



UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Ciencias Sociales
Facultad de Medicina
Escuela de Posgrado
Programa de Psicología

**CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN
ADOLESCENTES-JOVENES UNIVERSITARIOS EN BOGOTÁ-COLOMBIA:
MAGNITUD DEL CONSUMO, FACTORES DE RIESGO-PROTECCIÓN Y DAÑOS ASOCIADOS**

Tesis para optar al grado de Magister en Psicología, Mención Psicología Clínica Infanto Juvenil

Autor: Ps. Duque-Castillo, Jim Andrés

Director: Dr. Maturana-Hurtado, Alejandro

Bogotá, Colombia, 2012

Agradecimientos

En primer lugar, quiero expresar mi agradecimiento a Dios, a la vida, por poder ser, existir, aprender, conocer y porque me ha mostrado que aún me falta mucho por recorrer, por lo que este trabajo implica; el rito, el paso para seguir el camino. “La sabiduría comienza por honrar al Señor” (Proverbios 1; 7).

A mi esposa, mi compañera de travesías con quién con tanto amor sufrimos nuestras maestrías, mi colega, Viviana Sastre, quién me impulsó a culminar este trabajo, quién me animó y comprendió, quién sacrificó tanto de sí para poder llegar a éste día. Quién en los momentos más difíciles y de desmotivación encontraba la forma de llevarme a continuar.

A mi familia, a mis padres y mi hermano, que creyeron en mí y me apoyaron, quienes me acompañaron desde la distancia, quienes estuvieron desde el principio de mis días, y con su patrocinio y fuerza hicieron esto posible.

A Chile, ese paraíso de arena y nieve, tierra de vino y poesía, país que me acogió y cautivó, que entre malos y muy buenos ratos me deformó y formó, país que me reinventó, como profesional pero sobretodo como persona.

A mis amigos Felipe Muñoz, Tania Labra y Macarena Inostroza, quienes fueron mi familia durante el tiempo que viví en su país, sin ellos no lo habría logrado, aún en clases cito lo que Felipe me enseñó, aún rió con las ocurrencias de Tania, y extraño la bondad empática de Maka, sólo por mencionar algo de lo mucho que fueron, y son, en mi vida.

A mi tutor, el doctor Alejandro Maturana, quién se atrevió a asumir el reto de orientar un trabajo de grado con las dificultades que éste planteó, quién a pesar de los inconvenientes continuó en su rol para la culminación de éste, con admiración y respeto agradezco su guía.

A cada uno de los profesores del magíster quienes me instruyeron, cada uno con su estilo particular me enfrentaron a lo poco que sé y a lo mucho que tengo por aprender.

Al programa de posgrado, que estuvo atento e insistente en conocer mis avances, que continuó dándome la cobertura a pesar de la distancia y del tiempo transcurrido, que me dio la oportunidad de continuar hasta el final.

A mis estudiantes que con sus aportes han contribuido a la construcción de muchas de las ideas aquí escritas, que con sus preguntas y críticas han refinado mis argumentos y que con su necesidad de aprendizaje me han llevado a continuar aprendiendo.

A cada uno de mis colegas que me ayudaron en la recolección de datos, a los 810 estudiantes participantes que dispusieron de su tiempo para responder la encuesta con honestidad.

...Gracias!

Tabla de contenidos

Resumen	5
Abstract	5
Introducción	6
Magnitud del problema	7
Marco teórico	12
Marco comprensivo, Psicología Social de la Salud	13
Modelos que explican la relación entre conducta y salud	16
Modelos centrados en el individuo	16
<i>Modelo de creencias en salud</i>	16
<i>Teoría de la acción razonada</i>	17
<i>Modelo de autoeficacia</i>	18
<i>Modelo transteórico y etapas de cambio</i>	19
<i>Modelo de adopción de precauciones</i>	21
Modelos centrados en las relaciones interpersonales	23
<i>Teoría de la cognición social en conducta saludable</i>	23
<i>Redes sociales y soporte social en conducta saludable</i>	24
<i>Teoría transaccional del estrés afrontamiento</i>	25
<i>Modelo de influencia social mediante la comunicación</i>	27
Modelos centrados en la comunidad	28
Sustancias Psicoactivas	29
Neurobiología de las SPA	29
Clasificación y descripción de las SPA de mayor consumo	31
Tipos de consumo	36
Factores de riesgo o protección del consumo de SPA.....	39
Riesgos y daños asociados al consumo de SPA	42
Adolescencia y juventud	47
Generalidades del desarrollo	47
Tareas evolutivas de la adolescencia y juventud	48
Juventud	51
Estudiantes universitarios	53
Antecedentes de la investigación	54
Descripción del consumo	55
Factores de riesgo	60
Daños asociados	66
Pregunta de investigación	70
Objetivos	70
Hipótesis	70
Metodología	71
Tipo de diseño	71
Instrumento	71
Participantes	73
Procedimiento	75
Resultados	76
Descriptivos	76
Características familiares	76

