulantes en población general colombiana fue de 0,2%, en población universitaria colombiana fue de 0,9% y en población general de Santa Fe de Bogotá fue de 0,6%. La prevalencia anual fue de 0,1% para población general colombiana, de 0,5% para población universitaria colombiana y 0,4% para población general de Santa Fe de Bogotá (Rodríguez, 1997). En el segundo estudio de Salud Mental y Consumo de sustancias Psicoactivas publicado en 1997, se encontró en población general de Santa Fe de Bogotá que el 1,4% consumió estimulantes alguna vez en la vida (Torres & Montoya, 1997).

En el Primer Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias psicoactivas realizado en Colombia durante 1993 (Castro, 2006), se encontró que la población general presenta una prevalencia anual de 2.5 por mil, siendo para el sexo masculino de 6,1 por mil y para el femenino de 0,2 por mil. Según edad, la mayor prevalencia anual fue informada en el rango de edad de 16 a 19 años y entre los 39 y 49 años. La prevalencia de vida informó una prevalencia global de 7,1 por mil, con un límite superior de 8,2 por mil; para el sexo masculino este límite llega a 11,2 por mil. El 75% de los consumidores manifiestan el deseo de dejar de consumir las sustancias, y ninguno ha estado bajo tratamiento.

Entre estudiantes de grados 10 y 11 de la población de Marinilla (Antioquia), encuestados en 1996, se encontró que tenían una prevalencia a lo largo de la vida para el consumo de estas sustancias del 1%; con una prevalencia anual de 0,6%: y un índice de abstinencia del 99,8% (Arango y cols. 1996 citados por Velásquez y Scoppetta, 1998).

Los Trastornos Psiquiátricos relacionados con el consumo de anfetaminas y sustancias afines son (DSM-IV):

- Dependencia a las anfetaminas.
- Abuso de anfetaminas.
- Intoxicación por anfetaminas.
- Síndrome de abstinencia por anfetaminas.
- Delirium por intoxicación por anfetaminas.
- Trastorno psicótico inducido por anfetaminas, con alucinaciones o delirios.
- Trastorno del estado de ánimo inducido por anfetaminas.
- Trastorno de ansiedad inducido por anfetaminas.
- Disfunción sexual inducida por anfetaminas.
- Trastorno del sueño inducido por anfetaminas.
- Trastorno no especificado relacionados con las anfetaminas.

Éxtasis o MDMA

La metilendioximetanfetamina (MDMA), normalmente conocida como "éxtasis", "ectasi" o "X-TC", es una droga sintética psicoactiva con propiedades alucinógenas de gran potencial emotivo y perturbador psicológico, con propiedades similares a las anfetaminas. Su estructura química (3-4 metilendioximetanfetamina) se asemeja a la estructura de la metilendioxianfetamina (MDA) y de la metanfetamina, otros tipos de drogas sintéticas causantes de daños cerebrales.

Durante los años sesenta se utilizó con fines terapéuticos dado que según determinados sectores de la psiquiatría ayudaba a la comunicación y al tratamiento de neurosis fóbicas. Surgió entonces la polémica médico-legal, atribuyendo a su consumo repercusiones en la delincuencia, por lo que finalmente fue ilegalizado.

El éxtasis se empezó a producir hace 83 años en Europa y se popularizó en la década de los 60. Sin embargo, en Colombia no existen estudios que informen sobre su prevalencia a nivel nacional. El único estudio que reporta cifras concretas sobre esta sustancia en nuestro país es el realizado en Santa Fe de Bogotá durante 1997 por la Unidad Coordinadora de Prevención Integral del Distrito (UCPI), en el cual se encuestaron 200 estudiantes de cuatro universidades de la capital, encontrándose que un 10% del total de encuestados respondió que había consumido éxtasis y un 16% quería consumirlo. Se encontró además que quienes más consumen éxtasis entre los universitarios encuestados fueron los jóvenes de clase socioeconómica alta con los niveles de escolaridad más elevados, usualmente entre 18 y 25 años. Aunque el éxtasis no produce dependencia física, sí se han originado casos de muerte por intoxicación con esta sustancia (J. C. Velásquez & Scoppetta, 1998).

El éxtasis produce efectos psíquicos de gran potencial perturbador. Inicialmente el sujeto experimenta sensaciones de confianza y excitación, a las que sigue un estado de hiperactividad e incremento en los pensamientos morbosos. Los efectos del estimulante se diluyen provocando trastornos psicológicos, como confusión, problemas con el sueño (pesadillas, insomnio), deseo incontenible de consumir nuevamente drogas, depresión, ansiedad grave y paranoia. Estos efectos han sido reportados incluso luego de varias semanas del consumo. También se han informado casos graves de psicosis.

Entre los síntomas físicos pueden citarse: anorexia, tensión y trastornos musculares similares a los presentes en la enfermedad de Parkinson, bruxismo, náuseas, visión borrosa, desmayos, escalofríos y sudoración excesiva (este último signo es característico durante la intoxicación). El aumento de la frecuencia cardíaca y la tensión arterial crea riesgos de trastornos circulatorios o cardíacos. Informes forenses indican que en personas con deficiencias cardiorrespiratorias puede producir muerte súbita. Esta droga drena el cerebro de una importante sustancia química conocida como serotonina, lo cual ocasiona cambios en el estado de ánimo, en las funciones sexuales y la sensibilidad al dolor.

Metanfetamina

La persona que usa "Ice" piensa que la droga le proporciona energía instantánea. La realidad es que la droga acelera el sistema nervioso, haciendo que el cuerpo utilice la energía acumulada. Al no descansar lo suficiente y dejar de alimentarse –por la pérdida del apetito– el "Ice" causa daño permanente a la salud.

Los efectos que causa al cuerpo varían de acuerdo a la cantidad de droga utilizada. Entre los síntomas observados se encuentran los siguientes: lesión nasal cuando la droga es inhalada; sequedad y picor en la piel; acné; irritación o inflamación; aceleración de la respiración y la presión arterial; lesiones del hígado, pulmones y riñones; extenuación cuando se acaban los efectos de la droga (necesidad de dormir por varios días); movimientos bruscos e incontrolados de la cara, cuello, brazos y manos; pérdida del apetito; depresión aguda cuando desaparecen los efectos de la droga (Castro, 2006).

MDA

La MDA, el fármaco de origen de la MDMA, es una droga similar a la anfetamina que también ha sido objeto de abuso, presentando efectos psico-físicos similares a los de la MDMA. Las investigaciones han mostrado que la MDA destruye las neuronas productoras de serotonina, que regulan directamente la agresión, el estado de ánimo, la actividad sexual, el sueño y la sensibilidad al dolor.

Es probable que esta acción sobre el sistema productor de serotonina sea el origen de las propiedades psíquicas. La MDMA también guarda relación en su estructura y sus efectos con la metanfetamina, la cual ha demostrado ser causante de la degeneración de las neuronas que contienen la sustancia neurotransmisora dopamina. Recientes descubrimientos hechos mediante varios sistemas de diagnóstico por imágenes indican una relación directa de medios-*causa-consecuencia* entre MDA y MDMA-dopamina-esquizofrenia (Castro, 2006).

En experimentos de laboratorio, una sola exposición a la MDA en dosis elevadas o el uso prolongado en dosis bajas destruye hasta un 50% de las células cerebrales. Aunque este daño tal vez no sea aparente de inmediato, con el envejecimiento o la exposición a otros agentes tóxicos pueden aparecer síntomas de la enfermedad de Parkinson con el tiempo. Estos comienzan con falta de coordinación y temblores, y a la larga pueden causar una forma de parálisis.

Narcóticos

La palabra narcótico es un vocablo griego que significa "cosa capaz de adormecer y sedar". A pesar de que esta palabra se usa con frecuencia para referirse a todo tipo de drogas psicoactivas, es decir, aquellas que actúan sobre el psiquismo del individuo, el campo de los narcóticos se puede dividir en la actualidad en varios grupos, que son los siguientes:

- Opio, opiáceos y sucedáneos sintéticos.
- Neurolépticos o tranquilizantes mayores.
- Ansiolíticos o tranquilizantes menores.
- Somníferos o barbitúricos.
- Grandes narcóticos o anestésicos generales.

Se trata de drogas con composiciones y orígenes distintos, que tienen en común su efecto en el organismo, aunque éste se manifieste en manera y en grado diferentes. Pero el elemento fundamental que las une consiste en que todos los narcóticos causan adicción física. Es adictivo aquel fármaco que, administrado en dosis suficientes durante un período de tiempo relativamente largo, induce un cambio metabólico. Cuando deja de administrarse desencadena una serie de reacciones conocidas como "síndrome de abstinencia".

Neurolépticos o tranquilizantes mayores

Se trata de sustancias utilizadas para tratar la depresión, las manías y las psicosis, y muchas de ellas se venden sin prescripción médica en la mayoría de farmacias. Entre éstas se encuentran las fenotiazinas, el haloperidol y la reserpina.

Conocidos como neurolépticos (del griego *neuro*, "nervio", y *lepto*, *atar*), producen un estado de indiferencia emocional, sin alterar la percepción ni las funciones intelectuales. Sumamente tóxicos, poseen efectos secundarios tales como parkinso-

nismo, destrucción de células de la sangre, arritmia cardíaca, anemia, obstrucción hepática, vértigos, retención urinaria, estreñimiento, irregularidad menstrual, atrofia testicular, congestión nasal, bruscos ataques de parálisis muscular, síndromes malignos como hipertermia y muerte inesperada.

1.4.1.4 Ansiolíticos o tranquilizantes menores

Habitualmente usados para tratar las neurosis, la etimología de su nombre, ansiolíticos, significa "liquidador de la ansiedad". El término Tranquilizantes Menores se ha acuñado para denominar a todas aquellas sustancias con potencial de producir sedación, ansiólisis e inducción del sueño. Se prescriben habitualmente para controlar la ansiedad y regularizar el sueño, siendo las benzodiazepinas las más empleadas del grupo. La seguridad de las benzodiazepinas en la situación de sobredosis es una ventaja importante de la benzodiazepina sobre otros sedantes/hipnóticos clásicos (Galanter y Kleber, 1997 citados por Velásquez y Scoppetta, 1998). En el mercado español se comercializan con distintos nombres.

Según estadísticas farmacológicas actuales, estas drogas constituyen la mitad de todos los psicofármacos consumidos en el mundo, a pesar de que producen un síndrome de abstinencia muy grave. En dosis mayores funcionan como hipnóticos o inductores del sueño; también algunos se usan como relajantes musculares.

Producen letargia, estupor y coma, con relativa facilidad. En caso de adicción pueden inducir a la aparición de alteraciones hemáticas. Al abandonar su consumo pueden aparecer episodios depresivos, desasosiego o insomnio, que suelen ser muy duraderos.

La mayoría de los individuos que no están ansiosos no consideran que los efectos de las benzodiazepinas sean reforzadores o agradables, por lo que no se utilizan habitualmente como sustancias recreativas. Los estudios indican que los individuos que abusan de los sedantes e hipnóticos prefieren el pentobarbital al diazepam, incluso en dosis altas (Griffiths y cols., 1980 citado por Velásquez y Scoppetta, 1998).

Los trastornos psiquiátricos que se producen por consumo de benzodiazepinas y sedantes-hipnóticos (trastornos relacionados con ansiolíticos) (DSM-IV) son:

- Dependencia a sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- Síndrome de abstinencia por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con alucinaciones o delirios.
- Delirium por intoxicación o abstinencia con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- Demencia persistente inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- Trastorno del estado de ánimo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- Disfunción sexual inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- Trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- Otros trastornos no especificados relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Los pacientes que se hacen físicamente dependientes de las benzodiazepinas se clasifican por lo general en uno de los tres grupos siguientes (Galanter y Kleber, 1997 citados por Velásquez y Scoppetta, 1998):

- Individuos que abusan de sustancias compradas en la calle, los cuales se autoadministran benzodiazepinas.
- Individuos alcohólicos e individuos que abusan de sustancias de prescripción, a quienes se han prescrito médicamente benzodiazepinas para el tratamiento de la ansiedad crónica o el insomnio.
- Pacientes con depresión o trastorno de angustia a quienes se han prescrito dosis altas de benzodiazepinas durante largos períodos de tiempo.

Los individuos que abusan de sustancias compradas en la calle pueden tomar benzodiazepinas para aliviar los efectos adversos de la cocaína o la metanfetamina, para automedicarse la abstinencia de heroína o alcohol, para intensificar los efectos de la metadona o para intoxicarse cuando no se dispone de otras sustancias.

En pocos casos, las benzodiazepinas son la sustancia de elección (Galanter y Kleber, 1997 citados por Velásquez y Scoppetta, 1998). Aunque el consumo de benzodiazepinas no se puede calificar como "abuso" según criterios del DSM-IV, la mayoría de las personas denominan abuso al consumo de benzodiazepinas que hacen los individuos que usan la sustancia comprada en la calle, ya que la autoadministración de benzodiazepinas entra dentro del contexto del tratamiento médico y forma parte de un patrón de abuso de varias sustancias. Además, las benzodiazepinas suelen comprarse con prescripciones robadas o falsificadas (Galanter y Kleber, 1997, citados por Velásquez y Scoppetta, 1998).

Los individuos alcohólicos o que abusan de sustancias prescritas para el tratamiento de la ansiedad crónica o el insomnio son los principales candidatos que presentarán dependencia de benzodiazepinas. Los efectos subjetivos de las benzodiazepinas pueden ser diferentes para ellos. Un estudio sobre alprazolam en varones alcohólicos y no alcohólicos comprobó que esta droga producía efectos positivos sobre el estado de ánimo en los varones alcohólicos que no tenían lugar en los varones no alcohólicos (Galanter y Kleber, 1997 citados por Velásquez y Scoppetta, 1998).

Otros tranquilizantes menores que son utilizados indebidamente son los sedantes/hipnóticos de acción corta, como el secobarbital o el pentobarbital. Los individuos adictos a éstas sustancias generalmente las toman solas por vía oral e inyectable. La intoxicación con sedantes-hipnóticos es cualitativamente similar a la intoxicación por alcohol. El efecto deseado de la intoxicación es un estado de desinhibición, en el cual se eleva el estado de ánimo, se reduce la autocrítica, la ansiedad, la culpa y se aumenta la energía y la autoconfianza. Durante la intoxicación el estado de ánimo suele ser lábil. Los consumidores también pueden estar irritables, ansiosos y agitados (Galanter y Kleber, 1997 citado por Velásquez y Scoppetta, 1998).

Varios estudios han determinado la extensión del uso de las benzodiazepinas como droga ilícita y como prescripción médica. La salida de esta droga de las farmacias proporciona una medida del uso de benzodiazepinas. Entre 1980 y 1983 la venta de benzodiazepinas de las farmacias de Estados Unidos disminuyó de 17,5 a 15,8 D.D.D. por mil personas / día (dosis promedio de mantenimiento prescrita con más frecuencia por cada 1000 personas); para 1985 se elevó hasta 17,1 DDD por mil personas día. En ese país, la distribución por frecuencia de los distintos tipos de benzodiazepinas vendidas durante 1989 fue el siguiente: alprazolam con el 33%,

seguido del diacepam (25%) y el Loracepam (19%) (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995).

En un estudio realizado en hogares de los Estados Unidos por el National Institute on Drug Abuse informó que el uso no médico de tranquilizantes fue del 1,5% en el grupo de 12 a 17 años; 2,4% en el grupo de 18 a 25 años y 1,3% en personas de 26 o más años. Este mismo estudio mostró que el consumo de tranquilizantes por prescripción médica disminuyó del 10,9% al 8,3% entre 1970 y 1990. El uso de hipnóticos declinó de 3,5% a 2,6% durante este mismo período (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995).

En 1990 se encontró que más de la mitad de los pacientes encuestados en los Estados Unidos habían tomado tranquilizantes por un mes o menos, y un 25% los habían tomado por un año o más. El 70% de los usuarios de hipnóticos los tomaron por un mes o menos y 14% por un año o más. Un estudio prospectivo encontró que los pacientes son más dados a usar por más largo tiempo los antidepresivos que las benzodiazepinas, sugiriendo que el uso por largo tiempo de un medicamento no debe emplearse aisladamente como medida de abuso (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995).

El estudio denominado National Household Survey, realizado en los Estados Unidos en 1990, indicó que los pacientes psiquiátricos tienen una alta tasa demostrada de prescripción de benzodiazepinas, pero bajo abuso. En un estudio de 2.719 pacientes ambulatorios, 9 de 178 pacientes que venían recibiendo benzodiazepinas fueron diagnosticados con abuso o dependencia según los criterios del DSM-III-R. Estudios en pacientes psiquiátricos hospitalizados sugieren que el porcentaje de abuso o dependencia de benzodiazepinas entre los pacientes hospitalizados es del 0,4% a 13% (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995).

Un estudio de la Universidad de Munich, en 1990, encontró que el 6,7% de 9.408 pacientes hospitalizados en Alemania, tenían un diagnóstico de abuso o dependencia de benzodiazepinas, y aproximadamente el 50% tenía a las benzodiazepinas como única droga de abuso o dependencia. La droga más empleada por ese grupo poblacional fue el loracepam, y la menos empleada el oxacepam (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995). Hay evidencia de que los individuos que usan benzodiazepinas también abusan de otras drogas. Las benzodiazepinas son las drogas secundarias de abuso más frecuentes en pacientes con trastornos por alcohol y opioides.

En nuestro país, según el Primer Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, se encontró que para el sexo masculino la prevalencia de uso de benzodiazepinas con prescripción médica fue igual a la de uso ilegal (Castro, 2006). En el estudio realizado en 1987, se encontró una prevalencia global de consumo del 6%; 4,6% para el sexo masculino y 7,4% para el femenino. Llamó la atención que los tranquilizantes menores fueron la única sustancia con indicadores de prevalencia mayores para el sexo femenino (Torres & Murrelle, 1987).

En el Segundo Estudio Epidemiológico de Consumo de Sustancias Psicoactivas de la ciudad de Santa Fe de Bogotá de 1992, se encontró que la prevalencia de vida en población general para el consumo de pastillas para los nervios fue de 6,2%, con una razón hombre/mujer de 1:1 (6,0% vs. 6,4%), con el mayor porcentaje de consumo en la vida en el grupo de 35 a 45 años (7,6%). La prevalencia de consumo anual fue de 2,10% con una razón hombre/mujer de 0,8:1 (2,7% vs. 3,4%). En cuanto a la edad de inicio del consumo de pastillas para calmar los nervios, las

tendencias indican que las personas más jóvenes inician a edad más temprana comparativamente con las personas de edades mayores. Se encuentra que el 63,2% de las personas entre los 12 y 17 años iniciaron antes de cumplir 15 años, en tanto que la edad del primer consumo para las personas entre 35 y 45 años fue en un 37,1% antes de los 30 años. El estrato socioeconómico y el género no mostraron influencia sobre la edad del primer consumo. Sin embargo, el 34,6% de los hombres y el 29,9% de las mujeres iniciaron el consumo entre los 16 y 20 años (UCPI, 1995). En el Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, se encontró que de la población general de Santa Fe de Bogotá el 7,8% consumió tranquilizantes alguna vez en la vida (Torres & Montoya, 1997).

En el estudio Nacional sobre consumo de sustancias Psicoactivas de 1996, se midió el consumo de tranquilizantes, sedantes y estimulantes, con o sin formulación médica. Se estima que la prevalencia de vida para el consumo de "pastillas" (tranquilizantes, sedantes y anfetaminas) en población general colombiana fue de 1,4%, en población universitaria colombiana fue de 2,8% y en población general de Santa Fe de Bogotá fue de 1,6%. La prevalencia anual fue de 0,7% para población general colombiana, de 0,8% para población universitaria colombiana y 0,9% para población general de Santa Fe de Bogotá. El consumo de pastillas fue superior en mujeres que en hombres, siendo éste un poco más de dos veces. La población de mayor consumo fue la de 45 a 60 años, cuya actividad principal fueron los oficios domésticos y residía principalmente en centros urbanos superiores a los 100.000 habitantes. Para los tres tipos de medicamentos en que se determinó la prevalencia, predominó en el último año el consumo de tranquilizantes (0,4%), seguido del consumo de sedantes con el 0,3% y el de estimulantes con el 0,1% (Rodríguez, 1997).

1.4.1.5 Somníferos o barbitúricos

Estas sustancias se popularizaron cuando en Estados Unidos aparecieron las primeras leyes que prohibían el alcohol, el opio y la morfina. Su uso puede provocar lesiones en el hígado o en los riñones, producir erupciones cutáneas, dolores articulares, neuralgias, hipotensión, estreñimiento y tendencia al colapso circulatorio.

La intoxicación aguda puede llegar a provocar la muerte, que sobreviene por lesión del cerebro debida a la falta de oxígeno y a otras complicaciones derivadas de la depresión respiratoria. La dependencia física se genera entre las cuatro y las seis semanas. Con frecuencia, el síndrome de abstinencia suscita cuadros de *delirium tremens*.

1.4.1.6 Grandes narcóticos

Existen varias sustancias usadas en anestesia general que merecen estar incluidas en este grupo por su capacidad de producir sopor o estupefacción, mayor que la de cualquier estupefaciente en sentido estricto. En dosis leves produce una primera fase de excitación cordial, como el alcohol, y luego sedación y sopor. También generan tolerancia y, en consecuencia, adicción, pudiendo ocasionar intoxicaciones agudas, e incluso la muerte.

El fentanil, dentro del grupo de los grandes narcóticos, posee cuarenta veces más potencia que la heroína y es el más usado actualmente en las intervenciones quirúrgicas, debido a su bajo índice de toxicidad para el corazón y para el sistema nervioso.

Opio y sus derivados

Con el nombre popular de adormidera o amapola se conoce el fruto del cual se obtiene el opio y sus derivados. Es un polvo de color tostado. Se extrae de los

granos que contiene el fruto y entre sus usos medicinales se encuentran la supresión del dolor, el control de los espasmos y el uso como antitusígeno. Además, existen referencias con una antigüedad cercana a los ocho siglos del uso medicinal del opio que hacían persas, egipcios, babilonios, árabes y griegos.

Los opioides se han usado desde hace por lo menos 3500 años, casi siempre como opio puro o en soluciones alcohólicas de opio. Los asiáticos descubrieron sus posibilidades estimulantes y placenteras y comenzaron a utilizarlo con ese fin. Entre sus derivados se encuentran la morfina, la heroína, la metadona y la codeína. Todos ellos pueden brindar extraordinarios beneficios terapéuticos si son recetados y controlados por un médico, pero el uso descontrolado produce efectos devastadores.

La morfina fue el primer derivado opioide aislado en 1806 y la codeína en 1832. A partir de entonces ambas drogas reemplazaron la utilización del opio crudo, aunque el uso no médico del opio (como por ejemplo, el opio utilizado recreativamente para fumar) persistió en algunas partes del mundo. El primer derivado semisintético (diacilmorfina o heroína) fue introducido en la medicina en 1898. Los primeros opioides sintéticos puros, la meperidona (demerol) y la metadona (dolofine) fueron introducidos en la práctica médica en 1940 (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995). El cultivo de la flor del opio se origina en el sudeste asiático (Birmania, Tailandia, Camboya y Laos). En los últimos años se ha extendido a otros países, como Colombia, para asegurar el suministro constante a los grandes centros de consumo.

Los opiáceos se presentan como polvo para fumar o solución inyectable. Este narcótico produce un estado de euforia y ensoñación; una sensación de éxtasis que se acorta rápidamente a causa de la tolerancia. Al poco tiempo de uso, los adictos experimentan síntomas de abstinencia entre una y otra toma, que se caracterizan por presentar un cuadro pseudo-gripal en el curso de las primeras 12 horas: estornudos, sudoración, lagrimeo, bostezos y dolores musculares. Luego de 36 horas de abstinencia los síntomas se intensifican. Aparecen escalofríos, sofocos, insomnio, diarrea, incremento del ritmo cardíaco y de la presión sanguínea. Si no se repite la toma, los síntomas declinan en los diez días subsiguientes. En cambio si se prolonga su uso, se inicia el camino de la dependencia sin atenuantes, cuyos efectos físicos son:

- Epidermis enrojecida.
- Pupilas contraídas.
- Náuseas.
- Decaimiento de la función respiratoria.
- Pérdida de reflejos.
- Falta de respuesta a los estímulos.
- Hipotensión.
- Desaceleración cardíaca.
- Convulsiones.
- Riesgo de muerte.

Los efectos psicológicos son similares a los de otros estimulantes:

- Euforia.
- Energía.
- Placer.
- Vigor sexual.

Pero en cuanto decae la acción de la droga, aparece la angustia, la depresión, el abatimiento y la desazón.

El opio produce adicción, tolerancia y dependencia física y psíquica. La intensidad del síndrome de abstinencia, y su gravedad, depende de varios factores: tipo de droga, tiempo de uso, personalidad del consumidor, etcétera. Los primeros síntomas comienzan a parecer ocho horas después de la última dosis con lagrimeo, sudoración, bostezos y sueño agitado. A continuación los síntomas se agudizan gradualmente y aparecen: irritabilidad, insomnio, pérdida del apetito, debilidad y depresión. Le sigue un cuadro gastrointestinal severo con náuseas y vómitos, dolores, cólicos y diarreas, lo cual provoca una deshidratación importante. Le siguen flashes de frío y calor, contracturas musculares y dolores óseos en la espalda, los brazos y las piernas (Castro, 2006). Este período intenso dura alrededor de diez días aunque existe un efecto residual más largo que provoca alteraciones en la conducta que inducen a una recaída.

La dependencia a opioides, o al menos el síndrome de abstinencia a opioides, fue reconocida por primera vez en 1700. Aunque la dependencia a opioides fue común durante el siglo XVIII, solamente hasta finales de siglo se le percibió como un problema médico importante. En 1914 se reglamentó el uso del opio y sus derivados en los Estados Unidos. En 1930 se crearon dos hospitales federales con el propósito de proporcionar tratamiento hospitalario a un gran número de adictos que permanecían en las cárceles. Los estudios de seguimiento con estos pacientes mostraron altas tasas de recaída, independientemente de la duración del tratamiento residencial proporcionado (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995).

Aun cuando se aumentaron progresivamente las penas y prohibiciones por uso, porte y venta de opioides, su uso persistió e incluso aumentó, especialmente después de la segunda guerra mundial. En la década de los 60 muchos propusieron remedicalizar la distribución de heroína para tratar de disminuir el crimen asociado a su distribución ilícita. Como consecuencia del pico de adicción a la heroína que se presentó en Estados Unidos en relación con la guerra de Vietnam, se expandió y aceleró el desarrollo de nuevas propuestas terapéuticas para los adictos, manteniéndose esta actitud hasta nuestros días (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995).

El uso de opioides se ha mantenido sin mayores fluctuaciones en los Estados Unidos durante las últimas dos décadas. En la encuesta anual a estudiantes de secundaria "monitoreando el futuro" se ha encontrado que la prevalencia en el último mes es menor del 1%, en contraste con otras drogas como marihuana y cocaína. El pico de prevalencia de uso a lo largo de la vida para la heroína se presentó en esta población durante el año 1975, con un 2,8%. Para 1991 este mismo indicador había bajado hasta 0,9%. En cuanto a la prevalencia de uso de otros opioides a lo largo de la vida, bajó desde un pico de 10,3% en 1977 hasta un 6,6% en 1991. Para población general entrevistada en la National Household Survey on Drug Abuse durante 1993, se encontró que el uso de heroína durante el último año estaba entre el 0,2 y 0,3% para personas con 12 años o más; el uso en el último mes estuvo por debajo del 0,1% (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995).

Dos encuestas poblacionales han utilizado criterios diagnósticos de la Asociación Psiquiátrica Americana para medir abuso y dependencia a opioides: el estudio epidemiológico del área de Catchment (ECA), realizado en 1980 que utilizó los criterios de la tercera edición del DSM (DSM-III) y el estudio nacional de comorbilidad (NCS), realizado en el período de 1990 a 1992 que usó los criterios del DSM-III-R.

El NCS encontró que la prevalencia a lo largo de la vida de uso de heroína fue de 1,5%, pero la prevalencia en el grupo de 35 a 44 años fue de 2,7%, lo cual refleja el pico de la epidemia de uso de heroína entre los adolescentes y adultos jóvenes al final de los años 60 y principios de los 70. La dependencia a la heroína a lo largo de la vida en este estudio fue de 0,4%, pero el 0,8% se presentó en el grupo de 35 a 44 años. Estos hallazgos indican que cerca del 32% de quienes usaron heroína durante el pico epidémico tuvieron dependencia a lo largo de sus vidas (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995).

Con relación al uso a lo largo de la vida de analgésicos opioides (otras drogas diferentes a la heroína) en el NCS se encontró el 9,7% con la más alta prevalencia en el grupo de 15 a 34 años, sugiriendo un patrón diferente al de la heroína. Únicamente el 7,5% de quienes recibieron en un contexto médico analgésicos opioides desarrollaron dependencia de acuerdo a los criterios del DSM-III-R. Obviamente en este estudio la prevalencia de uso en los últimos seis meses y en el último año fue mucho más baja. Desde 1994 se ha registrado una tendencia al incremento en el uso de la heroína, con consecuencias adversas como el aumento de las consultas en los servicios de urgencias por sobredosis (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995).

Según lo informado por la Encuesta Anual para Estudiantes de Secundaria (*High School Senior Survey*) en el período 1975-1996 la prevalencia de vida promedio de consumo de heroína fue de 1,3%. La prevalencia de vida promedio para estudiantes de duodécimo grado durante el período 1991-1996 fue de 1,3%, la prevalencia anual promedio fue de 0,7% y la prevalencia durante el último mes fue de 0,3%. La prevalencia anual entre estudiantes de tiempo completo en 1994 fue de 0,1% (Johnston, O'Malley, & Bachman, 1998).

En el Segundo Estudio epidemiológico de consumo de sustancias psicoactivas de la ciudad de Santa Fe de Bogotá de 1992, se encontró que la prevalencia de vida en población general para el consumo de heroína/morfina fue de 0,2%, con la totalidad de consumidores en el género masculino (0,4% vs. 0,0%). La prevalencia de consumo anual fue de 0,06%, con la totalidad de consumidores en el género masculino (0,2% vs. 0,0%), sin predominio de ningún grupo de edad. En cuanto a la edad de inicio del consumo de heroína/morfina fue de 17,3 años. Al hacer la comparación entre los años 88 y 92, se encontró que la prevalencia de vida para ambos años fue de 0,2%; la prevalencia anual para ambos años fue de 0,1% y el promedio de edad de inicio del consumo pasó de 14,4 años a 17,3 años respectivamente (UCPI, 1995).

En el estudio Nacional sobre consumo de sustancias Psicoactivas de 1996, se estimó que la prevalencia de consumo en la vida de heroína, fue muy baja. En total se estima que 12.566 personas han consumido heroína alguna vez en la vida. Para la morfina se estima que 54.739 personas han consumido morfina alguna vez en la vida con o sin indicación médica (Rodríguez, 1997). En el segundo estudio de Salud Mental y Consumo de sustancias Psicoactivas publicado en 1997, se encontró en población general de Santa Fe de Bogotá que el 0,7% consumió heroína alguna vez en la vida (Torres & Montoya, 1997).

En Colombia, en el estudio Nacional de Salud Mental y consumo de sustancias Psicoactivas de 1993, se encontró una prevalencia anual de 6 por 10.000 personas y en este indicador, los usuarios pertenecían en su totalidad al sexo masculino. La prevalencia a lo largo de la vida fue de 0,5 por 1000 y en este indicador, el 80% de los casos fueron hombres entre los 16 y 19 años. La totalidad de los usuarios

procedían del área urbana (Castro, 2006). En general la heroína en Colombia sigue siendo muy costosa y los usuarios son relativamente poco numerosos, la mayoría prefiere fumarla (lo cual les ahorra riesgos relacionados con sobredosis, infección por HIV) (Pulido, 1996).

Los Trastornos relacionados con el consumo de opioides, según la Asociación Psiquiátrica Americana son (DSM-IV):

- Dependencia a opioides.
- Abuso de opioides.
- Intoxicación por opioides.
- Síndrome de abstinencia por opioides.
- Delirium debido a intoxicación por opioides.
- Trastorno psicótico inducido por opioides con alucinaciones o delirios.
- Trastorno del estado de ánimo inducido por opioides.
- Disfunción sexual inducida por opioides.
- Trastornos del sueño inducidos por opioides.
- Trastornos no especificados relacionados con opioides.

1.4.1.7 Alucinógenos

Las drogas conocidas como alucinógenos son fármacos que provocan alteraciones psíquicas que afectan a la percepción. La palabra "alucinógeno" hace referencia a una distorsión en la percepción de visiones, audiciones y una generación de sensaciones irreales. La alucinación es un síntoma grave de la psicosis de la mente y su aparición distorsiona el conocimiento y la voluntad.

Los alucinógenos se consideran productos psicodélicos que inhiben los mecanismos de defensa del yo, y facilitan la distribución de la sensibilidad así como la aparición de imágenes desconcertantes. Son muchas las sustancias que provocan alucinaciones auditivas y/o visuales. Estas alucinaciones pueden presentarse como parte de un delirium, acompañadas por alteraciones del juicio, la orientación, el intelecto, la memoria y la emoción. Este delirium también puede ser el resultado de la supresión de la sustancia. Sin embargo, cuando se hace referencia al abuso de sustancias, el término alucinógenos generalmente se refiere a un grupo de componentes que alteran la conciencia sin delirium, sedación, estimulación excesiva o alteraciones del intelecto o la memoria. La calificación "alucinógeno" es imprecisa, ya que las alucinaciones inducidas por alucinógenos son poco frecuentes. Son más corrientes los fenómenos ilusorios, por lo cual también han recibido el nombre de sustancias ilusiógenas. Quienes utilizan los términos psicodélicos o expansores de la mente para los alucinógenos (un término acuñado en 1957 por Osmond), han sido acusados de "favorecer el consumo de la sustancia". El término "psicomimético" significa productor de psicosis (Galanter y Kleber, 1997 citado por Velásquez y Scoppetta, 1998).

Los alucinógenos que pueden ser objeto de abuso son: el alucinógeno ergótico dietilamida del ácido lisérgico (LSD), que es el prototipo de estas sustancias; otros alcaloides del indol, como la psilocibina ("Hongos Mágicos") y la dimetiltriptamina (DMT) y las fenilalquilaminas como la mescalina, la dimetoximetilanfetamina (DOM o "STO"), la metilendioxianfetamina (MDA) y la metilendioximetanfetamina (MDMA, "éxtasis" o "X"). Las sustancias afines, marihuana y fenilciclidina (PCP) se

incluyeron en otras categorías (Galanter y Kleber, 1997 citado por Velásquez y Scoppetta, 1998).

Estos alucinógenos, denominados psicomiméticos o psicodélicos ("expansores mentales"), forman un grupo de sustancias que provocan trastornos del pensamiento, el estado de ánimo y la percepción. Dependiendo de la dosis, las expectativas (la situación) y el ambiente (contexto), también pueden inducir euforia y un estado similar a una experiencia "trascendental" (Galanter y Kleber, 1997 citado por Velásquez y Scoppetta, 1998).

El peyote, que contiene mescalina, es el único alucinógeno que puede consumirse legalmente en Estados Unidos e incluso se ha inducido su consumo. Durante muchos años, los indígenas de Estados Unidos, Canadá y México lo han consumido como droga ceremonial (Galanter y Kleber, 1997 citado por Velásquez y Scoppetta, 1998).

En los últimos años se han producido cambios interesantes en el consumo de los alucinógenos. Estas sustancias, que en un principio se consumían para "aumentar la autoconciencia" han dejado de ser las sustancias ilegales más utilizadas. En la actualidad las principales drogas ilegales utilizadas son aquellas que elevan "el estado de ánimo y aumentan el rendimiento", como la cocaína. El único grupo de alucinógenos cuyo consumo ha ido en aumento en los últimos años es el de los alucinógenos estimulantes, como la MDMA (éxtasis) y sustancias similares, que son conocidas como "drogas de diseño" (Galanter y Kleber, 1997 citado por Velásquez y Scoppetta, 1998).

Según lo informado por la Encuesta Anual para Estudiantes de Secundaria (*High School Senior Survey*) en el período 1975-1996 la prevalencia de vida promedio de consumo de alucinógenos fue de 11,9%, además se observó durante el período una tendencia levemente descendente en este indicador. La prevalencia de vida promedio para estudiantes de duodécimo grado durante el período 1991-1996 fue de 11,3%, la prevalencia anual promedio fue de 7,7% y la prevalencia durante el último mes fue de 3,0%. La prevalencia anual de consumo de éxtasis entre estudiantes de tiempo completo en 1994 fue de 0,5% y la prevalencia durante el último mes fue de 0,2% (Johnston, O'Malley, & Bachman, 1998).

En el Segundo Estudio epidemiológico de consumo de sustancias psicoactivas de la ciudad de Santa Fe de Bogotá de 1992, se encontró que la prevalencia de vida en población general para el consumo de alucinógenos (Hongos/LSD) fue de 1%, con una razón hombre/mujer de 5,6:1 (1,7% vs. 0,3%), con el mayor porcentaje de consumo en la vida en el grupo de 25 a 34 años (1,4%). La prevalencia de consumo anual fue de 0,20% con un consumo en el último año exclusivo del género masculino (0,6% vs. 0,0%), con el mayor porcentaje de consumo anual en los grupos de 12 a 17 años y de 18 a 24 años (0,4% en cada grupo). Al hacer la comparación entre los años 88 y 92, se encontró que la prevalencia de vida para alucinógenos (hongos) se mantuvo en un 1,0% para ambos años; la prevalencia en el último año pasó de 0,1% a 0,2% respectivamente y el promedio de edad de inicio del consumo pasó de 15,8 años a 17,6 años (UCPI, 1995).

Los trastornos relacionados con el consumo de alucinógenos, según la Asociación Psiquiátrica Americana son (DSM-IV):

- Dependencia a alucinógenos.
- Abuso de alucinógenos.
- Intoxicación por alucinógenos.

- Trastorno persistente de la percepción por alucinógenos (flashbacks).
- Delirium por intoxicación con alucinógenos.
- Trastorno psicótico inducido por alucinógenos, con predominio de alucinaciones o delirios.
- Trastorno del estado de ánimo inducido por alucinógenos.
- Trastorno de ansiedad inducido por alucinógenos.
- Otros trastornos no especificados relacionados con alucinógenos.

LSD (ácido lisérgico)

El LSD es una sustancia semisintética, derivado del ergot, extracto éste del cornezuelo del centeno, usado en medicina al final de la Edad Media. También fue muy utilizado en obstetricia para evitar hemorragias puerperales y promover la contracción del útero.

En un principio fue utilizado con fines terapéuticos en alcohólicos, cancerosos y otros enfermos terminales para ayudarles a superar el trance. Posteriormente fue abandonada la práctica al comprobarse los resultados adversos, tales como suicidios a causa de las engañosas imágenes y terroríficas visualizaciones. También se comprobó que podía desencadenar esquizofrenia y deterioros mentales variados.

Descubierto en 1938, se considera al ácido lisérgico como el alucinógeno más poderoso, aunque no el más nocivo. Como fenómenos físicos hay que citar la midriasis, temblores e hiperreflexia; también pueden aparecer náuseas, palidez, sudoración, taquicardia y lipotimia.

El consumo de LSD se inició a principios de los años 60. La prevalencia anual de consumo de alucinógenos descendió durante los años 80. Los estudiantes universitarios mostraban una tasa de prevalencia anual de consumo de LSD que descendía a un ritmo constante del 6% en 1980 al 3,4% en 1989. La disponibilidad estimada de LSD también disminuyó a un ritmo constante de 1975 a 1989. Sin embargo, parece que a principios de los 90 se reanudó el consumo de LSD. En la ciudad de Washington D.C. la *Board of the Drug Enforcement Administration* confiscó 14 dosis de LSD en 1990 y 5.600 en 1991. Las encuestas anuales de los institutos de enseñanza superior hallaron que en 1990 y 1991, por primera vez desde 1976, había más estudiantes que hubiesen consumido LSD que estudiantes que hubiesen consumido cocaína en los últimos 12 meses (Galanter y Kleber, 1997 citado por Velásquez y Scopetta, 1998).

Los fenómenos psíquicos se caracterizan en lo referente al estado de ánimo por fluctuaciones del humor, variando entre distintas displacenteras, euforia expansiva tales como verborrea y risa irrefrenable. La exaltación mística es tal que algunos autores denominan esta drogas como misticomiméticos.

A la experiencia con esta droga le llaman "un viaje", el cual puede tener una duración hasta de 12 horas. Pero muchas veces éste resulta ser una pesadilla. Algunos usuarios experimentan pensamientos y visiones aterradoras que crean en ellos tal pánico que muchos han saltado al vacío provocando su propia muerte para huir de estas sensaciones que identifican como un peligro real.

Los consumidores de LSD en raras ocasiones lo consumen más de una vez a la semana, debido a la rapidez con que se produce tolerancia. No se ha descrito

síndrome de abstinencia después del consumo repetido de alucinógenos (Galanter y Kleber, 1997 citado por Velásquez y Scoppetta, 1998).

1.4.1.8 Otras sustancias

Cigarrillo

El tabaco se ha consumido desde tiempos muy antiguos. Las más remotas referencias sobre su consumo datan del 600 a.C.; posteriormente en la época del descubrimiento de América, Cristóbal Colón registró en su diario de viajes el momento de su introducción en Europa. Desde entonces no existe una sola cultura en que se haya iniciado su consumo que haya podido erradicarlo (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995).

Se ha descrito que en el humo del cigarrillo se pueden identificar más de 4.000 sustancias, algunas de ellas son farmacológicamente activas, citotóxicas, mutagénicas o carcinogénicas. El cigarrillo ha sido asociado a un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, arteriosclerosis, hipertensión arterial, enfermedad cerebro-vascular, cáncer, bronquitis crónica y enfisema (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995).

En el caso de Colombia, el cigarrillo se relaciona etiológicamente con muchos de los problemas de salud más frecuentes –infarto de miocardio, cáncer de diferentes localizaciones, enfermedad pulmonar, bajo peso al nacer, entre otros–, y éstos podrían disminuirse con la reducción del consumo en la población.

Se ha observado que los fumadores tienden a beber más alcohol, café y té que los no fumadores; de otra parte, presentan comorbilidad con uso de sustancias ilícitas con mayor frecuencia que los no fumadores. Además, presentan un exceso en la mortalidad que está directamente relacionada con el número de años fumando, número de cigarrillos al día y la profundidad de la inhalación del humo. Es de anotar que los inhaladores pasivos –quienes inhalan el humo de otros fumadores– están sometidos a grandes concentraciones de la mayoría de las sustancias contenidas en el humo del cigarrillo. Este hecho puede aumentar el riesgo de cáncer de pulmón y enfermedades respiratorias en quienes inhalan el humo de otros fumadores (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995).

En cuanto a la comorbilidad del uso de tabaco con la dependencia a otras drogas, se ha encontrado que el tabaquismo usualmente precede al consumo de marihuana y al uso de otras sustancias ilegales en la adolescencia. Al comparar a los adolescentes entre 12 y 17 años que habitualmente usan cigarrillos, con jóvenes de la misma edad que no fuman, los primeros tienen dos veces más posibilidades de usar alcohol, nueve veces más posibilidades de usar píldoras ilegales como estimulantes y tranquilizantes; diez veces más riesgo de usar marihuana y 14 veces más de utilizar cocaína, heroína o alucinógenos. Por lo anterior, fumar cigarrillo es un predictor del uso de otras drogas entre los adolescentes, por lo cual el tabaquismo debe ser una prioridad importante en la prevención del uso de drogas.

Los cuadros clínicos relacionados con la nicotina solamente fueron clasificados como trastornos por sustancias en los últimos años. Este cambio fue propiciado por la aparición en 1988 del *Surgeon General's Report on the Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction*, documento que recogió los hallazgos de más de 2.500 publicaciones científicas sobre el tema, concluyendo inequívocamente que el cigarrillo y otras formas de tabaco eran adictivas, que la nicotina era la responsable de

esta adicción y que los procesos farmacológicos y conductuales que determinan la adicción al tabaco son similares a los encontrados para otras sustancias como la heroína y la cocaína (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995).

En la actualidad se acepta la existencia de tres trastornos relacionados con la nicotina (DSM-IV):

- Dependencia a la nicotina.
- Abstinencia de nicotina.
- Trastorno no especificado relacionado con nicotina.

El diagnóstico de dependencia a la nicotina requiere la presencia durante al menos tres meses en el mismo año de tolerancia, abstinencia, deseo persistente de fumar, gasto considerable de tiempo buscando o empleando nicotina, importante alteración de las actividades cotidianas por el uso del tabaco y consumo continuo de nicotina a pesar de conocer el riesgo que esto implica para la salud (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995).

Para diagnosticar un cuadro de abstinencia de nicotina se debe encontrar la presencia de una serie de signos característicos de malestar –afecto disfórico o deprimido, insomnio, irritabilidad o enojo, ansiedad, dificultades en la concentración, cansancio, disminución de la frecuencia cardíaca, aumento del apetito o ganancia de peso– que se inician dentro de las primeras veinticuatro horas después de cesar abruptamente un consumo de nicotina que se había mantenido por algunas semanas, y causan un malestar significativo (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995).

Como trastorno no especificado relacionado con nicotina se clasifican todas aquellas alteraciones producidas por la suspensión abrupta del consumo de nicotina que no pueden ser clasificadas en los apartados anteriores. Se incluye aquí la intoxicación por nicotina, el abuso de nicotina y los trastornos ansiosos y del estado de ánimo inducidos por nicotina (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995).

En los Estados Unidos, aproximadamente 55% de la población ha fumado alguna vez en la vida; 30% de la población fuma específicamente cigarrillos. La prevalencia en la vida de la dependencia a la nicotina es de 20% y el cigarrillo se ha asociado con la muerte prematura de 350.000 personas cada año (Castro, 2006; Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995).

En el estudio *The National Comorbidity Survey*, llevado a cabo por el *Public Health Service* de EE.UU. en 1992 y 1993 sobre una población de 24.000 adultos, se encontró que aproximadamente 26,5% de la población de dieciocho años o más eran fumadores habituales, definidos como aquellos que habían fumado al menos cien cigarrillos durante su vida, inclusive si el consumo se había llevado a cabo en el transcurso de unos pocos días, definición diferente de la empleada en otros estudios similares del *Public Health Service*, en donde se consideran fumadores habituales a todos aquellos que han consumido cigarrillo de alguna manera en el mes anterior. En este último estudio, la prevalencia establecida fue de 28,1% para adultos, en el año 1992. El estimado para 1993 fue de 25,8% (Kessler et al., 1994).

En los informes del programa “Monitoreando el futuro” en estudiantes de High School de Estados Unidos, se observa que igual que en Colombia, el cigarrillo es la segunda sustancia de mayor consumo y que en el período 1975-1985 la prevalencia de vida reportada fue en promedio de 72,3%, así mismo la prevalencia anual entre estudiantes de tiempo completo en 1994 fue de 37,6%, mientras que en

estudiantes de tiempo parcial fue de 47,1%. En un estudio realizado en personal militar en el año 1992, por el *Research Triangle Institute* y el Departamento de Defensa de EE.UU., se encontró que sobre 25.000 encuestados pertenecientes a las fuerzas armadas de ese país, los porcentajes de consumo de cigarrillo y de alcohol con patrón de "bebedor pesado", eran mayores que en la población civil (Bray, Kroutil, Luckey, & Wheelless, 1992).

Las campañas de prevención del consumo de nicotina han dado resultados favorables, reflejados, por ejemplo, en la disminución notable en la prevalencia de fumadores encontrada en EE.UU. al comparar la prevalencia de consumo en adultos entre 1964 y 1980 (44% vs. 27% respectivamente). Por el momento existen más hombres que mujeres fumadoras, pero esto tiende a invertirse a medida que pasa el tiempo. Por ejemplo, encuestas recientes realizadas en Estados Unidos muestran que 20% de los adolescentes mujeres fuman, contrastando con tan sólo 15% de adolescentes hombres fumadores (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995).

En el Estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas de 1996 la prevalencia de vida reportada en población general colombiana fue de 18,5%, en población universitaria Colombiana de 23% y en población general de Santa Fe de Bogotá de 21,6%. La prevalencia en el último año para población general colombiana fue de 21,4%, para población universitaria colombiana de 27,7% y para población general de Santa Fe de Bogotá de 23,9%. La prevalencia en el último mes para población general colombiana fue de 18,5%. En general, el consumo entre hombres en el último año y mes fue aproximadamente dos veces mayor que el de las mujeres (prevalencia en el último año de 29% y 14,2% respectivamente). La prevalencia en el último año aumentó con la edad en forma consistente; para el grupo de doce a diecisiete años se estimó una prevalencia anual de 6,8% y en el grupo de 25 a 44 años, que aportó el mayor número de consumidores actuales, la prevalencia anual fue de 24,7%. Se encontró, además, que el consumo es elevado en niveles bajos y altos de instrucción, que es mayor a medida que aumenta el nivel de urbanización, siendo las regiones de Antioquia y Bogotá las que presentan las mayores prevalencias del último año y del último mes. Los consumidores nuevos representan el 1,4% de la población colombiana y en su mayoría son menores de 17 años. Para este indicador, la diferencia de género fue de 1,7:1 a diferencia de la razón hombre/mujer de la prevalencia de vida (2:1), lo cual hizo pensar que el consumo de cigarrillo por las mujeres tiende a equipararse con el tiempo al consumo de los hombres (Rodríguez, 1997).

Para la distribución de consumidores de cigarrillo en el último año, la prevalencia mayor se presentó en el grupo de 25 a 44 años, la mayoría trabajadores y residentes en Bogotá, Antioquia y Valle. El 40,2% de los consumidores fuman de uno a cinco cigarrillos diarios, mientras que un porcentaje similar se consideró como "fumadores fuertes", es decir, de media cajetilla o más cada día. El 68,3% manifestó que la razón más frecuente para fumar era la dependencia a la nicotina y el sitio de consumo más frecuente fue la casa, con el 40,9%, seguido del sitio de trabajo con el 28,6%. El 55,6% de los fumadores actuales tenía la intención de dejar de fumar. Los que dejaron de fumar fumaron solo "por probar" en el 46,2%, seguidos de la consideración de que "es perjudicial para la salud", con el 18%. El 59,2% de los exconsumidores tenían un patrón de consumo de uno a cinco cigarrillos/día. Las razones más importantes que adujeron las personas que nunca fumaron fueron "porque no les gustaba" en el 33,4% o por "cuidar de su salud" con el 27,6% (Rodríguez, 1997).

En el Segundo Estudio Epidemiológico de Consumo de Sustancias Psicoactivas de la ciudad de Santa Fe de Bogotá de 1992, se encontró que la segunda sustancia psicoactiva (entre legales e ilegales) de mayor consumo fue el tabaco/cigarrillo, con una prevalencia de vida en población general de 44,2%. Los hombres iniciaron su consumo antes de los 15 años. En las mujeres, se observó que el inicio fue entre los 16 y 20 años. De acuerdo con la edad actual en el momento del estudio, se encontró que las personas entre los 12 y 17 años tuvieron su primer consumo de tabaco antes de cumplir los 15 años en un 67,2%. Las personas entre 18 y 24 años iniciaron el consumo entre los 16 y 20 años en un 54,3%. El estrato socioeconómico influyó en el primer consumo, observándose que el 54,9% de las personas del estrato alto iniciaron el consumo antes de los 15 años, mientras que las de los estratos medio y bajo, lo iniciaron entre los 16 y 20 años en un 55,3% y 50,2% respectivamente. La prevalencia de consumo del último año fue de 32,5% con un predominio del género masculino. Al hacerse en este mismo estudio la comparación con el realizado en 1988 en población general de Santa Fe de Bogotá, se encontró que el consumo de tabaco alguna vez en la vida había disminuido en un 7,1% (47,7% vs. 44,3%) y el consumo en el último año en un 9,4% (36,0% vs. 32,6%). La edad promedio de inicio del consumo de tabaco disminuyó durante el período (17,3% vs. 16,8%). En cuanto a la percepción social sobre el peligro para la salud del consumo de tabaco, se observó una disminución tanto en consumidores (11,8% vs. 8,1%) como en no consumidores (15,7% vs. 11,4%) (UCPI, 1995).

En el Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, se encontró en población general de Santa Fe de Bogotá que el 44,6% consumió tabaco alguna vez en la vida. El 26% "fuma actualmente". El 8,2% "fumó durante el último año, pero actualmente no fuma" y el 10,5% "no fuma hace más de un año". El 19% reportó haber fumado cigarrillos diariamente durante un mes. El 75% fumó entre uno y ocho cigarrillos al día. La mediana y la moda fue de cinco cigarrillos al día. El 15% de los consumidores de tabaco reportó problemas de salud tales como tos, problemas del corazón, de la presión arterial o de los pulmones. El 36,4% reportó continuar con el consumo de tabaco aun sabiendo que le causaba problemas de salud. El 42,1% de los fumadores informó necesitar usar tabaco o tener dependencia del mismo (Torres & Montoya, 1997).

Inhalables

El uso "recreativo" de la inhalación de gases no fue inusual en el siglo XIX. La inhalación de vapores de hidrocarburos (tolueno, n-hexano, metilbutilcetona, tricloroetileno, tricloroetano, diclorometano, gasolina y butano) apareció en 1950. En 1960 se publicaron largas series al respecto, y desde entonces se han realizado muchos estudios sobre el tema (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995). Actualmente su uso se encuentra en aumento, no solo entre quienes abusan de otras drogas sino también entre jóvenes y adolescentes (DSM-IV, 1995).

La inhalación de vapores en la actualidad se realiza utilizando cuatro clases de sustancias comerciales (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995):

- Solventes para gomas y adhesivos.
- Propelentes para aerosoles de pintura, lacas y cremas de afeitar.
- Thinner (por ejemplo, del utilizado en pintura o en fluidos para la corrección de errores tipográficos).
- Aceites y combustibles.

El uso de inhalables causa pocas complicaciones que ameriten manejo por servicios de urgencias; sin embargo hasta un 1% de todas las muertes relacionadas con consumo de sustancias psicoactivas registradas durante 1990 en los Hospitales Federales de los Estados Unidos fueron debidas a consumo de inhalables. Los que usaban inhalables por primera vez tuvieron más riesgo de morir que los usuarios habituales (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995). En la Encuesta Nacional de Hogares realizada en 1991 en los Estados Unidos, se encontró que hasta un 5,6% de todos los norteamericanos encuestados había utilizado inhalables alguna vez en su vida. El 12% de ellos eran hombres con edades entre los 18 y los 34 años; 0,6% habían empleado la sustancia durante el mes anterior a la entrevista (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995).

En los informes del programa "Monitoreando el futuro" en estudiantes de High School de Estados Unidos, se observó que los inhalables en el período 1976-1996 tuvieron una prevalencia de vida promedio de 15%, así mismo la prevalencia de vida entre estudiantes de duodécimo grado en el período 1991-1996 fue de 17,2%. La prevalencia anual en duodécimo grado en el período 1991-1996 fue de 7,2% y la del último mes fue de 2,6%. La prevalencia anual entre estudiantes de tiempo completo fue de 3% en 1994 (Johnston, O'Malley, & Bachman, 1998).

La experimentación con inhalables es relativamente amplia, pero existen pocos usuarios frecuentes y pocas consultas por su causa a los servicios de urgencias, por lo cual se piensa que la mayoría de los usuarios prueban la droga unas pocas veces y paran su uso sin mayores complicaciones. Los problemas por dependencia de inhalables suelen ser más frecuentes entre grupos minoritarios que tienen características de ghetto (Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell, 1995).

En el Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas realizado en Colombia durante 1993, se encontró que el intervalo superior, con 95% de confianza, solo llegó al uno por mil en la población general; el sexo masculino presentó mayores frecuencias, con 1,7 por 1000. La proporción de prevalencia de vida llega a 2,2 por mil, siendo para los hombres del cuatro por mil. Por estrato social, el consumo de inhalables presentó sus mayores frecuencias para el estrato bajo-bajo (Ramón, Ballesteros, Martínez-Arrieta, Jorrecilla, & Cabrera, 2003).

En el Segundo Estudio Epidemiológico de Consumo de Sustancias Psicoactivas de la ciudad de Santa Fe de Bogotá en 1992, se encontró que la prevalencia de vida en población general de consumo de inhalables fue de 0,4%, con una razón hombre/mujer de 8:1 (0,8 % vs. 0,1%), con el mayor porcentaje de consumo en la vida en los grupos de 12 a 17 años y de 25 a 34 años (0,6%). La prevalencia de consumo del último año fue de 0,06% con la totalidad de consumidores del género masculino. Al comparar los años 1988 y 1992, se observó un descenso en las prevalencias de vida y del último año, pasando de 0,8% a 0,4% en la primera y de 0,2% a 0,1% en la segunda. La edad de inicio del consumo disminuyó un poco con 12,8 años en 1988 y 11,9 años en 1992 (UCPI, 1995).

En el estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas de 1996, se incluyó para el análisis el consumo accidental de estas sustancias y no se tuvo en cuenta a los niños de la calle. La prevalencia de vida reportada en población general colombiana fue de 7,6%, en población universitaria colombiana fue de 5,6% y en población general de Santa Fe de Bogotá fue de 3,6%. La prevalencia en el último año para población general colombiana fue de 6,7%, para población universitaria colombiana fue de 4,6% y para población general de Santa Fe de Bogotá fue de

2,4%. El consumo de estas sustancias fue superior en hombres y especialmente en trabajadores de 25 a 44 años (Rodríguez, 1997). En el Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, se encontró en población general de Santa Fe de Bogotá que el 0,7% consumió inhalables alguna vez en la vida (Torres & Montoya, 1997).

En un Estudio sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas realizado en la población de Marinilla (Antioquia) con estudiantes de los grados 10 y 11, se encontró una prevalencia de vida de 3%, similar a la reportada por otros estudios en escolares del mismo Departamento. El porcentaje de encuestados que informó que nunca había consumido la sustancia en este trabajo fue del 93,6% (Arango, 1996 citado por Velásquez y Scoppetta, 1998).

Los trastornos psiquiátricos que pueden producirse por el consumo de inhalables son los siguientes (DSM-IV):

- Dependencia de inhalables.
- Abuso de inhalables.
- Intoxicación por inhalables.
- Delirium por intoxicación por inhalables.
- Demencia persistente inducida por inhalables.
- Trastorno psicótico inducido por inhalables, con delirios.
- Trastorno psicótico inducido por inhalables, con alucinaciones.
- Trastorno del afecto inducido por inhalables.
- Trastorno de ansiedad inducido por inhalables.
- Trastorno inducido por inhalables no especificado.

Flunitracepam (Rohypnol)

El flunitracepam es la sustancia activa de un medicamento que pertenece a la familia de las benzodiacepinas, cuyo nombre comercial es Rohypnol. Este fármaco lo elaboran los laboratorios Hoffman-La Roche, y se expende en México, Sudamérica, Europa y Asia. Aunque su uso comercial en varios países se remonta a la década de los años 70, no fue sino hasta 1990 cuando se utilizó con fines curativos en los Estados Unidos de Norteamérica.

La intoxicación por abuso de Rohypnol produce la alteración del juicio y de las habilidades motoras, falta de coordinación muscular y alteraciones de la memoria (amnesia temporal). Si se combina con el alcohol aumentan las alteraciones del juicio y produce desinhibición, lo que da lugar a la manifestación de impulsos reprimidos. Es una sustancia que deprime o hace más lentas las funciones corporales; sus efectos abarcan desde calmar la ansiedad hasta producir sueño. Si se ingieren dosis muy altas éstas pueden causar la pérdida del conocimiento y la muerte. Su uso frecuente e indiscriminado produce dependencia, y la abstinencia produce los siguientes síntomas: dolor muscular y de cabeza, ansiedad extrema, tensión, insomnio, confusión e irritabilidad, adormecimiento, pérdida de la identidad, alucinaciones, delirios, convulsiones, shocks y colapso cardiovascular. El síndrome de abstinencia puede presentarse después de una semana de haber dejado de tomarla.

Generalmente se toma por vía oral. Los efectos de este fármaco se inician a los 30 minutos de haberlo ingerido, y alcanza su punto máximo a las dos horas, aproximadamente; sus efectos pueden persistir durante ocho o más horas, dependiendo

de la cantidad que se haya tomado. Los efectos adversos relacionados con el uso de esta droga incluyen la disminución de la presión sanguínea, el deterioro de la memoria, somnolencia, problemas visuales, vértigo, confusión, problemas gastrointestinales y retención de la orina. No obstante que el flunitracepam está clasificado como un depresor, paradójicamente puede inducir comportamientos de gran excitabilidad o agresividad en algunos usuarios. Los nombres populares o callejeros con los que comúnmente se le conoce son: "reina", "rophy", "roche" y "pastas", entre otros (Galván et al., 2000).

Si bien es cierto que desde hace muchos años, el empleo de sustancias de uso médico es parte del panorama epidemiológico de la farmacodependencia, hay una serie de factores que pueden explicar la actual popularidad del flunitracepam. En primer término, los usuarios de drogas lo prefieren debido a que sus efectos son más potentes que los de otros productos que corresponden al mismo grupo farmacológico (p.e. es 10 veces más potente que el valium), a la vez que sirve como antagonista para contrarrestar los efectos producidos por el consumo habitual de drogas excitantes, como la cocaína, las anfetaminas y aun la heroína. También por ser fácil conseguirlo a bajo precio en el mercado negro, y por la eficaz estrategia que se utiliza para venderlo y distribuirlo. Además, los adolescentes consideran que corren menos riesgo si consumen las sustancias que prescriben los médicos, que son menos peligrosas que las denominadas "drogas fuertes o duras" (Galván et al., 2000).

Su uso se encuentra en aumento en varios países como Estados Unidos (Galván et al., 2000) y México (Sloboda, 2002). En los Estados Unidos, el uso del flunitracepam se ha extendido rápidamente en Florida y en Texas entre los miembros de bandas, los cocainómanos y un extenso grupo suburbano de estudiantes de secundaria. Los informes etnográficos y de tratamiento confirman que en otras áreas del país también los usan: en Alabama, Arizona, Arkansas, California, Kansas, Louisiana, Maryland, Minneapolis, Mississippi, Nuevo México, Nueva York, California Norte y Oklahoma (Galván et al., 2000).

En el año de 1996, una encuesta en estudiantes tejanos de secundaria investigó sobre el uso de flunitracepam, o "roach", que es uno de los nombres populares con los que se le conoce. Los datos preliminares indicaron una prevalencia a lo largo de la vida de 15 a 18%, y de 5 a 6% en el último mes, en dos distritos escolares situados en la parte fronteriza del estado. Cuatro distritos ubicados en la zona metropolitana Fortworth/Dallas indican que la prevalencia a lo largo de la vida era de 7 a 9%, y de 3% durante el mes anterior a la encuesta. En la parte central de Texas fue de 11% y 4%, respectivamente. En el sudoeste de Texas, en dos distritos fue de 7% y 3% y, finalmente, en el Altiplano, fue de 12% y el 5%, respectivamente. En los Distritos que no están ubicados en la frontera de Texas, la prevalencia del "roach" fue menor que la de los inhalables, pero en dos de los Distritos fronterizos su uso es tan común o más que el de los inhalables (Galván et al., 2000).

Los Centros de Tratamiento de los Estados Unidos indicaron haber recibido a algunos usuarios de flunitracepam, aunque no a muchos, en lugares como Nueva Orleans y Texas. En este estado, por lo menos diez adolescentes y ocho adultos ingresaron a estos centros durante el primer trimestre de 1996, indicando que usaban esta droga de abuso. En Nueva Orleans los usuarios y los distribuidores de esta droga son frecuentemente blancos, de clase media, estudiantes de secundaria y preparatoria, y sólo en algunos casos, profesionistas. En Houston y en San José esta droga es muy popular entre la comunidad hispana (Galván et al., 2000).

Se informó que en Florida ha aumentado mucho el número de estudiantes de secundaria que usa esta droga, y que la toma con alcohol o después de haber usado cocaína. Por lo menos diez casos denunciados de violación estuvieron relacionados con esta droga, por lo que se le conoce popularmente como "la droga de los violadores", ya que éstos la usan para drogar a las jovencitas antes de violarlas; generalmente las víctimas estaban inconscientes debido a las propiedades anestésicas del flunitracepam. También se le conoce como "la droga del olvido" pues a menudo los usuarios no recuerdan qué hicieron mientras estaban bajo sus efectos. Los nombres callejeros con los que se le conoce son: "círculos o circuitos", "valium mexicano", "ruffies", "ropies" y "rib". Cuando se está bajo la influencia de esta droga se dice que se está roached out (Galván et al., 2000).

Las fuentes oficiales de los Estados Unidos señalan que la distribución y el abuso del flunitracepam se ha incrementado en el sudoeste y en la parte meridional de ese país. Algunos datos de particular interés son el bajo costo de esta droga (cinco dólares por tableta) y el aumento de su popularidad entre la gente joven. Este fármaco no se elabora ni se vende lícitamente en los Estados Unidos, sino que se consigue por medios ilícitos. Este fármaco es distribuido y transportado por correo o por los servicios de entrega nocturna, y se señala a Colombia, México y Argentina como los principales abastecedores (Hall, 1996).

Asimismo, se señala que otro de los problemas relacionados con el uso de flunitracepam entre los adolescentes es el aumento de los casos de inmunodeficiencia humana –VIH–, debido a que sus efectos desinhibidores aumentan la actividad sexual. Su uso está relacionado con muchos casos de violación y con otros tipos de comportamiento violento y destructivo, como la participación de los usuarios en las carreras de autos que se efectúan en la madrugada, llamadas "arrancones", o en un tipo de baile agresivo conocido como "slam", que consiste en golpearse uno al otro con el cuerpo mientras dura la melodía (Galván et al., 2000).

También se indica que la falsa percepción que tienen los usuarios de esta droga, principalmente los adolescentes más jóvenes, puede explicar su popularidad: a) suponen, erróneamente, que esta droga es pura y, por lo tanto, segura debido a que se vende en paquetes burbuja, que evita que esté adulterada y b) piensan, erróneamente, que no se puede saber que la usan por medio de análisis de orina.

