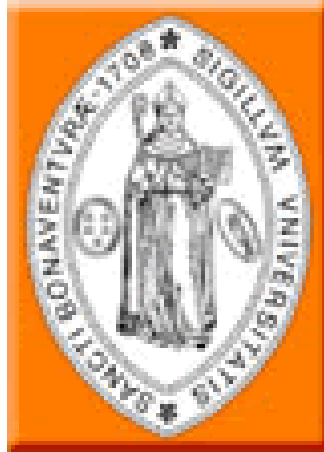


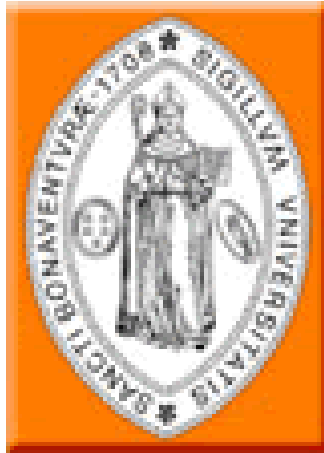
**FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL CONSUMO DE
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE
BOGOTA**



**DIANA MARCELA GONZALEZ FLORIAN
CAMILA ALEXANDRA SILVA PÁEZ**

**UNIVERSIDAD SAN BUENAVENTURA
FACULTAD DE PSICOLOGIA
BOGOTA, D.C**

**2009FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL CONSUMO DE
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE
BOGOTA**



**DIANA MARCELA GONZALEZ FLORIAN
CAMILA ALEXANDRA SILVA PÁEZ**

**ASESOR TEMATICO
JORGE OSWALDO GONZÁLEZ ORTIZ**

**ASESOR METODOLOGICO
ANDERSSEN VERA**

**UNIVERSIDAD SAN BUENAVENTURA
FACULTAD DE PSICOLOGIA
BOGOTA, D.C
2009**



**TRABAJO DE GRADO
ACTA DE SUSTENTACIÓN
No. 20091021-002**

En la Universidad de San Buenaventura, Bogotá, D.C., siendo las 01:00 P.M. horas del día 16 del mes 10 del año 2009, se realizó la sustentación del Trabajo de grado titulado:

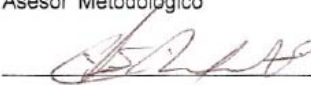
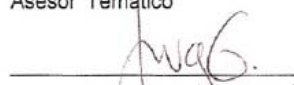
"FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE BOGOTÁ".

Cuyos autores son:

Nombre y Apellido	Código y C.C.	Facultad o Programa
Camila Alexandra Silva Páez	20041050009 1019012195	Psicología
Diana Marcela González Florián	20051158002 53064168	Psicología

Como uno de los requisitos para optar por el título PSICÓLOGO, respectivamente.

Los asesores del trabajo de grado fueron:

Asesor Metodológico	Asesor Temático
 ANDERSSEN VERA MALDONADO C.C. 86156348	 JORGE OSWALDO GONZÁLEZ ORTIZ C.C. 13844664

Una vez finalizada la evaluación de ésta sustentación, el trabajo aquí relacionado obtuvo la calificación de **ACEPTADO**

Los jurados fueron:

 CARLOS ANDRÉS GANTIVA DÍAZ C.C. 79.723.998	 MILTON EDUARDO BERMÚDEZ JAIMES C.C. 91261764
--	---

Observaciones: _____

En constancia de lo cual se firma y se sella en la ciudad de Bogotá, D.C.

 NOHELIA HEWITT RAMIREZ DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA	  FLORALBA BARRERO RIVERA DIRECTOR DE PROGRAMA
--	---

TABLA DE CONTENIDO

Resumen, 4
Introducción, 5
Marco teórico, 5
Justificación, 6
Variables, 39
Problema, 40
Objetivos, 40
Objetivo General, 40
Objetivos Específicos, 40
Método, 41
Tipo de estudio, 41
Participantes, 41
Instrumento, 43
Procedimiento, 43
Consideraciones éticas, 44
Resultados, 46
Discusión, 56
Referencias, 62
Apéndices, 73

TABLA DE APENDICES

Apéndice A: Instrumento, 74

Apéndice B: Calificación del Instrumento, 78

Apéndice C: Autorización del Instrumento, 81

Apéndice D: Consentimiento Informado, 82

Apéndice E: Asentimiento Informado, 83

Apéndice F: Consentimiento Informado de Padres de Familia, 84

Índice de Tablas

Tabla 1:	Definición de Variables Psicosociales, 39
Tabla 2:	Datos Sociodemográficos, 42
Tabla 3:	Promedio de los factores psicosociales de riesgo y protección, 46
Tabla 4:	Promedio de los factores psicosociales de riesgo y protección de acuerdo al género, 47
Tabla 5:	Promedio descriptivo de los factores psicosociales de riesgo y protección con los semestres del total de la muestra, 48
Tabla 6:	Promedio descriptivo de los factores psicosociales de riesgo y protección con los rangos de edades de la muestra total, 49
Tabla 7:	Análisis descriptivo del consumo de sustancias psicoactivas, 49
Tabla 8:	Análisis descriptivo del consumo de sustancias psicoactivas según género del total de la muestra, 50
Tabla 9:	Análisis descriptivo del consumo de sustancias psicoactivas según los semestres del total de la muestra, 51
Tabla 10:	Análisis descriptivo del consumo de sustancias psicoactivas con los rangos de edades del total de la muestra, 52
Tabla 11:	Distribución porcentual de la variable factores psicosociales (riesgo y protección), 53
Tabla 12:	Proporción de sujetos y niveles asociados entre el consumo de alcohol y los factores riesgo y protección, 54
Tabla 13:	Proporción de sujetos y niveles asociados entre el consumo de tabaco y los factores riesgo y protección

FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE BOGOTA

Diana Marcela González & Camila Alexandra Silva*

Jorge González & Anderssen Vera **

Resumen

El presente estudio tuvo como propósito identificar y describir cuales son los factores psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 130 estudiantes universitarios, de ambos sexos, entre las edades de 16 a 23 años, pertenecientes al programa de bienestar de una Universidad privada de la ciudad de Bogotá. Se aplicó el cuestionario de factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en jóvenes, donde se empleó el coeficiente de chi – cuadrado para el análisis estadístico descriptivo. Se encontró que la droga más consumida por los jóvenes es el alcohol (62,3%) y el tabaco (26,9%). En los resultados arrojados, se determinó que si existen diferencias significativas entre los factores de protección y riesgo, también se evidencio que no existe una diferencia significativa entre los factores de protección y riesgo de los estudiantes que consumen alcohol, y también se observó que se encuentran en ambos factores; a diferencia de los consumidores de tabaco predominan los factores de protección, en esta sustancia tampoco se evidenció una diferencia significativa entre los factores de riesgo y protección asociados a los factores psicosociales.

Palabras claves: Consumo de SPA, Factores psicosociales, estudiantes universitarios

Abstract

The purpose of the following study was identified and describes psychosocial factors related to the consumption of psychoactive substances. A descriptive cross section study was conducted. The sample consisted of 130 college students from both genders between the ages of 16 and 23 who belonged to a welfare program from a private college in Bogota. The risk factor and protection questionnaire for drug use in young people was conducted. For the statistical descriptive analysis the CHi-Coefficient was implemented. It was found that the most used drug by young people was alcohol (62.3%) and tobacco (26.9%). In the results we found significant differences between the risk and protection factors. However, we found that there is not significant difference between the risk and protection factors in the students that consume alcohol as opposed to tobacco consumers where protection factors predominate. Also, in this substance it wasn't found any protection and risk factors associated with any psychosocial factors.

Keywords: SPA consumption, psychosocial factors, college student's

* Estudiantes de pregrado de la facultad de Psicología de la Universidad de San Buenaventura

* Psicólogos, asesores del trabajo de grado

MARCO TEORICO

El consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, es un fenómeno que ha venido en aumento en el mundo y sobre el cual la Organización de Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización de Estados Americanos (OEA) y la Unión Europea (UE), han caracterizado las sustancias psicoactivas como una verdadera problemática que está afectando negativamente a la humanidad en su conjunto y a los individuos consumidores, en sus roles sociales, económicos y de salud, situación de la cual nuestro país no es la excepción (Presidencia de la República, 2000).

En Colombia, el consumo de sustancias psicoactivas se inicia desde temprana edad. Se informa que de los jóvenes entre 10 y 24 años, 83.8% consumió alcohol alguna vez en la vida, 78.3% lo hizo en el último año y 44.7 % en el último mes. El promedio de edad de inicio del consumo de alcohol corresponde a los 13 años y 11.7% de los jóvenes ha consumido marihuana, cocaína, heroína o éxtasis alguna vez en la vida (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2001).

En el ámbito mundial y nacional existe la preocupación por el incremento constante del consumo de drogas ilegales y legales entre jóvenes. Según el Informe Mundial de Drogas de la Oficina contra la Droga y el Crimen de la Organización de las Naciones Unidas (2004), los consumidores de drogas ilegales ascendían a 185 millones de personas. Ese mismo informe, en el año 2005, mostró cómo la cifra se incrementó a 200 millones, lo que significa que el 5% de la población mundial, entre 15 y 64 años, ha consumido drogas ilegales al menos una vez en el último año, teniendo mayor prevalencia la marihuana (4%), las anfetaminas (0,6%), los opiáceos (0,4%), la cocaína (0,3%) y el éxtasis (0,2%).

Respecto a las drogas legales, la Organización Mundial de la Salud OMS (2005), asegura que el consumo de alcohol es considerado el tercer

factor de riesgo en los países industrializados y el principal en los países en desarrollo. Se estima que los consumidores ascienden a 200 millones de personas en el mundo; como fenómeno contribuye a más de 60 enfermedades, trastornos y lesiones (cáncer de esófago, cirrosis, crisis epilépticas, homicidios, accidentes de tránsito, entre otros) y está entre los cinco factores de riesgo de accidentes. Por otra parte, el tabaco es consumido por aproximadamente 650 millones de personas en el mundo; uno de cada diez adultos muere por su causa, produciendo cinco millones de muertes al año.

El consumo de sustancias psicoactivas por parte de jóvenes y adolescentes es uno de los problemas más graves de salud pública que en la actualidad tiene Colombia, sin embargo, no ha sido estudiada la verdadera dimensión de dicho problema en las Universidades (Secretaría de Salud de Bogotá, 1999). Con base a lo anterior se pretende brindar un sustento teórico contrastado con los resultados y un instrumento que permitirá identificar los factores psicosociales (factores de riesgo y protectores) en consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas. Para que el programa universitario a tu salud San Buena, pueda intervenir y prevenir el consumo de sustancias psicoactivas con el fin de fomentar la práctica de estilos de vida saludables.

Este proyecto de investigación está inmerso en la línea de investigación Salud y Calidad de Vida respaldado por el grupo avances de Psicología Clínica y de la salud, el cual maneja la línea de investigación en conducta adictiva de la Facultad de Psicología de la Universidad de San Buenaventura de Bogotá (Facultad de Psicología, 2008).

La línea de investigación Salud y Calidad de Vida tiene como objetivo diseñar un modelo de psicología de la salud ajustado a las necesidades de la población colombiana, también analiza y comprende la interacción entre la historia del individuo, sus recursos y modulación de los estados biológicos con el período de salud, en el que comprende y evalúa la interacción existente

entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales (Facultad de Psicología, 2001).

Para la comprensión y el buen desarrollo de este trabajo es importante aclarar los siguientes conceptos: El consumo de sustancias el cual se define como el uso autoadministrado de cualquier sustancia ya sea incorporada, inhalada, inyectada o absorbida por su naturaleza química afecta la estructura y el funcionamiento de un ser vivo (Rodríguez, 1995).

Se puede creer aceptable socialmente pero es preciso reconocer que posiblemente su utilidad conllevan a la persona a un abuso o dependencia (González, 2001).

Referente al consumo de sustancias Oughourlian (1997) dice que el uso de las drogas es uno de los primeros comportamientos característicos del inicio al proceso de consumo, estas conductas que parten de un uso apropiado pueden ocasionar el uso indebido de estas.

La intoxicación por sustancias es la reacción fisiológica debido a la ingestión de sustancias, para el alcance de este estado depende del tipo de sustancia, la cantidad que consume y la reacción biológica del individuo (Sarason, 2006).

Los criterios del DSM-IV-TR (2002) para la intoxicación por sustancias son a) Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición), b) Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central, c) Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Referente al abuso de sustancias, Sarason (2006), afirma que se presentan las siguientes consecuencias como el continuo incumplimiento de

obligaciones importantes de su vida diaria, el uso repetido de la sustancia en situaciones que son peligrosas para el individuo conlleva a problemas legales, sociales e interpersonales recurrentes.

Para entender mejor el concepto de abuso de sustancias es importante conocer los criterios del DSM-IV-TR para esta categoría: a) Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

(1) consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa

(2) consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.

(3) problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.

(4) consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia, b) Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

La farmacodependencia es el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica (González, 2001).

La nicotina, es absorbida por las mucosas orofaríngeas, laringe, branquial, esofágica y gástrica. El pH del cigarrillo es ácido, lo que determinará, unido a la nicotina a la hidrosolubilidad de la nicotina, una necesidad inevitable e impredecible de inhalación del humo hasta el sistema broncopulmonar, para conseguir niveles de nicotemia satisfactorios (Pavia, Lampman Y Kriz, 1978).

Cuando un fumador inhala la nicotina, ésta va directamente a los pulmones y a la sangre; en siete segundos una cuarta parte de la nicotina ha llegado al cerebro, a través de la arteria pulmonar. La nicotina es una droga psicoactiva y un potente reforzador conductual, capaz de producir una severa dependencia química en el consumidor, actuando según la dosis pues a dosis bajas es psicoestimulante mejorando la capacidad mental, sobre todo la concentración, y a dosis altas tiene un efecto sedante al actuar como depresor (Benowitz, 1996).

El Ministerio de Sanidad de los E.E.U.U. en 1988, dio una lista de criterios para definir la nicotina como una sustancia adictiva, con mayor relevancia se puede mencionar que uno de estos criterios señala que la droga posee efectos psicoactivos (modificadores del humor), como en el caso de la heroína (provoca euforia pero entorpece el rendimiento), la cocaína (entorpece la facultad de juicio); la nicotina por su parte mejora el rendimiento y reduce la ansiedad (Becoña, 1994). Pero sin causar daño a estructuras del organismo.

El consumo del tabaco satisface determinadas necesidades de distintos individuos, que dependen de su personalidad, sus circunstancias entre otras (Escohotado, 2001).

Se abusa de una droga cuando su consumo provoca algún tipo de daño físico (como el que causa el cigarrillo a los pulmones y otros órganos) o deterioro del funcionamiento psicológico (Abel, 1986).

Dentro de las razones que los fumadores argumentan para fumar se encuentra que existe dos teorías que explican la persistencia del hábito: la teoría que contempla el tabaquismo como apoyo psicológico y la que lo considera como adicción física a la nicotina. Con respecto al primer aspecto hay que ver el apoyo social: una de las razones que puede llevar al consumo de una sustancia, como es el caso del cigarrillo, es lograr aprobación social, se corre el riesgo de disfrazar la ansiedad, afirma la masculinidad o el estado

adulto (prevención de la abstinencia, estímulo y depresión cortical mediado por la nicotina) (Lea, 1990).

El uso del tabaco es asociado a cambios en la bioquímica tóxica del cerebro y del sistema nervioso central. Estos cambios pueden manifestar alteraciones neuroconductuales o a nivel cognoscitivo, así como el sueño, la memoria y la concentración (Roy, 2000).

Aunque todavía no se conocen con precisión los mecanismos que intervienen en los estados depresivos y negativos que inciten el consumo del tabaco, se puede pensar que los fumadores aprendan a utilizar la nicotina para regular su estado de ánimo. En un fumador en estado de carencia el cigarrillo actúa la irritabilidad, la depresión, la angustia, los dolores de cabeza y las náuseas y por otro lado mejora el estado de ánimo (Brandon & Collins, 1995). Debido a que la nicotina altera la química del cerebro como por ejemplo, el aumento de la actividad de la betaendorfina generando como consecuencia estado de bienestar (Roy, 2000).

Los efectos de la nicotina sobre el sistema nervioso central (SNC) y sus nexos varían según los individuos. Los procesos neuro-comportamentales surgen de las consecuencias que puede tener la disminución de la administración crónica de nicotina en los patrones que se tienen del comportamiento operante; pues se considera que existe una influencia de la nicotina en el sistema dopaminérgico de recompensa (Mejía y Martínez, 2001).

Se ha demostrado que el uso del cigarrillo tiene efectos adversos en la salud de los fumadores. Una variedad de cáncer, enfermedades cardiovasculares, pulmones, derrame cerebral, enfisema, tuberculosis, asma y otras dolencias relacionadas con los pulmones y malestares general que están indicados como consecuencias del uso del tabaco (Benowitz, 1996).

Según la Encuesta Nacional de Salud (2007), se presenta unos altos índices de consumo de alcohol y tabaco en la ciudad de Bogotá, lo cual

demuestra que en la actualidad los adolescentes fumadores de las edades de 12 a 17 años de genero masculino de básica secundaria, se clasifican de la siguiente manera: consumen a diario(2,5%), algunos días (4,6%), ya no fuma (4,0%), solo por probar (8,8%), alguna vez en la vida (19,8%) y nunca ha fumado (80,2%) de la población. En cuanto a las mujeres del mismo nivel educativo y de las mismas edades se presentan las siguientes cifras: a diario (0,5%), algunos días (1,6%), ya no fuma (3,0%), solo por probar (8,5%), alguna vez en la vida (13,9%), nunca ha fumado (86,1%) de la población.

La Encuesta Nacional de Salud (2008) afirma que el 44.5% de las personas encuestadas declararon haber consumido tabaco alguna vez en la vida, siendo la cifra superior entre los hombres, 56%, en comparación con las mujeres, 34%. El consumo actual de cigarrillo, derivado de la prevalencia de uso del último mes, equivale a 17% de personas que manifiestan haber usado esta sustancia al menos una vez durante ese período, donde el consumo entre los hombres duplica al de las mujeres, 23.8% versus 11.1%.

Otra droga socialmente aceptada es el alcohol y su consumo se asocia, principalmente, a cualquier evento social como por ejemplo, celebraciones, reuniones, cenas, etc (Escohotado, 1995).

Las bebidas alcohólicas han sido conocidas y utilizadas desde el año 2200 a.c, allí se le llamaba hidromiel-mezcla fermentada de agua y miel. En la Edad Media, el consumo de bebidas alcohólicas se asoció con las ideas de salud y bienestar. A finales del siglo XVI, el alcohol adoptó este nombre, pues hasta ese entonces se le conocía con el nombre de agua vital (Brau, 1993).