Valoración de la salud	76
Consumo de SPA	77
Influencia social	80
Acceso y ambiente de consumo	80
Daños asociados al consumo de SPA	82
Asociaciones estadísticas	83
Factores de riesgo o protección	83
Daños asociados	86
Conclusiones y Discusión	89
Aspectos generales	89
Aspectos metodológicos	92
Hallazgos	94
Descripción del consumo	95
Factores de riesgo o protección	97
Daños asociados	99
Aplicaciones	100
Referencias	102
Anexos	107

Resumen

El consumo de Sustancias Psicoactivas ha sido un tema de interés para diversos sectores académicos, políticos y sanitarios. En la mayoría de las investigaciones, de tipo epidemiológico y descriptivo, se presenta una tendencia al aumento en los indicadores de prevalencia y disminución en la edad de inicio de consumo, lo que muestra que este fenómeno se presenta progresivamente en más consumidores a menor edad. Se plantea la necesidad de realizar un estudio descriptivo, que dé cuenta de las características del consumo de SPA en estudiantes universitarios en Bogotá - Colombia, en términos de prevalencia, incidencia, tipos de consumo; y su relación con factores de riesgo y protección, como antecedentes que influyen sobre la probabilidad de consumo; y daños asociados, como posibles condiciones consecuentes sobre la salud. Participaron en el estudio 689 estudiantes universitarios entre los 16 y 26 años de edad quienes por medio de un cuestionario de autorreporte indicaron su experiencia frente a las SPA. Se encontró que la prevalencia de consumo es proporcional a la evidenciada por investigaciones similares, es mayor para sustancias lícitas, la edad de inicio general es 15,9 años, y en promedio de los porcentajes de consumo de vida de las distintas sustancias fue del 22%. Los factores de riesgo asociados significativamente fueron el consumo de padres y pareja para sustancias lícitas y consumo de pares para sustancias ilícitas, y el acceso a las SPA; mientras que la calidad de las relaciones significativas es propuesta como factor de protección. Los participantes reportaron como daños asociados la accidentalidad, deterioro en las relaciones, rupturas, conflicto con la ley, riñas, relaciones sexuales no deseadas y deudas.

Palabras claves: Consumo de sustancias psicoactivas; población adolescente-joven; estudiantes universitarios; prevalencia; incidencia; factores de riesgo-protección; riesgos y daños asociados.

Abstract

The consumption of psychoactive substances has been a topic of interest to many academics, politicians and health. In most investigations, epidemiological and descriptive type, there is a rising trend in the indicators of prevalence and lower age of onset, showing that this phenomenon occurs more progressively younger consumers. This raises the need for a descriptive study to account for consumption characteristics of SPA in university students in Bogota - Colombia, in terms of prevalence, incidence, types of consumption, and its relationship to risk and protective factors, such as antecedents that influence the likelihood of consumption, and associated damage as possible consequential health conditions. Participated in the study 689 college students between 16 and 26 years of age who by means of a self-report questionnaire indicating their experience against the SPA. We found that the prevalence of consumption is proportional to the evidenced by similar research, is greater for licit substances, the overall age of onset is 15.9 years and average life consumption rates of the various substances was 22 %. Risk factors were significantly associated with consumption of parents and family for licit substances and consumption pairs for illicit substances, and access to the SPA, while the quality of significant relationships is proposed as a protective factor. Participants reported as associated damage accidents, deterioration in relationships, breakups, conflict with the law, fights, unwanted sex and debts.

Keywords: Consumption of psychoactive substances among adolescents, young, college students, prevalence, incidence, risk factors, protection, risks and harms.