Se indica que desde hace más de diez años se usa en el occidente de Europa y en el Caribe. En Alemania, los laboratorios Roche retiraron del mercado las tabletas de 2 miligramos, y las destinaron únicamente para uso hospitalario, debido al gran aumento del consumo de esta droga en ese país. En España y en Malasia, los adictos emplean el flunitracepam para aliviar los síntomas de abstinencia y para olvidar (Galván et al., 2000).

Por ejemplo, entre los estudiantes españoles el consumo de tranquilizantes sin prescripción médica es significativo: la prevalencia a lo largo de la vida es de 5,9%, como lo demuestran los resultados de la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar, llevada a cabo en el año de 1994. Se indica que la prevalencia del consumo de esta droga en las mujeres es significativamente mayor que en los hombres, tanto si se trata del uso esporádico del fármaco, como si se trata del consumo habitual. Los tranquilizantes están considerados, junto con el alcohol, el tabaco y la cannabis, como las cuatro drogas más usadas por esta población (Galván et al., 2000).

En 1995, la Secretaría de Drogodependencias hizo una encuesta en una muestra de 1.358 personas de más de 14 años, de la Comunidad Autónoma del País Vas-

co, encontrando que los psicofármacos más utilizados son los analgésicos (26,2%), las benzodiazepinas (4,7%) –valium, rohypnol, nolotil– y los barbitúricos (1,5%). Las benzodiazepinas las usan principalmente las personas de más de 51 años. Las personas de menos edad no las usan con exageración, con excepción de los jóvenes de 21 a 25 años (EDPE, 1995).

En un estudio cualitativo llevado a cabo en farmacodependientes que tenían problemas judiciales y habían accedido voluntariamente a ingresar a los programas de rehabilitación de la Comunidad Autónoma Vasca, se encontró que el itinerario de estos usuarios es el siguiente: primero consumen “porro” o hashish; después, benzodiazepinas, como el “valium”, el “rohypnol” y el “diazepam”, junto con anfetaminas y LSD; y más adelante consumen cocaína, drogas de diseño y heroína (Euskady, 1996).

Los datos del Estudio Nacional de Consumo de Drogas en Chile, en la población general de 12 a 65 años, mostraron en 1995 que la prevalencia durante el “último año” del consumo de tranquilizantes que requieren prescripción médica había sido de 12,02%. La distribución en uno y otro sexo muestra una prevalencia dos veces mayor en las mujeres que en los hombres (15,83% contra 7,66%). Los informes sobre la recepción y el decomiso de drogas, que estamos anexando a este estudio, indican que los mayores decomisos de productos con benzodiazepinas se registraron durante 1994 y 1995 (Elzo, Huete, Laespada, & Santibañez, 1995).

1.4.2 Bases de la adicción a las drogas: herencia e influencias ambientales

Existen cinco tipos importantes de investigación genética en farmacodependencia: estudios selectivos en razas animales, estudios de adopción, estudios con gemelos, estudios familiares y estudios de alto riesgo.

Desafortunadamente, los aspectos hereditarios de la farmacodependencia apenas empiezan a ser estudiados y existen pocas investigaciones basadas en la utilización de estos métodos. La falta de conocimiento acerca de los aspectos genéticos de la farmacodependencia contrasta significativamente con el conocimiento que se tiene sobre alcoholismo, en donde la relación hereditaria ya ha sido establecida desde hace algunos años (Kaufman & McNaul, 1992). Solamente se ha reportado un estudio de adopción y dos estudios con gemelos, enfocados a la farmacodependencia.

Un estudio reciente llevado a cabo por Cadoret y cols. representa un paso importante en la contribución del conocimiento que se tiene acerca de los factores genéticos y ambientales relacionados con este tema. El estudio incluyó adultos adoptados desde la infancia, con y sin rasgos de personalidad antisocial, y se examinó su uso de alcohol y droga, su ambiente adoptivo familiar, y la presencia de trastornos de personalidad antisocial o uso de alcohol en sus familiares biológicos.

A pesar de que el número de sujetos de este estudio fue pequeño (40) y la mayor parte de ellos eran menores de 26 años, los autores pudieron llegar a diferentes conclusiones estadísticas significativas: El abuso de drogas estuvo altamente correlacionado con trastornos de personalidad antisocial, y este trastorno era predecible por la presencia de conducta antisocial en un familiar de primer grado.

El estudio también mostró que los problemas de alcohol entre los familiares biológicos predecían el incremento de uso de alcohol y drogas en sujetos adoptados sin trastornos de personalidad antisocial, pero no así en sujetos adoptados que cursa-

ban con este trastorno. También mostró la importancia de los factores ambientales, donde el divorcio y los trastornos psiquiátricos en la familia adoptiva estuvieron asociados con el incremento en el abuso de drogas de los sujetos estudiados.

Grove y cols. han publicado los resultados preliminares de 31 pares de gemelos monocigóticos y un par de trillizos monocigóticos, cuyas edades fluctuaban entre los 16 y 68 años con una edad promedio de 43 y que fueron separados tempranamente y crecieron aparte. El factor hereditario significativo fue $< 0,10$ y estuvo presente tanto para el abuso de drogas, así como para las conductas antisociales. La recolección de datos aún se encuentra en desarrollo y el tamaño de la muestra se incrementó para incluir pares de gemelos dicigóticos.

Un estudio gemelar realizado por Pickens se basó en un ejemplo clínico de 66 pares de gemelos del mismo sexo en los cuales, al menos un gemelo reportó problemas relacionados con el uso de drogas. En 62 de los 66 pares, al menos uno de los gemelos cumplió con los criterios de abuso de alcohol o dependencia. La concordancia para el uso problemático de drogas fue de 0,43 para gemelos monocigóticos (0,43 para hombres y 0,27 para mujeres) y 0,28 para gemelos dicigóticos (0,31 para hombres y 0,27 para mujeres), proporcionando un cociente de 1,5. Sin embargo, las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Los descendientes de fumadores de tabaco están más propensos a convertirse en fumadores y en tabaco-dependientes comparados con la población general. Se encontró una mayor proporción de dependencia a opiáceos entre hermanos y familiares de adictos a opiáceos que entre la población general. Un estudio piloto reciente midió la respuesta eufórica a una dosis aislada de 1 mg. de alprazolam administrado oralmente en una muestra de 12 hijos no alcohólicos producto de padres alcohólicos. Nueve de los hombres que tenían una historia familiar de alcoholismo experimentaron euforia, comparada con sólo dos de los 12 sujetos del grupo control sin una historia familiar de alcoholismo.

Los estudios de alto riesgo intentan identificar factores contribuyentes en la etiología de un trastorno en personas de alto riesgo y que puedan desarrollarlo tardíamente, en comparación con aquéllas sin dicho riesgo. En un estudio longitudinal a lo largo de nueve años, Kandel y cols. encontraron que la delincuencia en adolescentes y adultos jóvenes fármaco-dependientes fue altamente predecible. Wallace encontró que en una muestra de población predominantemente negra y desempleada, de los usuarios de crack y cocaína admitidos para desintoxicación, 61% fueron adultos hijos de alcohólicos, y otro 36% presentaba características de familia disfuncional, diferentes a las de alcoholismo.

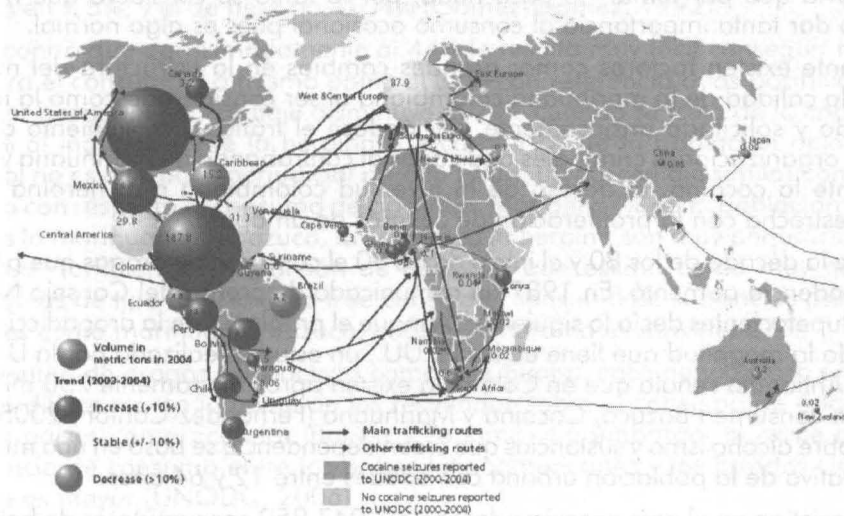
Otro estudio reciente que identifica los factores de riesgo y su posible interacción examinó la influencia que ejercen los hermanos mayores, los amigos y los padres en el abuso de drogas por los hermanos menores. Aunque varios defectos metodológicos limitan la generalización de los hallazgos, los resultados indican que el uso de drogas por hermanos mayores, padres y amigos, tiene, cada uno, un efecto independiente en el uso de drogas por parte de los hermanos menores, pero su uso por los hermanos mayores y por amigos tiene una influencia mucho mayor.

Los resultados interactivos muestran que los hermanos mayores que no utilizan drogas pueden compensar los efectos que se ejercen sobre los hermanos menores cuando los padres hacen uso de drogas. También los hermanos menores mostraron menos propensión a usar drogas cuando los hermanos mayores y los amigos funcionaban como modelos de abstinencia.

1.4.3 Consideraciones legales

El consumo de alcohol y de drogas psicoactivas amerita una revisión a fondo de los programas de detección y tratamiento oportunos, en vista de las altas prevalencias de consumo de alcohol, cigarrillo y drogas psicoactivas, especialmente entre la población joven (Smith, Wesson, & Calhoun, 1997). Actualmente en el mundo existen alrededor de 200 millones de personas consumidoras de drogas, lo que equivale al 5% de la población mundial entre 16 y 64 años, y la droga de mayor consumo es la marihuana (162 millones de personas), seguida de los estimulantes tipo anfetaminas (35 millones), los cuales incluyen anfetaminas (25 millones) y éxtasis (alrededor de 10 millones). El número de consumidores de opio en el mundo es considerablemente menor; 16 millones, de los cuales 11 millones son abusadores de heroína. El consumo de cocaína alcanza los 13 millones de personas, siendo Colombia el país que más la exporta (54% del tamaño mundial) (ver Figura 1.1), seguido de Perú (30%) y Bolivia (16%) (WDR, 2006).

Figura 1.1. Tamaño de cultivos de coca en el mundo



* Cocaine seizures presented in this map do not include seizures in liquid form.

Fuente WDR 2006

En el aspecto legislativo, la primera norma que expidió el gobierno colombiano sobre drogas en el siglo XX fue la ley 11 de 1920, durante la presidencia de Marco Fidel Suárez, mediante la cual se restringía la capacidad de formulación de medicamentos de los médicos y farmacéutas (Fernández-Cantón, 2005).

En 1928 se expidió la ley 118 la cual por primera vez incluía el término "uso indebido de drogas" sin que ello implicara la aplicación de medidas represivas a nivel individual; aquellos que se vieran implicados en el consumo eran sometidos a medidas profilácticas. En 1936 el Código Penal, por medio del artículo 210 que rigió hasta 1980, tipificó el denominador ilícito contra la salud pública y sancionó la elaboración, distribución y tráfico de narcóticos y estupefacientes pero no su uso o consumo (San Vicente de Paul, 1994).

En los años 60, con el hipismo y su cultura de la marihuana y la devoción por el LSD, las puertas del consumo de la droga se abrieron. El hipismo entró a Colombia

a través de los medios de comunicación, el cine y la música y la influencia de las personas que llegaron del Norte huyendo de la guerra del Vietnam. Algunos consideran que fue en esta época cuando el abuso de las drogas se volvió un problema en Colombia (E. Velásquez, 1996).

Los hippies y los salsómanos adoptaron y generalizaron la idea de que la marihuana y los hongos eran inofensivos; a cambio sí eran benéficos para el organismo. La convicción de que no estaban haciendo nada censurable los llevó a asumir comportamientos desafiantes: fumaban marihuana en público y los conciertos de rock y salsa se convirtieron en los eventos de máxima importancia para estas formas de expresión. Para esta época la marihuana, los hipnóticos, los barbitúricos, el LSD (ácido lisérgico) y los hongos empezaron a popularizarse entre grupos marginales de la sociedad. En Medellín en 1968 hubo un evento llamado "Festival de Ancón" cuando llegaron "hippies" de todos lados; esto marcó oficialmente el comienzo de una época de drogas (E. Velásquez, 1996). No puede hablarse de consumo masivo en los años 60: hubo una experiencia sin mayores consecuencias inmediatas; los adolescentes de entonces se convirtieron en la década siguiente en adultos en un ambiente donde se promovía que por fumar no pasa nada, por lo tanto se consideró que no era necesario dar tanta importancia al consumo ocasional pues es algo normal.

Actualmente existen factores como: grandes cambios en la estructura del núcleo familiar, la calidad de la marihuana colombiana al ser considerada como la mejor del mundo y solicitada ansiosamente, iniciándose el tráfico y surgimiento de las primeras organizaciones criminales dedicadas al contrabando de marihuana y posteriormente la cocaína. El acceso de la juventud colombiana a la heroína tiene relación estrecha con la proliferación de culturas de amapola.

Al final de la década de los 80 y el inicio de los 90 el consumo de drogas que producen dependencia aumentó. En 1987 un comunicado de prensa del Consejo Nacional de estupefacientes decía lo siguiente: "Aunque el problema de la drogadicción no ha tomado la magnitud que tiene en los EE.UU., un estudio realizado por la Universidad de Antioquia señala que en Colombia existen aproximadamente 250 mil personas que consumen Bazuco, Cocaína y Marihuana (Fernández-Cantón, 2005)". El estudio sobre alcoholismo y sustancias que crean dependencia se basó en una muestra representativa de la población urbana con edades entre 12 y 64 años.

En 1987 existían en el país aproximadamente 7.047.950 consumidores de bebidas alcohólicas 3.740.959 de cigarrillos, 762.206 de tranquilizantes, 81.246 de bazuco, 31.207 de cocaína y 136.944 de marihuana (Gómez-Gómez, 1992). El informe también dejó claro que el grupo de mayor riesgo para el consumo de cualquiera de las drogas ilícitas es el comprendido entre los 16 y 19 años para las mujeres y entre los 20 y los 24 años para los hombres (Gómez-Gómez, 1992).

En 1988, el sector educativo Nacional, a través del programa "Promoción Juvenil y Prevención Integral" llevó a cabo la investigación: "Factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de secundaria". Dicho estudio reveló que el 87% de los estudiantes de básica secundaria y media vocacional tiene problemas con la droga, el 4,6% de estudiantes menores de 12 años ha tenido contacto con sustancias psicoactivas; se pasa a un 57,6% en los estudiantes mayores de 22 años. El 20,8% de estudiantes entre 13 y 15 años que han consumido se duplica a 47,1% entre 16 y 18 años (Gómez-Gómez, 1992).

Las investigaciones concluyen que la situación exige una acción preventiva que exige reforzar la acción educativa y formativa en los diferentes contextos del ámbito

familiar, escolar, comunitario y laboral generando nuevos espacios de satisfacción y sentido de la vida, pues entre otras, las razones principales de consumo son las de escapar de situaciones y sentimientos desagradables así como encontrar experiencias nuevas y placenteras: "Los consumidores participan menos en la toma de decisiones, perciben poco interés de la familia hacia ellos, siendo frecuentes las discusiones; presentan menos satisfacción en el colegio y los pensamientos e intentos suicidas son mayores" (Gómez-Gómez, 1992).

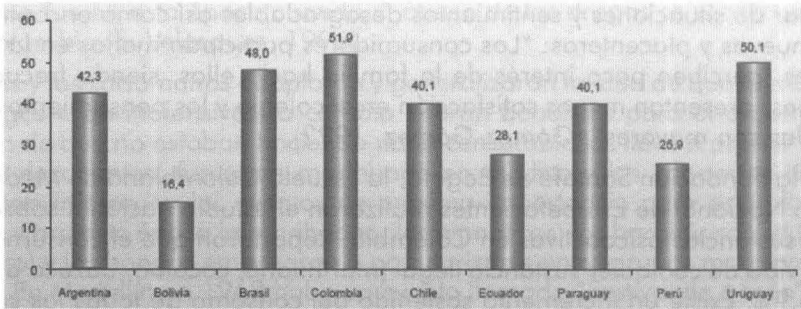
En 1992 la Fundación Santafé de Bogotá, la Escuela Colombiana de Medicina y la Dirección Nacional de Estupefacientes realizaron el estudio nacional sobre el consumo de sustancias psicoactivas en Colombia. Reportaron que el consumo alguna vez en la vida de cualquier sustancia ilegal (marihuana, cocaína, bazuca o heroína) fue del 5,9%. Existe un incremento sostenido del consumo de todas las sustancias con el aumento de escolaridad, alcanzando el valor más alto en el nivel universitario incompleto (13,8%). Entre los residentes de las zonas con mayor nivel de urbanización, existen los niveles más altos de consumo (10,1%). El consumo de marihuana al menos una vez en la vida es de 5,3%; el de cocaína, similar al del bazuco, se estima en 1,5%; y el de heroína, 0,04% (Gómez-Gómez, 1992).

Se encontró que aproximadamente al 44% le resulta muy fácil conseguir marihuana para el consumo. Lo mismo opina el 37% con referencia a las posibilidades de obtener bazuco; el porcentaje disminuye al 24% cuando se trata de la cocaína y al 13,5% al indagar sobre la heroína. Cerca al 19% de la población opina que el alcohol no es o es poco perjudicial para la salud; un porcentaje similar considera lo mismo con respecto al consumo de cigarrillo. Más del 87% de la población considera que la marihuana, el bazuco, la cocaína o la heroína son muy perjudiciales para la salud. También la proporción de personas que estima como muy graves los problemas de tipo familiar que trae consigo el consumo de sustancias psicoactivas ilegales como marihuana, bazuco, cocaína o heroína es más del 87%.

El consumo de drogas psicoactivas como marihuana, cocaína y bazuco en Colombia no difiere marcadamente de los resultados sobre el consumo de éstas drogas en los países como Ecuador, Bolivia y Panamá; sin embargo, sí existe una gran diferencia de consumo entre los países latinoamericanos y los Estados Unidos, en donde es mayor (UNODC, 2006).

El primer estudio comparativo sobre uso de drogas en población escolar secundaria de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay "Jóvenes y drogas en países sudamericanos", publicado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD/OEA), la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), el Consejo Nacional de Control de Estupefacientes (CONACE), el Consejo Nacional de Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Drogas (CONALTID), el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP), la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (DEVIDA) y la Junta Nacional de Drogas (JND) en el año 2006 (CICAD/OEA, 2006), muestra que Colombia, comparado con otros países como Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay, es el primer país consumidor de alcohol en la población juvenil mayor de 14 años (Gráfica 1.3) (prevalencia de 30 días) con un 51,9% del total de la población y el primero en consumo en la población de jóvenes menores de 14 años con un 37,6%.

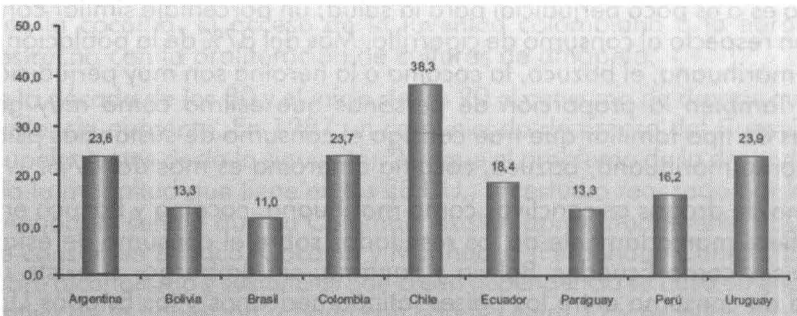
Gráfica 1.3. Cifras comparativas de consumo de alcohol por país con prevalencia de 30 días



Datos tomados del informe ONUDD-CICAD/OEA, 2006

Igualmente Colombia es el tercer país en consumo de tabaco (cigarrillo) con un 23,7% (Gráfica 1.4), superado ligeramente por Uruguay que tiene un porcentaje de 23,9%. Y el segundo en la población de jóvenes de 14 años o menos, con un 14,4% de la población, superado por Chile que posee un consumo para esta población del 25,5%.

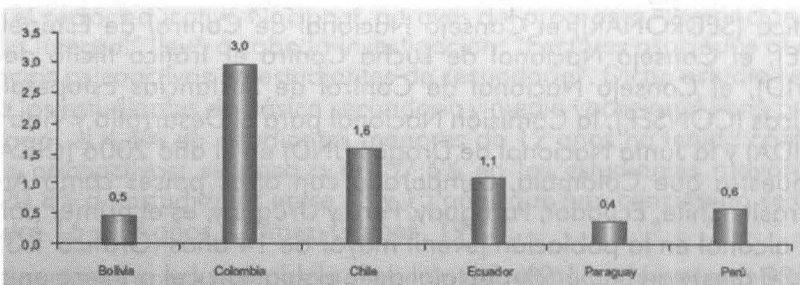
Gráfica 1.4. Cifras comparativas de consumo de tabaco por país con prevalencia de 30 días



Datos tomados del informe ONUDD-CICAD/OEA, 2006

Colombia es el primer país en Suramérica en consumo de Éxtasis-MDMA, muy por encima de países como Chile, Ecuador o Perú (Gráfica 1.5).

Gráfica 1.5. Cifras comparativas de consumo de MDMA-Éxtasis por país con prevalencia de 12 meses



Datos tomados del informe ONUDD-CICAD/OEA, 2006

El mismo informe muestra un consumo igualmente alto para tranquilizantes (10,11) y estimulantes (5,78) en comparación con otros países (Gráfica 1.6).

Gráfica 1.6. Prevalencia de consumo de tabaco, alcohol, tranquilizantes y estimulantes por país

País	Tabaco	Alcohol	Tranquilizantes	Estimulantes
Argentina	46,74	64,71	6,36	4,07
Bolivia	41,79	39,00	14,49	6,69
Brasil	26,86	69,29	4,31	3,93
Colombia	47,60	76,36	10,11	5,78
Chile	66,62	68,13	S/d	3,95
Ecuador	53,53	60,49	6,08	2,73
Paraguay	30,70	59,79	11,64	3,53
Perú	42,96	50,90	4,38	1,11
Uruguay	51,17	78,16	6,14	2,87

Datos tomados del informe ONUDD-CICAD/OEA, 2006

Estos datos muestran que el consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, comparado con otros países de Suramérica, es bastante alto.

Ya al interior del país las investigaciones, como el Estudio Nacional de Salud Mental de 1993, muestran que en algunas regiones del país se presentan cifras consistentes con mayor prevalencia por el consumo de sustancias psicoactivas (Tabla 1.3).

Tabla 1.3. Prevalencia de vida por regiones que consumen sustancias psicoactivas ilegales, 1993

REGIÓN	MARIHUANA	COCAÍNA	BAZUCO	HEROÍNA
Atlántica	2,9%	0,9%	0,4%	0,10%
Oriental	2,8%	0,9%	0,9%	0,10%
Antioquia	10,1%	2,4%	4,6%	
Central	6,2%	1,5 %	1,4%	
Pacífica	5,4%	1,2%	1,8%	
Bogotá	7,7%	2,7%	1,3%	

Datos tomados del Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, Torres, 1993.

Estas cifras permiten observar que el Departamento de Cundinamarca hizo parte de la región central de consumo. El mismo Estudio para el Departamento de Cundinamarca muestra que los habitantes de Cundinamarca, en general, consideran que todas las sustancias psicoactivas son nocivas para la salud; sin embargo, la permisividad social es mayor para las bebidas alcohólicas, los tranquilizantes y el tabaco. El consumo de alcohol empieza a los 12,8 años de edad, de bazuco a los 13 años, de marihuana a los 14 años, de tabaco a los 16, de cocaína y tranquilizantes a los 24 años.

El alcohol lo consume el 90,1%, con la siguiente distribución: los hombres en un 93,5%, las mujeres en un 86,8% y los jóvenes en un 78,7%. El 79,1% tiene un consumo "Normal" o social. El 6,9% de los bebedores está en alto riesgo de alcoholismo, 4,1% son alcohólicos, el 61,2% son bebedores de cerveza, 10,9% beben aguardiente, el 4,5% ha tenido accidentes bajo los efectos del alcohol.

Los factores de riesgo para el consumo de cocaína reportan que tener *amigo consumidor* tiene una asociación medida a través de la $RD=11,0$, *mala comunicación familiar* $RD=8,3$, *alcoholismo* $RD=8,0$, *consumo de marihuana* $RD=25,6$, *exceso de alcohol familia* $RD=5,9$.

Datos más recientes tomados del Estudio Nacional de Salud Mental (2005) realizado en el año 2003 muestran que los trastornos derivados por la dependencia de alcohol y por el uso de sustancias es un problema real en la población colombiana y muestra diferencias importantes en cuanto a género (Tabla 1.4).

Tabla 1.4. Trastornos relacionados con sustancias. Prevalencia de vida. Diferencias por género. 2003

Diagnósticos	Masculino		Femenino		Total	
	%	Es	%	Es	%	Es
Trastornos relacionados con sustancias						
Abuso de alcohol	13,2	1,4	1,6	0,4	6,7	0,6
Dependencia de alcohol	4,7	0,8	0,3	0,1	2,3	0,4
Abuso de drogas	2,1	0,4	0,1	0,1	1,0	0,2
Dependencia de drogas	1,2	0,4	0,2	0,1	0,6	0,2
Dependencia de nicotina	2,9	0,9	0,5	0,2	1,6	0,4
Cualquier trastorno por sustancias	20,8	1,7	2,6	0,4	10,6	0,8

Datos tomados del Estudio Nacional de Salud Mental – Colombia, 2005.

El mismo estudio muestra que la edad de aparición de los trastornos relacionados con sustancias se encuentra entre los 18 y 26 años, así: dependencia de drogas, 18 años; abuso de drogas, 20 años; dependencia de alcohol, 21 años; abuso de alcohol, 23 años; y dependencia de nicotina, 26 años (Ministerio de la Protección Social, 2005).

Por su parte la encuesta RUMBOS (2002), realizada en 203.374 jóvenes escolarizados de 10 a 24 años, mostró tasas elevadas de consumo de alcohol en esta población (83,8), seguido por un consumo significativo de cigarrillo y marihuana (37,5 y 8,9 respectivamente) (Tabla 1.5).

Tabla 1.5. Prevalencia de vida de consumo de sustancias psicoactivas. 2002

	Prevalencia de vida		Total
	Hombres	Mujeres	
Alcohol	85,2	82,6	83,8
Cigarrillo	41,2	34,3	37,5
Marihuana, cocaína, heroína, éxtasis	14,9	8,8	11,7
Marihuana	11,5	6,5	8,9
Cocaína	6,3	2,8	4,5
Bazuco	1,8	0,6	1,2
Inhalables	2,8	1,6	2,2
Éxtasis	2,7	1,7	2,2
Hongos	1,8	0,7	1,3
Ácidos	1	0,5	0,7
Tranquilizantes	2,2	2,6	2,4
Anfetaminas	1,2	0,9	1,1
Heroína	1,4	0,7	1,1

Datos tomados de la Encuesta Nacional de 2002 en Jóvenes Escolarizados de 10 a 24 años. Rumbos, 2005

La población del municipio de Funza por sus características geográficas, sociales, culturales y educativas se relaciona mucho con las condiciones del altiplano cundiboyacense y podría tenerse en cuenta la siguiente información obtenida en Boyacá.

El estudio realizado en Boyacá (Manrique A., 1997) sobre los factores psicosociales y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de básica secundaria y media, utilizando el DUSI como instrumento, permitió determinar:

El promedio de inicio de la primera sustancia psicoactiva se registra a los 13 años de edad, mientras que el cigarrillo se inicia en promedio a los 14 años. En los

estudiantes se encontró que el 83,7% se inicia con bebidas alcohólicas y consideran de fácil disponibilidad la marihuana y el bazuco (76,1% y 58,4%) aunque las demás sustancias ilegales son fáciles de conseguir para el 40% de los encuestados.

Los que viven en las grandes ciudades del departamento presentan un mayor riesgo de ser fumadores frente a los municipios menos urbanizados (RD: 2,14; IC 95%: 1,4 < RD < 3,1; $p=0,000021$). Los hombres reportaron un mayor consumo mostrando que por cada dos hombres que han fumado en la vida existe una mujer (RD: 3,17; IC 95%: 2,17 < RD < 4,62; $p=0,0000$) (Manrique A., 1997).

El pertenecer a un colegio privado aumenta el riesgo de consumo de cigarrillo (RD: 1,46; IC 95%: 1,02 < RD < 2,09; $p=0,030$) (G. Medina & Alvarado, 1997). Los factores relacionados con el desempeño escolar y con los amigos o pares al intervenir, disminuirán en la población el 21% y el 17% respectivamente el consumo de cigarrillo. El consumo de bebidas alcohólicas predomina en los grupos de 6° y 7° grado (RD: 0,11; IC 95% 0,07 < RD < 0,17; $p=0,000$). Los que más consumen según la edad fueron los del grupo de 15 a 17 años (56,6%) (RD: 4,38; IC 95%: 2,97 < RD < 6,46; $p=0,0000$). El consumo de bebidas alcohólicas se presenta con más frecuencia en establecimientos educativos de carácter público (64%) (RD: 1,96; IC 95%: 1,38 < RD < 2,79; $p=0,0000$). Por cada dos mujeres que consumen bebidas alcohólicas, lo hacen tres hombres (G. Medina & Alvarado, 1997).

Los factores relacionados con los amigos o los pares y el uso del tiempo libre y la recreación al intervenir disminuirán el consumo de bebidas alcohólicas en la población en 28,5% y 23,3% respectivamente. Los factores relacionados con drogas y uso de alcohol fueron determinantes en el consumo de sustancias psicoactivas; al lograr intervenir, podrían disminuir el consumo de marihuana en la población en el 13,8%, de cocaína en el 9,2%, de bazuco en el 6,2%, de heroína en el 4,6%, de estimulantes el 4,6% y finalmente el consumo de tranquilizantes en un 10,8%.

La red de apoyo familiar y social se afecta más con los consumidores de marihuana que con los consumidores de cigarrillo y de bebidas alcohólicas.

El inicio de consumo de alcohol y cigarrillo se relacionan con la curiosidad (13,3% y 17,3%), en las fiestas (12,8% y 18,4%), mientras el consumo de marihuana por la curiosidad (26,3%), por diversión (21,1%) y para ser aceptado por el grupo (15,8%). La influencia ejercida por grupos de amigos o compañeros es esencial para que llegue o no la fase de experimentación y caer en el consumo. Otro factor son los medios masivos de comunicación que tienden a darle mucha importancia a los modelos, bombardeos publicitarios de alcohol y cigarrillos, incitando al abuso.

La disponibilidad de la droga: mientras exista oferta de drogas sin programas psicoeducativos que la contrarresten, el consumo siempre será creciente. Los factores individuales como el éxito académico, facilidad de relacionarse con otros, buen uso del tiempo libre y la asertividad, le ayudaran a decir no a las drogas. Un colegio adecuado, un vecindario sano y el apoyo de programas de salud pública dirigidos a la población vulnerable contra la drogadicción serán de gran utilidad como apoyo para el joven.

1.4.4 Factores asociados al consumo

A continuación se describen cada uno de los factores que se asocian al consumo de sustancias psicoactivas durante la adolescencia; estos se consideran factores de riesgo para la aparición del consumo de sustancias. La probabilidad de que ocurra un evento, en un individuo o población, depende de la presencia de uno o más fenómenos llamados factores de riesgo. Se denomina factor de riesgo a cualquier

circunstancia o evento de naturaleza biológica, fisiológica o social, cuya presencia o ausencia modifica la probabilidad de que se presente un evento.

Se entiende por riesgo en salud la probabilidad que tiene un individuo o una población determinada de sufrir cierta enfermedad, evento o daño. Una población puede tener diferentes niveles de riesgo que son atribuibles a características individuales como edad, herencia, clase social, nivel educativo, convivencia familiar y social.

Otros informes catalogan los efectos del consumo a las características del adolescente tanto en edad como en la relación con categorías como vida familiar, sexual, escolaridad, etc. (Tabla 1.6).

Tabla 1.6. Característica del adolescente

	ADOLESCENCIA TEMPRANA 10 A 13 AÑOS DE EDAD	ADOLESCENCIA MEDIA 14 A 17 AÑOS DE EDAD	FINAL DE LA ADOLESCENCIA 16 A 21 AÑOS DE EDAD
DEFINICIÓN	APARICIÓN DE LA PUBERTAD	Período en el que la tensión entre el adolescente y los demás miembros de la familia alcanzan su máxima intensidad.	Se observan dos actividades características del desarrollo: "se independiza de los padres y adquiere capacidad para intimar y amar". La primera de estas etapas ya se había iniciado desde la etapa anterior pero es en ésta cuando la concluye.
FAMILIA	Generalmente obediente pero con emergente rebelión. Empieza a rechazar principios de los padres y a perder interés en las actividades de la niñez.	Preparación para la separación del núcleo familiar. En ocasiones los "ritos de iniciación, las relaciones con los miembros del sexo opuesto, le provocan considerable ansiedad". Mira a las parejas para buscar modelos de comportamiento. Su rebelión es mayor o se aísla de las actividades familiares.	Restablecimiento de la familia. Relaciones sobre bases no independientes.
IDENTIDAD	Cambios psicológicos y fisiológicos; cambios en sus relaciones personales, para satisfacer sus necesidades de encontrarse a sí mismo y dependencia. Pérdida de la identidad de niño. Sensitivo a que los padres u otros adultos lo tilden de niño o niña.	Identificación por grupo de parejas. Identidad individual tratando de incorporar cambios físicos en su cuerpo debido a algún impulso puberal que está viviendo y sintiendo.	El joven subordina sus identificaciones infantiles a las nuevas identificaciones que ocurren en su trato con los amigos ("crisis de identidad"). Único, estable, realista, positivo auto-identificable. Imagen corporal consolidada.
SEXUAL	Cambios en su sexualidad naciente y fantasías que reviven los conflictos edípicos. Mejor amigo del mismo sexo.	Aparición del deseo sexual. Fuerte acoplamiento a parejas de ambos sexos. Cita y desarrollo heterosexual de intereses. Conducta con ciertos riesgos.	Adaptados a sus papeles respecto al sexo. Citas importantes con compañeros, conducta sexual de relación significativa. Madurez social en las actividades y amistades.
ESCOLAR	Cambios en su potencial intelectual, madurez y capacidad para abstraer y para utilizar el razonamiento deductivo. Establecimiento escolar estructurado. Copia de modelos favoritos de comportamiento.	Escogencia de programas escolares. Identificación de áreas, aptitudes y destrezas. Empleos de medio tiempo.	Tiempo completo en el trabajo o colegio. Identifica metas vocacionales específicas.

Datos tomados del Manual de procedimientos para la prestación de servicios de atención al adolescente - Ministerio de Salud

1.4.4.1 Factores biológicos

Está demostrado que la maduración temprana y algunos aspectos derivados de la pubertad funcionan como factores de riesgo para el consumo de alcohol y el desarrollo de un trastorno por consumo de alcohol (G. Medina & Alvarado, 1997). Los signos de la madurez se convierten en disparadores del uso de alcohol y sus tras-

tornos derivados, especialmente cuando ocurren en personas jóvenes con problemas comportamentales, pares conflictivos, problemas familiares e inadecuada supervisión parental.

Al igual, existe un riesgo genético de relación entre los desórdenes conductuales, la dependencia al alcohol y la dependencia a drogas ilícitas (Costello, Sung, Worthman, & Angold, 2007). Las investigaciones genéticas muestran cierta disposición de co-ocurrencia de la dependencia de alcohol y de drogas ilícitas.

Hay que resaltar que, debido a las variaciones metabólicas y fisiológicas, las mujeres tienen más dificultades en predecir el efecto de las drogas, es decir pueden haber reacciones inesperadas, con mayor frecuencia. El cuerpo del hombre tiene más alto contenido de agua (55 a 65%) que el de la mujer (45 a 55%), y más masa corporal, por lo cual en la mujer el alcohol se concentra aún más que en el hombre (Button et al., 2007).

1.4.4.2 Factores psicológicos y psiquiátricos

El desarrollo del individuo es un proceso complejo, en el cual van desplazándose una serie de funciones que pertenecen al "equipaje" biológico y psicológico que el niño trae consigo cuando es concebido; como, por ejemplo, caminar, hablar, pensar y otras habilidades. Cada una de esas funciones, a medida que se desarrollan, están en constante interacción con las demás, y el buen desarrollo de una ayuda al buen desarrollo de la siguiente. Comenzará a funcionar cuando llegue el momento crítico de cada una de ellas, sea que este momento esté determinado por factores biológicos y psicológicos.

En el desarrollo del potencial de actos del niño, se hace cada vez más intensa su interacción con el ambiente y las personas que lo rodean. Así, inicialmente esta relación se establece con la madre, relación que se amplía luego al núcleo familiar y finalmente al grupo social.

La primera relación que se lleva a cabo con la madre (o con la persona que la sustituye, que puede ser una tía, una abuela o cualquier otra) es básica. Tiene importancia la forma como se establece esta relación, en la cual el niño se encuentra en posición pasiva, receptivo a todo tipo de suministros que la madre le dé. Su boca acoge el alimento, su piel las caricias, su vista los objetos que lo rodean, y son todas estas experiencias las que ayudan a mantenerlo vivo, y a avanzar en su desarrollo.

Esta primera etapa no siempre cursa sin problema. Puede suceder que la madre no esté en condiciones físicas o psicológicas adecuadas para saciar los requerimientos del niño de manera estable y apropiada. Es importante señalar que en esta etapa lo básico no es la cantidad de alimento o las demostraciones de amor que se den al niño sino la forma en que se le dan, es decir, la calidad de la relación madre-hijo.

Más aún, hay que hacer énfasis en que, si bien las frustraciones y conflictos pueden ser causa de perturbaciones graves, es deseable un cierto grado de frustración para poner en marcha los esfuerzos del individuo y su voluntad para enfrentarse a los problemas: "La fe en los padres va a determinar la confianza del niño en quienes lo rodean y va a establecer la base de su identidad, en el sentido en que se sentirá toda una persona aceptada por los demás" (E. Velásquez, 1996).

A medida que avanza su desarrollo nuevos factores se suman a los anteriormente formulados. El aprendizaje del control de las funciones intestinales y de la vejiga tiene gran importancia también. La aceptación o rechazo que la madre muestra,

en cuanto a los contenidos del cuerpo del niño, determinará la creencia en la propia capacidad de producir cosas buenas.

Un control excesivamente rígido por parte de los padres puede llevar al niño a la sensación de que la materia fecal y la orina producidas por su propio cuerpo son malas y destructivas; y así, puede llegar a buscar sistemas prematuros o inadecuados de control de sus excrementos como, por ejemplo: el estreñimiento. El control que la madre y otros miembros de la familia establezcan sobre el niño debe ser firme y al mismo tiempo tranquilizador; debe protegerlo contra experiencias que vayan a crear en el niño una sensación de vergüenza, esta produce en el niño la decisión de hacer cosas a escondidas, en momentos en que nadie le vea, para expresar su desafío.

En esta etapa de crecimiento y desarrollo, el sistema muscular se fortalece y brinda al niño la oportunidad de realizar nuevas actitudes e ir adquiriendo responsabilidades. Deja de ser el centro de su propia vida para dirigirse a otros hechos y actos.

Una actitud sobreprotectora de los padres ahoga todo intento de crecimiento, de "volverse grande"; mientras que una actitud cruel y severa puede crear en el niño un estado de temor y ansiedad, en el que mostrar iniciativa puede sentirlo peligroso para su integridad física. A medida que transcurre la interacción del niño con sus padres y hermanos se va configurando el llamado complejo de Edipo; es decir, la competencia con el padre del mismo sexo para lograr el favor del padre del otro sexo. Esta rivalidad puede traer consigo un sentimiento de culpa que, cuando es exagerado, frena la iniciativa que el niño ha empezado a tomar en cada etapa e impide el establecimiento de metas a largo plazo. En esta fase se comienza a desarrollar un sentido de responsabilidad moral modelado por las prohibiciones y permisos de los padres y las maneras (persuasión, castigo, amenaza) que han encontrado estos para manifestárselas al niño.

Viene luego un periodo en el que la instrucción es fundamental. El niño aprende con rapidez y comienza a desarrollar habilidades para compartir obligaciones y actividades, adaptándose a las leyes del trabajo que le exigen atención y diligencia. Es importante aquí la acción de la familia en la capacitación del niño para adecuarse a la vida escolar y de grupo. A este nivel, si ha habido problemas, el niño puede desarrollar un sentimiento de inadecuación e inferioridad que le hace dudar de sus dotes y capacidades para enfrentarse a un mundo competitivo.

El llegar a la adolescencia presenta nuevos conflictos que son importantes de revisar. Los estudios estadísticos señalan que las cifras más altas de consumo de fármacos se hallan en la adolescencia, aproximadamente entre los 13 y los 20 años.

"La adolescencia se describe como una etapa de transición entre la niñez y la adultez, en la que el individuo asume una identidad adulta, apoyándose en su figura parental y en las relaciones que con ellas ha mantenido. Es una etapa de cambios, no solamente como biológico, en el que el adolescente se despide de su cuerpo de niño para entrar a experimentar un cuerpo de adulto. El adolescente se encuentra lleno de sensaciones nuevas y extrañas para él, también a nivel psicológico, en el que el muchacho tiene que abandonar su mundo infantil para asumir nuevas responsabilidades que implican una separación gradual de la tutela de sus padres" (Serpa, 1992).

El asumir nuevas responsabilidades y perder la tutela puede crear una confusión interna manifiesta en la ansiedad de no saber ubicarse en cuanto a sí mismo, a sus intereses y a las personas que lo rodean. Así, aparece el adolescente que se refugia en sí mismo y en sus fantasías o aquel que se apoya en el grupo de compañeros para marchar contra un mundo que no le tolera sus impulsos, tan intensos y difíciles de controlar y que no comprende sus miedos, problemas y angustias.

La aparición de la droga en el adolescente es un factor generador de aparente seguridad y escape que se intenta presentar como la "salvación" esperada para muchos. Algunos adolescentes hallan este camino como solución de sus conflictos. La búsqueda de este refugio tiene su base en la incapacidad de proveerse a sí mismo de los recursos para sobrevivir el tránsito por la etapa de la adolescencia que, por sus angustias, se les ha hecho caótica sin encontrar en los demás la ayuda y compañía necesarias. El surgimiento de esta alternativa es reforzado por la necesidad de realizar actos prohibidos como expresión de la tendencia de huir de las órdenes del adulto que sienten impuestas de manera arbitraria por los que lo rodean.

El estudio de las motivaciones de los drogadictos muestra con frecuencia la existencia de fallas en la manera como se llevaron a cabo las etapas del desarrollo; así, se busca la droga para satisfacer una necesidad de seguridad y autoestima que no pudo establecerse durante la relación inicial en la figura materna. La droga se convierte en "la madre" del adicto, en la fuente de alimento y calor, una "madre buena" (pero que en últimas es perjudicial) que no le permitirá caer en la desagradable sensación de vergüenza y le deja exhibir su autonomía sin correr el riesgo de disminuir su autoestima. Es un placer tan intenso el que genera el consuelo encontrado que ninguna otra satisfacción puede tomar en lugar del efecto conseguido con la droga. Es así como los demás impulsos van siendo sustituidos paulatinamente por el anhelo del fármaco.

Finalmente desaparece todo interés en su realidad, excepto por conseguir la droga, y se pierde toda la iniciativa para establecer metas para un futuro. Este desinterés por las personas y los objetos que le rodean precipitan el abandono de las relaciones con la realidad y así el individuo puede caer en estado de extremo descuido físico y mental.

Esta situación se complica con la creciente insuficiencia de los efectos alcanzados, producida por causas físicas y psicológicas, y hace que el sujeto se vea obligado a recurrir a dosis elevadas en periodos más cortos. La falta del efecto intensifica el estado de ansiedad y angustia, lo que hace que recurra otra vez a ella. Así como, en el fondo, la droga no se usaría tanto para encontrar placer sino como un intento fallido de protección contra ansiedad y una depresión tan intensa que lleva al adicto a una desintegración mental o "locura".

A través de esta rápida revisión de las etapas del desarrollo del ser humano pueden descubrirse conflictos perjudiciales sobre los cuales se basaría el establecimiento de una farmacodependencia.

El factor precipitante del problema no es único, pues interviene una interpelación de circunstancias desafortunadas que han llevado a la búsqueda de la droga. Las diferentes etapas, los diversos logros que trae aparejados y las repercusiones que encuentra en la madre y los demás miembros de la familia contribuyen a formar las características del farmacodependiente.

Las dificultades en la primera etapa del desarrollo proveen al farmacodependiente la inseguridad y desconfianza en los que le rodean y en sí mismo. La insatisfacción de las necesidades del alimento y cariño ayudan a establecer aquí una actitud de dependencia para buscarse los suministros afectivos y materiales, que no puede encontrar en los demás sino en la droga.

Esta situación se ve reforzada en la segunda etapa evolutiva por los obstáculos encontrados en la búsqueda de una autonomía que no implique la pérdida de la autoestima, representada generalmente por el sentido de vergüenza, situación respaldada generalmente por condiciones familiares y ambientales desfavorables.

La tercera etapa tiene importancia en cuanto al desarrollo de la conciencia moral. Las circunstancias que dificultan el paso adecuado por esta fase generan en el farmacodependiente conflictos externos entre prohibiciones y permisos que generan fuertes sentimientos de culpa, y que impiden la orientación de la iniciativa para el logro de las metas productivas.

“La etapa anterior a la adolescencia, con el predominio de la competencia dentro de las situaciones de grupo, es la responsable de sentimientos de inadecuación e inferioridad en el muchacho drogadicto. Finalmente, la adolescencia con el resurgimiento de todos los conflictos generados en etapas anteriores, sumados a las dificultades de identidad propias de esta fase, proporciona el terreno propicio para la iniciación de una farmacodependencia” (Serpa, 1992).

El estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 1993, por ejemplo, encontró una alta asociación entre consumo de sustancias psicoactivas y percepción de ansiedad, depresión e intento de suicidio (E. Velásquez, 1996). La asociación entre percepción de depresión y consumo de sustancias fue significativamente mayor que en los no consumidores; así, si consumen tranquilizantes menores, el riesgo de percibir depresión es cinco veces mayor, marihuana 3,95, basuca 7,6, cocaína 3,79, orfetaminios 2,33 e inhalantes 16,4 veces mayor (el riesgo de percibir depresión por anfetaminas en no consumidores es de 1).

La reacción de adaptación a la adolescencia, los trastornos neuróticos, los trastornos de personalidad, los trastornos de afecto, el retardo mental, y la dependencia a drogas psicoactivas y trastornos psicóticos son igualmente factores asociados al consumo de sustancias (E. Velásquez, 1996).

Los aspectos psicopatológicos, como padecer un trastorno depresivo mayor o un trastorno de estrés postraumático también se asocian al consumo de sustancias (OPS/OMS, 1994, p. 59). El consumo de cigarrillo, por ejemplo, se puede asociar a desórdenes psiquiátricos tanto de los padres como de los individuos (Hanson et al., 2006). Dentro de los desórdenes psiquiátricos que se incrementan con el cambio morfológico de la niñez a la adolescencia se encuentra el uso, abuso y dependencia de alcohol. Joshue A. Lipsitz y col. 1994, encontraron que las mujeres que usan drogas tienen mayores puntajes en las escalas de síntomas de depresión, ansiedad y estrés que los hombres, y tanto hombres como mujeres que utilizan drogas tienen más psicopatología que la población general (Serpa, 1992, p. 42).

También en este uso y abuso se encuentran muchos aspectos relacionados con las características de la personalidad (Dierker, Canino, & Merikangas, 2006). Una personalidad estable y segura permitirá afrontar las circunstancias que normalmente conducen al abuso de la sustancia psicoactiva.

El adolescente, al encontrarse sometido a una carga emocional, ve socavada su capacidad de control y afronte, poniéndose en mayor riesgo incluso a sufrir accidentes. El estudio realizado por Silva & Pillon (2004) encontró que, con respecto a sufrir accidentes, existe 7,5 veces la probabilidad de que el adolescente sufra estos por encontrarse bajo los efectos del alcohol.

1.4.4.3 Factores familiares

El factor sobre el cual hay mayor acuerdo entre autores sobre el tema de la farmacodependencia es probablemente el que se refiere al funcionamiento de la familia a la cual pertenece el adicto. El funcionamiento inadecuado de la familia permite distinguir, de manera más o menos clara, entre familias de usuarios de

drogas y no usuarios. Diversas investigaciones han mostrado que los problemas en la familia son señal de un riesgo aumentado de uso de drogas lícitas e ilícitas (Osorio-Rebolledo, Ortega, & Pillon, 2004). La familia y las relaciones dentro de ella influyen en la adaptación psicosocial de sus miembros y desempeñan un papel crucial en el desarrollo de la personalidad drogadicta.

Las familias de dependientes de drogas presentan disfunciones en áreas que involucran expresiones de afecto y de establecimiento de límites y papeles en la estructura familiar (Osorio-Rebolledo, Ortega, & Pillon, 2004). "El padre del adicto es descrito como una persona irresponsable, retraído e indiferente frente a los asuntos familiares. Es inconsistente en sus afectos y fácilmente influenciado. Una de las características sobresalientes es la de tener accesos de agresividad en los cuales abusa del castigo físico a los restantes miembros de la familia." La violencia por parte del padre se convierte en un factor de riesgo importante para la aparición de conductas farmacodependientes (Serpa, 1992, p. 44). Padres que abusan de las sustancias también tienen despliegues de agresividad hacia otros miembros de la familia (Brook et al., 2003) con consecuencias sobre el inicio del consumo del adolescente.

La madre del farmacodependiente generalmente tiene una actitud sobreprotectora intensa que impide que sus hijos salgan adelante por sí mismos, en su afán por tener el control permanente sobre ellos. La madre es una persona rechazante, posesiva, y dominante, con particular permisividad, provoca en el hijo comportamientos desviados que luego sanciona y critica con dureza. Exhibe con frecuencia una actitud de "salvadora" del hijo ante la violencia del padre. Esta inconsistencia de conductas ocasiona en el muchacho sentimientos ambivalentes hacia ella en los que existen ira y amor al mismo tiempo (Hanson et al., 2006).

"La estructura de la familia del consumidor de droga es generalmente, desorganizada. Suele ser característica la ausencia de uno de los padres (ya sea ausencia real, física, o ausencia psicológica). En caso de encontrarse ambos presentes las relaciones conyugales son hostiles y deficientes. Hay entre algunos de estos padres abusos o adicciones de sustancias" (Serpa, 1992, pp. 45-46). Lo que conduce en muchos casos al uso de la violencia. El abuso de sustancias por parte del padre también se asocia a la pobre supervisión y monitoreo, al igual que a prácticas de disciplina inconsistentes y explosivas (Serpa, 1992, p. 47). La combinación de abuso de sustancias y violencia por parte de un padre incrementa exponencialmente las respuestas desadaptativas de los jóvenes.

Las prácticas parentales frente a las drogas también afectan la salud mental del adolescente, generando en muchos casos un trastorno depresivo mayor, un trastorno por estrés postraumático o un trastorno por dependencia o abuso de sustancias (Hanson et al., 2006). Diversas investigaciones han mostrado que la carencia de apoyo familiar puede llevar al adolescente al uso de drogas lícitas e ilícitas, utilizando esta manera como forma alternativa para enfrentar el estrés generado por el ambiente (Osorio-Rebolledo, Ortega, & Pillon, 2004).

Es muy frecuente encontrar adictos que vivan separados de sus padres, situación que predispone enormemente a la farmacodependencia. Existe poco diálogo entre los miembros de la familia; los problemas que surgen no son discutidos entre ellos y hasta se ha llegado a encontrar un total desconocimiento de los padres sobre la adicción del hijo. Este, por lo general, es poco reconocido o respetado en el hogar y ha sentido con claridad la incompreensión y el rechazo por parte de sus padres.

La imagen que el adicto tiene de sus padres determina en gran manera su inclinación hacia la droga y es un factor más importante que elementos tales como edad, sexo,

escolaridad y nivel socioeconómico. En muchos casos el padre funciona como modelo que puede conducir, en los casos de padres consumidores, al consumo de sustancias. En resumen, la familia del drogadicto se presenta desorganizada y con falta de normas claras y adecuadas. Es una familia que no satisface las necesidades básicas de afecto y seguridad del hijo. La falta de comprensión entre los miembros, la personalidad de los padres y la percepción que de ellos tiene el farmacodependiente son factores que permiten su adicción a las drogas.

El consumo de alcohol guarda relación con la pobreza creciente, la pérdida de valores y la tensión nerviosa, lo que condiciona que se haga uso indiscriminado de alcohol como medio de apoyo para enfrentar los problemas del diario vivir o para sumergirse en la inconsciencia y olvido. Estas actitudes y comportamientos también se encuentran presentes en los padres contribuyendo para que sus hijos adolescentes tiendan a usar el alcohol. En las familias en las que los padres utilizan abusivamente alcohol o drogas ilegales, son tolerantes al consumo de sus hijos o implican a sus hijos en su propia conducta de consumo, es más probable que los niños abusen de drogas y del alcohol en la adolescencia.

Los psiquiatras de niños y adolescentes que tienen padres alcohólicos manifiestan que estos corren mayor riesgo de tener problemas emocionales que los niños que no los tienen. El alcoholismo es común en las familias, y los hijos de alcohólicos tienen cuatro veces mayor probabilidad que otros niños de convertirse en alcohólicos.

En un estudio realizado en el Perú, con adolescentes entre 12 y 18 años, hijos de padres alcohólicos, se encontró que estos presentan un uso experimental del alcohol, en algunos casos hasta la embriaguez. En el estudio se ha encontrado que el adolescente, al vivir esta experiencia, tiene 1,71 veces más el riesgo de necesitar el uso de alcohol en comparación con los que no han vivido esa experiencia, esto probablemente en su afán de alejarse emocionalmente del problema; sin embargo, aquellos adolescentes que ya han usado la sustancia, presentan más bien un efecto protector, es decir, los adolescentes que han evidenciado la presencia de un familiar detenido y que ya han usado alcohol tienen un 0,75 veces más de probabilidad de no incrementar el uso de alcohol. Analizando el problema es posible que esto ocurra, dado que como han experimentado personalmente los efectos del alcohol y los estragos de sus efectos, tengan temor de vivir el problema y terminar finalmente detrás de rejas.

Estos problemas familiares, y las situaciones "embarazosas" vividas por el adolescente, afectan su mundo social. El adolescente puede verse expuesto al alejamiento de sus amistades experimentando por ello sensación de inseguridad, nerviosismo, ira contenida frente a sus pares, teniendo 3,3 veces más de riesgo de tener problemas para llevarse bien con los amigos y finalmente acceder a consumir como un acto de rebeldía, con 1,81 veces más de riesgo de no poder decir No cuando le ofrezcan alcohol u otra droga. Estas situaciones conducen a la sensación de peligro en casa, que pueden sentir algunos adolescentes; los adolescentes que tienen esta situación de peligro tienen 1,75 veces más de riesgo de necesitar el uso de alcohol y no poder decir no cuando se lo ofrecen que aquel que no ha tenido esta sensación, resultando incluso estadísticamente significativo tanto como para incrementar el uso, como no poder decir No ante el ofrecimiento (Silva-Mathews & Pillon, 2004).

El que los padres se encuentren la mayor parte del tiempo fuera de casa por encontrarse trabajando está dificultando los espacios de encuentro de la familia, contribuyendo a que rara vez se hagan cosas junto con la familia, no existiendo vínculos

no sólo afectivos sino de reforzamiento positivo, lo que puede generar 1,5 la necesidad de uso, 1,35 el aumento de la cantidad, para llenar este espacio y 5,5 posibilidad de accidentes y 1,35 veces más el riesgo para decir No cuando le ofrecen alcohol u otras drogas. Se espera que aquellos adolescentes que están privados crónicamente de reforzamientos positivos están dominados por persistentes y generalizados estados de ánimo negativo, siendo privados de refuerzo (Silva-Mathews & Pillon, 2004).

El salir sin permiso facilita al adolescente el hacer uso de bebidas alcohólicas u otras drogas y hasta extralimitarse, exponiéndose fácilmente 4,71 veces más al poder herir a alguien o a sí mismo bajo los efectos de la sustancia consumida, y a la vez 39 veces más riesgo de decir No cuando le ofrecen alcohol u otras drogas (Silva-Mathews & Pillon, 2004).

En general padres punitivos, conflictos de pareja, ausencia de figura de autoridad, maltrato físico o psicológico, consumo familiar de sustancias, limitada participación de los padres en la formación de los hijos y bajo nivel de ingreso familiar son los factores familiares que determinan el uso y abuso de sustancias psicoactivas por parte del adolescente (Hanson et al., 2006).

1.4.4.4 Factores escolares

Se consideran factores escolares, desencadenantes de las conductas de consumo, el mal rendimiento académico, los problemas con profesores o compañeros, la pérdida repetida de años, o los adolescentes que presentan quejas de maestros que dan mal ejemplo "repercutiendo negativamente el proceso de identificación" (OPS/OMS, 1994, p. 59).

Igualmente un pobre rendimiento escolar se ha asociado al aumento de conductas violentas en los jóvenes que consumen alcohol. La expulsión del colegio, por ejemplo, ha sido un predictor de inicio de una conducta violenta (Swahn & Donovan, 2004).

Resultados similares en adolescentes con problemas de comportamiento se han encontrado a través de la aplicación de la versión francesa del ADAD (*Adolescent Drug Abuse Diagnosis*), en particular para mostrar que los pares escolares tienen una fuerte influencia en el comportamiento del adolescente (Stéphan et al., 2006).

1.4.4.5 Factores asociados a las relaciones con amigos o pares

El no hacer cosas junto con la familia, puede vincularse con la razón de asociarse con bandas o pandillas, en la búsqueda de encontrar "otra familia" en donde se encuentre compartiendo experiencias que le permitan establecer su autonomía. En tanto el pertenecer a una banda supone no sólo el compartir experiencias nuevas sino situaciones que lo exponen 4,4 veces más a riesgos de accidentes de tránsito bajo el efecto de alcohol u otras drogas, así como en una competencia con sus pares bajo el estado de uso de alcohol u otra droga puede establecer en un 3,75 veces más problemas para llevarse bien con los amigos (Silva-Mathews & Pillon, 2004).

La participación del alcohol y las drogas en fiestas es actualmente el elemento básico, aprovechado por quienes comercializan, tienen un ámbito para realizar sus "pases", y la falta de vigilancia facilita la venta y el uso, así como para el grupo de adolescentes que hace uso habitual para disimular su timidez, permitiéndole desinhibirse, exponiendo al adolescente a un riesgo de 3,44 veces más, para necesitar hacer uso de alcohol y otras drogas y por lo tanto 3,1 veces más de riesgo para decir No cuando le ofrecen alcohol u otras drogas, en relación con el adoles-

cente no expuesto. El adolescente en la búsqueda de su autonomía puede pretender no solo ser un actor pasivo con conocimientos obtenidos por otros, sino que pasará a ser activo, encontrando la viabilidad en múltiples factores: el hecho de salir sin sus padres, con amigos, encontrando una gran facilitación para el uso de distintas drogas (Silva-Mathews & Pillon, 2004).

La influencia y capacidad de persuasión que se da entre los pares supone un arma que puede ser utilizada por algún amigo que se encuentre traficando para convencer de las posibles "bondades" de la droga, exponiendo al adolescente a que pueda aumentar 1,92 veces más la cantidad de alcohol u otras drogas al encontrarse con amigos que vendan o regalen drogas, lo que a su vez lo expondría 7,2 veces más al riesgo de sufrir accidentes de tránsito bajo los efectos del alcohol u otras drogas, y 1,6 veces más el riesgo de decir NO cuando le ofrezcan alcohol u otras drogas. Los amigos que no estén de acuerdo con la decisión de consumo hacen también lo posible para persuadirlo para que no acepte involucrarse con el uso de drogas; sin embargo, al no encontrar una respuesta positiva es posible que se alejen, exponiendo al adolescente 24 veces más a tener problemas con los amigos debido a su consumo de alcohol u otras drogas (Silva-Mathews & Pillon, 2004).

El relacionarse con amigos de dudosa conducta provoca en los padres y tutores una reacción de disgusto hacia los amigos, ya que consideran que son una mala influencia para estos, y que los conducirán al mal camino; esta reacción de los padres no es reconocida por los hijos que mantienen una actitud solidaria con sus amigos, exponiéndolos a necesitar usar 2,8 veces más, aumentar 12,3 veces más la cantidad de alcohol u otras drogas (Silva-Mathews & Pillon, 2004).

Mantener una actitud de rebeldía conduce a la persistencia de permanecer con sus amigos los cuales pueden reforzar conductas de riesgo y exponerlo 5,3 veces más a accidentes de tránsito bajo los efectos del alcohol y 3,75 veces más de riesgo para decir NO cuando le ofrezcan alcohol u otras drogas (Silva-Mathews & Pillon, 2004).

Investigaciones recientes igualmente han mostrado la relación entre el inicio del consumo y el noviazgo (Enríquez-Flores & Villar-Luis, 2004). Las relaciones de amigos/enamorados tienen una influencia importante tanto en la motivación para el uso como en la experimentación.

1.4.4.6 Factores asociados al tiempo libre

El proceso de individualización en el adolescente se produce cuando cuentan con la posibilidad y la capacidad de articular el dominio sobre sus necesidades y la separación paulatina del grupo primario de dependencia; sin embargo, cuando la sociedad no les brinda oportunidades para hacerlo no fomenta el desarrollo de las capacidades requeridas, lo que puede motivar sentimientos de frustración e insatisfacción frente a un futuro incierto. La insatisfacción sentida con el uso del tiempo libre contribuye en 1,0 vez más de riesgo para necesitar intensamente usar y 1,9 veces más aumentar cada día el consumo de alcohol u otras drogas. La insatisfacción que sufre el adolescente en el uso de su tiempo libre puede generar el aislamiento, resentimiento y rebeldía, lo que puede motivar a que busque otras actividades que llenen su tiempo, pero que sean de riesgo, lo que puede influir en 1,9 veces más de riesgo para decir No cuando le ofrecen alcohol u otras drogas (Silva-Mathews & Pillon, 2004).

El estar solo en la mayoría de las actividades de recreación contribuye a un riesgo 3,25 veces más para necesitar el uso y 4,71 veces más para aumentar cada día la cantidad de alcohol u otras drogas. Los adolescentes que se quedan solos sin super-

visión tienen más probabilidades de decidir dedicar su tiempo libre a actos de violencia y delincuencia y experimentar con alcohol y otras drogas. La soledad puede influir para ser captado por algún amigo o grupo que consuma regularmente alcohol u otra droga, lo que podría originar su inicio de consumo y un riesgo de 2,8 veces más para que necesite usar alcohol u otras drogas y 12,3 veces más de riesgo para decir NO cuando le ofrezcan alcohol u otras drogas (Silva-Mathews & Pillon, 2004).

1.4.4.7 Factores asociados a la salud sexual y reproductiva

Para cada factor existe un determinado número de circunstancias específicas, que determinan el riesgo de enfermar y de deterioro bio-psicosocial; por lo tanto, los adolescentes, debido a algunas características que les son propias a la etapa de la vida, como son el desmedido afán de experimentar y arriesgar, además de la fácil influencia social, la radio, la televisión, la influencia de los padres, amigos, compañeros y familiares, hacen que se manifiesten conductas riesgosas o comportamientos peligrosos que desencadenan procesos de enfermedad.

Se consideran factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas el abuso sexual, la convivencia o contactos con agresores sexuales, prostitutas, homosexuales, individuos con SIDA y enfermedades de transmisión sexual (OPS/OMS, 1994, p. 59).

Por otro lado, la mujer tiene más variaciones hormonales por el ciclo menstrual que afectan el metabolismo y las emociones; Russell y Czarnecki 1986 encontraron más trastornos sexuales en mujeres alcohólicas (OPS/OMS, 1994, p. 59).

1.4.4.8 Factores laborales

Adolescentes trabajadores, maltratados y mal remunerados, que realizan trabajos expuestos a condiciones peligrosas u horas de trabajo excesivas o condiciones denigrantes y adversas son propensos al consumo de sustancias psicoactivas (E. Velásquez, 1996).

1.4.4.9 Factores asociados al consumo, acceso y prescripción de medicamentos

Las investigaciones sobre el uso de drogas de prescripción médica y no médica también indican los efectos de la exposición temprana a medicamentos en el posterior consumo de drogas ilícitas. En particular investigaciones realizadas en escuelas públicas de Detroit mostraron que el uso no médico de medicamentos se asociaba al consumo de drogas ilícitas (McCabe, Boyd, & Young, 2007).

1.4.4.10 Factores sociales y económicos

Uno de los factores sociales primarios tiene que ver con las diferencias de género y de estrato socioeconómico (Caballero, Madrigal de León, Villaseñor, & Hidalgo San Martín, 1999). La prevalencia de consumo de todas las sustancias es menor en mujeres excepto para los tranquilizantes. Esto no implica que el problema sea menor en ellas, pues la trascendencia de su papel en la familia trae probablemente consecuencias más negativas a la sociedad que la misma dependencia en el hombre, y los daños en su organismo pueden ser mayores por ser más vulnerable (OPS/OMS, 1994, p. 59).

La conducta peligrosa es el dominio donde se da la mayor diferencia entre hombres y mujeres. Los hombres se perciben a sí mismos como poseedores de conductas orientadas hacia el riesgo, se sienten inseguros en su vecindario, y en general se relacionan con jóvenes problemáticos y consumidores de drogas que han come-

tido actos que se consideran peligrosos. Mientras tanto, las mujeres se perciben con una salud alterada y con dificultades en sus relaciones con las muchachas de su edad (E. Velásquez, 1996).