El alcohol se obtiene de la fermentación de diversos frutos y plantas. Su nombre químico es etanol o alcohol etílico. Desde hace mucho tiempo se ha utilizado la destilación de diferentes sustancias para obtener un tipo de alcohol, el etanol, con fines embriagantes para ocasiones como ritos o ceremonias especiales. El etanol es el único que puede ingerirse en forma

moderada sin riesgo de envenenamiento o con efectos irreversibles como la ceguera producida por el metanol o alcohol de cocina (Alonso, 1988).

La ONU (2005); citado por Cote y Mosquera (2006) afirma que el alcohol etílico se ha convertido en la sustancia psicoactiva de mayor consumo en el mundo y en Colombia. En el informe mundial sobre el consumo de drogas de la Organización de Naciones Unidas (ONU) en el año 2004, señaló que en el mundo el alcohol y la nicotina son las sustancias psicoactivas de mayor consumo. Se aprecia que el 40% de la población mundial (aproximadamente 2600 millones de personas) consumen en forma ocasional, abusiva o adictiva alcohol etílico, este consumo es aproximadamente 15 veces mayor que el consumo de todas las sustancias ilegales juntas.

Según la Encuesta Nacional de Salud (2008) el 86% de las personas declaran haber consumido alcohol al menos alguna vez en la vida, siendo mayor el consumo entre los hombres que entre las mujeres (90% y 82% respectivamente). El consumo reciente o prevalencia del último año es 61%, con una diferencia mayor entre hombres y mujeres (72% y 52%). El uso actual o prevalencia del último mes es declarado por 35% de las personas, 46% de los hombres y 25% de las mujeres. En términos de la edad, la mayor tasa de uso actual de alcohol se presenta entre los jóvenes de 18 a 24 años, con 46%, y le sigue el grupo de 25 a 34 años, con casi 43%.

En Colombia más del 80% de la población consume alcohol entre el 5% y 10% puede considerarse como alcohólica. El consumo excesivo de alcohol conlleva al homicidio, accidentes de tránsito, riñas, violaciones, atracos y suicidios (Pérez, 1999).

Existen tres clases fundamentales de bebidas alcohólicas; las fermentadas, las destiladas y las artificiales. Las fermentadas, se obtienen al actuar sobre uva, manzana, cebada o arroz, unas levaduras microscópicas que transforman el azúcar en alcohol, este proceso es llamado fermentación

alcohólica. Las bebidas destiladas se producen mediante la destilación de una bebida fermentada, al eliminarse por el calor parte de su contenido en agua, se eleva la graduación de alcohol. Las bebidas artificiales o licores son aquellas que resultan de mezclar alcohol con otros elementos, agua, azúcar y diversas sustancias aromáticas (Alonso, 1988).

El etanol es una sustancia que se puede administrar de diversas formas y absorber por múltiples vías. Como sustancia psicoactiva, la principal y casi exclusiva vía de administración es la oral. El alcohol se absorbe a través de la pared gástrica, la cantidad más importante alcanza el torrente circulatorio a través del intestino delgado. La absorción intestinal se va volviendo más rápida a medida que el alcohol llega al intestino en un tiempo más breve y en una concentración más elevada. Todos los factores locales que aceleran el tránsito gastrointestinal en especial la ingestión rápida de bebidas alcohólicas concentradas y la ausencia de alimentos en el estómago en ese momento, activan la absorción intestinal de alcohol e incrementan sus efectos (Pérez, 2000).

El 90% del alcohol se elimina por medio de la biotransformación en el hígado y el otro 10% en otros tejidos como el corazón, cerebro y pulmón, siendo una pequeña parte excretado como tal por el sudor y orina (Milman, 1985).

El efecto de calor que experimentan algunas personas al consumir alcohol se debe a la vasodilatación cutánea que implica pérdida de calor, descenso de la tensión arterial y disminución de la irrigación del corazón y de otras vísceras. La sensación de calor, con su apariencia reconfortante, impide al sujeto adoptar medidas protectoras contra el frío e incluso inhibe los reflejos defensivos del organismo contra éste (Alonso, 1988).

El uso de alcohol por largo tiempo y en dosis altas se ha asociado con problemas del músculo cardíaco. El alcohol tiene además un efecto diurético,

no es un afrodisíaco pero el efecto desinhibido en bajas dosis ayuda a la pérdida de algunas restricciones y lo hace aparecer como tal, el alcohol es un depresor de las funciones corporales y por lo tanto interfiere en la función sexual (Pérez, 2000).

El alcohol produce una acción bifásica sobre la excitabilidad. En bajas concentraciones eleva la excitabilidad, en tanto que cuando su concentración es alta reduce la excitabilidad y es sumamente elevada por encima de lo tolerado que llega hasta bloquear totalmente la conducción de impulsos (Alonso, 1988).

Kissin (1979; citado por Alonso, 1988, p 28) afirma que “existe una evidencia fisiológica amplia de que el etanol a dosis altas deprime la conductividad neuronal y la transmisión sináptica y que en pequeñas dosis puede poseer una acción estimuladora”.

El alcoholismo se divide en dos categorías: dependencia y abuso; las personas con dependencia al alcohol experimentan tolerancia y abstinencia. La tolerancia se define como la necesidad de cantidades de alcohol cada vez mayores para lograr la embriaguez o el efecto deseado. La abstinencia se presenta cuando el consumo se suspende o se reduce (Alonso, 1988).

El abuso del consumo de alcohol se define como un patrón de consumo de bebidas alcohólicas acompañado por uno o más de estos problemas: inhabilidad de cumplir responsabilidades importantes relacionadas con el trabajo, la escuela o el hogar debido a la bebida, problemas legales frecuentes relacionados con el alcohol y problemas en el área social debido al alcohol. El alcoholismo (la dependencia del alcohol) es un patrón más severo de consumo de bebidas embriagantes que incluye los problemas del abuso en el consumo de alcohol, además de un consumo persistente a pesar de los problemas físicos, mentales y sociales ocasionados por el alcohol. Se observa pérdida de

control: no poder dejar de beber una vez que se empieza, la presencia de tolerancia y síndrome de abstinencia (Martinez, 1996).

Los efectos a largo plazo de beber en exceso son a menudo graves. La abstinencia del consumo crónico de alcohol por lo común comprende estremecimientos y durante varias horas, náuseas o vomito, ansiedad, alucinaciones pasajeras, agitación, insomnio y en caso extremo aparición de Síndrome de abstinencia la cual es una condición que puede generar alucinaciones aterradoras y estremecimiento corporales (McCreery y Walter 1993 citado por Barlow 2001)

Respecto a la prevalencia del consumo de alcohol en hombres y mujeres de la secundaria, el consumo en hombres es de (88,7%) y en mujeres de (86,3%) de la población de Bogotá (Programa Rumbos, 2002).

Otra sustancia psicoactiva es la Cocaína que es un alcaloide extraído de un arbusto Suramericano llamado coca; los grupos indígenas han utilizado las hojas de coca hace más de 4.000 años con fines rituales o como complemento alimenticio (Escohotado, 1994).

La cocaína es un poderoso estimulante del SNC, cuya acción se presenta en forma rápida e igual desaparece en poco tiempo (Pérez, 2000).

Desde finales de los años 70 la cocaína se convirtió en una auténtica plaga social. Aun por su elevado costo fue durante largo tiempo la droga de los artistas y adinerados, algunas personas se inyectan la cocaína, la forma más común de ingestión es aspirándola por la nariz. La presentación más corriente es la de un polvo blanco compuesto de cristales minúsculos (Escohotado, 1995).

De 3 a 5 minutos después de haber inhalado cocaína, la persona suele experimentar cierta disminución de inhibiciones, cambios en los niveles de atención, sensación de competencia y habilidad, aceleración de los procesos

de pensamiento, disminución de la fatiga, el hambre y la sed, dilatación de las pupilas acompañada de aumento del ritmo cardíaco, de la respiración y de la temperatura. El usuario corriente experimenta durante un lapso de una hora euforia (Pérez, 2000).

Según Córdoba (2001), los efectos secundarios del consumo de cocaína son múltiples como congestión severa y sangrado de la mucosa nasal hasta estados patológicos severos llamados psicosis cocainitas, caracterizadas por ideas persecutorias, alucinaciones visuales, auditivas y reacciones agresivas; pero antes de llegar a esta situación los usuarios crónicos muestran crisis de ansiedad, aumento de dosis cada vez mayor, irritabilidad, desinterés por su trabajo, su familia y sus amigos, inicio de comportamientos delictivos, por otra parte la sobredosis puede producir la muerte.

Se observa en la Encuesta Nacional de Salud (2008) que el 2.5% de las personas encuestadas reportaron haber consumido cocaína al menos una vez en la vida, con un consumo cuatro veces más alto entre los hombres que entre las mujeres.

La prevalencia del último año más alta se encuentra en el grupo de 25 a 34 años, con 1.4%, seguida del grupo de 18 a 24 años, con 1.2%. Dichas prevalencias difieren de manera estadísticamente significativa de los grupos de mayor edad. Del total de 142 mil consumidores, 100 mil están entre 18 y 34 años de edad (Encuesta Nacional de Salud, 2008).

La cocaína es altamente adictiva y produce tolerancia, esto implica una enorme cantidad de riesgos personales, sociales, que abarca desde la posibilidad de tener graves dificultades psicológicas hasta contribuir el aumento de la delincuencia (Jaffe, 1996).

La marihuana es otra sustancia psicoactiva que proviene de un arbusto en América, África y la India, aun cuando actualmente se cultiva en todo el mundo. El componente químico básico de la marihuana es llamado delta-

tetrahidrocannabinol (THC), en una hoja de marihuana hay 400 componentes químicos diferentes, de los cuales 61 son cannabinoides, es decir que solo se encuentra en la marihuana (Escohotado, 1994).

Al igual que los opiodes, los cannabinoides actúan sobre receptores específicos en nuestro cerebro, esto los hace diferentes de otras drogas como el alcohol o la cocaína, cuya acción interrumpe los procesos cerebrales (Salazar y Arrivillaga, 2004).

Los cannabinoides son altamente solubles en grasas y por esta razón después de introducidos en nuestro cuerpo se distribuyen hacia todas las áreas, concentrándose principalmente en los pulmones, los riñones y el hígado, muy poco permanece en el cerebro, pero sus efectos sobre la memoria y las habilidades cognitivas (Block, 1993).

Para Edis (1995), como efecto inmediato por consumir marihuana se presenta euforia leve, de relajación y de aumento de la sensibilidad, sobretodo a nivel auditivo; esto quiere decir que se intensifican las experiencias sensoriales ordinarias como comer, ver películas y escuchar música. La percepción del tiempo se modifica; los segundos, minutos se alargan notablemente. A nivel de memoria, la persona no graba algunas cosas que hace o dice durante el periodo en que esta bajo los efectos de la sustancia; muchas personas experimentan ansiedad, depresión, aumento de ritmo cardiaco, disminución de los tiempos de reacción a estímulos auditivos y visuales, retardo de las respuestas motoras, irritación de los ojos, resecamiento de la boca, aumento del apetito.

Esta sustancia psicoactiva afecta negativamente la memoria y la capacidad de concentración y disminuye los niveles de motivación (Edis, 1995).

Cuando se fuma la marihuana, el THC pasa rápidamente de los pulmones al torrente sanguíneo, que transporta esta sustancia química a los órganos en todo el cuerpo, incluyendo el cerebro (Perez, 1999).

En el cerebro, el THC se conecta a sitios específicos en las células nerviosas llamados receptores de canabinoides e influye su actividad. Algunas áreas cerebrales tienen muchos receptores de canabinoides; otras tienen pocos o ninguno. Muchos receptores de canabinoides se encuentran en las partes del cerebro que influyen el placer, la memoria, el pensamiento, la concentración, las percepciones sensoriales y del tiempo y el movimiento coordinado (Salazar & Arrivillaga, 2004).

Se percibe en la Encuesta Nacional de Salud (2008), que casi 8% de la población general entre 12 y 65 años ha probado marihuana al menos una vez en la vida, con una tasa cuatro veces mayor en los hombres que en las mujeres. La prevalencia del último año, lo cual se considera consumo reciente, es de 3.8% entre los hombres y 0.9% entre las mujeres, con una tasa del 2.3% para la población total. El consumo actual de marihuana, medido a través de la prevalencia del último mes es 1.6% para la población general, con una tasa de consumo cinco veces más alta entre los hombres que entre las mujeres (2.8% y 0.5%, respectivamente). La proporción de personas que consumieron marihuana por primera vez en la vida durante los últimos doce meses es 0.5% y durante los últimos treinta días es aproximadamente 0.2%. En ambos casos las tasas de incidencia en los hombres son entre 2.5 y 3.5 veces más altas que en las mujeres.

En 1987 se crearon las anfetaminas las cuales son otra sustancia psicoactiva y se pueden ingerir en forma de píldoras o tabletas, también inyectable o inhalable (Schroeder, 1990).

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, para disminuir en los soldados la necesidad de dormir, eliminar la fatiga y estimularlos para el combate, dado el carácter euforizante que contiene la sustancia y la agresividad otorga. A partir de los años 60 la publicidad puso de nuevo en auge el consumo de estas sustancias gracias a sus propiedades inhibidoras del apetito (anorexígenas) (Brau, 1993).

Las anfetaminas son aminas simpatomiméticas o adrenérgicas, de fórmula química estructural semejante a la adrenalina. Son fármacos o drogas estimulantes del Sistema Nervioso Central provenientes de una planta llamada *Catha Edulis* (Katzung, 1987).

Las propiedades estimulantes y euforizantes de las anfetaminas se deben a que logran que los impulsos nerviosos circulen con mayor rapidez y fluidez por las neuronas. Esta estimulación se manifiesta por un aumento temporal de la eficiencia y capacidad de trabajo, mayor confianza en sí mismo, viveza intelectual e iniciativa, mejoría del estado anímico, alivio de la sensación de fatiga o cansancio, aumento de la actividad motora y de la facilidad de palabra, así como aumento de la capacidad de concentración (Eschotado, 1995)

Sin embargo, el consumo de anfetaminas acelera el ritmo cardiaco provocando taquicardia, dilata las pupilas, reduce el apetito, produce sequedad en la boca, sudores, dolores de cabeza, pérdida de visión, mareos, insomnio y ansiedad. A largo plazo o usadas en dosis elevadas producen temblores, pérdida de coordinación, colapso físico, daño a riñones y tejidos, depresión, alteraciones de la nutrición, ya que provoca falta de apetito y adelgazamiento, aumento repentino de presión sanguínea que puede producir la muerte por ataque, fiebre muy alta o insuficiencia cardiaca. Dentro de los trastornos psicológicos, induce a la irritabilidad, fomenta cambios bruscos de humor, desconfianza e inquietud (Schroeder, 1990).

Además genera psicosis anfetamínica, un cuadro psiquiátrico grave caracterizado por alucinaciones, agitación, desconfianza extrema con ideas de persecución, que requiere tratamiento psiquiátrico. Una vez pasado el efecto de estas drogas, aparece cansancio y depresión, ya que las energías extras que prestan estos estimulantes se obtienen a costa de las reservas del organismo (Eschotado, 1995).

Schroeder (1990), afirma que las sensaciones que se buscan al usar las anfetaminas disminuyen cuando el consumo es crónico, por lo que los usuarios tienen la necesidad de aumentar la dosis para alcanzar los efectos deseados. Estas sustancias producen tolerancia y dependencia psicológica pero no producen dependencia física. Es por eso que, cuando se suprimen bruscamente, la sintomatología que aparece es de tipo psíquico, fundamentalmente depresivo, por el cese repentino de la estimulación

Otra droga es el éxtasis, según Edis (1995), el MDMA fue autorizado en 1914 en Alemania por los laboratorios Merck como supresor del apetito, pero nunca se llegó a comercializar. Hasta la década de los 50 que se rescató con fines experimentales.

Los primeros consumos ilegales se detectaron durante los años 60 y 70 en el oeste de Estados Unidos y en 1985 fue prohibida en ese país. A partir de los 90, apareció cada vez con más fuerza en Europa.

Actualmente, los principales productores son europeos. Sin embargo, tanto el material como los conocimientos necesarios para su elaboración son muy elementales, lo cual facilita su producción casi en cualquier lugar (Gamella, 1999).

El éxtasis es una droga que se elabora por síntesis química en laboratorios clandestinos. Se vende aduciendo que sólo posee MDMA, pero generalmente está adulterado. Las drogas sintéticas como el éxtasis tienen un potencial tóxico adicional, debido a la descontrolada variedad de sustancias

(activos y adulterantes) que, de hecho, se ofrecen en el mercado ilegal (Weiss, 1992).

El éxtasis o MDMA (metilendioximetanfetamina) es la más representativa de las drogas de síntesis, por ser la de mayor demanda. Como no tiene control de calidad, su composición es variable y la mayoría del tiempo se desconoce sus verdaderos componentes (Eliade, 1994).

Esta sustancia psicoactiva viene en forma de Pastillas o tabletas de distintas formas, tamaños y colores, ilustradas con dibujos y logotipos variados, con el fin de hacerlas más atractivas. Muchas veces, las cantidades y calidades de las sustancias que componen una tableta son distintas en una y otra (Gamella, 1999).

El 0.9% de las personas que participaron en la Encuesta Nacional de Salud (2008), dijeron haber consumido esta sustancia al menos una vez en la vida, con cifras superiores en hombres que en mujeres. Cerca de 0.3% declaró haber consumido éxtasis durante los últimos 12 meses, lo que equivale a más de 55 mil personas.

No cabe duda que el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas como la marihuana, anfetaminas, cocaína, entre otras son las sustancias más utilizadas por los jóvenes en la actualidad; no en vano la adolescencia constituye la etapa de mayor riesgo en el inicio de conductas de consumo (Luengo, Otero, Romero y Gómez, 1996).

La mayor parte de los jóvenes consumidores de sustancias psicoactivas se caracterizan por presentar un perfil de policonsumo, es decir, por consumir distintas drogas (Martínez, Gutiérrez y Fernández 1996). En España, las sustancias más consumidas por los jóvenes, tanto primaria como bachillerato son principalmente el alcohol, tabaco y cannabis. (Cerezo, Ruiz, Jiménez & cols, 1996). Muy distanciado en cuanto a incidencia se sitúa el resto (cocaína, heroína, inhalantes, anfetaminas, alucinógenos, tranquilizantes y demás), con

consumos muy poco significativos. No obstante, en la actualidad no cabe duda que el consumo de este tipo de sustancias constituye un auténtico problema de salud pública con consecuencias evidentes incluso a corto plazo, como ocurre con los accidentes de vehículos, una de las principales causas de muerte prematura entre jóvenes y adolescentes (Álvarez y Del Río, 2000).

En relación con estas drogas legales o institucionalizadas, en el contexto familiar se observa cierta permisividad hacia su consumo, en especial con respecto al alcohol. En general, dicho medio es mucho más tolerante hacia el consumo de alcohol que al de tabaco, lo que facilita un acceso mucho más fácil a las bebidas alcohólicas (Del Barrio y Alonso, 1994).