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES-JOVENES UNIVERSITARIOS EN BOGOTÁ-COLOMBIA: MAGNITUD DEL CONSUMO, FACTORES DE RIESGO-PROTECCIÓN Y DAÑOS ASOCIADOS

Introducción

El consumo de Sustancias Psico-Activas (en adelante SPA) es considerado un problema substancial de salud pública puesto que produce un importante número de enfermedades, incapacidad y hasta muerte prematura, sus determinantes (causales o probabilísticos) son tema de investigación para diversas disciplinas, ya que a partir de la comprensión de éstos pueden surgir estrategias efectivas para su prevención. Es importante en la población adolescente joven ya que la prevalencia de consumo no sólo muestra un patrón de comportamiento creciente, sino que también la edad de inicio de consumo cada vez menor (Osorio Rebolledo, 2004). En la adolescencia se configuran las condiciones, que si bien son propias del ciclo, se convierten en condiciones de vulnerabilidad para el inicio del consumo de SPA, éstas se presentan en los diferentes dominios del desarrollo; a nivel psicosocial: la necesidad de autoafirmación, de transgresión, de conformidad intragrupal, el rechazo a la vida adulta, la susceptibilidad frente a las presiones del entorno, la tendencia al hedonismo, el bajo nivel de tolerancia a la frustración, las perspectivas negativas del futuro, el presentismo; a nivel psicofisiológico: las transformaciones físico-químicas, la activación neurobiológica que ocurre con las SPA y que resultan determinantes en el incremento y mantenimiento del consumo, y de los estados de ánimo (Maturana-Hurtado, 2011). Además, puede determinar un patrón de consumo que puede ser sostenido en el tiempo y, por lo tanto, con mayores barreras para el abandono ya que es en esta etapa en la que “emergen los patrones de consumo que se mantendrán a lo largo de la vida adulta” (Villar, Viñas, Ferrer, & Pérez, 2004. p 33) y, que constituyen el un factor de riesgo en la aparición de enfermedades en etapas posteriores del ciclo vital. Así, entre menor es la edad de inicio del consumo, mayor es el efecto adictivo de las SPA, por lo que el abandono posterior presenta mayores barreras, y mayores son las probabilidades de presentar algún daño asociado a este consumo.

De manera particular, la población universitaria presenta características particulares, el acceso a las sustancias, ya que al parecer, los estudiantes universitarios perciben mayor facilidad de acceso y consumo en los establecimientos educativos, y además, la percepción social frente al estudiante universitario que le avala el consumo (Bayona, Hurtado, Ruiz, & Hoyos, 2005), variables como el manejo autónomo del tiempo; acceso a recursos económicos, en contraste con la economía del escolar; mayor percepción de autonomía, parecen ser condiciones que influyen sobre el consumo. Otro aspecto a considerar en la problemática del consumo de SPA en adolescentes-jóvenes, es el alto nivel de influencia que ejerce el medio social sobre las acciones del joven, lo que es aprovechado por los agentes que promueven el consumo al presentar esta conducta como generadora de estatus social, poder, autonomía y madurez, que son algunos de los atributos que los adolescentes persiguen para definir el concepto de sí mismos (Poulsen & cols, 2002).

Es relevante entonces, comprender la magnitud del problema y las variables relacionadas con el consumo de SPA en esta etapa, y para ésta población, por lo cual, la evaluación de los aspectos psicosociales que determinan, directa o indirectamente esta conducta, brinda la posibilidad de realizar intervenciones efectivas que conduzcan a la adopción de conductas saludables, a la prevención del consumo de SPA y al abandono de las conductas de riesgo.

Magnitud del Problema

El consumo de SPA representa un tema de importancia por su magnitud, desde los estudios epidemiológicos en el ámbito global y en el ámbito local, para la población general y para la población adolescente joven, se reafirma el aumento de las cifras de consumo y la reducción de la edad de inicio. De acuerdo con la (OMS, 2005), el 3,1% de la población mundial consume o ha consumido alguna sustancia ilícita alguna vez en la vida, al respecto la (ONUDD, 2007) señala que la prevalencia mundial anual de consumo de SPA es del 4,8%, la misma reporta un incremento de la prevalencia de consumo global del 3,1% al 5,7% para el año 2010 (ONUDD, 2010).