Los jóvenes que viven en comunidades con altos índices de violencia y disponibilidad de droga tienen un mayor riesgo de consumo (Ugalde-Montero et al., 1999), lo que revierte en el mantenimiento o aumento de la misma violencia (Bravo et al., 2005; Brook et al., 2003).

Malas condiciones sanitarias y de higiene, agua no potable, inadecuada eliminación de excretas y basuras, hacinamiento, violencia, accidentes y maltrato, son factores que también intervienen sobre el inicio del consumo (Brook et al., 2003).

Se sabe también que el consumo de sustancias varía dependiendo del país. Investigaciones que comparan el consumo de alcohol entre cubano-americanos, méxico-americanos y puertorriqueños muestran variabilidades importantes en la cantidad y frecuencia de consumo de esta sustancia asociadas a factores culturales y de socialización (Randolph, Stroup-Benham, Black, & Markides, 1998).

1.4.5 Forma de contacto con la droga

Lo que diferencia a los consumidores de droga de los no usuarios, no es solamente la personalidad y la estructura familiar, sino también otras variables ambientales como la sociedad en que se desarrolla y el grupo de amigos al que pertenecen.

Generalmente en la adolescencia el individuo comienza su alejamiento de la estructura familiar y de los padres; surge con intensidad, en algunos de ellos, el deseo de ser aceptados como miembros de un grupo del cual dependen en cuanto a modas y costumbres.

Estos grupos exhiben con frecuencia conductas desafiantes, para expresar su inconformidad respecto a los valores de la sociedad adulta. No siempre existe la utilización de la droga entre estos grupos; sin embargo, hay múltiples circunstancias que llevan al establecimiento de una adicción. La curiosidad empuja al adolescente a la experimentación con droga, y es factor comprobado el que la interacción con otros usuarios de fármacos lleva a la adquisición de la toxicomanía por parte de otros miembros del mismo.

Sin embargo, ninguna de estas situaciones lleva a una verdadera drogadicción si la personalidad del sujeto no tiene determinadas características que permitan el establecimiento del problema. Varios estudios demuestran por otra parte la prevalencia del consumo de marihuana en adolescentes que están recluidos en distintas instituciones: "cárceles y reformatorios". Los adolescentes privados de la libertad y que no consiguen una educación regular tienen pocas oportunidades de relación social y personal. Estos adolescentes desarrollan características especiales de personalidad y utilizan la droga como escape a una situación que viven.

Las formas de entrar en contacto con las drogas son las siguientes:

Las toxicomanías de orden médico se refieren a pacientes que son tratados con demasiada droga, y que desarrollan tolerancia y adicción. Es interesante observar como algunos de estos pacientes pueden superar sin problemas el uso de estas drogas mientras que otros siguen empleándolas de forma excesiva. Como se mencionó anteriormente, la inclinación hacia la toxicomanía depende de la estructura de personalidad del paciente y es labor del médico conocerla bien para determinar la susceptibilidad de este a desarrollar una farmacodependencia.

Otra forma de contacto se refiere a la facilidad que tienen algunos profesionales para acercarse a estas drogas. En esta categoría caen el médico, la enfermera, el farmacéuta y otros. No es esta facilidad de conseguir la droga, repetimos, la causa de la adicción, sino la personalidad del profesional. Es interesante examinar la gran importancia de la propaganda del traficante sobre su mercancía. Esto hace verdadero proselitismo dirigido principalmente a jóvenes adolescentes; otros adictos, por su parte, en un afán, generalmente de tipo económico, para asegurar su dosis de droga, resultan convertidos en consumidores traficantes que a su vez reclutan nuevos usuarios.

No sobra decir que se discute mucho la conveniencia del usuario de los medios de comunicación para hacer conocer la droga y sus efectos. Hay autores quienes sostienen que la información despierta la curiosidad de las personas y pueden precipitar al consumo de fármacos.

Finalmente, está la gran influencia que ejerce nuestra sociedad actual sobre el individuo. Es una sociedad cambiante que exige la adaptación de las personas a los diversos valores y situaciones que algunas veces entra en conflicto con lo tradicional.

La competencia, a nivel social y económico, se suma a la inestabilidad creada por los rápidos cambios para producir en el individuo una tensión conducente a la búsqueda del alivio aparente producido por el fármaco. Es interesante mencionar la relación que produjo la guerra de Vietnam en los Estados Unidos al iniciar una ola de abuso de drogas, con consecuencias económicas y culturales también para nuestro país.

1.4.6 Factores de protección

A pesar de la existencia de la serie de factores de riesgo señalados es de resaltar también la existencia de unos factores de protección que protegen al adolescente frente al abuso de sustancias psicoactivas.

En un estudio realizado entre 301 escolares de sexto año de escuelas del municipio urbano de Chiguayante, Chile, aplicando el DUSI Abreviado, se encontró que el principal factor de protección es el microsocioal, es decir, tanto la familia como la escuela resultan ser los sistemas que protegen a los adolescentes del inicio de abuso de las sustancias psicoactivas (Fraile-Duvicq, Riquelme-Pereira, & Pimenta-Carvalho, 2004).

La convivencia con un padre alcohólico permite que el adolescente se exponga a un sistema familiar donde diariamente interactúan conductas agresivas, abandono e insatisfacción, sometido a escenas de maltrato, violencia y escándalo que provoca la embriaguez; estos hechos establecen una ruptura afectiva en el adolescente expuesto con respecto a su progenitor así como un sometimiento permanente de niveles de estrés altos. La respuesta de afrontamiento ante ello puede actuar como factor protector de 0,29 veces más para no aumentar el uso y fortalecer la decisión para decir No cuando le ofrezcan alcohol u otras drogas, las cuales las asocia a toda su penosa vivencia. En consecuencia, también se encontrará protegido 0,92 veces más para no sufrir accidentes bajo los efectos del alcohol u otras drogas. Los mecanismos de adaptación serán tanto cognitivos como conductuales, permitiendo afrontar el problema y tomar acciones directas para resolverlo y utilizar medidas internas para minimizar el malestar emocional. Si estas respuestas se producen se reduce la probabilidad de escalada solucionando el problema y desarrollando competencias normativas (Silva-Mathews & Pillon, 2004).

El papel de jefe de familia desempeñado por la madre se contrapone a la imagen de un padre minimizado, lo que representa un factor protector para el adolescente (Silva-Mathews & Pillon, 2004).

La relación afectiva entre padres e hijos contribuye al nivel de seguridad, autoestima, autoconcepto, factores determinantes en el desarrollo de destrezas emocionales, cognitivas y sociales del adolescente; sin embargo, la época actual exige a ambos padres el tener que afrontar laboralmente las necesidades del hogar, por lo que el adolescente tempranamente comparte roles de mayor responsabilidad, aprendiendo a afrontar situaciones que contribuyen a su desarrollo y estableciendo en ellos la capacidad de comprender y valorar la ausencia de sus padres quienes podrían desconocer lo que le gusta o le disgusta; esta posición que adopta el adolescente expuesto lo protegerá 0,6 veces más a que no aumente el uso y pueda decir No cuando le ofrezcan alcohol u otras drogas. Esta ausencia de los padres también probablemente genere el que falte la claridad en las reglas, ya que los adolescentes tiene que manejarse solos por espacios prolongados y en los que faltando alguno de los padres, tendrá necesariamente que tomar decisiones y por lo tanto madurar en ese proceso de error/acierto, pero que generalmente se ve orientado por la referencia de los valores y la cultura que rigen en su familia, encontrando 0,4 veces más de protección para no necesitar usar alcohol u otras drogas. Sin embargo, en el caso de adolescentes con padre alcohólico, la falta de claridad en las reglas que le comuniquen sus padres solo confirma en el adolescente la búsqueda de otros referentes, que aclaren su confusión y le permitan adquirir la seguridad para la toma de decisiones; la presencia del alcoholismo del padre contribuye a crear una barrera para que no exista una comunicación positiva, existiendo muchas veces una incoherencia entre lo que observa y lo que se plantea como reglas en el hogar, contribuyendo a que el adolescente busque otros referentes, que aclaren su confusión y resulten de mayor influencia en la toma de decisiones. Estas referencias pueden ser dadas no sólo por los centros educativos u otras instituciones que orienten al adolescente y ante la presencia de amigos que usen, regalen o vendan alcohol u otras drogas con regularidad, están 0,75 veces más protegidos para no necesitar usar, así como 0,08 veces más para no aumentar el uso de alcohol u otras drogas. Ahora bien, para las destrezas pueden clasificarse en emocionales, cognitivas y sociales (Silva-Mathews & Pillon, 2004).

Las destrezas emocionales permiten la elección de conductas y la adecuada articulación efectiva con el contexto. Se basan en identificaciones capacitantes y en experiencias previas generadoras de confianza, intimidad, autoaceptación y desarrollo empático cuya ausencia favorece la generación de riesgos. Las destrezas sociales permiten generar e implementar soluciones efectivas ante los problemas interpersonales y enfrentar situaciones del ámbito micro y macrosocial de forma que disminuyen el riesgo y la destructividad. En tanto las destrezas cognitivas conducen a la creación de soluciones alternativas y especificación de cada paso para adquirir las metas. Los procesos adolescentes son desafiantes, la individualización reclama la separación y confronte del medio con sus dificultades e incongruencias. Para los adolescentes lo cotidiano es un reto y, a la vez, una incertidumbre. Razón por la cual el aburrimiento y la insatisfacción en relación con sus tiempos libres hacen que vayan al encuentro de actividades que les permitan tener la oportunidad de demostrar su destreza, valor, asumiendo un rol de mayor participación con reconocimiento y pertenencia, protegiéndolo 0,4 veces más para que no tenga problemas y se lleve bien con los amigos, y 0,6 evite tener accidentes de tránsito por encontrarse bajo los efectos del alcohol u otras drogas. Algunos adolescentes expuestos pasan charlando o sin hacer nada con sus amigos, pero tratarán de escapar de esa atmósfera pesada, a través de otras actividades que logren distraer su atención y calmen su angustia, encontrando protección de 0,25 veces más para

que no necesitar usar y 0,73 y 0,51 veces más para no aumentar y decir No cuando le ofrezcan alcohol u otras drogas (Silva-Mathews & Pillon, 2004).

Una de las actividades que se encuentra muy asociada a los adolescentes es el deporte, el cual refuerza la necesidad de reflejar una imagen o integrándose a las actividades en grupos asociados a la iglesia, colegio o clubes, que evitará que se exponga. El buen uso a través de la práctica frecuente del deporte como un estilo de vida, es un buen factor protector para el no consumo de sustancias psicotrópicas. La Organización de las Naciones Unidas tiene un Programa para la Fiscalización Internacional de Drogas, cuyo lema en español es "Deporte sí, drogas no". En estas pocas palabras se sintetiza todo lo que es el deporte: una actividad positiva por medio de la cual las personas se pueden identificar consigo mismas y encontrar sus propias capacidades como individuos. El sentirse partícipe de una disciplina conduce al adolescente a reconsiderar sus comportamientos de riesgo, así como propio de su etapa "cuidar" su imagen, no optando por el uso de alcohol u otras drogas para pretender tener mayor resistencia haciendo menos ejercicio que lo que bajo los efectos de una droga le exigiría lo que a su vez contribuya en limitar su capacidad psicológica y física protegiendo 0,6 veces más a tener accidentes de tránsito bajo los efectos del alcohol u otras drogas (Silva-Mathews & Pillon, 2004).

Existen, sin embargo, adolescentes que manifiestan pasar aburridos la mayor parte del tiempo, lo que puede referirse a una apatía producto de la insatisfacción, falta de oportunidades, lo que contribuye a que generalmente no salga de casa y pase una buena parte del tiempo durmiendo o viendo televisión; sin embargo, al no salir evita tener contacto con pares que sí puedan estar en inicio o ya en consumo de algún tipo de droga, lo que puede protegerlo 0,37 veces para no aumentar cada día más la cantidad y 0,51 veces más para decir no cuando le ofrezcan alcohol u otras drogas. Posiblemente el estar aburrido implique también el que al estar influenciado por el sistema familiar disfuncional, no haya desarrollado habilidades sociales: su autoestima y dificultad para relacionarse con los demás contribuya a que no se acerque a este tipo de experiencia de consumo, porque no cuente con la iniciativa ni los contactos, ya que para los adolescentes el encuentro con la diversión supone "gente pilas", "no nerd", lo que indirectamente lo protegería 0,4 veces más para no tener problemas con los amigos, evitando las alianzas, alejándolo del uso de alcohol u otras drogas.

A su vez algunos centros educativos pueden no guardar la vigilancia suficiente, encontrando la existencia de algunos grupos organizados que generan violencia y abusan de algunos de los adolescentes en algún caso; por otro lado el tráfico de drogas también resulta amenazante, ya que suele haber traficantes alrededor del colegio o algún estudiante ser traficante, estableciendo una exigencia para que compre bajo amenaza, o por el riesgo a ser considerado "soplón"; razón por lo que alguno prefiere llegar más tarde para no encontrarse con ellos, lo que conducirá a que el llegar tarde se comporte 0,4 veces más como un factor de protección en relación con los adolescentes no expuestos. En tanto la escuela tiene un papel protector vital, ya que la permanencia que el adolescente tiene dentro de sus aulas compromete a los educadores a velar por prevenir el fracaso escolar.

Otro espacio en donde los adolescentes tienen puntos de encuentro son la fiestas, y son los padres quienes establecen reglas para su asistencia; así es que inicialmente muchos asisten contando con la presencia de sus padres, quienes vigilan el orden; sin embargo, no siempre cuentan con la vigilancia de los adultos, ya sea porque consideran la cercanía de la reunión, confían del cuidado que otros adultos tendrán

con sus hijos, lo que permite al adolescente tomar una postura de "defensa", "concedor" y "grande", para actuar ante cualquier "sorpresa" que se pueda presentar, ya que conoce, ya sea por propia experiencia o por el informe de sus pares de los riesgos existentes en dichas reuniones, encontrando 0,75 veces más un factor de protección para no sufrir accidentes de tránsito debido al consumo; los adolescentes reconocen en algunos casos el medio que los rodea, y suelen conocer los riesgos a los que pueden ser sometidos por lo que suelen en todo caso tomar precauciones para evitar exponerse a estos sus amigos. En otros casos el negarle el permiso para que asista a una fiesta, influye en que el adolescente se agencie para asistir a las fiestas sin permiso, lo que determina que permanezca menos tiempo y sin hacer uso de bebidas alcohólicas; de esa manera evitará que aumenten la carga de castigo, regresando pronto a casa y con escaso tiempo para relacionarse con sus pares lo que lo protege 0,29 veces más para llevarse bien con los amigos y no se expone al usar alcohol u otras drogas para evitar mayores castigos a agregar mayor desobediencia y la posibilidad de asistir a una próxima reunión.

El tener amigos que se aburren en las fiestas porque no hay alcohol determina que el adolescente pueda observar la diferencia del comportamiento de quien está bajo los efectos del alcohol u otra droga, de aquel que no necesita de estas para adaptarse al lugar que frecuenta y pasarla bien; así, también, la asistencia a estas reuniones libre de alcohol u otras drogas contribuye a que no participen frecuentemente de los mismos espacios por la necesidad de uso que tienen, protegiéndolo 0,64 veces más de riesgo para necesitar alcohol u otras drogas. Así también el tener amigos que vendan o regalen drogas puede que no asistan a lugares en donde no hay bebidas alcohólicas en donde fácilmente encuentren el "mercado" que necesitan, por lo que buscarán otros espacios, actuando 0,75 veces más como protector para no necesitar o desear usar alcohol u otras drogas en relación con adolescentes no expuestos.

Muchos jóvenes toman porque creen que el alcohol va a suprimir en ellos sentimientos que les resultan difíciles de manejar, tales como el descontento sobre su vida social. Creen que embriagarse les va a ayudar a acercarse al sexo opuesto y a divertirse en las fiestas. La verdad por lo general, es la opuesta. Beber conlleva a riesgos que pueden implicar consecuencias graves e irreversibles, ya que el alcohol en el organismo tiende a suprimir la capacidad de juicio, lo que, a su vez, aumenta la posibilidad de ponerse en situaciones de riesgo tales como un embarazo no deseado, un ataque sexual o la posibilidad de contraer enfermedades transmitidas por vía sexual. Esta situación no deja de ser conocida por el adolescente quien probablemente no quiera involucrarse en el uso de alcohol u otras drogas. Desacuerdos entre adolescentes bebidos pueden conducir a peleas, daño, violencia y hasta a la muerte.

El adolescente se encontrará en algunas ocasiones con amigos que han robado o causado daño a propósito, asimismo saldrá a divertirse sin permiso o asistirá a reuniones en las que no haya la vigilancia de los adultos; en la necesidad de sus propios reconocimientos, sin embargo, establecerá los límites que le permitan manejarse con la seguridad y protegerse 0,75 veces más para no necesitar usar y decir No cuando le ofrezcan alcohol u otras drogas, asimismo 0,29 veces más protegido para no tener problemas y llevarse bien con los amigos.

2. MARCO METODOLÓGICO

2.1 DEFINICIÓN DEL MÉTODO

El diseño del estudio fue de tipo exploratorio, descriptivo. Con un abordaje mixto; desde el abordaje cuantitativo la investigación corresponde a un estudio de Prevalencia Analítica, en el cual se toma la información sobre la variable predictora y el efecto en el mismo momento y no lleva período de seguimiento. La primera etapa del estudio fue descriptiva y la segunda etapa de análisis.

El abordaje cualitativo se realizó en seis grupos focales, tres de padres de familia y tres de profesores de la comunidad de Funza, que buscó explorar y describir los conocimientos, prácticas y actitudes frente al fenómeno de la drogadicción.

2.2 HIPÓTESIS

Hipótesis conceptual

“El mayor índice de severidad de los factores psicosociales está asociado al consumo de sustancias psicoactivas por los jóvenes”.

Hipótesis operacional

- HIPÓTESIS NULA: $RD = 1$
“El consumo de sustancias psicoactivas es igual en el grupo expuesto a mayor índice de severidad de factores psicosociales que en los no expuestos”.
- HIPÓTESIS ALTERNA: $RD > 1$
“El consumo de sustancias psicoactivas es mayor en el grupo expuesto a mayor índice de severidad de factores psicosociales que en los no expuestos”.

2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

2.3.1 Población

La población de referencia estuvo constituida por los alumnos de Educación Básica Secundaria y Media, Académica o Técnica residentes en el municipio de Funza, entre los grados 6º y 11º, con edades entre 10 y 19 años.

2.3.2 Muestra

El tamaño de la muestra para el presente estudio de prevalencia analítica se calculó con base en la siguiente fórmula:

$$n = \frac{(Z)^2 p \cdot q}{(e)^2}$$

donde,

- | | |
|--|--|
| n= Tamaño muestral, | q = Proporción de elementos en la población sin riesgo de alcoholismo, |
| Z= Confianza, | e = Máxima diferencia admitida entre el parámetro y el estadístico. |
| p= Proporción de elementos en la población con alto riesgo de alcoholismo, | |

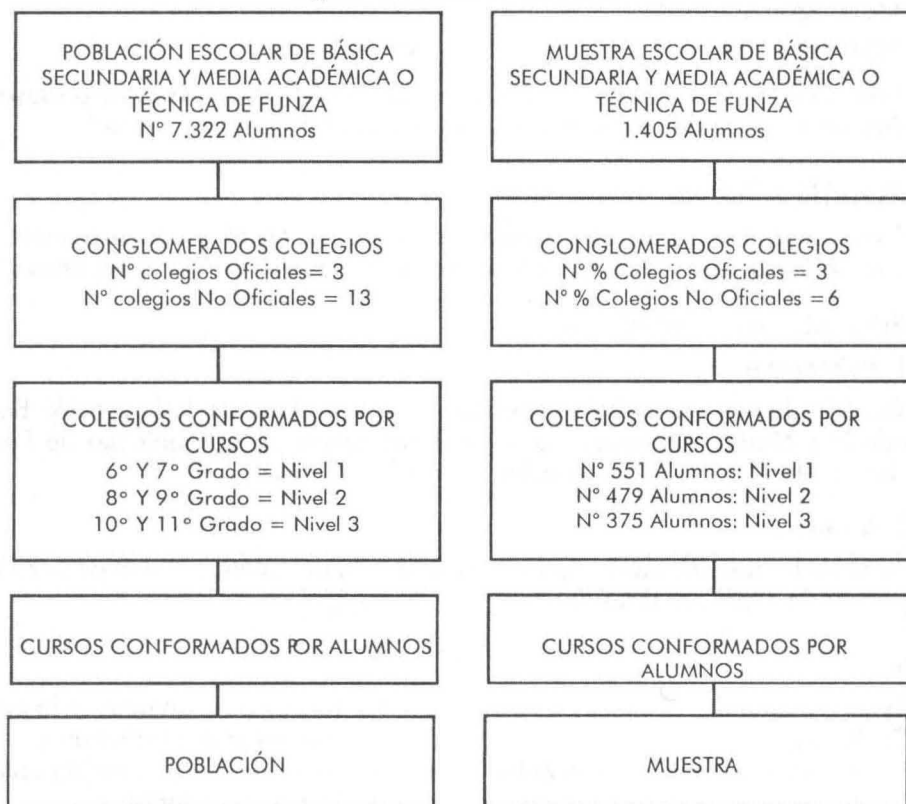
Los resultados obtenidos para este estudio específicamente, fueron los siguientes:

Tabla 2.1. Tamaño de la muestra

Tamaño de la población	7.322 alumnos
Z =	95%
p =	88,3%
q =	11,7%
e =	1,5%
n =	1.405 alumnos
Total muestra	1.405 alumnos

El muestreo empleado fue de tipo probabilístico con distribución proporcional a los niveles de agrupación por grados de estudio. El sistema de muestreo fue multietápico, la unidad primaria de muestreo estuvo constituida por población escolar de básica secundaria y media académica o técnica de Funza, la unidad secundaria de muestreo se integró por los colegios oficiales y no oficiales, la unidad terciaria de muestreo fueron los cursos agrupados por niveles y la unidad de observación fue el estudiante entre 10 y 19 años de los cursos seleccionados. Al final del estudio se contó con un total de 1.420 encuestas de las cuales cuatro fueron eliminadas por mal diligenciamiento; la muestra final fue de 1.416, nueve más que el cálculo muestral (Figura 2.1).

Figura 2.1. Marco muestral



Fueron excluidos de la muestra siete colegios no oficiales dado que sus directivas no aceptaron la participación en el estudio o no tenían todos los grados de educación secundaria

2.4 INSTRUMENTOS

2.4.1 Instrumento DUSI-R (Drug Use Screening Inventory Revised)

El instrumento utilizado para el estudio es el denominado *DUSI* (Drug Use Screening Inventory), desarrollado por Ralph E. Tarter a principios de los 90 en respuesta a una amplia necesidad de medir, de manera breve, eficiente e informativa, los efectos de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en jóvenes y adultos, los cuales se asociaban a problemas y desajustes en múltiples esferas de funcionamiento (Tarter, 1990). Fue diseñado específicamente para cuantificar y puntuar los índices de severidad del uso de alcohol y otras drogas en conjunto con el estado de salud física y mental, y el ajuste o desempeño familiar, laboral y escolar (Tarter & Hegedus, 1991). Este instrumento fue traducido y validado al idioma español por el grupo de expertos de la Corporación Pro Investigación de la Ciudad de Medellín.

Puede ser auto-administrado, informado por computador o leído a personas cuyo nivel educativo es bajo.

El DUSI-R en su versión original está diseñado para reportar información práctica por severidad de problemas en dominios múltiples de salud, comportamiento y ajuste psicosocial. Es usado para medir el estado normal de la persona, identificar áreas donde se necesite intervención y evaluar la magnitud del cambio después de la intervención del tratamiento (Tarter, Kirisci & Mezzich, 1996).

Las áreas de desajuste que requieren intervención son eficientemente identificadas a través de 10 diferentes dominios, los cuales incluyen:

- Dominio I. Abuso de sustancia (SU)
- Dominio II. Problemas de conducta (BP)
- Dominio III. Estado de salud (HS)
- Dominio IV. Desorden psiquiátrico (PD)
- Dominio V. Competencia social (SC)
- Dominio VI. Desempeño familiar (FS)
- Dominio VII. Desempeño escolar (SP)
- Dominio VIII. Desempeño laboral (WA)
- Dominio IX. Relación con los amigos o pares (PR)
- Dominio X. Recreación y tiempo libre (LR)

Además, el cuestionario original incluye una escala de evaluación de la mentira, como medida de control en la evaluación del instrumento (Tarter & Kirisci, 1997).

El primer dominio cuantifica los patrones de uso de SPA entre 10 clases de drogas e identifica aquellas clases de drogas que el evaluado prefiere y que, por tanto, son las más probables de ser la causa del problema. La segunda parte de este dominio caracteriza la severidad del uso del alcohol o de otras drogas psicoactivas de acuerdo a los grados en los cuales son integradas a la vida del evaluado, consecuencias adversas y severidad reflejada en la dependencia.

El segundo dominio evalúa los patrones comportamentales que dan cuenta del desajuste comportamental, la expresión de ira, aislamiento y desenvolvimiento social, y autocontrol.

El tercer dominio interroga el estado de salud que da cuenta de la reciente y recurrente historia de accidentes, de lesiones y enfermedades.

El cuarto dominio evalúa problemas psiquiátricos, observa la presencia de disturbios psiquiátricos comúnmente asociados al uso de alcohol u otras drogas, particularmente ansiedad, depresión, conducta antisocial y síntomas psicóticos.

El quinto dominio evalúa la competencia social, interroga las habilidades asociadas con la interacción en la vida diaria, en particular las habilidades de asertividad y de rechazo.

El sexto dominio interroga por el sistema familiar en términos de disfunción, conflicto y supervisión de los padres en el hogar.

El séptimo dominio evalúa el desempeño académico y escolar.

El octavo dominio está diseñado para medir la competencia y motivación laboral, con énfasis en el grado en el cual el alcohol u otras drogas intervienen en el desempeño laboral.

El noveno dominio evalúa las relaciones con pares, da cuenta del comportamiento en el grupo, propensiones antisociales, involucramiento de los pares con el uso de alcohol u otras drogas, y tamaño de la red social del encuestado.

El último dominio considera si el evaluado usa el tiempo libre de forma constructiva o si por el contrario no está dirigido a metas o a satisfacción.

El inventario provee información acerca de la severidad de los problemas en cada uno de los 10 dominios descritos anteriormente. La severidad o, más precisamente, la densidad problema, es determinada por tres puntajes.

Primero, el puntaje de densidad absoluta (DA) del problema indica la severidad del problema de acuerdo al porcentaje de ítems representados en cada uno de los 10 dominios. Para cada dominio, el puntaje de densidad problema va de 0 a 100 por ciento. Estos puntajes proveen la base para determinar si un tratamiento tiene garantías en uno o más dominios.

Segundo, la puntuación del índice global del problema, como el puntaje de densidad absoluta del problema (DA), mide la densidad del problema o severidad. El puntaje global se deriva del número total de respuestas positivas en cada dominio (puntaje crudo) promediado entre todos los dominios. Este puntaje refleja la severidad general del problema, reconociendo que los 10 dominios están de alguna forma relacionados. Igualmente, el puntaje determina la intensidad del tratamiento.

Tercero, el puntaje de densidad relativa del problema describe la densidad del problema, o severidad, en cada dominio, y demuestra cómo los 10 dominios se encuentran distribuidos con respecto a su severidad. El puntaje es derivado de la suma de los puntajes de la densidad absoluta del problema y dividiendo este total por el puntaje de cada dominio. El puntaje resultante se lleva al 100 por ciento y refleja la severidad relativa de los problemas entre los 10 dominios. Este cómputo revela la distribución única de la severidad del problema en los 10 dominios anteriormente citados.

Una puntuación de la densidad global del problema obtiene la severidad global de índices de problemas. Una puntuación de densidad de uso de sustancias de 13 clasifica correctamente 90% de juventudes que se encuentran en el DSM-III - criterios de diagnóstico de R para desorden de abuso/dependencia de sustancia y 93% de juven-

tudes que no tienen cualquier desorden psiquiátrico. Para adultos una puntuación de densidad de uso de sustancia de 6 clasifica correctamente 90% de adultos que se encuentran en el DSM-III - criterios de diagnóstico de R para uso y dependencia de sustancia y 88% de adultos que no tienen cualquier desorden psiquiátrico.

Todas las formas de evaluación del DUSI toman alrededor de 20 minutos para ser completadas. Los ítems que comprenden el DUSI están libres de sesgos culturales o étnicos, y sólo es requerido un grado de lectura de quinto nivel.

2.4.2 Instrumento SIDUC

El Sistema de Datos Uniformes (SIDUC) de la Comisión Interamericana para el control de Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (CICAD/OEA) es un cuestionario de formato autoaplicado que busca obtener las declaraciones de consumo de tabaco, alcohol, tranquilizantes y estimulantes sintéticos sin prescripción médica y drogas ilícitas como la marihuana, clorhidrato de cocaína, pasta base y éxtasis, además de sustancias inhalables (CICAD/OEA, 2006).

Además de los datos de consumo, el cuestionario interroga por la disponibilidad y facilidad de conseguir la sustancia, la edad de inicio para el consumo, la actitud ante el consumo por amigos o hermanos y la motivación para el consumo y el exconsumo. El instrumento modificado igualmente interroga por la estructura familiar anterior y actual, el apoyo y comprensión de la familia, la sensación de satisfacción en varias áreas de la vida, las expectativas a futuro y la confianza en el mismo.

El SIDUC brinda una información sobre los niveles, las características y las tendencias del consumo de sustancias psicoactivas en un cierto número de grupos y colectivos. Además, busca disponer de una información que le permita aportar algunos elementos para evaluar los impactos logrados por los programas de reducción de la demanda. Para el efecto, el SIDUC utiliza una metodología específica en su descripción y monitoreo del problema de la demanda de droga: la construcción de indicadores uniformes o armonizados. Busca obtener una información transversal

Tabla 2.2. Fuente e indicadores del SIDUC.

FUENTE	INDICADOR
<i>Centros de tratamiento</i>	Droga de mayor impacto Cronología de consumo problemático Surgimiento de nuevos productos (función de alerta)
<i>Salas de urgencia</i>	Prevalencia del consumo de drogas Droga más frecuentemente asociada con lesiones personales
<i>Medicina forense</i>	Prevalencia del consumo de drogas Droga más frecuentemente asociada con eventos fatales
<i>Estudiantes nivel medio</i>	Prevalencia del consumo de drogas Patrones de consumo Exposición a programas de prevención
<i>Estudiantes nivel superior</i>	Prevalencia del consumo de drogas Patrones de consumo Exposición a programas de prevención
<i>Población general</i>	Prevalencia del consumo de drogas Patrones de consumo Exposición a programas de prevención
<i>Menores infractores</i>	Prevalencia y patrones del consumo de drogas Cambios en los patrones de consumo (función de alerta)
<i>Droga en la calle</i>	Precio de venta de las principales drogas para el consumo

que refleje ciertas de las características de los consumidores en determinados colectivos, obtener una información longitudinal que permita describir la evolución en el tiempo de las características de los consumidores en estos mismos colectivos, y comparar una información entre diferentes ámbitos y en el tiempo (OID/OEA, 1998).

El Observatorio Interamericano sobre Drogas resume las fuentes y los indicadores del SIDUC de la siguiente forma (OID/OEA, 1998):

2.5 VARIABLES

2.5.1 Tabla de codificación de variables

Las variables correspondientes al DUSI se categorizan en dominios, que corresponden a áreas específicas de abordaje relacionadas con el comportamiento y el entorno social de los estudiantes de Básica Secundaria y Media Académica o Técnica.

El DUSI incluye diez dominios, pero para efectos del presente estudio se excluyeron dos dominios con relación a Condición de Salud y Ajuste en el Trabajo.

Las variables agrupadas corresponden a las siguientes áreas o dominios:

- Variables sociodemográficas
 - Dominio I. Patrones de comportamiento
 - Dominio II. Desorden psiquiátrico
 - Dominio III. Competencia social
 - Dominio IV. Sistema familiar
 - Dominio V. Desempeño escolar
 - Dominio VI. Relación con los amigos o pares
 - Dominio VII. Tiempo libre y recreación
 - Dominio VIII. Droga y uso de alcohol
 - Consumo de sustancias psicoactivas
 - Disponibilidad de sustancias psicoactivas
 - Edad de Inicio para el consumo de sustancias psicoactivas
 - Actitud ante el consumo de sustancias psicoactivas por amigos o hermanos
 - Motivación para el consumo y exconsumo de sustancias psicoactivas
- Red de apoyo familiar y social.

Figura 2.2. Diagrama de variables

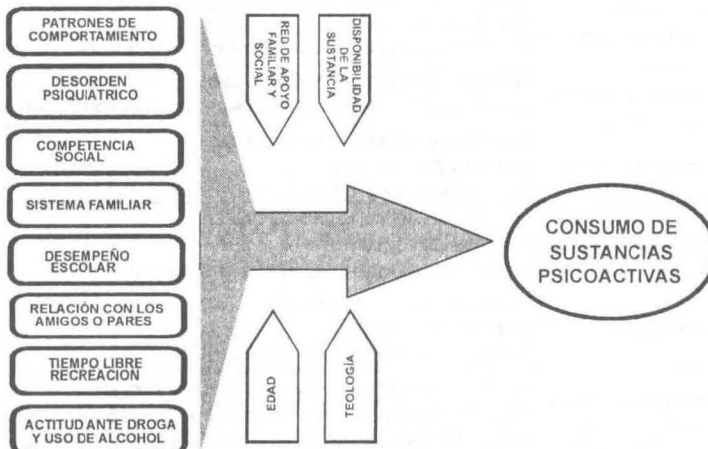


Tabla 2.3. Clasificación de variables

VARIABLE INDEPENDIENTE	Factores psicosociales
VARIABLE DEPENDIENTE	Consumo de sustancias psicoactivas
VARIABLE DE CONFUSIÓN	Edad, disponibilidad de las sustancias, estado de salud

2.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Mediante una carta de presentación y visita de los investigadores principales a las Secretarías de Salud y de Educación del municipio de Funza y a las directivas de las instituciones educativas, se sensibilizó sobre la importancia del estudio, se dio a conocer el proyecto, el propósito, los objetivos, la metodología y los beneficios para la comunidad.

Para la recolección de la información cuantitativa se empleó una encuesta estructurada, en su primera parte se abordaron los datos sociodemográficos de los estudiantes de educación básica secundaria; la segunda parte de la encuesta estuvo integrada por el instrumento DUSI, que permitió conocer la severidad de problemas en los dominios Patrones de comportamiento, Desorden psiquiátrico, Competencia social, Sistema familiar, Desempeño escolar, Relaciones con los amigos o pares, Tiempo libre y Recreación, Droga y uso de Alcohol; y la tercera parte estuvo integrada por el instrumento SIDUC, donde se indagó sobre el consumo de sustancias psicoactivas, la disponibilidad de estas, edad de inicio, actitud ante el consumo, motivación para el consumo y exconsumo, y red de apoyo familiar y social.

La encuesta fue administrada por el equipo de investigación, conformado por dos enfermeros, profesores de la Facultad de Enfermería, un estudiante de pregrado de psicología, una estudiante de pregrado de sociología, un médico, estudiante de la Maestría en Seguridad en el Trabajo y una psicóloga, estudiante de la Maestría de Psicología de la Universidad Nacional de Colombia; previa capacitación en el manejo de la encuesta y asesoría personal con la experta de la Corporación Pro Investigación de la Ciudad de Medellín, la Doctora Yolanda Torres de Galvis, quien junto con su equipo investigador validó, tradujo y condensó el instrumento DUSI al idioma español. El instrumento fue autoaplicado por los estudiantes de Básica Secundaria y Media Académica o Técnica, incluidos en la muestra; el grupo de investigación solicitó a los docentes de los colegios no estar presentes en el momento del diligenciamiento las encuestas, se garantizó el anonimato, la confidencialidad, la veracidad de la información suministrada y el consentimiento para participar en el estudio.

La prueba piloto se aplicó a 92 estudiantes de noveno grado de secundaria de una escuela de educación Básica Secundaria y Media Académica o Técnica del municipio de Zipaquirá, que permitió determinar la comprensión del instrumento, dificultades en el momento de la recolección de datos, variables de confusión, tiempo para la aplicación.

Para la recolección de la información cualitativa, se realizaron tres grupos focales con padres de familia y tres grupos focales con docentes de las instituciones participantes, los cuales fueron realizados por el grupo investigador mencionado anteriormente; previamente se explicaron los objetivos del estudio, alcances, propósitos y breve explicación de la metodología a emplear; por último se contó con el consentimiento informado para participar en la investigación.

2.7 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO

Los datos obtenidos de la aplicación de las encuestas fueron procesados en Epiinfo 2002, marca registrada del Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos de Norteamérica, donde se construyó la base de datos. El documento final se procesó en Word bajo Windows y se utilizaron graficadores tipo PowerPoint y Harvard Graphics. La Hoja de Cálculo seleccionada para manejo de datos fue la de Excel.

En las fases de recolección y procesamiento los investigadores supervisaron la calidad del dato mediante la revisión completa de las encuestas para establecer inconsistencias y datos perdidos. Las demás actividades de supervisión se aplicaron al 10% de las encuestas y fueron dirigidas a evaluar el cumplimiento de la técnica de muestreo; conocimiento de los encuestadores sobre las dificultades más frecuentes y conductas tomadas; control de errores de digitación a través de la validación de entradas con el programa Check de Epiinfo 2002, control de saltos y validación interna de la encuesta.

Las encuestas que presentaron más del 30% de datos perdidos fueron rechazadas. Los datos fueron imputados una vez se recolectó la información, se excluyeron aquellas cuyas respuestas mostraron un grado de mentira o eran incoherentes en sus respuestas, para ello se realizó revisión de cada encuesta de manera minuciosa e individual.

2.8 TÉCNICA DE ANÁLISIS PARA LOS DATOS CUANTITATIVOS

El análisis de la información se realizó en Epiinfo 2002 y SPSS 11.5 marca registrada de SPSS Inc. Las tablas de contingencia especificadas en la investigación cumplieron los modelos para un estudio epidemiológico de tipo transversal o de Prevalencia Analítica con una sola muestra, partiendo de la exposición, en la que la variable de efecto y exposición son tomadas en el mismo momento. Utilizando como estimador del riesgo el *odds ratio* (OR) de prevalencia, se realizó además una prueba de significancia estadística mediante la prueba de Chi Cuadrado o prueba de Z, donde se aceptó como significativo un valor P igual o inferior a 0,05 y el cálculo del intervalo de confianza. A continuación se presenta la organización de las tablas de contingencias:

• Partiendo de la exposición:

Donde,

FACTOR DE RIESGO	EFECTO		
	POSITIVO	NEGATIVO	
POSITIVO	a	b	a + b
NEGATIVO	c	d	c + d
	a + c	b + d	N

- a = Efecto positivo y expuesto al factor de riesgo,
- b = Efecto negativo y expuesto al factor de riesgo,
- c = Efecto positivo y sin exposición al factor de riesgo,
- d = Efecto negativo y sin exposición al factor de riesgo,
- a + c = Total de efecto positivo,
- b + d = Total de efecto negativo,
- a + b = Total de expuestos,
- c + d = Total de no expuestos,
- n = Total de población estudiada.

- Proporción de prevalencia total: $PPt = a + c / n$
- Proporción de prevalencia en expuestos: $PPe = a / (a + b)$
- Proporción de prevalencia en no expuestos: $PPo = c / (c + d)$
- Odds ratio: ad/cb
- Prevalencia de Consumo para cada sustancia (Prevalencia de Vida):
 $PPC = (\text{Total Consumidores de Sustancia} / \text{Población}) * K$

El cálculo de la Proporción de Prevalencia se realizará para el último año, el último mes y la última semana.

- Índice de Exconsumo: $IExc = (\text{Total de Exconsumidores} / \text{Población}) * K$
- Razón de Disparidad (RD) = ad/bc
- Índice de Severidad por Dominio:

$$\text{ISD} = \frac{\text{Nro. de Variables Positivas} \times 100}{\text{Total de Variables del Dominio}}$$

- Índice de Severidad Total: $IST = (\text{ISD1} \dots + \text{ISD8}) / 8$

Para determinar el nivel de certidumbre de las variables continuas fueron realizados análisis de varianza (ANOVA), utilizando la prueba F; se realizó además una prueba de significancia estadística donde se aceptaba como significativo un valor de P igual o inferior a 0,05.

2.9 TÉCNICA DE ANÁLISIS PARA LOS DATOS CUALITATIVOS

La metodología cualitativa se desarrolló con seis grupos focales; para el análisis se empleó la Teoría Social Cognitiva; las categorías de análisis fueron:

INFORMACIÓN

Conjunto de datos acerca de las sustancias psicoactivas, fruto de la experiencia o el aprendizaje. Fue analizada a partir de las categorías Deductivas:

- a. Conocimientos: Contenidos e información compartida en torno a las SPA.
- b. Valoraciones sobre el contexto: Información sobre el fenómeno en Funza, en general y en las instituciones educativas, en particular.

ATRIBUCIONES

Inferencia a cerca de las motivaciones, rasgos, intenciones y capacidades de otras personas acerca del consumo de sustancias psicoactivas basada en la observación de su conducta.

En la presente investigación se analizó a partir de las categorías deductivas: atribuciones de los usuarios de SPA, atribuciones sobre inicio y desarrollo del uso de SPA, atribuciones con relación al consumo de SPA, atribuciones de responsabilidad frente al fenómeno de las SPA.

- a. Atribuciones con relación al consumo de sustancias psicoactivas: Inferencias relacionadas con el fenómeno como tal.
- b. Atribuciones sobre los usuarios de SPA: Inferencias mantenidas a cerca de las personas que usan SPA.

- c. Atribuciones sobre el inicio y desarrollo del uso de SPA: Explicaciones, y análisis sostenidos, en relación con el inicio del consumo, el desarrollo del proceso y los alcances que supone el uso de SPA.
- d. Atribuciones con relación a la prevención: Factores que previenen el consumo de SPA.
- e. Atribuciones de Responsabilidad frente al fenómeno de las SPA: Inferencias a cerca de sobre quién o quiénes son los responsables del fenómeno de las drogas.

ACCIONES

Predisposición a la acción o conductas efectuadas. Analizada a partir de las siguientes categorías deductivas.

- a. Atención al fenómeno: Tentativas individuales o colectivas. Acciones a todo nivel encaminadas a atender el consumo de SPA.
- b. Implicación: Interés, motivación y compromiso frente al manejo del fenómeno.
- c. Propuestas: Ideas, aportes y esquemas generados por los participantes, que vayan destinados a atender el fenómeno. Análisis de sus ópticas y perspectivas.

2.10 CONTROL DE SESGOS

Sesgos de Información: controlado mediante entrenamiento minucioso del grupo investigador en la aplicación del instrumento, garantizando la homogeneidad de criterios aplicados a la medición.

Se realizó revisión minuciosa de cada encuesta diligenciada al finalizar la aplicación del instrumento, fuera del aula y sin retirarse del establecimiento educativo, verificando el diligenciamiento completo de las preguntas. Posteriormente, se realizó una segunda revisión de cada encuesta identificando coherencia en las respuestas dadas, se descartaron aquellas que presentaron incongruencias y falsedad en la información.

Elaboración de una Base de Datos con Validación de Entradas a través del programa CHECK del paquete estadístico Epiinfo 2002, que redujo el registro de errores de digitación, garantizando la fidelidad de la base de datos constituida.

Sesgos de Selección: selección aleatoria simple de los cursos encuestados finalmente, por el método de probabilidad controlada.

Sesgos de Confusión: el muestreo controlará el nivel educativo, de acuerdo a la estructura en la Básica Secundaria y Media Académica o Técnica del Departamento.

2.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio siguió los lineamientos jurídicos y éticos del país y también aquellos contemplados en la última modificación (Edimburgo, Escocia, octubre de 2000) de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial ("Principios éticos para la investigación que involucra sujetos humanos").

De acuerdo con lo establecido en la resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 ("Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud") del Ministerio de Salud de la República de Colombia, este estudio puede ser clasificado como una "Investigación sin riesgo".

Capítulo I de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, se cumplirán los siguientes artículos: N° 5, que establece el criterio del respeto a la digni-

dad y protección de los derechos y bienestar de los participantes; artículo N° 6 “se ajustará a los principios científicos y éticos, deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), se contará con el Consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal y por último se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realizará la investigación; el Consentimiento informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución, en este caso de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia”.

Respecto al Capítulo II de la investigación en comunidades, según establece el artículo 17 “Las investigaciones, referidas a la salud humana en comunidades, serán admisibles cuando el beneficio esperado para estas sea razonablemente asegurado y cuando los estudios anteriores efectuados en pequeña escala determinen la ausencia de riesgos” y el artículo 18: “En las investigaciones en comunidades, el investigador principal deberá obtener la aprobación de las autoridades de salud y de otras autoridades civiles de la comunidad a estudiar además de obtener la carta de Consentimiento informado de los individuos que se incluyan en el estudio, dándoles a conocer la información a que se refieren los artículos 14, 15 y 16 de esta resolución” los cuales instauran las pautas que debe contener del Consentimiento informado (justificación, beneficios, riesgos).

Los objetivos, alcances y resultados del estudio serán conocidos por los participantes y por la comunidad académica. Los datos y registros obtenidos se consignarán de tal forma que se proteja la confidencialidad de los sujetos.

De igual manera se tuvieron en cuenta las consideraciones del capítulo III, que trata sobre las investigaciones en menores de edad, artículo 25: “Para la realización de investigaciones en menores deberá obtenerse el Consentimiento informado de quienes ejerzan la custodia o representación legal del menor”; y el artículo 26: “Cuando la capacidad mental y el estado psicológico del menor, deberá obtenerse, además, su aceptación para ser sujeto de investigación después de explicarle lo que se pretende hacer”.

2.11.1 En relación con el Municipio de Funza

- El presente proyecto estuvo enmarcado en los principios éticos de beneficencia, autonomía, respeto a la dignidad humana y justicia. Para ello, se explicó el objetivo del proyecto al polo de desarrollo de Funza dirigido por docentes de enfermería de la Facultad, docentes y estudiantes de la asignatura Enfermería del Adolescente, estudiantes de Maestría, como también a la comunidad educativa de Funza, donde se obtuvo su participación en los procesos de prevención del consumo de sustancias psicoactivas en esta población. Se garantizó el derecho a la confidencialidad, el manejo de la información fue usado exclusivamente para fines del proyecto y se dio el derecho a retirarse cuando la comunidad lo estableciera.
- Con respecto al instrumento DUSI-R se contó con la autorización del autor y de la traducción en español validada por el grupo de expertos de la Corporación Pro Investigación de la Ciudad de Medellín.

2.11.2 En relación con las instituciones educativas

Se consideraron los siguientes principios:

- Se obtuvo el permiso de las autoridades competentes para realizar las entrevistas y los grupos focales.
- Autonomía: las instituciones educativas decidieron participar o no, aun después de iniciado el proceso de recolección de datos.
- Privacidad: el nombre y los resultados de las instituciones educativas se mantuvieron en estricta confidencialidad, además los resultados se mostraron en forma integral sin particularizar ni permitir la identificación de los entrevistados. La información no será utilizada por otras instituciones sin previa autorización de las instituciones educativas.
- Beneficencia: los resultados de la investigación serán utilizados únicamente para la planeación, dirección, ejecución, control y evaluación de las acciones dirigidas al mejoramiento de la calidad de vida y condiciones de salud de la población residente en el municipio.

2.11.3 En relación con los sujetos

Se consideraron los siguientes principios:

- Autonomía: para decidir participar o no, retirarse de la entrevista, aun después de iniciada. Se contó con el "Consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con pleno conocimiento de la naturaleza de la investigación, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna" (Art. 15, Cap. 1, Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993). Por lo tanto, se recogió la información una vez explicado el objetivo del estudio a estudiantes, padres de familia y docentes.
- Las encuestas fueron autoaplicadas, de carácter voluntario y sin la presencia de docentes; el facilitador no participó activamente en el diligenciamiento de la encuesta, esta fue anónima y su administración garantizó la confidencialidad de la información suministrada.
- Privacidad: el nombre y los resultados individuales se mantendrán en estricta confidencialidad. Los resultados del estudio se darán a conocer en forma integral, sin particularizar ni permitir la identificación de los entrevistados. La información no podrá ser utilizada por otras instituciones sin previa autorización de los participantes.
- Beneficencia: se garantiza que las respuestas no influirán en la calidad de la educación, ni el trato que se les brinda. Los resultados del presente proyecto de investigación permitirán el desarrollo de estrategias de intervención y prevención para el consumo de sustancias psicoactivas en la comunidad escolar de Funza.
- Veracidad: los grupos focales conocieron la información consolidada; para su análisis, no se permitió el acceso personalizado a las bases de datos.
- Los investigadores se comprometieron a no alterar la información recolectada y presentar los resultados de manera fidedigna.
- Consistencia: se empleó el instrumento DUSI en los participantes del estudio; se dieron las mismas instrucciones a los participantes para el diligenciamiento del instrumento, como también en la realización de los grupos focales.

2.12 PRUEBA PILOTO

La prueba piloto fue desarrollada en un colegio de secundaria del municipio de Zipaquirá, Cundinamarca. A continuación se presentan las observaciones sobre el desempeño de los estudiantes frente a la prueba y las anotaciones en cuanto a las dificultades encontradas con el instrumento utilizado (DUSI abreviado y modificado).

La prueba se aplicó a 92 estudiantes de noveno grado de secundaria en un colegio de secundaria del municipio de Zipaquirá, Cundinamarca. Las edades de los estudiantes oscilaban entre los 13 y los 16 años. El 2,17% de la muestra correspondía a jóvenes con 13 años, el 43,48% con 14, el 40,22% con 15 y el 7,61% con 16. Un 6,52% de la muestra de estudiantes no contestaron a esta pregunta. Las edades de la mayoría de los jóvenes que participaron en la muestra estaban entre los 14 y los 15 años (lo que corresponde al 83,7% de la muestra total).

El 69,57% de los participantes de la muestra eran hombres, mientras que el 26,09% eran mujeres. Un 4,35% (lo que correspondía a cuatro personas) no contestaron a esta pregunta. Siendo por tanto mayor el número de hombres que el de mujeres.

El 30,43% de los participantes consideró que su salud el mes anterior fue excelente, mientras que 59,78% la consideró como buena y el 5,43% como regular. Un 4,35% de los participantes no contestaron a esta pregunta. Ninguno de los participantes de la muestra estimó que su salud fuese mala el último mes.

El tiempo mínimo de respuesta de la prueba fue de 18 minutos y el tiempo máximo de 40, siendo la media de 29 minutos.

Antes de iniciar la prueba se hizo una presentación de los intereses y de las consignas a tener en cuenta al momento de resolverla. Se les aclaró la confidencialidad de la información y la importancia de la veracidad en las respuestas.

Las primeras aclaraciones tuvieron que ver con el tipo de respuesta. Si esta se marcaba con una cruz y dónde se hacía. Para el aparte de los "dominios" (ítems del 7 al 89 en el cuestionario) se encontró dificultad en saber si se respondía sobre el SÍ o el NO o sobre los números (1 o 5). Se aclaró que la respuesta debía ser sobre los números, aunque en el paso de la información a la base de datos este cambio no es significativo.

Con respecto a las preguntas sobre consumo de sustancias (de los ítems 90 al 99) se aclaró que debían marcar sólo uno de los números asignados dentro de las opciones (1, 5, 3, 4, 7, 6).

En este aparte la pregunta 97 (con relación a las bebidas alcohólicas hasta la embriaguez) causó confusión debido, en parte, a que no existía una respuesta que permitiera decir que "no la ha usado hasta la embriaguez".

De los ítems 100 a 105, que corresponden a consecución de la droga, los cuales se contestan con los valores discriminativos 1 (muy fácil), 5 (fácil), 6 (difícil) y 7 (no responde), algunos participantes contestaron sobre las casillas de estos valores y no sobre los ítems correspondientes, aunque el número de personas que contestaron con estos errores fue bajo (4,35% de la muestra).

Una de las áreas que mayor confusión causó fue la correspondiente a los ítems 106 a 117 (área de inicio de consumo). Para ésta la respuesta del participante se daba con un número que correspondía a la edad de inicio de consumo (siendo las bebidas alcohólicas las de inicio más temprano). Un porcentaje de la muestra (7,61%)

respondió con los valores discriminativos del área anterior (consecución de drogas) asignando respuestas de 1, 5, 6, y 7. Dos de los participantes tuvieron errores en la respuesta, mientras que el 3,26% no respondió a estos ítems.

En el área de permisividad de consumo de los pares (ítems 118 a 126) sólo cuatro personas no lo llenaron adecuadamente (lo que corresponde al 4,35% del total de la muestra).

Otra de las áreas de confusión fue la correspondiente a exconsumo (ítems 127, 128 y 131), la cual se respondía dependiendo de si se trataba de no consumidores o exconsumidores. Un 10,87% de la población respondió erróneamente a los ítems 127 y 128 simultáneamente (ya que son excluyentes). Un 7,61% de la población respondió erróneamente a los ítems 127 y 131 simultáneamente.

Con respecto al área familiar y de autoeficacia (ítems 129, 130 y del 132 a 135) sólo el ítem 134 ("qué tanto confía usted en su futuro") presentó errores al no ser contestado por el 33,70% de la población (lo que corresponde a la tercera parte de la muestra). Creemos que debido a la posición del ítem dentro de la prueba.

Parte de estas confusiones se solucionaron usando un tiempo mínimo, alrededor de 10 a 15 minutos, para explicar la prueba por áreas, incluyendo varias instrucciones en la hoja de respuesta, donde se especificaba el tipo de respuesta que se esperaba (lo que solucionó el problema de la forma de respuesta).

Se recomendó el hacer una revisión considerada, por parte del aplicador del instrumento, a las hojas de respuesta en el momento de entregar, lo que disminuyó los errores derivados de la falta de respuestas.

En la pregunta 97 se incluyó el reactivo "no la ha usado hasta la embriaguez", que tanta confusión había generado.

Para las preguntas 100 a 105 se incluyó un título explicativo de la forma de respuesta (X sobre la escala Likert de 1, 5, 6 y 7), y se diferenciaron, con otro título, de las siguientes preguntas que iban de la 106 a la 117. También se aseguró que el entrevistador aclarara, en particular, estos dos tipos de pregunta durante la ejecución de la prueba.

En los casos de ítems excluyentes (del 127 al 131) se aclaró, a través de titulación, qué ítems debían ser resueltos y en qué casos. Debido a la poca reactividad, y a la aparente falta de consistencia interna del ítem 134, se reubicó el mismo al interior de la prueba y se modificó de tal forma que se hiciera ampliamente visible.

3. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

3.1 ANÁLISIS CUANTITATIVO

3.1.1 Descripción sociodemográfica

El instrumento DUSI (Drug Use Screening Inventory) fue aplicado a una muestra total de 1416 estudiantes de educación básica secundaria del municipio de Funza, en nueve colegios del municipio, distribuidos así: Colegios oficiales (n 3) y Colegios privados (n 6), en los cursos de 6° a 11°; el proceso de recolección de datos fue llevado a cabo entre los meses de febrero a abril de 2007.

Respecto a la descripción demográfica de la muestra, podemos ver en la Tabla 3.1 que el 54,3% (n=770) de los participantes pertenecen al género femenino, con una edad media de 14,35 años (DE 1,87), una edad mínima de 10 años y una edad máxima de 20 años; el 45,7% (n=646) de los participantes correspondieron al género masculino con una edad media de 14,41 años (DE 1,85), en los rangos de 10 a 20 años; sin diferencia de medias por género $p=0,53$.

La media de la edad de los estudiantes de educación básica secundaria del municipio fue de 14,38 años, con una mediana de 14 años (DE 1,86) y moda de 16 años. Para el análisis de la información se procedió a clasificar las edades por rangos de edad de 2 años, los resultados muestran mayor predominio en los rangos de edad de 15 a 16 años en un 36,2% (n 513) y en el rango de edad de los 13 a 14 años de 30,6% (n 435), en el rango de 10 a 12 años los participantes se ubicaron en un 19,97% (n 283), en el rango de edad de 17 a 18 años en un 12,6% (n 179) y el 0,5% (n 7) se ubicó en el rango de 19 a 20 años (Ver Tabla 3.1).

Al analizar por sexo y edad, se encontró en el género masculino mayor predominio en los rangos de edad de 15 a 16 años (37,4%) y en el rango de edad de 13 a 14 años (30,45%) y en el género femenino mayor predominio en los rangos de edad de 15 a 16 años (35,19%) y en el rango de edad de 13 a 14 años (30,91%). (Tabla 3.1).

Tabla 3.1. Clasificación por sexo y edad, de los estudiantes de educación básica secundaria del municipio de Funza. 2007

Rango de edad (años)	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
10 a 12	127	19,63	156	20,26	283	19,97
13 a 14	196	30,45	238	30,91	434	30,70
15 a 16	242	37,4	271	35,19	513	36,20
17 a 18	78	12,06	101	13,12	179	12,63
19 a 20	3	0,46	4	0,52	7	0,49
Total	646	45,7%	770	54,3%	1416	

Al analizar los resultados por tipo de Colegio, se encontró que el 58,6% (n 830) de los participantes pertenecían a Colegio público y el 41,4% (n 586) a Colegios privados (Ver Tabla 3.2).

La Participación por Colegios públicos en el municipio de Funza, fue: en el Instituto Educativo Departamental de Funza (26,6%), en el Instituto Educativo Departamental Miguel Antonio Caro (23,3%) y en el Colegio San Ramón (8,7%); la participación de los colegios privados del municipio, fue: Colegio Santa Ana (10,2%), Colegio Nuestra Señora del Rosario (8,3%), Colegio Alonso de Ojeda (3,7%), Colegio Oliva Caicedo (3,7%), Colegio Cooperativo Comunal Técnico (7,8%) (Ver Tabla 3.2).

Tabla 3.2. Características de la muestra por colegio, curso, nivel, sexo, edad y tipo de colegio de los estudiantes de educación básica secundaria del municipio de Funza. 2007

		Recuento	% de columna
Colegio	ALONSO OJEDA	52	3,7%
	COOPERATIVO	110	7,8%
	IED FUNZA	377	26,6%
	IED MIGUEL CARO	330	23,3%
	OLIVA CAICEDO	52	3,7%
	PARROQUIAL	110	7,8%
	ROSARIO	118	8,3%
	SAN RAMÓN	123	8,7%
	SANTA ANA	144	10,2%
	Curso	6°	114
7°		286	20,2%
8°		190	13,4%
9°		266	18,8%
10°		164	11,6%
11°		396	28,0%
Género	Femenino	770	54,4%
	Masculino	646	45,6%
Edad (años)	10 a 12	283	20,0%
	13 a 14	434	30,6%
	15 a 16	513	36,2%
	17 a 18	179	12,6%
	19 a 20	7	0,5%
Nivel educativo	1	400	28,2%
	2	456	32,2%
	3	560	39,5%
PUBOPRIV	Público	830	58,6%
	Privado	586	41,4%

La recolección de datos fue realizada en los cursos de 6° a 11° grado de educación básica secundaria; para el análisis de la información se clasificó en tres niveles: en el nivel I se ubicaron los estudiantes de los grados 6° y 7°, el nivel II correspondió a los estudiantes de los grados 8° y 9° y el nivel III a los estudiantes de los grados 10°

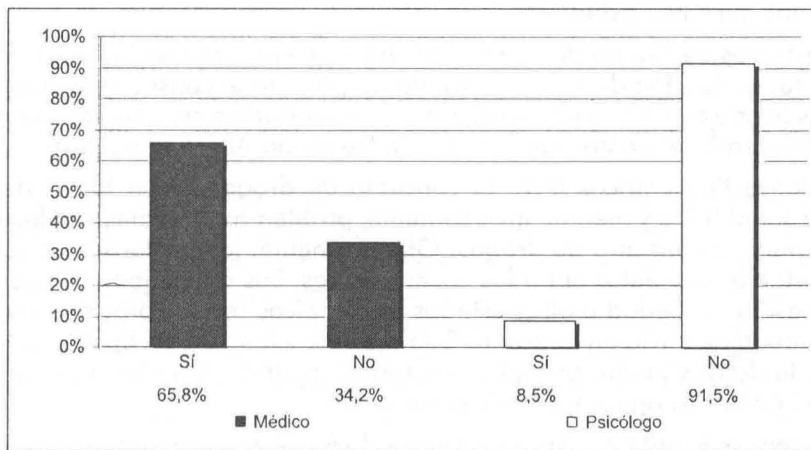
y 11°; los resultados muestran que el 28,2% de los participantes pertenecen al nivel I, el 32,2% de los estudiantes se ubicaron en el nivel II y el 39,5% en el nivel III. (Ver Tabla 3.3).

Tabla 3.3. Clasificación por Niveles académicos y sexo, de los estudiantes de educación básica secundaria del municipio de Funza. 2007

Nivel Académico	Hombres		Mujeres	
	N	%	n	%
Nivel I	192	29,68	208	27,01
Nivel II	211	32,61	246	31,95
Nivel III	244	37,71	316	41,04
Total	647	100	770	100

Con respecto al estado de salud, al indagar a los estudiantes si han consultado el médico y/o el psicólogo durante el último año, se encontró que el 65,8% de los participantes ha consultado el médico y el 8,5% de los estudiantes ha consultado el psicólogo durante el último año; llama la atención que un alto porcentaje de estudiantes (34,2%) no ha consultado el médico (Gráfica 3.1).

Gráfica 3.1. Consulta de médico y / o psicólogo durante el último año, de los estudiantes de educación básica secundaria. Funza, 2007



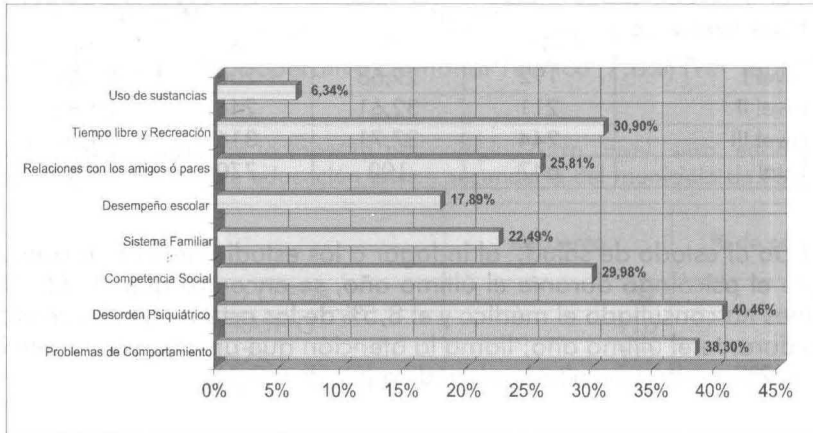
3.1.2 Descripción de los factores psicosociales por Dominios del Instrumento DUSI

Para el análisis se presenta el total de respuestas afirmativas por pregunta, lo que facilita la construcción de los índices de densidad absoluta y relativa respectivamente.

Ochenta y nueve (89) variables conforman los ocho dominios estudiados, apreciables en el Anexo 2, en el cual se calcula el perfil de densidad absoluto para cada dominio, el peso que este factor psicosocial representa en el consumo y no consumo de sustancias psicoactivas, Para la población adolescente que respondió los cuestionarios el desorden psiquiátrico, los problemas del comportamiento y el uso

del tiempo libre y la recreación son los dominios que presentan mayor respuesta positiva, es decir dar el mayor perfil absoluto para análisis de la problemática estudiada. La gráfica 3.2 muestra los índices absolutos calculados.

Gráfica 3.2 Perfil de densidad absoluto de los Dominios DUSI, en estudiantes de secundaria básica, Funza, 2007.



Los dominios permiten estudiar:

1. Los Trastornos de Comportamiento (BP) en los que se exploran las alteraciones de conducta, en función de ser un factor de riesgo para el consumo de drogas y de estar asociado a él. Por otra parte los estudios realizados en la región demuestran una alta correlación entre esta escala y la Densidad Absoluta del test.
2. Desórdenes Psiquiátricos (PD). El consumo de drogas es un factor de riesgo para la salud física y mental. Inversamente, problemas mentales son factores de riesgo para el consumo de drogas. Objetivamente, los trastornos psiquiátricos son bastante frecuentes entre los consumidores. Las alteraciones emocionales, la depresión, ansiedad u otros estados psicológicos son factores de riesgo para la búsqueda de alivio en la droga. Como se menciona en el capítulo anterior, el abuso de drogas puede precipitar trastornos mentales latentes o producir cuadros psiquiátricos agudos o crisis emocionales.
3. Competencia Social (SC). Para un adecuado funcionamiento adaptativo, la persona requiere de varias habilidades de desempeño social. Deficiencias en la capacidad de ser asertivo, tomar decisiones y conducirse en forma autónoma pueden predisponer al consumo de drogas y facilitar su mantenimiento.
4. Desempeño Escolar (SP). Esta escala se relaciona con el interés y la motivación del adolescente por asumir roles de adulto y buscar autonomía. También hay que considerar la extracción de la persona, ya que trabajar y obtener dinero se relaciona con la subsistencia familiar. Las actitudes con respecto al trabajo, su compromiso, responsabilidad y estabilidad influyen en las posibilidades de consumir drogas.
5. Disfuncionalidades Familiares (FS). La organización familiar, los patrones de comunicación y el grado de cohesión influyen considerablemente en el ajuste

emocional del joven. La familia es fundamental en el establecimiento de valores y conductas normativas sociales que van a guiar la transición hacia la adultez. El modelo adictivo familiar y los hábitos de consumo familiares son factores de riesgo, el locus por fuera de la familia, en donde el adolescente adquiere las habilidades cognitivas e interpersonales fundamentales para su inserción social, ajuste y adaptación.