Esto es de vital importancia si se tiene en cuenta que, como ya se ha mencionado, el inicio del consumo de ese tipo de sustancias en la adolescencia es uno de los factores de riesgo más importantes a tenerse en cuenta en la posible posterior progresión o escalada de dicha conducta hacia el consumo de otras (anfetaminas, heroína, cocaína y otras) con un potencial adictivo mucho mayor y cuyo abuso conlleva la desestructuración psicosocial del individuo (Mendoza, Sagrera y Batista, 1994).

La adolescencia es un período de transición de desarrollo entre la infancia y la adultez, comprendida entre los 11 y 20 años que conlleva a grandes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales, relacionados con la edad y que ocurren en actividades mentales como: atención, percepción, aprendizaje y memoria, estudiados por la teoría del desarrollo cognoscitivo. En esta etapa los patrones del pensamiento maduran junto con el cuerpo (Papalia, 2002).

Para Piaget (1969; citado por Morris & Maisto, 1998), los progresos cognoscitivos de la adolescencia reflejaban un aumento general de la capacidad para razonar en términos abstractos, por lo cual el adolescente

puede comprender y manipular conceptos abstractos, reflexionar sobre opciones y razonar en términos hipotéticos.

Quienes alcanzan este nivel de desarrollo cognoscitivo (operaciones formales) corren riesgos, tales como una excesiva confianza en sus recientes capacidades mentales y la tendencia a conceder demasiada importancia a los propios pensamientos (Morris y Maisto, 1998).

Según Piaget (1969) el adolescente es intrínsecamente activo y responsables de su propio desarrollo. El proceso cognoscitivo es constructivo y el conocimiento que se tenga va a afectar la percepción y el procesamiento de nueva información (Shaffer, 2000); dicho procesamiento tiene dos características: a) La organización que es la tendencia del organismo a integrar estructuras en sistemas cada vez más complejos; y b) La adaptación es el proceso de ajuste permanente del organismo de acuerdo a las demandas del ambiente. Ambas características están biológicamente determinadas.

Se concluye que los adolescentes experimentan un proceso totalmente activo en el que se adquieren habilidades, se establecen patrones de conductas y creencias. En el transcurso de la etapa de la adolescencia, esta es una etapa que puede definir la convivencia con los demás, de acuerdo a su personalidad o identidad, el adolescente pretende establecer sus propias reglas de acuerdo a su ideología transitoria al cual llega a oponerse a las reglas de la familia y la sociedad (Shaffer, 2000).

Se puede afirmar que la familia es el primer modelo conductual, el cual es un agente socializador, en la que sus padres ayudan a consolidar en el niño las experiencias positivas y negativas que reforzaran su comportamiento. El aprendizaje continúa en la adolescencia acompañada de un procesamiento de la experiencia emocional, lo cual modela los aspectos básicos de las personas que son proyectadas en la edad adulta (Burguière, Klapisch-Zuber, Segalen, & Zonabend, 1988).

Adicional a la familia, existen dos agentes socializantes básicos en la vida del joven, la escuela y los amigos. En la adolescencia los jóvenes están influenciados mayormente por los amigos, las inseguridades, los conflictos y emociones que intervienen en esta etapa para ser comunicadas a los adolescentes que están atravesando por los mismos cambios. El adolescente y el adulto joven se ven afectados por el rechazo de los demás, requieren de máxima aprobación de los amigos y por formar parte de un grupo (Krauskopf, 1995).

Cuando los padres no prestan atención a los adolescentes o hay mucha permisividad, se intensifica la influencia de los amigos y la frecuencia de la comunicación entre padres e hijos se disminuye. De esta forma el joven recurre más a sus amigos donde adquieren conductas, creencias y normas que no las aceptan sus padres. El adolescente empieza a romper los lazos de dependencia con sus padres e intenta controlar su vida (Satir, 1980).

Hawkins (1995) considera factores de riesgo a cualquier circunstancia o evento de naturaleza biológica, psicológica o social, cuya presencia o ausencia modifica la probabilidad de que se presente un problema determinado en una persona o comunidad. Para Hawkins (1995) los factores de protección son aquellos factores psicológicos o sociales que modifican la acción de un factor de riesgo para desestimular o evitar la aparición de la problemática; o son los recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto del riesgo.

Según Suárez y Krauskopf (1992), un factor de riesgo es un atributo o característica individual, condición situacional o contexto ambiental que incrementa la probabilidad de uso o abuso de drogas o una transición en el nivel de implicación con las mismas. Asimismo el factor de protección se entiende como un atributo o característica individual, condición situacional y contexto ambiental, que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad de uso o abuso de drogas.

El enfoque de riesgo en la atención de la salud implica la probabilidad que la presencia de una o más características o factores que incrementan la aparición de consecuencias adversas para la salud. El conocimiento de riesgo da una medida de la necesidad de atención y la integralidad de los factores que se toman en cuenta, esto con el fin de incrementar la posibilidad de una intervención adecuada (Suárez y Krauskopf, 1992).

Cuando se habla de factor de riesgo se enfatiza a las acciones donde se encuentran las mayores posibilidades de emergencia de enfermedades, trastornos y daños, para los cuales deben reconocerse los factores protectores como el apoyo familiar, permanencia en el sistema educativo, trabajo seguro, acceso a servicio de salud (Donas, 1994).

Los factores sociales y comportamentales como elementos conducentes al mayor riesgo de causar daño, es la accesibilidad social al alcohol, el tabaco, otras sustancias psicoactivas y el estrés personal. Un factor de riesgo puede ser un eslabón en la cadena que lleva a la enfermedad o daño, como también puede ser un indicador de la presencia de ese eslabón (Donas, 1992)

Suárez & Krauskopf, (1992) dice que es importante destacar que la situación puede ser de alto riesgo en un momento del ciclo vital y dejar de serlo en otro período. Esto se debe a que logros del desarrollo personal como son la adquisición de capacidades biológicas, psicológicas y recursos sociales influirán tanto como las condiciones del entorno de acuerdo al grado en que sean protectoras, peligrosas, incapacitantes, capacitantes. Su interacción con las potencialidades y destrezas personales determinará en buena medida la vulnerabilidad del individuo o grupo. Por lo tanto, las consecuencias destructivas del riesgo varían durante el ciclo vital en relación a los procesos de maduración, las condiciones de protección y los recursos personales para efectuar ajustes o integraciones transformadoras de la situación.

Además, los daños biológicos o psicosociales que un individuo experimente, pueden no hacerse evidentes en el momento mismo de las condiciones de riesgo como situaciones de la niñez afectarán aspectos que se presentan en la fase juvenil o vulnerabilidades sufridas en el período

adolescente pueden influir negativamente la fase adulta. Así habrá comportamientos juveniles que en la adultez se traducirán en drogadicción (Weinstein, 1992).

Señala Rutter (1987), que un factor puede ser de riesgo o protector, por el desarrollo de nuevas actitudes y destrezas según las circunstancias. Es decir la reducción del impacto a la vulnerabilidad se produce al comprender más ampliamente el significado de peligro, haber tenido gradual exposición a este tipo de situaciones con posibilidad de responder efectivamente o contar con el respaldo necesario y aprender a desarrollar alternativas de respuesta que no sean destructivas, recibir de adultos significativos los modelos apropiados para el desarrollo de respuestas para la solución de problemas que son parte del devenir humano.

La posibilidad de establecer una autoestima positiva, basada en logros, cumplimiento y reconocimiento de responsabilidades, oportunidades de desarrollar destrezas sociales, cognitivas y emocionales para enfrentar problemas, tomar decisiones y prever consecuencias, incrementar el locus de control interno en donde es reconocer en sí mismo la posibilidad de transformar circunstancias de modo que respondan a sus necesidades, preservación y aspiraciones. Lo anterior hace referencia a factores personales protectores que pueden ser fomentados y que se vinculan con el desarrollo de la resiliencia (Rutter, 1992),

Según Rodríguez (1995), se han realizado diferentes estudios respecto a los factores de riesgo. Se demostró que entre los adolescentes, las motivaciones más frecuentes en la iniciación del consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) son el hecho de encontrarlas fácilmente, constituyen un medio rápido y sencillo de sentirse a gusto, lo cual determinadas sustancias tienen la capacidad de controlar, modificar o reducir los sentimientos desagradables como la ansiedad, las tensiones y la depresión, además permiten que el joven se sienta aceptado en el círculo de relaciones entre pares.

Para algunos adolescentes experimentar el consumo de sustancias es un rito necesario al atravesar la fase de individuación. De hecho, se podría decir que la mayor parte de estos adolescentes son experimentadores o consumidores ocasionales (Martínez, Gutiérrez y Fernández, 1996).

Ahora bien, cuando se intenta analizar la puerta de ingreso al fenómeno de las SPA, el enfoque generalmente empleado para su profundización, ha sido el de los factores; es decir, se han desarrollado investigaciones sobre las variables que más se asocian en las diferentes clases y culturas, con el consumo pertenecientes a los factores de riesgo (Climent & Guerrero, 1990).

El conocimiento del riesgo o de la probabilidad de que se presenten futuros problemas de salud, nos permite anticipar una atención adecuada y oportuna a fin de evitar o modificar una eventualidad (Álvarez, 1996).

El factor social en el consumo de drogas es una forma de comportamiento humano en la que se relaciona con el miedo interpersonal, social y cultural (Pons, 1994).

Según Bell, (2000); Pandina, (1996); Hawkins et al, (1992); Mangham, (1995); Suárez y Krauskopf (1995), algunos factores sociales y ambientales que influyen en la aparición de conductas de riesgo que podrían conducir a resultados negativos en los jóvenes, son:

En lo social, el proceso de individualidad puede producirse en el marco de dos situaciones en el que los jóvenes cuentan con la posibilidad y la capacidad de articular el dominio sobre sus necesidades y la separación paulatina del grupo primario de dependencia cuando la sociedad no brinda oportunidades para fomentar el desarrollo de sus capacidades requeridas

Por lo anterior, es válido resaltar que una situación social es favorable cuando: 1. Existe un soporte familiar abierto, capaz de asimilar los cambios requeridos para la individuación adolescente; 2. La cultura ofrece desafíos

estructurados que permiten el tránsito a nuevas posiciones dentro de la sociedad; 3. El ámbito social valoriza y estructura oportunidades para la participación social de los adolescentes en sectores relevantes, como la educación, el trabajo y la vida en comunidad; 4. El ambiente micro y macrosocial en que se encuentran los adolescentes le ofrece oportunidades graduales de toma de decisiones.

Los factores relacionados con el contexto social según Pons (1994) son:

- Las personas más significativas y/o inmediatas que actúan como modelos.
- La necesidad de aprobación social funciona como un reforzador de la conducta.
- El consumo de drogas está en estrecha relación con un sinnúmero de procesos que se producen en distintos ámbitos.

De acuerdo a lo anterior, se puede decir que si se sigue de forma adecuada la situación social los factores de riesgo no conllevarían al inicio del consumo de SPA en adolescentes.

La ausencia de espacios sociales impide el desarrollo positivo de la identidad en adolescentes el cual es un inconveniente para la inserción social cuando:

1. Existe una estructura familiar monoparental o extendida que puede funcionar en forma conflictiva y no brindar un soporte estable a los cambios propios del proceso del adolescente.
2. Los desafíos que se ofrecen al sector adolescente son desarticulados, consumistas, momentáneos.
3. Las oportunidades de participación más accesibles están construidas por culturas de trasgresión y evasión.

4. Las oportunidades de gratificación y opciones de relevancia social constructiva son restringidas.

Para Álvarez (1996), las Conductas de riesgo (CR): son actuaciones repetidas y fuera de determinados límites, que pueden desviar o comprometer el desarrollo psicosocial normal durante la infancia o la adolescencia, con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura. El adolescente sin experiencia, o con ésta muy limitada, se compromete en conductas destructivas, sin conocer los riesgos a corto y largo plazo. Las conductas de riesgo son: uso y abuso de tabaco, alcohol y otras drogas, conducta sexual arriesgada, hábitos dietéticos alterados, sedentarismo, conductas de violencia e inseguridad que conducen a los accidentes y a la delincuencia.

Considerando el aumento del consumo de drogas y la posibilidad de intervenir desde una perspectiva preventiva, a continuación se mencionan las principales variables o factores psicosociales asociados a esta problemática: 1) La autoestima es el sentimiento valorativo de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad (García, 2005).

De acuerdo con Mézerville (2004), existe una serie de aspectos interrelacionados que componen la autoestima. A partir de esta concepción, presenta un modelo propio al que ha denominado proceso de la autoestima. En este, se considera a la autoestima según dos dimensiones complementarias, una actitudinal inferida integrada por tres componentes: la autoimagen, la autovaloración y la autoconfianza; y una dimensión conductual observable conformada por otros tres componentes: el autocontrol, la autoafirmación y la autorrealización.

Benítez, (1999) se refiere a las personas con alta autoestima como ganadoras, indicando que éstas se relacionan exitosamente consigo mismas y con las demás, lo que significa lograr una vida más plena, más gratificante y feliz en todas las áreas de la existencia y empresas humanas.

Otras características señaladas para estas personas son: les gusta estar solas y les gusta estar con otras personas; son felices con lo que son la mayoría del tiempo; escuchan a las demás, pero deciden por sí mismas, son capaces de ser firmes y no sienten la necesidad de someterse, revelarse o escapar; gozan el día de hoy y esperan con alegría el mañana; pueden dar y recibir amor; pueden tolerar la ira de las demás y mostrarse airadas ellas mismas; tienen más facilidad para perdonar y olvidar; son capaces de gozar su individualidad; pueden invertir emociones y entusiasmo en personas, causas y cosas; les importa este mundo y aprecian su papel y responsabilidad como parte de él (Benites, 1999).

Una persona con baja autoestima tiene una gran sensación de inseguridad acerca de ella misma, menciona Satir (1980), Basa su autoestima, en gran parte, en lo que cree que las demás personas piensan acerca de ella, lo cual lesiona su autonomía e individualidad. En presencia de otras personas disfraza su baja autoestima, en especial cuando se propone impresionarlas. Estas personas tienen muchas esperanzas en lo que las demás pueden darles, pero a la vez tienen grandes temores, por lo que están muy expuestas a sufrir desilusiones y a desconfiar de las otras.

Agrega Mézerville (2004), que la vivencia patológica de una autoestima pobre se manifiesta mediante una actitud de autodesprecio, vinculada con reacciones conscientes o inconscientes de autodestrucción. De esta manera, la persona que se autodesprecia, aún cuando alcance diversos logros que podrían hacerla feliz en cualquier área de su vida, renunciará a esa felicidad mediante conductas autodestructivas, pues se siente indigna de ser feliz.

Señala Naranjo (2004), el rasgo común más importante que unifica esos enfoques es el énfasis que se otorga a las cogniciones, tanto en la génesis de los trastornos como en el proceso de cambio. El término cognición incluye, entre otras ideas, imágenes, creencias y expectativas; es decir, no se refiere únicamente a un proceso intelectual, sino a procesos complejos de significado en el que participan emociones, pensamientos y conductas.

Güell y Muñoz (2000), mencionan tres principios del enfoque cognitivo. El primer principio es que son las cogniciones o pensamientos los que crean todos los estados de ánimo; es decir, la persona se siente de una manera determinada porque tiene unos pensamientos concretos. El segundo principio son los pensamientos negativos que provocan un bajo nivel de autoestima como consecuencia de grandes distorsiones. Aunque esos pensamientos parecen válidos, en el fondo son irracionales o falsos. El tercer principio se deduce de los dos anteriores; si se corrigen los sistemas equivocados de pensamiento, se puede controlar en buena medida los estados de ánimo y entre otros la autoestima.

Rojas (2001), considera que una autoestima alta genere confianza en la persona y por ende, puede provocar un descuido que la lleve a consumir algún tipo de droga, 2) El concepto de maltrato según López (1996), son acciones que causan daño físico, emocional o mental en un niño o joven de cualquier edad. Sin embargo, el tipo de maltrato infligido varía con la edad del joven.

El maltrato infantil, es el uso intencionado de la fuerza física u omisión de cuidado por parte de los padres o tutores, que tienen como consecuencia heridas, mutilación o incluso la muerte del niño o joven (López 1996),

Para Briere (1996), el maltrato es cualquier acción u omisión, no accidental que repercute en satisfacción de las necesidades básicas del niño o joven. Es un concepto amplio y de límites poco precisos, que resulta de una combinación de factores familiares, individuales y sociales, y que puede variar según criterios y valores socioculturales.

Como lo indica Calvo (1996), progresivamente se ha ido ampliando el concepto de maltrato en la infancia, lo que ha dado lugar a identificar subtipos de maltrato:

2.1 Maltrato físico: Es la acción no accidental de algún adulto que provoca daño físico o enfermedad en el niño, o que le coloca en riesgo de padecerlo como consecuencia de alguna negligencia intencionada. La lesión no es accidental, pero tampoco ha de ser el resultado de un intento

premeditado de dañar al niño, pudiendo derivar de un exceso de disciplina o de un castigo inapropiado para la edad o características del niño (Johnson, 1990).

2.2 Abuso sexual: Es cualquier clase de contacto sexual con un niño menor de 18 años, por parte de un adulto, desde una posición de poder y autoridad sobre él (Berliner, 1996), dice que el maltrato emocional: consiste en no tomar en consideración las necesidades psicológicas del niño, particularmente las que tienen que ver con la autoestima y con las relaciones interpersonales. La hostilidad verbal crónica en forma de insultos, burlas, desprecio, críticas o amenazas de abandono son formas de este tipo de maltrato (López y Álvarez, 1996).

2.3 Negligencia: Es no atender a las necesidades básicas del niño por quienes tienen la responsabilidad de cuidarle (Erikson, 1996).

El maltrato en todas sus formas y la disfunción familiar, han sido reconocidos como un augurio de consumo de drogas. El primero se ha asociado a la inducción temprana y el segundo a los primeros consumos en adolescentes (Pons & Borjano 1999).

3) Las habilidades sociales según Caballo (1993 citado en Alfageme, 2002), afirma que la conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.

Por su parte, Kelly (1992) define las habilidades sociales como aquellas conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales para obtener o mantener reforzamiento del ambiente. Entendidas de esta manera, las habilidades sociales pueden considerarse como vías o rutas hacia los objetivos de un individuo.

La habilidad social según Díaz (1992), hace referencia al funcionamiento adaptado en el que, tanto los recursos de la persona como los del medio, se emplea para alcanzar resultados deseables dentro del proceso de desarrollo y

de contextos personales. Son las capacidades, habilidades y actitudes que favorecen la integración de un individuo en un grupo permitiéndole acceder a los refuerzos como es la autoestima positiva para el individuo.

El comportamiento social en la vida de un joven juega un papel importante en la adquisición de habilidades sociales como la empatía, autocontrol, refuerzo social. Los jóvenes con bajas habilidades sociales experimentan aislamiento social, rechazo y autoestima baja (Díaz, 1992).

Afirma López (1996), que el rechazo de los compañeros en la preadolescencia es uno de los predictores de serios problemas para la adaptación en edades posteriores como es la inadaptación escolar, delincuencia, consumo de SPA y suicidio

En conclusión, la dificultad en las personas para defender sus opiniones frente a los diferentes grupos, lo cual hace difícil el poder rechazar las drogas; por otro lado, el consumo de drogas puede significar la aceptación en determinados grupos (Butters, 2004).

4) Otro factor de riesgo en el consumo de sustancias surge en el contexto familiar donde Barato (1991), lo menciona como la unidad básica del desarrollo y experiencia en donde el individuo adquiere elementos para enfrentar el mundo que lo rodea.

Según Benites (1999), los factores familiares que se relacionan son:

- Estructura familiar disfuncional: ausencia de uno o ambos padres, por divorcio, enfermedad, muerte, etc.
- Falta de cohesión familiar: actividades dispersas de los integrantes, ausencia de espacios para la convivencia familiar, vínculos débiles entre sus miembros, etc.
- Clima afectivo inadecuado: conflictos, inexpressión emocional, represión, etc.

- Estilo educativo familiar rígido, laxo o caótico: reglas y roles poco claros, ausencia o distorsión de la comunicación.

- Consumo de drogas por parte de familiares o presión de la familia para usar drogas.

Stanton y Todd (1988), concuerdan al señalar que la conducta del uso de SPA, provee al adolescente y a la familia una resolución paradójica del dilema: Mantener y disolver la familia.

Como lo indica Bell y cols, (2000) muchas conductas riesgosas en adolescentes, es la manifestación de una dinámica de la constelación familiar muy particular, señala que ello sucede cuando los conflictos que rodean el proceso de separación de individualización que no son adecuadamente superados. Este proceso para el adolescente implica la diferenciación y separación sin sacrificar la intimidad familiar.

Por otro lado, en familias con miembro adolescente problemático se encuentra poca expresión de sentimientos y las interacciones son marcadamente tensas, con juicios de naturaleza defensiva por parte del padre, ausencia de cuidado y validación de los hijos, los miembros se encuentran emocionalmente distantes unos de otros (Benites, 1999).

Dentro de este contexto hay ausencia de alegría y humor donde los tonos dominantes suelen ser la desesperanza, la depresión y la tensión que conllevan al consumo de SPA. En estos hogares de adolescentes vulnerables a los factores familiares, en donde existe poca comunicación espontánea y acuerdos entre los miembros de la familia (Bell & cols, 2000).

La ambigüedad en las normas familiares, el exceso de protección, la falta de reconocimiento y una organización familiar rígida influyen negativamente en el adolescente, y pueden desembocar en una personalidad

con escasa aserción o en un enfrentamiento con el mundo adulto (Arbex & Porras, 1995).

Bell y cols (2000), afirma que la comunicación dentro de estas familias es pobre; hay carencia de apertura y de comunicación relevante. Los mensajes que se comunican comúnmente son de contenido negativo, en el que existen críticas, demandas y búsquedas por conseguir atención.

La comunicación satisfactoria evita el aislamiento, educa para las relaciones extrafamiliares, promueve la expresión de sentimientos, y facilita el desarrollo personal. Por el contrario, la incomunicación y el ambiente familiar enrarecido contribuyen a generar y mantener los déficits y carencias personales, que el adolescente puede intentar compensar recurriendo a las drogas. Numerosos autores destacan la relación entre la vivencia negativa de las relaciones familiares y el uso de drogas (Elzo, Lidón & Urquijo, 1992).

5) Las alteraciones psicológicas que plantea Morales, Luque, Barroso (2002), es la tonalidad afectiva del paciente, en donde suelen presentarse datos clínicos de depresión, tales como: llanto fácil, pérdida de interés, alteraciones en el patrón de sueño e irritabilidad; así como, datos de tipo ansioso: sensación de opresión torácica, sensaciones claustro o agorafobias, inquietud, desesperación, miedo, pérdida del control, inconformidad, irritabilidad y agitación, entre otros. Si bien se trata de una alteración emocional de manifestaciones afectivas, no se caracteriza por una entidad particular. En realidad el malestar es susceptible de presentarse en cualquiera de las tonalidades, su tendencia puede dirigirse hacia el estado de ánimo deprimido, así como hacia el polo de la manía.

Puede presentarse también una línea afectiva de poca reactividad, similar al embotamiento. En realidad la dificultad es que su manifestación puede ser similar a cualquier trastorno emocional, su etiología, psicodinámica,

evolución y pronóstico, son enteramente distintos (Morales, Luque & Barroso 2002).

Aspectos psicológicos como ansiedad, depresión y estrés están asociados al consumo de drogas, ya que constituyen un una forma rápida para aliviar malestares, por sus efectos directos sobre el sistema nervioso central (Gutiérrez y Aneriros, 1999).

6) Habilidades emocionales disminuyen la probabilidad de consumo, ya que a través del autoconocimiento, la identificación, expresión y manejo de sentimientos, se consigue un mejor manejo del estrés y la ansiedad (Griffin, Scheier, Botvin & Díaz, 2001).

Stenbacka (2003), define el malestar emocional como la capacidad para reconocer, comprender y regular las emociones propias y de los demás, discriminar entre ellas y utilizar esta información como guía del pensamiento y de las acciones.

7) El comportamiento perturbador en la infancia y en la adolescencia hace referencia a la presencia de un patrón de conducta persistente, repetitivo e inadecuado para la edad del menor, que se caracteriza por el incumplimiento de las normas sociales básicas de convivencia y por la oposición a los requerimientos de las figuras de autoridad, generando como consecuencia un deterioro en las relaciones familiares o sociales (APA, 1995).

Afirma Bolufer (2004), el comportamiento perturbador consiste en un patrón persistente de conducta en el que se violan los derechos de los demás y las normas sociales apropiadas para la edad. Este patrón se produce en todos los ámbitos donde se mueve el joven, en casa, instituto, trabajo, con los amigos y de forma persistente.

Este comportamiento comprenden un amplio abanico de conductas que van desde la desobediencia y mentira hasta el robo e incluso el homicidio. Incluyen tres aspectos importantes: desafío a la autoridad, agresividad, y violación de los derechos de la gente, propiedades y personas (Javaloyes, 2005).

8) Salazar, Varela, Tovar y Cáceres, (2006) proponen adicionalmente los siguientes factores psicosociales:

Las relaciones interpersonales, son interacciones que se establecen con otros y que podrían ser o no fuente de apoyo social y frente a las cuales el individuo establece un nivel de satisfacción. En la adolescencia y la juventud los amigos constituyen el principal referente en este sentido y por lo tanto podría ser un factor de riesgo en la medida que le atribuyesen un alto valor al consumo porque contribuye a un medio rápido y sencillo de sentirse aceptado por sus amigos (Allen, Porter, McFarland, Marsh y McElhaney, 2005).

Según Gómez & Muñoz (2000), los consumidores tienen sus propias percepciones riesgosas sobre las drogas y mediante los procesos de aprendizaje social influyen en los otros.

9) El autocontrol para D'Elío, O'Brien, Lannotti, Bush & Galper, (1996) resulta de vital importancia en la fase de mantenimiento del consumo de drogas, pues hace que el individuo sea capaz de mantener un consumo moderado. Por el contrario, su ausencia conlleva un nivel de consumo excesivo.

10) Habilidades de afrontamiento y enfrentamiento: El modelo de Afrontamiento al Estrés (Wills y Shiffman, 1985; Wills y Hirky, 1996), asume que el consumo de sustancias podría ser una respuesta del sujeto a los estresores vitales a los que se enfrenta a lo largo de su vida, el consumo de sustancias posiblemente reduce los efectos negativos del estrés o aumenta la capacidad del sujeto para hacer frente a los mismos. Siguiendo este modelo se puede deducir que ante unas habilidades inadecuadas para el afrontamiento de estrés hay mayor tendencia a desarrollar conductas adictivas.

También el modelo de Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon (1985), hace énfasis en la importancia de las estrategias de afrontamiento en el uso de drogas.

Este modelo señala que después de un periodo de abstinencia se puede producir la vuelta al consumo cuando el sujeto tiene que enfrentarse a situaciones de alto riesgo y no utiliza las estrategias de afrontamiento

adecuadas (Marlatt y Gordon, 1980). Según este modelo es recomendable entrenar en estrategias de afrontamiento para situaciones problemáticas futuras.

11) Según Melvin, (1980) la espiritualidad forma parte de la estructura mental que permite desarrollar la fuerza emocional de cada persona a través de lo que se conoce como fe, la cual dota de esperanza a quienes la poseen y la practican en su vida cotidiana. La mayor parte de los seres humanos por medio de diversas doctrinas han formulado sistemas de creencias basados en la existencia de un ser supremo o superior capaz de brindar ayuda en todo momento y en todo lugar, sobre todo cuando la fuerza de voluntad ha declinado ante el embate externo en la demanda de drogas lícitas e ilícitas.

La espiritualidad suele conducir a las personas funcionales a evitar el uso o abuso de drogas, pero sobre todo ésta les da la fuerza y determinación para realizar acciones que promueven su desarrollo humano y el logro de metas, sin la necesidad del consumo de drogas (Alfonso,1988).

12) La relación con personas consumidoras hace referencia a la interacción que el joven establece con un alto grado de apego e intimidad en particular con los iguales (amigos, compañeros, pareja) quienes a su vez están involucradas en el consumo de drogas, las valoran de modo favorable constituyéndose en factor de riesgo por posibilitar el aprendizaje social o por que ejercen algún grado de presión social para que otros la consuman (Caballo; Dorius, 2004, Eitle, 2005, Gómez & Muñoz, 2000, Mcleod, 2004).

13) Los preconceptos y la valoración de las drogas: los preconceptos corresponden a ideas y creencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, así como la valoración y percepción del riesgo que las personas tienen frente a ellas y sus posibles efectos. Es considerada como un factor de riesgo para el consumo cuando existe una baja percepción del riesgo, de sus efectos y consecuencias (Chabrol, Massot & Mullet, 2004, Graña & Muñoz, 2000, Rohsenow, Colby, Martin & Monti, 2005).

Conociendo la definición de problemas psicosociales que se mencionan en la tabla 1. La presente investigación pretende contribuir con esta

problemática al programa a tu salud, a partir de la descripción de factores psicosociales (riesgo o protección), que se asocian al consumo de sustancias psicoactivas de una Universidad Privada de la ciudad de Bogotá, esto con el fin de que la juventud tenga cada día una menor incidencia al respecto.

Tabla 1 . Definición de Variables Psicosociales

Variables Psicosociales	Definición Operacional
Autoestima	Sentimiento valorativo de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad (Mézerville 2004),
Maltrato	Acciones que causan daño físico, emocional o mental en un niño o joven de cualquier edad. Sin embargo, el tipo de maltrato infligido varía con la edad del joven (López 1996).
Habilidades Sociales	Afirma caballo (1993 citado en Alfageme, 2002), que la conducta socialmente habilidosa es el conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas
Alteraciones Psicológicas	Se presentan datos clínicos de depresión, tales como: llanto fácil, pérdida de interés, alteraciones en el patrón de sueño e irritabilidad; así como, datos de tipo ansioso: sensación de opresión torácica, sensaciones claustro o agorafóbicas inquietud, desesperación, miedo, pérdida del control, inconformidad, irritabilidad y agitación, entre otros (Morales, Luque & Barroso 2002).
Habilidades Emocionales	En las habilidades emocionales Se reconoce y enfrentan las propias emociones y de los demás, así como la capacidad de expresar adecuadamente sentimientos negativos como la hostilidad, ira, etc (Stenbacka, 2003).
Comportamiento Perturbador	En la infancia y en la adolescencia hace referencia a la presencia de un patrón de conducta persistente, repetitivo e inadecuado, que se caracteriza por el incumplimiento de las normas sociales básicas de convivencia y por la oposición a los requerimientos de las figuras de autoridad, generando como consecuencia un deterioro en las relaciones familiares o sociales (APA, 1995).
Autocontrol	D'Elío, O'Brien, Lannotti, Bush & Galper, (1996), el autocontrol resulta de vital importancia en la fase de mantenimiento del consumo de drogas, pues hace que el individuo sea capaz de mantener un consumo moderado. Por el contrario, su ausencia conlleva un nivel de consumo excesivo.
Relaciones con Consumidores	Grado de presión social que ejercen los consumidores en el joven está asociado con el inicio del consumo de sustancias psicoactivas (Caballo, Garcia, Secades, Fernandez & Garcia, 2004).
Espiritualidad	Forma parte de la estructura mental que permite desarrollar la fuerza emocional de cada persona a través de lo que se conoce como fe, la cual dota de esperanza a quienes la poseen y la practican en su vida cotidiana (Melvin, 1980).
Habilidades de Afrontamiento y Enfrentamiento	Asume que el consumo de sustancias podría ser una respuesta del sujeto a los estresores vitales a los que se enfrenta a lo largo de su vida, el consumo de sustancias posiblemente reduce los efectos negativos del estrés o aumenta la capacidad del sujeto para hacer frente a los mismos (Wills y Shiffman, 1985; Wills y Hirky, 1996).

Funcionamiento Familiar	Ausencia de uno o ambos padres por divorcio, enfermedad, muerte, actividades dispersas de los integrantes, ausencia de espacios para la convivencia familiar, vínculos débiles entre sus miembros, conflictos, inexpressión emocional, represión, reglas y roles poco claros, ausencia o distorsión de la comunicación y consumo de drogas por parte de familiares o presión de la familia para usar drogas (Benites, 1999)
Consumo de sustancias Psicoactivas	Se define como el uso autoadministrado de cualquier sustancia ya sea incorporada, inhalada, inyectada o absorbida por su naturaleza química afecta la estructura y el funcionamiento de un ser vivo (Rodríguez, 1995).

Problema

¿Cuáles son los factores psicosociales (factores de riesgo y protectores) asociados al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de una Universidad Privada de la ciudad de Bogotá?

Objetivos

Objetivo General

Identificar los factores psicosociales (factores de riesgo y protección) asociados al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de una Universidad privada de la ciudad de Bogotá.

Objetivos Específicos

Describir los factores psicosociales (factores de riesgo y protección) según el género en estudiantes universitarios.

Describir los factores psicosociales (factores de riesgo y protección) según la edad en estudiantes universitarios.

Describir los factores psicosociales (factores de riesgo y protección) según los semestres en estudiantes universitarios.

Describir los factores psicosociales (factores de riesgo y protección) asociados al consumo de sustancias psicoactivas según el género en estudiantes universitarios.

Describir los factores psicosociales (factores de riesgo y protección) asociados al consumo de sustancias psicoactivas según los semestres en estudiantes universitarios.

Describir los factores psicosociales (factores de riesgo y protección) asociados al consumo de sustancias psicoactivas según la edad en estudiantes universitarios.

Método

Tipo de estudio

La presente investigación se enmarca en el enfoque empírico analítico cuya estrategia metodológica es descriptiva de corte transversal donde se mencionaron los factores de riesgo y protectores que están asociados al consumo de sustancias psicoactivas encontrados en los estudiantes universitarios. A través del método descriptivo, junto con la información de estas variables, recogidas en un solo momento, en un tiempo único, permitieron de acuerdo a los datos obtenidos dar una descripción detallada y específica de las variables de estudio.

Participantes

Para este estudio participaron 130 estudiantes de I y II semestre, pertenecientes al programa de bienestar de una Universidad privada de Bogotá, 2009. La muestra estaba conformada por hombres y mujeres, solteros y casados, entre edades de 16 a 25 años, pertenecientes a las facultades de teología, psicología, Administración, Economía, Relaciones Internacionales, filosofía, Licenciatura en Inglés, Educación Preescolar, Ingeniería Mecatrónica,

Ingeniería de Sistemas, Ingeniería de Telecomunicaciones, Ingeniería Electrónica. Los datos que se mencionaron anteriormente se encuentran en la tabla 2. La selección de la muestra se realizó bajo un proceso intencional.

Tabla 2. Datos Sociodemográficos

	Muestra	Porcentaje %
Genero		
Femenino	35	34,6
Masculino	95	73
Edad		
16	6	4,6
17	31	23,8
18	26	20
19	23	17,6
20	7	5,3
21	7	5,3
22	16	12,3
23	13	10
Semestre		
Primero	47	36,1
Segundo	83	63,8
Estado Civil		
Soltero	129	99,2
Casado	1	0,7
Carreras		
Teología	4	3
Ing., Aeronáutica	30	23
Administración	6	4,6
Ing., Sonido	18	13,8
Ing. Mecatronica	28	21,5
Economía	2	1,5
Psicología	1	0,7
Edu. Preescolar	16	12,3
Derecho	3	2,3
Lic. Ingles	1	0,7
Ing., Sistemas	11	8,4
Ing., Telecomunicaciones	4	3
Rela. Internacionales	1	0,7
Filosofía	3	2,3

Instrumento

Cuestionario de Factores de Riesgo y de protección para el consumo de drogas en jóvenes fue diseñado por Salazar, Varela, Tovar y Rodríguez (2006), que consta de 65 ítems, en el que la consistencia interna del cuestionario, consta de un alpha de Cronbach de 0.90; su fiabilidad, es de 0.80, de acuerdo a Carmona (2004) y Henson (2001).

En la caracterización del consumo de las sustancias psicoactivas se evalúa el consumo de seis (6) sustancias psicoactivas (SPA): alcohol, tabaco, marihuana, opiáceos (heroína, opio, morfina, metadona, codeína), coca (bazuco, cocaína, base libre y crack) y alucinógenos (éxtasis, LSD, polvo de ángel, hongos, peyote).

Este cuestionario evalúa factores de riesgo y de protección para el consumo de sustancias psicoactivas, la escala está conformada por 53 ítems que evalúan la presencia/ausencia de factores psicosociales para el consumo de SPA. Los factores que la componen son: malestar emocional, satisfacción con relaciones interpersonales, preconceptos y valoración de las sustancias SPA, espiritualidad, permisividad social y accesibilidad a las SPA, habilidades sociales autocontrol.

Procedimiento

Para el desarrollo de la presente investigación se realizaron las siguientes fases:

Fase1. Selección de la muestra: se seleccionaron los estudiantes de I y II semestre pertenecientes al programa de bienestar de una Universidad privada de la ciudad de Bogota en la que se obtuvo el permiso por dicha institución, antes de aplicar el instrumento. A cada estudiante se le informará del cuestionario y si esta de acuerdo en la participación de la investigación se le pedirá que firme el consentimiento informado.

Fase 2. Aplicación del instrumento: A los estudiantes de 16 a 25 años de I y II semestre pertenecientes al programa de bienestar de una Universidad privada de la ciudad de Bogotá, se les pidió que se ubicaran en un salón de acuerdo a cada taller con su respectivo profesor, en donde las estudiantes de pregrado de Psicología les explicó de que trataba la investigación, luego procedieron a leer el cuestionario en voz alta y les preguntaron a los estudiantes de bienestar si tenían alguna duda al respecto, al ver que no quedaba ninguna duda se continua con el diligenciamiento del instrumento; esta aplicación se llevo a cabo por 3 días en jornada de la mañana y la tarde.