6. Relación con los Amigos (PR). Esta escala se relaciona con el ambiente social en que se desenvuelve el adolescente, ya que éste influye sustancialmente en el tipo y variedad de conductas normativas. Conforme el adolescente crece y se desliga de los padres, se incrementa la importancia e influencia del entorno social. Las características de los grupos de amigos, como grupos de presión, influyen considerablemente en el inicio o mantenimiento del consumo de drogas.
7. Uso del Tiempo Libre (LR). Esta serie de preguntas explora la disposición de tiempo libre que tiene la persona, el uso que le da y la satisfacción o insatisfacción que se deriva del mismo. La utilización del tiempo libre afecta de manera significativa la facilidad para iniciarse en el consumo de drogas, así como en su mantenimiento y otro tipo de conductas inadecuadas. La utilización productiva del tiempo libre es un factor de protección contra el uso indebido de drogas.
8. Severidad Uso Drogas (SU). Esta escala obtiene información respecto de las características del consumo de drogas cuando éste existe. Una puntuación elevada en esta serie, de por sí, nos informa sobre un factor de riesgo para el mantenimiento del consumo.

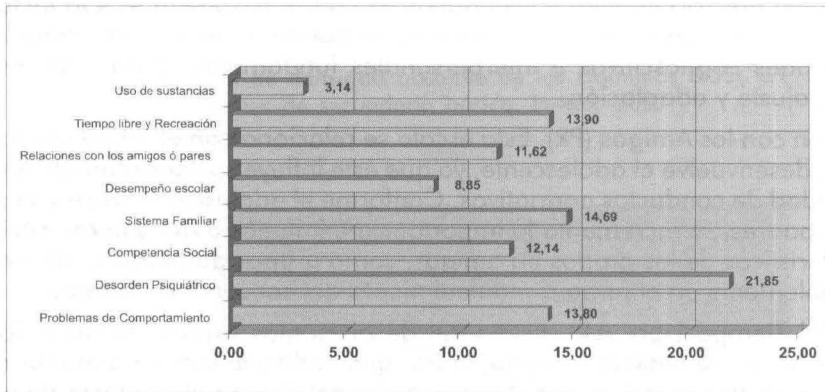
La Densidad Total Absoluta (DTA) del problema es el valor que tiene para cada persona el problema, en los términos formulados por el test, y la Densidad Absoluta por Área (DA) para cada una de las ocho escalas que corresponden a distintos factores de riesgo. Esta DA nos dice cuál es la relevancia de cada uno de los problemas particulares estudiados.

El índice relativo por dominio (Ver Tabla 3.4 y Gráfica 3.3) se define como el número de respuestas afirmativas dividido en el total de respuestas por dominio. Al estratificar estas variables por el género del adolescente, se encuentra que el IRSC tiene una media mayor en los hombres (31,19) con respecto a las mujeres (28,53) con una $p=0,023$, que suministra suficiente evidencia estadística para afirmar que el género para el dominio SC es mayor su influencia sobre los hombres. Para el dominio SP la media fue mayor en el grupo de mujeres (19,08) comparada con la de los hombres (16,88), con suficiente evidencia estadística ($p=0,0069$); además en el dominio LR la media fue mayor en los hombres con 32,74 con respecto a las mujeres con 28,69 con una $p=0,00005$. Para el dominio PD la media

Tabla 3.4. Perfil de densidad relativo, de los estudiantes de educación básica secundaria del municipio de Funza. 2007

Problemas de Comportamiento (BP)	13,80
Desorden Psiquiátrico (PD)	21,85
Competencia Social (SC)	12,14
Sistema Familiar (FS)	14,69
Desempeño escolar (SP)	8,85
Relaciones con los amigos o pares (PR)	11,62
Tiempo libre y Recreación (LR)	13,90
Uso de sustancias (SU)	3,14

Gráfica 3.3. Perfil de densidad relativo de los Dominios DUSI, en estudiantes de secundaria básica, Funza, 2007



fue superior en los hombres (43,85) que en las mujeres (36,32) con una $p=0,000027$. En el dominio SU 0,067 en hombres y 0,088 en mujeres con suficiente evidencia estadística ($p=0,0056$). En los casos de los dominios FS, PR y BP no existe suficiente evidencia estadística entre los géneros.

El índice por dominio SC incrementa su media a medida que aumenta el nivel en el que se encuentra el estudiante nivel I (27,44), nivel II (29,8) y nivel III (31,94) con una $p=0,007$, que otorga suficiente evidencia estadística. La media para el dominio PR para el nivel I (21,975) es menor que el nivel II (25,57) y este a su vez menor que el nivel III (28,76), con suficiente evidencia estadística ($p=0,0000013$). El incremento en la media se presenta también en el dominio LR (nivel I=26,65, nivel II=30,61 y nivel III=34,16), con suficiente evidencia estadística ($p=0,000000562$). Para el dominio SU es mayor en el nivel I (0,069) que en el nivel II (0,064) y el nivel III es el mayor (0,0925) con una $p=0,0035$. En los casos de los dominios FS, SP, PR, PD y BP no existe suficiente evidencia estadística entre los géneros.

Los índices por dominios se definen como el total de respuestas positivas por dominio con respecto a las respuestas positivas del resto de los dominios. Para el dominio PD la media fue menor en las mujeres (28,55) y en los hombres (33,10) con suficiente evidencia estadística ($p=0,0000017$). En el dominio SP la media del dominio fue mayor en las mujeres (10,83) en comparación con los hombres (8,62), con una $p=0,0000027$. En los casos de los dominios BP, SC, FS y PR no existe suficiente evidencia estadística entre los géneros.

La media de los estudiantes de colegios privados (18,046) y la de colegios públicos (16,82) con suficiente evidencia estadística ($p=0,041$). En el dominio SP la media fue superior en los colegios públicos (10,077) con respecto los colegios privados (9,006). En los casos de los dominios PD, SC, PR, FS, LR y SU no existe suficiente evidencia estadística entre los géneros.

La media en el dominio BP es mayor en el primer nivel (18,73), para el II nivel (17,325) y en el nivel III (16,33), con suficiente evidencia estadística ($p=0,0041$); para el dominio PD el nivel I tuvo la media más alta (33,07), seguido por el nivel II (31,13) y nivel III (29,47) con una $p=0,00888$; para el dominio PR la media del nivel III fue mayor (14,0929), seguido por el nivel II (13,51) y nivel I (11,877), con una $p=0,0046$.

3.1.3 Consumo de sustancias

Aquí se describen los principales hallazgos obtenidos en este estudio relacionados con los niveles de consumo de drogas. Para la caracterización del consumo, se utilizó la medida de prevalencia, tanto de vida como de último año y último mes, así como la incidencia y la oportunidad de uso, las cuales están definidas en el Glosario de Términos, al final del presente documento.

3.1.3.1 Inicio de consumo por sustancia

Los estudiantes inician el consumo de sustancias a la mínima edad promedio con bebidas alcohólicas, luego se ubica el cigarrillo, al igual que estudios en otras regiones de Colombia como Tunja y Bogotá; pero cabe resaltar que el uso temprano de anfetaminas con uso de fórmula médica en esta población es muy visible, aunque es probable algún tipo de confusión en el cuestionario con el conocimiento de las sustancias y su interpretación con el consumo de analgésicos recetados (Tabla 3.5).

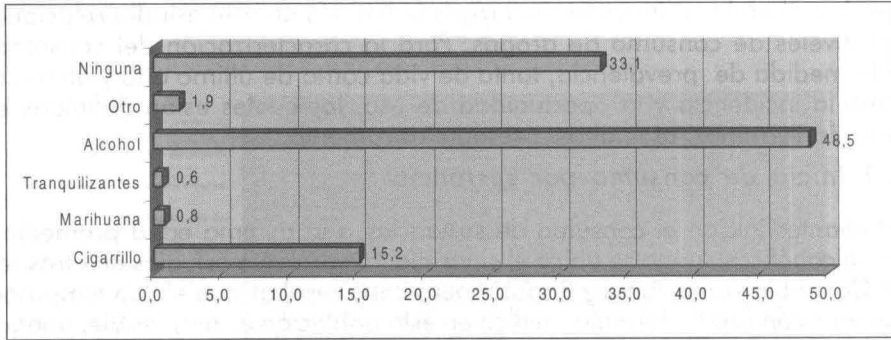
Tabla 3.5. Edad media de inicio de consumo por sustancia de los estudiantes de educación básica secundaria del municipio de Funza. 2007

	Media	Desviación típica
Marihuana	14,12	1,66
Bebidas alcohólicas	12,60	2,29
Alcohol hasta embriaguez	13,92	1,91
Basuca o Bazuco	13,00	0,00
Anfetaminas con fórmula médica	11,35	2,92
Tranquilizantes sin fórmula médica	13,43	2,25
Cocaína	14,10	1,51
Cigarrillo	12,83	2,12
Rhipinol (Rochas o Roche)	14,60	1,67
Estimulantes	13,94	1,83
Anfetaminas sin fórmula médica	13,50	2,07
Heroína	14,50	1,29

En cuanto a la edad de inicio de consumo se encontró que para la marihuana la mayor tasa se presenta en la franja de los 15 años (representando el 1,8% de la población). Para las bebidas alcohólicas esta tasa se encuentra distribuida entre los 12 y los 14 años, representando el 35,7% de la población. Las edades de inicio de consumo de alcohol hasta la embriaguez se presentan entre los 14 y 15 años (16,9%). La única tasa representativa de consumo de bazuco se da a los 13 años. La edad de inicio para las anfetaminas con fórmula médica y los tranquilizantes sin fórmula médica se encuentra distribuida entre los 5 y los 17 años; sin embargo, existe un leve incremento para el consumo de anfetaminas hacia los 10 años (0,6%), y hacia los 15 (0,64%) para los estimulantes. La cocaína presenta un mayor índice de consumo hacia los 15 años (0,56%), mientras que el cigarrillo se distribuye entre los 7 y los 17 años, alcanzando un incremento significativo entre los 12 y los 14 años.

Otras sustancias como el rohipinol, la heroína y las anfetaminas sin fórmula médica se distribuyen equitativamente entre los 12 y los 16 años, 13 y 16 años, y los 10 y 16 años respectivamente, mientras que los estimulantes alcanzan niveles importantes a los 13 años (0,56%) y los 15 años (0,49%).

Gráfica 3.4. Sustancia de inicio de consumo



En cuanto a la edad de consumo, apreciamos que el consumo de tabaco se inicia temprano y a los 16 años más o menos se estabiliza. En cuanto al alcohol, se produce un gran aumento de consumo a los 15 años y luego se estabiliza. Se puede observar también, que más del 50% de los escolares consumieron alcohol después de los 15 años. En cambio, para la marihuana el aumento se produce a los 17 y 18 años de edad.

3.1.3.2 Prevalencia de consumo

Aquí se describen los principales hallazgos obtenidos en este estudio relacionados con los niveles de consumo de drogas. Para la caracterización del consumo, se utilizó la medida de prevalencia, tanto de vida como de último año y último mes, como consumo actual, las cuales fueron definidas anteriormente.

Estos resultados se refieren a las prevalencias del consumo de diferentes drogas en tres períodos: toda la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días. Particularmente, las prevalencias de vida y de último año han sido calculadas para diferentes grupos etáricos ubicados en los diferentes cursos.

Los datos que arroja el DUSI aplicados a la muestra de estudiantes de educación básica secundaria del municipio de Funza, muestran que, para el cigarrillo, la prevalencia de vida es relativamente alta, alcanzando el 44,5% de la muestra. El 55,5% de la población manifiesta no haber fumado nunca, mientras que el 24,9% dice haber fumado al menos alguna vez en la vida (ver Gráfica 3.5). La prevalencia mes para el cigarrillo es del 18,1%.

Tabla 3.6. Prevalencias de consumo por sustancias

	Prevalencia de vida		Prevalencia de año		Prevalencia de consumo actual	
	Casos	Prevalencia %	Casos	Prevalencia %	Casos	Prevalencia %
Marihuana	83	5,86	59	4,17	34	2,4
Cocaína	39	2,75	13	0,92	9	0,64
Bazuco	18	1,27	5	0,35	5	0,35
Tranquilizantes	56	3,95	36	2,54	25	1,76
Estimulantes	148	10,45	30	2,11	20	1,41
Alcohol	959	67,73	779	55,014	492	34,75
Embriaguez	544	38,42	402	28,38	195	13,77
Heroína	22	1,55	15	1,059	12	0,85

Con respecto a la distribución de esta variable por sexo (ver Tabla 3.7), podemos observar que en forma similar a la oportunidad de uso, los hombres tuvieron mayor consumo de las distintas drogas que las mujeres, con la sola excepción de los tranquilizantes, donde las jóvenes escolares refirieron haber usado un poco más estas sustancias que los escolares varones. Las mayores diferencias en el consumo alguna vez en la vida por género se observan en drogas ilegales en general y marihuana, donde el consumo de los hombres fue mayor en forma significativa que en las mujeres. Con respecto a la relación oportunidad de uso y consumo, se observa igualmente que la misma es muy marcada en el caso del alcohol y el tabaco, ya que un porcentaje muy alto, tanto de varones como de mujeres, que tuvieron oportunidad de consumir estas dos drogas, las consumieron. Incluso, en el caso del tabaco, el 100% de las mujeres que tuvieron la oportunidad de consumirlo, lo hicieron. La marihuana también tiene un porcentaje alto en esta relación.

Tabla 3.7. Prevalencias de vida por género

	Mujeres		Hombres	
	Recuento	Prevalencia	Recuento	Prevalencia
Cigarrillos	302	39,2%	328	50,8%
Marihuana	30	3,9%	53	8,2%
Cocaína	15	1,9%	24	3,7%
Bazuco	8	1,0%	10	1,5%
Tranquilizantes	39	5,1%	17	2,6%
Estimulantes	81	10,5%	67	10,4%
Alcohol	512	66,5%	447	69,2%
Embriaguez	261	33,9%	283	43,8%
Heroína	11	1,4%	11	1,7%

La prevalencia de vida fue mayor para colegios públicos que privados, manteniendo el mismo orden sin estratificar (Tabla 3.8).

Tabla 3.8. Prevalencias de vida por tipo de colegio

	Colegios públicos		Colegios privados	
	Recuento	Prevalencia	Recuento	Prevalencia
Cigarrillos	378	45,5%	252	43,0%
Marihuana	41	4,9%	42	7,2%
Cocaína	19	2,3%	20	3,4%
Bazuco	12	1,4%	6	1,0%
Tranquilizantes	26	3,1%	30	5,1%
Estimulantes	64	7,7%	84	14,3%
Alcohol	558	67,2%	401	68,4%
Embriaguez	306	36,9%	238	40,6%
Heroína	16	1,9%	6	1,0%

Existe colinealidad, se denota que el consumo de vida crece a medida que aumenta el nivel educativo, el consumo de cigarrillos es el doble en los estudiantes de 10 y 11 frente a los de 6 y 7 grado, consideración muy importante para definir políticas de prevención en el medio escolar. Caso muy similar ocurre con el consumo de alco-

hol, que por cada estudiante de nivel 1 hay dos que han bebido en su vida alcohol, y es en el nivel 3 donde más han llegado a la embriaguez.

Tabla 3.9. Prevalencias por niveles

	NIVEL					
	I		II		III	
	Recuento	Prevalencia	Recuento	Prevalencia	Recuento	Prevalencia
Cigarrillos	113	28,3%	195	42,8%	322	57,5%
Marihuana	14	3,5%	21	4,6%	48	8,6%
Cocaína	3	0,8%	18	3,0%	18	3,2%
Bazuco	2	0,5%	8	1,0%	8	1,4%
Tranquilizantes	12	3,0%	15	3,3%	29	5,2%
Estimulantes	40	10,0%	45	9,9%	63	11,3%
Alcohol	181	45,3%	313	68,6%	465	83,0%
Embriaguez	82	20,5%	161	35,3%	301	53,8%
Heroína	3	0,8	6	1,3%	13	2,3%

Nivel I: 6° y 7° Bto.

Nivel II: 8° y 9° Bto.

Nivel III: 10° y 11° Bto.

3.1.4. Relación de factores psicosociales por dominio y consumo de sustancias según índices de severidad de consumo y riesgo atribuible

a. Cigarrillo

El índice de severidad por área (ISA) en el consumo de cigarrillo indica que los factores relacionados con los patrones de comportamiento y desórdenes emocionales presentan el mayor porcentaje de severidad alcanzando cifras mayores al 40%.

Gráfica 3.5. Índice de consumo de cigarrillo

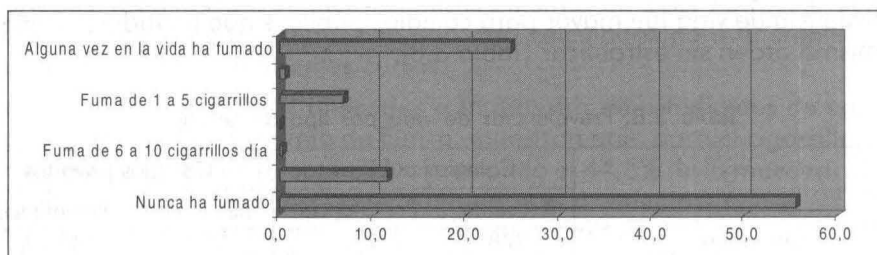
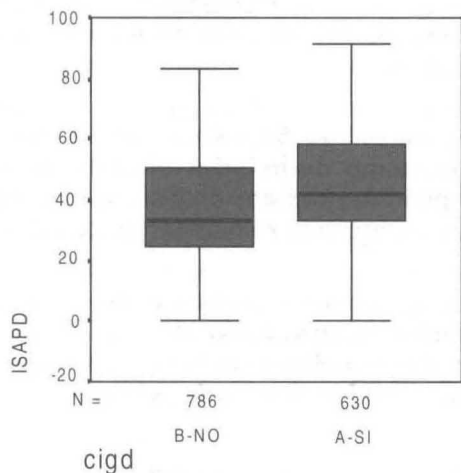


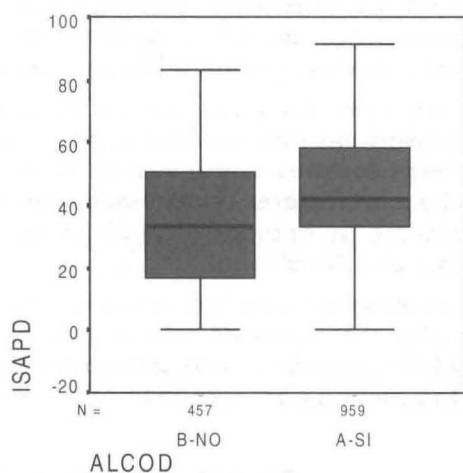
Tabla 3.10. Resultados del DUSI para el consumo del cigarrillo

	ISA no consumo	ISA consumo	ISA total	Diferencia	% RA	% RAP
Problemas de Comportamiento (BP)	33,2	44,8	38,3	11,59	25,88	13,45
Desorden Psiquiátrico (PD)	37,3	44,3	40,4	7,06	15,93	7,77
Competencia Social (SC)	28,0	32,4	30,0	4,42	13,61	6,55
Sistema Familiar (FS)	22,6	32,9	27,2	10,31	31,31	16,86
Desempeño escolar (SP)	13,9	22,8	17,9	8,90	39,00	22,15
Relaciones con los amigos o pares (PR)	19,7	33,4	25,8	13,71	41,01	23,62
Tiempo libre y Recreación (LR)	27,4	35,3	30,9	7,88	22,34	11,34
Uso de sustancias (SU)	3,4	10,0	6,3	6,60	65,93	46,26

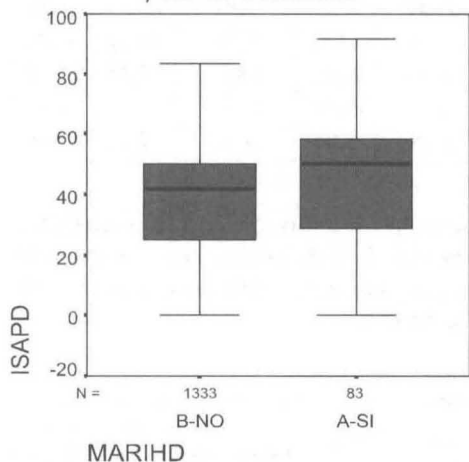
Gráfica 3.6. Box plot de índice de severidad absoluta (ISA) para consumidores y no de cigarrillo.



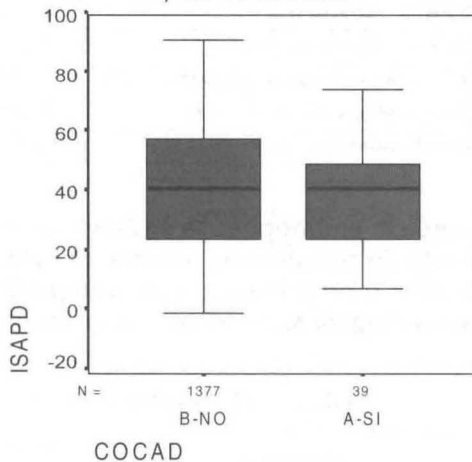
Gráfica 3.7. Box plot de índice de severidad absoluta (ISA) para consumidores y no de alcohol.



Gráfica 3.8. Box plot de índice de severidad absoluta (ISA) para consumidores y no de marihuana.



Gráfica 3.9. Box plot de índice de severidad absoluta (ISA) para consumidores y no de cocaína.



El riesgo atribuible poblacional proporcional es superior en los patrones BP, FS, SP, PR, LR y SU.

El 41% del consumo de cigarrillo se debe a los factores psicosociales relacionados con los patrones Relaciones con los amigos o pares (PR) y el 66% de consumo de cigarrillo se atribuye a factores de consumo de drogas y alcohol.

Una intervención sobre la desaparición del consumo de drogas en la población, lograría disminuir en un 46% el consumo de cigarrillo en la población general.

b. Alcohol

Los resultados del DUSI en consumo de alcohol indican que el riesgo atribuible o contribución del factor de riesgo al consumo de bebidas alcohólicas presenta un valor superior al 30% en Sistema familiar, Patrones de comportamiento, Relación con los amigos o pares y Tiempo libre y Recreación.

El 45,11% del consumo de bebidas alcohólicas se debe a los factores psicosociales relacionados con los amigos o pares y el 54,9% restante se debe a otros factores diferentes. El 32,3% del consumo de bebidas alcohólicas se debe a los factores relacionados con el tiempo libre y recreación y el 72,12% del consumo de bebidas alcohólicas se debe a los factores relacionados con drogas y uso del alcohol.

Si se intervienen los factores relacionados con los amigos o pares y el desempeño escolar, el consumo de bebidas alcohólicas disminuiría en la población en el 35,8% y 34,05% respectivamente, pero la medida más eficaz resultaría controlando el acceso a la sustancia y se lograría disminuir la prevalencia en 64% sobre la población.

Tabla 3.11. Resultados del DUSI para el consumo de alcohol

Alcohol	ISA no consumo	ISA Consumo	ISA total	Diferencia	% RA	% RAP
Problemas de Comportamiento (BP)	29,76	42,44	38,35	12,68	29,88	22,40
Desorden Psiquiátrico (PD)	33,21	43,86	40,42	10,65	24,29	17,85
Competencia Social (SC)	25,55	32,09	29,98	6,54	20,38	14,77
Sistema Familiar (FS)	20,48	30,42	27,21	9,94	32,69	24,75
Desempeño escolar (SP)	11,80	20,79	17,89	8,99	43,26	34,05
Relaciones con los amigos o pares (PR)	16,59	30,22	25,82	13,63	45,11	35,76
Tiempo libre y Recreación (LR)	23,35	34,49	30,90	11,15	32,31	24,43
Uso de sustancias (SU)	2,31	8,28	6,35	5,97	72,12	63,66

Aunque la embriaguez se encuentra estrechamente relacionada con la prevalencia de vida de consumo de alcohol, es notorio que el índice de severidad es más notorio (40,42) para la asociación con problemas psiquiátricos. Para controlar, la política va dirigida sobre el acceso al uso de la sustancia.

Tabla 3.12. Resultados DUSI para consumo hasta la embriaguez

Embriaguez	ISA no consumo	ISA consumo	ISA total	Diferencia	% RA	% RAP
Problemas de Comportamiento (BP)	34,66	44,26	38,35	9,59	21,68	9,61
Desorden Psiquiátrico (PD)	38,29	43,83	40,42	5,53	12,63	5,26
Competencia Social (SC)	28,58	32,23	29,98	3,65	11,32	4,68
Sistema Familiar (FS)	23,19	33,66	27,21	10,46	31,08	14,77
Desempeño escolar (SP)	14,48	23,35	17,89	8,86	37,97	19,04
Relaciones con los amigos o pares (PR)	20,22	34,80	25,82	14,58	41,90	21,69
Tiempo libre y Recreación (LR)	27,24	36,76	30,90	9,53	25,92	11,85
Uso de sustancias (SU)	3,26	11,30	6,35	8,03	71,11	48,61

c. Marihuana

Los resultados del DUSI para el consumo de marihuana indican que el riesgo atribuible o contribución de factor de riesgo al consumo de marihuana presenta un valor superior al 30% en casi todos los dominios, exceptuando los tres primeros factores estudiados, relacionados con Patrones de comportamiento, Desorden psiquiátrico y Comportamiento social.

El 47% del consumo de marihuana se debe a los factores psicosociales relacionados con el desempeño escolar y la relación con amigos. El 75,59% del consumo de marihuana se debe a los factores relacionados con el uso de drogas y alcohol.

Si se intervienen los factores relacionados con drogas y uso del alcohol, el consumo de marihuana disminuiría en la población en el 15,36%.

Tabla 3.13. Resultados del DUSI para el consumo de marihuana

Marihuana	ISA no consumo	ISA consumo	ISA total	Diferencia	% RA	% RAP
Problemas de Comportamiento (BP)	37,59	50,45	38,35	12,86	25,49	1,97
Desorden Psiquiátrico (PD)	40,10	45,48	40,42	5,38	11,82	0,78
Competencia Social (SC)	29,73	34,00	29,98	4,27	12,56	0,83
Sistema Familiar (FS)	26,34	41,27	27,21	14,93	36,17	3,22
Desempeño escolar (SP)	16,97	32,53	17,89	15,56	47,82	5,10
Relaciones con los amigos o pares (PR)	24,52	46,75	25,82	22,23	47,56	5,05
Tiempo libre y Recreación (LR)	30,15	42,89	30,90	12,74	29,71	2,42
Uso de sustancias (SU)	5,37	22,02	6,35	16,64	75,59	15,36

d. Cocaína

Los resultados del DUSI para el consumo de cocaína indican que el riesgo atribuible o contribución del factor de riesgo al consumo de Cocaína, presenta un valor superior al 27% en los dominios finales y muy inferior en los tres primeros dominios.

Tabla 3.14. Resultados del DUSI para el consumo de cocaína

Cocaína	ISA no consumo	ISA consumo	ISA total	Diferencia	% RA	% RAP
Problemas de Comportamiento (BP)	38,14	45,51	38,35	7,37	16,19	0,53
Desorden Psiquiátrico (PD)	40,41	40,81	40,42	0,40	0,99	0,03
Competencia Social (SC)	29,95	31,05	29,98	1,10	3,55	0,10
Sistema Familiar (FS)	26,98	35,26	27,21	8,27	23,46	0,84
Desempeño escolar (SP)	17,53	30,30	17,89	12,77	42,14	1,97
Relaciones con los amigos o pares (PR)	25,46	38,46	25,82	13,00	33,80	1,39
Tiempo libre y Recreación (LR)	30,57	42,31	30,90	11,73	27,73	1,05
Uso de sustancias (SU)	5,97	19,58	6,35	13,61	69,49	5,90

El 42,14% del consumo de cocaína se debe a los factores psicosociales relacionados con desempeño escolar y el 33,80% con los amigos o pares, y con la misma sustancia o alcohol un 69,49%.

e. Bazuco

Los resultados del DUSI para el consumo de bazuco indican que el riesgo atribuible o contribución del factor riesgo al consumo de bazuco presenta un valor de $_3\%$ en todos los dominios; sin embargo, sobresale que es la única sustancia con indicadores negativos, reflejando muchos factores protectores en esta comunidad para el uso de bazuco, entre ellos la competencia social que permite una medida preventiva individual del 13% al igual que los desórdenes siquiátricos con un 9%.

Tabla 3.15. Resultados del DUSI para el consumo de bazuco

Bazuco	ISA no consumo	ISA consumo	ISA total	Diferencia	% RA	% RAP
Problemas de Comportamiento (BP)	38,33	39,58	38,35	1,25	3,16	0,04
Desorden Psiquiátrico (PD)	40,46	37,04	40,42	(3,43)	(9,25)	(0,11)
Competencia Social (SC)	30,03	26,54	29,98	(3,48)	(13,13)	(0,15)
Sistema Familiar (FS)	27,22	26,85	27,21	(0,37)	(1,36)	(0,02)
Desempeño escolar (SP)	17,90	17,17	17,89	(0,72)	(4,22)	(0,05)
Relaciones con los amigos o pares (PR)	25,79	28,33	25,82	2,55	8,99	0,13
Tiempo libre y Recreación (LR)	30,89	31,11	30,90	0,22	0,70	0,01
Uso de sustancias (SU)	6,35	6,06	6,35	(0,29)	(4,83)	(0,06)

El uso con otras sustancias y medidas encaminadas a controlar otra sustancia no tendría sentido y repercusión en la comunidad para esta sustancia.

f. Heroína, tranquilizantes y estimulantes

Los resultados del DUSI para el consumo de heroína, tranquilizantes y estimulantes son muy similares, el riesgo atribuible proporcional alcanza niveles de 40% para heroína y cifras menores para las otras sustancias relacionadas con el desempeño escolar como causa de consumo.

Las políticas en el control pueden estar dirigidas al control de las sustancias donde se reduciría una proporción significativa en el consumo de heroína, tranquilizantes y estimulantes hasta de un 8%.

Para el caso de la marihuana el 90,6% de la población dice no haberla consumido nunca. La prevalencia de vida para esta sustancia es del 9,4%, y la de mes del 2,4% (Tabla 3.6).

Para el caso de la cocaína la prevalencia de vida alcanza el 2,8% mientras que la prevalencia mes sólo el 0,6%. Un 97,2% de la población manifiesta no haberla consumido nunca (Tabla 3.6).

Tabla 3.16. Resultados del DUSI para el consumo de heroína

Heroína	ISA no consumo	ISA consumo	ISA total	Diferencia	% RA	% RAP
Problemas de Comportamiento (BP)	38,20	47,73	38,35	9,53	19,96	0,39
Desorden Psiquiátrico (PD)	40,27	50,00	40,42	9,73	19,46	0,37
Competencia Social (SC)	29,83	39,90	29,98	10,07	25,25	0,52
Sistema Familiar (FS)	27,07	36,36	27,21	9,30	25,56	0,53
Desempeño escolar (SP)	17,69	30,58	17,89	12,89	42,16	1,12
Relaciones con los amigos o pares (PR)	25,57	41,36	25,82	15,79	38,17	0,95
Tiempo libre y Recreación (LR)	30,72	41,82	30,90	11,09	26,53	0,56
Uso de sustancias (SU)	6,23	13,64	6,35	7,40	54,28	1,81

Tabla 3.17. Resultados del DUSI para consumo de tranquilizantes

Tranquilizantes	ISA no consumo	ISA consumo	ISA total	Diferencia	% RA	% RAP
Problemas de Comportamiento (BP)	37,70	54,02	38,35	16,32	30,20	1,68
Desorden Psiquiátrico (PD)	39,74	56,99	40,42	17,26	30,28	1,69
Competencia Social (SC)	29,62	38,89	29,98	9,27	23,84	1,22
Sistema Familiar (FS)	26,72	39,14	27,21	12,42	31,72	1,80
Desempeño escolar (SP)	17,45	28,57	17,89	11,12	38,94	2,46
Relaciones con los amigos o pares (PR)	25,10	43,21	25,82	18,11	41,91	2,77
Tiempo libre y Recreación (LR)	30,40	42,86	30,90	12,45	29,06	1,59
Uso de sustancias (SU)	5,83	18,99	6,35	13,16	69,31	8,20

Tabla 3.18. Resultados del DUSI para consumo de estimulantes

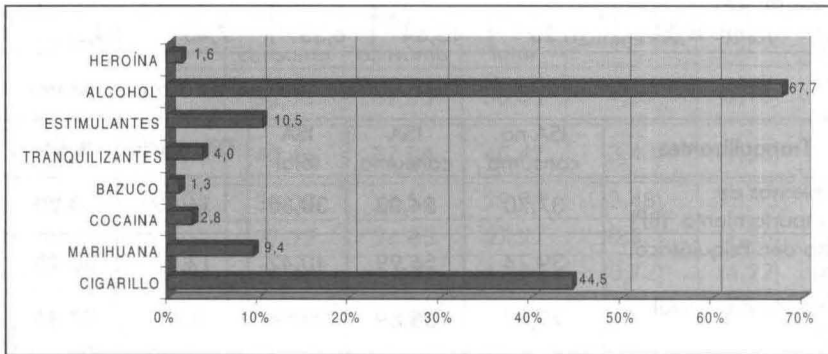
Estimulantes	ISA no consumo	ISA consumo	ISA total	Diferencia	% RA	% RAP
Problemas de Comportamiento (BP)	37,56	45,10	38,35	7,54	16,72	2,06
Desorden Psiquiátrico (PD)	39,79	45,78	40,42	5,98	13,07	1,55
Competencia Social (SC)	29,72	32,21	29,98	2,48	7,71	0,87
Sistema Familiar (FS)	26,87	30,12	27,21	3,25	10,79	1,25
Desempeño escolar (SP)	17,52	21,07	17,89	3,55	16,87	2,08
Relaciones con los amigos o pares (PR)	24,98	33,04	25,82	8,06	24,41	3,26
Tiempo libre y Recreación (LR)	30,72	32,43	30,90	1,71	5,29	0,58
Uso de sustancias (SU)	5,83	10,81	6,35	4,98	46,08	8,20

En cuanto al consumo de bazuco el 98,7% dice no haberla consumido nunca. La prevalencia de vida para esta sustancia es del 1,3%, mientras que la prevalencia mes alcanza el 0,4% (Tabla 3.6).

Para el caso de la heroína la prevalencia de vida es del 1,6% mientras que la prevalencia mes alcanza el 0,8% (Tabla 3.6).

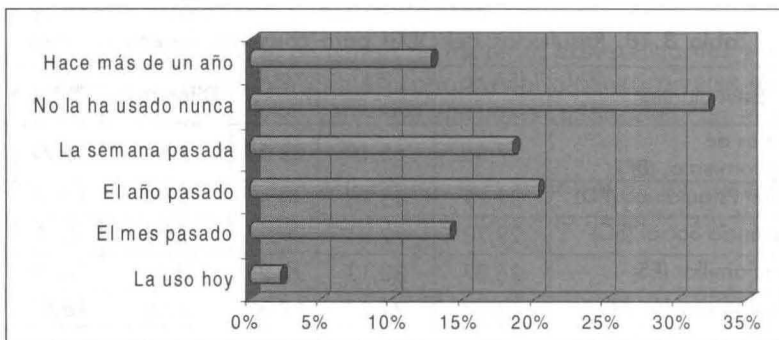
Los tranquilizantes y estimulantes tienen un índice de prevalencia relativamente mayor en comparación con la cocaína y el bazuco, alcanzando una prevalencia de vida del 4% para la primera sustancia y un 10,5% para la segunda. El 96% manifiesta no haber consumido nunca tranquilizantes, mientras que el 89,5% afirma lo mismo para los estimulantes. La prevalencia mes es del 1,8% y 1,4% respectivamente (Ver Tabla 3.6 y Gráfica 3.10).

Gráfica 3.10. Comparativo de prevalencias de vida de consumo de sustancias psicoactivas



La sustancia con un mayor índice de consumo es el alcohol con una prevalencia de vida del 67,7% y una prevalencia mes del 34,7%. Sólo 32,3% de la población manifestó no haberla consumido nunca (ver Gráfica 3.11). Sorprende que el 2,2% haya manifestado haberla consumido el día de aplicación de la encuesta.

Gráfica 3.11. Índice de consumo de alcohol



Las distintas prevalencias de vida, referidas anteriormente, muestran que la principal sustancia psicoactiva de consumo es el alcohol con el 67,7%, seguido por el cigarrillo con el 44,5% y los estimulantes con el 10,5%.

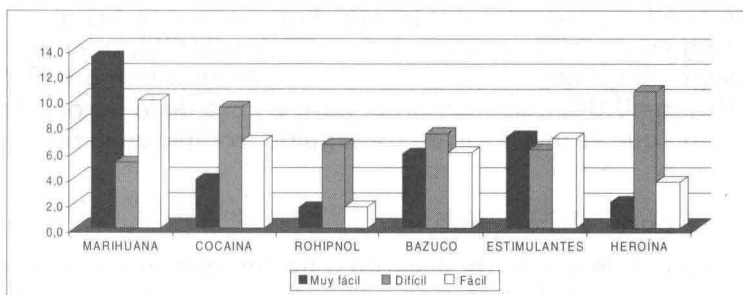
El consumo de alcohol hasta la embriaguez alcanza una prevalencia de vida del 38,4%, siendo una cifra relativamente alta si consideramos el total de la población que consume alcohol.

El 48,5% de la población indicó que inició el consumo con el alcohol. Un porcentaje del 15,2 dijo haberlo hecho con el cigarrillo, mientras que el 33,1% manifestó no haber consumido ninguna sustancia.

3.1.5. Consecución de sustancias

Dentro de las sustancias encuestadas por fácil o difícil consecución se encontró que la marihuana es la sustancia que se percibe de más fácil acceso (13,3%), seguida por los estimulantes (7,1%) y el bazuco (5,9%), lo que se correlaciona con los índices de consumo para la población para las dos primeras sustancias. Las de más difícil acceso percibido son la heroína con el 10,7% y la cocaína con el 9,5% (ver gráfica 3.12).

Gráfica 3.12. Acceso percibido a la sustancia



En la Tabla 3.19 se describe la relación existente entre qué tan fácil es conseguir las siguientes sustancias y el género; se encuentra suficiente evidencia estadística como para afirmar que los hombres consideran que es muy fácil conseguir marihuana

Tabla 3.19 ¿Qué tan fácil es conseguir las siguientes sustancias?

		Sexo			
		Hombre		Mujer	
		Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Marihuana p=0,002	Muy fácil	93	14,4	96	12,5
	Difícil	44	6,8	29	3,8
	No sabe	433	67	580	75,3
	Fácil	76	11,8	65	8,4
Cocaína p=0,002	Muy fácil	28	4,3	27	3,5
	Difícil	81	12,5	53	6,9
	No sabe	492	76,2	639	83
	Fácil	45	7	51	6,6
Benzodiazepinas p=0,007	Muy fácil	14	2,2	9	1,2
	Difícil	56	8,7	37	4,8
	No sabe	563	87,2	713	92,6
	Fácil	13	2	11	1,4
Bazuco p=0,000	Muy fácil	43	6,7	40	5,2
	Difícil	65	10,1	40	5,2
	No sabe	491	76	653	84,8

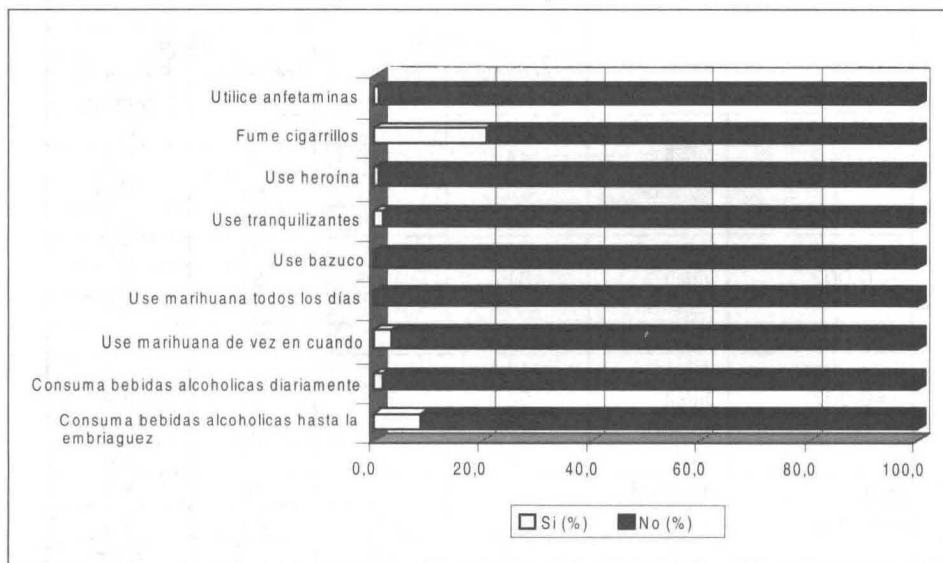
con 14,4% comparado con un 12,5% ($p=0,002$); el que sea fácil conseguir marihuana en los hombres es 11,8% y en las mujeres 8,4% ($p=0,002$); sin embargo, el 6,8% de hombres, comparado con el 3,8% de las mujeres consideran que es difícil conseguir marihuana ($p=0,002$). Para el caso de la cocaína los hombres consideran con más frecuencia que las mujeres que es muy fácil conseguirla: 4,3% comparado con 3,5% ($p=0,002$); además, considerar fácil de conseguir la cocaína es más frecuente en el hombre (7%) que en las mujeres (6,6%) ($p=0,002$), pero considerar que es difícil de conseguir es más frecuente en los hombres con 12,5% que en las mujeres con 6,9% ($p=0,002$).

Los hombres consideran con más frecuencia que las benzodiazepinas son muy fáciles de conseguir: 2,2% comparado con 1,2% ($p=0,007$); además, considerar que es fácil de conseguir es más frecuente en los hombres con 2,0% comparado con las mujeres con un 1,4% ($p=0,007$). El bazuco se considera muy fácil de conseguir: 6,7% en los hombres y 5,2% en mujeres ($p=0$), fácil de conseguir en los hombres 7,3% comparado con las mujeres 4,8% ($p=0$). Respecto de los estimulantes, los hombres consideran con más frecuencia que las mujeres que es muy fácil conseguirlos: 7,3% comparado con 7% ($p=0,002$); además considerar difícil de conseguir los estimulantes es más frecuente en el hombre (8,7%) que en las mujeres (4%) ($p=0,002$). Sin embargo, para el caso de la heroína las mujeres (2,3%) consideran que es muy fácil de conseguirla, comparadas con los hombres (1,9%) ($p=0$).

3.1.6. Motivos para el consumo

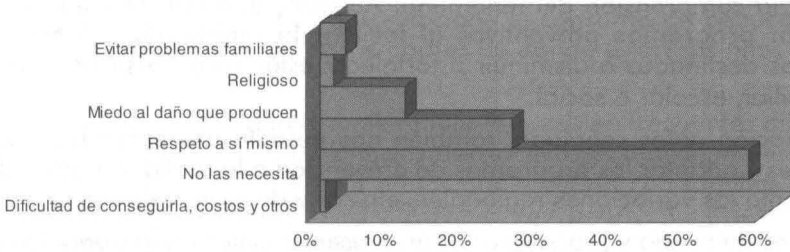
Frente a la pregunta de si está de acuerdo o no con que su mejor amigo o hermano consuma algún tipo de sustancia psicoactiva, el mayor índice de permisividad se da para el consumo de cigarrillo con el 20,6%, seguido por el consumo de bebidas alcohólicas hasta la embriaguez (8,8%) y el uso de marihuana de vez en cuando (3,3%).

Gráfica 3.13. Permisividad de los jóvenes al consumo PSA



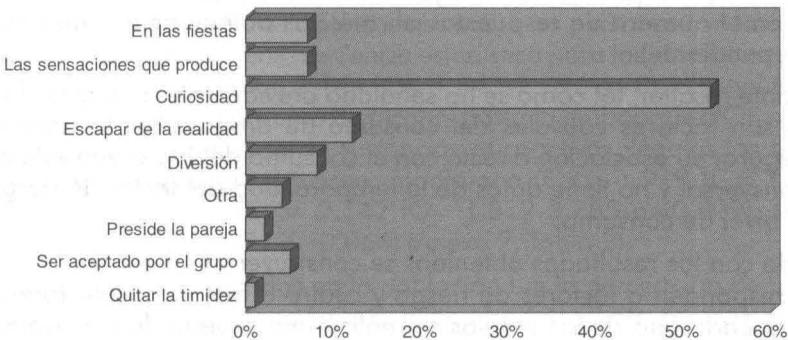
Según el cuestionario el principal motivo para no consumir sustancias diferentes a alcohol y cigarrillos es que no las necesita (50,8%) seguido por el respeto a sí mismo (22,9%) y el miedo al daño que producen (10%).

Gráfica 3.14. Motivos de los jóvenes para no consumo de PSA



En cuanto al principal motivo para iniciar el consumo el 3,7% afirmó que la curiosidad. Sólo un 0,8% inició su consumo por escapar de la realidad y un 0,6% por diversión.

Gráfica 3.15. Motivos de los jóvenes para iniciar el consumo



En cuanto al principal motivo para dejar el consumo el 2,1% afirmó que por respeto a sí mismo. Otros motivos tienen un porcentaje relativamente similar.

3.1.7. Factores asociados al consumo

3.1.7.1. Prevalencia del consumo de drogas y su relación con factores de riesgo y con factores protectores

Investigaciones realizadas en los últimos años han tratado de identificar factores a nivel personal, familiar, escolar o del medio ambiente que estimulan, retardan o

frenan el uso de diversas drogas. La importancia de esto estriba en que la presencia de estos factores pudiera explicar la diferencia entre los estudiantes que usan drogas y los que no lo hacen. Los factores con mayor potencial para facilitar el consumo de drogas se denominan *factores de riesgo* y los relacionados con la reducción del mismo se llaman *factores protectores*.

La identificación de los factores de riesgo y protectores nos permiten una aproximación a la comprensión del fenómeno. Además, aportan información útil para desarrollar programas preventivos al facilitar la realización de acciones más focalizadas destinadas a disminuir o fortalecer estas características a nivel individual, familiar, escolar o social.

La información antes señalada, también nos permite identificar los grupos más vulnerables y adaptar los programas de prevención a la realidad nacional, tomando en cuenta las variaciones regionales, étnicas y de edad existentes.

Los factores de riesgo y protectores están presentes antes de la aparición del fenómeno y son sólo indicadores de una mayor probabilidad de desarrollar o no el consumo de drogas. En realidad, no son predictores individuales sino que más bien se refieren a la probabilidad de ocurrencia o no de este problema en un grupo de personas.

En este estudio, la búsqueda de estos factores de riesgo o de protección se realizó a través de un análisis factorial de las preguntas número 1 a la 152 del cuestionario, el cual permite detectar las preguntas que se agrupaban entre sí para formar un constructo. Estos constructos sirven para construir escalas específicas de la población estudiada y para establecer el comportamiento de las prevalencias de consumo de las principales drogas estudiadas (variables dependientes) en relación con el número de respuestas afirmativas obtenidas en cada escala (variable independiente).

Es importante resaltar, tal como se ha señalado previamente, que estos factores de riesgo no son factores causales del consumo de drogas. Por lo anterior, no se puede asegurar su asociación directa con el consumo debido a que este estudio es de tipo transversal y no tiene datos de la temporalidad del factor de riesgo o protector y el nivel de consumo.

De acuerdo con los resultados obtenidos se construyeron 13 escalas, de las cuales nueve corresponden a factores de riesgo y cuatro a factores protectores. A continuación, en cada una de las escalas se realizó una prueba de confiabilidad para medir como los ítemes se agrupaban entre sí. En todas las escalas, este coeficiente fue superior a 60%, lo que demostró que estaban relacionados entre ellos en forma adecuada.

Para simplificar el análisis y la lectura de los datos, tanto de los factores de riesgo como protectores, la muestra fue dividida en tres partes: tercio inferior, medio y superior, con relación al número de respuestas, y luego se realizó el análisis de las prevalencias de vida de las distintas drogas en cada tercio.

3.1.7.2. Factores de riesgo asociados al consumo

3.1.7.2.1. Familia y Consumo de sustancias

Un factor de riesgo muy relevante para el consumo de sustancias psicoactivas, tanto legales como ilegales, en la población estudiada fue el desconocimiento que

tienen los padres de dónde se encuentran sus hijos, y con suficiente evidencia estadística para los casos de consumo de sustancias legales aparecen: cigarrillo (OR= 3,514 IC= 2,759-4,475 p=0), alcohol (OR= 2,573 IC= 1,949-3,396 p=0), alcohol hasta la embriaguez (OR= 3,119 IC= 2,46-3,955 p=0). Para el caso de sustancias psicoactivas ilegales marihuana, (OR= 2,686 IC= 1,718-4,199 p=0), cocaína (OR= 2,963 IC= 1,562-5,622 p=0), tranquilizantes (OR= 2,976 IC= 1,731-5,098 P=0), estimulantes (OR= 1,624 IC= 1,141-2,311 p=0,005), no existe suficiente evidencia estadística que relacione el consumo de bazuco y heroína con el desconocimiento que tienen los padres de donde están sus hijos (ver Anexo 2, Tabla 2).

En las familias en donde el adolescente refiere que existen frecuentes discusiones y peleas el riesgo de consumo de sustancias psicoactivas es mayor, el riesgo de consumo de alcohol es tres veces mayor en los adolescentes con familias que tienen discusiones frecuentes (OR= 3,09 IC= 2,395-3,987 p=0), y el riesgo del consumo de alcohol hasta la embriaguez es 2,4 veces mayor (OR= 2,408 IC= 1,93-3,004 p=0); para el caso del cigarrillo el riesgo fue de 2,542 veces mayor (OR= 2,542 IC= 2,042-3,16 p=0). Para sustancias ilegales el riesgo fue mayor y con suficiente evidencia estadística para marihuana (OR= 2,822 IC=1,784-4,462 p=0), tranquilizantes (OR= 2,347 IC= 1,363-4,041 p=0,001), estimulantes (OR= 2,131 IC=1,511-3,005 p=0,000); para las otras sustancias no existió suficiente evidencia estadística. Además si el adolescente refiere que sus padres o acudientes discuten mucho entre sí, el riesgo aumenta para el consumo de sustancias psicoactivas legales como el cigarrillo (OR= 1,789 IC= 1,408-2,274 p=0), alcohol (OR= 1,797 IC= 1,368-2,36 p=0) y consumo de alcohol hasta la embriaguez (OR= 1,571 IC= 1,235-1,998 p=0) (Anexo 2, Tabla 2).

El descontento manifiesto de los adolescentes sobre las personas con las que viven es un factor de riesgo con suficiente evidencia estadística para las sustancias psicoactivas legales como el cigarrillo (OR= 2,144 IC= 1,643-2,796 p=0), alcohol (OR= 1,993 IC= 1,462-2,718 p=0) y consumo de alcohol hasta la embriaguez (OR= 2,096 IC= 1,61-2,729 p=0). Para el caso de sustancias psicoactivas ilegales las que tuvieron suficiente evidencia estadística fueron: marihuana (OR= 1,919 IC= 1,183-3,112 p=0,007), tranquilizantes (OR= 2,142 IC= 1,212-3,785 p=0,009), estimulantes (OR= 1,392 IC=0,935-2,071 p=0,066) (Anexo 2, Tabla 2).

Otra de las variables estudiadas en la población fue la percepción de peligrosidad dentro del hogar; esta percepción que tiene el adolescente se presenta como un factor de riesgo para sustancias psicoactivas legales e ilegales así: cigarrillo (OR= 1,631 IC= 1,091-2,438 p=0,011) marihuana (OR= 2,037 IC= 1,044-3,975 p=0,036), tranquilizantes (OR=3,33 IC=1,667-6,653 p=0,002), estimulantes (OR=1,246 IC= 0,678-2,287 p=0,285), alcohol (OR=1,551 IC=0,995-2,468 p=0,037) y el consumo de alcohol hasta la embriaguez (OR=1,533 IC=1,027-2,289 p=0,024). El bazuco, la cocaína y la heroína no suministraron la suficiente evidencia estadística (Anexo 2, Tabla 2).

El consumo de sustancias psicoactivas legales tiene un mayor riesgo en los adolescentes encuestados cuando refieren que sus padres o acudientes no pasan la mayor parte del tiempo en casa: cigarrillo (OR=1,534 IC=1,234-1,906 p=0), alcohol (OR=1,88 IC=1,476-2,394 p=0), el consumo de alcohol hasta la embriaguez (OR=1,48 IC=1,188-1,846 p=0); para el caso de las sustancias ilegales tan solo para los tranquilizantes (OR=2,337 IC=1,361-4,014 p=0,002) y

heroína (OR=2,481 IC=1,053-5,844 p=0,029), tuvieron suficiente evidencia estadística (Anexo 2, Tabla 2).

Los comportamientos dentro de la familia no solo se presentan como factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas sino, por el contrario, en el caso de los adolescentes que refieren realizar casi siempre actividades con su familia fue este un factor protector para el consumo de sustancias psicoactivas, tanto legales como ilegales: cigarrillo (OR= 0,535 IC= 0,422-0,680 p=0), marihuana (OR= 0,554 IC=0,35-0,877 p=0,009), tranquilizantes (OR=0,431 IC=0,251-0,741 p=0,002), estimulantes (OR=0,593 IC=0,414-0,847 p=0,003), alcohol (OR=0,545 IC=0,416-0,715 p=0) y consumo de alcohol hasta la embriaguez (OR=0,622 IC=0,490-0,790 p=0). Otro de los factores protectores que se presentan para el consumo de sustancias es la convivencia en una familia nuclear durante su infancia: para el caso del cigarrillo con un OR=0,662 (IC= 0,523-0,838, p=0), marihuana con un OR=0,597 (IC 0,377-0,947, p=0,021), y tranquilizantes con OR 0,325 (IC= 0,190-0,557, p= 0) (Tabla 3.20). Además la vivencia actual con una familia nuclear es un factor protector para el consumo de cigarrillo (OR 0,808 IC 0,647-1,008, p=0,062) y tranquilizantes (OR= 0,49 IC= 0,286-0,837, p=0,007).

Tabla 3.20. Riesgo para el consumo de SPA en adolescentes que vivieron en una familia nuclear en su infancia.

Vivió en una familia nuclear en su infancia			
	OR	IC	P
Cigarrillo	0,662	0,523-0,838	0,000
Marihuana	0,597	0,377-0,947	0,021
Cocaína	1,705	0,746-3,895	0,135
Bazuco	0,733	0,273-1,967	0,35
Tranquilizantes	0,325	0,190-0,557	0,000
Estimulantes	1,117	0,755-1,653	0,328
Alcohol	0,751	0,580-0,973	0,017
Embriaguez	0,791	0,623-1,004	0,056
Heroína	0,981	0,381-2,527	0,566

3.1.7.2.2. Rendimiento escolar y Consumo de sustancias

Los adolescentes que refieren faltar frecuentemente al colegio (más de dos días al mes) tienen mayor riesgo de consumo de sustancias legales como cigarrillo (OR=2,426 IC=1,863-3,159 p=0), alcohol (OR=1,881 IC=1,391-2,543 p=0) y consumo de alcohol hasta la embriaguez (OR=2,157 IC=1,663-2,799 p=0), con suficiente evidencia estadística. Para el riesgo de consumo de sustancias ilegales marihuana (OR=3,038 IC=1,925-4,795 p=0), cocaína (OR=2,763 IC=1,44-5,3 p=0,003) y heroína (OR=3,271 IC=1,399-7,649 p=0,007); el resto de sustancias no tenían suficiente evidencia estadística; además, el llegar con frecuencia tarde a las clases es un factor de riesgo con suficientes evidencias estadísticas para el consumo de todas las sustancias legales evaluadas: cigarrillo (OR=2,245 IC=1,757-2,868 p=0), alcohol (OR=2,803 IC= 2,074-3,787 p=0) y consumo de alcohol

hasta la embriaguez (OR=2,566 IC=2,007-3,279 p=0), y con suficiente evidencia estadística para drogas ilegales solo en el caso de marihuana (OR=2,567 IC=1,636-4,03 p=0).

En los adolescentes en los que sus calificaciones académicas presentan un deterioro éstas se presentan como un factor de riesgo para el consumo de cada sustancia así: cigarrillo (OR=1,787 IC=1,374-2,325 p=0), marihuana (OR=2,57 IC=1,613-4,093 p=0), cocaína (OR=3,243 IC=1,698-6,192 p=0,001), tranquilizantes (OR=2,142 IC=1,212-3,785 p=0,009), estimulantes (OR=1,509 IC=1,020-2,233 p=0,027), alcohol (OR=2,151 IC=1,570-2,948 p=0), consumo de alcohol hasta la embriaguez (OR=1,781 IC=1,369-2,318 p=0).

El antecedente de que el estudiante haya sido expulsado del colegio anteriormente se presenta como un factor de riesgo para todas las sustancias psicoactivas de carácter legal así: cigarrillo (OR=3,639 IC=2,414-5,484 p=0), alcohol (OR=3,461 IC=2,022-5,927 p=0) y consumo de alcohol hasta la embriaguez (OR=3,597 IC=2,431-5,323 p=0). Para el caso de las sustancias psicoactivas que tienen suficiente evidencia estadística fueron: marihuana (OR=4,727 IC=2,804-7,957 p=0), cocaína (OR=3,857 IC=1,833-8,117 p=0,001), tranquilizantes (OR=3,069 IC=1,575-5,98, p=0,002), heroína (OR=5,141 IC=2,055-12,863 p=0,002).

Las salidas sin permiso en días de colegio aumentan el riesgo de consumo de las siguientes sustancias: cigarrillo (OR=5,147 IC=3,652-7,253 p=0), marihuana (OR=8,155 IC=5,141-12,935 p=0), cocaína (OR=4,346 IC=2,255-8,376 p=0), tranquilizantes (OR=2,463 IC=1,352-4,487 p=0,004), estimulantes (OR=1,734 IC=1,136-2,647 p=0,009), alcohol (OR=9,404 IC=5,189-17,044 p=0), consumo de alcohol hasta la embriaguez (OR=5,707 IC=4,098-7,949 p=0) y heroína (OR=6,149 IC=2,630-14,376 p=0).

3.1.7.2.3. Relación entre amigos y Consumo de sustancias

Si el adolescente refiere que sus amigos han usado alcohol o drogas, su riesgo de consumo aumenta para las siguientes sustancias con suficiente evidencia estadística: cigarrillo (OR=3,37 IC=2,658-4,273 p=0), marihuana (OR=6,398 IC=3,922-10,438 p=0), cocaína (OR=2,771 IC=1,461-5,255 p=0,002), tranquilizantes (OR=2,779 IC=1,623-4,759 p=0), estimulantes (OR=1,885 IC=1,332-2,667 p=0), alcohol (OR=4,138 IC=3,062-5,592 p=0), consumo de alcohol hasta la embriaguez (OR=3,981 IC=3,136-5,052 p=0). Además si se tiene un amigo que regala o vende sustancias psicoactivas, el riesgo según las sustancias que tenían suficiente evidencia estadística fue para cada una de las sustancias así: cigarrillo (OR=3,368 IC=2,159-5,255 p=0), marihuana (OR=8,787 IC=5,263-14,670 p=0), cocaína (OR=4,19 IC=1,932-9,089 p=0,001), tranquilizantes (OR=2,639 IC=1,254-5,553 p=0,015), estimulantes (OR=1,829 IC=1,054-3,175 p=0,028), alcohol (OR=2,311 IC=1,371-3,896 p=0,001), consumo de alcohol hasta la embriaguez (OR=3,462 IC=2,257-5,310 p=0), heroína (OR=3,977 IC=1,436-11,011 p=0,017).

Si el adolescente refiere que alguno de sus amigos ha tenido problema con las autoridades, se encontraron aumentados los factores de riesgo para las sustancias así: cigarrillo (OR=3,173 IC=2,44-4,126 p=0), marihuana (OR=5,425 IC=3,439-8,556 p=0), cocaína (OR=3,09 IC=1,625-5,875 p=0,001), tranquilizantes (OR=2,527 IC=1,461-4,371 p=0,001), estimulantes (OR=1,913 IC=1,326-2,759 p=0,001), alcohol (OR=3,519 IC=2,516-4,923 p=0), consumo de alcohol hasta la embriaguez (OR=3,317 IC=2,561-4,296 p=0).

Que el adolescente tenga amigos mayores en edad es un factor de riesgo con suficiente evidencia estadística para sustancias psicoactivas de carácter legal: cigarrillo (OR=1,809 IC=1,462-2,238 p=0), alcohol (OR=1,812 IC=1,447-2,270 p=0), consumo de alcohol hasta la embriaguez (OR=1,704 IC=1,370-2,118 p=0) y solamente se tiene suficiente evidencia estadística para la marihuana (OR=2,395 IC=1,463-3,919 p=0) como sustancia ilegal.

Si el adolescente ha pertenecido a una pandilla, el riesgo de consumo de sustancias psicoactivas legales es alto: cigarrillo (OR=4,415 IC=2,731-7,139 p=0), alcohol (OR=5,742 IC=2,76-11,942 p=0) y consumo de alcohol hasta la embriaguez (OR=4,622 IC=2,923-7,307 p=0); para el caso de las sustancias psicoactivas ilegales solo tres de ellas presentaban suficiente evidencia estadística: marihuana (OR=6,049 IC=3,524-10,383 p=0), cocaína (OR=3,735 IC=1,667-8,365 p=0,004) y tranquilizantes (OR=2,38 IC=1,092-5,186 p=0,033).

Consumo de sustancia y su relación con la prevalencia de otras

El usar marihuana o cocaína aumenta el riesgo de consumo de sustancias psicoactivas más fuertes, con suficiente evidencia estadística para bazuco (OR=3,528 IC=1,002-12,453 p=0,059), tranquilizantes (OR=3,583 IC=1,687-7,609 p=0,003) y heroína (OR= 3,964 IC=1,308-12,009 p=0,029), y además el riesgo de consumo de alcohol (OR=2,483 IC=1,354-4,553 p=0,001) y el riesgo de consumo de alcohol hasta la embriaguez (OR=2,716 IC=1,699-4,343 p=0).

3.1.7.2.4. Relación entre tipo de colegio y consecución de sustancias

En cuanto a la relación existente entre conseguir las sustancias psicoactivas y el tipo de colegio en el que estudia el adolescente, se encuentra suficiente evidencia estadística como para afirmar que en los colegios privados consideran que es muy fácil conseguir marihuana con 16,7% comparado con un 11% de los colegios públicos (p=0,000); el que sea fácil conseguirla en los colegios privados es 12,1% comparado con los públicos con un 8,4% (p=0,000); también fue mayor en los colegios privados con 6% comparado con 4,6% en los colegios públicos; consideran que es difícil conseguir marihuana (p=0,000). Para el caso de la cocaína los colegios privados consideran con más frecuencia que los colegios públicos que es muy fácil conseguirla con 4,9% comparado con 3,1% (p=0,001); también considerar fácil de conseguir la cocaína es más frecuente en los colegios privados 8,5% y en los colegios públicos 5,5% (p=0,001), pero considerar que es difícil de conseguir es más frecuente en los colegios privados con 11,8% y 7,8% en colegios públicos (p=0,001).

Para el bazuco en los colegios privados fue más frecuente considerar que esta sustancia era de muy fácil consecución comparado con los colegios públicos con un 7,5% y 4,7% respectivamente (p=0,004); el considerar que es difícil de conseguir es también más frecuente en los colegios privados con 9,3% comparado con 6,1% (p=0). Respecto de los estimulantes, en los colegios privados consideran con más frecuencia que los colegios públicos que es muy fácil conseguirlos: 10,4% comparado con 4,8% (p=0); además, considerar difícil de conseguir los estimulantes es más frecuente en colegios privados 7,3% que en los colegios públicos 5,3% (p=0). En el caso de la heroína, considerarla muy fácil de conseguir es más frecuente en los colegios privados que en los colegios públicos, así: 2,6 y 1,8% (p=0).

Tabla 3.21. Tipo de colegio y consecución de sustancias

		Tipo de colegio			
		Público		Privado	
		Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Marihuana	Muy fácil	91	11,0	98	16,7
$p=0$	Difícil	38	4,6	35	6,0
	No sabe	631	76,0	382	65,2
	Fácil	70	8,4	71	12,1
Cocaína	Muy fácil	26	3,1	29	4,9
$p=0,001$	Difícil	65	7,8	69	11,8
	No sabe	693	83,5	438	74,7
	Fácil	46	5,5	50	8,5
Benzodiazepinas	Muy fácil	13	1,6	10	1,7
$p= 0,833$	Difícil	51	6,1	42	7,2
	No sabe	753	90,7	523	89,2
	Fácil	13	1,6	11	1,9
Bazuco (base de coca)	Muy fácil	39	4,7	44	7,5
$p=0,004$	Difícil	51	6,1	54	9,2
	No sabe	697	84,0	447	76,3
	Fácil	43	5,2	41	7,0
Estimulantes	Muy fácil	40	4,8	61	10,4
$p=0$	Difícil	44	5,3	43	7,3
	No sabe	700	84,3	429	73,2
	Fácil	46	5,5	53	9,0
Heroína	Muy fácil	15	1,8	15	2,6
$p=0$	Difícil	65	7,8	86	14,7
	No sabe	725	87,3	459	78,3
	Fácil	25	3,0	26	4,4

3.1.7.2.5. Relación entre nivel de estudios y consecución de sustancias

En relación con el nivel en que se encuentra el adolescente con respecto a la percepción de facilidad de consecución de sustancias psicoactivas se encuentra suficiente evidencia estadística como para afirmar que a medida que aumenta de nivel el adolescente empieza a considerar muy fácil la consecución de marihuana ($p=0$), cocaína ($p=0$), bazuco ($p=0$) y estimulantes ($p=0$) (Ver Tabla 3.22).