Fase 3. Calificación y análisis de resultados: se tabularon los datos en Microsoft Excel y se analizaron en el programa SPSS Versión 17.0 para Windows, con el fin de dar a conocer los factores psicosociales que se presentan en los estudiantes del programa de Bienestar de una universidad privada.

Consideraciones éticas

En la presente investigación se tuvieron en cuenta los lineamientos éticos mencionados en la Ley del Psicólogo con el fin que:

1. La identificación e información recogida de los participantes, registrada en los cuestionarios, es estrictamente confidencial.
2. Se proveerá, de manera clara, estricta y puntual a los participantes del presente proyecto los objetivos del proyecto, objetos previstos dentro de los lineamientos éticos de la actual Ley del Psicólogo.
3. Las estrategias de recolección de información como lo fue el cuestionario, se realizó con previa autorización de la institución y los participantes, es decir, se empleó, el consentimiento informado en el que el investigador se compromete a informar y explicar a los directivos de la institución, los procedimientos, pasos, alcances, pros y contras de la investigación.

4. El compromiso adquirido con la institución permitirá realizar el ejercicio investigativo que consistirá en el manejo de la información, avance y entrega del trabajo de investigación.

Resultados

Los datos obtenidos de la descripción detallada y específica de las variables psicosociales (riesgo y protección) asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, se enmarca en un estudio descriptivo de corte transversal, donde la información de las variables fueron recogidas en un solo momento y en un tiempo único. Posterior a ello se realizó un análisis de los datos arrojados por el instrumento que fueron procesados en el software estadístico SPSS para Windows versión 17, se empleo un coeficiente de chi - cuadrado para el análisis descriptivo de las variables utilizadas para el estudio.

Inicialmente se efectuó un análisis descriptivo con cada una de las variables; a continuación se presentan los datos encontrados en la muestra de las variables de agrupación, en el que se observa que la puntuación mayor a 8 es factor de riesgo y menor a 7 es un factor de protección.

Como se puede apreciar en la tabla 3, se presentan los datos descriptivos correspondientes a la media de los factores psicosociales (riesgo y protección) hallados en la muestra en particular; se encontró como factor de riesgo: preconcepto y valoración de las sustancias psicoactivas, malestar emocional, espiritualidad y permisividad social y accesibilidad a las sustancias psicoactivas. Como factores de protección se encuentra habilidades sociales y de autocontrol y satisfacción de relaciones interpersonales.

Tabla 3. Promedio de los factores psicosociales de riesgo y protección

Factores Psicosociales	Media
Malestar Emocional	4,65
Satisfacción con Relaciones Interpersonales	2,36
Preconcepto y valoración de las SPA	9,31
Espiritualidad	2,57
Permisividad social y accesibilidad a las SPA	3,25
Habilidades Sociales y de Autocontrol	2,65

Con respecto a los factores psicosociales (riesgo y protección) en hombres y mujeres, en la tabla 4, se observa que la puntuación mayor a 8 es factor de riesgo donde los hombres como factor de riesgo: a) preconcepto y valoración de las sustancias psicoactivas; b) malestar emocional; c) permisividad social y accesibilidad a las sustancias psicoactivas; d) espiritualidad y los factores protectores son los que puntúan menor a 7 como: a) habilidades sociales y autocontrol; b) satisfacción con relaciones interpersonales. Por otra parte se identifica como factor de riesgo en las mujeres: a) preconcepto y valoración de las sustancias psicoactivas; b) permisividad social y accesibilidad a las sustancias psicoactivas; y los factores de protección son: a) malestar emocional; b) habilidades sociales y de autocontrol; c) espiritualidad; d) satisfacción con relaciones interpersonales.

Tabla 4. Promedio de los factores psicosociales de riesgo y protección de acuerdo al género

Factores Psicosociales	Hombres	Mujeres
Malestar Emocional	4,94	3,92
Satisfacción con Relaciones Interpersonales	2,68	1,53
Preconcepto y valoración de las SPA	9,18	9,64
Espiritualidad	2,85	1,83
Permisividad social y accesibilidad a las SPA	3,11	3,64
Habilidades Sociales y de Autocontrol	2,79	2,31

De acuerdo a los datos obtenidos de los factores psicosociales (riesgo y protección), se observa que en primer semestre participaron 48 estudiantes y en segundo semestre 82 estudiantes. Con respecto a la tabla 5, la mayor puntuación de 8 hace referencia a los factores de riesgo, que fueron hallados en primer semestre: a) preconceptos y valoración de las sustancias psicoactivas; b) malestar emocional; c) permisividad social; d) espiritualidad y

los factores de protección se hallan con una puntuación menor a 7: a) habilidades sociales y de autocontrol; b) satisfacción con relaciones interpersonales. En segundo semestre, se identifica que los factores de riesgo son: a) preconcepto y valoración de las sustancias psicoactivas; b) malestar emocional; c) permisividad social y accesibilidad a las sustancias psicoactivas; d) espiritualidad y los factores de protección son: a) habilidades sociales y de autocontrol; b) satisfacción con relaciones interpersonales.

Tabla 5. Promedio descriptivo de los factores psicosociales de riesgo y protección con los semestres del total de la muestra

Factores Psicosociales	Media	
	Primer Semestre N=48	Segundo Semestre N=82
Malestar Emocional	4,81	4,56
Satisfacción con Relaciones Interpersonales	2,12	2,50
Preconcepto y valoración de las SPA	9,81	9,01
Espiritualidad	2,40	2,67
Permisividad social y accesibilidad a las SPA	3,58	3,06
Habilidades Sociales y de Autocontrol	2,65	2,66

Según los resultados de la descripción de las variables en la tabla 6, se evidencia que los factores psicosociales (riesgo y protección) en el rango de edades entre 16 a 18 años, los estudiantes universitarios presentan como factores de riesgo una puntuación mayor a 8: a) preconcepto y valoración de las sustancias psicoactivas; b) malestar emocional; c) permisividad social y accesibilidad a las sustancias psicoactivas; d) espiritualidad, donde la puntuación menor a 7 hace referencia a factores de protección: a) habilidades sociales y de autocontrol; b) satisfacción con relaciones interpersonales.

Los estudiantes de 19 a 23 años se observa que los factores de riesgo son: a) preconcepto y valoración de las sustancias psicoactivas; b) malestar emocional; c) permisividad social y accesibilidad a las sustancias psicoactivas;

d) espiritualidad y los factores de protección son: a) habilidades sociales y de autocontrol; b) satisfacción con relaciones interpersonales.

Tabla 6. Promedio descriptivo de los factores psicosociales de riesgo y protección con los rangos de edades de la muestra total.

Factores Psicosociales	Estudiantes de 16 a 18	Estudiantes de 19 a 23
	años Media	años Media
Malestar Emocional	4,52	4,78
Satisfacción con Relaciones Interpersonales	2,32	2,40
Preconcepto y valoración de las SPA	9,00	9,59
Espiritualidad	2,82	2,34
Permisividad social y accesibilidad a las SPA	3,13	3,37
Habilidades Sociales y de Autocontrol	2,77	2,54

Como se puede apreciar en la tabla 7, el consumo de sustancias psicoactivas se estima que 49 (37,7%) estudiantes no consumen alcohol, 81 (62,3%) estudiantes si consumen alcohol; referente al consumo de tabaco 95 (73,1%) estudiantes no consumen y 35 (26,9%) si consumen; respecto al consumo de marihuana 127 (97,7%) estudiantes no consumen y 3 (2,3%) si consumen; en relación a los opiáceos 127 (97,7%) estudiantes no consumen y 3 (2,3%) si consumen; en cuanto a la coca 129 (99,2%) estudiantes no consumen y 1 (0,8%) si consume; por otra parte 129(99,2%) estudiantes no consumen alucinógenos y 1 (0,8%) si consumen esta sustancia.

Tabla 7. Análisis descriptivo del consumo de sustancias psicoactivas

Sustancias Psicoactivas	Consumo	Frecuencia	Porcentaje %
Alcohol	No	49	37,7
	Si	81	62,3
Tabaco	No	95	73,1
	Si	35	26,9
Marihuana	No	127	97,7
	Si	3	2,3
Opiáceos	No	127	97,7
	Si	3	2,3

Coca	No	129	99,2
	Si	1	0,8
Alucinógenos	No	129	99,2
	Si	1	0,8

Con respecto al análisis descriptivo del consumo de sustancias psicoactivas según género del total de la muestra se refleja en la tabla 8, el consumo de sustancias psicoactivas entre hombres y mujeres, donde se encuentra que 33 (35,1%) hombres no consumen alcohol y 61 (64,9%) si consumen esta sustancia; 68 (72,3%) hombres no consumen tabaco y 26 (27,7%) si consumen; 91 (96,8%) hombres no consumen y 3 (3,2%) si consumen marihuana; referente a los opiáceos 91 (96,8%) hombres no consumen y 3(3,2%) si consumen; respecto al consumo de coca 93 (98,9%) hombres no consumen y 1 (1,1%) si consume; en el consumo de alucinógenos 94 (100%) hombres no consumen esta sustancia. En cuanto a las mujeres se evidencia que 16 (44,4%) no consumen alcohol y 20 (55,6) si consumen; en el consumo de tabaco 27 (75%) mujeres no consumen y 9 (25%) si consumen; en relación con la marihuana 36 (100%) mujeres no consumen; 36 (100%) mujeres no consumen opiáceos; 36 (100%) mujeres no consumen coca; en el consumo de alucinógenos 35 (97,2%) mujeres no consumen y 1 (2,8%) si consumen.

Tabla 8. Análisis descriptivo del consumo de sustancias psicoactivas según género del total de la muestra

Sustancias Psicoactivas	Consumo (Hombres)	Frecuencia	Porcentaje %	Consumo (Mujeres)	Frecuencia	Porcentaje %
Alcohol	No	33	35,1	No	16	44,4
	Si	61	64,9	Si	20	55,6
Tabaco	No	68	72,3	No	27	75
	Si	26	27,7	Si	9	25
Marihuana	No	91	96,8	No	36	100
	Si	3	3,2	Si	-	-
Opiáceos	No	91	96,8	No	36	100
	Si	3	3,2	Si	-	-
Coca	No	93	98,9	No	36	100
	Si	1	1,1	Si	-	-
Alucinógenos	No	94	100	No	35	97,2
	Si	-	-	Si	1	2,8

De acuerdo con la tabla 9, se identifica el consumo de sustancias psicoactivas según los semestres (I y II semestre): donde 13 (27,1%) estudiantes de primer semestre no consumen alcohol y 35 (72,9) si consumen; referente al consumo de tabaco 37 (77,1%) estudiantes no consumen y 11 (22,9%) si consumen; en cuanto al consumo de marihuana 47 (97,9%) estudiantes no consumen y 1 (2,1%) si consume; en el consumo de opiáceos 46 (95,8%) estudiantes no consumen y 2(4,2%) si consume; el 47 (97,9%) de los estudiantes no consumen coca y el 1 (2,1%) si la consume; 48 (100%) de los estudiantes no consumen alucinógenos. Con relación a segundo semestre se evidenció que 36 (43,9%) de los estudiantes no consumen alcohol y 46 (56,1%) si consumen; con respecto al tabaco 58 (70,7%) no consumen y 24 (29,3%) si consumen; 80 (97,9%) de los estudiantes no consumen marihuana y 2 (2,4%) estudiantes si consumen; el 81 (98,8%) de los estudiantes no consumen opiáceos y 1(1,2%) si los consume; 82 (100%) de los estudiantes no consumen coca; en cuanto a los alucinógenos 81(98,8%) estudiantes no consumen y 1 (1,2%) si los consume.

Tabla 9. Análisis descriptivo del consumo de sustancias psicoactivas según los semestres del total de la muestra

Sustancias Psicoactivas	Consumo Primer Semestre	Frecuencia	Porcentaje %	Consumo Segundo Semestre	Frecuencia	Porcentaje %
Alcohol	No	13	27,1	No	36	43,9
	Si	35	72,9	Si	46	56,1
Tabaco	No	37	77,1	No	58	70,7
	Si	11	22,9	Si	24	29,3
Marihuana	No	47	97,9	No	80	97,6
	Si	1	2,1	Si	2	2,4
Opiáceos	No	46	95,8	No	81	98,8
	Si	2	4,2	Si	1	1,2
Coca	No	47	97,9	No	82	100
	Si	1	2,1	Si	-	-
Alucinógenos	No	48	100	No	81	98,8
	Si	-	-	Si	1	1,2

El análisis descriptivo del consumo de sustancias psicoactivas con los rangos de edades del total de la muestra, se refleja en la tabla 10, que los estudiantes 16 a 18 años 26(41,9%) de los estudiantes no consumen alcohol y 36 (58,1%) si consumen alcohol; 49 (79%) de los estudiantes no consumen tabaco y 13 (21%) si consumen; el 59(96,2%) de los estudiantes no consumen marihuana y 3(4,8%) si la consumen; 61 (98,4%) de los estudiantes no consumen opiáceos ni coca mientras que 1 (1,6%) si las consume; los alucinógenos el 62 (100%) de los estudiantes no los consumen. Respecto al análisis que se evidenció entre los estudiantes de 19 a 23 años, 23 (33,8%) de los estudiantes no consumen alcohol y 45 (66,2%) si consumen; 46 (67,6%) de los estudiantes no consumen tabaco mientras que 22 (32,4%) si consumen; referente a la marihuana 68(100%) de los estudiantes no la consumen; 66 (97,1%) de los estudiantes no consumen opiáceos y 2 (2,9%) si los consumen; coca 68 (100%) de los estudiantes no la consumen; 67 (98,5%) no consumen alucinógenos y 1 (1,5%) de los estudiantes si los consume.

Tabla 10. Análisis descriptivo del consumo de sustancias psicoactivas con los rangos de edades del total de la muestra

Sustancias Psicoactivas	Consumo Estudiantes de 16 a 18 años	Frecuencia	Porcentaje %	Consumo Estudiantes de 19 a 23 años	Frecuencia	Porcentaje %
Alcohol	No	26	41,9	No	23	33,8
	Si	36	58,1	Si	45	66,2
Tabaco	No	49	79	No	46	67,6
	Si	13	21	Si	22	32,4
Marihuana	No	59	96,2	No	68	100
	Si	3	4,8	Si	-	-
Opiáceos	No	61	98,4	No	66	97,1
	Si	1	1,6	Si	2	2,9
Coca	No	61	98,4	No	68	100
	Si	1	1,6	Si	-	-
Alucinógenos	No	62	100	No	67	98,5
	Si	-	-	Si	1	1,5

En la tabla 11, según los resultados se observa el valor de significancia de cada uno de los factores psicosociales se encuentra por encima de 0.05, el malestar emocional y espiritualidad a excepción de la satisfacción con relaciones interpersonales, preconcepto y valoración de las SPA, permisividad social y accesibilidad a las SPA, y habilidades sociales y de autocontrol, en la cual si se encuentran diferencias significativas según el factor de riesgo y de protección.

Tabla 11. Distribución porcentual de la variable factores psicosociales (riesgo y protección)

Factores Psicosociales	Frecuencia	Porcentaje %	X²	Sig.
Malestar Emocional				
Riesgo	75	57,5	3,077	,079
Protección	55	42,3		
Satisfacción con relaciones interpersonales				
Riesgo	16	12,3	77,923	0.000*
Protección	114	87,6		
Preconcepto y valoración de las SPA				
Riesgo	109	87,8	56,892	0,000*
Protección	21	16,1		
Espiritualidad				
Riesgo	69	53,0	0,123	0,726
Protección	61	46,9		
Permisividad social y accesibilidad a las SPA				
Riesgo y Protección	87	66.9	14,892	0,000*
	43	33.07		
Habilidades sociales y de autocontrol				
Riesgo	33	33.07	29,569	0,000*
Protección	97	64.6		

*P-,05

En la tabla 12, estadísticamente se observa que el valor de significancia de cada uno de los factores psicosociales se encuentra por encima de 0.05, a excepción de la espiritualidad y preconcepto y valoración de las SPA, en la cual si se encuentran diferencias significativas según el alcohol.

Tabla 12. Proporción de sujetos y niveles asociados entre el consumo de alcohol y los factores riesgo y protección.

Factores Psicosociales	Frecuencia	Porcentaje %	X²	Sig.
Malestar Emocional	45	55,6	,402	,526
Riesgo	56	42,3		
Protección				
Satisfacción con relaciones interpersonales	12	12,3	2,260	,136
Riesgo	60	87,6		
Protección				
Preconcepto y valoración de las SPA	71	87,8	3,03	,074
Riesgo	10	16,1		
Protección				
Espiritualidad	47	53,0	3,620	,057
Riesgo	34	46,9		
Protección				
Permisividad social y accesibilidad a las SPA	56	66,9	,475	,491
Riesgo y	25	33,07		
Protección				
Habilidades sociales y de autocontrol	25	33,07	2,469	,116
Riesgo	56	64,6		
Protección				

*P-0,5

De acuerdo a la tabla 13, con los datos obtenidos, se observa que los valores se encuentran por debajo de los factores psicosociales de .05 entre el consumo de tabaco con respecto a los factores de riesgo y de protección.

Tabla 13. Proporción de sujetos y niveles asociados entre el consumo de tabaco y los factores riesgo y protección.

Factores Psicosociales	Frecuencia	Porcentaje %	X²	Sig.
Malestar Emocional				
Riesgo	23	65,7	1,263	,261
Protección	12	34,3		
Satisfacción con relaciones interpersonales				
Riesgo	4	11,4	,001	,98
Protección	31	88,6		
Preconcepto y valoración de las SPA				
Riesgo	32	91,4	2,376	,123
Protección	3	8,6		
Espiritualidad				
Riesgo	18	57,4	,000	,988
Protección	17	48,6		
Permisividad social y accesibilidad a las SPA				
Riesgo y Protección	20 15	57,1 42,9	2,070	,150
Habilidades sociales y de autocontrol				
Riesgo	10	28,6	,145	,703
Protección	25	71,4		

*P-0,5

Respecto a los datos arrojados del presente estudio se concluye que si hay factores psicosociales asociados al consumo de sustancia psicoactivas en los estudiantes Universitarios de Bogotá.

Discusión

Este estudio, cuyo objetivo general buscaba identificar y describir los factores psicosociales de riesgo y protectores asociados al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de una Universidad privada de Bogotá, logró precisamente analizar los datos obtenidos de acuerdo al cuestionario de factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en jóvenes (Salazar, I.C., Varela, M.T., Cáceres, D.E. y Tovar, J.R., 2006), donde estadísticamente se observa que el valor de significancia de cada uno de los factores psicosociales se encuentra por encima de 0.05, a excepción de la espiritualidad y preconcepto y valoración de las SPA, en la cual si se encuentran diferencias significativas según el alcohol. También se evidencia el valor de significancia de cada uno de los factores psicosociales se encuentra por encima de 0.05, el malestar emocional y espiritualidad a excepción de la satisfacción con relaciones interpersonales, preconcepto y valoración de las SPA, permisividad social y accesibilidad a las SPA, y habilidades sociales y de autocontrol, en la cual si se encuentran diferencias significativas según el factor de riesgo y de protección.

De acuerdo al análisis descriptivo de las respuestas tomadas en la muestra poblacional, éstas evidencian la presencia considerable de factores psicosociales (riesgo y protección), en el consumo de alcohol con 62,3% y tabaco con 26,9%, de la presente investigación (ver tabla 10). Los hallazgos de este estudio evidencian que el alcohol y el tabaco son las drogas más consumidas por los jóvenes universitarios, dato confirmado en la Encuesta Nacional de Salud (2008), al revelar que en términos de la edad, la mayor tasa de consumo actual de alcohol está entre jóvenes de 18 a 24 años, donde se presentó un porcentaje del 46%, y los jóvenes entre 25 a 34 años con 43%. Otro dato interesante, es que la tasa de consumo de tabaco hallado en la investigación denota una proporción de prevalencia considerable y así lo plantea la Encuesta Nacional de Salud (2008), al encontrar que el consumo

actual de cigarrillo equivale al 17% en personas que manifiestan haber usado esta sustancia al menos una vez durante el período de un mes.

Se pudo evidenciar que los alumnos de primero y segundo semestre presentaron factores psicosociales de (riesgo y protección), donde la puntuación mayor de 8, arrojó como factores de riesgo el preconcepto y valoración de las sustancias psicoactivas, permisividad social y malestar emocional asociados al consumo de alcohol y tabaco, en cuanto a los factores de protección según su calificación debe ser menor a 7: se evidenció la satisfacción con relaciones interpersonales, Habilidades sociales y de autocontrol; Ello concuerda con lo planteado por Hawkins (1995), el cual considera que existen factores de riesgo a cualquier circunstancia o evento de naturaleza biológica, psicológica o social, cuya presencia o ausencia modifica la probabilidad de que se presente un problema determinado en una persona o comunidad. En cuanto a los factores de protección se afirma que son aquellos factores psicológicos o sociales que modifican la acción de un factor de riesgo para desestimular o evitar la aparición de la problemática; o son los recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto del riesgo.

Según la teoría y de acuerdo a los resultados arrojados por esta investigación se puede afirmar que los estudiantes Universitarios presentan una baja autoestima, en el que el individuo tiene una mayor sensación de inseguridad a cerca de ellos mismos, presentan una actitud de autodesprecio, vinculada con reacciones conscientes o inconscientes de autodestrucción.

Estos resultados descubren la importancia de tener buenas habilidades en comprender y reparar las emociones negativas, así como las habilidades para mantener o prolongar durante más tiempo las emociones positivas, para evitar dependencias.

Es claro que las habilidades emocionales son un elemento clave en el éxito de las relaciones interpersonales al estar relacionado con la empatía, las habilidades sociales, la asertividad o la autoeficacia.

Otro factor psicosocial es el Preconcepto y valoración de las sustancias psicoactivas en el que se define como ideas y creencias que los jóvenes tienen con relación a las diferentes sustancias psicoactivas, así como la valoración y percepción del riesgo que las personas tienen frente a ellas y sus posibles efectos (Chabrol, Massot & Mullet, 2004, Graña & Muñoz, 2000, Rohsenow, Colby, Martin & Monti, 2005). Se pudo evidenciar que existe como factor de riesgo una baja percepción con los efectos y consecuencias que puede repercutir al consumir SPA.

Hoy en día la permisividad social y accesibilidad a las sustancias psicoactivas por parte de los jóvenes, están influenciados mayormente por los amigos, las inseguridades, los conflictos y emociones que intervienen en esta etapa. El adolescente y el adulto joven se ven afectados por el rechazo de los demás, requieren de máxima aprobación de los amigos y por formar parte de un grupo (Krauskopf, 1995).

Algo a resaltar en los resultados obtenidos en esta investigación por su puntuación alta es la situación individual y contextos ambientales en los que se ven afectados el preconcepto y valoración de sustancias psicoactivas, permisividad social y malestar emocional, teniendo esto como consecuencia un incremento en el consumo de alcohol y tabaco por parte de los jóvenes de hoy en día

De esta forma, se puede decir, que el consumo de sustancias psicoactivas, se encuentran reflejados en factores de riesgo que pueden generar un impacto considerable en su comportamiento. En este sentido, la apreciación expuesta, refleja que la presencia considerable de indicadores clínicos de factores de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas, puede llegar a generar un impacto considerable en relación a su desempeño en la carrera profesional que se encuentran cursando en la universidad.

Con respecto al presente estudio, se evidenció que los estudiantes de 19 a 23 años de edad presentan un consumo de alcohol de 66,2% y tabaco 32,4% ; en los estudiantes de 16 a 18 años el consumo de alcohol fue de 58,1%, tabaco 21%; se observa que existe una diferencia significativa del 11,4% de los estudiantes de 19 a 23 años, de los que si consumen tabaco, mientras que en el consumo de alcohol se presenta una diferencia de 8,1% en este mismo rango de edad.

Donde la asociación establecida entre los factores de riesgo y el consumo de sustancias psicoactivas, permite reflejar que en el medio actual, ejercen un impacto considerable en los sujetos, debido a que se puede presentar un deterioro significativo en su relación con su grupo familiar, social o laboral. De tal manera, esto se encuentra relacionado con lo expuesto por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2001), donde mencionan que en Colombia el consumo de sustancias psicoactivas se inicia desde temprana edad, siendo este mas prevalente en jóvenes entre los 10 y 24 años, siendo recurrente el consumo de alcohol, tabaco y marihuana.

De acuerdo al planteamiento de Mendoza, Sagrera y Batista, (1994) permite postular, que los factores psicosociales (factores de riesgo y protectores), se encuentran presentes en la familia como el primer modelo conductual y agente socializador, en la que sus padres ayudan a consolidar en el niño las experiencias positivas y negativas que reforzaran su comportamiento; por ende, si en determinados casos este planteamiento no puede llevarse a su totalidad, ejerce la aparición temprana de consumo de sustancias psicoactivas, debido a que el adolescente o joven se emerge en las relaciones sociales que tiene actualmente, esperando un total apoyo y aprobación de los mismos, ya sea recurriendo al consumo de SPA, o el de presentar otro tipo de comportamientos perturbadores que afectan a la sociedad en la que pertenece.

De esta manera como aspecto de suma importancia para próximas investigaciones, es el de considerar los diversos factores de riesgo que se

presentan desde temprana edad y que conllevan a que exista una prevalencia considerable en el consumo de sustancias psicoactivas en el país.

Frente a este planteamiento, es de analizarse como el consumo de sustancias psicoactivas es uno de los problemas más graves de salud pública que presenta Colombia. La Secretaría de Salud de Bogotá (1999), plantea que en la actualidad no ha sido estudiada la verdadera dimensión de dicho problema en las Universidades, por ende, los datos arrojados en el presente estudio permiten obtener un insumo estadístico de este problema y como el mismo se halla asociado a factores de riesgo psicosociales que puede trascender más en la población de adolescentes y jóvenes de este panorama desolador.

Se debe resaltar según la teoría y los resultados que se evidenciaron en esta investigación que las relaciones interpersonales, son interacciones que se establecen con otros y que podrían ser o no fuente de apoyo social y frente a las cuales el individuo establece un nivel de satisfacción. Encontrándose este como factor protector por parte de los jóvenes Universitarios. (Allen, Porter, McFarland, Marsh y McElhaney, 2005).

Bajo los resultados encontrados en la presente investigación, se puede decir que el consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes es uno de los factores de riesgo y de protección, más importantes a tenerse en cuenta en la posible posterior progresión o escalada de dicha conducta hacia el consumo de otras (anfetaminas, heroína, cocaína y otras), con un potencial adictivo mucho mayor y cuyo abuso puede conllevar a la destrucción psicosocial del individuo (Mendoza, Sagrera y Batista, 1994).

Al resumir estos planteamientos se puede concluir, que existen factores de riesgo y de protección, como: el malestar emocional, el preconceito y valoración del consumo de sustancias psicoactivas, la permisividad social y accesibilidad a las sustancias psicoactivas, que permiten que exista la presencia de indicadores clínicos del inicio temprano del consumo de SPA en

la adolescencia y el adulto joven, siendo en este caso, debido a la influencia de su grupo social, la carencia de un apoyo familiar, entre otros.

Frente a este proceso investigativo, es de reconocerse, las dificultades que se presentaron para la ejecución del mismo. Para el caso se presentó una reducción de la muestra poblacional, ya que inicialmente se consideraba un total de 500 estudiantes, debido al incumplimiento de la entrega del material que se había solicitado a bienestar para la realización del estudio. Por esta razón se redujo la muestra poblacional a 130 participantes.

Bajo los alcances investigativos logrados, se señala, que el obtener datos de una muestra universitaria frente al consumo de sustancias psicoactivas, permite decir, la presencia de indicadores significativos de factores de riesgo y de protección hallados; por ende al obtener estos datos, son el insumo inicial para desarrollar posteriores investigaciones que empleen mas variables como a su vez, el desarrollo de programas de prevención y promoción en la salud mental de esta población en particular.

A su vez, el haberse realizado esta investigación, permite conocer a la población universitaria del país, los panoramas recientes sobre este tipo de problemas de salud pública que afectan a todas las comunidades del país, por ende, al ser enfocadas en el contexto local, permite generar un tipo de conciencia social, en el sentido de realizar campañas de promoción y prevención para detener en gran medida este problema.

Referencias

- Abel, E. (1986). *Marihuana, tabaco, alcohol y reproducción*. Ed. Díaz de Santos Madrid.
- Alfageme, B. (2002). *Modelo colaborativo de enseñanza-aprendizaje en situaciones no presenciales: un estudio de caso*. Tesis doctoral inédita. España: Universidad de Murcia.
- Allen, J. P., Porter, M. R., McFarland, F.C., Marsh, P.& mCeLHANEY, K.B. (2005). The two faces of adolescents` success with peers: Adolescent popularity, social adaptation, and deviant behavior. *Child development*, 76, 747- 760.
- Alonso, F. (1988). *Alcohol dependencia*. Barcelona: Salvat Editores.
- Álvarez, A. (1996). *Factores de Riesgo para el Consumo de Drogas*. Revista de Medicina N°56.
- Álvarez, F. y Del Río, M. (2000). Alcohol y accidentes de tráfico: ¿hemos progresado en estos últimos 25 años? *Revista Española de Drogodependencias*, 25(4): 377-384.
- APA. (1995). *Task force on promotion and dissemination of psychological procedures training in and dissemination of empirically-validated psychological treatment*. Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 2-23.
- Arbex, C., Porrás, J., Carrón, J. y Comas, D. (1995). *Materiales de formación en prevención de drogodependencias*. Módulo I: Contenidos generales. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia. Comunidad de Madrid.
- Ayesta J. (1997). *Farmacología de la nicotina*. En: CA Jiménez Ruiz Editor. Aproximación al tabaquismo en España. Nicorette. Pharmacia Upjohn S.A.

- Barato, S. (1991). *Familia y Comunidad*. Bogotá, Usta, p.33.
- Del Barrio G., y Alonso S. (1994). Búsqueda de sensaciones y consumo de drogas legales en escolares. *Clínica y Salud*, 1: 69-81.
- Barlow, H. & Durand, M. (2001). *Psicología Anormal*; México: Thomson Learning.
- Becoña, E. (1994). *Tabaco y salud*, Ediciones Pirámide, Madrid
- Bell, N Forthum, L., & Sun, S. (2000). *Attachment, adolescent competencies, and substance use: Developmental considerations in the study of risk behavior*. *Substance Use & Misuse*, 35 (9): 177-1206.
- Benites, L. (1999). *Tipos de Familia, Habilidades Sociales y Autoestima en un Grupo de adolescentes en situación riesgo*. "Adolescencia ¿Divino Tesoro?". *Psicología Actual*, Año VII (16 –17).
- Benowitz, N. (1996). *Pharmacology of nicotine: addiction and therapeutics*. *Ann Rev Pharmacol Toxicol* 36:597-613.
- Berliner. L., y Elliot, D. (1996): *Sexual abuse of children*. The APSAC Handbook of child maltreatment. Ecl Sage 51-64.
- Bolufer-Vigran, N. (2004). *Trastornos del comportamiento*. En: Castellano-Barca G, Hidalgo-Vicario MI, Redondo Romero AM. *Medicina de la Adolescencia. Atención Integral*. Cap 60. Madrid: Ed. Ergon; 2004. p. 430-5.
- Block, R. y Ghoneim, M. (1993). *Effects of chronic marijuana use on human cognition*. *Psychopharmacology*: 219-228
- Brandon & Collins. (1995). *Nicotina y Depresión*. Mundo científico: Barcelona
- Brau, J. (1993). *Historia de las drogas*. España.: Bruguera

- Briere. J. (1996). *The American Professional Society on the Abuse of Children*. Sage Brown, K.
- Burguière, A., Klapisch-Zuber, C., Segalen, M. & Zonabend, F. (1988). *Historia de la familia, mundos lejanos, mundos antiguos*. Madrid: Alianza Editorial.
- Butters, J. E. (2004). *The impact of peers and social disapproval on high-risk cannabis use: Gender differences and implications for drug education*. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 11, 381–390.
- Caballo, J.L., García, O., Secades, R., Fernandez, J.R., Garcia, E., Errasti, J.M. y Al-Halabi, S. (2004). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 16, 674-679.
- Calvo, R. y Calvo F. (1996): *niño maltratado*, ed. cea.
- Carlsson, A., Greengard, P., & Kandel, E. (2000). Traducción de señales en el sistema nervioso. *Comunicado oficial del Premio Nobel de Fisiología y Medicina del 2000*.
- Cerezo, N., Ruiz, R., Jiménez, J., Perula, L., Vicente, J. y Rodríguez, F. (1996). Prevalencia del consumo de drogas entre los escolares de B.U.P. de Córdoba. *Adicciones*, 8(2): 219-234.
- Chabrol, H., Massot, E. & Mullet, E. (2004). Factor structure of cannabis related beliefs in adolescents. *Addictive behaviors*, 29, 929-933.
- Climent C., Guerrero M. (1990). *Como proteger a sus hijos de las drogas*. Bogotá: Editorial Norma.
- Consuegra, N. (2004). *Diccionario de psicología*. Digiprint Editores EU. Bogotá, pg.68.

- Córdoba D, Toledo D. (2001). Cocaína y base de cocaína. Basuco. En: Córdoba D. Bogotá "Toxicología". ed Editorial El Manual Moderno.
- Cote, M & Mosquera, J. (2006). *Alcohol etílico: Un tóxico de alto riesgo para la salud humana socialmente aceptado*. Extraído el 17 de Abril de, http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112006000100005&lng=es&nrm=iso
- Díaz, M. (1992). *Programa para el desarrollo de la competencia social en sujetos de riesgo (con inadaptaciones socioemocionales)*. Master de "Intervención Psicológica en Contextos Educativos". Departamento de Psicología Evolutiva y Educación. Universidad Complutense de Madrid. (Sin publicar)
- Donas, S. (1994) *Nuevas consideraciones sobre protección y riesgo*. Jornadas Internacionales de Adolescencia. Congreso Latinoamericano de Pediatría. San José.
- Donas, S. (1992). *Marco Epidemiológico-Conceptual de la Salud Adolescente*. OPS. Representación de Costa Rica. San José.
- Edis. (1995). *El consumo de drogas en España*. Madrid: Cruz Roja Española.
- Eliade, M. (1994). *El Chamanismo y las Técnicas Arcaicas del Éxtasis*. México: Fondo de Cultura Económica.
- D'Elío, M.A., O'Brien, R.W., Iannotti, R.J., Bush, P.J. y Galper, D.I (1996). *Early adolescents substance use and life stress: Concurrent and prospective relationships*.
- Elzo, J., Lidón, J. M. y Urquijo, M. L. (1992). *Delincuencia y drogas. Análisis jurídico y sociológico de sentencias emitidas en las audiencias provinciales y juzgados de la Comunidad Autónoma Vasca*. Vitoria: Gobierno Vasco.

- Erickson, M. y Egeland. (1996). *Child neglect*. the apsac handbook of child maltreatment. 5-15.
- Escohotado, A. (1995). *Historia General de las Drogas*, (tres tomos), España: Alianza.
- Escohotado A. (1994). *El siglo XIX*. Las drogas: De los orígenes a la prohibición. Madrid.: Alianza editorial S.A.
- Escohotado, A. (2001). *Aprendiendo de las drogas*. Barcelona: Ed. Anagrama.
- Estudio Nacional de salud (2008). Extraído el 18 de Agosto 2009 de <http://www.descentralizadrogas.gov.co/09/Estudio%20NaI%20Completo.pdf>
- Estudio Nacional de salud. (2007). Extraído el 30 Agosto 2008 de <http://www.minproteccion-social.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=16054&IDCompany=3>
- Facultad de Psicología (2008). Documento de soporte grupo de psicología clínica de la salud (Documento no publicado). Universidad de San Buenaventura. Bogotá.
- Facultad de Psicología (2001). *Fundamentación de las líneas de investigación* (Publicación interna). Bogotá: Universidad de San Buenaventura.
- First, M. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico diferencial*. Barcelona; primera edición Masson.
- Gamella, J., Álvarez, A. (1999). *Las rutas del éxtasis. Drogas de síntesis y nuevas culturas juveniles*. Barcelona.: Ariel.
- González, R. (2005). *Usted puede prevenir, detectar y vencer las adicciones*. La Habana.: Ed. Científico Técnica

- González R. (2001) *Cómo enfrentar el peligro de las drogas*. Santiago de Cuba.: Ed. Oriente.
- Gómez, J. y Muñoz, M. (2000). *Factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de iguales para el consumo de drogas en adolescentes*. *Psicología conductual*, 8, 19-32.
- Griffin, K, Scheier, L., Botvin, G. y Díaz, T. (2001). *Protective role of personal competence skills in adolescent substance use: Psychological well-being as a mediating factor*. *Addictive Behaviors*, 15, 194-203.
- Gutiérrez, E.; Aneiros, R. (1999). *Toxicomanías y adolescencia: Realidades y consecuencias*. La Habana: Clínica del adolescente.
- Güell, M. y Muñoz, J. (2000). *Desconóctete a ti mismo*. Programa de alfabetización emocional. Barcelona. Paidós.
- Hawkins, D., Michael W. y Richard F. (1995). Preventing Substance Abuse”, en *Building a Safer Society. Strategic Approaches to Crime Prevention*. Crime and Justice, Vol. 19, 343-427. The University of Chicago Press.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2001). *Encuesta nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados de 10 a 24 años*. Bogotá: Programa presidencial RUMBOS y observatorio Colombiano sobre el consumo de sustancias psicoactivas. Extraído el 20 de abril de 2009 de <http://www.nuevosrumbos.org/comunicado1.htm>
- Jaffe J.(1996).*Drogadicción y abuso de drogas*. En: Las bases farmacológicas de la Terapéutica. Goodman and Gilman Séptima edición. McGraw-Hill. E.U.
- Javaloyes, Ma. y Redondo, AM. (2005). *Trastorno del comportamiento: trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y otros trastornos del*

comportamiento. Curso de formación continuada en psiquiatría infantil. *Pediatr Integral*; **6**: 27-37.