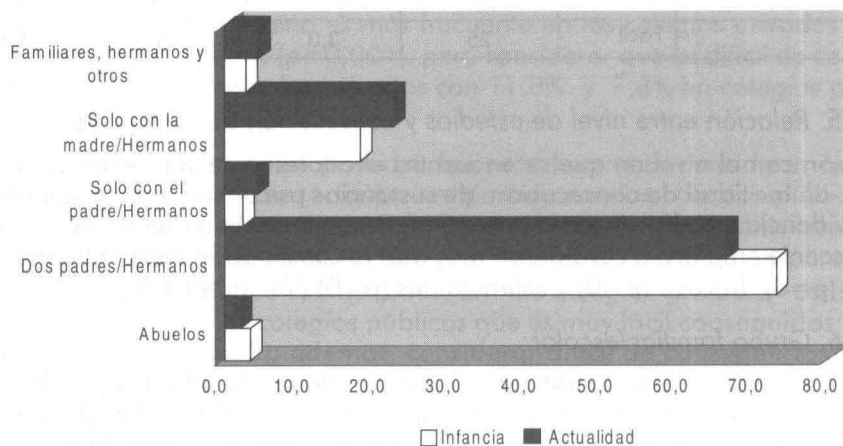
3.1.7.2.6. Grupo familiar/escolar

Los datos referidos a grupos familiares conformados en la infancia y en la actualidad muestran un claro descenso en la familia biparental (del 73,1% al 66,5%) y un aumento en la familia monoparental materna (del 18% al 22,5%). El cambio proporcional es estadísticamente significativo $p < 0,01$ (Ver gráfica 3.16).

Tabla 3.22. Nivel de estudios y consecución de sustancias

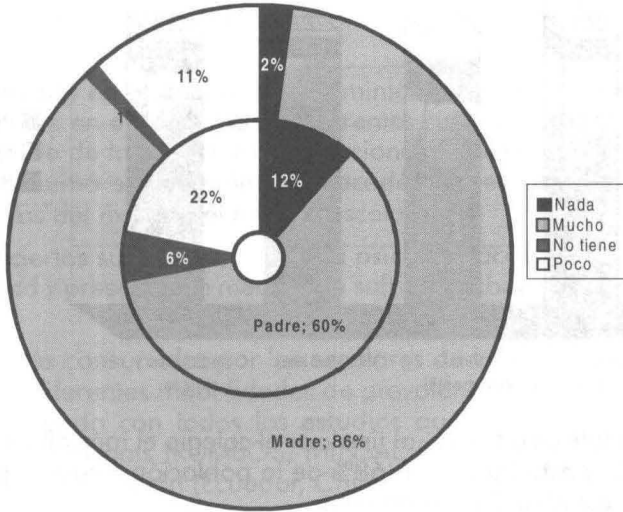
		Nivel					
		I		II		III	
		Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Marihuana p=0	Muy fácil	29	7,3	51	11,2	109	19,5
	Difícil	15	3,8	34	7,5	24	4,3
	No sabe	342	85,5	325	71,3	346	61,8
	Fácil	14	3,5	46	10,1	81	14,5
Cocaína p=0	Muy fácil	11	2,8	15	3,3	29	5,2
	Difícil	20	5,0	50	11,0	64	11,4
	No sabe	359	89,8	361	79,2	411	73,4
	Fácil	10	2,5	30	6,6	56	10,0
Benzodiazepinas p=0	Muy fácil	6	1,5	9	2,0	8	1,4
	Difícil	10	2,5	37	8,1	46	8,2
	No sabe	381	95,3	403	88,4	492	87,9
	Fácil	3	0,8	7	1,5	14	2,5
Bazuco (base de coca) p=0	Muy fácil	12	3,0	22	4,8	49	8,8
	Difícil	18	4,5	44	9,6	43	7,7
	No sabe	366	91,5	359	78,7	419	74,8
	Fácil	4	1,0	31	6,8	49	8,8
Estimulantes p=0	Muy fácil	19	4,8	25	5,5	57	10,2
	Difícil	11	2,8	40	8,8	36	6,4
	No sabe	359	89,8	361	79,2	409	73,0
	Fácil	11	2,8	30	6,6	58	10,4
Heroína p=0	Muy fácil	8	2,0	8	1,8	14	2,5
	Difícil	21	5,3	55	12,1	75	13,4
	No sabe	368	92,0	373	81,8	443	79,1
	Fácil	3	0,8	20	4,4	28	5,0

Gráfica 3.16. Gráfica comparativa de grupo familiar infancia versus adolescencia



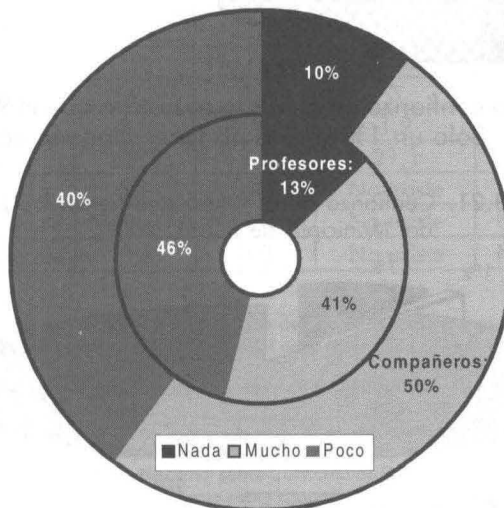
Los datos de apoyo paterno frente al materno muestran una clara diferencia entre el mayor apoyo de la madre (86%) y el apoyo percibido por el padre (60%). Una proporción similar se percibe entre el poco apoyo paterno (22%) y el poco apoyo materno (11%).

Gráfica 3.17. Comparación del apoyo de padre y madre percibido por los jóvenes del Municipio de Funza, 2007



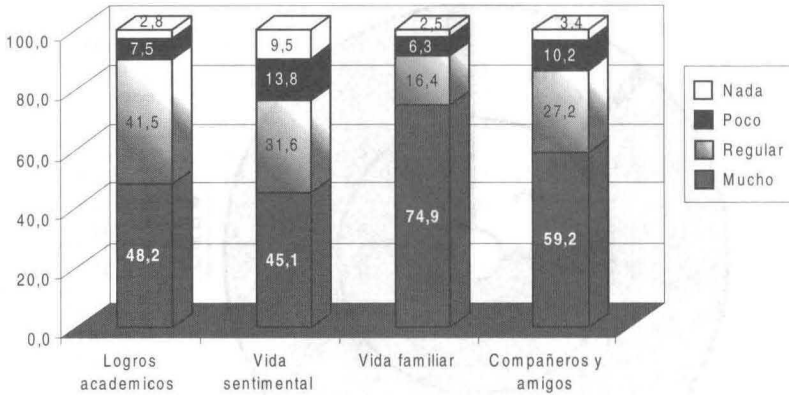
En cuanto a la comparación entre el apoyo del profesor y compañeros, los estudiantes de básica secundaria perciben un apoyo relativamente mayor de los compañeros (50%) frente al apoyo de los maestros (41%).

Gráfica 3.18. Comparación del apoyo de compañeros y docentes percibido por los jóvenes del Municipio Funza, 2007



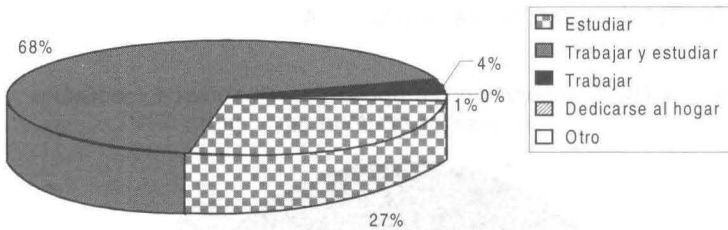
Los datos referidos a satisfacción académica, sentimental, familiar y de pares muestran que el 74,9% de los encuestados presentan mucha satisfacción con su vida familiar, en comparación con las otras variables. El mayor índice de poca o nula satisfacción se da para la vida sentimental con el 13,8% y 9,5% respectivamente. La satisfacción con los logros académicos sólo alcanza el 48,2% de la población.

Gráfica 3.19. Satisfacción académica, sentimental, familiar y de pares



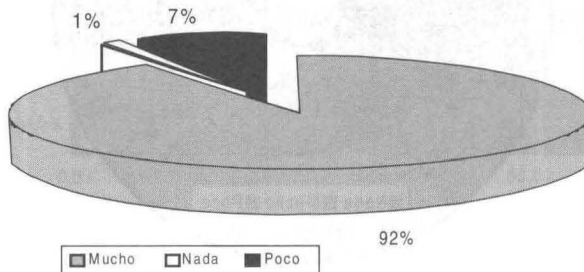
En cuanto a expectativas a futuro, al finalizar el colegio el más alto índice se encontró para el trabajo y estudio con un 68% de la población, seguido por el 27% que espera continuar estudiando únicamente.

Gráfica 3.20. Expectativas a futuro, que tienen los jóvenes del Municipio de Funza, 2007



Los datos referidos a la confianza en el futuro muestran que el 92% de la población parece confiar mucho. Sólo un 1% afirma no tener ninguna confianza.

Gráfica 3.21. Confianza en el futuro que tienen los jóvenes del Municipio de Funza, 2007



3.1.8 Discusión de resultados

Hay una asociación significativa entre el riesgo de consumo y la protección y el grado de instrucción; es decir, a mayor grado de instrucción mayor riesgo de consumo y a menor grado de instrucción mayor protección. Este hallazgo supone una relación con la edad, afirmando mayor consumo en la adolescencia, correlacionado con estudios de Gómez (1995) que refiere: "un periodo típicamente de riesgo en el que el consumo de drogas tiene su origen en edades relativamente tempranas"; en la adolescencia hay un sentimiento de vulnerabilidad frente a los problemas.

Según lo encontrado en el análisis por dominios el desempeño escolar resulta un factor determinante en el consumo de diferentes sustancias; Jessor y Jessor (1977) afirman que dentro de la estructura motivacional el sujeto estará en riesgo de una conducta de consumo si el rendimiento académico es poco valorado o si tiene bajas expectativas del éxito en el mundo escolar.

El consumo de ciertas sustancias, como los psicofármacos, tienen que ver con mayor disponibilidad y prescripción médica sin sufrir el rechazo de la sociedad (Ivelisse, 2000).

Las sustancias más consumidas por los escolares de la muestra son el alcohol y el cigarrillo, en sus diferentes modalidades de prevalencias: de vida, anual, mensual, semanal, coincidiendo con todos los estudios que se hayan realizado en estas muestras, tanto en el país (RUMBOS, MINSALUD) como en los escolares de los diferentes países de la región (Ecuador, Chile, Perú, Panamá, etc.).

Tabla 3.23. Comparativo de las prevalencias de vida de poblaciones escolares en algunos países (*)

Sustancias	Perú 1992 (1)	Chile 1997 (2)	Panamá 1996 (3)	Guatemala 1998 (4)	Ecuador 1996 (5)	España 2000 (6)
Alcohol	57,4	72,4	47,2	37,1	76,4	76,0
Anfetaminas	No existe	3,7	No existe	2,4	No existe	No existe
Cocaína	0,5	2,7	0,97	2,2	1	5,4
Pastillas	1,1	13,2	7,15	3,8	7,5	6,8
Alucinógenos	0,2	1,3	No existe	No existe	No existe	5,2
Marihuana	2,5	14,5	0,7	3	4,1	31,2
Inhalantes	3,4	3,0	2,27	1,9	0,9	4,1
Tabaco	43,7	63,1	12,85	21,1	51,6	34,4
PBC	1,0	3,7	0,42	No existe	1	No existe
Éxtasis	No existe	No existe	No existe	No existe	No existe	5,7
Heroína	No existe	0,6	0,5	No existe	No existe	No existe

(*) Elaborado por Vallejos (2002).

(1) Ministerio de Educación (1992): Conocimiento y Uso de drogas en los Colegios de Secundaria, Lima-Perú.

(2) Ministerio de Educación (1997): Estudio Nacional del Consumo de Drogas en la Población Escolar de Chile, CONACE.

(3) Ministerio de Educación (1994): Estudio del Consumo de Drogas en Escolares de Secundaria, República de Panamá.

(4) Díaz, J., et al. (1998): Encuesta Nacional de DUSI en población adolescente del nivel básico y diversificado de educación, SECCATID - John Hopkins University, Guatemala.

(5) CONSEP (1996): Segunda Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas 1995-1996, Ecuador. (6) Plan Nacional Contra las Drogas (2000): "Encuesta sobre drogas a Poblaciones Escolares", DGPNSD, Observatorio Español sobre drogas.

El consumo de sustancias psicoactivas es un problema de suma importancia para la salud pública ya que conduce generalmente a alteraciones comportamentales, aumento de la violencia, suicidio, alteraciones en la salud mental y un bajo rendimiento académico y laboral en los jóvenes consumidores (Hanson et al., 2006; Osorio-Rebolledo, Ortega, & Pillon, 2004; Swahn & Donovan, 2004).

Para el caso de Latinoamérica, el consumo de alcohol alcanza la más alta tasa de prevalencia de último mes en la población adolescente colombiana, con un 51,9%, seguido por Uruguay con un 50,1%. En Colombia y Brasil el uso de alcohol en estudiantes es más precoz con relación a los demás países, presentando tasas de consumo de 37,6% y 34,9% respectivamente, en alumnos de 14 años de edad o menores (CICAD/OEA, 2006).

Para el caso de consumo de tabaco o cigarrillo los estudiantes chilenos alcanzan mayores índices de consumo de último mes con prevalencias de 38,3%. El uso de tabaco entre escolares chilenos es muy precoz, alcanzando prevalencias mes de 25,5% en estudiantes de 14 años de edad o menos (CICAD/OEA, 2006).

Con respecto a las sustancias ilegales el país con mayor prevalencia de consumo es Chile, mostrando una tasa de consumo de marihuana de un 12,7%, seguido de Uruguay con un 8,5%. El uso más precoz de esta droga lo realizan los estudiantes de Chile, con prevalencias año de 4,1% en escolares de 14 años de edad o menores, seguido por los estudiantes argentinos con prevalencias de 3,3% (CICAD/OEA, 2006). La marihuana sigue siendo la sustancia ilegal de mayor consumo en Latinoamérica y en el mundo: alrededor de 162 millones de personas la consumen (World Drug Report, 2006).

Para el consumo de la cocaína el país con mayor prevalencia de consumo es Argentina, con un 2,5%, seguido por Chile, con un 2,4%. Ambos países registran el mayor uso precoz de esta droga (2,1% y 1,4% respectivamente). Otras sustancias como los inhalantes tienen un mayor consumo entre los estudiantes de Brasil, con una prevalencia de último año de 15,3%, cuatro veces más alto que el segundo país, Colombia, que posee una tasa de 3,5% (CICAD/OEA, 2006). Para el caso de Colombia el informe de la CICAD-OEA (2006) registra la mayor prevalencia año de éxtasis, con un 3%, seguido por los estudiantes de Chile, con un 1,6%.

Para facilitar el análisis se presentan los resultados de los principales estudios realizados en la región a través de un metanálisis que permite corroborar los valores de prevalencia obtenidos con los reportados en otros contextos.

La Tabla 3.24 presenta la prevalencia de vida de consumo de alcohol en cada uno de los estudios. Como se observa, la tasa de consumo de alcohol es muy alta (del 81%). Colombia supera el doble del consumo de alcohol de otros países como México. El Informe Nacional del 2002 muestra un porcentaje de consumo superior al registrado por la CICAD/OEA (del 76,36%), lo que superaría la tasa de prevalencia de vida registrada por el primer país en consumo, Uruguay, del 78,16%. El alcohol sigue siendo la sustancia psicoactiva de mayor consumo, duplicando a la segunda sustancia lícita, el cigarrillo, y siendo nueve veces mayor que la primera sustancia de consumo ilícita, la marihuana.

El consumo de cigarrillo es también elevado, alcanzando el 40,7% del total de la muestra, lo que equivale a 125.218 sujetos positivos (Tabla 3.25). Cifra similar a la presentada por países como Bolivia o Perú (de 41,79% y 42,96% respectivamente) pero inferior a la de países como Chile, Ecuador y Uruguay (66,62%, 63,63% y

Tabla 3.24. Prevalencia de vida del consumo de alcohol

ESTUDIO	MUESTRA	SUJETOS POSITIVOS	PREVALENCIA
RUMBOS 2005	200.876	168.334	83,8
CICAD 2006	100.059	76.405	76,4
Martínez y Villar 2004	325	107	33,0
Enriquez y Villar 2003	210	69	32,8
Ugalde y cols. 1999	1.702	1.225	72,0
Caballero y cols. 1999	866	309	35,7
ESTUDIO NACIONAL 1993	3.759	2.804	74,6
TOTAL	307.797	249.254	81,0

Tabla 3.25. Prevalencia de vida de consumo de cigarrillo

ESTUDIO	MUESTRA	SUJETOS POSITIVOS	PREVALENCIA
RUMBOS 2005	200.876	75.329	37,5
CICAD 2006	100.059	47.628	47,6
Martínez y Villar 2004	325	114	35,0
Enriquez y Villar 2003	210	46	21,9
Ugalde y cols. 1999	1.702	909	53,4
Caballero y cols. 1999	866	223	25,8
ESTUDIO NACIONAL 1993	3.759	970	25,8
TOTAL	307.797	125.218	40,7

51,17% respectivamente). Este dato presenta una menor desviación entre los estudios registrados, en comparación con la cifra registrada para el alcohol.

Para el caso del consumo de la sustancia ilícita marihuana, la tasa de consumo presentada en la Tabla 3.26 es del 8,6%, inferior a la tasa de consumo de países como Argentina, Chile o Uruguay (de 10,52, 16,65 y 11,40% respectivamente), pero superior a otros países de Latinoamérica. La marihuana sigue siendo la sustancia ilegal de mayor consumo en Latinoamérica y el mundo.

Tabla 3.26. Prevalencia de vida de consumo de marihuana

ESTUDIO	MUESTRA	SUJETOS POSITIVOS	PREVALENCIA
RUMBOS 2005	200.876	17.878	8,9
CICAD 2006	100.059	8.205	8,2
Martínez y Villar 2004	325	10	3,0
Enriquez y Villar 2003	210	-	-
Ugalde y cols. 1999	1.702	160	9,4
Caballero y cols. 1999	866	-	-
ESTUDIO NACIONAL 1993	3.759	227	6,1
TOTAL	307.797	26.480	8,6

La tasa de consumo de cocaína supera lo registrado por el informe CICAD/OEA (del 1,9%) con un valor del 3,6% (Tabla 3.27), aunque se mantiene inferior a lo registrado por países como Argentina o Chile (3,96% y 4,08% respectiva-

Tabla 3.27. Prevalencia de vida de consumo de cocaína

ESTUDIO	MUESTRA	SUJETOS POSITIVOS	PREVALENCIA
RUMBOS 2005	200.876	9.039	4,5
CICAD 2006	100.059	1.921	1,9
Martínez y Villar 2004	325	-	-
Enriquez y Villar 2003	210	3	1,4
Ugalde y cols. 1999	1.702	-	-
Caballero y cols. 1999	866	-	-
ESTUDIO NACIONAL 1993	3.759	62	1,7
TOTAL	307.797	11.026	3,6

mente), y a pesar de que se presente la mayor producción a nivel mundial de esta sustancia (640 toneladas métricas entre los años 2005 y 2006, World Drug Report, 2006).

La prevalencia de consumo de otras sustancias alcanza la cifra de los 15,9% del total de la muestra, cifra no comparable por países ya que estos datos registran el consumo de varias sustancias como la heroína, bazuco, inhalables, tranquilizantes, estimulantes, anfetaminas y éxtasis, cifras que tienen una alta variabilidad por país. Así, mientras Brasil obtiene una tasa de consumo de inhalables del 16,55%, el segundo país más consumidor sólo alcanza la casi tercera parte, que corresponde a 5,47%. Estas diferencias también se obtienen con otras sustancias como el éxtasis donde Colombia alcanza el consumo del 3,49%, mientras que países como Paraguay, Perú o Uruguay no superan el 1%.

Tabla 3.28. Prevalencia de vida de consumo de otras sustancias (bazuco, inhalables, éxtasis, tranquilizantes, anfetaminas y heroína)

ESTUDIO	MUESTRA	SUJETOS POSITIVOS	PREVALENCIA
RUMBOS 2005	200.876	24.507	12,2
CICAD 2006	100.059	23.394	23,4
Martínez y Villar2004	325	-	-
Enriquez y Villar 2003	210	75	35,6
Ugalde y cols. 1999	1.702	247	14,5
Caballero y cols. 1999	866	-	-
ESTUDIO NACIONAL 1993	3.759	707	18,8
TOTAL	307.797	48.929	15,9

Las diferencias en las prevalencias de consumo muestran diferencias significativas entre el consumo de alcohol, de cigarrillo y de marihuana. La tasa de consumo de alcohol duplica las cifras de consumo de cigarrillo, mientras que esta es cinco veces más alta que la tasa de consumo de marihuana. La cocaína sólo alcanza un 3,6% del total de la muestra (Gráfica 3.11).

3.2 ANÁLISIS CUALITATIVO

3.2.1 Conocimientos, actitudes (atribuciones) y prácticas (acciones) de docentes frente al consumo de sustancias psicoactivas (SPA) de los adolescentes

Se destaca la influencia de los factores escolares y de los factores familiares como desencadenantes de las conductas de consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes, caracterizadas por problemas con compañeros, bajo desempeño escolar y problemas de aprendizaje, hallazgos reportados por los docentes y que están repercutiendo negativamente en el desarrollo del adolescente. Se destacan apreciaciones como el desconocimiento y desinformación existente de las sustancias por los entes educativos, como también la desresponsabilización frente a la prevención y a la intervención del consumo de SPA en los jóvenes y se mencionan algunos compromisos docentes frente a esta problemática, con las dificultades presentes en el municipio.

Se realizó el análisis de los grupos focales a partir de la información, atribuciones y acciones de docentes frente al consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de educación secundaria.

Tabla 3.29. Matriz de análisis, grupos focales docentes. Funza, 2007

Categorías deductivas		Categorías inductivas
INFORMACIÓN	Conocimientos	Sustancias lícitas Sustancias ilícitas Acceso a la realidad del fenómeno Desinformación frente al tema Reconocimiento del problema y des-responsabilización
	Valoración del contexto	Aceptación de la presencia del fenómeno de SPA Alcohol y problemáticas asociadas Familia y SPA Relaciones Jóvenes-SPA Colegios y SPA
ATRIBUCIONES	Usuarios	Desconocimiento de la realidad del fenómeno Signos y síntomas Atribuciones familiares y SPA Pronóstico frente al uso de SPA Inicio del fenómeno
	Inicio y desarrollo	Desplazamiento de responsabilidad al núcleo familiar Factores Protectores/Riesgo
	Prevención	Des-responsabilización frente a la prevención Valoraciones sobre programas gubernamentales Papel del educador y el colegio
	Consumo	SPA de uso Valoraciones sobre las SPA
	Responsabilidad	Justificaciones y des-responsabilización Compromiso frente al fenómeno
ACCIONES	Atención	Manejo del tema al interior del colegio Sentimientos y reacciones de enfrentamiento al tema de las SPA Percepción de fallas en el manejo dado desde el contexto familiar
	Implicación	Percepción de baja implicación Atribución de implicación a la esfera gubernamental Implicaciones de relación Problematización de posibles implicaciones
	Propuestas	Programas al ámbito familiar Programas al ámbito docente Programas dirigidos al mismo estudiante Programas dirigidos al contexto concreto Necesidad de novedad en las propuestas

3.2.1.1 Información

Los grupos focales docentes fueron analizados, basados en la definición de la categoría *Información* como el Conjunto de datos a cerca de las sustancias psicoactivas, fruto de la experiencia o el aprendizaje. Fue analizada a partir de las categorías Deductivas Conocimientos y Valoraciones sobre el contexto.

3.2.1.1.1 Conocimiento

Hace referencia a los Contenidos e Información compartida en torno a las SPA. Las categorías inductivas, construidas a partir de la información fueron: sustancias lícitas, sustancias ilícitas, acceso a la realidad del fenómeno, desinformación frente al tema y reconocimiento del problema y des-responsabilización.

Sustancias psicoactivas lícitas

Las sustancias lícitas conocidas por los docentes son el cigarrillo y el alcohol. En el joven se presenta el abuso de cigarrillo, alcohol y otras sustancias psicoactivas. Él en su desmesurado afán inicia a manera de prueba hasta llegar a edades muy tempranas a la embriaguez y abuso. La influencia de la herencia juega un importante papel y también el medio familiar y social en el desarrollo de estas problemáticas.

Los docentes consideran que el consumo de estas sustancias es socialmente aprobado, aceptado y su uso es legal; en algunas intervenciones las sustancias psicoactivas lícitas las relacionan con medicamentos que traen beneficio al ser humano; esto puede ser explicado por la confusión existente en la terminología: sustancias psicoactivas lícitas con el término drogas lícitas.

“drogas lícitas, las que se consumen socialmente y benefician de alguna manera al ser humano, no lícitas aquellas que causan daño a la salud”. (GFD1 DH2 H1 L 22-23)

“Pueden ser relacionadas con los medicamentos, muchas veces son relacionadas con los medicamentos...” (GF3 DH1 H1 L 2-6)

Sustancias psicoactivas ilícitas

En los relatos se evidencia que la información y los contenidos frente a las sustancias psicoactivas son bajos, lo que genera la no implicación y enfrentamiento con el fenómeno; las sustancias psicoactivas ilícitas son consideradas drogas alucinógenas que causan daño a la salud, no son aceptadas socialmente y están fuera del marco legal y jurídico. Paralelo a ello se reconoce el comercio de SPA de forma ilegal en el Municipio.

“... las ilícitas, pues obviamente lo que son las drogas alucinógenas: la marihuana, la coca, el bazuco...” (GFD1 DM1 H1 L 4-6)

En las descripciones de los docentes se menciona el uso de algunos medicamentos con efectos antidepresivos en los jóvenes, que describen como perjudiciales para la salud de los estudiantes. Las investigaciones sobre el uso de drogas de prescripción médica y no médica también indican los efectos de la exposición temprana a medicamentos en el posterior consumo de drogas ilícitas. En particular investigaciones realizadas en escuelas públicas de Detroit mostraron que el uso no médico de medicamentos se asociaba al consumo de drogas ilícitas (McCabe, Boyd, & Young, 2007).

"E inclusive se sabe que algunas drogas que los chicos consumen.... esas drogas antidepressivos, que de todas formas son drogas delicadas, sin ser medicadas". (GF2 DM2 H1 L29-30)

Sobresale que el consumo de sustancias psicoactivas está directamente asociado con la cantidad de la sustancia y tiempo de exposición, que se manifiesta en alteraciones neurofisiológicas y psíquicas; esta situación se complica con la creciente insuficiencia de los efectos alcanzados, producidos por causas físicas y psicológicas, y hace que el sujeto se vea obligado a recurrir a dosis elevadas en periodos más cortos. A medida que el adolescente se va implicando en dicho consumo, éste se incrementa tanto en frecuencia como en cantidad y va progresando hacia múltiples sustancias (Halabí Díaz & Errasti Pérez, 2007). La falta del efecto intensifica el estado de ansiedad y angustia lo que hace que recurra otra vez a ella. Así como, en el fondo, la droga no se usaría tanto para encontrar placer sino como un intento fallido de protección contra ansiedad y una depresión tan intensa que lleva al adicto a una desintegración mental o "locura".

El consumo de sustancias psicoactivas hace que el adolescente llegue a tener múltiples problemas con la familia y su entorno social al punto de verse señalado como persona indeseable.

"Pues yo considero que lo común, pues son sustancias en este caso afectan el sistema nervioso, que crean adicción cuando ya la persona lo consume de manera obviamente más prolongada que genera en este caso deficiencias a nivel cerebral, porque en este caso matan las neuronas que tenemos en nuestro cerebro, a parte de eso el hecho de que las personas las consuma les crea psicoddependencia; hay una relación directa obviamente entre lo que es la sustancia y la cantidad obviamente que... que consuma porque es de manera progresiva en este caso de ese proceso que comienza con pequeñas cantidades y terminan hay veces hasta gramos enteros". (GFD2 DH1 H1 L14-22)

Acceso a la realidad del fenómeno

Para los docentes el llegar a conocer el consumo de sustancias psicoactivas, la frecuencia, el tipo de sustancias, la realidad del joven para iniciar el consumo y las condiciones de consumo de los adolescentes es difícil, relatan que es necesario tratar de entender el lenguaje y los símbolos que los jóvenes emplean en la comunicación, para poder acercarse a ellos, pues consideran que los adolescentes son reservados con los adultos; paralelo a ello los docentes consideran que la información que tienen los jóvenes frente a esta temática es mayor que la de los docentes.

"en esos casos ellos son extremadamente reservados, es decir, eso que me enteré fue porque, no, les preguntaba yo, si estamos bien, pero ella no volvió "jm profe, jm" así fue que me enteré, no fue que, tratarlo directamente no, no es que le digan no es que está consumiendo, dicen "profe no, anda por ahí..." dice uno, ah!... de todas maneras, son muy cerrados para eso..." (GF3 DH1 H1 L 34-35)

Desinformación frente al tema, reconocimiento del problema y desresponsabilización

En los relatos de los docentes se evidencia ignorancia frente al tema y desconocimiento de las sustancias psicoactivas ilícitas:

“uno quedaba así, es que somos muy ignorantes frente al tema de la droga” (GFD1 DM3 H7 L 45-46)

“Nosotros, por ejemplo, yo no conozco el bazuco, conozco el olor y la marihuana, que le diga mire esto es marihuana, cuidado, busquen en su cajón, por que yo le hablado a mamás y dicen yo les vi ahí unas maticas raras, traerle a usted, pero...” (GF3 DM1 H7 L 2-4)

De igual manera, se conoce que el fenómeno de las sustancias psicoactivas es una problemática en el municipio y se vislumbra con preocupación el panorama de consumo en los jóvenes; sin embargo, en los discursos, los docentes se desresponsabilizan del fenómeno y delegan a la familia y el Estado esta función.

“es una de las principales como dolencias que acá sucede en nuestro entorno común y corriente, que nosotros nos hemos acostumbrado a verlas y a pasarlas por alto todos estos problemas. Sabemos que pasan pero nunca hacemos nada con respecto a esa falencia de tipo social”. (GF3 DM1 H7 L 2-4)

3.2.1.1.2 Valoraciones del contexto

Esta categoría está relacionada con la información sobre el fenómeno en Funza, en general y en las instituciones educativas, en particular. Las categorías inductivas construidas a partir de la información fueron: Aceptación de la presencia del fenómeno de SPA, El alcohol y problemáticas asociadas, Familia y SPA, Relación Jóvenes – SPA y la relación Colegios y SPA.

Aceptación de la presencia del fenómeno de SPA

Además de reconocer la problemática social que viven los jóvenes del municipio en torno al consumo de sustancias, este se valora como una situación cotidiana y normal, especialmente en esta población. Probablemente no se vislumbre la problemática subyacente por el no contacto con jóvenes que experimentan abuso de SPA.

“en realidad uno viene así trabajando y nunca ha estado de frente a un caso o por lo menos que sea dramático, no? Que sí, de pronto uno ve algunos síntomas de alumnos que posiblemente, que posiblemente la consuman, consuman algún tipo de estas drogas, pero yo por lo menos, nunca he estado así al frente de resolver un asunto de estos”. (GFD1 DH1 H1 L 18-21).

“yo creo que es que esas situaciones se vuelven muy cotidianas pero no impactantes... ya es normal” (GFD1 DH3 H1 L 31-32).

El alcohol y problemáticas asociadas

Los docentes abordan con gran preocupación el uso y abuso del alcohol en los jóvenes del Municipio, considerado como la sustancia de mayor consumo, con repercusiones familiares, sociales y económicas, lo que a su vez aumenta la posibilidad de ponerse en situaciones de riesgo, tales como un embarazo no deseado, un ataque sexual, o la posibilidad de contraer enfermedades transmitidas por vía sexual; estas actitudes y comportamientos también se encuentran presentes en los padres contribuyendo para que sus hijos adolescentes tiendan a usar el alcohol, como también a la permisividad y motivación al consumo por parte de la familia. En las familias en las que los padres utilizan abusivamente alcohol o drogas ilegales, **son tolerantes al consumo de sus hijos** e implican a sus hijos en su propia conducta de consumo, es más probable que los niños abusen de drogas y del alcohol en la adolescencia.

"Los papás quieren que sus hijos sean unos hombrecitos y eso. Yo llevo ya casi un año aquí en la institución, pero de donde yo vengo ese es el rollo, papá e hijo se sientan a tomar para ver quien aguanta más" (GFD1 DM2 H1 L 37-38).

"pero como el diario acontecer de ellos es ver al papá o a la mamá o a los dos borrachos...

no es impactante el hecho de que un chico se emborrache y llegue mareado, llegue con tufo, no, eso no es impactante, en la casa no es impactante, pero para nosotros a veces" (GFD1 DM4 H2 L20-21).

Los estudiantes acuden a la institución educativa bajo efectos posteriores a la ingesta del alcohol y toman porque creen que el alcohol va a suprimir en ellos sentimientos que les resultan difíciles de manejar, tales como el descontento sobre su vida social. Creen que embriagarse les va a ayudar a acercarse al sexo opuesto y a divertirse en las fiestas.

"el alcohol, eso es lo que más se da, porque digamos a nivel de guayabo, el día lunes, con los chicos les ve uno, el guayabo, el tufo... o ellos mismos lo expresan "es que estuve trasnochando, estuve tomando, estuve en una rumba" (GFD1 DH3 H1 L 31-32).

Para los docentes el consumo de alcohol guarda relación con las condiciones de pobreza en la que viven los jóvenes, lo que condiciona que se haga uso indiscriminado de alcohol como medio de apoyo para enfrentar los problemas del diario vivir. Las malas condiciones sanitarias y de higiene, agua no potable, inadecuada eliminación de excretas y basuras, hacinamiento, violencia, accidentes y maltrato, son factores que también intervienen sobre el inicio del consumo (Brook et al., 2003).

"hay muchos hogares que se les nota lo mal, pero hay plata para el alcohol, pero no hay plata para un cuaderno, un lápiz, o una buena alimentación de los muchachos" (GFD1 DM2 H2 L 16-17).

Otro aspecto que se evidencia es la diferenciación del consumo por género y la vulnerabilidad en el género femenino, considerado este como uno de los factores sociales primarios (Caballero, Madrigal de León, Villaseñor, & Hidalgo San Martín, 1999) por la trascendencia de su papel en la familia; el consumo en mujeres trae probablemente consecuencias más negativas a la sociedad que la misma dependencia en el hombre, y los daños en su organismo pueden ser mayores por ser más vulnerables (OPS/OMS, 1994, p. 59).

y decía "no, es que mi mamá me dio permiso de emborracharme" entonces, eso me confrontaba, yo decía cómo así que hoy en día un papá le da permiso a una niña para emborracharse, que una mamá le de permiso a su hija para que se emborrache" (GFD1 DM3 H1 L 37-38)

Familia y SPA

En esta categoría se hace evidente la influencia de la familia y en especial por la conducta de los padres como ejemplos para el consumo. Se observa que desde muy tempranas edades se pone en contacto a los niños tanto con sustancias lícitas o socialmente aceptadas, como las ilícitas. La gran mayoría de estudios han encontrado una relación positiva entre el uso de alcohol o drogas ilegales de los padres y el uso de estas sustancias por parte de los hijos. El consumo de drogas

por parte de los padres puede proporcionar modelos de comportamiento que los hijos pueden imitar y modelos para el desarrollo de habilidades de afrontamiento desadaptativas en los hijos (Halabí Díaz & Errasti Pérez, 2007).

“el año pasado sí tuve un caso en el que una niña que vivía con el papá no más y decía “profe es que, vivimos en una pieza y únicamente tienen un biombo separando las dos camas, mi papá llega a las 12 de la noche y se pone a fumar marihuana y yo para donde me salgo, y me toca aguantármelo ahí, o sea que yo siento los efectos de la marihuana, yo los siento” me decía una niña de 11, 12 años. Tenaz eso...” (GFD1 DH2 H2 L28-30)

El funcionamiento inadecuado de la familia permite distinguir, de manera más o menos clara, entre familias de usuarios de drogas y no usuarios. Diversas investigaciones han mostrado que los problemas en la familia son señal de un riesgo aumentado de uso de drogas lícitas e ilícitas (Osorio-Rebolledo, Ortega, & Pillon, 2004). La familia y las relaciones dentro de ella influyen en la adaptación psicosocial de sus miembros y desempeñan un papel crucial en el desarrollo de la personalidad drogadicta.

En general padres punitivos, conflictos de pareja, ausencia de figura de autoridad, maltrato físico o psicológico, consumo familiar de sustancias, limitada participación de los padres en la formación de los hijos, bajo nivel de ingreso familiar, son los factores familiares que determinan el uso y abuso de sustancias psicoactivas por parte del adolescente (Hanson et al., 2006). Otros factores familiares reportados fueron prácticas pobres de socialización, el estilo educativo de los padres, mala comunicación intrafamiliar y las actitudes paternas hacia el consumo.

Respecto al estilo educativo de los padres, que el problema del consumo de SPA en los jóvenes es la familia, y aluden que los padres jóvenes se encuentran con incapacidad para la transmisión adecuada de valores. Según el informe de la Federación de Ayuda contra la drogadicción (La familia en la sociedad del siglo XXI, 2003), las generaciones de padres actuales vivieron en su infancia, adolescencia y juventud una relación con sus padres establecida desde la autoridad, la disciplina y el respeto. La familia actual ha evolucionado de tal forma que dicha autoridad se combina con grandes dosis de permisividad y sensación de mayor libertad y confianza, ligada a una pérdida de autoridad que les resta capacidad para establecer normas, y que los expone a una situación de cierta debilidad ante sus hijos principalmente en dos sentidos: para potenciar valores que se consideran se van perdiendo (respeto, obediencia, responsabilidad) y para tener mayor capacidad de contrarrestar ciertas preocupaciones referidas a los hijos, como el consumo de drogas, prohibir a los hijos que salgan de casa o que frecuenten bares en la noche (Halabí Díaz & Errasti Pérez, 2007).

“el problema social es la familia. Aquí no más uno se da cuenta, los papás están con los niños una hora por ahí al día y si tenemos en cuenta, que los papás de ahora son papás mucho más jóvenes, es decir que están ensayando a ser papás, es muy difícil decirle a un niño que le enseñe valores a un hombre, es complicada esta situación...” (GFD3 DM2 H3 L32-34).

“El colegio, nosotros tenemos una gran ventaja, afortunadamente los niños que manejamos en el Colegio Parroquial, son niños que todavía son como muy de su hogar y son como muy encerraditos, aún los niños de octavo, séptimo, sexto que son los niños que manejamos.” (GFD2 DM3 H3 L20-23).

Otro aspecto considerado por los docentes es el poco involucramiento de los padres con la escuela, enfatizando en la inasistencia a las reuniones de padres o ante las citaciones realizadas. Uno de los más importantes obstáculos en el fortalecimiento de las familias frente al desarrollo de conductas de consumo de drogas en los hijos, reportado en las investigaciones, es la no participación de los padres en las intervenciones familiares preventivas que son llevadas a cabo en los centros escolares. La falta de interés por parte de los padres y madres, la investigación indica que los índices de abandono del 45 al 50% son comunes en los programas (Elmqvist, 1995) y los padres y madres que principalmente asisten y participan a lo largo de todo el programa son aquellos que están más motivados y cuyos hijos se encuentran en un menor riesgo de consumo de drogas y conducta antisocial. Es más, algunos de los factores que ponen a las familias en riesgo de sufrir problemas por el consumo de PSA en los jóvenes son los mismos que se asocian a la "no participación" en los programas de prevención (Halabí Díaz & Errasti Pérez, 2007).

"aquí citar papás es un complique, es una rogadera para que vengan" (GFD1 DM3 H6 L59).

Algunos factores que contribuyen a la baja participación de los padres, encontrados por Cohen y Linton, fueron: la negación del problema por parte de los padres, el alto consumo paterno de alcohol y tabaco informado por los hijos (que puede llevar a que los padres se sientan intimidados o piensen que van a ser criticados), la falta de familiaridad con la escuela, la situación marital (los padres solteros participan menos) y el sexo del hijo (los padres de las chicas participan en mayor medida que los de los chicos). (Halabí Díaz & Errasti Pérez, 2007).

Relación Jóvenes –SPA

Los docentes reconocen el elevado consumo de alcohol y cigarrillo en los jóvenes del municipio; las investigaciones han mostrado que los períodos claves de riesgo para el abuso de drogas son durante las etapas de transición en la vida de los chicos, como en la adolescencia. El adolescente experimenta nuevas situaciones académicas y sociales, como llevarse bien con un grupo nuevo de compañeros, desafíos emocionales (Halabí Díaz & Errasti Pérez, 2007) y la aparición de la droga como un factor generador de aparente seguridad y escape que se intenta presentar como la "salvación" esperada para muchos. Algunos adolescentes hallan este camino como solución de sus conflictos. La búsqueda de este refugio tiene su base en la incapacidad de proveerse a sí mismos de los recursos para sobrevivir el tránsito por la etapa de la adolescencia que, por sus angustias, se les ha hecho caótica sin encontrar en los demás la ayuda y compañía necesaria.

"yo creo que es muy difícil ver un muchacho que no haya consumido nada, yo creo que se cuentan con los dedos de la mano, por ejemplo el cigarrillo, es una droga lícita y está socialmente permitida, uno personalmente como padre o como adulto uno cree que eso no debe ser así, pero ya dándose cuenta yo creo que... aquí la mayoría de estudiantes ellos consumen alcohol y con frecuencia..." (GFD3 DH2 H3 L15-18).

El incremento del uso de PSA y el abuso precoz son reforzados por la necesidad de realizar actos prohibidos como expresión de la tendencia de huir de las órdenes del adulto que sienten impuestas de manera arbitraria por los que lo rodean. Paralelo a ello, los jóvenes del municipio se interesan por pertenecer a bandas o pandillas, en la búsqueda de encontrar "otra familia" en donde se encuentre compartiendo

experiencias que le permitan establecer su autonomía. En tanto el pertenecer a una banda supone no sólo el compartir experiencias nuevas, sino situaciones que lo exponen 4,4 veces más a riesgos de accidentes bajo el efecto de alcohol u otras drogas, así como en una competencia con sus pares bajo el estado de uso de alcohol u otra droga puede establecer en un 3,75 veces más problemas para llevarse bien con los amigos (Silva-Mathews & Pillon, 2004).

“aquí hay mucho chico que pertenece a pandillas o por lo menos tienen relación amigos de pandillas, entonces amenazan con la pandilla.” (GFD1 DM3 H6 L59)
“Ya son chicos que andan de ollas, que van a las ollas, yo sé que aquí hay 3 ollas, no sé cuáles son, dónde quedan pero ya hablan de 3 ollas” (GFD1 DM2 H3 L50-52)

La influencia y capacidad de persuasión que se da entre los pares supone un arma que puede ser utilizada por algún amigo que se encuentre traficando para convencer de las posibles “bondades” de la droga, exponiendo al adolescente a que pueda aumentar 1,92 veces más la cantidad de alcohol u otras drogas al encontrarse con amigos que vendan o regalen drogas y 1,6 veces más el riesgo de decir No cuando le ofrezcan alcohol u otras drogas. Los amigos que no estén de acuerdo con la decisión de consumo hacen también lo posible para persuadirlo para que no acepte involucrarse con el uso de drogas; sin embargo, al no encontrar una respuesta positiva es posible que se alejen, exponiendo al adolescente 24 veces más a tener problemas con los amigos debido a su consumo de alcohol u otras drogas (Silva-Mathews & Pillon, 2004).

La participación del alcohol y las drogas en fiestas es actualmente el elemento básico, aprovechado por quienes comercializan, tienen un ámbito para realizar sus “pases”, y la falta de vigilancia facilita la venta y el uso, así como para el grupo de adolescentes que hace uso habitual para disimular su timidez, permitiéndole desinhibirse, exponiendo al adolescente a un riesgo de 3,44 veces más, para necesitar hacer uso de alcohol y otras drogas y por lo tanto 3,1 veces más de riesgo para decir No cuando le ofrecen alcohol u otras drogas, en relación con el adolescente no expuesto. El adolescente en la búsqueda de su autonomía puede pretender no solo ser un actor pasivo con conocimientos obtenidos por otros, sino que pasará a ser activo, encontrando la viabilidad en múltiples factores: el hecho de salir sin sus padres, con amigos, encontrando una gran facilitación para el uso de distintas drogas (Silva-Mathews & Pillon, 2004).

Colegios y SPA

En los relatos de los docentes se evidencia una alta relación del contexto familiar y social del joven con las conductas observadas en el aula. Predomina la violencia, la desobediencia y la falta de respeto, como también observan la vulnerabilidad del joven frente a las circunstancias actuales. Los jóvenes que viven en comunidades con altos índices de violencia y disponibilidad de droga tienen un mayor riesgo de consumo (Ugalde-Montero et al., 1999), lo que revierte en el mantenimiento o aumento de la misma violencia (Bravo et al., 2005; Brook et al., 2003).

Dentro de los factores de riesgo escolar relacionados con el consumo de drogas más citados están el bajo rendimiento académico y el fracaso escolar, el bajo compromiso con la escuela, y la conducta antisocial en la escuela (Becoña, 2002 citada por Halabí Díaz & Errasti Pérez, 2007). Un pobre rendimiento escolar se ha asociado al aumento de conductas violentas en los jóvenes que consumen alcohol. La

expulsión del colegio, por ejemplo, ha sido un predictor de inicio de una conducta violenta (Swahn & Donovan, 2004).

“porque es que aquí estamos sumidos en la violencia, en la indisciplina, y estamos sumidos en toda esa anarquía de cómo yo no sigo reglas, de malas, le contesto mal. También los síntomas de otros problemas, pero que también tienen que ver con la solución...” (GFD1 DM3 H6 L56-58).

“los chicos están indefensos y las personas que debemos o deberíamos estarlos protegiendo estamos es maltratando.” (GFD1 DM3 H6 L59).

3.2.1.2 Atribuciones

Los grupos focales docentes fueron analizados, basados en la definición de la categoría Atribuciones como la inferencia a cerca de las motivaciones, rasgos, intenciones y capacidades de otras personas hacia el consumo de sustancias psicoactivas basada en la observación de su conducta. En la presente investigación se analizaron las atribuciones de los usuarios de SPA, atribuciones sobre inicio y desarrollo del uso de SPA, atribuciones con relación al consumo de SPA y atribuciones de responsabilidad frente al fenómeno de las SPA

3.2.1.2.1 Usuarios

Esta categoría hace referencia a las inferencias mantenidas a cerca de las personas que usan SPA. Las categorías inductivas, construidas a partir de la información de los grupos focales con los docentes fueron: desconocimiento de la realidad del fenómeno, signos y síntomas, atribuciones familiares y SPA, pronóstico frente al uso de SPA e inicio del fenómeno.

Desconocimiento de la realidad del fenómeno

Es evidente en los discursos de los docentes el desconocimiento de las sustancias psicoactivas, especialmente las ilícitas, como también, la poca experiencia previa con estas sustancias.

“Cuando yo hice mi bachillerato yo me acuerdo que decían que habían unos compañeros que iban al baño y que llegaban al salón, yo los veía que se acostaban a dormir, pero yo no sabía, y ellos tampoco, afortunadamente para nosotros nunca nos dijeron quieren? Venga les enseño... sabíamos que se drogaban (GFD1 DM2 H1 L 40-42).

Signos y síntomas

Para los docentes el consumo de SPA está relacionado con el desempeño escolar, manifestado en desconcentración, problemas de aprendizaje y falta de poder.

“pues lo normal que uno conoce digamos es como la somnolencia, ojos vidriosos, la falta de poder... es decir la pérdida de concentración, le pregunta a un alumno, o le dice algo y a los 30 segundos le vuelve a preguntar lo que le dijo y no se lo responden, son problemas de aprendizaje pero muy acentuados, el mismo olor a cigarrillo, el mismo olor a trago” (GFD1 DM2 H4 L 2-5).

Atribuciones familiares y SPA

Para los docentes el que los padres se encuentren la mayor parte del tiempo fuera de casa por encontrarse trabajando está dificultando los espacios de encuentro de la familia, contribuyendo a que los jóvenes permanezcan solos, y compartan ma-

por tiempo en la calle en grupos o pandillas, predisponiendo al consumo de SPA y una evitación del control de los hijos por parte de los padres. Lo que puede generar 1,5 la necesidad de uso de SPA, 1,35 el aumento de la cantidad, para llenar este espacio y 5,5 posibilidad de accidentes y 1,35 veces más el riesgo para decir No cuando le ofrezcan alcohol u otras drogas. Se espera que aquellos adolescentes que están deprivados crónicamente de reforzamientos positivos están dominados por persistentes y generalizados estados de ánimo negativo, siendo deprivados de refuerzo (Silva-Mathews & Pillon, 2004).

“sobre todo que los chicos tienen características muy parecidas en las casas, uno vive con la abuelita, pero el papá está todo el día ocupado y la abuelita no se entera qué pasa con el chico. El otro tiene la mamá, al chico lo estaban como induciendo, estaba como iniciando espero que hay pare como con el proceso que empezamos” (GFD1 DM2 H4 L 2-5).

En una encuesta patrocinada por el Centro de Innovación Educativa (CIE – FUHEM), cuando se les preguntó a los profesores si creían que los padres se desentendían de la educación de sus hijos, un 44,2% opinaba que sí, un 31,6% no tenía una opinión definida, y un 24,2% decía que no (Halabí Díaz & Errasti Pérez, 2007). Los docentes opinan que los padres muestran poco interés en la educación de sus hijos, como también que el cuidado de los hijos está a cargo de otros miembros de la familia (abuelos), sin la supervisión adecuada de los jóvenes, por parte de estos últimos.

Sin embargo, también se mencionan situaciones de jóvenes con buen rendimiento académico y organización familiar, lo anterior permite concluir que los llamados factores de protección que hacen referencia a las condiciones que reducen la probabilidad de uso de las drogas, su presencia no impedirá el consumo de drogas, pero su ausencia tampoco supone que la persona vaya a presentar inequívocamente problemas de abuso de drogas (Clayton, 1992, citado por Halabí Díaz & Errasti Pérez, 2007).

Lo que diferencia a los consumidores de droga de los no usuarios, no es solamente la personalidad y la estructura familiar, sino también otras variables ambientales como la sociedad en que se desarrolla y el grupo de amigos al que pertenecen. Generalmente en la adolescencia el individuo comienza su alejamiento de la estructura familiar y de los padres; surge con intensidad, en algunos de ellos, el deseo de ser aceptados como miembros de un grupo del cual dependen en cuanto a modas y costumbres.

“me causaban curiosidad los casos porque uno pensaría son chicos que están perdidos en todo, no, mira uno de ellos, muy buen estudiante, entonces mire la capacidad como para tapar, para aparentar, le iría bien, normal, no es fácil sacar unas notas de esas... y uno se sorprende porque en el colegio donde yo estaba alguna vez hicieron una requisita le encontraron droga a un chico incluso era hijo de un funcionario que era muy notorio, eso le costó el puesto hasta el pobre funcionario, porque tenía un puesto en el que tenía autoridad moral, mucha autoridad moral, el pobre chino...” (GFD1 DM3 H7 L40-44).

Pronóstico frente al uso de SPA

Los docentes muestran preocupación ante el futuro de los jóvenes que consumen SPA, y emplean estrategias de ejemplificación para dar a conocer el futuro incierto que depara el consumo de drogas a los adolescentes.

"mire, cuando yo vi estos casos, pues una preocupación grande lo embarga a uno y lo que dice el profe, uno empieza como a mirar el futuro de estos chicos, incluso les decía, mire mijito usted se quiere ver de aquí a mañana con el costalito aquí, todo sucito, si usted sigue así allá va a parar" (GFD1 DM3 H6 L 20-22).

Inicio del fenómeno

El inicio del consumo de sustancias psicoactivas en el joven va de la mano con la curiosidad que lo empuja a la experimentación con droga, el desmedido afán de experimentar y arriesgar, además de la fácil influencia social, la radio, la televisión, la influencia de los padres, amigos, compañeros y familiares, hacen que se manifiesten conductas riesgosas o comportamientos peligrosos; la curiosidad es un factor comprobado en el que la interacción con otros usuarios de fármacos lleva a la adquisición de la toxicomanía por parte de los miembros del grupo.

"... muchos chicos es por la curiosidad, pero no más... en el caso del chico la psicóloga hablando con él, detectó que no había renunciado a ver probemos a ver que pasa, entonces fue cuando decidimos llevarlo al programa. El otro sí, muy juicioso y muy buen estudiante, y la familia pues ni idea que el chico andaba en esos pasos... y el otro sí, viviendo con la abuelita, es que la abuelita es muy permisiva de alguna manera les alcahueteo, la abuela de pronto lo tapa y el papá si no sé que tipo de persona sea, de pronto no ha mostrado mucho interés por el chico" (GFD1 DM2 H9 L3-8).

Otros aspectos que describieron los docentes para que se produzca el inicio del consumo de SPA en los jóvenes fueron la permisividad de los cuidadores diferentes a los padres (abuela), el poco interés de los padres por los chicos, la no valoración del joven, la rebeldía, el rechazo en el hogar, la sensación de llenar vacíos, la falta de proyección, la falta de reconocimiento del joven como individuo, el no poseer el adolescente metas claras, ni objetivos claros, ni propósitos y tampoco proyecto de vida.

El relacionarse con amigos de dudosa conducta provoca en los padres y tutores una reacción de disgusto hacia los amigos, ya que consideran que son una mala influencia para estos, y que los conducirán al mal camino, esta reacción de los padres no es reconocida por los hijos que mantienen una actitud solidaria con sus amigos, exponiéndolos a necesitar usar 2,8 veces más, aumentar 12,3 veces más la cantidad de alcohol u otras drogas (Silva-Mathews & Pillon, 2004).

Mantener una actitud de rebeldía conduce a la persistencia de permanecer con sus amigos los cuales pueden reforzar conductas de riesgo y exponerlo 5,3 veces más a accidentes de tránsito bajo los efectos del alcohol y 3,75 veces más de riesgo de no poder decir No cuando le ofrezcan alcohol u otras drogas (Silva-Mathews & Pillon, 2004).

"el joven muchas veces en el hogar no es valorado, es rebelde, muchas veces por rebeldía, solamente por rebeldía toma la decisión. Si el joven no está adaptado, se siente como rechazado en el hogar, siempre escucha al joven necesita satisfacer los vacíos. Muchas veces el ser humano necesita satisfacer los vacíos, sí? Y el vacío puede estar en el alcohol, en las drogas, cada vez más necesita llenar un vacío" (GFD3 DH2 H2 L16-19).

El proceso de individualización en el adolescente se produce cuando cuentan con la posibilidad y la capacidad de articular el dominio sobre sus necesidades y la separación paulatina del grupo primario de dependencia; sin embargo, cuando

la sociedad no les brinda oportunidades para hacerlo no fomenta el desarrollo de las capacidades requeridas, lo que puede motivar sentimientos de frustración e insatisfacción frente a un futuro incierto. La insatisfacción sentida con el uso del tiempo libre contribuye en 1,0 vez más de riesgo para necesitar intensamente usar y 1,9 veces más para aumentar cada día el consumo de alcohol u otras drogas. La insatisfacción que sufre el adolescente en el uso de su tiempo libre puede generar el aislamiento, resentimiento y rebeldía, lo que puede motivar a que busque otras actividades que llenen su tiempo, pero que sean de riesgo (Silva-Mathews & Pillon, 2004).

El estar solo en la mayoría de las actividades de recreación contribuye a un riesgo 3,25 veces más para necesitar el uso y 4,71 veces más para aumentar cada día la cantidad de alcohol u otras drogas. Los adolescentes que se quedan solos sin supervisión tienen más probabilidades de decidir dedicar su tiempo libre a actos de violencia y delincuencia y experimentar con alcohol y otras drogas. La soledad puede influir para ser captado por algún amigo o grupo que consuma regularmente alcohol u otra droga, lo que podría originar su inicio de consumo y un riesgo de 2,8 veces más para que necesite usar alcohol u otras drogas y 12,3 veces más de riesgo de no poder decir No cuando le ofrezcan alcohol u otras drogas (Silva-Mathews & Pillon, 2004).

3.2.1.2.2 Inicio y desarrollo

Esta categoría hace referencia a las explicaciones, y análisis sostenidos, en relación con el inicio del consumo, el desarrollo del proceso y los alcances que supone el uso de SPA. Las categorías inductivas, construidas a partir de la información de los grupos focales con los docentes fueron: desplazamiento de responsabilidad al núcleo familiar, factores protectores y factores de riesgo.

Desplazamiento de responsabilidad al núcleo familiar

Los docentes desplazan la responsabilidad del consumo del adolescente al núcleo familiar, atribuyen el inicio del consumo de SPA lícitas en los jóvenes por la presencia de consumo de estas sustancias en los hogares, y la aceptación del consumo en edades tempranas, la soledad de los jóvenes, causada por padres que trabajan la mayor parte del día, la desintegración y crisis actual de la institución familiar, que repercute en la falta de afecto, la no dialogicidad, el no acercamiento familiar (para dar un consejo), no hay tiempo para compartir en familia, la falta de control a los hijos, la ausencia del padre, los padres jóvenes, no diálogo, la violencia intrafamiliar y paralelo a lo anterior la influencia de pares, quienes tienen una fuerte influencia en el comportamiento del adolescente (Stéphan et al., 2006).

“La estructura de la familia del consumidor de droga es generalmente, desorganizada. Suele ser característica la ausencia de uno de los padres (ya sea ausencia real, física o ausencia psicológica). En caso de encontrarse ambos presentes las relaciones conyugales son hostiles y deficientes. Hay entre algunos de estos padres abusos o adicciones de sustancias” (Serpa, 1992, pp. 45-46). Lo que conduce en muchos casos al uso de la violencia. El abuso de sustancias por parte del padre también se asocia a la pobre supervisión y monitoreo, al igual que a prácticas de disciplina inconsistentes y explosivas (Serpa, 1992, p. 47). La combinación de abuso de sustancias y violencia por parte de un padre incrementa exponencialmente las respuestas desadaptativas de los jóvenes.

La convivencia con un padre alcohólico permite que el adolescente se exponga a un sistema familiar donde diariamente interactúan conductas agresivas, abandono e insatisfacción, sometido a escenas de maltrato, violencia y escándalo que provoca la embriaguez; estos hechos establecen una ruptura afectiva en el adolescente expuesto con respecto a su progenitor así como un sometimiento permanente de niveles de estrés altos.

De acuerdo a lo expresado por Salinas T., "Si bien el consumo de alcohol y otras drogas no es una causa directa de la violencia intrafamiliar, se puede considerar como un factor desencadenante de la misma, ya que uno de los principales factores facilitadores de conductas violentas en el agresor, está relacionado al consumo abusivo del alcohol y otras drogas. En Centroamérica, el 97% de los casos reportados de violencia doméstica, se asocian a hombres abusadores de alcohol" (Forselledo 1996 citado por Salinas). Strauss y Graham (1994, 1996) han encontrado relación estadística significativa entre la violencia intrafamiliar y el consumo de psicoactivos.

Respecto a la ausencia del modelo paterno, investigaciones concluyen que el papel de jefe de familia desempeñado por la madre se contrapone a la imagen de un padre minimizado, lo que representa un factor protector para el adolescente (Silva-Mathews & Pillon, 2004).

En resumen, la familia del drogadicto se presenta desorganizada y con falta de normas claras y adecuadas. Es una familia que no satisface las necesidades básicas de afecto y seguridad del hijo. La falta de comprensión entre los miembros, la personalidad de los padres y la percepción que de ellos tiene el farmacodependiente, son factores que permiten su adicción a las drogas.

Factores protectores/riesgo

Los docentes mencionan como factores protectores para que el adolescente no consuma SPA: la buena autoestima, la motivación, el sentirse bien adaptado y el sentido que adquieren los jóvenes de su vida. Consideran que el consumo de SPA busca satisfacer una necesidad de seguridad y autoestima que no pudo establecerse durante la relación inicial en la figura materna.

"otro aspecto sería la motivación y la autoestima. Cuando el chico tiene alta autoestima de pronto uno no lo ve como en esas actividades, en cambio cuando es lo contrario... yo pienso también que la autoestima es un factor que ayuda de pronto para que ellos de pronto no consuman esas sustancias, pues porque se quieren, dirán "yo qué me voy a meter eso si me voy a perjudicar yo mismo" de pronto esa conciencia sí existe en algunos estudiantes" (GFD1 DM3 H3 L 24-27).

En un estudio realizado entre 301 escolares de sexto año de escuelas del municipio urbano de Chiguayante, Chile, aplicando el DUSI Abreviado, se encontró que el principal factor de protección es el microsocioal, es decir, tanto la familia como la escuela resultan ser los sistemas que protegen a los adolescentes del inicio de abuso de las sustancias psicoactivas (Fraile-Duvicq, Riquelme-Pereira, & Pimenta-Carvalho, 2004).

La relación afectiva entre padres e hijos contribuye al nivel de seguridad, autoestima, autoconcepto, factores determinantes en el desarrollo de destrezas emocionales, cognitivas y sociales del adolescente; sin embargo, la época actual exige a ambos padres el tener que afrontar laboralmente las necesidades del hogar, por lo que el

adolescente tempranamente comparte roles de mayor responsabilidad, aprendiendo a afrontar situaciones que contribuyen a su desarrollo y estableciendo en ellos la capacidad de comprender y valorar la ausencia de sus padres quienes podrían desconocer lo que le gusta o le disgusta, esta posición que adopta el adolescente expuesto lo protegerá 0,6 veces más a que no aumente el uso y pueda decir No cuando le ofrezcan alcohol u otras drogas.

Por otro lado, los docentes consideran como principal factor de riesgo para el consumo de SPA en los jóvenes, la familia. Padres permisivos o que no quieren reconocer la realidad (negación) del joven por temor a sanciones del colegio e ignorancia; falta de afecto, que ocasiona inseguridad en los jóvenes, compañías de los jóvenes desconocidas por los padres, períodos de no control del joven tanto en el hogar como en el colegio, violencia intrafamiliar, problemática de abuso sexual en los jóvenes. Otro factor de riesgo es la presión de pares que conlleva al incremento de la problemática en los jóvenes, máxime cuando un joven del grupo lo presenta.

“hay papás muy permisivos, que tratan de teparle las cosas a los chicos. Entonces uno no sabe si es por el miedo a que se sancionen, si es por ignorancia, si es porque saben las situaciones que tienen los chicos pero no quieren reconocer esa realidad... eso sería. Tratan de negar eso que está pasando.” GFD1 DM3 H7 L16-17.

Se consideran factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas el abuso sexual, la convivencia o contactos con agresores sexuales, prostitutas, homosexuales, individuos con SIDA y enfermedades de transmisión sexual (OPS/OMS, 1994, p. 59).

“incluso esos riesgos de los que tú hablas hacen que los chicos vayan a las sustancias, por ejemplo, una chica que reiteradamente, constantemente era violada por su padrastro, un caso que conocí siendo directora de curso, entonces ella qué hace, de pronto piensa yo quisiera como olvidarme de esto, es una buena instancia para que la chica diga, chévere me meto... entonces, no solo es el riesgo de la droga sino todo lo que ella conlleva” (GFD1 DM3 H6 L43-46).

Sin embargo en el caso de adolescentes con padre alcohólico, la falta de claridad en las reglas que le comunican sus padres solo confirma en el adolescente la búsqueda de otros referentes, que aclaren su confusión y le permitan adquirir la seguridad para la toma de decisiones, la presencia de alcoholismo en el padre contribuye a crear una barrera para que no exista una comunicación positiva, existiendo muchas veces una incoherencia entre lo que observa y lo que se plantea como reglas en el hogar, contribuyendo a que el adolescente busque otros referentes, que aclaren su confusión y resulten de mayor influencia en la toma de decisiones.

El salir sin permiso facilita al adolescente hacer uso de bebidas alcohólicas u otras drogas y hasta extralimitarse, exponiéndose fácilmente 4,71 veces más al poder herir a alguien o a sí mismo bajo los efectos de la sustancia consumida, y a la vez 39 veces más riesgo de no poder decir No cuando le ofrecen alcohol u otras drogas (Silva-Mathews & Pillon, 2004).

Otro factor de riesgo que mencionan los docentes son los medios audiovisuales que desorientan y no brindan la suficiente información; no sobra decir que se discute mucho la conveniencia del usuario de los medios de comunicación para hacer conocer la droga y sus efectos. Hay autores quienes sostienen que la información despierta la curiosidad de las personas y puede precipitar al consumo de fármacos.

Para finalizar los docentes relacionan la adicción de las sustancias psicoactivas del joven, de acuerdo a sus experiencias anteriores de consumo de algunas sustancias (lícitas).

“Si de pronto uno ve, un poquito, el segundo...el tercero, después recibe otro de marihuana, por eso se llama vicio, pero de ahí, el vicio le gana a uno. De ahí que... los que alguna vez fuimos fumadores, yo también fui fumador, y si uno no ve espejos sigue fumando, en esa situación es así... hasta que uno no ve. Yo hablo por lo que yo veía. Pero uno ve que esa vida es déle y déle, y déle, si tiene nervios un cigarrillo, si está con nervios un cigarrillo, si está aburrido un cigarrillo, si está contento un cigarrillo, por todo hay una excusa para el vicio, porque el vicio lo doblega a uno, como decía el profesor (señalando al DH1) el sistema nervioso... se doblega porque uno ya no tiene digamos iniciativa, ya no tiene decisión y si algo lo va llevando más a uno a consumir” (GF3 DH3 H3 L44-51).

3.2.1.2.3 Prevención

Esta categoría hace referencia a los factores que previenen el consumo de SPA. Las categorías inductivas, construidas a partir de la información de los grupos focales con los docentes fueron: des-responsabilización frente a la prevención, las valoraciones sobre programas gubernamentales y el papel del educador y el colegio.

Des-responsabilización frente a la prevención

En los relatos de los docentes, algunos consideran que ellos tienen poca credibilidad frente a los alumnos, al abordar la temática de SPA, especialmente cuando se abordan las consecuencias negativas del consumo de sustancias.