Johnson, C. (1990). *Inflicted injury versus accidental* in *Pediatrics Clinics of North America*. 4:841-64.

Katzung, B. (1987). *Farmacología básica y clínica*. México. Manual Moderno.

Kelly, J. (1992). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. Biblioteca de Psicología Desclée de Brouwer. Bilbao: 3ra. Edición.

Krauskopf, D. (1995). *Adolescencia y Educación*. San José: Editorial Universidad Estatal a Distancia (EUED).

Lea, K. (1990). *El consumo de tabaco, la dependencia nicotínica y su tratamiento*, San Francisco. *Western Journal of Medicine*

Lopez, M. (1996). *Reforzar la autoestima de los menores en situación de riesgo*. Albacete: Cuadernos Puente

López, M., Álvarez, G. (1996). *El maltrato infantil: Guía para maestros*. Murcia.: AMAIM

Luengo, M., Otero, L., Romero, E. y Gómez F. (1996). Efectos de la necesidad de búsqueda de sensaciones sobre la involucración en el consumo de drogas en los adolescentes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22(86): 683-708.

Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1980). *Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change*. En P.O. Davidson y S.M. Davidson (eds.), *Behavioral medicine: Changing health life styles*, Nueva York.: Brunner/Mazel

- Marlatt, G. y Gordon, J. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York.: Guilford
- Martinez J, Gutiérrez, D. & Fernández A. (1996). Consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes.
- Mejia, A. Martínez, E. (2001). *Drogas de diseño*. Bogotá: Revista Colombiana de adicciones.
- Melvin, M. (1980). *Sistemas y teorías psicológicas contemporáneas*. Argentina.: Editorial Paidós.
- Mendoza, R., Sagrera, M. y Batista, J. (1994). *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud*. Madrid: CSIC.
- Mézerville, G. (2004). *Ejes de salud mental*. Los procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés. México: Trillas.
- Milman, D. (1985). *Los Efectos del Alcohol*. Extraído el 21 de Junio de 2008 de, <http://www.scribd.com/doc/247340/los-efectos-del-alcohol>
- Morales, F., Luque, M., Barroso, J. (2002) *Alteraciones emocionales en una muestra de mujeres mexicanas con eventos gineconobstétricos*. México. Ginecol Obstet 4: 157-62.
- Morris C, & Maisto A. (1998). *Psicología del desarrollo* (10ª Ed.). México: Personal Education.
- Naranjo, M. (2004). *Enfoques conductistas, cognitivos y racional emotivos*. San José: Universidad de Costa Rica.

Oficina contra la droga y el crimen de la Organización de las Naciones Unidas - UNODC. (2004). World Drug Report 2004. Extraído el 15 de Abril de 2009 de http://www.unodc.org/unodc/en/%20world_drug_report_2004.html.

Organización Mundial de la Salud, OMS (2005). *Problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol*. Informe de la Secretaría en la 58ª asamblea mundial de la salud. Extraído el 19 de abril de 2009, de http://www.who.int/substance_abuse/report_by_secretariat_wha_58_public_health_problems_alcohol_spanish.pdf.

Oughourliuan, J. (1997). *La persona del toxicómano*. Barcelona.: Ed. Heider

Papalia, D. (2002). *Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia*. México: Mc Graw Hill.

Pavia; Lampman; Kriz. (1978). *La nicotina, Química orgánica experimental*. Ed. Universitaria de Barcelona

Pérez, A. (1999). *Pilas con las drogas*. Bogotá: Rumbos.

Pérez, A. (2000). *El libro de las drogas*. Bogotá: Ed. Carrera 7ª Ltda.

Pons, J. (1994). Familia y drogas: una reflexión desde la psicología social. *Revista Española de Drogodependencias*. 19. 279-280

Pons, J. y Borjano, E. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social*. Valencia: Plan Nacional sobre Drogas / Universidad de Valencia. Extraído el 20 de Abril de 2009 en: <http://www.mir.es/pnd/publica/html/otras.htm>.

Presidencia de la República (2000). *Plan Nacional de Lucha contra las Drogas*. Colombia.: Imprenta Nacional.

- Programa Rumbos, (2002). *Juventud y consumo de sustancias psicoactivas: resultados de la encuesta nacional de 2001 en jóvenes escolarizados de 10 a 24 años*. Colombia: Presidencia de la Republica de Colombia.
- Rodríguez, J. (1995). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Rojas, M. (2001). *Factores de riesgo y de protección que han sido identificados en adolescentes consumidores de SPA*. En: A. Zabaleta. Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en la juventud. Perú: Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas.
- Roy, J. (2000). *La neurobiología de la dependencia a la nicotina*. Direction de la Santé Publique de Montréal-Centre Neurologue, Hôpital neurologique de Montréal - Canada
- Rutter, M. (1992). *Resilience: Some conceptual considerations*. Conference on Social Change and Development in Adolescence: a Focus on the Americas. Washington, D.C.
- Rutter, M. (1987). *Psychosocial Resilience and Protective Mechanims*. American Journal Orthopsychiatry. 57(3).
- Salazar, I. C. y Arrivillaga, M. (2004). El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas como parte del estilo de vida de los jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 74-89.
- Salazar, I. C., Varela, M. T., Cáceres, D. E. y Tovar, J. R. (2006). Cuestionario de factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en jóvenes. Grupo de investigación psicología Salud y Calidad de vida., Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia

- Salazar, I. C., Varela, M. T., Cáceres, D. E. y Tovar, J. R. (2006). *El consumo de alcohol y tabaco en jóvenes colombianos: factores psicosociales de riesgo y protección*. *Psicología Conductual*, 14, 77-101.
- Sarason, I., Sarason, Barbara. (2006) *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México.: Pearson educación.
- Satir, V. (1980). *Para encontrar la armonía familiar*. París: Ediciones Universitarias.
- Secretaría de Salud de Bogotá. (1999). *Análisis de casos reportados al sistema VESPA*. Bogotá.: Publicación Misión Salud
- Shaffer, D. (2000). *Psicología del desarrollo, infancia y adolescencia* (5ª Ed.). México: Thomson.
- Schroeder, R. (1990). *El mundo de las drogas: mito y realidad sobre el abuso*, México.: ,Edamex,
- Stanton, M & Todd, T. (1988) *Terapia Familiar del abuso y la adicción a las drogas*. Barcelona: Gedisa.
- Stenbacka, M. (2003). *Problematic alcohol and cannabis use in adolescent-risk of serious adult substance abuse? Drug and Alcohol Reviews.: The Role of Religiosity* 22, 277-286.
- Suárez, E. & Krauskopf, D. (1992). *El enfoque de Riesgo y su Aplicación a las Conductas en la Adolescencia*. Una Perspectiva Psicosocial. En prensa, OPS. Washington.
- Weinstein, J. (1992) *Riesgo Psicosocial en Jóvenes*. PREALC. Santiago de Chile.

- Weiss, R., Mirin, S. y Griffin, M. (1992). Trastornos por abuso y dependencia de drogas y psicopatología. *Trastornos psíquicos en las toxicomanías*, 19-31.
- Wills, T., y Hirky, A. (1996). *Coping and substance abuse: A theoretical model and review of the evidence*. In M. Zeichner & N. S. Eudler (Eds.), *Handbook of coping: Theory Research and Applications*, 279–302. New York: Wiley.
- Wills, T.A. y Shiffman, S. (1985). *Coping and substance use: A conceptual framework*. In S. Shiffman & T. A. Wills (Eds.), *Coping and Substance Use*, 3-24. San Diego, CA: Academic Press.

APENDICES

APENDICE A

CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN PARA EL CONSUMO DE DROGAS EN JÓVENES (FRP- SPA)

Salazar, L. C., Varela, M. T., Cáceres, D. E. y Tovar, J. R. (2006)

Grupo de Investigación Psicología, Salud y Calidad de Vida, Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia.

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario contiene preguntas dirigidas a conocer el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, y algunos factores de riesgo y de protección asociados.

Lea cuidadosamente cada pregunta y no tema expresar sus opiniones o situaciones, pues las respuestas a este cuestionario son confidenciales y no identifican a quien responde. Tenga en cuenta que para algunas preguntas deberá escoger una sola opción de respuesta. En otras podrá marcar varias opciones.

Edad	Sexo	Estado civil	Carrera	Semestre

1. ALCOHOL

1.1 ¿Ha consumido alcohol alguna vez en la vida? Si ___ No ___ (Si escogió esta opción pase al punto 2)
1.2 ¿Lo consume actualmente? Si ___ No ___
1.3 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su consumo de alcohol? <input type="checkbox"/> Sólo consumí alcohol para probarlo y experimentar <input type="checkbox"/> Consumo alcohol de vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones esporádicas) <input type="checkbox"/> Consumo alcohol por lo menos una vez en la semana <input type="checkbox"/> Consumo alcohol al menos una vez al día <input type="checkbox"/> Consumo alcohol porque lo necesito para estar bien
1.4 ¿Cuántos años tenía la primera vez que consumió alcohol? _____
1.5 ¿En qué forma lo ha consumido? (Puede marcar varias opciones) <input type="checkbox"/> Vino <input type="checkbox"/> Cerveza <input type="checkbox"/> Vodka <input type="checkbox"/> Whisky <input type="checkbox"/> Aguardiente <input type="checkbox"/> Tequila <input type="checkbox"/> Coctel <input type="checkbox"/> Otros

2. TABACO

2.1 ¿Ha consumido tabaco alguna vez en la vida? Si ___ No ___ (Si escogió esta opción pase al punto 3)
2.2 ¿Lo consume actualmente? Si ___ No ___
2.3 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su consumo de tabaco? <input type="checkbox"/> Sólo consumí tabaco para probarlo y experimentar <input type="checkbox"/> Consumo tabaco de vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones esporádicas) <input type="checkbox"/> Consumo tabaco por lo menos una vez en la semana <input type="checkbox"/> Consumo tabaco al menos una vez al día <input type="checkbox"/> Consumo tabaco porque lo necesito para estar bien
2.4 ¿Cuántos años tenía la primera vez que consumió tabaco? _____
2.5 ¿En qué forma lo ha consumido? (Puede marcar varias opciones) <input type="checkbox"/> Fumado <input type="checkbox"/> Mascado <input type="checkbox"/> Pipas <input type="checkbox"/> Otros

3. MARIHUANA

3.1 ¿Ha consumido marihuana alguna vez en la vida? Si ___ No ___ (Si escogió esta opción pase al punto 4)
3.2 ¿La consume actualmente? Si ___ No ___
3.3 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su consumo de marihuana? <input type="checkbox"/> Sólo consumí marihuana para probarla y experimentar <input type="checkbox"/> Consumo marihuana de vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones esporádicas) <input type="checkbox"/> Consumo marihuana por lo menos una vez en la semana <input type="checkbox"/> Consumo marihuana al menos una vez al día <input type="checkbox"/> Consumo marihuana porque la necesito para estar bien

3.4 ¿Cuántos años tenía la primera vez que consumió marihuana? _____

3.5 ¿En qué forma la ha consumido? (Puede marcar varias opciones)

Fumada Hashish Masticada En comida Otros

4. OPIÁCEOS (heroína, opio, morfina, metadona, codeína)

4.1 ¿Ha consumido opiáceos alguna vez en la vida? Si ___ No ___ (Si escogió esta opción pase al punto 5)

4.2 ¿Los consume actualmente? Si ___ No ___

4.3 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su consumo de opiáceos?

- Sólo consumí opiáceos para probarlos y experimentar
 Consumo opiáceos de vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones esporádicas)
 Consumo opiáceos por lo menos una vez en la semana
 Consumo opiáceos al menos una vez al día
 Consumo opiáceos porque los necesito para estar bien

4.4 ¿Cuántos años tenía la primera vez que consumió opiáceos? _____

4.5 ¿En qué forma los ha consumido? (Puede marcar varias opciones)

_ Absorbida _ Inyectada _ Tragada _ Fumada _ Aspirada o inhalada _ Otros

5. COCA (basuco, cocaína, base libre y crack)

5.1 ¿Ha consumido coca alguna vez en la vida? Si ___ No ___ (Si escogió esta opción pase al punto 6)

5.2 ¿La consume actualmente? Si ___ No ___

5.3 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su consumo de coca?

- Sólo consumí coca para probarla y experimentar
 Consumo coca de vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones esporádicas)
 Consumo coca por lo menos una vez en la semana
 Consumo coca al menos una vez al día
 Consumo coca porque la necesito para estar bien

5.4 ¿Cuántos años tenía la primera vez que consumió coca? _____

5.5 ¿En qué forma la ha consumido? (Puede marcar varias opciones)

_ Absorbida _ Inyectada _ Tragada _ Fumada _ Aspirada o inhalada _ Otros

6. ALUCINÓGENOS (éxtasis, LSD, polvo de ángel, hongos, peyote)

6.1 ¿Ha consumido alucinógenos alguna vez en la vida? Si ___ No ___ (Si escogió esta opción pase a la pregunta 7)

6.2 ¿Los consume actualmente? Si ___ No ___

6.3 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su consumo de alucinógenos?

- Sólo consumí alucinógenos para probarlos y experimentar
 Consumo alucinógenos de vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones esporádicas)
 Consumo alucinógenos por lo menos una vez en la semana
 Consumo alucinógenos al menos una vez al día
 Consumo alucinógenos porque los necesito para estar bien

6.4 ¿Cuántos años tenía la primera vez que consumió alucinógenos? _____

6.5 ¿En qué forma los ha consumido? (Puede marcar varias opciones)

Fumados En pepas Masticados Inhalados Inyectados Absorbidos

7. ¿En qué lugares ha consumido drogas? (Puede marcar varias opciones)	<input type="checkbox"/> Discotecas	<input type="checkbox"/> Bares	<input type="checkbox"/> Casas de Amigos	<input type="checkbox"/> Casa
	<input type="checkbox"/> Parques	<input type="checkbox"/> Carro	<input type="checkbox"/> Universidad	<input type="checkbox"/> Sitios de comida cercanos a la Universidad
	<input type="checkbox"/> Otros ¿Cuáles?			

8. ¿Cuáles considera que son sus motivos para consumir drogas? (Puede marcar varias opciones)	<input type="checkbox"/> Ser aceptado por los amigos o compañeros	<input type="checkbox"/> Sentir placer	<input type="checkbox"/> Desinhibirse	<input type="checkbox"/> Curiosidad
	<input type="checkbox"/> Disminuir la tristeza	<input type="checkbox"/> Disminuir la tensión o calmar la ansiedad	<input type="checkbox"/> Olvidarse de los problemas	<input type="checkbox"/> Aumentar las sensaciones
	<input type="checkbox"/> Diversión	<input type="checkbox"/> Presión de amigos o compañeros	<input type="checkbox"/> Socializar con otras personas	<input type="checkbox"/> Otros. ¿Cuáles?
9. ¿Cuáles de los siguientes efectos ha experimentado por el consumo de drogas? (Puede marcar varias opciones)				
<input type="checkbox"/> Alteraciones en el sueño (somnia, falta de sueño)	<input type="checkbox"/> Experimentar sensaciones de poder o grandeza	<input type="checkbox"/> Infecciones en la piel	<input type="checkbox"/> Minimización del dolor	
<input type="checkbox"/> Pérdida del equilibrio	<input type="checkbox"/> Lentitud en movimientos	<input type="checkbox"/> Cambios en el apetito	<input type="checkbox"/> Calmar la ansiedad y reducir la tensión	
<input type="checkbox"/> Limitación o alteración en la capacidad para razonar	<input type="checkbox"/> Arritmia (aumento o disminución del ritmo cardíaco)	<input type="checkbox"/> Aumento o disminución de la temperatura corporal	<input type="checkbox"/> Deshidratación	
<input type="checkbox"/> Náuseas o vómitos	<input type="checkbox"/> Resaca (guayabo)	<input type="checkbox"/> Alucinaciones	<input type="checkbox"/> Irritabilidad	
<input type="checkbox"/> Pérdida de la concentración	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Otros ¿Cuáles?	
<input type="checkbox"/> Desorientación	<input type="checkbox"/> Paranoia	<input type="checkbox"/> Cambios en la respiración		
<input type="checkbox"/> Desinhibición	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Agresividad		
10. ¿Qué problemas ha tenido por el consumo de drogas? (Puede marcar varias opciones)				
<input type="checkbox"/> Accidentes de tránsito	<input type="checkbox"/> Quedar embarazada o embarazar a la pareja	<input type="checkbox"/> Conflictos con los padres		
<input type="checkbox"/> Problemas de dinero	<input type="checkbox"/> Contagiarse con una infección de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> Conflictos con la pareja		
<input type="checkbox"/> Problemas académicos o laborales	<input type="checkbox"/> Problemas médicos (respiratorios, cardíacos, daño en órganos, aborto espontáneo, etc)	<input type="checkbox"/> Perder el control		
<input type="checkbox"/> Peleas con amigos y compañeros	<input type="checkbox"/> Adicción	<input type="checkbox"/> Ninguna		
<input type="checkbox"/> Sentirse mal consigo mismo	<input type="checkbox"/> Hacerle daño a otra persona	<input type="checkbox"/> Otros ¿Cuáles?		
<input type="checkbox"/> Hacerse daño	<input type="checkbox"/> Arrepentirse por algún comportamiento sexual			
11. ¿Con quién acostumbra consumir drogas? (Puede marcar varias opciones)	<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Amigos	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Otros
	<input type="checkbox"/> Pareja	<input type="checkbox"/> Padres	<input type="checkbox"/> Otros familiares	
12. ¿Alguna de estas personas le ha pedido que consuma drogas? (Puede marcar varias opciones)	<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Amigos	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Otros
	<input type="checkbox"/> Pareja	<input type="checkbox"/> Padres	<input type="checkbox"/> Otros familiares	
13. Con respecto al alcohol, pienso que:				
<input type="checkbox"/> No es dañino y lo consumo	<input type="checkbox"/> No es dañino y NO lo consumo	<input type="checkbox"/> Es dañino pero lo consumo	<input type="checkbox"/> Es dañino y por eso NO lo consumo	
14. Con respecto a los opiáceos (heroína, opio, morfina, metadona, codeína), pienso que:				
<input type="checkbox"/> No son dañinos y los consumo	<input type="checkbox"/> No son dañinos y NO los consumo	<input type="checkbox"/> Son dañinos pero los consumo	<input type="checkbox"/> Son dañinos y por eso NO los consumo	
15. Con respecto al tabaco, pienso que:				
<input type="checkbox"/> No es dañino y lo consumo	<input type="checkbox"/> No es dañino y NO lo consumo	<input type="checkbox"/> Es dañino pero lo consumo	<input type="checkbox"/> Es dañino y por eso NO lo consumo	
16. Con respecto a la coca (hazuco, cocaína, base libre y crack), pienso que:				
<input type="checkbox"/> No es dañina y la consumo	<input type="checkbox"/> No es dañina y NO la consumo	<input type="checkbox"/> Es dañina pero la consumo	<input type="checkbox"/> Es dañina y por eso NO la consumo	
17. Con respecto a la marihuana, pienso que:				
<input type="checkbox"/> No es dañina y la consumo	<input type="checkbox"/> No es dañina y NO la consumo	<input type="checkbox"/> Es dañina pero la consumo	<input type="checkbox"/> Es dañina y por eso NO la consumo	
18. Con respecto al éxtasis, LSD, polvo de ángel, hongos o peyote, pienso que:				
<input type="checkbox"/> No son dañinos y los consumo	<input type="checkbox"/> No son dañinos y NO los consumo	<input type="checkbox"/> Son dañinos pero los consumo	<input type="checkbox"/> Son dañinos y por eso NO los consumo	