“uno ahí sí tiene poca credibilidad en ese aspecto con los alumnos, es decir al decirle a un alumno y ponerse a enumerarle las consecuencias negativas que tiene, por ejemplo el consumo de alcohol o el consumo de cigarrillo, decirles por ejemplo, ponerlos a comparar, no que mire el caso que vi en TV, que ahí explicaron tal cosa, y a nivel de los órganos, de los pulmones, mentalmente como se va volviendo la persona, como va cambiando su forma de ser y como termina... en esa etapa de su vida no le creen a uno, no le creen! Le dicen “no, mi papá ha tomado siempre, o que tal persona yo la he visto fumando siempre, hombre, que mi papá me ha dicho, mire tal persona que siempre fuma y no le pasa nada” (GFD1 DH3 H2 L4-10).

Valoraciones sobre programas gubernamentales

Los docentes afirman que los programas gubernamentales se centran en llenar formatos y firmas, reiteran que los programas no tienen secuencialidad, y son realizados sin un diagnóstico previo de necesidades que apunten a las reales problemáticas; en muchos casos estos sólo consisten en dar información mas no formación frente a la prevención del consumo de SPA, e incluso señalan que las personas que dan las conferencias sobre la temática, no tienen buenos conocimientos, o no tienen conocimiento del contexto y la jerga que emplean los jóvenes del municipio con respecto a las diferentes sustancias psicoactivas.

“En cuanto a la formación me parece también inquietante que se sigue dando información, no formación frente a la prevención” (GFD1 DM4 H4 L23-24).

Papel del educador y el colegio

Los docentes afirman la importancia de estar vigilantes, revisar el contenido de los libros y la compañía de los estudiantes; de igual manera coinciden en la necesidad de abordar la temática en conjunto con el padre de familia, capellán, psicólogo.

“así se diga que hay información siempre hay que recalcar, siempre hay que estar dando tips, usted tiene que revisar el contenido de los libros, usted tiene que mirar con quién sale, usted debe estar alerta frente a eso y nosotros también, con las condiciones que pueda tener una institución, cerrada, cierto, pienso que aquí o en todo como maestros que somos nuestro deber es estar vigilantes frente a estos chicos. Entonces, si uno ve algo raro, uno empieza a pues que el padre de familia, el capellán, el psicólogo y entre todos a ver qué hacemos” (GFD3 DH1 H2 L28).

A su vez algunos centros educativos pueden no guardar la vigilancia suficiente, encontrando la existencia de algunos grupos organizados que generan violencia y abusan de algunos de los adolescentes en algún caso; por otro lado el tráfico de drogas también resulta amenazante, ya que suele haber traficantes alrededor del colegio o algún estudiante ser traficante, estableciendo una exigencia para que compre bajo amenaza, o por el riesgo a ser considerado “soplón”; razón por la que alguno prefiere llegar más tarde para no encontrarse con ellos, lo que conducirá a que el llegar tarde se comporte 0,4 veces más como un factor de protección en relación con los adolescentes no expuestos. En tanto la escuela tiene un papel protector vital, ya que la permanencia que el adolescente tiene dentro de sus aulas compromete a los educadores a velar por prevenir el fracaso escolar.

Otra labor del colegio que es de vital importancia en la prevención del consumo de SPA en los jóvenes es el diseño y operacionalización de programas de prevención familiar, según el *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) reporta que estos pueden reducir el riesgo de consumo de drogas en los chicos enseñando a los padres estrategias de disciplina firmes y consistentes, cómo comunicarse mejor en la familia, formas de expresar cariño y empatía, cómo supervisar adecuadamente la conducta de los hijos (Halabí Díaz & Errasti Pérez, 2007).

3.2.1.2.4 Consumo

Esta categoría hace referencia a las inferencias relacionadas con el fenómeno como tal. Las categorías inductivas, construidas a partir de la información de los grupos focales con los docentes fueron: sustancias psicoactivas de uso y las valoraciones sobre las SPA.

SPA de uso

En los relatos de los docentes se mencionan sustancias psicoactivas como el alcohol, el cigarrillo y la marihuana como aquellas de mayor consumo por los adolescentes. Sustancias que en algunos casos son consumidas y aceptadas por sus padres.

“los que estamos tratando fuman marihuana” (GFD1 DH2 H1 L 29).

“yo tengo el caso de un niño que fuma marihuana y al parecer el papá es consumidor también...” (GFD1 DM3 H2 L 25).

“uno puede decir qué bonito, venga yo le ayudo, pero si uno quiere, lo que más me parecería a mí tenaz es acompañarlo en todo el proceso hasta que toque fondo y verle su naturaleza humana, su naturaleza de vicio y poderlo sacar de

ahí, me parecería muy doloroso y ese de pronto es el miedo, porque uno sabe que hasta que no llegue a lo peor y no están concientes de esa realidad no salen de ahí. Eso es lo que me da miedo. Porque gente que se cansa, en el primer intento dicen ese chino ya se perdió dejémoslo allá... uno como papá hasta dónde llega uno..." (GFD1 DM4 H7 L54-59).

Los resultados de las prevalencias de vida de consumo de SPA del presente estudio arrojan como mayor sustancia de consumo el alcohol, con una prevalencia de vida para los hombres de 69,20% y para las mujeres en un 66,49%; la sustancia en orden de mayor de consumo fue el cigarrillo en un 50,7% para hombres y en un 39,22% para mujeres; por último, la marihuana se presentó con una prevalencia de vida para los hombres jóvenes en un 8,2% y para las mujeres en un 3,9%.

Finalmente en el joven desaparece todo interés en su realidad, excepto por conseguir la droga, y se pierde toda la iniciativa para establecer metas para un futuro. Este desinterés por las personas y los objetos que le rodean precipitan el abandono de las relaciones con la realidad y así el individuo puede caer en estado de extremo descuido físico y mental.

Valoraciones sobre las SPA

Los docentes valoran las SPA como perjudiciales para el adolescente y la sociedad en general, apuntan que su consumo no debe ser permitido, ni legalizado. De igual manera, afirman que sus efectos de satisfacción son momentáneos y que no consiguen sino perjudicar más al adolescente.

"Yo pienso que no debería ser permitido, en ningún estado ni en ninguna sociedad, primero porque es un gran daño, daña a la sociedad, daña a los estudiantes, daña a la juventud, permitir eso es como permitirles, bueno es un poquito, con eso no se va a hacer daño, pero si claro eso tiene consecuencias" (GF2 DM2 H1 L42-48).

"Obviamente las drogas, en cierto punto ofrecen como una satisfacción momentánea, como que lo aleja del mundo, por eso es que se busca el vacío, busca satisfacción, busca encontrar ese vacío que no puede llenar" (GF3 DH2 H2 L21-23).

Los adolescentes que manifiestan pasar aburridos la mayor parte del tiempo, puede referirse a una apatía producto de la insatisfacción, falta de oportunidades, lo que contribuye a que generalmente no salga de casa y pase una buena parte del tiempo durmiendo o viendo televisión; sin embargo, al no salir evita tener contacto con pares que sí puedan estar en inicio o ya en consumo de algún tipo de droga, lo que puede protegerlo 0,37 veces para no aumentar cada día más la cantidad y 0,51 veces más para decir no cuando le ofrezcan alcohol u otras drogas. Posiblemente el estar aburrido implique también el que influenciado por el sistema familiar disfuncional, no haya desarrollado habilidades sociales: su autoestima y dificultad para relacionarse con los demás contribuye a que no se acerque a este tipo de experiencia de consumo, porque no cuente con la iniciativa ni los contactos, ya que para los adolescentes el encuentro con la diversión supone "gente pilas", "no nerd", lo que indirectamente lo protegería 0,4 veces más para no tener problemas con los amigos, evitando las alianzas alejándolo del uso de alcohol u otras drogas (Silva-Mathews & Pillon, 2004).

3.2.1.2.5 Responsabilidad

Esta categoría hace referencia a las inferencias a cerca de sobre quién o quiénes son los responsables del fenómeno de las drogas. Las categorías inductivas, construidas a partir de la información de los grupos focales con los docentes fueron: Justificaciones y des-responsabilización y el Compromiso frente al fenómeno.

Justificaciones y des-responsabilización

El abordaje de las sustancias psicoactivas en el aula de clase no se considera una temática que pueda abordarse de forma transversal en todas las asignaturas, se responsabiliza del tema de drogas al área de biología, la causa del no abordaje de la temática en las otras áreas, los docentes la atribuyen al desconocimiento del tema de SPA, además que la relación alumno-docente en la mayoría de situaciones es una relación de contrato (tareas-notas).

“en realidad, o por lo menos, como que esos temas uno se los deja al área de biológicas, de pronto a un experto, porque como uno no es experto uno no sabe cómo tocarlas, no tiene manejo de eso...” (GFD1 DM1 H1 L 6-8).

“Tampoco uno no tiene el conocimiento real para poder ayudar a los chicos, más bien ellos le enseñan a uno hasta cómo la consumen y para mí eso es nuevo” (GFD1 DH2 H1 L 25-26).

“como yo decía al principio uno no tiene ni la capacidad para trabajar y tampoco hay interés de uno, ni tampoco hay tiempo, no es desinterés no es que para uno no sea interesante poder trabajar con estos chicos, pero realmente no, pues no hay tiempo entonces... yo por ejemplo oriento lengua castellana y uno claro que tiene que cumplir con un programa que tiene que llevar los chicos pues a raya, tenga, tenga, tenga y eso deja muy poco espacio para que uno se siente con un chico, converse qué hay de su vida, qué hace... nada, es déme el trabajo, tenga la nota” (GFD1 DH1 H5 L 17-19).

De igual manera algunos docentes manifiestan poco interés, poca confianza y acercamiento con los alumnos y poco tiempo para tratar el tema de drogas, consideran que el manejo de esta problemática es responsabilidad de otros miembros, como la psicóloga, las personas que vienen de afuera y la Secretaría de Educación, como también, la familia como primera institución donde los jóvenes forman sus valores éticos, religiosos y familiares, aunque atribuyen que esta se encuentra en crisis por problemas como desintegración familiar y la desorganización.

“Yo pienso que la base de esa información es la familia, ¡cierto! Uno debe comenzar por su familia, por los valores familiares. Yo creo que si un estudiante viene al colegio con valores familiares, valores éticos, valores religiosos muy bien formados, muy bien formados desde su familia, desde su hogar, el colegio puede ser ya más una segunda estancia” (GF1 DM2 H9 L3).

Para algunos docentes el consumo de SPA en los jóvenes es un problema ya habitual, otros por el contrario afirman no conocer las problemáticas de la comunidad Funzana, en especial los profesores que trabajan y viven en Bogotá. Se ratifican la ausencia de programas de prevención en las instituciones educativas, como también la falta de promover convivencias que permitan el acercamiento con el estudiante, que permitan conocer el trasfondo de su realidad y de sus problemáticas; de igual manera las instituciones educativas poco conocen sobre instituciones de rehabilitación para los estudiantes.

“es que empezando porque nosotros no vivimos acá y eso también limita un poco la pregunta que nos estás haciendo, nosotros acá terminamos a las 12:20 y a las 12:30 ya estamos cogiendo bus para Bogotá. Entonces aquí con la comunidad pues no mucho” (GFD1 DM2 H4 L 9-12).

“como decía mi compañera nos pasamos la pelota, vaya pregunte en secretaria, vaya pregunte a no sé quién. Entonces como que nos empezamos a aislar entonces hagamos programas acá dentro del colegio y después de las dos y media dejamos a los chicos y allá que se encarguen los papás.” (GFD2 DH1 H5 L 44-51).

Compromiso frente al fenómeno

Los docentes atribuyen que el manejo de situaciones de jóvenes en el consumo de SPA se ha realizado de forma personalizada y sin señalamientos, y los profesionales de psicología han sido los encargados de este proceso. Los procesos adolescentes son desafiantes, la individualización reclama la separación y confronte del medio con sus dificultades e incongruencias. Para los adolescentes lo cotidiano es un reto y, a la vez, una incertidumbre (Silva-Mathews & Pillon, 2004).

“nosotros le hemos dado, yo diría que es un manejo personalizado (...) La psicóloga es la encargada de ese proceso, o sea que todavía ellos no saben, la psicóloga está empezando a conversar, ya los vinculamos a un programa a dos de ellos, todavía a los papás no se les ha dicho porque la psicóloga me ha dicho que no es prudente decirles, digamos que los estamos ocupando y están con atención de psicología y también va a haber atención de médico” (GFD2 DM4 H6 L 40-43).

La problemática del consumo de sustancias psicoactivas es de origen multicausal y multifactorial, lo que hace necesario que todos los sectores actúen ágil y oportunamente tanto en el diagnóstico de la magnitud, como de las medidas de intervención *prevención, tratamiento y rehabilitación*. Los docentes observan que la prevención del consumo de PSA en los adolescentes es un trabajo de equipo, no solo del colegio, sino de la administración, en este caso la Alcaldía del municipio, la casa de la cultura; sin embargo, ellos no perciben este trabajo en equipo, más bien consideran que se presentan acciones aisladas con poca continuidad del trabajo con los jóvenes.

“Vea si uno quisiera tener una juventud sana, una juventud viva alegre, es un trabajo en equipo y no solamente del colegio, sino de la administración que esté trabajando en la alcaldía en ese momento, es un trabajo de mucha gente y aquí eso no se vive, aquí cada uno es como islas; y salen los muchachos y ya se olvida uno de los muchachos, o sea no hay continuidad, o sea nosotros nos encargamos por la mañana que es como nuestro espacio, en la Alcaldía, en la Casa de la Cultura, forma otro grupo, ustedes se van a encargar de la juventud, aquí vamos a formar.... Como coger a esos muchachos y tenerlos pensando en otras cosas, tenerlos ocupados en cosas buenas, en cosas productivas” GFD2 DM3 H6 L44-49.

“a veces se le va a uno el ánimo de seguirles taladrándoles en ese sentido” GFD2 DM3 H6 L44-49.

3.2.1.3 Acciones

Los grupos focales docentes fueron analizados, basados en la definición de esta categoría como la predisposición a la acción o conductas efectuadas. En la presen-

te investigación se analizaron la atención al fenómeno, las implicaciones y las propuestas de prevención para el consumo de SPA.

3.2.1.3.1 Atención al fenómeno

Esta categoría hace referencia a las tentativas individuales o colectivas. Acciones a todo nivel encaminadas a atender el consumo de SPA. Las categorías inductivas, construidas a partir de la información de los grupos focales con los docentes fueron: manejo del tema al interior del colegio, los sentimientos y reacciones de enfrentamiento al tema de las SPA y la percepción de fallas en el manejo dado desde el contexto familiar.

Manejo del tema al interior del colegio

Cuando se presentan casos de jóvenes consumidores en los colegios, los docentes mencionan que a los jóvenes se les da seguridad, apoyo y el deseo de ayudarlos en un primer momento. Si no se obtiene respuesta positiva por parte de los muchachos, como segunda alternativa se apoyan en el manual de convivencia como mecanismo de presión, o amenaza. La adecuada articulación efectiva del docente con el contexto, se basa en el desarrollo de experiencias previas generadoras de confianza, intimidad, autoaceptación y desarrollo empático con el alumno cuya ausencia favorece la generación de riesgos (Silva-Mathews & Pillon, 2004).

“Estamos comenzando un proceso de ayuda, de pronto sí tocó decir, el camino cuál es, les vamos a ayudar, pero si se dejan ayudar, que no empiecen a arrastrar a otros, entonces que se les dijo, se les da esta alternativa o la otra alternativa es pues les aplicamos el manual y se van” (GFD1 DM2 H3 L 52-59).

Entonces nos toca aprovechar lo que tenemos en el colegio, docentes capacitados para transmitirles a ellos, y cómo rescatarlos, cómo sacarlos (levantando sus brazos en señal de levantar algo), cómo darles las herramientas para que no lo hagan (GF2 DM3 H2 L 47-49).

“De pronto la parte de sanción si yo lo llevo a pescar a usted consumiendo entonces se va. Sea público o sea privado, se va. Que de pronto en el público se cuidan mucho más de sacarlo, porque la ley como que protege mucho al chico en eso entonces los colegios públicos se cuidan mucho en eso, pero la verdad es que las medidas son sancionemos o no sancionemos y san se acabó. Quitémos ese problemita de encima, porque nos está dañando, esa manzana podrida nos puede dañar a las otras manzanas” (GFD1 DM4 H8 L 31-33).

En algunas situaciones se han presentado amenazas de los estudiantes a los docentes. Los docentes consideran que la Educación debe buscar alternativas de ayuda a los jóvenes, lo que implica que esta búsqueda de alternativas viene de fuera, con la no inclusión en el escenario de la Educación.

“se vio un caso el año antepasado, un chico que se descubrió, que estaba fumando, no, parecía que estaba entrando droga al colegio, el chico ya no está acá y él sí amenazó a la directora de curso. ¿Por qué? porque al chico le siguieron proceso porque no hubo cambios ni hubo nada, además que si, digamos que ponía en alto riesgo a mucha gente, entonces ahí el consejo directivo le quitó el cupo” (GFD1 DM2 H4 L 54-57).

“nos acostumbramos a eso y no a actuar, y a veces uno de nuestros muchachos, o sea uno a veces uno dice cuando son los de otro colegio (actitud

desobligante con manos y cuerpo) pero a veces uno ve los de uno y tampoco hace nada, porque de pronto por la sanción y entonces bueno acá nos quedamos" (GF2 DM3 H4 L37-44).

"sin embargo uno mira que también la educación debe brindar alternativas de ayuda hacia los chicos y más cuando son problemas tan graves" (GFD1 DM2 H3 L 52-59).

Algunos problemas descritos por los docentes como la inasistencia al colegio, la deserción escolar, los padres no acuden a los llamados o no envían a los chicos al colegio, son indicadores de consumo de SPA en los jóvenes y/o de la vulnerabilidad de ellos frente a esta problemática. Uno de los factores que con más frecuencia se han mencionado como de riesgo para el consumo de drogas es el fracaso escolar, que sería la consecuencia última del bajo rendimiento académico, lo que significa básicamente que el chico ha dejado de ver viable su papel de estudiante y ha perdido todo interés en su futuro académico. Existen varios factores que pueden explicar el fracaso escolar (conflicto familiar, ambiente escolar pobre, dificultades de aprendizaje, falta de apego a la escuela). Incluso las creencias que los padres tengan sobre la escuela y el papel en la educación de sus hijos. Faltar a clase deliberadamente es uno de los factores de riesgo más claramente asociados al consumo de SPA, ya que el hecho de estar transgrediendo el horario escolar hace más probable que los chicos se sientan libres para implicarse en otras conductas no normativas, como beber alcohol o fumar (Halabí Díaz & Errasti Pérez, 2007).

Algunas de las acciones protectoras de los docentes como padres frente al consumo de SPA de sus hijos son la información y la prevención de riesgos.

"Por ejemplo, mi hija ella ya es mayor de edad y ella fuma y eso fue duro pero yo le doy la plata para los cigarrillos, le digo no le reciba cigarrillos a nadie, si quiere fumar, cómprelos. Porque es que uno todo lo ve que en los cigarrillos lo meten, que le echan a la gaseosa, venga yo le doy, pero todo lo que consuma, tómeselo usted y páguelo usted, porque es que hoy en día, toca así" (GF2 DM3 H2 L 18-21).

En conclusión, los docentes opinan que es necesario estar alerta, acompañar a los jóvenes, darles confianza, brindarles seguridad y reconocerlos como personas. De acuerdo con Silva-Mathews & Pillon fortalecer las destrezas sociales del alumno permite generar e implementar soluciones efectivas ante los problemas interpersonales y enfrentar situaciones del ámbito micro y macrosocial de forma que disminuyan el riesgo y la destructividad.

Sentimientos y reacciones de enfrentamiento al tema de las SPA

Los sentimientos que los docentes experimentan frente al consumo de SPA en los jóvenes son de tristeza y miedo en la mayoría de los casos; algunas reacciones de enfrentamiento frente al tema de las SPA son la búsqueda de ayuda, el brindar apoyo y la autorreflexión del docente como padre, si viviera esta experiencia.

"yo siento tristeza, siento miedo, miedo, yo tengo dos hijos de 14 años y una hija de 6 años y a mí me da mucho miedo. Yo lo que hago es preguntarles cómo ven a sus compañeros en el colegio, les han ofrecido, no sé qué, no se cuándo" (GFD1 DH3 H6 L 10-12).

"lo primero que uno tiene que hacer es buscar ayuda, antes que su hijo se le hunda..." (GFD1 DM2 H7 L 37).

“en teoría uno sabe, dicho acá, sabe que uno debe es acompañar la persona, debe brindarle el apoyo, debe hacer la reflexión de qué falló como papá, en qué falló él como hijo, qué falló en el ambiente, yo no sé, si me llegara a mí a pasar si actuaría así, no sé... pues lo sé en la teoría, yo sé, no lo podría rechazar, yo creo que no lo rechazaría pero no sé, no podría decir en la realidad cómo haría yo...” (GFD1 DM4 H8 L 1-4).

Percepción de fallas en el manejo dado desde el contexto familiar

Algunos docentes evidencian que la permisividad de los padres y la falta de confianza de los hijos en sus padres son fallas en el manejo dado desde el contexto familiar, que impide el contacto y la comunicación de los hijos de sus experiencias con las drogas.

“yo pienso también que lo importante es la confianza que haya, porque si el niño viene a contarme algún problema y yo lo castigo que porque me contó que fumó cigarrillo, él nunca más me vuelve a contar las cosas, lo que hace uno es perder la confianza, si en vez de hablarle yo lo castigo o lo reprimo o algo, el niño nunca más vuelve a contarme. Entonces, estoy de acuerdo, ganarse la confianza también...” (GF3 DM2 H3 L26-29).

Otra falla descrita por una docente es que cuando la familia amenaza con un castigo y no la cumple, el padre pierde autoridad ante el hijo.

“Desafortunadamente hay muchos papitos que dicen y nunca cumplen, si yo prometí un fuetazo, un fuetazo doy, si yo prometí, le hablé que vamos a hacer una torta, eso hacemos, ¿sí? Entonces él sabe a qué atenerse con su papá-mamá, porque si mamá es bien permisiva, yo digo usted no sé qué ta, ta, ta, ta, y si lo hace le doy y el chino lo hizo y no pasó nada, entonces ¿a qué estamos jugando? Yo nunca amenazo por amenazar, yo hablo “si haces esto pasa esto, listo. Ya sabes” y pasó: lo siento mi amor, con el dolor del alma, pero yo hablé, y yo cumplo... entonces a mis muchachos acá les he dicho, sobre todo a los de mi grado, si le cumplo a un cagón de 6-8 años, cómo no le voy a cumplir a ustedes que ya son unos varones de 15, 13 años y ese es uno de los grandes errores de la familia, que se amenaza y nunca se cumple” (GF1 DM2 H6 L26-29).

3.2.1.3.2 Implicación

Esta categoría hace referencia al interés, motivación y compromiso frente al manejo del fenómeno por parte de los docentes. Las categorías inductivas, construidas a partir de la información de los grupos focales con los docentes, fueron: Percepción de baja implicación, Atribución de implicación a la esfera gubernamental, Implicaciones de relación, Problematización de posibles implicaciones.

Percepción de baja implicación

El rol docente en su deber ser implica involucramiento frente al manejo de la SPA, pero en el quehacer docente no existe tal involucramiento. Se percibe un trabajo aislado, con poca solidaridad, soledad y sentimientos de miedo y egoísmo. Se delega la responsabilidad al área de psicología, y se perciben pocos elementos de afrontamiento.

“no tengo la capacidad para decirle a un estudiante no haga eso, no... no tiene uno una... y es muy importante que todos sepamos que debemos hacer

frente a eso, porque no solamente son los de biológicas o los de cierta área los que tienen que manejar eso, sino todos nosotros primero porque somos profesores, segundo porque somos padres... y es muy preocupante" (GFD1 DM1 H1 L 11-14).

"A nivel del área de ciencias uno como que toma eso como un tema básico, donde le va explicando a los jóvenes, primero los nombres de las principales drogas, las consecuencias que puede traer el uso, si son adictivas o no son adictivas... principalmente las consecuencias a nivel físico y a nivel psicológico. Pero ya en la práctica, en sí uno no se mete mucho en eso" (GFD1 DH1 H1 L15-18).

"sinceramente lo que uno dice, es decir, eso no es para mí, eso no me compete a mí, que lo traten los psicólogos, que lo traten allá ellos verán cómo, y si se salva bien y si no, uno es muy egoísta en ese sentido, como maestro. Como padre de familia si de pronto uno ahí sí que es peor, mejor dicho que Dios no lo quiera, faltan elementos para uno manejar" (GFD1 DM4 H5 L39-47).

Atribución de implicación a la esfera gubernamental

Según los docentes la escuela representa para los padres el lugar donde pueden mantener a sus hijos mientras ellos laboran; por lo tanto, actividades como jornadas pedagógicas son catalogadas como pérdidas de tiempo. Las exigencias del gobierno a los docentes, las limitaciones del tiempo, las jornadas intensas y la sobrecarga laboral, entre otros, son factores que limitan el desarrollo de programas de prevención del consumo de SPA en los colegios; consideran que la escuela está limitada al proceso de transferencia de conocimientos, con la exclusión de actividades extra-académicas.

"Resumidas cuentas me parece que la administración, el estado, a quien le compete nos mandó el problema a nosotros, nosotros no pudimos hacer absolutamente nada, y teníamos conocimiento de que ese chico vendía, o sea consumía, vendía, o tenía aquí su tráfico. Nosotros no pudimos hacer absolutamente nada. ¿Qué hace el gobierno o Bienestar Familiar?" (GF2 DM3 H4 L 53-56).

Los docentes atribuyen a los medios de comunicación el aumento del consumo de SPA en los jóvenes.

"los medios de comunicación ayudan y fomentan comerciales de consumo" (GF3 DH1 H2 L 51-52).

Implicaciones de relación

Los docentes reiteran en el consumo de SPA de los jóvenes como algo cotidiano, con la esperanza de que esta problemática sea de otros

"Y con sus alumnos, como uno lo ve tan seguido, pues si le da tristeza, pero como que también lo empieza a ver uno cotidiano, así no sepa uno la causa, sino porque se imagina uno no más, como le estaba diciendo ahorita de la deserción, posiblemente se sepa... como descortés, pero uno piensa ya le quedan menos alumnos como más fácil la cosa, en ocasiones uno podría pensar así, con la densidad escolar que uno tiene pues a veces uno dice, menos alumnos mucho más fácil para uno. Lógico que se les está negando la oportunidad a muchos otros" (GF2 DM3 H6 L8-13).

Tabla 3.30. Matriz de análisis, grupos focales docentes. Funza, 2007

Categorías deductivas		Categorías inductivas	
	Conocimientos	Lícitas Ilícitas Alucinógenos Drogas Funza	
INFORMACIONES	VALORACIÓN CONTEXTO	Colombia	Consumo en el contexto universitario Legislación y familia
		Funza	Acciones no aprovechadas Drogadicción y delincuencia Funza el pueblo más alcohólico Alcohol, consumo juvenil Otras sustancias Lugares de consumo Oferta Oferta y estado Consumo juvenil de otras sustancias
		Colegio	Atención Percepción desde fuera y desde adentro El alcohol en los colegios El consumo es en otros colegios
		Hogar	Normas
ATRIBUCIONES	Familia	Miembros usuarios Recuperación por hijos Solicitud de ayuda denegada	
	Consumo infanto-juvenil	Niños Jóvenes	
	Social	Consumo de alcohol	
	Significación	Clase social y consumo Consumo como hábito Sentimientos generados	
	Motivos de consumo	Falta de presencia parental La droga como salida	
	Características personales	Agresividad Incomprendidos Aislamiento social Pérdida de memoria Nivel de actividad	

Continuación tabla 3.30. Matriz de análisis, grupos focales docentes. Funza, 2007

		Categorías deductivas		Categorías inductivas	
ATRIBUCIONES	NICIO Y CURSO	PROTECTOR	Contexto	Comunidad Colegio Pares	
			Familia	Contexto Modelo Familia nuclear Comunicación Información	
		FACTORES DE RIESGO	Contexto	Calle Trabajo Universidad	
			Familia	Normas Violencia intrafamiliar Madre en rol productivo Carencia afectiva Trabajo infantil Consumo parental	
			Colegio	Conformación del curso Oferta	
			Usuario	Usuario riesgo para otros	
			Factores personales	Curiosidad Autoestima Decisión Sexo	
			Pares	Oferta Presión de grupo	
			Factores mantenedores	Sustancia Familia	
		Pronóstico	Consecuencias Síndrome de abstinencia Hurto como medio de adquisición Incertidumbre		
		Recuperación	Familia		
		Prevención	Migración Información Comunicación y acompañamiento Control Manejo del tiempo libre		
		Consumo	Normalización del consumo de alcohol Alcohol y riesgos Curso consumo de drogas Efecto Sustancias Develamiento del consumo Clandestinidad		

Continuación tabla 3.30. Matriz de análisis, grupos focales docentes. Funza, 2007

		Categorías deductivas	Categorías inductivas
ACCIONES	ATENCIÓN	Dirigida a padres	Formación Asesoría Control
		Dirigida a jóvenes	Manejo de la norma Control Formación Empleo del tiempo libre Vigilancia Asesoría y tratamiento Abandono
		Dirigida a la sociedad	Control social
	IMPLICACIÓN	participación	Comunicación y cercanía Formación y norma Control Apropiación de la problemática Incompetencia Dios
		Indiferencia	Evasión Negación Impotencia
	PROPUESTAS	JÓVENES	formación
Atención			Asesoría Tratamiento Manejo del tiempo libre
PADRES		formación	Contenido Estrategias Convocatoria
		Implicación	Información y asesoría
Otras problemáticas			
		Colegio	Sexuales Presión de grupo Armas
		Hogar	Descomposición familiar Violencia intrafamiliar Enfermedad Embarazo adolescente
		Comunidad	Video-juegos

Se atribuye que los docentes deben trabajar por una niñez digna y una vida feliz; sin embargo, es poco el trabajo que se está realizando; de igual manera recalcan la importancia de mantener una relación vertical docente-estudiante.

Problematicación de posibles implicaciones

Los docentes manifiestan preocupación por la no continuidad en el trabajo con el adolescente al terminar su jornada académica y la soledad de los hijos en el hogar por la ausencia de sus padres debido a sus amplias jornadas laborales.

“yo pienso que planes de acción es un poco como complicado, porque en este momento como equipo de trabajo como docentes, trabajamos en el colegio, somos amigos y listo, sacamos los muchachos adelante y listo, estamos hasta las dos y media con ellos. Y de dos y media hasta que llegue el otro día ¿quién está con ellos?. Ahorita estaba hablando con la mamá de un estudiante de séptimo y me decía: profesora es que yo salgo a las 6 de la mañana y regreso a las 9 de la noche, mi hijo está solo desde que sale del colegio, solo, completamente solo en la casa, es también conciencia también de ello” (GF2 DM2 H7 L40-41).

Las propuestas de prevención planteadas por los docentes se desarrollaron en el capítulo de Recomendaciones para la prevención del uso/abuso de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados del municipio de Funza.

3.2.2 Conocimientos, atribuciones y acciones de padres frente al consumo de sustancias psicoactivas de los adolescentes

Para el siguiente análisis se resalta el componente de información sobre sustancias psicoactivas y sobre su consumo en los adolescentes, el cual incluye conocimientos específicos frente a las sustancias. Igualmente se resaltan las valoraciones de los contextos colombianos, del municipio, del colegio y del hogar. Un segundo elemento a presentar es el de las atribuciones que se hacen tanto de los usuarios de las sustancias, como el inicio y el curso del consumo. Cabe resaltar dentro del componente de atribuciones los posibles mecanismos de prevención del consumo y la distribución de responsabilidades entre el estado, la escuela, la familia y el joven. Como tercer componente están las acciones dirigidas tanto a la atención a padres y jóvenes como a las posibles implicaciones de las acciones particulares que se visualizan en una participación activa o a través de la indiferencia frente a la problemática. Un cuarto componente es el de las propuestas de los padres para prevenir el consumo, propuestas que van desde la formación en el tema y en estrategias tanto para padres como estudiantes hasta la atención a través de la asesoría psicológica o el buen manejo del tiempo libre. Por último se señalan otras temáticas referenciadas por los padres y que apuntan a vislumbrar problemas anexos que se presentan en las instituciones educativas, en el hogar y en la comunidad, problemas que van desde la presión de grupo hasta la descomposición familiar, la violencia intrafamiliar, intraescolar y en el nivel de la relación comunidad-escuela.

3.2.2.1 Información

3.2.2.1.1 Conocimientos

En primera instancia, se evidencia la pobre información y contenidos que en torno al tema de las SPA conocen y comparten los padres y madres de familia participan-

tes en la investigación. Es sabido del papel que juega la información que sobre este fenómeno poseen los padres y madres, que no sólo se relaciona con las actitudes que ellos sostienen en el manejo del tema, sino que tal desconocimiento conducirá a manejos inadecuados o desconocimiento sobre elementos centrales que funcionan tanto para prevenir como para anticipar la generación de problemáticas asociadas. La explicación de la inobservancia de situaciones relacionadas con SPA en contextos familiares podría estar centrada en fallas informacionales que posee el grupo en particular.

Sobresale el hecho de calificar y señalar las SPA lícitas como aquellas legales, "que están dentro lo ya normal el trago y la cerveza, todo eso..." (GFP3 M1 H1 L1). Esta naturalización sobre el uso de SPA lícitas podría relacionarse con actitudes de permisividad e incluso de promoción de uso de dichas sustancias.

Es nulo el manejo del tema en lo referido a SPA ilícitas que suelen ser de más frecuente uso entre los jóvenes. Existe cierto estigma acerca de este tipo de drogas, puesto que son vistas y evaluadas como aspectos extraños, lejanos e impropios, pero donde en realidad, es claro, no se conoce mucho acerca de ellas.

3.2.2.1.2 Valoraciones del contexto

Así como se planteaba anteriormente, el tema de SPA connota para los padres situaciones tanto lejanas como ajenas a su propia cotidianidad y a los contextos propios de los jóvenes del sector. De tal manera que aparecen espacios como las universidades, en percepción de padres y madres: se trata de los contextos donde verdaderamente se presenta y prevalece el fenómeno de drogas. El problema se ubica allí y se traslada la atención de los lugares donde viven y crecen sus hijos.

En torno al contexto municipal, es aceptado y reconocido el uso frecuente y cotidiano de SPA lícitas, las cuales circulan de manera amplia en el sector y se reconocen como algo típico, propio de sus costumbres y su cultura, pero en lo que se insiste funcionaría al margen del fenómeno de las SPA ilegales. Es destacable que el consumo de alcohol y otras SPA lícitas también emerge como elemento con carácter recreativo:

"Por lo que llegan, la mayoría trabajan en flora y los sábados lo que hacen es... más que todo las quincenas es gastarse la plata" (GFP1 M1 H7 L8).

Es evidente que el problema del uso del alcohol es tanto frecuente como impactante para la vida de este grupo social, así es visto en algunos relatos:

"Yo estoy viviendo al pie de una señora y ella tiene hijos grandes, el niño tiene 14 años y esa señora no se controla ella toma tanto, que dura tres días perdida y ella regresa como si nada; entonces a esos niños qué les pueden exigir" (GFP2 M1 H3 L46-48).

"Aquí eso todos toman cerveza" (GFP1 P1 H7 L7).

Allí no serían significativas diferencias por género, en tanto que también se expresa con reiteración:

"Ahora hasta las damas toman cerveza" (GFP1 P2 H7 L3). "He visto cualquier cantidad de señoras...4 o 5 con niños chiquitos (señala con sus brazos, como si se tratara de niños de brazos) tomando cerveza, bebiendo alcohol y fumando" (GFP1 P2 H7 L15-16).

"Los papás, o sea de todo hoy en día hasta mujeres se ven allá sentadas, allá dándole, eso hoy en día para qué va uno a decir que son, son solamente eso, hoy en día uno ve cosas" (GFP2 M1 H3 L45-46).

El uso de SPA ilegales es visto como de naturaleza marginal, oscura y soterrada. Se asocia a espacios lejanos y solitarios, donde jóvenes desconocidos emergen para consumir; este, al parecer, se trata de un planteamiento que encierra estigmatización para el usuario de SPA ilegales, pero que también está a la base de mantener ausente el tema de lo cotidiano, "normal", habitual.

"Digamos en los potreros que están vacíos, ellos buscan como los sitios aislados" (GFP3 M2 H1 L20).

"En las noches les gusta como las partes oscuras, partes donde no puedan ser como... algo vistos" (GFP3 M2 H1 L22).

En torno al contexto escolar, existen posiciones que sacralizan estos lugares y los marcan como espacios limpios y "sanos": "O sea es colegio que lo vemos aislado, como lo vemos en un planito de Funza pero está muy bien" (GFP1 M3 H5 L56). Hay cierta necesidad de revalidar esta posición. Cuando se plantea el uso de SPA, los padres tienden a hablar de ello como tema superado, como perteneciente al pasado: "Pues aquí anteriormente en el colegio había la problemática de la drogadicción, creo que ya está acabando" (GFP1 P1 H1 L7).

Sólo de manera muy superficial se llega a abordar el hecho del consumo dentro de los colegios, se expresa que en ocasiones aparecen SPA legales, pero se mantiene fuera la idea de las drogas ilegales:

"Aquí en este colegio no, pero tengo un sobrino que él estudia en un colegio privado aquí en Funza y él se vio involucrado, lo involucraron en un problema de las niñas!, las niñas entrando alcohol o aguardiente al colegio, cuando ellos entraban y que les pareció fácil mandarle la botella a la maleta a mi sobrino y lo involucraron y todo eso hubo investigación" (GFP1 P2 H7 L18-20).

Es clara una necesidad de negación: "yo digo que eso no es como una adicción sino mañas que cogen" (GFP2 M3 H4 L3).

Sin embargo y paralelo a ello, es innegable el comercio de SPA ilegales; así lo expresan coincidentemente en los relatos:

"Hay casas donde uno se da cuenta que llegan los muchachos... golpean, y salen, y les venden... droga, no sé qué clase de droga, pero sí he visto en varias partes" (GFP3 M3 H1 L25-26).

"En la misma calle se encuentran, el uno le da plata y el otro seguramente le pasa su paquetico en la mano y hasta luego" (GFP3 M2 H1 L27-28).

"tengo un local de cabinas telefónicas y ahí entran los pelados a pedir sus famosas bichas, y son sardininos, sardininos que no estudian, no quieren hacer nada, pero entonces llaman para pedir eso" (GFP2 M2 H1 L51-52).

"Cuando llaman y piden: "traígame dos bichas para el puente o para...", ya eso es seguido, esas llamadas" (GFP2 M3 H4 L17).

Así mismo, y relacionado con lo anterior, aparecen frecuentes observaciones sobre la problemática juvenil y familiar del uso de SPA ilegales:

"muchas veces le roban todo a la mamá, yo veo que a veces se llevan la licuadora, lo que encuentran se lo sacan" (GFP1 M3 H8 L58-59).

"Precisamente porque ya les ha absorbido todo buscan la forma de adquirir recursos para comprar el vicio" (GFP1 M1 H9 L1).

"un muchacho que se robaba las cosas y todo eso e... iba y las vendía" (GFP3 P2H5 L21).

"Ellos con tal de obtener lo que quieren venden lo que sea, para adquirir los productos que ellos utilizan para sentirse bien" (GFP2 M1 H3 L29-30).

"veíamos como los muchachos llegaban como buscando dinero, se llevaban el celular" (GFP3 P2H5 L28-29).

Resultan contradictorios los discursos. Por una parte el fenómeno estaría alejado del contexto escolar cotidiano de hijos e hijas, por otra correspondería con acciones aisladas y escondidas, y finalmente se obtienen percepciones sobre dificultades asociadas directamente al consumo, pero que no se encadenan con anteriores planteamientos que hacían, en donde, indirectamente, se trataba de minimizar la situación. Aparece entonces la desresponsabilización sobre las SPA como problema del contexto.

De igual manera, y como nutriendo esquemas de desresponsabilización, aparecen asociadas ideas en torno a la pérdida de potestad y poder frente al hijo, lo que, en opinión de ellos, plantea problemas en el manejo del tema de SPA y otros:

"Es que como hoy en día no se puede ir a reprender a un muchacho ni nada, porque ahí mismo está bienestar familiar encima de uno, ¿qué es lo que hacen?, o sea, las mismas entidades se encargan de dar libertad a los hijos para que ellos hagan lo que...." (GFP3 M3 H2 L49-50).

Así mismo, cuando de dar sentido al registro de estas dificultades se trata, los padres usan con reiterativa frecuencia explicaciones que ponen el uso como consecuencia de, como reacción a:

"Que de pronto no tienen una comprensión en la casa, o sea, ellos buscan eso es como porque no encuentran esa unión familiar como algo que se sientan bien dentro del hogar, bien porque no los entienden, o quién sabe qué será.... entonces buscan amigos que los entiendan, o sea, que de pronto tengan problemas en la casa, y ellos encuentran amigos que los atienden... pero esos amigos los llevan por malos caminos" (GFP2 M2 H2 L4-6).

"de pronto muchas veces ellos no encuentran la respuesta que buscan ahí, y entonces ellos intentan buscar otros medios, digamos, eso de meter pegante y todo eso" (GFP3 M2 H2 L8-11).

Hacia hogares disfuncionales o situaciones familiares problemáticas o críticas se arroja la explicación del fenómeno, donde prácticamente el usuario no tiene responsabilidad propia sobre estos hechos:

"Yo he visto por ejemplo casos de que llegan pelados, llegan, y eso antes regañan, antes gritan, en vez de ser todo lo contrario, cómo les fue, que hizo hoy, no, eso no se le puede preguntar. Entonces como que influye también, porque no hay esa unión familiar. Entonces por eso buscan salidas a eso..." (GFP2 M3 H1 L44-47).

"Yo pienso que el maltrato en los niños sí es causal para que ellos busquen, de pronto, la droga en la calle y los amigos, están aburridos, ¿cierto?" (GFP1 M1 H3 L13-14).

"Los niños buscan mucho, de pronto, la calle y la droga, porque de pronto en el hogar hay carencia de afecto, hay carencia de valores" (GFP1 M3 H4 L18-19).

"De pronto no tienen una comprensión en la casa, o sea, ellos buscan eso es como porque no encuentran esa unión familiar como algo que se sientan bien dentro del hogar, bien porque no los entienden, o quién sabe qué será.... entonces buscan amigos que los entiendan, o sea, que de pronto tengan problemas en la casa y ellos encuentran amigos que los atienden" (GFP2 M2 H2 L4-7).

"la niña, ella tiene un vacío tremendo, ella no confía en mí, no porque yo no le dé la confianza, sino que ella tiene cierto rencor conmigo, porque ella piensa que yo eché al papá, sobre todo la soledad que ellos sienten" (GFP2 M2 H3 L5-7).

"De pronto otra pauta puede ser, digamos, que el hombre tiene como una red de ser como machista, sí, entonces también puede ser eso, que a mi hijo no lo consiento porque es hombre y que no sé qué. Entonces también puede ser causa también de eso, o sea, cómo demostrarle ese afecto o una palabra para el muchacho" (GFP3 M2H6 L32-34).

"la soledad, los niños que están completamente solos necesitan de alguien que los atienda, que les hable, que esté ahí" (GFP2 M1 H2 L51).

"yo tengo un sobrino, estoy a cargo de él, porque mi hermana murió y ellos venían bien, al ella irse deja un vacío grande, el papá siempre ha sido una de las personas que, no sé como sería en vida de ella, pero todo les tenía, y ya al quedarse solos ellos empezaron a buscar esta clase de amistades" (GFP2 M3 H2 L40-43).

"Tengo una persona que dice que por eso está en el vicio, porque si sus padres lo hubieran ayudado y no lo hubieran echado a la calle y no lo hubieran señalado ante todo el mundo, él hubiera cambiado. Porque él lo que más rabia le dio es que todo el mundo le dio la espalda, entonces él cogió la calle por eso, por falta de aprecio, por falta de cariño, por falta de ayudarlo. Él decía: "si a mí me hubieran ayudado, si mi familia no me hubiera echado a la calle, si me hubieran dejado"... Él quería seguir en la universidad, la mamá le dijo: "se me va para la calle", y él está en la calle. Y él dice: "qué tristeza porque yo le dije déjeme estudiar y yo trato de ocupar mi tiempo, y yo voy a tratar de mejorar y yo sé mamá que le prometo". Ella lo sacó y fue por eso, porque si ella hubiera sido una persona que le hubiera colaborado..." (GFP1 M3 H8 L50-56).

De igual manera, en los padres es frecuente observar cierta *responsabilización* hacia el colegio como lugar que puede controlar de manera eficaz el fenómeno de las SPA y otros más:

"Gracias a Dios, hay una capacidad de docentes que han sabido sacar el colegio adelante" (GFP1 P1 H1 L8-9), "Afortunadamente la rectora que está este año, pues no tuve la oportunidad de conocer la rectora que estaba el año pasado, pero esta señora es una señora con los pantalones bien puestos, lo que se dice se hace" (GFP1 M3 H2 L14).

En ese orden de ideas formulan: "nosotros como padres estamos convencidos que los niños están dentro de la institución y hay personas responsables a cargo de ellos" (GFP1 M1 H3 L45-46). Ya que en percepción de ellos el colegio sería el responsable del manejo de problemáticas juveniles, se le plantea a éste lo que debería hacer:

“Si de pronto aquí en el colegio hubiera como una especie de... psicóloga o algo, me parece a mí, yo he notado que eso sería bueno” (GFP1 P2 H4 L24-25), “yo no sé... cómo hiciera el colegio para llamar ciertas madres y decirles una charla, una charla, yo sé que con una charla... bien concentrada” (GFP1 M2 H4 L27-28).

Y finalmente, se expresa directamente:

“No sabemos, pero lo que podemos ver, a los ojos de los profesores, creo que alcanzan a captar todo lo que.... No es un colegio demasíadamente grande, que se les salga de las manos a los profesores” (GFP2 M3 H5 L31).

Entonces, se visibiliza un panorama precario sobre el fenómeno de las SPA. El análisis de los discursos de los padres y madres de familia muestra factores de contexto muy complejos, que son reducidos por ellos no más que a situaciones de fuera, aisladas e infrecuentes. Así mismo, es claro que no cuentan con herramientas mínimas en el manejo de circunstancias correlativas. De otro lado, es bastante evidente el abuso de alcohol como factor presente en estas comunidades, su uso es alto, cotidiano y “normal”, y nunca llega a tener una conexión con el fenómeno de las SPA ilícitas. En percepción de los padres, desde los hogares no es posible manejar el tema, siendo esto culpa en últimas de las leyes y el gobierno. Finalmente, los padres se *desresponsabilizan* del fenómeno y delegan al colegio esta función, dada casi como una obligación que le es propia.

3.2.2.2 Atribuciones

Definidas como la inferencia a cerca de las motivaciones, rasgos, intenciones y capacidades de otras personas a cerca del consumo de sustancias psicoactivas, basada en la observación de su conducta. En la presente investigación se da cuenta de las atribuciones de los usuarios de SPA, atribuciones sobre inicio y desarrollo del uso de SPA, atribuciones con relación al consumo de SPA y atribuciones de responsabilidad frente al fenómeno de las SPA.

3.2.2.2.1 Atribuciones sobre los usuarios de SPA

Se refieren a las inferencias mantenidas a cerca de las personas que usan SPA, que en el caso de los grupos focales con padres se relacionaron con la forma como es visto el usuario al interior de la familia, los jóvenes y niños como usuarios, los usuarios en la sociedad, los motivos para el consumo y aquellos rasgos que caracterizan a las personas que hacen uso de las sustancias psicoactivas.

a. Familia

Esta categoría dio cuenta de la forma como son observados los usuarios desde el interior de la familia, que en el caso de los comentarios de los padres se relacionó con los usuarios como miembros de una familia que en algunos casos apoya y promueve la recuperación y en otros casos ignora, rechaza o abandona.

Al referirse a los usuarios como miembros de una familia, mostraron sus propias familias y cómo en su interior han existido usuarios, e incluso en algunos casos aún existen. Dentro de los miembros de la familia, usuarios de sustancias, se mencionaron a los padres y madres como consumidores de alcohol y/o cigarrillo, a los hijos como consumidores de alcohol y de otras sustancias, y a un sobrino bajo su tutela como consumidor de bórer.

“Mi hija mayor, ella en la universidad tuvo problemas con el alcohol” (GFP1 M1 H9 L6-8).

Especialmente se refirieron a sí mismos como padres o madres exusuarios de alcohol y/ o cigarrillos; en cuyo caso la familia, el padre o la madre, ha sido una las motivaciones emergentes para tomar la decisión de recuperarse, viéndose a sí mismas como futuros modelos del comportamiento de sus hijos, y como formadores de los mismos. El padre o la madre consideran que su permanencia en el consumo sería un factor de riesgo para sus hijos, y que su autoridad frente a esa problemática se vería afectada.

“yo fumaba mucho... También ya era de que... la ansiedad, un cigarrillo me calmaba. Ahorita que me tocó, yo llevo un año, yo no vuelvo a fumar, porque yo cómo le voy a exigir a mis hijos más adelante que no fumen, si yo misma les estoy dando ejemplo” (GFP1 M1 H8 L4-7).

De igual forma señalaron la afectación emocional de toda la familia cuando uno de sus miembros es usuario de las sustancias:

“Si un muchacho está en esa problemática toda la familia sufre” (GFP3 M1H7 L23-24).

Otro aspecto relevante de los temas analizados por los padres que se relaciona con la familia de los usuarios se refiere a la respuesta del grupo familiar ante el uso de sustancias de uno de sus miembros y su solicitud de apoyo para su recuperación, señalando a algunas familias como “abandónicas” al denegar su ayuda y excluir al miembro usuario de la familia.

“Tengo una persona que dice que por eso está en el vicio, porque si sus padres lo hubieran ayudado y no lo hubieran echado a la calle y no lo hubieran señalado ante todo el mundo, él hubiera cambiado” (GFP1 M3 H8 L50-56).

b. Consumo infanto-juvenil

Hace referencia a los usuarios de sustancias cuyas edades se encuentran por debajo de los 25 años, que en el caso de los grupos focales hizo especial énfasis en el consumo infantil en la sociedad colombiana conocido a través de los medios de comunicación y en el consumo juvenil local, observado directamente en los jóvenes de su comunidad, sus familias y otros contextos. Se destaca la información arrojada sobre las edades de los consumidores, la cual ubican en su contexto desde los doce años: “Yo por lo menos tuve un caso, en mi familia, mi hijo tenía la edad como de unos 12, 13 años” (GFP2 M3 H3 L16-17) “son muchachos y niñas de 13 años del colegio, tenaz, pero es verdad” (GFP2 M2 H4 L22). Esta apreciación de los padres se asemeja a la arrojada por el estudio Nacional de Salud Mental, 1993, según el cual el consumo de alcohol en Cundinamarca empieza a los 12,8 años de edad, el bazuco a los 13 años, la marihuana a los 14 años, el tabaco a los 16, y la cocaína y los tranquilizantes a los 24 años.

En cuanto a las sustancias usadas por los jóvenes, los padres hacen referencia al alcohol, el cigarrillo, la marihuana, el bazuco y los inhalantes: “Los muchachos jóvenes consumen mucho alcohol” (GFP3 P1 H1 L11) “Escuché en un noticiero que los niños estaban utilizando un quitaesmalte que para ellos era un alucinógeno, o sea, sentían satisfacción” (GFP2 M1 H1 L1-2). La anterior información proporcionada por los padres es acorde con la encuesta RUMBOS (2002), realizada en jóvenes escolarizados, mostrando tasas elevadas de consumo de alcohol en esta

población (83,8), seguido por un consumo significativo de cigarrillo y marihuana (37,5 y 8,9) respectivamente.

Los padres hacen un especial énfasis en el consumo femenino de alcohol en estas edades, dando una apreciación más fuerte y menos permisiva a su consumo que al consumo masculino, al considerar que el consumo le acarrea a la mujer la exposición a más riesgos "Anteriormente en los colegios sí se veía todas las niñas" (se refiere al consumo de alcohol) (GFP1 P1 H7 L26).

c. Uso social

Desde la perspectiva de los padres el consumo del alcohol ha sido naturalizado como un consumo socialmente permitido, aceptado, tolerado y cotidiano, especialmente en los hombres adultos, haciendo parte de sus costumbres y rituales como fin de la jornada laboral semanal: "La mayoría trabajan en flora y los sábados lo que hacen es... más que todo las quincenas, es gastarse la plata" (GFP1 M2 H7 L9). La mujer como consumidora de alcohol se ve en aumento, presentando una connotación diferente al consumo masculino. Ellas son señaladas y culpabilizadas por su consumo, por su condición de madres, y por los lugares en los que se da el consumo, considerados espacios exclusivamente masculinos.

"He visto cualquier cantidad de señoras...4 o 5, con niños chiquitos (señala con sus brazos, como si se tratara de niños de brazos) tomando cerveza, bebiendo alcohol y fumando" (GFP1 P2 H7 L15-16).

El consumo de alcohol ha sido atribuido en mayor medida a los hombres, seguidos de los jóvenes y mujeres:

"Yo creo que aquí no faltarán padres de familia y algunos alumnos de décimo, once, que hagan lo mismo" (GFP1 M1 H7 L12-13).

"Los papás, o sea, de todo, hoy en día hasta mujeres se ven allá sentadas, allá, dándole" (GFP2 M1 H3 L45-46).

Estos datos se encuentran estrechamente relacionados con los datos arrojados por el Estudio Nacional de Salud Mental 2003, según el cual en Cundinamarca el 90,1% de la población consume alcohol, el 93,5% de los hombres, el 86,8% de las mujeres y el 78,7% de los jóvenes.

De acuerdo con el estudio realizado por Regier et al. (1990), por cada mujer, más de tres hombres consumieron bebidas alcohólicas hasta la embriaguez antes de los dieciséis años. El hallazgo anterior puede explicarse por una cultura en la cual el consumo de alcohol por el hombre es aceptado socialmente, mientras que en la mujer existe una menor permisividad social y familiar, que se comporta como un factor de protección para la misma.

d. Significación

Hace referencia a la forma como los padres observan y adjetivan al usuario de sustancias psicoactivas, siendo evidente la diferenciación que muestran por clase social, la forma como asumen el consumo, como una conducta controlable por el usuario, y los sentimientos que en ellos se generan dirigidos hacia los usuarios de sustancias.

Los padres asumen al consumidor como un joven proveniente de clases altas con un alto poder adquisitivo, delegado por sus padres: "en la universidad los mucha-

chos que más consumían eran los hijos de papi y mami" (GFP1 M1 H9 L16-19), atribuyendo de esta forma la problemática a otro sector de la sociedad alejado del propio, y por ende excluyendo a sus propios hijos de la posibilidad de incurrir en la misma; lo cual se encuentra en oposición a los datos arrojados por el Estudio Nacional de Salud Mental el cual no encontró diferencias estadísticamente significativas entre clases sociales.

El consumo de sustancias lícitas se ha naturalizado, otorgándole un bajo nivel de gravedad al asumirlo como "hábito" o "maña" que el usuario puede controlar y abandonar si así lo desea, sin percatarse de su naturaleza adictiva:

"un hábito también, si ellos no se fuman un paquete como que no se quedan contentos" (GFP2 M3 H4 L4-5) "yo digo que eso no es como una adicción sino mañas que cogen" (GFP2 M3 H4 L3).

El usuario despierta en los padres un sinnúmero de sentimientos que oscilan entre la lástima por ser víctimas de una familia que no proporciona soporte ni afectivo ni físico: "Uno se pone a pensar, ¡ay! ¡Dios mío! qué será la vida de este pelado de aquí a mañana. ¿Los papás sí sabrán?, ¿estarán enterados?, entonces uno se pone a pensar muchas cosas, porque igual no tienen papás, no hay quién les diga: mire, esto no está bien" (GFP2 M2 H1 L18-22). A su vez genera sentimientos de temor ante usuarios que los atacarán con el fin de hurtar sus pertenencias, buscando con esto proveerse de las sustancias que requieren: "sí, no consume una sola persona, hay tres o cuatro personas consumiendo, si usted va solo qué va a hacer ante cuatro que lo primero que van a hacer es sacarle cuchillo, y atracarlo o quitarle el celular" (GFP2 M1 H4 L6). Lo cual se corrobora con la evidencia al señalar a la violencia y el consumo de drogas como dos factores que predisponen al uno con el otro, de tal forma que los jóvenes que abusan de la droga son más propensos a cometer actos de violencia (Fraile, Riquelme, Pimenta, 2004).

e. Motivos de consumo

Los padres atribuyen como motivo de exposición al consumo, la falta de presencia parental, ante la cual surge la droga como una "salida" de afrontamiento, entendiendo esta falta de presencia tanto física, como afectiva, señalando que son padres que no poseen la suficiente cercanía con sus hijos, que no exhiben demostraciones afectivas, que no se comunican con sus hijos, generando en éstos sentimientos de soledad, abandono y desprotección.

"Son pelados sardinos, son como de 18 años, de 17 años, que de pronto la mamá no está ahí, bueno, ¿qué está haciendo? ¿Por qué no está haciendo? O ¿por qué no se va atrabajar? O no sé qué es lo que pasa ahí, pero ahí debe haber algo que por eso es que los pelados buscan esa salida, llamémoslo así: salida" (GFP2 M2 H1-2 L52-2).

Este tipo de atribución ha sido expuesto por Gómez y Gómez (1992) al manifestar como razones principales de consumo escapar de situaciones y sentimientos desagradables, así como encontrar experiencias nuevas y placenteras. De igual forma diversas investigaciones han mostrado que la carencia de apoyo familiar puede llevar al adolescente al uso de drogas lícitas e ilícitas, utilizando esta manera como forma alternativa para enfrentar el estrés generado por el ambiente (Osorio-Rebolledo, Ortega, & Pillon, 2004).

f. Características personales

Los padres describen a los usuarios de sustancias psicoactivas como personas agresivas, solitarias y aisladas, con niveles de actividad ya sea letárgicos o impulsivos, con dificultades en memoria, quienes presentan bajos niveles de atención y aprobación de sus problemáticas por parte de sus padres.

No obstante, en la actualidad aún se mantienen los debates relacionados con las características personales por cuanto no se ha establecido claramente si se trata de características ocasionadas por el consumo o si hacen parte de las características personales que desencadenan el consumo, como puede encontrarse en Kaplan, Sadock, Cancro, & Cantwell (1995), quienes plantean que las causas del alcoholismo aún no están suficientemente establecidas, y tienen que ver con factores sociales, culturales, psicológicos y biológicos. Por ejemplo, se han determinado algunos factores de riesgo psicosociales relacionados con la aparición de alcoholismo, tales como el aislamiento, la timidez, la depresión, impulsividad, conductas autodestructivas y hostiles, inmadurez sexual y la presencia de una personalidad de tipo dependiente.

Los padres asumen a los jóvenes consumidores como agresivos y pasivos agresivos, que manifiestan dicha característica especialmente al interior de su familia, en la relación con sus padres, mostrándose verbalmente agresivos: "Yo he visto por ejemplo casos de que llegan pelados, llegan y eso antes regañan, antes gritan" (GFP2 M3 H1 L44).

Los padres perciben poco interés de la familia hacia los jóvenes consumidores, siendo frecuentes las discusiones (Gómez-Gómez, 1992) y los sentimientos de aislamiento e incompreensión:

"O sea, ellos buscan eso como porque no encuentran esa unión familiar, como algo que se sientan bien dentro del hogar, bien porque no los entienden, o quién sabe qué será... entonces buscan amigos que los entiendan, o sea, que de pronto tengan problemas en la casa, y ellos encuentran amigos que los entienden,..., pero esos amigos lo llevan por malos caminos" (GFP2 M2 H2 L4-6).

El usuario visto por los padres es un joven que busca aislarse, replegarse en sí mismo, lo cual puede relacionarse con una conducta asumida como medio para mantener oculto su consumo, o un efecto asociado al consumo de algunas sustancias como el alcohol, como lo señala Torres (1993); "un día lo noté raro, y dije: "¿pero por qué se aislaba?", se encerraba en su cuarto, entonces, claro, eso ya le preocupa a uno, porque si él no ha sido así, ¿por qué actúa ahora así?" (GFP3 M2H4 L42-44).

De acuerdo con la experiencia de los padres, el usuario presenta un nivel de actividad diferencial, que puede ser o bien letárgico o, por el contrario, mostrarse impulsivo, lo cual puede relacionarse con el efecto de la sustancia consumida: "pis*la persona que va ahí como sonámbula" (GFP3 P1 H3 L18-19) ¿Como hiperactivas? (GFP2 M2 H2 L20).

3.2.2.2.2 Inicio y curso

Hace referencia a las explicaciones, y análisis sostenidos, en relación con el inicio del consumo, el desarrollo del proceso y los alcances que supone el uso de SPA.

Los padres describieron aquellos factores que consideraron protectores, de riesgo, o mantenedores del consumo de sustancias psicoactivas. De igual forma señala-

ron el pronóstico que, en su criterio, tendrán quienes asuman el consumo, y algunos factores que motivan la recuperación.

Factores protectores

Asumidos como acciones o actitudes en orden a potenciar o mantener la salud del adolescente y que pueden llegar a reducir el consumo de drogas (Fraile, Riquelme, Pimenta, 2004).

Los padres reseñaron como factores protectores el contexto y la familia, razón por la cual un colegio adecuado, un vecindario sano y el apoyo de programas de salud pública dirigidos a la población vulnerable contra la drogadicción, serán de gran utilidad como apoyo para el joven (Fundación Santafé de Bogotá, 1993).

a. Contexto

En cuanto al contexto señalaron a la comunidad, el colegio y los pares como agentes que pueden llegar a prevenir el inicio del consumo o el mantenimiento del mismo: "ya empezaron los rumores, pilas con los niños" (GFP1 M1 H3 L32); "Yo creo que es la disciplina del colegio últimamente, que ha ayudado mucho en eso, aquí se vieron cuando vendían droga afuera (GFP1 M1 H6 L47-48). Como fue observado también por el estudio realizado en Boyacá (Fundación Santafé de Bogotá, 1993) sobre los factores psicosociales y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de básica secundaria y media, permitiendo determinar que el principal factor de protección es el microsocioal, es decir, tanto la familia como la escuela resultan ser los sistemas que protegen a los adolescentes del inicio de abuso de sustancias psicoactivas (Fraile-Duvicq, Riquelme-Pereira, & Pimenta-Carvalho, 2004).

Los factores relacionados con los amigos o los pares y el uso del tiempo libre y la recreación disminuirán el consumo de bebidas alcohólicas en la población en 28,5% y 23,3% respectivamente. "Por la clase de amistades que tengan ellos" (GFP2 M1 H1 L27).

b. Familia

La familia ha sido asumida por los padres como un factor que puede llegar a proteger o a convertirse en factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes; actuará como factor protector en cuanto que los padres sean modelos positivos no consumidores, que mantengan una familia nuclear con adecuados niveles, canales y estrategias de comunicación afectiva que permitan la cercanía, confianza, formación e información a sus hijos.

Los padres asumen su recuperación del consumo de sustancias lícitas como una estrategia para proteger a sus hijos de un padre o madre consumidor, que sería asumido como modelo negativo de identificación y que los desacreditaría como autoridad frente a sus hijos. "Ahoritica que me tocó, yo llevo un año, yo no vuelvo a fumar, porque yo cómo le voy a exigir a mis hijos más adelante que no fumen, si yo misma les estoy dando ejemplo" (GFP1 M1 H8 L5-7).

Los padres consideran la conformación familiar como una fuerte base emocional que garantizará la estabilidad afectiva y emocional de sus hijos, evitando de esta manera que requieran buscar apoyos en otras personas, sustancias o situaciones. "Pues por lo menos, pues un hogar que sea, pues estable" (GFP2 M2 H1 L40).

Los padres refieren que la relación y comunicación afectiva entre padres e hijos contribuye al nivel de seguridad, autoestima, autoconcepto, factores determinantes en el desarrollo de destrezas emocionales, cognitivas y sociales del adolescente, previniendo de esta manera el uso de sustancias: "Un hogar que esté ahí con los pelados y que les esté dialogando, que les esté preguntando" (GFP2 M1 H1 L41). Dado que estas destrezas emocionales permiten la elección de conductas y la adecuada articulación efectiva con el contexto. Y más aún si se basan en identificaciones capacitantes y en experiencias previas generadoras de confianza, intimidad, autoaceptación y desarrollo empático. Permiten generar e implementar soluciones efectivas ante los problemas interpersonales y enfrentar situaciones del ámbito micro y macrosocial de forma que disminuyen el riesgo y la destructividad. En tanto las destrezas cognitivas conducen a la creación de soluciones alternativas y especificación de cada paso para adquirir las metas.

"En el caso mío ahorita el pelao no se mete en esas cosas. Él ya sabe lo que es bueno y lo que es malo. Aquí se oye decir en todas partes que la marihuana y todas esas vainas es malo, entonces lo que es malo no le sirve a uno, a uno le sirven es las cosas buenas" (GFP1 P1 H2 L54-57). "Las bases que le haya dado uno, porque ellos pueden tener amigos que sean así, pero si uno le da buenas bases a los hijos de que no se dejen convencer tan fácil" (GFP2 M2 H1 L28-29).

Factores de riesgo

Se denomina factor de riesgo a cualquier circunstancia o evento de naturaleza biológica, fisiológica o social, cuya presencia o ausencia modifica la probabilidad de consumo de sustancias psicoactivas. En este caso los padres describieron diferentes escenarios como factores de riesgo: entre ellos destacaron el contexto, la familia y el colegio; de igual forma señalaron algunos actores como otros usuarios y el grupo de pares, y a su vez describieron algunos factores personales que pueden incidir en la decisión de consumir sustancias psicoactivas.

a. Contexto

En cuanto al contexto como factor de riesgo, los padres reseñaron escenarios específicos en este, como lo son la calle y el trabajo y las instituciones de educación superior. Con respecto a la calle los padres asumen que aquellos jóvenes que permanecen más tiempo fuera de sus hogares se presentan más vulnerables frente a la oferta de las sustancias psicoactivas y por ende pueden llegar a asumir su consumo "Ya que ellos cogen la calle y de hecho la calle trae problemáticas como la drogadicción" (GFP1 M1 H1 L33).