		SI	NO
19.	Constantemente me siento aburrido		
20.	Evito preguntar por temor a hacer el ridículo		
21.	Los amigos con los que ando piensan que está mal emborracharse		
22.	Me siento muy afectado por mis problemas		
23.	Para las personas de mi edad es difícil conseguir drogas		
24.	Tengo fe en un poder más grande que yo		
25.	Me siento molesto cuando las cosas no salen a mi manera		
26.	Cuento con alguien para hablar si lo necesito		
27.	Le agrado a otras personas de mi edad		
28.	Tengo problemas para dormir o me despierto con facilidad		
29.	Los amigos con los que ando piensan que está mal drogarse		
30.	No soy una persona religiosa		
31.	Para las personas de mi edad es costoso consumir drogas frecuentemente		
32.	Me preocupo en exceso		
33.	Tengo pensamientos repetitivos		
34.	Prefiero ceder para evitar problemas con otras personas		
35.	Me siento satisfecho con mis amistades		
36.	Siento la necesidad de consumir alcohol o drogas cuando estoy en un <u>bar</u> , discoteca u otro sitio de <u>ambiente</u> .		
37.	Tengo dificultad para relajarme		
38.	Cuando se bebe en exceso se hace el ridículo		
39.	Me apoyo en la religión cuando tengo problemas		

40.	Mi primera opción para una salida con mis amigos es un sitio donde pueda tomar o consumir drogas		
41.	Tengo pensamientos que me fastidian		
42.	Mis amigos me tienen en cuenta para las actividades que realizan		
43.	Consigo amigos fácilmente		
44.	Me enoja cuando la gente me hace esperar		
45.	Creo que existe una fuerza espiritual que puede ayudarme con mis problemas		
46.	Disfruto compartiendo actividades de recreación con mis amigos		
47.	Evito herir los sentimientos de alguien a propósito		
48.	Me gusta experimentar nuevas sensaciones		
49.	Paso fácilmente de la tristeza a la alegría o al revés		
50.	Tengo algún familiar que bebe hasta emborracharse		
51.	Me irrito con facilidad		
52.	Consulto a alguno de mis padres sobre asuntos de mi vida personal		
53.	Consumir drogas es normal entre los jóvenes		
54.	Me ayuda rezar o meditar		
55.	Mis amigos me ayudan a enfrentar mis problemas		
56.	Me relajo		
57.	Hay personas a quienes yo les importo		
58.	Me preocupo cuando rompo una regla		
59.	He tenido experiencias espirituales o religiosas importantes en mi vida		
60.	Las drogas son un problema más grave que el alcohol o el cigarrillo		
61.	Me siento angustiado con frecuencia		
62.	Mis amigos incluyen trago, cigarrillo o drogas en las actividades que realizamos		
63.	Me tensiono fácilmente		
64.	Pienso mucho antes de actuar		
65.	Me pongo triste fácilmente		

POR FAVOR VERIFIQUE QUE HAYA CONTESTADO
TODAS LAS PREGUNTAS.

APENDICE B

FORMA DE CALIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN PARA EL CONSUMO DE DROGAS EN JÓVENES

Salazar, I. C., Varela, M. T., Cáceres, D. E. y Tovar, J. R. (2006)
Grupo de Investigación Psicología, Salud y Calidad de Vida
Pontificia Universidad Javeriana Cali - Colombia

El Cuestionario de factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en jóvenes está conformado por 65 ítems, distribuidos en dos secciones:

I. Caracterización del consumo de las sustancias psicoactivas

En esta sección se evalúa el consumo de seis (6) sustancias psicoactivas (SPA): alcohol, tabaco, marihuana, opiáceos (heroína, opio, morfina, metadona, codeína), coca (basuco, cocaína, base libre y crack) y alucinógenos (éxtasis, LSD, polvo de ángel, hongos, peyote).

Para cada sustancia se indaga si 1) la persona la ha consumido alguna vez en la vida, 2) la consume actualmente, 3) el nivel de consumo, 4) la edad de inicio del consumo y, 4) la forma en que la ha consumido.

Adicionalmente se evalúan aspectos sobre el consumo de SPA en general, relacionados con 7) los lugares en los que las ha consumido, 8) los motivos que tiene para consumir, 9) los efectos que ha experimentado, 10) los problemas que ha tenido por el consumo, 11) las personas con las que acostumbra consumir y, 12) la presión social para el consumo.

Los ítems que conforman esta sección no tienen un puntaje asignado, pues su objetivo es describir las características del consumo de SPA en los jóvenes.

Para esto, establezca la frecuencia y porcentaje de respuesta de cada pregunta.

II. Factores de riesgo y de protección para el consumo de sustancias psicoactivas

La escala de factores de riesgo y protección está conformada por 53 ítems que evalúan la presencia/ausencia de seis factores, dando cuenta del riesgo y protección para el consumo de SPA.

Los factores que la componen son: malestar emocional, satisfacción con relaciones interpersonales, preconcepciones y valoración de las SPA, espiritualidad, permisividad social y accesibilidad a las SPA y, habilidades sociales y de autocontrol.

En la escala se asume que el grado de presencia de un factor como de riesgo o de protección se puede evaluar dentro de un rango continuo de valores que pueden ser observados indirectamente a través de una escala de intervalos. Con base en esto, a cada uno de los ítems de la prueba se le asignó un valor de uno o cero para indicar "riesgo" o "protección" de acuerdo con su redacción,

excepto los ítems 13 al 18 que tienen cuatro opciones de respuesta (a los cuales se les asignó un puntaje entre uno y cuatro).

Para cada subescala se obtiene un puntaje de riesgo o protección, y es posible generar un puntaje general que va de 6 a 71 puntos.

INSTRUCCIONES PARA LA CALIFICACIÓN:

Para la calificación del cuestionario, asigne el valor a las respuestas de cada ítem según las siguientes indicaciones:

- ☒ Para los ítems 13 al 18 asigne un puntaje de 4 a la primera opción de respuesta, 3 a la segunda, 2 a la tercera y 1 a la última opción de respuesta, como se muestra en el siguiente ejemplo:

13. Con respecto al alcohol, pienso que:			
(4) No es dañino y lo consumo	(3) No es dañino y NO lo consumo	(2) Es dañino pero lo consumo	(1) Es dañino y por eso NO lo consumo

- ☒ Para los ítems 19 a 65, asigne el puntaje según sean positivos y negativos (ver tabla 1). En los ítems positivos, si la persona escogió la respuesta si, el puntaje será 0, y para la respuesta no, el puntaje será 1. Los ítems negativos puntúan al revés, de manera que si la respuesta es si, el puntaje es 1, y para la respuesta no, el puntaje es 0.

Tabla 1. Ítems positivos y negativos de la escala de factores de riesgo y de protección para el consumo de SPA

Ítems positivos (si=0; no=1)	Ítems negativos (si=1; no=0)
21, 23, 24, 26, 27, 29, 31, 35, 38, 39, 42, 43, 45, 46, 47, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59	19, 20, 22, 25, 28, 30, 32, 33, 34, 36, 37, 40, 41, 44, 48, 49, 50, 51, 53, 60, 61, 62, 63, 64, 65

- ☒ Para calcular el puntaje de cada factor de la escala, sume los ítems que lo conforman. Ubique el puntaje en el rango de protección o riesgo que se presenta en la tabla 2.

Tabla 2. Calificación de la escala de factores de riesgo y de protección para el consumo de SPA

Factor	Ítems	Escala de calificación		
		Protección	Riesgo	Percentil Asociado
1. Malestar emocional	19, 22, 28, 33, 37, 41, 49, 51, 56, 61, 63, 65	0 - 4	5 - 13	50
2. Satisfacción con relaciones interpersonales	26, 27, 35, 42, 43, 46, 52, 55, 57	0 - 4	5 - 10	*
3. Preconceptos y valoración de las SPA	13, 14, 15, 16, 17, 18, 23, 31, 38, 60	0 - 7	8 - 28	**
4. Espiritualidad	24, 30, 39, 45, 54, 59	0 - 2	3 - 6	50
5. Permisividad social y	21, 29, 36, 40, 48, 50, 53, 62,	0 - 2	3 - 8	25

accesibilidad a las SPA					
6.	Habilidades sociales y de autocontrol	20, 25, 32, 34, 44, 47, 58, 64	0 - 3	4 - 7	25
TOTAL ESCALA			6 - 37	38 - 71	25

* Sensible únicamente para protección

**Sensible únicamente para riesgo

∞ Para calcular el puntaje total de la escala, sume los totales de cada factor y ubíquelo en el rango de protección o riesgo según la tabla 2.

APENDICE C

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA FACULTAD DE PSICOLOGIA

AUTORIZACIÓN DEL INSTRUMENTO:

De: Isabel Cristina Salazar [mailto:isalazar@javerianacali.edu.co]

Enviado el: Martes, 14 de Abril de 2009 05:13 a.m.

Para: González Florián Diana Marcela

Asunto: Solicitud del cuestionario

Importancia: Alta

Hola Diana Marcela,

Te envió el "Cuestionario de factores de riesgo y protección para el consumo de drogas en jóvenes universitarios" y el protocolo para la calificación del mismo. Tienes toda la autorización para utilizarlo. Dado que este instrumento se encuentra aún en proceso de validación, te pediríamos que cuando lo apliques nos envíes tu base de datos para poder incluirlos en la nuestra. Muchos éxitos en tus estudios.

Saludos,

Isabel Cristina Salazar Torres

Grupo de investigación Avances en

Psicopatología y Terapia de Conducta (APYTEC)

Universidad de Granada (España)

APENDICE D



UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA- BOGOTÁ FACULTAD DE PSICOLOGIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: ___ / ___ / ___

Te estamos invitando a participar en el trabajo de grado: factores psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de la universidad de San Buenaventura de Bogotá, el cual pretende identificar los factores psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de I y II semestre del programa de bienestar de la Universidad. Tú puedes decidir si aceptas o no participar en la investigación. Si no quieres participar, no pasará nada.

Lo que harás, si aceptas participar en la investigación, es responder una serie de preguntas en donde expresarás que opinión tienes frente a las sustancias psicoactivas.

Si durante la investigación decides no continuar, puedes hacerlo y decírselo a la persona encargada.

Puedes realizar todas las preguntas que tengas sobre el proyecto de investigación y si después de que te contesten todas tus dudas decides que quieres participar, sólo debes firmar en la parte inferior.

Todos los datos personales que suministres serán guardados por los investigadores y los auxiliares de investigación y ninguna persona aparte de ellas podrá conocerlos. La información sólo será empleada para fines académicos.

Manifiesto que he leído y comprendido la información de este documento y en consecuencia acepto su contenido.

Nombre

Firma y Documento de Identificación

APENDICE E



UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA- BOGOTÁ FACULTAD DE PSICOLOGIA

ASENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: ___ / ___ / ___

Te estamos invitando a participar en el trabajo de grado: factores psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de la universidad de San Buenaventura de Bogotá, el cual pretende identificar los factores psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de I y II semestre del programa de bienestar de la Universidad. Tú puedes decidir si aceptas o no participar en la investigación. Si no quieres participar, no pasará nada.

Lo que harás, si aceptas participar en la investigación, es responder una serie de preguntas en donde expresarás que opinión tienes frente a las sustancias psicoactivas.

Si durante la investigación decides no continuar, puedes hacerlo y decírselo a la persona encargada.

Puedes realizar todas las preguntas que tengas sobre el proyecto de investigación y si después de que te contesten todas tus dudas decides que quieres participar, sólo debes firmar en la parte inferior.

Todos los datos personales que suministres serán guardados por los investigadores y los auxiliares de investigación y ninguna persona aparte de ellas podrá conocerlos. La información sólo será empleada para fines académicos.

Manifiesto que he leído y comprendido la información de este documento y en consecuencia acepto su contenido.

Nombre

Firma y Documento de Identificación

APENDICE F



UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA- BOGOTÁ FACULTAD DE PSICOLOGIA

Formato de Consentimiento Informado Padres de Familia

Apreciado Padre de Familia:

Su hijo(a) ha sido seleccionado(a) para participar en la aplicación del cuestionario de factores de riesgo y protección para el consumo de drogas, que busca identificar los factores psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de I y II semestre del programa de bienestar de la Universidad de San Buenaventura, dirigido por estudiantes de X semestre de la Facultad de Psicología de la Universidad de San Buenaventura. Usted decide si desea o no que su hijo participe en el proyecto; el negarse a participar no va ocasionarle ningún problema. La participación de su hijo consiste en responder una serie de preguntas en donde expresara su opinión frente a las sustancias psicoactivas.

La identidad de los jóvenes así como la información que se obtenga durante el proceso de investigación será tratada con la mayor confidencialidad posible, es decir, nadie diferente a los investigadores y auxiliares del proyecto podrá conocerla.

Si usted después de haber firmado este documento o incluso durante la investigación se arrepiente de la participación de su hijo en ésta, puede retirarlo en el momento que desee. Los investigadores también podrán solicitarle que se retire de la misma, si lo consideran conveniente.

Teniendo claro los anteriores aspectos usted podrá dar a continuación el consentimiento para que su hijo participe en la investigación.

Yo, _____, confirmo que he leído y entendido la información arriba consignada y que las personas encargadas de la investigación me han explicado satisfactoriamente el propósito, los objetivos y el procedimiento que será llevado a cabo, así como me han comunicado que no hay riesgo para mí ni para mi familia y que deseo voluntariamente participar en el programa.

Nombre _____

Firma _____

Documento de Identidad _____

TÍTULO: FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE BOGOTÁ*

AUTOR: GÓNZALEZ, Diana; SILVA, Camila; GÓNZALEZ, Jorge**

PALABRAS CLAVES: Consumo de SPA, Factores psicosociales, Estudiantes universitarios

DESCRIPCIÓN:

La presente investigación se enmarca en el enfoque empírico analítico, cuya estrategia metodológica es descriptiva de corte transversal donde se mencionaron los factores de riesgo y protección que están asociados al consumo de sustancias psicoactivas encontrados en los estudiantes universitarios. Para este estudio participaron 130 estudiantes de ambos sexos femenino y masculino, pertenecientes al I y II semestre del programa de bienestar de una Universidad privada de Bogotá, 2009.

FUENTES:

Se consultaron un total 110 referencias distribuidas así: sobre sustancias psicoactivas: 57 libros; Factores Psicosociales: 43 libros; Prevención: 10 libros.

CONTENIDO

Para llevar a cabo esta investigación se hizo una revisión teoría sobre sustancias psicoactivas y factores de riesgo y protección, sobresaltando el consumo de sustancias psicoactivas como uno de los problemas mas graves de salud pública. Esta investigación tuvo como objetivo general Identificar los factores psicosociales (factores de riesgo y protección) asociados al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de una Universidad privada de la ciudad de Bogotá. Se plantearon como objetivos específicos 1. Describir los factores psicosociales (factores de riesgo y protección) según el género en estudiantes universitarios. 2. Describir los factores psicosociales (factores de riesgo y protección) según la edad en estudiantes universitarios. 3. Describir los factores psicosociales (factores de riesgo y protección) según los semestres en estudiantes universitarios. 4. Describir los factores psicosociales (factores de riesgo y protección) asociados al consumo de sustancias psicoactivas según el género en estudiantes universitarios. 5. Describir los factores psicosociales (factores de riesgo y protección) asociados al consumo de sustancias psicoactivas según los semestres en estudiantes universitarios. 6. Describir los factores psicosociales (factores de riesgo y protección) asociados al consumo de sustancias psicoactivas según la edad en estudiantes universitarios.

METODOLOGÍA:

Esta investigación se enmarca en el enfoque empírico analítico cuya estrategia metodológica es descriptiva de corte transversal. Los participantes fueron 130 estudiantes de de I y II semestre, pertenecientes al programa de bienestar de una Universidad privada de Bogotá, 2009. La muestra estaba conformada por hombres y mujeres, solteros y casados, entre edades de 16 a 25 años, pertenecientes a las facultades de teología, psicología, Administración, Economía, Relaciones Internacionales, filosofía, Licenciatura en Ingles, Educación Preescolar, Ingeniería Mecatronica, Ingeniería de Sistemas, Ingeniería de Telecomunicaciones, Ingeniería Electrónica. Para la recolección de información se utilizo un cuestionario de Factores de Riesgo y de protección para el consumo de drogas en jóvenes fue diseñado por Salazar, Varela, Tovar y Rodríguez (2006), que consta de 65 ítems, en el que la consistencia interna del cuestionario, consta de un alpha de Cronbach de 0.90; su fiabilidad, es de 0.80. para esta investigación se llevaron a cabo 3 fases: 1. Selección de la muestra, Aplicación del instrumento, Calificación y análisis de resultados.

CONCLUSIONES:

Se puede concluir, que existen factores de riesgo y de protección, como: el malestar emocional, el preconcepto y valoración del consumo de sustancias psicoactivas, la permisividad social y accesibilidad a las sustancias psicoactivas, que permiten que exista la presencia de indicadores clínicos del inició temprano del consumo de SPA en la adolescencia y el adulto joven, siendo en este caso, debido a la influencia de su grupo social, la carencia de un apoyo familiar, entre otros. Bajo los alcances investigativos logrados, se señala, que el obtener datos de una muestra universitaria frente al consumo de sustancias psicoactivas, permite decir, la presencia de indicadores significativos de factores de riesgo y de protección hallados; por ende al obtener estos datos, son el insumo inicial para desarrollar posteriores investigaciones que empleen mas variables como a su vez, el desarrollo de programas de prevención y promoción en la salud mental de esta población en particular. El haberse realizado esta investigación, permite conocer a la población universitaria del país, los panoramas recientes sobre este tipo de problemas de salud pública que afectan a todas las comunidades del país, por ende, al ser enfocadas en el contexto local, permite generar un tipo de conciencia social, en el sentido de realizar campañas de promoción y prevención para detener en gran medida este problema.

ANEXOS:

La investigación incluye 6 anexos: Instrumento, Calificación del Instrumento, autorización del Instrumento, consentimiento Informado, consentimiento Informado y Consentimiento Informado de Padres de Familia