A la naturaleza y características propias del trabajo predominante en Funza relacionado con el cultivo de flores, le es atribuido por los padres una condición de factor de riesgo: "Por lo que llegan, la mayoría trabajan en flora y los sábados lo que hacen es... más que todo las quincenas, es gastarse la plata" (GFP1 M2 H7 L9), el cual puede estar relacionado con algunas condiciones propias del trabajo, como lo señala Velásquez (1996), quien encontró en su estudio que el trabajador maltratado y mal remunerado, que realizan trabajos expuestos a condiciones peligrosas, u horas de trabajo excesivas, o condiciones denigrantes y adversas, son propensos al consumo de sustancias psicoactivas. O incluso, la misma cultura organizacional puede incluir dentro de sus rituales el consumo de sustancias socialmente aceptadas como el cigarrillo, como medio de socialización y como estrategia para disminuir el estrés generado por el mismo trabajo.

"A mí también me pasó, yo fumaba mucho, yo trabajé en fábricas de calzado, entonces en ese medio se fuma mucho, entonces yo fumaba mucho... También ya era de que... la ansiedad, un cigarrillo me calmaba" (GFP1 M1 H8 L4-5).

Los padres asumen las instituciones de educación superior como factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas, dada su inclusión universal de todo tipo de jóvenes que pueden ser o no consumidores, con fortalezas o debilidades específicas que pueden ser transmitidas a sus compañeros, favoreciendo o protegiendo del consumo de SPA.

"En la universidad como hay bueno hay malo. Entonces. Y créame, en la universidad los muchachos que más consumían eran los hijos de papi y mami, los muchachos que trabajaban, que les tocaba sudar para pagar su semestre, eran los que estaban ahí juiciosos. ¿Por qué? muchas veces no es eso, es cuestión de que les tocó, y no tenemos por qué juzgarlos, hay es que ayudarlos" (GFP1 M1 H9 L16-19).

b. Familia

La familia del drogadicto, o del posible abusador de SPA, se describe por los padres como desorganizada y con falta de normas claras y adecuadas; que no satisface las necesidades básicas de afecto y seguridad del hijo; mencionan como factores contributorios para el abuso de SPA, la falta de comprensión entre los miembros, la personalidad de los padres y la percepción que de ellos tiene el farmacodependiente, el consumo parental, el rol productivo asumido por la madre y el trabajo infantil.

Estas percepciones que comparten los padres sobre la familia como factor de riesgo son descritas también por Hanson (2006) quien afirma que los factores familiares que determinan el uso y abuso de sustancias psicoactivas por parte del adolescente son: padres punitivos, conflictos de pareja, ausencia de figura de autoridad, maltrato físico o psicológico, consumo familiar de sustancias, limitada participación de los padres en la formación de los hijos y bajo nivel de ingreso familiar (Hanson et al., 2006).

Uno de los factores de riesgo que más refieren los padres ha sido un patrón de crianza disfuncional, ya sea por ofrecer un estilo de crianza autoritario o permisivo. En el caso del estilo autoritario, éste se refiere a la agresión tanto física como verbal como forma de impartir la norma, generando distancia emocional, temor y desconfianza por parte de los hijos, limitando de esta forma la posibilidad de comunicación de sus necesidades y dificultades, lo que trae consigo la necesidad de los hijos de buscar fuera del hogar un soporte emocional, e igualmente la información que sobre su vida y actividades refiere a sus padres, evitando de esta forma el castigo. "Porque de pronto ellos ya no están contando con nadie, porque ya que llego a la casa, me van a regañar o me van a llamar la atención, entonces ellos buscan la salida en otro lado" (GFP2 M2 H3 L3-4).

El estilo de crianza permisivo también es señalado por los padres como factor de riesgo para el consumo al crear incertidumbre en los límites, puesto que estos no son claros o se presentan ante los hijos como inexistentes, permitiendo al joven explorar el mundo sin ninguna guía ni pauta que oriente sus decisiones.

"Muchas veces también muchos padres y madres que son muy permisivos con los hijos. "Ay! dejémoslos que hagan lo que quieran", eso también los puede llevar" (GFP1 M1 H9 L2-3).

Las dificultades en el manejo de límites han sido descritas por Osorio-Rebolledo, Ortega, & Pillon (2004) quienes afirman que las familias de dependientes de drogas presentan disfunciones en áreas que involucran expresiones de afecto y de establecimiento de límites y papeles en la estructura familiar.

Los padres confirman lo que de igual forma ha encontrado Serpa (1992), que la violencia por parte del padre se convierte en un factor de riesgo importante para la aparición de conductas farmacodependientes (Serpa, 1992, p. 44) "Yo pienso que el maltrato en los niños sí es causal para que ellos busquen, de pronta, la droga en la calle y los amigos, ¿están aburridos, cierto?" (GFP1 M1 H3 L13-14).

Los padres expresan cómo las condiciones actuales han llevado a la mujer a trabajar fuera de casa, ya sea porque los ingresos económicos del padre no son suficientes y se requiere de su contribución económica, o porque el padre abandona el núcleo familiar y no aporta económicamente, lo cual, a su juicio, se convierte en un factor de riesgo por cuanto la madre no cuenta con el tiempo para brindar a sus hijos compañía, guía, orientación, afecto, e inclusive cuidados básicos, generando hijos solos, con carencias afectivas y con límites confusos, que incluso deben asumir roles parentales frente a sus hermanos menores, mostrándolos ante el mundo como sujetos vulnerables y fácilmente inducibles al consumo.

"Porque nosotras buscamos con la responsabilidad ... de papá y mamá, entonces, ¿qué nos toca?, nos toca salir a buscar el sustento de cómo sacamos nuestros hijos adelante, entonces, eso es causa de que los niños queden desafortunadamente tiempo solos en la casa, ellos quedan muy solitos, entonces, ya viene el amiguito -vamos para acá y para allá-" (GFP1 M1 H3 L24-27).

Esta atribución hecha por los padres también ha sido encontrada por Silva-Mathews y Pillón, quienes afirman que el que los padres se encuentren la mayor parte del tiempo fuera de casa, por encontrarse trabajando, está dificultando los espacios de encuentro de la familia, contribuyendo a que rara vez se hagan cosas juntos, no existiendo vínculos no sólo afectivos sino de reforzamiento positivo, lo que puede generar 1,5 veces mayor necesidad de uso, 1,35 veces aumento de la cantidad para llenar este espacio, 5,5 veces mayor posibilidad de accidentes, y 1,35 veces más riesgo para decir "no" cuando le ofrezcan alcohol u otras drogas. Se espera que aquellos adolescentes que están deprivados crónicamente de reforzamiento positivo están dominados por persistentes y generalizados estados de ánimo negativo (Silva-Mathews & Pillon, 2004).

De acuerdo con los relatos de los padres, la estructura de la familia del consumidor de droga es generalmente desorganizada, suele estar caracterizada por la ausencia de uno de los padres (ya sea ausencia física o ausencia psicológica). En caso de encontrarse ambos presentes las relaciones conyugales son hostiles y deficientes. Existe poco diálogo entre los miembros de la familia; los problemas que surgen no son discutidos entre ellos y hasta se ha llegado a encontrar un total desconocimiento de los padres sobre la adicción del hijo. Este, por lo general, es poco reconocido o respetado en el hogar y ha sentido con claridad la incompreensión y el rechazo por parte de sus padres.

"De pronto no tienen una comprensión en la casa, o sea, ellos buscan eso como porque no encuentran esa unión familiar como algo que se sientan bien dentro del hogar, bien porque no los entienden, o quién sabe qué será,..., entonces

buscan amigos que los entiendan, o sea, que de pronto tengan problemas en la casa, y ellos encuentran amigos que los entienden" (GFP2 M2 H2 L4-7).

Diversas investigaciones han mostrado que la carencia de apoyo familiar puede llevar al adolescente al uso de drogas lícitas e ilícitas, utilizando esta manera como forma alternativa para enfrentar el estrés generado por el ambiente (Osorio-Rebolledo, Ortega, & Pillon, 2004).

Uno de los padres señala como factor de riesgo el ingreso muy temprano al mercado laboral de los jóvenes, dejándolos fuera de la protección y control familiar, y a su vez enfrentados a un medio hostil en el cual deben competir, y del cual reciben medios económicos que les posibilitarán el acceso a las sustancias psicoactivas.

"Pero ese error tan grande que comete, que trabaje, pero ya empieza uno a conocer que el amigo, que la parranda, que la cerveza, que esto. Yo a la edad de 13 años estaba fumando..... Ese ejemplo que me dieron a mí, que me dieron, eso fue la calle, yo busqué la calle. A las 12, una de la mañana, yo iba a la casa, a veces me llamaban ¿por qué? porque uno también se buscó" (GFP1 P1 H9 L30-33).

Los padres expresaron, en los grupos focales, que el consumo parental es un factor de riesgo para sus hijos, atribuyendo varias razones a esta afirmación, entre las que se destacan el modelo que seguirán los hijos, la flexibilización en las normas frente al consumo y la violencia ejercida hacia los hijos a causa del consumo. "Si en la casa se hace, él piensa que es un hábito normal y que no tiene ningún inconveniente" (GFP3 P2 H4 L14). "Igual si tiene un grupo de amigos y lo están haciendo, dice no, si en la casa lo hacen, entonces, pues yo también lo puedo hacer. Ahí es donde el muchachito empieza a formarse, y hay que evitar eso, no más el simple hecho de fumar..." (GFP3 P1 H4 L15-17). La atribución hacia el consumo parental como factor de riesgo ha sido descrita por Serpa quien afirma que el abuso de sustancias por parte del padre también se asocia a la pobre supervisión y monitoreo, al igual que a prácticas de disciplina inconsistentes y explosivas (Serpa, 1992, p. 47). En las familias en las que los padres abusan del alcohol o drogas ilegales, éstos son tolerantes al consumo de sus hijos, involucrando a sus hijos en su propia conducta de consumo, con lo cual es más probable que los niños abusen de drogas y de alcohol en la adolescencia.

"Otro factor importante sería este: Un niño de tres, cuatro años, llega a la tienda, -véndame un cigarrillo-, ¿para quién es? -es para mi papá-, -es para mi mamá-. El papá y la mamá están fumando, y ¡pun! botaron la colilla, y él, (señala que el niño toma la colilla y fuma), si mi papá lo hace, si mi mamá lo hace, por qué no lo voy a hacer yo. En caso, de pronto, de hogares en que los padres consuman alcohol, les quita a los padres de los hijos. Yo pienso que el hijo en la calle es el retrato totalmente de los padres" (GFP1 M1 H8 L16).

c. Colegio

Los padres señalaron al colegio como factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas, atribuyendo a éste y sus alrededores el medio propicio para la oferta de estas sustancias, especialmente si se trata de un colegio grande público, cuyos cursos son numerosos, y con edades heterogéneas, tornándose difícil la tutela. "Un colegio, por ejemplo,...., que hay demasiados estudiantes, ¿qué hacen ahí? Los mismos pandilleros van y se aprovechan de los muchachos, y como

los muchachos, desgraciadamente, desafortunadamente, ven al pandillero como un héroe: que ese es mi pana, que ese es mi parce, que ese es mi perro, entonces, así como que los van envolviendo" (GFP3 P2 H-31 L54-3). Atribución que se afirmaría con los resultados del estudio realizado en Boyacá en 1997 sobre los factores psicosociales y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de básica secundaria y media, el cual determinó que pertenecer a un colegio privado aumenta el riesgo de consumo de cigarrillo (RD: 1,46; IC 95%: 1,02 < RD < 2,09; p 0,030) (G. Medina & Alvarado, 1997). No obstante, se refutaría en sustancias como bebidas alcohólicas que, según el mismo estudio, se presenta con más frecuencia en establecimientos educativos de carácter público (64,0%) (RD: 1,96; IC 95%: 1,38 < RD < 2,79; p 0,0000) (G. Medina & Alvarado, 1997).

d. Usuario

Algunos padres asumen al usuario como un factor de riesgo para sus pares, lo cual ha sido corroborado por el Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de sustancias Psicoactivas, Colombia (1993), el cual señala como factores de riesgo para el consumo de cocaína el tener un amigo consumidor, una mala comunicación familiar, y alcoholismo, consumo de marihuana y exceso de alcohol en la familia.

"Yo tengo una amiga, muy querida... que yo pensé que era mi amiga, pero ¿qué pasa?, que yo pensaba que el vicio estaba en la calle, o en el colegio, y yo lo dejaba ir donde ella. Y ¿qué pasa?, que el niño de ella es muy vicioso, y yo no me daba cuenta, y yo, supuestamente, lo mandaba para allá, porque él estaba bien allá, porque supuestamente estaba mi amiga, y qué mejor que estuviera donde mi amiga. No sabe el error que uno comete" (GFP1 M2 H4 L12-16).

e. Factores personales

Los padres han atribuido como factores de riesgo algunas condiciones inherentes al sujeto mismo, como son su curiosidad, su bajo nivel de autoestima, la toma de decisiones y su género.

Los padres consideran que la curiosidad empuja al adolescente a la experimentación con droga, llegando a asumir el consumo inicial para conocer los efectos en su organismo: "Usted sabe que al menos, como por probar y a ver qué se siente" (GFP2 M1 H1 L30-3). Este tipo de conducta puede ser asumida por los jóvenes que no cuentan con formación e información en la temática: "Pero si de pronto llega uno que es ingenuo, no sabe, entonces le dicen –hermano, hágale, eso no pasa nada–, entonces, ahí es donde también lo van a meter al grupo de eso" (GFP2 M2 H1 L32-33).

Los padres igualmente atribuyen una forma diferencial de riesgo de consumo, especialmente de alcohol, por género; no obstante, afirman que actualmente esta diferencia en el consumo se ha ido equiparando, aunque continúa siendo prioritariamente masculina: "es que de pronto se corre más riesgo con los muchachos" (GFP3 P2H5 L6); "más con los muchachos, que no de pronto con las muchachas... aunque también" (GFP3 M1H5 L7). Dicha diferenciación en el consumo ha sido observada por Caballero, Madrigal de León, Villaseñor & Hidalgo San Martín, (1999), quienes afirman que la prevalencia de consumo de todas las sustancias es menor en mujeres excepto para los tranquilizantes.

f. Pares

De acuerdo a las atribuciones de los padres dirigidas hacia el grupo de pares como factor de riesgo, es la necesidad de pertenencia a un grupo lo que puede llevar a un joven a ser objeto de influencia por parte de sus pares, que condicionan su pertenencia o exclusión del grupo por el consumo de sustancias psicoactivas y la realización de otra serie de conductas: "Que el que pruebe es más valiente, que los que no prueben no son fuertes" (GFP1 M2 H4 L12). De acuerdo con los estudios realizados en el Departamento de Boyacá, esta atribución se acercaría a la realidad observada según la cual la influencia ejercida por grupos de amigos o compañeros son esenciales para que llegue o no la fase de experimentación y caer en el consumo (Fundación Santafé de Bogotá, 1993); lo cual ha sido confirmado por Stephan quien señala la fuerte influencia de los pares escolares en el comportamiento del adolescente (Stéphan et al., 2006). Esta conducta puede ser fruto de una familia con relaciones distantes, lo cual puede vincularse con la razón de asociarse con bandas o pandillas, en la búsqueda de encontrar "otra familia" en donde se encuentre compartiendo experiencias que le permitan establecer su autonomía (Silva-Mathews & Pillon, 2004).

De igual forma los padres señalan a los pares como oferentes de las sustancias, empleando la cercanía y familiaridad con los jóvenes como enganche, disparador del inicio y exacerbador del consumo: "El grupo de pandillas van cogiendo a un muchacho hasta que lo van envolviendo, y lo van envolviendo, y lo van metiendo, eso es como lo más directo de que los muchachos lleguen a entrar en las drogas, lo más directo" (GFP3 P2H5 L35-37). "La influencia y capacidad de persuasión que se da entre los pares, supone un arma que puede ser utilizada por algún amigo que se encuentre traficando, para convencer de las posibles "bondades" de la droga, exponiendo al adolescente a que pueda aumentar la cantidad de alcohol u otras sustancias" (Silva-Mathews & Pillon, 2004).

FACTORES MANTENEDORES

Los padres han identificado como factores que mantienen la conducta adictiva y promueven el avance del proceso adictivo a la sustancia en sí y sus efectos, y a la familia, como coadicta. En cuanto a la sustancia misma como mantenedora del consumo, los padres le atribuyen una gran atracción sobre el consumidor, dados sus efectos psicológicos placenteros y liberadores de tensiones, entre los que se encuentran, incluso, los generados por la sustancia, como el síndrome de abstinencia. "Me dice: 'uno se siente como tranquilo', si tiene nervios se fuma un cigarrillo. Como que pasan los nervios, según ellos, con eso" (GFP2 M2 H4 L36), "El ya se siente incómodo el día que no se mete esas... esas... Se vuelve loco" (GFP2 M1 H2 L28).

La familia ha sido atribuida por los padres como un factor que mantiene el curso de la adicción, por la forma como en su interior se asume el consumo de sustancias de uno de sus miembros, ya sea excluyendo al joven del sistema, o mostrándose pasiva, permisiva y desentendida frente al consumo, negándolo o aceptándolo, y minimizando su magnitud, convirtiéndose entonces en una familia coadicta. "Él decía: 'si a mí me hubieran ayudado, si mi familia no me hubiera echado a la calle, si me hubieran dejado...' Él quería seguir en la universidad. Y la mamá le dijo: 'ise me va y se me va para la calle!' y él está en la calle" (GFP1 M3 H8 L50-56). "¿Los papás si sabrán?, ¿estarán enterados?, entonces, uno se pone a pensar muchas

cosas, porque igual no tienen papás, no hay quien les diga –mire esto no está bien–” (GFP2 M2 H1 L19-22).

PRONÓSTICO

El pronóstico atribuido al consumidor por los padres es un pronóstico incierto e irreversible, en el cual el usuario experimenta las consecuencias del consumo, se enfrenta al síndrome de abstinencia y asume conductas desadaptativas como medio de adquisición de las mismas.

Dentro de las consecuencias atribuidas al uso de sustancias, se encuentra descritas por los padres una serie de posibles riesgos a los cuales se ve expuesto el usuario. Entre las que se apreciaba una mayor vulnerabilidad ante el ataque de otros: “ahí se entraban todas esas niñas, ahí, eran las 3, 4 de la tarde, y salían esas niñas, pero.... No sabían de donde eran. Las encontraban por ahí, en la calle, ahí es donde se presenta la situación de inseguridad para esas niñas” (GFP1 P1 H7 L27-29); la exposición a la dependencia de la sustancia, dada su naturaleza adictiva, sugiere que aquel que asume un uso experimental tiene mayor probabilidad de llegar a una adicción que de abandonar la sustancia.

“Ya después de que un niño consume, y si le gustó, difícil que salga de eso” (GFP3 M2 H1 L22); “el deterioro físico, psicológico, social y cognitivo, consecuencia de la adicción a algunas sustancias, ‘he tenido amigos con los que yo estudiaba que son indigentes. Que fue el alcohol y la marihuana lo que dañaron a esos muchachos’. Paso yo con mis dos niños ‘¿si ven ese muchacho que está allá?. Él fue compañero de estudios mío, miren lo que hace el alcohol y la droga, miren donde está, él está en la calle, ¡vean!’” (GFP1 P2 H7 L56-59).

Los padres asumen los síntomas del síndrome de abstinencia de algunas sustancias como un factor que incide en el pronóstico del usuario, adhiriéndolo al consumo de la sustancia, viendo al consumidor como un ser sujeto a la misma, sin posibilidad de renunciar a ella, y a su consumo como obligatorio, evitando así el padecimiento del síndrome de abstinencia:

“Él ya se siente incómodo el día que no se mete esas..., esas... Se vuelve loco. Y dice que cuando ya deja de meterse esas, él ya se siente un poco tranquilo, pero al mismo tiempo él no resiste, ya de lo mucho que se mete eso, ya no se sabe que las vichas, él siente miedo. Él dice que siente mucho miedo, y que alguien lo persigue, y se mete debajo de la cama, y todo eso. Él dice que no, que es algo que ya es desesperante, él se siente ya..., él dice que prefiere robar y no tener que matar a nadie, porque él no quiere llegar hasta allá, pero que si en caso dado..., pero imagínese” (GFP2 M1 H2 L27-30).

Y es precisamente por la “necesidad” de la sustancia, causada por el síndrome de abstinencia, como lo refieren los padres, que el usuario se ve obligado a conseguir la sustancia, empleando para este fin diferentes mecanismos, incurriendo en conductas desadaptativas tales como el hurto, ya sea al interior de su hogar o fuera de este, empleando la fuerza y la violencia como mediadores: “Precisamente porque ya les ha absorbido todo buscan la forma de adquirir recursos para comprar el vicio” (GFP1 M1 H9 L1).

RECUPERACIÓN

Los padres atribuyen a la familia la influencia en una mayor probabilidad de recuperación del usuario, bien sea por su pronta atención, por la búsqueda de apoyo,

o porque el usuario decide abandonar la sustancia para no afectar más a su familia, especialmente si se trata de uno de los padres quien se recupera como forma de prevención de la aparición de esta conducta en sus hijos.

"A mí también me pasó, yo fumaba mucho, yo trabajé en fábricas de calzado, entonces, en ese medio se fuma mucho, entonces, yo fumaba mucho... También ya era de que... la ansiedad, un cigarrillo me calmaba. Ahorita que me tocó, yo llevo un año, yo no vuelvo a fumar, porque yo cómo le voy a exigir a mis hijos más adelante que no fumen, si yo misma les estoy dando ejemplo" (GFP1 M1 H8 L4-7).

3.2.2.2.3 Prevención

Los padres se refirieron a las acciones y actitudes que han asumido o que consideran necesarias en el transcurso de la crianza de los hijos, como alternativas preventivas del uso de sustancias psicoactivas por parte de sus hijos, y a su vez como prevención de otras posibles problemáticas. Destacando principalmente: migrar de una ciudad o sector que amenace riesgo de consumo, ofrecer adecuada información sobre las SPA y sus consecuencias para quienes hacen uso de ellas, propiciar relaciones de confianza para con sus hijos, propiciando espacios de comunicación y acompañamiento, ofrecer reglas estrictas y claras a los hijos, y fomentar el manejo adecuado del tiempo libre.

Atribuciones que son acordes con los datos arrojados por la investigación "*Factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de secundaria*" según la cual la situación exige una acción preventiva que exige reforzar la acción educativa y formativa en los diferentes contextos del ámbito familiar, escolar, comunitario y laboral, generando nuevos espacios de satisfacción y sentido de la vida, pues, entre otras, las razones principales de consumo son las de escapar de situaciones y sentimientos desagradables, así como encontrar experiencias nuevas y placenteras (Gómez-Gómez, 1992).

Los padres consideran que un joven que posea información clara sobre las SPA y sus consecuencias tendrá menor posibilidad de asumir su consumo por iniciativa propia para satisfacer su curiosidad, y que a su vez tendrá menor probabilidad de ser influido por sus pares para consumir.

"Yo pienso que lo primordial, lo primordial, es cómo ser muy claros ante la realidad con nuestros hijos y decirles 'esto es así y esto es así', porque muchas veces la ignorancia de los niños de no saber qué es..." (GFP1 M1 H8 L17-20).

En la prevención, de acuerdo con el criterio de los padres, juega un papel importante el tiempo de calidad ofrecido a los hijos en un ambiente de comunicación y acompañamiento, que permita a los jóvenes contar con la presencia de sus padres, con su guía y orientación en los tiempos libres, y en la realización de sus labores académicas; así como también el conocimiento por parte de los padres de los intereses, aficiones, problemas y cotidianidad de sus hijos, incluyendo en esta los amigos y compañeros que lo rodean:

"Nosotros pensamos en algo muy primordial: que es no imponer el respeto sino ganarlo. Nosotros tenemos una hija en este momento, y nosotros le damos tiempo a ella, espacio, bien sea a la hora del almuerzo, bien sea en cualquier momentito, preguntarle a ella, hija ¿cómo le fue? Hija ¿qué paso con tal cosa?, darle como esa confianza, como no ser sólo el padre, sino también el amigo" (GFP3 P2 H3 L1-4).

Esta atribución de los padres, relacionada con el acompañamiento y comunicación, se semeja con los resultados presentados por Silva-Mathews y Pillon quienes afirman que “los adolescentes que se quedan solos sin supervisión tienen más probabilidades de decidir dedicar su tiempo libre a actos de violencia y delincuencia y experimentar con alcohol y otras drogas. La soledad puede influir para ser captado por algún amigo o grupo que consuma regularmente alcohol u otra droga, lo que podría originar su inicio de consumo y un riesgo de 2,8 veces más para que necesite usar alcohol u otras drogas y 12,3 veces más de riesgo para decir No cuando le ofrezcan alcohol u otras drogas” (Silva-Mathews & Pillon, 2004). Lo cual se explica porque la relación afectiva entre padres e hijos contribuye a aumentar el nivel de seguridad, autoestima y autoconcepto, factores determinantes en el desarrollo de destrezas emocionales, cognitivas y sociales del adolescente.

Otra de las atribuciones de los padres, relacionadas con la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en el hogar, hace referencia al manejo de la norma, por cuanto consideran que es necesario controlar la conducta de sus hijos a través de una supervisión constante y en diferentes escenarios, o mediante el conocimiento de actividades y pares con quienes las realizan.

“La disciplina y el control, por ejemplo, en el caso de mi hija, me dice: ‘me voy a quedar’, le averiguo por qué se va a quedar, pero yo no le digo nada a ella, yo llamo aquí, al colegio, y pregunto. Si me dicen sí, listo, y si no, aquí caigo, no me importa lo que esté haciendo, aquí caigo, a la puerta del colegio. Si se hace un control...” (GFP3 M4 H2 L41-43).

Tal como lo han analizado Silva-Mathews y Pillon, el sentirse partícipe de una disciplina conduce al adolescente a reconsiderar sus comportamientos de riesgo, así como propio de su etapa “cuidar” su imagen, no optando por el uso de alcohol u otras drogas para pretender tener mayor resistencia haciendo menos ejercicio que lo que bajo los efectos de una droga le exigiría lo que a su vez contribuya en limitar su capacidad psicológica y física protegiendo 0,6 veces más a tener accidentes de tránsito bajo los efectos del alcohol u otras drogas (Silva-Mathews & Pillon, 2004).

Otra actividad preventiva asumida por los padres se relaciona con proporcionar alternativas de inversión del tiempo libre de sus hijos, por cuanto consideran que es en esos tiempos libres en los que podrían tener mayor probabilidad de iniciarse en el consumo, lo cual se relaciona con los análisis de (Silva-Mathews & Pillon, 2004) quienes consideran que un tiempo libre insatisfactorio contribuye con el aumento del consumo, al generar aislamiento, resentimiento y rebeldía (Silva-Mathews & Pillon, 2004). Por el contrario, un tiempo libre satisfactorio da la oportunidad de demostrar su destreza y valor, proporcionando mayor sentido de pertenencia, lo cual puede protegerlos de iniciar o mantener el consumo: “Que no tenga libre para ponerse a pensar en lo que no les conviene” (GFP2 M1 H1 L41).

3.2.2.2.4 Consumo

Hace mención a las inferencias relacionadas con el fenómeno como tal. En primer lugar, establecen una clara división en las atribuciones relacionadas con el consumo de alcohol y las atribuciones relacionadas con el consumo de otras sustancias. En cuanto al alcohol se puede observar la naturalización de su consumo en la comunidad de Funza, siendo percibido su uso por personas de diferentes edades, tanto hombres como mujeres; a su vez destacan los riesgos asumidos por quienes lo consumen especialmente si el usuario es una mujer quien pondrá en riesgo su

honor, al posibilitar una conducta sexual no mediada por la norma: "Eso es para todos, eso se presta para todo, allá le dicen a las muchachas: 'si van a ir a la rumba, tienen que llevar condones'" (GFP1 P2 H7 L45).

Esta atribución se corrobora con la información encontrada en el Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de sustancias Psicoactivas, Colombia (1993), según el cual "Los habitantes de Cundinamarca, en general, consideran que todas las sustancias psicoactivas son nocivas para la salud"; sin embargo, la permisividad social es mayor para las bebidas alcohólicas, los tranquilizantes y el tabaco.

Con respecto a otras sustancias, como inhalantes, bazuco, marihuana, se destacan las atribuciones de un curso nefasto, un efecto inmediato placentero, las dificultades propias del descubrimiento del consumo y la condición de clandestinidad en las que se presenta.

Refieren un curso nefasto, propio de las consecuencias a largo plazo del consumo, en el cual aquella persona que se inicia difícilmente saldrá de él y se verá afectada en su salud física y psicológica, mediante un deterioro paulatino que lo excluye y margina:

"He tenido amigos con los que yo estudiaba que son indigentes. Que fue el alcohol y la marihuana los que dañaron a esos muchachos. Paso yo con mis dos niños: '¿si ven ese muchacho que está allá? Él fue compañero de estudios mío, miren lo que hace el alcohol y la droga, miren donde está él, está en la calle, vean'" (GFP1 P1 H7 L56-59).

De igual forma se refieren a los efectos inmediatos de algunas sustancias, destacándose la inducción de un placer momentáneo, que calma, libera tensiones y sirve de escape ante las situaciones problemáticas.

"De pronto para sentirse bien, porque según lo que dicen ahí, no es que yo quiero estar hoy tranquilo, yo quiero estar hoy en otro mundo, dicen, y uno ve..." (GFP2 M2 H1 L52-54).

Los padres atribuyen una fuerte carga afectiva al momento en el cual el secreto del consumo es descubierto, ya sea porque recuerdan el momento en el cual se enteraron del consumo de sus propios hijos o porque hipotetizan a cerca de su ocurrencia al interior de su hogar: "Un día lo noté raro, y dije: 'pero por qué se aislaba', se encerraba en su cuarto, entonces, claro, eso ya le preocupa a uno, porque si él no ha sido así, por qué actúa ahora así" (GFP3 P3 H4 L42-44). De igual forma denotan su dificultad de afrontamiento ante este tipo de situación y solicitan formación específica a este respecto.

Algunos padres aseguran que el consumo de sustancias se encuentra enmarcado en un halo de clandestinidad, razón por la cual los usuarios eligen ciertos lugares apartados, de poco tránsito, y oscuros, para el consumo: "En las noches les gusta como las partes oscuras, partes donde no puedan ser como... algo vistos" (GFP3 P3 H4 L29). De igual forma hacen mención a la clandestinidad de los lugares y personas que distribuyen las sustancias mediante el empleo de fachadas para su distribución, e incluso realizando los pedidos vía telefónica.

3.2.2.2.5 Responsabilidad

Inferencias a cerca de sobre quién o quiénes son los responsables de la atención al fenómeno de las drogas, en general mencionaron a las instituciones educativas, la

familia, el estado y al mismo joven como responsables en la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas.

a. Institución educativa

Los padres presentan dos claras posiciones del papel de la institución educativa, especialmente de los colegios, aunque también hacen referencia a las universidades, enfatizando en los primeros semestres académicos; por una parte señalan cuáles han sido las responsabilidades que han venido asumiendo los colegios en la prevención del consumo, y por otra, cuáles son las responsabilidades que ellos consideran que deberían asumir estas instituciones.

En cuanto a las responsabilidades asumidas destacan el valor de la imposición de unas normas fuertes y claras, impartidas con autoridad por parte de administrativos y docentes, y a su vez su rol como cuidadores y supervisores de las conductas de los jóvenes durante el tiempo que se encuentran bajo su tutela: "Gracias a Dios, hay una capacidad de docentes que han sabido sacar el colegio adelante..... Afortunadamente la rectora que está este año, pues no tuve la oportunidad de conocer a la rectora que estaba el año pasado, pero esta señora es una señora con los pantalones bien puestos, lo que se dice se hace" (GFP1 P1 H1 L8 -9). No obstante, comentan otras acciones asumidas por el colegio, con las cuales buscan proteger a los demás estudiantes, otorgando la responsabilidad a los padres, generándoles incertidumbre: "Si ustedes me lo echan ¿yo qué hago?, más tiempo está en la calle, menos obligaciones. Me parece ilógico" (GFP1 M3 H2 L14), generando toda suerte de dificultades al interior del hogar, sin proporcionar una atención al joven, propiciando otras problemáticas de orden comportamental: "Hermano, usted no ha pensado en su abuelita que sufre mucho, que tal cosa, usted qué va a hacer. Me dijo 'me voy donde los paras' (risas). Donde los paras, donde los matones que hay por ahí. En esos casos uno no sabe para dónde coger, si uno protege al alumno, por pensar uno en el padre de familia, ¿qué hacer con ese muchacho?" (GFP1 P2 H2 L21-23).

Los padres sugieren que el colegio debería asumir la responsabilidad frente a la prevención del consumo a través de la inclusión en su interior de un profesional encargado de la orientación en este tipo de problemáticas, atención dirigida tanto a los jóvenes como a sus padres. De igual forma consideran que el colegio debería asumir una labor de supervisión y atención a las actividades de los jóvenes, incluyendo la oportuna comunicación a los padres sobre las dificultades y problemáticas detectadas. A su vez, señalan que el colegio debería ofrecer alternativas para un adecuado manejo del tiempo libre extra escolar.

"Si de pronto aquí en el colegio hubiera como una especie de... psicóloga o algo, me parece a mí... yo he notado que eso sería bueno, que dijeran: "bueno, este joven comete determinada cosa, llamemos a la mamá y comentémosles las actitudes, lo que hacen" (GFP1 P2 H4 L24-25).

b. Familia

Los padres atribuyen una fuerte responsabilidad a la familia en la prevención y atención del consumo de sustancias. Se refieren a familias negligentes como facilitadoras del consumo, y las familias que asumen su responsabilidad como protectoras. En cuanto a las familias que asumen como protectoras, señalan que son aquellas en las cuales los padres dedican tiempo de calidad a sus hijos mediante el afecto, el diálogo constante, la supervisión, el manejo adecuado de la

norma, especialmente referida a las salidas nocturnas, y la oportuna comunicación con la institución educativa, lo cual les permite conocer a sus hijos, su entorno, actividades y amigos.

“Yo pienso que querer a sus hijos es darse cuenta del medio en que ellos están rodeados, de compañeros de colegio, de compañeros del barrio, ¡sí! Y cómo meterse uno entre ellos, a hablar, a conocer más a los amiguitos de ellos” (GFP1 M1 H3 L49-51).

Los padres refieren como familias negligentes que posibilitan el consumo de sus hijos aquellas que no dedican tiempo ni en calidad ni en cantidad a sus hijos, lo cual puede verse manifiesto en su desinterés frente al desempeño y actividades de sus hijos, su propio consumo, la no asistencia a talleres programados por el colegio, el asumir que su paternidad se limita a proveer el sustento económico y su dedicación exclusiva a la labor productiva. Señalan que el hecho de que actualmente padre y madre deban salir de casa a laborar, puede afectar a los hijos, si al interior del hogar no se da una distribución adecuada del cuidado, orientación y supervisión de los mismos:

“Ya después el papá consiguió otra persona, la metió a la casa... los niños salieron de la casa y él, pues, les pasa, pero eso no es todo, no lo es todo” (M1 H9 L8-9). “Yo tengo sobrinos, yo me doy cuenta, a ellos le dan la libertad, vayan; llegan las 7, 8, 11, 1, 2 de la mañana, hasta ahora aparecen; papás despreocupados” (GFP3 M3 H2 L46-48).

c. Joven

Los padres refieren que después de que se ha brindado al joven un hogar adecuado, la información en el tema, la formación en valores y se le ha prevenido a cerca de la posibilidad del ofrecimiento de las sustancias, es responsabilidad de él mismo asumir o no el consumo.

“Uno es lo que uno quiere ser, o sea, a ti te van a ofrecer cantidad de cosas, una persona te va a decir “mira, toma este cigarrillo”, esto no es todo mijo, estudie juicioso, porque yo no puedo estar siempre ahí encima, ya tienes que tomar conciencia de tu cuerpo, y de tus actos” (GFP1 M1 H3 L39-42).

d. Estado

Los padres atribuyen la responsabilidad social del consumo comunitario al estado, representado por las autoridades policivas y las autoridades civiles, el cual debe encargarse del control de la oferta y de la atención de las personas involucradas en el consumo:

“Hay que tomar medidas, buscarles ayuda, no sé, terapia, o mirar a ver la alcaldía qué medidas toma” (GFP1 M1 H8 L16). “...entonces como que lo atan a uno, porque si la policía, las autoridades, no han hecho nada ante eso, y con mucho tiempo, muchos años, entonces a uno lo dejan.... Porque viene la gente, vienen los muchachos, y siguen comprando, consumiendo, y ahí lo dejan a uno.... Si la policía no ha hecho nada ante eso, nosotros qué podemos hacer, nos estamos arriesgando a que tomen represalias con uno” (GFP3 M4H4 L49-52).

3.2.2.3 Acciones

Las acciones corresponden a los diversos mecanismos, tanto de las instituciones educativas como de los padres, para intervenir en la problemática del consumo. En

cuanto a la categoría de acciones ésta se dividió en atención, dirigida hacia padres, direccionada hacia jóvenes, y la atención bajo un marco social; y el componente de implicación, el cual incluye las formas de participación activa de los padres frente a las problemáticas de consumo y la indiferencia en torno a las mismas.

3.2.2.3.1 Atención

a. Dirigida a padres

Los padres, en el componente de atención dirigida a ellos mismos, ven en los talleres y el entrenamiento personalizado una estrategia de acción clave para la comprensión de la problemática. Según la creencia de algunos padres, el compromiso de la institución educativa está en enseñar, no sólo a los estudiantes, sino también a las familias, sobre problemáticas diversas, como los tipos de sustancias y el consumo por parte del adolescente.

Un gran número de estas sesiones de entrenamiento tendrían como fin poder modelar la conducta deseada del joven a través de la exposición de un modelo paterno sano. Tal modelamiento se percibe como muy dependiente de las dinámicas conflictivas al interior de las mismas familias, ya que en ellas es posible vivir la influencia negativa del padre frente al consumo, quien no sólo recompensa el consumo de alcohol a través del afecto sino que también modela conductas de violencia para con otros miembros del grupo familiar.

"Yo pienso también que cuando un niño es pequeño, muchas veces, a ellos les da..., pongamos, que el papá tiene una cerveza, a ellos les da por tomar, y muchos les hacemos fiesta, ¡ah, mire el niño como toma!, no sé cómo incentivar que eso es rico, que eso es bueno, . O sea, uno como que uno no corrige eso a tiempo, sino que le parece eso como muy chistoso, o cuando el peladito se emborracha, entonces uno lo que hace es hacer fiesta" (GFP3 M4 H4 L6-9).

"Entonces yo decía, es como contradictorio, decirles 'ya no tomen', pero si yo estoy tomando, o sea, afortunadamente no tengo ese hábito, pero el papá de los niños sí, y me tocó, incluso, ponerlo en Comisaría de Familia, y exigirle a él que no me llegara en estado de embriaguez a visitar a los niños. Que él viene a visitarlos los fines de semana, pero entonces, cuando le daba por tomarse sus tragos, le daba como el remordimiento de que dejó su hogar tirado, sus hijos, y llegaba embriagado a agredirme a mí" (GFP1 M1 H8 L7-15).

A partir de esto se tiene la creencia de que la serie de talleres deben ir igualmente acompañados de un seguimiento personalizado de las familias, de sus problemáticas, y de orientación o asesoría psicológica particular a los jóvenes y sus familias.

"Para casos especiales, sí se está haciendo un seguimiento, porque casualmente se coge curso por curso, materia por materia, alumno por alumno, contados los docentes, y se hace una reunión, y se evalúa cada niño y las problemáticas que tiene cada niño, cuando ya el niño pasa las quejas de los profesores, eso ya pasa a orientación, de orientación se les hace un seguimiento, si los padres no acuden se les está remitiendo a la comisaría de familia" (GFP1 M1 H4 L29-32).

b. Dirigida a jóvenes

Cabe resaltar que en el discurso de los padres existen dos formas diferentes de atender a la relación sustancia-adolescente. Estas formas parecen vincularse con mecanismos específicos, al interior de las familias, de solucionar problemas. Una

forma involucra el control excesivo y el uso de la autoridad o poder paternal, mientras que la otra resalta el diálogo y la comprensión de las prácticas de vida de los adolescentes.

Los padres ven en el control una herramienta de trabajo para prevenir el uso o abuso de sustancias, y consideran que es necesario acompañar al joven a los sitios de consumo como bares o discotecas, para así mantener control sobre el abuso de ciertas sustancias.

“Eso fue terrible, me tocaba irme a mí a buscarla, a mí no me importaba, yo me entraba por esas discotecas, por allá, allá la sacaba. Yo me la llevaba para la casa, yo le decía ‘yo la puse fue a estudiar’. Donde yo no le hubiera puesto freno, pues hubiera terminado su carrera, pueda que sí, pueda que no” (GFP1 M1 H7 L37-39).

La represión en estos casos estriba en impedir que el joven realice cierto tipo de actividades, como jugar fútbol o asistir a eventos, por la creencia del posible mal uso del tiempo libre y la dedicación de éste a prácticas consumistas. Este control también es delegado a la institución educativa o a las autoridades policiales, quienes son vistas como las encargadas de la vigilancia y el estricto cumplimiento de la norma. Para estos padres, una institución responsable es aquella que tiene a su cargo directores que cuidan y restringen la posibilidad de presentación de estas problemáticas. El ejercicio de la ley por parte de las autoridades policiales es igualmente aceptado y bien acogido.

“Ha venido la policía aquí, aquí dentro del colegio, a revisarles las maletas a los niños. Yo, por ejemplo, no me opongo, estoy de acuerdo que vengan y les revisen a los niños, y niñas también” (GFP1 P1 H6 L51-52).

Por el contrario, el segundo grupo de padres ve la necesidad de disminuir el control y aumentar el afecto, la comprensión y el apoyo familiar. Para ellos el diálogo y la comunicación son las herramientas más importantes para evitar o solucionar los conflictos generados por el uso o abuso de sustancias. Es así que la empatía con el adolescente, o la posibilidad de ponerse en el lugar del hijo, es una parte importante para una relación padre-hijo efectiva, y un elemento de protección frente al consumo.

“Hay que comprenderlos, el diálogo; para mí, pienso que lo primordial con los muchachos es el diálogo, ponernos en los zapatos de ellos, qué sienten. Nosotros también fuimos jóvenes” (GFP1 M1 H1 L22-25).

“Toca es darle el mejor cariño, porque ese es el mayor problema, que cuando nuestros hijos consumen nosotros los rechazamos, los sacamos, los ridiculizamos y no los ayudamos” (GFP1 M1 H8 L48-50).

Otro tema para los padres es el relacionado con el conocimiento de los amigos, estar enterados de quiénes se tratan, a qué familias pertenecen y cuáles son sus costumbres o gustos. Varias investigaciones han mostrado la importancia, como factor protector, del conocimiento de los padres de los compañeros de sus hijos (Silva-Mathews & Pillon, 2004), a la vez que de los riesgos para el consumo a través de pares problemáticos. La mayoría de los padres son conscientes de este factor y buscan estrategias para acercarse a los amigos.

“Yo pienso que querer a sus hijos es darse cuenta del medio en que ellos están rodeados, de compañeros de colegio, de compañeros del barrio, ¡sí! Y cómo meterse uno entre ellos, a hablar, a conocer más a los amiguitos de ellos” (GFP1 M1 H3 L49-51).

c. Dirigida a la sociedad

Los padres presentan cierta confianza frente a las redes de apoyo comunitario, aunque creen que estas pueden estar limitadas por los riesgos de exposición a agentes delincuentes. Aunque ven en la red social un instrumento necesario y eficaz frente a la delincuencia derivada de la venta de sustancias ilegales, no quieren exponerse a participar de las mismas si estas les acarrearán problemas por las retaliaciones posibles derivadas de delatar a estos grupos delincuenciales. Sin embargo, otros padres ven más allá del riesgo y la exposición, y generan mecanismos de acción frente a la venta o exposición de sustancias cerca de las instituciones educativas.

"A mí qué pena me da, y yo lo veo allá fumando marihuana y con otros amiguitos. Y yo inmediatamente me pego a la alarma, y ahí llega la policía, y que les toca (choca sus dedos) espabilarse" (GFP1 M1 H8 L20-23).

Otro grupo de padres ve en la religión otro elemento de fuerza. Para ellos el apoyo de Dios es importante para evitar o superar las problemáticas derivadas de un hijo o un padre consumidor. El aferrarse a la fe y al poder de Dios es una salida que muchas veces se vislumbra cuando otros mecanismos han fallado. Lo que se correlaciona con las investigaciones sobre programas de atención a la población joven consumidora, donde la "fuerza de voluntad" y la necesidad de un mundo mejor son motores que impulsan a continuar en estos programas (Nuño-Gutiérrez & González-Forteza, 2004).

"Primero me cojo de Dios y busco ayuda, porque si uno ve que ya no puede toca buscar ayuda" (GFP2 M1 H5 L3).

"Entonces gracias a Dios conocí a una persona, y esa persona me ayudó" (GFP3 M2H4 L44-46).

Los padres igualmente aciertan en cuanto a la necesidad de apoyar el buen empleo del tiempo libre, y valoran el uso del deporte como estrategia social para evitar el consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo, se pueden presentar contradicciones frente a un padre controlador quien prefiere mantener a su hijo cerca de la casa y alejado del deporte.

Otras problemáticas

Esta característica se refiere al reconocimiento por parte de los padres de otras problemáticas que se vinculan al ámbito del colegio, el hogar o la comunidad, y que afectan de algún modo la relación estudiante-institución-consumo de sustancias.

Colegio

El señalamiento de las problemáticas circunscritas al colegio se deriva hacia las posibles trasgresiones de las conductas sexuales en grupos de jóvenes, como mostrar los genitales en público, o los problemas derivados de la presión de grupo. Como se ha mostrado en esta investigación, estas presiones tendrían un efecto negativo sobre el consumo e impulsarían un uso temprano de sustancias psicoactivas. Por lo general las preocupaciones paternas giran en torno a que su hijo no entre en el grupo "de los dañados", o que pueda denunciar conductas delictivas sin ser afectado por el mismo denunciado. Estas prácticas de acoso estudiantil van desde la generación de marcas o apodosos personales ofensivos, hasta la agresión física o el daño personal. Estas implicaciones no parecen ser "medidas"

por los propios padres, quienes no ven estrategias distintas a la denuncia y castigo institucional de los agresores escolares.

“Él es muy educado y se le han enseñado buenas cosas y toda la cosa, isí!, pero dentro del grupo hay unos que lo están intimidando, lo tildan de sapo, lo tildan de no sé qué, que afuera nos vemos, que no sé qué, los agreden, ahí, a veces, entonces los chinos, a veces tienen que tomar” (GFP1 P2 H2 L31-38).

Familia

En cuanto a otras problemáticas señaladas en el hogar, los padres visualizan, primero, la descomposición familiar, ejemplificada en los divorcios y las subsiguientes consecuencias, como el criar a los hijos solos. Segundo, la violencia intrafamiliar, que en muchas ocasiones conduce a la separación y que tiene efectos adversos sobre los jóvenes y el consumo. Tercero, la enfermedad de algún miembro de la familia, que modifica las relaciones de apego con los hijos. Por último, el embarazo adolescente, el cual tiene repercusiones sobre el desarrollo posterior de la familia y la posible disgregación de la misma.

“La mayoría de los casos que hay aquí es precisamente por parejas... digamos que se fue, que se separó, que vivo con este, eso pasa mucho aquí, y la mayoría de los problemas que hay en este colegio es debido a eso, a las separaciones, que el niño no vive con el papá, vive con la mamá, eso aquí, en el 80%” (GFP1 P2 H3 L21-23).

Comunidad

Por último, los padres identifican otras problemáticas comunitarias que repercuten o se relacionan con el consumo de sustancias y la escolaridad, como es el caso de los videojuegos, que se deriva hacia el mal uso del tiempo libre y el poco aprovechamiento de las oportunidades escolares, además de la delincuencia social, que impacta en las comunidades educativas, ya que muchos jóvenes se ven atracados a las salidas de las instituciones.

“También hay muchas pandillas de atraco que acosan a los muchachos, o las niñas las van abrazando, les van quitando los bolsos, los celulares. Aquí en este colegio, saliendo mi hija de este colegio, ocurrió, le quitaron el celular por aquí cerca” (GFP3 P3 H1 L40-42).

4. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN INTEGRAL

4.1 PROMOVRIENDO LA VIDA: CONSTRUYENDO VIDA DE CIUDAD EN JÓVENES ESCOLARIZADOS DEL MUNICIPIO DE FUNZA

La familia, la institución educativa y los pares desempeñan roles importantes en el inicio, mantenimiento y abuso del consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales en los adolescentes. La información obtenida en la presente investigación, gracias a sus componentes cualitativos, de diálogo con los maestros y padres de familia, y cuantitativos, por medio de los cuestionarios aplicados a los estudiantes en distintas instituciones del municipio de Funza, permitió esclarecer los factores que predisponían al consumo de sustancias y los factores que prevenían el mismo, como también el planteamiento de las siguientes propuestas de prevención del abuso y promoción de prácticas saludables en los adolescentes de Funza con la escuela como eje mediador. El uso de alertas tempranas, la formación de maestros y terapeutas, y los talleres de capacitación dirigidos a padres y estudiantes, son sólo algunos de los elementos contruidos para este fin.

4.1.1 Programas escolares para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes

El ámbito académico representa una agencia socializadora por excelencia y uno de los ámbitos privilegiados de intervención preventiva. Sobre la escuela ha recaído una responsabilidad que halla su fundamento en una serie de condiciones que confluyen, tales como el contar con los adolescentes que integran el posible grupo de riesgo y los potenciales consumidores de drogas, la existencia de redes cohesivas e interactivas entre el grupo de pares, la posibilidad de implicar a la familia en la promoción de hábitos saludables, la conveniencia del empleo del profesor o de un experto como agentes implicados en programas preventivos de esta índole o la propia función formativa de la enseñanza potenciada por la praxis psicopedagógica, junto a otros factores coadyuvantes (Moral-Jiménez, Ovejero-Bernal, Sirvent-Ruiz, & Rodríguez-Díaz, 2005). La escuela tendría una tarea primordial de compartir, y no delegar, la labor preventiva-educadora y de promoción tanto general como específica de la salud.

La escuela, a su vez, se convierte en un escenario de confluencia del individuo, la familia y la sociedad donde es posible gestar programas enfocados a la prevención del consumo y a la promoción de las prácticas saludables. A través de la *Educación Preventiva*, entendida esta como el uso de la educación como técnica de prevención en el sentido de desarrollar o fortalecer la capacidad de resistencia de los individuos y grupos ante la oferta de las drogas (Vega, 1993), se han hecho intentos de optimizar los recursos personales, a través del reentrenamiento de habilidades, proponiendo cambios actitudinales, modificando comportamientos poco saludables, recodificando aspectos valorativos y el fomento de la capacidad crítica; y los recursos comunitarios, a través de las representaciones sociales, las actitudes

colectivas, las tendencias y modas, las tendencias asociacionistas, la ocupación del tiempo libre y la corresponsabilidad social (Moral-Jiménez, Ovejero-Bernal, Sirvent-Ruiz, & Rodríguez-Díaz, 2005). Otras investigaciones se han centrado en el componente curricular (Megías, 2001), pero ha sido el trabajo con padres el que ha demostrado un mayor impacto.

En un intento por aplicar la educación preventiva tanto en los niveles personales como comunitarios, y considerando los hallazgos de la presente investigación, consideramos necesario realizar las siguientes recomendaciones para la prevención del consumo en los jóvenes escolarizados.

4.1.2 Generación de alertas tempranas

Un primer paso en la prevención del consumo/abuso de sustancias psicoactivas es el determinar tempranamente los posibles individuos en riesgo de consumo. Esta investigación ha determinado que un bajo rendimiento escolar, una inasistencia sucesiva a clases y las llegadas tarde a la institución son indicadores de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas. Creemos que, con la utilización de estos indicadores (asistencia y desempeño), es posible generar un sistema de información que detecte de manera temprana cambios en el comportamiento del estudiante, y con ello alertar, tanto a maestros como a las directivas escolares, sobre el posible riesgo que existiría en el estudiante de consumir algún tipo de sustancia. Ahora bien, sabemos que no podemos generalizar las causas del bajo rendimiento o la inasistencia escolar, pero estas, tomadas con precaución, podrían conducir a medidas específicas no punitivas dirigidas a la incorporación del alumno y a su familia en los programas de prevención aquí descritos que, lejos de querer generar un estigma social, intenta promover la formación de sujetos individuales y colectivos críticos, autónomos, libres, responsables, éticos, entre otros.

4.2 FORMACIÓN DE MAESTROS

El segundo tópico está dirigido a la formación de maestros en el campo de las drogas, su uso y los efectos sociales. Muchos de los maestros entrevistados mostraron su descontento frente al poco conocimiento que poseen frente al fenómeno del consumo de drogas tanto lícitas como ilícitas, lo cual sienten que les impide acercarse al estudiante con esta problemática. Con la estrategia de formación de maestros se propone formar a los docentes escolares en el ámbito de las drogas, sobre las diversas tipologías existentes, las posibles formas de contacto, las maneras de consumo, y sobre los distintos factores de riesgo y factores protectores para el consumo y abuso de sustancias psicoactivas.

Esta estrategia contempla la realización de cuatro (4) sesiones dirigidas al trabajo en cuatro temáticas específicas que incluyen el marco de conocimiento de las drogas legales e ilegales, el consumo de sustancias en el adolescente, los factores de riesgo y de protección para el consumo, y el campo de las políticas públicas frente a las drogas y el reconocimiento y discusión de las políticas propias de la institución:

Tabla 4.1.

Ejes de trabajo con maestros
1. Consideraciones generales sobre las drogas
2. Consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes
3. Factores de riesgo y protección para el consumo
4. Políticas públicas y manuales de convivencia

Existirían dos objetivos básicos de este trabajo con los maestros: por un lado el desarrollo de una actitud crítica frente al consumo de sustancias, actitud que se sostiene sobre el conocimiento de lo que son las drogas y de cómo se pueden adquirir, los problemas del consumo y los relatos o historias de vida sobre adolescentes consumidores; crítica que creemos necesario que se lleve al espacio de la clase; y segundo, entender el marco político y legislativo, tanto estatal como el propio de la institución, con el ánimo de generar una mirada sociopolítica sobre esta problemática.

Es igualmente importante resaltar el papel que juegan los maestros en la generación o mantenimiento de diversos conflictos, no necesariamente circunscritos al campo del abuso de drogas, debidos a la poca visualización que el maestro hace de sus estudiantes. Creemos que el papel del maestro consiste en un papel activo frente a la problemática, en generar focos de discusión en sus mismas clases y en acercarse a todos sus estudiantes como seres íntegros y altamente sensibles.

4.3 FORMACIÓN DE TERAPEUTAS ESCOLARES

Ligado al eje de formación de actores escolares vemos que es necesario un conocimiento sobre el consumo y abuso de drogas, tratamiento y remisión, por parte de los así llamados orientadores escolares. Aunque actualmente es una figura que tiende a desaparecer, los orientadores escolares juegan un papel importante en el trato de los estudiantes enfrentados a este dilema, sobre todo en las decisiones que se toman en la escuela cuando son detectados los casos de consumidores. Muchas veces estos orientadores carecen de una formación especializada en el campo del uso de las sustancias psicoactivas y en su tratamiento, y cuando se presentan casos de esta naturaleza la solución generalmente es más desde la experiencia propia.

La recomendación que damos puede ser entendida bajo dos formas: por un lado en un entrenamiento básico sobre el consumo de sustancias y la identificación de riesgos que le permita tomar medidas preventivas o paliativas de urgencia. En los casos en que se detecte y se desarrolle un programa terapéutico con el estudiante se recomienda una remisión del mismo a un terapeuta o institución especializada para su tratamiento. Este tratamiento puede incluir terapias farmacológicas, algunas de las cuales han mostrado efectos en la prevención del consumo de sustancias en adolescentes con padres consumidores (Catalano, Gainey, Fleming, Haggerty, & Jonson, 1999), o terapias psicológicas basadas en la familia, como la terapia sistémica o la *Terapia Estratégica Familiar Breve*, sobre la cual ha sido demostrado que posee cierta efectividad en nuestra población hispana (Szapocznik, Lopez, Prado, Schwartz, & Pantin, 2006; Szapocznik & Williams, 2000). Adicional a esto se puede buscar la consolidación de convenios entre la escuela y organizaciones especializadas en el tratamiento de adolescentes con problemas de adicción.

4.4 FAMILIAS SALUDABLES

La investigación aquí presentada ha demostrado igualmente que la familia es el eje más importante para el inicio, mantenimiento y abuso del consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes escolarizados. Los vínculos y fracturas particulares al interior de ésta generan una serie de factores que predisponen o protegen al joven para el consumo de sustancias tanto lícitas como ilícitas. Ahora sabemos que un familia con una estructura nuclear, donde exista el diálogo asertivo, la solución

pacífica de los conflictos, la búsqueda de alternativas a la violencia intrafamiliar, la realización de actividades conjuntas y la visualización del joven como miembro importante de la misma, es una familia en donde se previene el desarrollo de una personalidad farmacodependiente. Las recomendaciones que se exponen a continuación se dirigen a la construcción de un programa que ayude al grupo familiar a detectar y corregir el problema desde la escuela. Las actividades están dirigidas a cinco ejes de trabajo específico (Tabla 4.2): un conocimiento básico sobre el uso de drogas, donde se incluyan los factores de riesgo y protección para el consumo; un segundo eje orientado a estudiar los efectos del maltrato y de la violencia intrafamiliar; un tercer eje encaminado a la solución de conflictos y el desarrollo de habilidades mediadoras en la familia; un cuarto eje orientado a la importancia de la comunicación y las relaciones afectivas en la familia; y un quinto e importante eje estructurado hacia el uso de tiempo libre en familia.

Tabla 4.2.

Ejes de trabajo con padres
1. Uso de drogas: factores de riesgo y protección
2. Maltrato y violencia intrafamiliar
3. Solución de conflictos
4. Relaciones afectivas y comunicación asertiva
5. Uso del tiempo libre

Otros programas (Riggs, Elfenbaum, & Pentz, 2006) han enfatizado la participación de los padres en la vida escolar, el entrenamiento en habilidades parentales y las actividades de trabajo padre-hijo. Aquí llamamos entrenamiento en habilidades parentales a lo vislumbrado en los ejes 2, 3 y 4, mientras que la actividad de trabajo conjunta padre-hijo se relaciona con el uso adecuado del tiempo libre en la familia. Estos programas han mostrado que los padres que participan en la totalidad de los programas propuestos generan percepciones mayores de la influencia del uso de sustancias sobre sus hijos, o son más sensibles a la problemática, lo que se interpreta como el aumento de la autoeficacia en el manejo de la relación padre-hijo y en las habilidades comunicativas (Riggs, Elfenbaum, & Pentz, 2006).

La intervención con padres de hijos farmacodependientes en instituciones dirigidas al tratamiento de la farmacodependencia juvenil (Nuño-Gutiérrez & González-Forteza, 2004) ha demostrado la existencia, en estas familias, de representaciones que en muchos casos se vinculan con la idea de que es posible ofrecer un mundo mejor, que es posible aprender de los errores, y de que querer es poder. Atendiendo a estas representaciones se recomienda una actitud propositiva frente a los casos en donde se detecte el abuso de sustancias por parte del joven.

4.5 FORMACIÓN DE ESTUDIANTES

Diversas investigaciones han resaltado la importancia de generar programas de prevención que apoyen los recursos de los adolescentes para resistir las presiones para el consumo (Martínez-Rodríguez & Villar-Luis, 2004; Moral-Jiménez, Ovejero-Bernal, Sirvent-Ruiz, & Rodríguez-Díaz, 2005). Para ello se ve como necesario el fortalecimiento del sentimiento de autoeficacia y autoestima en el adolescente. Fortalecimiento que suponga una superación de la presión de grupo, la cual tiene una influencia negativa frente al inicio y mantenimiento del consumo. La tarea específica

ca de la escuela está en generar espacios de discusión de los adolescentes (entre ellos) y con los mismos (estudiante-alumno) donde, a través de la crítica, se construyan y deconstruyan los modelos sociales de consumo, las actitudes colectivas y las presiones mismas.

4.6 OTRAS ALTERNATIVAS

Un factor protector frente al consumo, el cual es reconocido por la mayoría de padres, es el uso del deporte y el buen manejo del tiempo libre. La promoción de actividades deportivas tanto escolares como comunitarias es una herramienta con la que cuentan los grupos sociales para prevenir el consumo de psicoactivos.

También creemos que es aconsejable la consolidación de *Redes de Apoyo Comunitario* a familias con problemáticas derivadas del abuso de sustancias psicoactivas. Estas redes permitirán compartir consejos que hayan resultado efectivos en la prevención del consumo, y la ejemplificación a través de casos que permitan la detección temprana de la problemática. Igualmente se esperaría que estas redes promuevan la difusión de información relevante a través de medios masivos que conduzcan a la información de las comunidades sobre los riesgos del consumo en el sector.

Hasta la fecha existen programas basados en acciones educativas-preventivas que buscan, a través de la intervención psicosocial al adolescente y sus familias, fortalecer la esfera actitudinal de resistencia a la experimentación del adolescente, reajustar las percepciones distorsionadas de riesgo inherentes al uso/abuso de sustancias y dotarles de oportunidades de elección/rechazo y de pautas de actuación saludables con respuestas alternativas, a la vez que la implementación prolongada de programas de educación para la salud que promuevan unas formas de vida saludables (Moral-Jiménez, Ovejero-Bernal, Sirvent-Ruiz, & Rodríguez-Díaz, 2005). Estas propuestas enfatizan la necesidad de trascender la información sobre el uso/abuso de sustancias y promover el reformulamiento de actitudes, el entrenamiento de habilidades y la preparación para la resistencia a la presión grupal.

También han mostrado la necesidad de modificar las creencias y actitudes frente al consumo, al igual que las representaciones distorsionadas de riesgo que generalmente agravan el problema. Es necesario capacitar, y no sólo informar, a maestros, padres y jóvenes sobre el consumo de sustancias y sus efectos en los adolescentes, así como prepararlos para afrontar los riesgos a nivel personal, educativo y familiar, y promover acciones sociocomunitarias tanto preventivas como rehabilitadoras. Esperamos que las recomendaciones dadas sean tenidas en cuenta y puestas en práctica en las instituciones educativas del municipio.

5. CONCLUSIONES

Se pudo identificar los factores psicosociales agrupados en dominios y su influencia en el consumo de sustancias psicoactivas, de lo cual se desprende que los dominios DUSI de consumo de otras sustancias influyen y representan una gran proporción del índice de consumo absoluto y relativo; es importante rescatar desde lo cuantitativo que la variable relación con amigos y pares resulta influyente en casi todas las sustancias, siendo su ponderado más sobresaliente en cigarrillo, alcohol y marihuana.

Los patrones de comportamiento como dominio de estudio permiten definir estrategias de manejo para los adolescentes en su etapa de formación escolar; esto acompañado de un adecuado manejo del tiempo libre y la recreación enfatizando el apoyo en el sistema familiar, corroborado en el discurso cualitativo y evidenciado significativamente en el análisis cuantitativo.

Se logró calcular el índice de severidad tanto absoluto como relativo del total de la escala DUSI y de cada dominio para cada sustancia, indicando mediante el porcentaje de riesgo atribuible (%RA) y el porcentaje de riesgo atribuible poblacional (%RAP), la contribución de cada dominio o factor estudiado en la presencia de consumo de sustancia, dejando una evidencia importante para futuros programas de control y prevención.

Se determinó la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas (marihuana, cocaína, bazuco, heroína, bebidas alcohólicas, cigarrillo y tranquilizantes) en estudiantes de Básica Secundaria y Media Académica o Técnica del municipio de Funza, Cundinamarca, por primera vez, dejando una línea de base con indicadores para el control y manejo; también se logró mediante el análisis cuantitativo establecer factores de riesgo con sus respectivas medidas de asociación e intervalos de confianza y permitiendo una evidencia epidemiológica para futuros estudios comparativos; las prevalencias determinadas permiten comparación con estudios regionales, nacionales e internacionales, dejando ver una problemática muy importante en el sector de Funza.

También se estableció la prevalencia de vida por sexo, edad, tipo de colegio y nivel educativo entre otras variables, logrando establecer que hay mayor riesgo en edades tempranas, en sexo masculino y colegios privados, no siendo esto un factor determinante en el consumo. Ya que con la variable sexo solo se establecieron diferencias significativas.

Se logró establecer la edad media de inicio de consumo que es en la adolescencia para todas las sustancias; hay mayor riesgo entre los 13 y 14 años, aunque la edad más temprana se estableció para el cigarrillo, siendo esta la sustancia de inicio en el consumo de SPA, como en la gran mayoría de estudios publicados.

Se logró explorar la fuerza de asociación entre los factores psicosociales seleccionados y el consumo de sustancias psicoactivas, determinando como medida el Odds ratio, que calculado dejó en evidencia como factores de riesgo la inestabili-

dad familiar, los patrones de comportamiento, los amigos y el rendimiento escolar, siendo factores determinantes del consumo de sustancias para cada tipo de estas. Conocer los patrones familiares y de escolaridad permite adelantar programas dirigidos a la prevención de estos y a la potenciación de factores protectores como el buen desempeño académico, grupos de manejo del tiempo libre y escuelas de padres.

En los discursos docentes se aprecia desinformación frente al tema, desconocimiento de la realidad del fenómeno, reconocimiento del problema y desresponsabilización frente al fenómeno del uso y abuso de las sustancias psicoactivas, lo que genera la no implicación y enfrentamiento con el fenómeno; con respecto a las SPA lícitas reconocen el cigarrillo y el alcohol como las sustancias de mayor consumo por los jóvenes del municipio, sumado a esto que son sustancias socialmente aprobadas y legales. Es evidente el desconocimiento de las sustancias psicoactivas, especialmente las ilícitas, como también la poca experiencia previa con estas sustancias, las cuales son consideradas como drogas alucinógenas que causan daño a la salud, no son aceptadas socialmente y están fuera del marco legal y jurídico.

Los docentes afirman que conocer el consumo de sustancias psicoactivas, la frecuencia, el tipo de sustancias, la realidad del joven para iniciar el consumo y las condiciones de consumo de los adolescentes es difícil, consideran que es necesario tratar de entender el lenguaje y los símbolos que los jóvenes emplean en la comunicación, para poder acercarse a ellos, pues consideran que los adolescentes son reservados con los adultos, y en muchos casos algunos docentes consideran que ellos tienen poca credibilidad frente a los alumnos, al abordar la temática de SPA, especialmente cuando se consideran las consecuencias negativas del consumo de sustancias, además ratifican que la información que tienen los jóvenes frente a esta temática es mayor que la que poseen los docentes.

El alcohol es la sustancia considerada de mayor consumo, que trae consigo repercusiones familiares, sociales y económicas, lo que a su vez aumenta la posibilidad de poner en situaciones de riesgo a los jóvenes, tales como un embarazo no deseado, un ataque sexual o la posibilidad de contraer enfermedades transmitidas por vía sexual; se ratifica la permisividad y motivación al consumo por parte de la familia, en aquellas donde los padres utilizan abusivamente alcohol o drogas ilegales, **son tolerantes al consumo de sus hijos** e implican a sus hijos en su propia conducta de consumo.

Los docentes consideran como principal factor de riesgo para el consumo de SPA en los jóvenes, la familia, en especial la presencia de consumo de estas sustancias en los hogares, las actitudes y conductas paternas hacia el consumo, las prácticas pobres de socialización, la mala comunicación intrafamiliar, la violencia intrafamiliar y el estilo educativo de los padres, especialmente en los padres jóvenes y/o permisivos, ya que consideran que se encuentran con incapacidad para la transmisión adecuada de valores. Otros factores descritos fueron el poco involucramiento de los padres con la escuela, enfatizando en la inasistencia a las reuniones de padres o ante las citaciones realizadas y la no participación de los padres en las intervenciones familiares preventivas que son llevadas a cabo en los centros escolares.

Los docentes desplazan la responsabilidad del consumo del adolescente al núcleo familiar, atribuyen el inicio del consumo de SPA a la soledad de los jóvenes, causa-

da por padres que trabajan la mayor parte del día, dificultando los espacios de encuentro de la familia y contribuyendo a que los jóvenes compartan mayor tiempo en la calle en grupos o pandillas, lo que predispone al consumo de SPA y la falta de control de los hijos por parte de los padres. Los docentes opinan que los padres muestran poco interés en la educación de sus hijos, como también que el cuidado de los hijos está a cargo de otros miembros de la familia (abuelos), sin la supervisión adecuada de los jóvenes por parte de estos últimos.

Dentro de los indicadores de consumo de SPA en los jóvenes y/o de vulnerabilidad de ellos frente a esta problemática están el bajo rendimiento académico, el fracaso escolar, el bajo compromiso con la escuela y la conducta antisocial en la escuela, que se manifiesta en desconcentración, problemas de aprendizaje, falta de poder, violencia en el aula, desobediencia y la falta de respeto, inasistencia al colegio, la deserción escolar, los padres que no acuden a los llamados o no envían a los chicos al colegio. Uno de los factores que con más frecuencia se han mencionado como de riesgo para el consumo de drogas es el fracaso escolar, que sería la consecuencia última del bajo rendimiento académico, lo que significa básicamente que el chico ha dejado de ver viable su papel de estudiante y ha perdido todo interés en su futuro académico.

Con respecto a los programas de prevención, los maestros afirman que los programas gubernamentales son aislados, sin secuencialidad, no son el producto de un trabajo en equipo y son realizados sin un diagnóstico previo de necesidades que apunten a las reales problemáticas; en muchos casos estos sólo consisten en dar información mas no formación frente a la prevención del consumo de SPA, e incluso señalan que las personas que dan las conferencias sobre la temática no tienen buenos conocimientos ignoran el contexto y la jerga que emplean los jóvenes del municipio con respecto a las diferentes sustancias psicoactivas. De igual manera, se ratifica la ausencia de programas de prevención en las instituciones educativas y el desconocimiento sobre instituciones o redes de apoyo, como también la falta de promover convivencias que permitan la dialogicidad con el estudiante, que posibiliten conocer el trasfondo de su realidad y de sus problemáticas.

Con respecto a las acciones (prácticas) que tienen los docentes frente al consumo, enumeran la importancia de estar vigilantes, ejercer mayor control en los jóvenes, revisar el contenido de los libros y la compañía de los estudiantes; de igual manera coinciden en la necesidad de abordar la temática en conjunto con el padre de familia, el capellán y el personal de psicología. Como también consideran de vital importancia el diseño y operacionalización de programas de prevención familiar como estrategia preventiva para el uso y abuso de SPA en los jóvenes. Coinciden en valorar las sustancias psicoactivas como perjudiciales para el adolescente y la sociedad en general; por lo tanto, su consumo no debe ser permitido, ni legalizado.

Con respecto a la responsabilidad que asume el maestro, se observa que el abordaje de las sustancias psicoactivas en el aula de clase no es considerado una temática que pueda tratarse de forma transversal en todas las asignaturas; en general se responsabiliza al área de biología. Los docentes atribuyen como causantes de esta situación el desconocimiento del tema de SPA, el desconocimiento de las problemáticas de la comunidad y la relación vertical alumno-docente, limitada exclusivamente a la transferencia de conocimientos. Sin embargo, los docentes asumen su compromiso de trabajar por una niñez digna y una vida feliz, recalcan la impor-

tancia de dar continuidad en el trabajo con el adolescente al terminar su jornada académica.

Con respecto a los grupos focales realizados con padres, se puede concluir:

Se evidencia la pobre información y contenidos que en torno al tema de las SPA conocen y comparten los padres y madres de familia participantes en la investigación. La explicación de la inobservancia de situaciones relacionadas con SPA en contextos familiares podría estar centrada en fallas informacionales que posee el grupo en particular. Es nulo el manejo del tema en lo referido a SPA ilícitas que suelen ser de más frecuente uso entre los jóvenes. Existe cierto estigma acerca de este tipo de drogas, puesto que son vistas y evaluadas como aspectos extraños, lejanos e impropios, pero donde en realidad, no se conoce mucho acerca de ellas; aseguran que el consumo de sustancias se encuentra enmarcado en un halo de clandestinidad, razón por la cual los usuarios eligen ciertos lugares apartados, de poco tránsito y oscuros para el consumo.

En torno al contexto municipal, es aceptado y reconocido el uso frecuente y cotidiano de SPA lícitas, las cuales circulan de manera amplia en el sector y se reconocen como algo típico, propio de sus costumbres y su cultura. El consumo de alcohol y otras SPA lícitas también emerge como elemento con carácter recreativo, consumo socialmente permitido, aceptado, tolerado y cotidiano, especialmente en los hombres adultos, haciendo parte de sus costumbres y rituales como fin de la jornada laboral semanal; es bastante evidente el abuso de alcohol como factor presente en estas comunidades, su uso es alto, cotidiano y "normal", y nunca llega a tener una conexión con el fenómeno de las SPA ilícitas.

Los padres hacen un especial énfasis en el consumo femenino de alcohol, dando una apreciación más fuerte y menos permisiva a su consumo que al consumo masculino, al considerar que el consumo le acarrea a la mujer la exposición a más riesgos. La mujer como consumidora de alcohol se ve en aumento, presentando una connotación diferente al consumo masculino; ellas son señaladas y culpabilizadas por su consumo, por su condición de cuidadora y por los lugares en los que se da el consumo, considerados espacios exclusivamente masculinos.

La familia actuará como factor protector en cuanto que los padres sean modelos positivos no consumidores, que mantengan una familia nuclear con adecuados niveles, canales y estrategias de comunicación afectiva que permitan la cercanía, confianza, formación e información a sus hijos. Los padres asumen su recuperación del consumo de sustancias lícitas como una estrategia para proteger a sus hijos de un padre o madre consumidor, que sería asumido como modelo negativo de identificación y que los desacreditaría como autoridad frente a sus hijos.

Los padres atribuyen como motivo de exposición al consumo, la falta de presencia parental, ante la cual surge la droga como una "salida" de afrontamiento, entendiendo esta falta de presencia tanto física como afectiva, señalando que son padres que no poseen la suficiente cercanía con sus hijos, que no exhiben demostraciones afectivas, que no se comunican con sus hijos, generando en estos sentimientos de soledad, abandono y desprotección. Ello resalta la importancia de la relación y comunicación afectiva entre padres e hijos, como aspectos que contribuyen al nivel de seguridad, autoestima, autoconcepto, factores determinantes en el desarrollo de destrezas emocionales, cognitivas y sociales del adolescente, previniendo de esta manera el uso de sustancias.

En cuanto al contexto como factor de riesgo, los padres reseñaron escenarios específicos en este, como lo son la calle y el trabajo, y las instituciones de educación superior. Con respecto a la calle los padres asumen que aquellos jóvenes que permanecen más tiempo fuera de sus hogares se presentan más vulnerables frente a la oferta de las SPA. A la naturaleza y características propias del trabajo predominante en Funza relacionado con el cultivo de flores le es atribuida por los padres una condición de factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas, el cual puede estar relacionado con algunas condiciones propias del trabajo como son el trabajador maltratado, mal remunerado, la realización de trabajos expuestos a condiciones peligrosas, horas de trabajo excesivas o condiciones denigrantes y adversas, y el ingreso muy temprano al mercado laboral de los jóvenes, dejándolos fuera de la protección y control familiar, y a su vez enfrentados a un medio hostil en el cual deben competir y del cual reciben medios económicos que les permitirán el acceso a las SPA.

Uno de los factores de riesgo que más refieren los padres ha sido un patrón de crianza disfuncional, ya sea por ofrecer un estilo de crianza autoritario o permisivo. En el caso del estilo autoritario, éste se refiere a la agresión tanto física como verbal como forma de impartir la norma, generando distancia emocional, temor y desconfianza por parte de los hijos, limitando de esta forma la posibilidad de comunicación de sus necesidades y dificultades, lo que trae consigo la necesidad de los hijos de buscar fuera del hogar un soporte emocional e igualmente la información que sobre su vida y actividades refiere a sus padres, evitando de esta forma el castigo. El estilo de crianza permisivo también es señalado por los padres como factor de riesgo para el consumo al crear incertidumbre en los límites, puesto que estos no son claros o se presentan ante los hijos como inexistentes, permitiendo al joven explorar el mundo sin ninguna guía ni pauta que oriente sus decisiones.

Los padres expresan cómo las condiciones actuales han llevado a la mujer a trabajar fuera de casa, ya sea porque los ingresos económicos del padre no son suficientes y se requiere de su contribución económica o porque el padre abandona el núcleo familiar y no aporta económicamente, lo cual, a su juicio, se convierte en un factor de riesgo por cuanto la madre no cuenta con el tiempo para brindar a sus hijos compañía, guía, orientación, afecto e incluso cuidados básicos, generando hijos solos, con carencias afectivas y con límites confusos, que incluso deben asumir roles parentales frente a sus hermanos menores, mostrándolos ante el mundo como sujetos vulnerables y fácilmente inducibles al consumo.

Los padres señalaron al colegio como factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas, atribuyendo a éste y sus alrededores el medio propicio para la oferta de estas sustancias, especialmente si se trata de un colegio grande, público, cuyos cursos son numerosos, y con edades heterogéneas, tornándose difícil la tutelación. Sin embargo, es frecuente observar en sus discursos cierta *responsabilización* hacia el colegio como lugar que puede controlar de manera eficaz el fenómeno de las SPA y otros más.

Los padres han identificado como factores que mantienen la conducta adictiva y promueven el avance del proceso adictivo a la sustancia en sí y sus efectos, y a la familia, como coadicta, la cual ha sido atribuida por los padres como un factor que mantiene el curso de la adicción, por la forma como en su interior se asume el consumo de sustancias de uno de sus miembros, ya sea excluyendo al joven del sistema o mostrándose pasiva, permisiva y desentendida frente al consumo, ne-

gándolo o aceptándolo y minimizando su magnitud, convirtiéndose entonces en una familia coadicta.

Los padres presentan dos claras posiciones del papel de la institución educativa, especialmente de los colegios, aunque también hacen referencia a las universidades; por una parte señalan las responsabilidades asumidas por los colegios, destacan el valor de la imposición de unas normas fuertes y claras, impartidas con autoridad por parte de administrativos y docentes, y a su vez su rol como cuidadores y supervisores de las conductas de los jóvenes durante el tiempo que se encuentran bajo su tutela. No obstante, comentan otras acciones asumidas por el colegio, con las cuales buscan proteger a los demás estudiantes, otorgando la responsabilidad a los padres, generándoles incertidumbre.

Y por otra parte los padres sugieren que el colegio debería asumir la responsabilidad frente a la prevención del consumo a través de la inclusión en su interior de un profesional encargado de la orientación en este tipo de problemáticas, atención dirigida tanto a los jóvenes como a sus padres. De igual forma consideran que el colegio debería asumir una labor de supervisión y atención a las actividades de los jóvenes, incluyendo la oportuna comunicación a los padres sobre las dificultades y problemáticas detectadas. A su vez, señalan que el colegio debería ofrecer alternativas para un adecuado manejo del tiempo libre extra-escolar.

Los padres atribuyen la responsabilidad social del consumo comunitario al estado, representado por las autoridades policivas y las autoridades civiles, el cual debe encargarse del control de la oferta y de la atención de las personas involucradas en el consumo, autoridades que son vistas como las encargadas de la vigilancia y el estricto cumplimiento de la norma. El ejercicio de la ley por parte de las autoridades policiales es igualmente aceptado y bien acogido. Los padres ven en el control una herramienta de trabajo para prevenir el uso o abuso de sustancias y consideran que es necesario vigilar al joven en los sitios de consumo como bares o discotecas, para así mantener control sobre el abuso de ciertas sustancias.

Por el contrario, un segundo grupo de padres valoró la necesidad de disminuir el control y aumentar el afecto, la comprensión y el apoyo familiar. Para ellos el diálogo y la comunicación son las herramientas más importantes para evitar o solucionar los conflictos generados por el uso o abuso de sustancias. Es así que la empatía con el adolescente o la posibilidad de ponerse en el lugar del hijo es una parte importante para una relación padre-hijo efectiva y un elemento de protección frente al consumo.

Algunas de las intervenciones preventivas que los padres plantean es la educación dirigida a ellos mismos; ven en los talleres y el entrenamiento personalizado una estrategia de acción clave para la comprensión de la problemática. Según la creencia de algunos padres el compromiso de la institución educativa está en enseñar no sólo a los estudiantes, sino también a las familias, sobre problemáticas diversas, como los tipos de sustancias y su consumo por parte del adolescente. Otras estrategias preventivas mencionadas estuvieron relacionadas con las redes de apoyo comunitario; ven en la red social un instrumento necesario y eficaz frente a la delincuencia derivada de la venta de sustancias ilegales, y en la religión otro elemento de fuerza: para ellos el apoyo de Dios es importante para evitar o superar las problemáticas derivadas de un hijo o un padre consumidor. El aferrarse a la fe y al poder de Dios es una salida que muchas veces se vislumbra cuando otros mecanismos han fallado.

En cuanto a otras problemáticas señaladas en el hogar, los padres visualizan, primero, la descomposición familiar, ejemplificada en los divorcios y las subsiguientes consecuencias, como el criar a los hijos solos; segundo, la violencia intrafamiliar, que en muchas ocasiones conduce a la separación y que tiene efectos adversos sobre los jóvenes y el consumo; tercero, la enfermedad de algún miembro de la familia, que modifica las relaciones de apego con los hijos; y por último, el embarazo adolescente, el cual tiene repercusiones sobre el desarrollo posterior de la familia y la posible disgregación de la misma.

Finalmente, los padres identifican otras problemáticas comunitarias que repercuten o se relacionan con el consumo de sustancias y la escolaridad, como es el caso de los videojuegos, que se deriva hacia el mal uso del tiempo libre y el poco aprovechamiento de las oportunidades escolares, además de la delincuencia social, las personas provenientes de otras ciudades, producto del desplazamiento forzado, fenómeno que va en aumento en el municipio y que impacta en las comunidades educativas, ya que muchos jóvenes se ven atracados y/o son vulnerables a la oferta de sustancias psicoactivas en las salidas de las instituciones.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Aguinaga, O. W. (2004). *Experiencias de salud con los adolescentes: Funza-Cundinamarca*. Bogotá: Guadalupe.
- Arango, M., & Child, J. (1987). *Narcotráfico: El imperio de la cocaína*. México: Edivisión.
- Bejarano, J. (1950). *La derrota de un vicio: Origen e historia de la chicha*. Bogotá: Iqueima.
- Bravo, P. A., Bravo, S. M., Porras, B., Valderrama, J., Erazo, A., & Bravo, L. E. (2005). Prevalencia de sustancias psicoactivas asociadas con muertes violentas en Cali. *Colombia Médica*, 36(3), 146-152.
- Bray, R. M., Kroutil, L. A., Luckey, J. W., & Wheelless, S. C. (1992). *Worldwide Survey of Substance Abuse and Health Behaviors Among Military Personnel*. Research Triangle Park, NC: Research Triangle Institute.
- Brook, D. W., Brook, J. S., Rosen, Z., De la Rosa, M., Montoya, I. D., & Whiteman, M. (2003). Early risk factors for violence in Colombian adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1470-1478.
- Button, T. M. M., Rhee, S. H., Hewitt, J. K., Young, S. E., Corley, R. P., & Stallings, M. C. (2007). The role of conduct disorder in explaining the comorbidity between alcohol and illicit drug dependence in adolescence. *Drug and Alcohol Dependence*, 87, 46-53.
- Caballero, R., Madrigal de León, E., Villaseñor, A., & Hidalgo San Martín, A. (1999). El consumo de tabaco, alcohol y droga, ilegales, en los adolescentes de diferentes estratos socioeconómicos de Guadalajara. *Salud Mental*, 22(4).
- Casas de Rodríguez, C. A. (1995). *Salud mental, toxicología y farmacodependencia en la educación*. Santafé de Bogotá: Kimpres.
- Castro, J. (2006). Adicción a sustancias/alcohol: Descripción, evaluación, tratamiento y legislación (pp. 72): Universidad Nacional de Colombia.
- Catalano, R., Gaine, R., Fleming, C. B., Haggerty, K. P., & Jonson, N. O. (1999). An experimental intervention with families of substance abusers: One-year follow-up of the focus on families project. *Addiction*, 94(2), 241-254.
- CICAD/OEA (2006). *Jóvenes y drogas en países sudamericanos: Un desafío para las políticas públicas. Primer estudio comparativo sobre uso de drogas en población escolar secundaria de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay 2006* (1a ed.). Lima: Tetis Graf E.I.R.L.
- Costello, E. J., Sung, M., Worthman, C., & Angold, A. (2007). Pubertal maturation and the development of alcohol use and abuse. *Drug and Alcohol Dependence* (doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.12.009).

- Dierker, L. C., Canino, G., & Merikangas, K. R. (2006). Association between parental and individual psychiatric/substance use disorders and smoking stages among Puerto Rican adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 84, 144-153.
- DSM-IV (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Dura, E., & Garcés, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social*, 6(2), 258.
- EDPE (1995). *Encuesta sobre drogas a la población escolar: Plan Nacional sobre drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas*. Madrid: Ministerio de Justicia e Interior, España.
- Elzo, J., Huete, J., Laespada, M. T., & Santibañez, R. (1995). *Alternativas terapéuticas a la prisión en delincuentes toxicómanos: Un análisis de historias de vida: Drogodependencias*. Madrid: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Enríquez-Flores, I. E., & Villar-Luis, M. A. (2004). Uso y actitudes relacionado a las drogas en las estudiantes de enfermería de la Universidad Mayor de San Andrés. *Rev Latino-am Enfermagem*, 12, 376-382.
- Euskady (1996). *Drogodependencias*. Madrid: Servicio Central del Gobierno Vasco.
- Fernández-Cantón, S. (2005). El consumo de alcohol y sustancias psicoactivas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 43(5), 449-456.
- Fraile-Duvicq, C. G., Riquelme-Pereira, N., & Pimenta-Carvalho, A. M. (2004). Consumo de drogas lícitas e ilícitas en escolares y factores de protección y de riesgo. *Rev Latino-am Enfermagem*, 12, 345-351.
- Fundación Santafé de Bogotá (1993). *Estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en Colombia*. Bogotá: Escuela Colombiana de Medicina, Dirección Nacional de Estupefacientes.
- Galván, J., Unikel, C., Rodríguez, E. M., Ortiz, A., Soriano, A., & Flores, J. C. (2000). Perspectiva general del abuso de flunitracepam (Rohypnol) en una muestra de usuarios de drogas de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23(1), 1-13.
- Gómez-Gómez, S. (1992). *Paraíso ficticio* (1a ed.). Medellín: Colina.
- Grast, S. (2003). Trabajo final de la práctica de adolescente "Construcción social": Universidad Nacional de Colombia.
- Halabí, S., & Errasti, J. (2007). Factores condicionantes de la participación de padres y madres en los programas familiares de prevención del consumo de drogas llevados a cabo en el aula. *Típica: Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 3(1), 1-10.
- Hall, J. (1996). *Drug use in Miami (Dade County), Florida: Epidemiologic trends in drug abuse. Proceedings. Community epidemiology work group*. Miami: National Institute on Drug Abuse. U.S. Department of Health and Human Services.
- Hanson, R. F., Self-Brown, S., Fricker-Elhai, A., Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., & Resnick, H. (2006). Relations among parental substance use, violence exposure

- and mental health: The national survey of adolescents. *Addictive Behaviors*, 31, 1988-2001.
- Helzer, J. E., & Pryzbeck, T. R. (1988). The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *J Study Alcohol*, 49(3), 219-224.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (1996). *Comportamiento de las lesiones por causa externa evaluadas por la regional Bogotá en 1995*. Bogotá: Autor.
- Jessor, R., y Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development*. Nueva York: Academic Press.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., & Bachman, J. G. (1998). *National Survey Results on Drug Use from the Monitoring the Future Study, 1975-1998. Volume I: Secondary School Students*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., Cancro, R., & Cantwell, D. P. (1995). *Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI*: Williams & Wilkins.
- Kaufman, E., & McNaul, J. P. (1992). Recent developments in understanding and treating drug abuse and dependence. *Hosp Community Psychiatry*, 43, 223-236.
- Kessler, R. C., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eschlemann, S., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Linares, J. P. (2002). Informe final "de mentes jóvenes": Universidad Nacional de Colombia.
- Manrique A., F. G. (1997). Conocimientos, actitudes y prácticas: Duitama.
- Martínez-Rodríguez, G., & Villar-Luis, M. A. (2004). Estudio descriptivo del uso de drogas en adolescentes de educación media superior de la ciudad de Monterrey, Nueva León, México. *Rev Latino-am Enfermagem*, 12, 391-397.
- McCabe, S. E., Boyd, C. J., & Young, A. (2007). Medical and nonmedical use of prescription drugs among secondary school students. *Journal of Adolescent Health*, 40, 76-83.
- Medina, G., & Alvarado, W. (1997). Factores psicosociales, y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de básica secundaria y media: Boyacá.
- Medina, K. L., Schweinsburg, A. D., Cohen-Zion, M., Nagel, B. J., & Tapert, S. F. (2006). Effects of alcohol and combined marijuana and alcohol use during adolescence on hippocampal volume and asymmetry. *Neurotoxicology and Teratology* (doi:10.1016/j.ntt.2006.10.010).
- Megías, E. (2001). *Los docentes españoles y la prevención del consumo de drogas*. Madrid: Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción.
- Ministerio de la Protección Social (2005). *Estudio Nacional de Salud Mental 2003*. Cali: Fundación FES-Social.
- Moral-Jiménez, M., Ovejero-Bernal, A., Sirvent-Ruiz, C., & Rodríguez-Díaz, F. J. (2005). Prevención e intervención psicosocial sobre el consumo juvenil de sustancias

- psicoactivas: Comparación de la eficacia preventiva de cuatro programas. *Intervención Psicosocial*, 14(2), 189-208.
- Nuño-Gutiérrez, B. L., & González-Forteza, C. (2004). La representación social que orienta las decisiones paternas al afrontar el consumo de drogas de sus hijos. *Salud Pública de México*, 46(2), 123-131.
- OID/OEA (1998). *Aspectos metodológicos generales del SIDUC*: Centro de documentación COSA.
- OMS (1958). *The first ten years of the world health organization*. Geneva: Autor.
- OPS (1983). *Dimensiones sociales de la salud mental*. Washington, D.C.: Autor.
- OPS (1986). *Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención maternoinfantil*. Washington, D.C.: Autor.
- OPS/OMS (1994). *Manual de procedimientos para la prestación de servicios de atención al adolescente*. Bogotá: Ministerio de Salud.
- Ortiz, A., Soriano, A., Galván, J., & Meza, D. (2005). Tendencias y uso de cocaína en adolescentes y jóvenes de la ciudad de México. Sistema de reporte de información en drogas. *Salud Mental*, 28(2), 91-97.
- Osorio-Rebolledo, E. A., Ortega, N. M., & Pillon, S. C. (2004). Factores de riesgo asociados al uso de drogas en estudiantes adolescentes. *Rev Latino-am Enfermagem*, 12, 369-375.
- Pulido (1996). *Revista Nacional del Fondo de Estupefacientes*.
- Raija, K. (1988). *Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Ramón, M. F., Ballesteros, S., Martínez-Arrieta, R., Jorrecilla, J. M., & Cabrera, J. (2003). Volatile substance and other drug abuse inhalation in Spain. *Clinical Toxicology*, 41(7), 931-936.
- Randolph, W. M., Stroup-Benham, C., Black, S. A., & Markides, K. S. (1998). Alcohol use among Cuban-Americans, Mexican-Americans, and Puerto Ricans. *Alcohol Health and Research World*, 22(4), 265-269.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA*, 264, 2511-2518.
- Riggs, N. R., Elfenbaum, P., & Pentz, M. A. (2006). Parent program component analysis in a drug abuse prevention trial. *Journal of Adolescent Health*, 39, 66-72.
- Ross, Glaser, & Germanson (1988). The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drugs problems. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1023-1031.
- RUMBOS (2002). *Juventud y consumo de sustancias psicoactivas: Resultados de la Encuesta Nacional de 2001 en jóvenes escolarizados de 10 a 24 años*. Bogotá: Presidencia de la República de Colombia.
- Salinas, T. (2007). *Violencia intrafamiliar y consumo de drogas*. Cochabamba: COPRE.
- San Vicente de Paul, H. U. (1994). *Compendio de fármaco dependencia y alcoholismo*. Medellín: Autor.

- Sayres, W. C. (1956). Ritual drinking, ethnic status, and inebriety in rural Colombia. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 17, 53-62.
- Serpa, G. (1992). *Los problemas de la drogadicción a su alcance*. Bogotá: Norma.
- Silva-Mathews, I., & Pillon, S. C. (2004). Factores protectores y de riesgo asociados al uso de alcohol en adolescentes hijos de padre alcohólico, en el Perú. *Rev Latino-am Enfermagem*, 12, 359-368.
- Sloboda, Z. (2002). Changing patterns of "drug abuse" in the United States: Connecting findings from macro- and microepidemiologic studies. *Substance Use & Misuse*, 37(8-10), 1229-1251.
- Smith, D., Wesson, D., & Calhoun, S. (1997). Rohypnol (Flunitrazepam). from <http://www.lec.org/drugsearch/documents/rohypnol.html>
- Stéphan, P., Adamkiewicz, B., Bolognini, M., Plancherel, B., Page, M., Bernard, M., et al. (2006). Caractéristiques psychosociales d'adolescents souffrant de troubles du comportement. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 54, 175-182.
- Swahn, M. H., & Donovan, J. E. (2004). Correlates and predictors of violent behavior among adolescent drinkers. *Journal of Adolescent Health*, 34, 480-492.
- Szapocznik, J., López, B., Prado, G., Schwartz, S. J., & Pantin, H. (2006). Outpatient drug abuse treatment for Hispanic adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 84S, S54-S63.
- Szapocznik, J., & Williams, R. A. (2000). Brief strategic family therapy: Twenty five years of interplay among theory, research and practice in adolescent behavior problems and drug abuse. *Clinic Child Family Psychological Review*, 3, 117-134.
- Tarter, R. (1990). Evaluation and treatment of adolescent substance abuse: A decision tree method. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 16(1&2), 1-46.
- Tarter, R., & Hegedus, A. (1991). The Drug Use Screening Inventory: Evaluation and treatment of alcohol and drug abuse. *Alcohol Health & Research World*.
- Tarter, R., & Kirisci, L. (1997). The Drug Use Screening Inventory for Adults: Psychometric structure and discriminative sensitivity. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23, 207-219.
- Tarter, R., Kirisci, L., & Mezzich, A. (1996). The Drug Use Screening Inventory: School adjustment correlates of substance abuse. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 29, 25-34.
- Toro, R., & Yepes, L. (1986). *Psiquiatría*. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Torres, Y. (1992). *Resultados sistema de vigilancia epidemiológica sobre uso indebido de sustancias psicoactivas VESPA*. Medellín: Alcaldía de Medellín.
- Torres, Y. (1993). *Estudio Nacional de Salud Mental y consumo de sustancias psicoactivas*. Bogotá: Ministerio de Salud.
- Torres, Y., & Montoya, I. (1997). *II Estudio Nacional de Salud Mental y consumo de Sustancias Psicoactivas. Colombia 1997*. Bogotá: Ministerio de Salud.
- Torres, Y., & Murrelle, L. (1987). *Estudio Nacional sobre Alcoholismo y Consumo de Sustancias Psicoactivas que producen dependencia*. Medellín: Universidad de Antioquia.

- Ugalde-Montero, F., Carmiol-Barboza, A. M., Bejarano-Orozco, J., Mora-Esquivel, A., Monge Jiménez, J., & Gómez-Gómez, A. (1999). Análisis del consumo de drogas en adolescentes escolarizados de Costa Rica 1999. *Ciencias Sociales*, 99, 11-23.
- Vargas, H. (2007). *Plan de desarrollo municipal Funza 2004-2007*.
- Velásquez, E. (1996). La mujer, las drogas y los grupos de riesgo. In Surgir (Ed.), *Ponencia para la reunión del grupo de consulta sobre el "impacto del abuso de drogas en la mujer y la familia"*. Medellín: Surgir.
- Velásquez, J. C., & Scoppetta, O. (1998). *Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de carreras técnicas y tecnológicas de Santafé de Bogotá, 1997*. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá, D.C.
- World Drug Report (2006). Trends in World Drug Markets. In *World Drug Report*.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Abuso: Cuando la sustancia es consumida a pesar de saber que puede causarle problemas (físicos, psicológicos, familiares, laborales, etc.) o cuando se consume poniendo en riesgo su vida o la de otros¹.

Define al consumo de un fármaco sin necesidad médica y en dosis excesivas que pueden implicar riesgos para el sujeto que la utiliza o para quienes lo rodean.

El mal uso o abuso puede ser: experimental, esporádico, repetitivo, compulsivo².

Apoyo social: "Es el ofrecido por los grupos primarios más importantes para el individuo"³.

Consumo: Uso de cualquier sustancia al menos en una ocasión⁴. Se refiere al uso que las personas hacen de las drogas o sustancias, ya sean lícitas o ilícitas, con o sin indicación médica.

Coomorbilidad: Cuando dos patologías o trastornos se presentan simultáneamente, explicando una asociación estadísticamente significativa que hace más intensa su manifestación.

Dependencia: Cuando se presentan síntomas físicos y psicológicos que indican que el individuo ha perdido el control sobre el uso de sustancias psicoactivas y sigue utilizándolas a pesar de sus consecuencias adversas⁵.

Droga: Cualquier sustancia natural y/o artificial que es consumida sin fines terapéuticos y que produce modificaciones en el estado físico y/o mental.

Droga ilícita: En esta categoría se incluye el uso de marihuana, cocaína, crack, pasta base, alucinógenos, heroína, solventes volátiles y estimulantes.

Droga lícita: En esta categoría se incluye el uso de tabaco, alcohol y tranquilizantes.

DUSI: (Drug Use Screening Inventory) Test aplicado por Tarter R. en la Universidad de Pittsburg (EUA). Permite obtener información práctica de la Severidad de problemas en dominios múltiples de Salud, Comportamiento y Ajuste Psicosocial. Las áreas de desajuste que requieren intervención son eficientemente identificadas.

Incidencia: Proporción de entrevistados que iniciaron el consumo de la droga en estudio durante los últimos 12 meses.

Factores del comportamiento: Interacciones entre la conducta o modo de ser y la salud.

1 Casas de Rodríguez, Carmen Adela y col. *Salud Mental, Toxicología y Farmacodependencia en la Educación*. Editorial Kimpres Ltda. Santafé de Bogotá, D.C. 1995. p. 14.

2 Toro G., Ricardo J. y Yepes R., Luis E. *Psiquiatría*. Medellín. Corporación para Investigaciones Biológicas. 1986. p. 432.

3 Dura, Estrella y Garcés, Jorge. La Teoría del Apoyo Social y sus Implicaciones para el Ajuste Psicosocial de los Enfermos Oncológicos. En: *Revista de Psicología Social*. Universidad de Barcelona. 1991. No. 6 (2), p. 258.

4 Toro G., Ricardo J. y Yepes R., Luis E. Op. cit., 1986. p. 437.

5 Casas de Rodríguez, Carmen Adela y col. Op. cit.

Factor de protección: Es el que mejora la respuesta del individuo ante una amenaza externa⁶.

Factores psicosociales: Consisten en interacciones entre el individuo, su medio ambiente, las satisfacciones, y las condiciones de las organizaciones sociales con la capacidad del individuo, sus necesidades, su cultura y su situación personal a través de la percepción y experiencias que pueden influir en la salud⁷.

Factor de riesgo: Es una característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud⁸.

Oportunidad de uso: se refiere a la proporción de alumnos que han tenido la oportunidad o posibilidad de haber usado las drogas legales o ilegales.

Prevalencia de vida: Se refiere a la proporción de entrevistados que consumió la droga en estudio alguna vez en la vida.

Prevalencia último año: Se refiere a la proporción de entrevistados que consumió la droga en estudio durante los doce meses previos a la encuesta.

Prevalencia último mes: Proporción de entrevistados que consumió la droga en estudio durante el último mes.

Salud: Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afección o enfermedad (Organización Mundial de la Salud)⁹.

Salud mental: Es un estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales, en que el individuo se encuentra en condiciones de seguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas, potencialmente antagónicas, así como de formar y sostener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que pueden introducirse en el medio ambiente físico y social (Organización Mundial de la Salud)¹⁰.

Sustancia psicoactiva: Es un compuesto que produce cambios químicos en el organismo modificando en esta forma sus percepciones, emociones y comportamiento en general¹¹.

Uso:

- **Uso por prescripción:** Cuando la sustancia es formulada por un médico con el fin de obtener un efecto curativo o paliativo en el paciente, administrada con todos los cuidados y bajo un rigor científico y ético vigilados por la Ley.
- **Uso social:** Cuando la sustancia ocasionalmente es consumida buscando un efecto ya conocido y generalmente en alguna actividad de tipo social¹².

6 Ídem.

7 Kalimo Raija y Col. *Los Factores Psicosociales en el Trabajo y su Relación con la Salud*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. 1988. p. 3.

8 Organización Panamericana de la Salud. *Manual sobre el Enfoque de Riesgo en la Atención Materno-infantil*. Serie Paltex No. 7. Washington, D.C. 1986. p. 13.

9 Organización Mundial de la Salud. *The First ten years of the world health organization*. Geneva, 1958, p. 459.

10 Organización Panamericana de la Salud. *Dimensiones Sociales de la Salud Mental*. Publicación Científica No. 446, Washigton, D.C., 1983.

11 Toro G., Ricardo J. y Yepes R., Luis E. Op. cit., p. 432.

12 Casas de Rodríguez, Carmen Adela y col. Op. cit., p. 14.

ANEXO 1
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ENCUESTA ESTUDIANTES DUSI –R., SIDUC

0. Ciudad	1. Colegio			
2. Año que cursa actualmente	3. Edad en años cumplidos			
3. Sexo	HOMBRE		MUJER	
5. ¿Ha consultado el médico durante el último año?	SÍ		NO	
6. ¿Ha consultado el psicólogo durante el último año?	SÍ		NO	

Marque con una (X) sobre la respuesta

DOMINIO BP: Responda teniendo en cuenta los últimos 12 meses

7. ¿Ha discutido mucho?	SI	NO
8. ¿Ha molestado o le ha hecho daño a los animales?	SI	NO
9. ¿Ha estado muy malgeniado?	SI	NO
10. ¿Ha amenazado a otros con lastimarlos o hacerles daño?	SI	NO
11. ¿Le ha dado rabia sin motivo?	SI	NO
12. ¿Con frecuencia ha hecho cosas sin pensar en las consecuencias?	SI	NO
13. ¿Con frecuencia ha hecho cosas peligrosas o riesgosas?	SI	NO
14. ¿Ha pasado a solas la mayor parte de su tiempo libre?	SI	NO

DOMINIO PD: Responda teniendo en cuenta los últimos 12 meses

15. ¿Ha tenido más peleas que la mayoría de sus compañeros?	SI	NO
16. ¿Ha dañado intencionalmente cosas de otras personas?	SI	NO
17. ¿Se ha sentido inquieto o incapaz de permanecer en la misma posición?	SI	NO
18. ¿Ha robado algo?	SI	NO
19. ¿Se ha sentido frustrado con facilidad?	SI	NO
20. ¿Se ha sentido triste con mucha frecuencia?	SI	NO
21. ¿Ha estado nervioso?	SI	NO
22. ¿Ha sentido miedo o se ha asustado con mucha facilidad?	SI	NO
23. ¿Ha sentido que las personas lo miren fijamente?	SI	NO
24. ¿Ha sentido voces o ruidos que otros a su alrededor no oyen?	SI	NO
25. ¿Ha sentido miedo de estar con otras personas?	SI	NO
26. ¿Con frecuencia ha sentido ganas de llorar?	SI	NO

DOMINIO SC: responda teniendo en cuenta los últimos 12 meses

27. ¿Ha sido rechazado por sus compañeros u otros jóvenes de su edad?	SI	NO
28. ¿Le ha sido difícil hacer amigos en un grupo nuevo?	SI	NO
29. ¿Cree que otras personas se han aprovechado de usted?	SI	NO
30. ¿Ha sentido miedo de defender sus derechos?	SI	NO
31. ¿Le ha sido muy difícil pedirle ayuda a otros?	SI	NO
32. ¿Se ha dejado influenciar fácilmente por los compañeros?	SI	NO
33. ¿Ha tenido dificultad para defender su opinión o puntos de vista?	SI	NO
34. ¿La gente lo ha visto como una persona antipática?	SI	NO
35. ¿Ha tenido dificultad para entablar una relación afectiva duradera?	SI	NO

Continuación Anexo 1

DOMINIO FS: Algún miembro de su familia: padre, madre o hermano

36. ¿Ha usado cocaína o marihuana?	SI	NO
37. ¿Ha tenido problemas en casa, trabajo o amigos por uso de alcohol?	SI	NO
38. ¿Ha sido detenido?	SI	NO
39. ¿Con frecuencia ha tenido discusiones con sus padres o acudientes que han terminado en gritos o peleas?	SI	NO
40. ¿Casi siempre en su familia hacen cosas juntos?	SI	NO
41. ¿Sus padres o acudientes desconocen sus gustos y disgustos?	SI	NO
42. ¿Ha faltado claridad en las reglas por parte de sus padres sobre lo que puede y no puede hacer?	SI	NO
43. ¿Han discutido mucho sus padres o acudientes entre ellos?	SI	NO
44. ¿Con frecuencia sus padres o acudientes desconocen dónde ha estado usted?	SI	NO
45. ¿Sus padres o acudientes no han estado en casa la mayor parte del tiempo?	SI	NO
46. ¿Se ha sentido descontento con las personas con que le ha tocado vivir?	SI	NO
47. ¿Ha sentido que corre peligro en su casa?	SI	NO

DOMINIO SP: responde teniendo en cuenta los últimos 12 meses

48. ¿Ha tenido problemas para concentrarse cuando estudia?	SI	NO
49. ¿Ha faltado al colegio más de dos días al mes?	SI	NO
50. ¿Se ha ausentado con frecuencia de clase?	SI	NO
51. ¿Ha pensado seriamente en abandonar los estudios?	SI	NO
52. ¿Con frecuencia ha llegado tarde a clase?	SI	NO
53. ¿Sus notas han estado peores que antes?	SI	NO
54. ¿Se ha sentido en peligro en el colegio?	SI	NO
55. ¿Se ha sentido rechazado por grupos del colegio o fuera de él?	SI	NO
56. ¿Han interferido el alcohol u otras drogas con tareas escolares?	SI	NO
57. ¿Ha dejado de ir al colegio o llegado tarde por alcohol o drogas?	SI	NO
58. ¿Lo han suspendido del colegio?	SI	NO

DOMINIO PR: responde teniendo en cuenta los últimos 12 meses

59. ¿Sus amigos han usado con regularidad alcohol u otras drogas?	SI	NO
60. ¿Sus amigos le han vendido o regalado drogas a un compañero?	SI	NO
61. ¿Alguno de sus padres o acudientes les ha disgustado sus amigos?	SI	NO
62. ¿Alguno de sus amigos ha tenido problemas con las autoridades?	SI	NO
63. ¿La mayoría de sus amigos han sido mayores que usted?	SI	NO
64. ¿Sus amigos han faltado mucho al colegio?	SI	NO
65. ¿Se han aburrido sus amigos en las fiestas en donde no hay trago?	SI	NO
66. ¿Sus amigos han robado en un almacén o causado daño a propiedad privada?	SI	NO
67. ¿Comparado con sus compañeros, ha tenido menos amigos?	SI	NO
68. ¿Ha pertenecido usted a una pandilla?	SI	NO

DOMINIO LR: responde teniendo en cuenta los últimos 12 meses

69. ¿Ha salido a divertirse de noche sin permiso o en días de colegio?	SI	NO
70. ¿Comparado con sus compañeros ha hecho menos deporte?	SI	NO
71. ¿En la mayoría de las fiestas no ha habido supervisión de adultos?	SI	NO
72. ¿Ha pasado su tiempo libre charlando o compartiéndolo con sus amigos?	SI	NO
73. ¿Ha pasado aburrido la mayoría de tiempo?	SI	NO
74. ¿En la mayoría de actividades de recreación ha estado solo?	SI	NO
75. ¿Ha usado alcohol o drogas por razones sociales o por pasarla bien?	SI	NO
76. ¿Comparado con sus compañeros ha tenido menos hobbies o intereses?	SI	NO
77. ¿Se ha sentido insatisfecho con su manera de usar el tiempo libre?	SI	NO
78. ¿Ha hecho menos ejercicio que la mayoría de sus compañeros?	SI	NO

DOMINIO SU: responde teniendo en cuenta los últimos 12 meses

79. ¿Ha sentido necesidad o un deseo intenso de usar alcohol o drogas?	SI	NO
80. ¿Ha aumentado el alcohol o droga para obtener un mismo efecto?	SI	NO
81. ¿Alguna vez no ha podido controlar el uso de alcohol o drogas?	SI	NO

Continuación Anexo 1

82. ¿Se ha sentido atrapado en el alcohol u otras drogas?	SI	NO
83. ¿Ha dejado de participar en actividades por el alcohol o drogas?	SI	NO
84. ¿Ha saltado reglas, llegado tarde a casa o violado ley por alcohol o drogas?	SI	NO
85. ¿Tuvo algún accidente de tránsito bajo efecto de alcohol o drogas?	SI	NO
86. ¿Ha herido a alguien o a sí mismo bajo efecto de alcohol o drogas?	SI	NO
87. ¿Ha peleado o discutido con amigos o familiares por efecto de alcohol o drogas?	SI	NO
88. ¿Ha tenido problemas para llevarse bien con amigos por uso de alcohol o drogas?	SI	NO
89. ¿Ha tenido dificultad para decir no cuando le ofrecen alcohol o drogas?	SI	NO

A PARTIR DE LA PRÓXIMA PREGUNTA, SELECCIONE SÓLO UNA RESPUESTA Y MARQUE CON UNA (X) SOBRE LA RESPUESTA

90. Con relación al cigarrillo	
Nunca ha fumado	0
Hace un año o más no fuma	1
Fuma de 1 a 5 cigarrillos	5
6 a 10 cigarrillos día	3
11 a 20 cigarrillos día	4
Más de 20 cigarrillos día	6
Alguna vez en la vida ha fumado	7

91. Con relación a la marihuana	
La usó hoy	0
La semana pasada	1
El mes pasado	5
El año pasado	3
Hace más de un año	4
No la ha usado nunca	6
No sabe	7

92. Con relación a la cocaína	
La usé ayer	1
La semana pasada	5
El mes pasado	3
El año pasado	4
Hace más de un año	6
No la he usado nunca	7

93. Con relación a la basuca o bazuco	
La usó hoy	1
La semana pasada	5
El mes pasado	3
El año pasado	4
Hace más de un año	7
No la ha usado nunca	6

94. Con relación a los tranquilizantes, sin fórmula médica	
Los usó hoy	1
La semana pasada	5
El mes pasado	3
El año pasado	4
Hace más de un año	7
No los he usado nunca	6

95. Con relación a los estimulantes (quita sueño)	
Los usó hoy	1
La semana pasada	5
El mes pasado	3
El año pasado	4
Hace más de un año	7
No los ha usado nunca	6
Si los usó, cuál	

96. Con relación a las bebidas alcohólicas	
Las tomó hoy	1
La semana pasada	5
El mes pasado	3
El año pasado	4
Hace más de un año	7
No las he usado nunca	6

97. Con relación a las bebidas alcohólicas hasta la embriaguez	
Las tomó hoy	1
La semana pasada	5
El mes pasado	3
El año pasado	4
Hace más de un año	7
No las ha usado nunca	6

98. Con relación a la heroína	
La usó hoy	1
La semana pasada	5
El mes pasado	3
El año pasado	4
Hace más de un año	7
No la he usado nunca	6

99. Con cuál sustancia inició el consumo	
Cigarrillo	1
Alcohol	5
Marihuana	3
Tranquilizantes	4
No ha consumido ninguna	7
Otra, ¿Cuál?	6

EN EL CUADRO SIGUIENTE INFORME LA EDAD A LA CUAL INICIÓ EL USO DE CADA SUSTANCIA. SI NO LA HA USADO ESCRIBA 00

Continuación Anexo 1

100. Marihuana		106. Cocaína	
101. Bebidas alcohólicas		107. Cigarrillo	
102. Alcohol hasta embriaguez		108. Rohipnol (Rochas o Roche)	
103. Basuca o Bazuco		109. Estimulantes	
104. Anfetaminas con fórmula médica		110. Anfetaminas sin fórmula médica	
105. Tranquilizantes sin fórmula médica		111. Heroína	

PARA EL SIGUIENTE CUADRO RESPONDA PARA CADA UNA DE LAS SUSTANCIAS QUÉ TAN FÁCIL ES CONSEGUIRLA, COLOCANDO UNA (X) SOBRE LA RESPUESTA

112. Marihuana	Muy fácil	1	Fácil	5	Difícil	3	No sabe	4
113. Cocaína	Muy fácil	1	Fácil	5	Difícil	3	No sabe	4
114. Rohipnol (Rochas o Roche)	Muy fácil	1	Fácil	5	Difícil	3	No sabe	4
115. Basuca o Bazuco	Muy fácil	1	Fácil	5	Difícil	3	No sabe	4
116. Estimulantes	Muy fácil	1	Fácil	5	Difícil	3	No sabe	4
117. Heroína	Muy fácil	1	Fácil	5	Difícil	3	No sabe	4

EN EL CUADRO SIGUIENTE RESPONDA Y MARQUE SÍ O NO A TODAS LAS PREGUNTAS (118 A 126)

Está de acuerdo con que su mejor amigo o su hermano		
118. Consuma bebidas alcohólicas hasta la embriaguez	SI	NO
119. Consuma bebidas alcohólicas diariamente	SI	NO
120. Use marihuana de vez en cuando	SI	NO
121. Use marihuana todos los días	SI	NO
122. Use bazuco	SI	NO
123. Use tranquilizantes	SI	NO
124. Use heroína	SI	NO
125. Fume cigarrillos	SI	NO
126. Utilice anfetaminas	SI	NO

PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SELECCIONE SÓLO UNA RESPUESTA Y MARQUE CON UNA (X)

¿Usted ha consumido sustancias diferentes a alcohol y cigarrillos?

SÍ (Pase a la pregunta 128A y 128B) NO (Responda La pregunta 127 y continúe en la 130)

127. ¿Cuál ha sido el PRINCIPAL motivo para NO hacerlo?			
No las necesita	1	Religioso	6
Miedo al daño que producen	5	Evitar problemas familiares	7
Respeto a sí mismo	3	Otro	8
Costo	4	¿Cuál?	
Dificultad de conseguirla	0		

128A. ¿Cuál fue el PRINCIPAL motivo para iniciar el consumo?			
Ser aceptado por el grupo	1	En las fiestas	7
Curiosidad	5	Mejorar experiencia sexual	8
Diversión	3	Rendir más	9
Escapar de la realidad	4	Preside la pareja	10
Quitar la timidez	0	Otra	11
Las sensaciones que produce	6	¿Cuál?	

128B. ¿Usted consumió sustancias diferentes a alcohol y cigarrillos y hace un año o más que no las usa?

SÍ (Pase a la pregunta 129) NO (Pase a la pregunta 130)

129. ¿Cuál fue el principal motivo para dejarla (s)?			
Respeto a sí mismo	1	Daño a la salud	0
Problemas familiares	5	Dejó de necesitarlas	6
Problemas en estudios	3	Otro	7
Problemas con el costo	4	¿Cuál?	8

Continuación Anexo 1

**INFORMACIÓN DE LA FAMILIA
EN EL CUADRO 130 Y 131 SELECCIONE UNA SOLA RESPUESTA Y MARQUE CON (X)**

130. ¿Con quién vivió en su infancia?		131. ¿Con quién vive actualmente?	
Con dos padres / Hermanos	1	Con dos padres / Hermanos	1
Sólo con la madre / Hermanos	5	Sólo con la madre / Hermanos	5
Sólo con el padre / Hermanos	3	Sólo con el padre / Hermanos	3
Sólo con hermanos	4	Sólo con hermanos	4
Abuelos	0	Abuelos	0
Otros familiares	6	Otros familiares	6
Otras personas	7	Otras personas	7
En instituciones	8	En instituciones	8

EN EL CUADRO 132 Y 133 RESPONDA PARA CADA ÍTEM MARCANDO CON UNA (X)

132. Qué tanto apoyo y comprensión recibe de								
Su padre	Nada	1	Poco	5	Mucho	3	No tiene	4
Su madre	Nada	1	Poco	5	Mucho	3	No tiene	4
Sus profesores	Nada	1	Poco	5	Mucho	3		
Sus compañeros	Nada	1	Poco	5	Mucho	3		

133. Qué tan satisfecho se siente usted con:								
Sus logros académicos	Mucho	1	Regular	5	Poco	3	Nada	4
Su vida sentimental	Mucho	1	Regular	5	Poco	3	Nada	4
Su vida familiar	Mucho	1	Regular	5	Poco	3	Nada	4
Con sus compañeros y amigos	Mucho	1	Regular	5	Poco	3	Nada	4

PARA LAS PREGUNTAS 134 Y 135 MARQUE CADA RESPUESTA CON (X)

134. Qué espera hacer al terminar el colegio			
Estudiar	1	Dedicarse al hogar	4
Trabajar y estudiar	2	Otro	6
Trabajar	3	¿Cuál?	

135. ¿Qué tanto confía usted en su futuro? Mucho Poco Nada

ANEXO 2 ANÁLISIS CUANTITATIVO

Tabla 1. Anexo. Respuestas afirmativas distribuidas por dominio.

Preguntas por DOMINIO	Frecuencia	Porcentaje
Dominio problemas de comportamiento (BP)		
7. ¿Ha discutido mucho?	865	61,09
8. ¿Ha molestado o le ha hecho daño a los animales?	130	9,18
9. ¿Ha estado muy malgeniado?	912	64,41
10. ¿Ha amenazado a otros con lastimarlos o hacerles daño?	172	12,15
11. ¿Le ha dado rabia sin motivo?	618	43,64
12. ¿Con frecuencia ha hecho cosas sin pensar en las consecuencias?	752	53,11
13. ¿Con frecuencia ha hecho cosas peligrosas o riesgosas?	388	27,4
14. ¿Ha pasado a solas la mayor parte de su tiempo libre?	507	35,81
Dominio desorden psiquiátrico (DP)		
15. ¿Ha tenido más peleas que la mayoría de sus compañeros?	167	11,79
16. ¿Ha dañado intencionalmente cosas de otras personas?	368	25,99
17. ¿Se ha sentido inquieto o incapaz de permanecer en la misma posición?	809	57,13
18. ¿Ha robado algo?	261	18,43
19. ¿Se ha sentido frustrado con facilidad?	538	37,99
20. ¿Se ha sentido triste con mucha frecuencia?	850	60,03
21. ¿Ha estado nervioso?	948	66,95
22. ¿Ha sentido miedo o se ha asustado con mucha facilidad?	645	45,55
23. ¿Ha sentido que las personas lo miren fijamente?	804	56,78
24. ¿Ha sentido voces o ruidos que otros a su alrededor no oyen?	352	24,86
25. ¿Ha sentido miedo de estar con otras personas?	376	26,55
26. ¿Con frecuencia ha sentido ganas de llorar?	757	53,46
Dominio competencia social		
27. ¿Ha sido rechazado por sus compañeros u otros jóvenes de su edad?	304	21,47
28. ¿Le ha sido difícil hacer amigos en un grupo nuevo?	315	22,25
29. ¿Cree que otras personas se han aprovechado de usted?	502	35,45
30. ¿Ha sentido miedo de defender sus derechos?	409	28,88
31. ¿Le ha sido muy difícil pedirle ayuda a otros?	488	34,46
32. ¿Se ha dejado influenciar fácilmente por los compañeros?	355	25,07
33. ¿Ha tenido dificultad para defender su opinión o puntos de vista?	414	29,24
34. ¿La gente lo ha visto como una persona antipática?	436	30,79
35. ¿Ha tenido dificultad para entablar una relación afectiva duradera?	598	42,23
Dominio sistema familiar		
36. ¿Ha usado cocaína o marihuana?	78	5,51
37. ¿Ha tenido problemas en casa, trabajo o amigos por uso de alcohol?	209	14,76
38. ¿Ha sido detenido?	141	9,96
39. ¿Con frecuencia ha tenido discusiones con sus padres o acudientes que han terminado en gritos o peleas?	549	38,77

Preguntas por DOMINIO

	Frecuencia	Porcentaje
40. ¿Casi siempre en su familia hacen cosas juntos?	1040	73,45
41. ¿Sus padres o acudientes desconocen sus gustos y disgustos?	532	37,57
42. ¿Ha faltado claridad en las reglas por parte de sus padres sobre lo que puede y no puede hacer?	385	27,19
43. ¿Han discutido mucho sus padres o acudientes entre ellos?	368	25,99
44. ¿Con frecuencia sus padres o acudientes desconocen dónde ha estado usted?	410	28,95
45. ¿Sus padres o acudientes no han estado en casa la mayor parte del tiempo?	526	37,15
46. ¿Se ha sentido descontento con las personas con que le ha tocado vivir?	282	19,92
47. ¿Ha sentido que corre peligro en su casa?	104	7,34

Dominio desempeño escolar

48. ¿Ha tenido problemas para concentrarse cuando estudia?	861	60,81
49. ¿Ha faltado al colegio más de dos días al mes?	293	20,69
50. ¿Se ha ausentado con frecuencia de clase?	179	12,64
51. ¿Ha pensado seriamente en abandonar los estudios?	126	8,90
52. ¿Con frecuencia ha llegado tarde a clase?	355	25,07
53. ¿Sus notas han estado peores que antes?	282	19,92
54. ¿Se ha sentido en peligro en el colegio?	216	15,25
55. ¿Se ha sentido rechazado por grupos del colegio o fuera de él?	243	17,16
56. ¿Han interferido el alcohol u otras drogas con tareas escolares?	81	5,72
57. ¿Ha dejado de ir al colegio o llegado tarde por alcohol o drogas?	27	1,91
58. ¿Lo han suspendido del colegio?	123	8,69

Dominio relaciones con los amigos o pares

59. ¿Sus amigos han usado con regularidad alcohol u otras drogas?	429	30,30
60. ¿Sus amigos le han vendido o regalado drogas a un compañero?	101	7,13
61. ¿Alguno de sus padres o acudientes les ha disgustado sus amigos?	645	45,55
62. ¿Alguno de sus amigos ha tenido problemas con las autoridades?	317	22,39
63. La mayoría de sus amigos han sido mayores que usted?	755	53,32
64. ¿Sus amigos han faltado mucho al colegio?	285	20,13
65. ¿Se han aburrido sus amigos en las fiestas en donde no hay trago?	519	36,65
66. ¿Sus amigos han robado en un almacén o causado daño a propiedad privada?	150	10,59
67. ¿Comparado con sus compañeros, ha tenido menos amigos?	358	25,28
68. ¿Ha pertenecido usted a una pandilla?	97	6,85

Dominio tiempo libre y recreación

69. ¿Ha salido a divertirse de noche sin permiso o en días de colegio?	206	14,55
70. ¿Comparado con sus compañeros ha hecho menos deporte?	471	33,26
71. ¿En la mayoría de las fiestas no ha habido supervisión de adultos?	592	41,81
72. ¿Ha pasado su tiempo libre charlando o compartiéndolo con sus amigos?	1054	74,44
73. ¿Ha pasado aburrido la mayoría de tiempo?	439	31,00
74. ¿En la mayoría de actividades de recreación ha estado solo?	166	11,72
75. ¿Ha usado alcohol o drogas por razones sociales o por pasarla bien?	224	15,82
76. ¿Comparado con sus compañeros ha tenido menos hobbies o intereses?	238	16,81
77. ¿Se ha sentido insatisfecho con su manera de usar el tiempo libre?	555	39,19
78. ¿Ha hecho menos ejercicio que la mayoría de sus compañeros?	430	30,37

Preguntas por DOMINIO

Frecuencia Porcentaje

Dominio uso de sustancias

79.	¿Ha sentido necesidad o un deseo intenso de usar alcohol o drogas?	137	9,68
80.	¿Ha aumentado el alcohol o droga para obtener un mismo efecto?	27	1,91
81.	¿Alguna vez no ha podido controlar el uso de alcohol o drogas?	211	14,90
82.	¿Se ha sentido atrapado en el alcohol u otras drogas?	43	3,04
83.	¿Ha dejado de participar en actividades por el alcohol o drogas?	106	7,49
84.	¿Ha saltado reglas, llegado tarde a casa o violado ley por alcohol o drogas?	81	5,72
85.	¿Tuvo algún accidente de tránsito bajo efecto de alcohol o drogas?	21	1,48
86.	¿Ha herido a alguien o a sí mismo bajo efecto de alcohol o drogas?	38	2,68
87.	¿Ha peleado o discutido con amigos o familiares por efecto de alcohol o drogas?	91	6,43
88.	¿Ha tenido problemas para llevarse bien con amigos por uso de alcohol o drogas?	62	4,38
89.	¿Ha tenido dificultad para decir no cuando le ofrecen alcohol o drogas?	171	12,08

Tabla 2. Familia y consumo de sustancias

¿Casi siempre en su familia hacen cosas juntos?	¿Sus padres o acudientes desconocen sus gustos y disgustos?	¿Con frecuencia ha tenido discusiones con sus padres o acudientes que han terminado en gritos o peleas?	¿Ha sentido peligro en su casa?	¿Se ha sentido descontento con las personas con que le ha tocado vivir?	¿Sus padres o acudientes no han estado en casa la mayor parte del tiempo?	¿Con frecuencia sus padres o acudientes desconocen donde ha estado usted?	
0.54	1.74	2.54	1.63	2.14	1.53	3.51	OR
0.472-0.680	1.398-2.159	2.042-3.16	1.091-2.438	1.643-2.796	1,234-1,906	2,759-4,475	IC
0	0	0	0.01	0	0	0	P
0.55	1.67	2.82	2.04	1.92	1.46	2.69	OR
0.35-0.877	1.073-2.611	1.784-4.462	1.044-3.975	1.183-3.112	0.936-2.284	1,718-4,199	IC
0.01	0.02	0	0.04	0.01	0.06	0	P
0.92	1.6	0.88	0.68	0.73	1.63	2.96	OR
0.452-1.863	0.846-3.026	0.454-1.711	0.161-2.844	0.301-1.748	0.82-3.083	1,562-5,622	IC
0.47	0.1	0.42	0.44	0.31	0.09	0	P
0.43	1.97	2.35	3.33	2.14	2.34	2.98	OR
0.251-0.741	1,153-3,373	1,363-4,041	1,667-6,653	1,212-3,785	1,361-4,014	1,731-5,098	IC
0	0.01	0	0	0.01	0	0	P
0.59	0.98	2.13	1.25	1.39	1.25	1.62	OR
0.414-0.847	0.69-1.395	1,511-3,005	0.678-2,287	0.935-2,071	0,884-1,766	1,141-2,311	IC
0	0.5	0	0.29	0.07	0.12	0.01	P
0.55	2.18	3.09	1.55	1.99	1.88	2.57	OR
0.416-0.715	1,707-2,789	2,395-3,987	0,995-2,468	1,462-2,718	1,476-2,394	1,949-3,396	IC
0	0	0	0.04	0	0	0	P
0.62	1.99	2.41	1.53	2.1	1.48	3.12	OR
0.490-0.790	1,599-2,487	1,93-3,004	1,027-2,289	1,61-2,729	1,188-1,846	2,46-3,955	IC
0	0	0	0.02	0	0	0	P

Tabla 3. Rendimiento escolar y consumo de sustancias

¿Lo han suspendido del colegio?	¿Sus notas han estado peores que antes?	¿Con frecuencia ha llegado tarde a clase?	¿Ha faltado al colegio más de dos días al mes?		
3.64 2,414-5,484	1.79 1,374-2,325	2.25 1,757-2,868	2.43 1,863-3,159	OR IC	CIGARRILLO
4.73 2,804-7,957	2.57 1,613-4,093	2.57 1,636-4,03	3.04 1,925-4,795	OR IC	MARIHUANA
3.86 1,833-8,117	3.24 1,698-6,192	1.34 0,671-2,674	2.76 1,44-5,3	OR IC	COCAÍNA
2.13 0,608-7,462	1.56 0,550-4,403		1.94 0,720-5,201	OR IC	BAZUCO
0.20	0.28		0.15	P	
3.07 1,575-5,98	2.14 1,212-3,785	1.57 0,888-2,756	1.56 0,863-2,834	OR IC	TRANQUILIZANTES
0.00	0.01	0.08	0.10	P	
1.32 0,755-2,292	1.51 1,020-2,233	0.96 0,643-1,421	1.11 0,738-1,677	OR IC	ESTIMULANTES
0.20	0.03	0.46	0.34	P	
3.46 2,022-5,927	2.15 1,570-2,948	2.80 2,074-3,787	1.88 1,391-2,543	OR IC	ALCOHOL
.000	.000	.000	.000	P	
3.60 2,431-5,323	1.78 1,369-2,318	2.57 2,007-3,279	2.16 1,663-2,799	OR IC	EMBRIAGUEZ
5.14 2,055-12,863	1.52 0,589-3,918	1.72 0,717-4,145	3.27 1,399-7,649	OR IC	HEROÍNA
0.00	0.25	0.16	0.01	P	

Tabla 4. Relación de amigos y consumo de sustancias

¿La mayoría de sus amigos han sido mayores que usted?	¿Sus amigos le han vendido o regalado drogas a un compañero?	¿Sus amigos han usado con regularidad alcohol u otras drogas?	¿Alguno de sus amigos ha tenido problemas con las autoridades?	¿Ha pertenecido usted a una pandilla?	
1.809 1,462-2,238 .000	3.368 2,159-5,255 .000	3.37 2,658-4,273 .000	3.173 2,44-4,126 .000	4.415 2,731-7,139 .000	OR IC P
2.395 1,463-3,919 .000	8.787 5,263-14,670 .000	6.398 3,922-10,438 .000	5.425 3,439-8,556 .000	6.049 3,524-10,383 .000	OR IC P
1.583 0,816-3,071 0.113	4.19 1,932-9,089 0.001	2.771 1,461-5,255 .002	3.09 1,625-5,875 0.001	3.735 1,667-8,365 0.004	OR IC P
0.332 0,118-0,937 0.025	0.764 0,101-5,796 0.628	1.152 0,430-3,091 0.477	1.339 0,474-3,784 0.376	2.774 0,789-9,753 0.12	OR IC P
1.893 0,995-3,350 0.065	2.639 1,254-5,553 0.015	2.779 1,623-4,759 .000	2.527 1,461-4,371 0.001	2.38 1,092-5,186 0.033	OR IC P
1.281 0,907-1,809 0.093	1.829 1,054-3,175 0.028	1.885 1,332-2,667 .000	1.913 1,326-2,759 0.001	1.357 0,737-2,5 0.204	OR IC P
1.812 1,447-2,270 .000	2.311 1,371-3,896 0.001	4.138 3,062-5,592 .000	3.519 2,516-4,923 .000	5.742 2,76-11,942 .000	OR IC P
1.704 1,370-2,118 .000	3.462 2,257-5,310 .000	3.981 3,136-5,052 .000	3.317 2,561-4,296 .000	4.622 2,923-7,307 .000	OR IC P
1.269 0,539-2,989 0.372	3.977 1,436-11,011 0.017	1.939 0,831-4,523 0.095	2.006 0,834-4,827 0.096	0.644 0,086-4,838 0.548	OR IC P



ISBN 978-958-44-2356-6



9 789584 423566