El uso de drogas, es también más prevalente entre jóvenes que en adultos, y sobre todo en países industrializados, el 8% de los jóvenes de Europa Occidental, y más del 20% en Estados Unidos, consumen algún tipo de sustancia ilícita además del cannabis (OMS, 2005) El consumo es mayor para sustancias legales como el alcohol y el cigarrillo, 80% y 50% respectivamente, mientras que de las sustancias ilícitas las de mayor consumo son la marihuana, 3,8%; cocaína, 0,3%; éxtasis el 0,2%; opiáceos el 0,4% y heroína el 0,3%, en los últimos 12 meses (ONUDD, 2007).

Las cifras evidencian que el inicio del consumo se presenta en edades tempranas, especialmente en la adolescencia y juventud, primero con sustancias lícitas y luego con sustancias ilícitas. En América, el 70% de los fumadores comenzaron antes de los 18 años, entre el 15 y el 30% de los jóvenes de 13 a 15 años de la mayoría de los países de América Latina consumen tabaco (Peruga & Rincón, 2002). Según la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) y el Observatorio Argentino de Drogas (2006b) en Argentina, el 60% de los jóvenes entre los 13 a 15 años ha fumado alguna vez; en Bolivia, el 54% lo ha hecho en algún momento; mientras que en Chile, los datos correspondientes son del 69%. En Chile, el 78,9% de los universitarios, reportó consumir tabaco (Rodríguez, Hernández, & Fernández, 2007). En cuanto al consumo de alcohol, los datos de SEDRONAR y OAD presentan una prevalencia de vida del 60,6% para los escolares de Argentina, en la misma muestra el consumo en el último año fue del 48,1% (2006a), en universitarios presentaron el 92,4% de prevalencia de vida (OAD, 2006b). Mientras que en Chile, el 92,3% de los estudiantes universitarios ha consumido alcohol (Rodríguez, Hernández & Fernández, 2007).

El consumo de sustancias ilícitas presenta una menor prevalencia con respecto a las sustancias lícitas, sin embargo es significativa. En lo que respecta al consumo de marihuana, en América Latina y el Caribe, el 5,3% de la población la ha consumido (Peruga & Rincón, 2002) Chile con un 27,1% es el país que mayor prevalencia de consumo de vida presenta en América Latina (ONUDD, 2009). El 8,7% de los escolares de enseñanza media alguna vez en su vida han consumido marihuana, mientras que los estudiantes universitarios presentaron una prevalencia de consumo de vida del 17,6% (OAD, 2006b). En Chile, el 63,4% de los

estudiantes universitarios ha consumido marihuana (Rodríguez, Hernández, & Fernández, 2007). Según SENDA (Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol), la cifra de consumo en el último año en estudiantes universitarios es del 15,7% (SENDA, 2003) que aumentó significativamente al 21% para el año 2006. Para el 2010 reporta que el 55,4% de los jóvenes, el 47,7% de los adultos jóvenes son los grupos etarios de mayor prevalencia de consumo de alcohol, respecto a la marihuana el estudio indica que entre los 12 y 18 años se presenta un alto riesgo para realizar consumo experimental de marihuana 49%, este mismo criterio presenta alto riesgo para cocaína con el 68%, y 76% para pasta base. De acuerdo con esta fuente, Chile ha logrado reducir los indicadores de consumo de SPA, en particular de alcohol y marihuana (SENDA, 2010).

Argentina es el país con mayor prevalencia en el consumo de cocaína, el 25% de los consumidores no tiene más de 16 años; en este país, el 3,4% de los escolares entre los 13 y 17 años ha probado la cocaína (Observatorio Argentino de Drogas, 2006a) mientras que en universitarios ha sido el 2,4% de consumo de vida (OAD, 2006b). En Chile el consumo de cocaína en estudiantes Universitarios es del 4,9% (Rodríguez, Hernández, & Fernández, 2007). Respecto al consumo de Pasta Base, en Argentina, el 3,4% de los escolares entre los 13 y 17 años la ha probado (OAD, 2006a), frente al 0,5% de los universitarios (OAD, 2006b). En Chile, la población universitaria que ha consumido pasta base en el último año es del 0,9% (SENDA, 2003).

El 29,6% de los universitarios colombianos ha tenido consumo de alguna SPA alguna vez en su vida, frente al 14% de los universitarios en Bolivia, Ecuador y Perú; la sustancia lícita de mayor consumo es el alcohol, más del 90% de estudiantes de Colombia y Perú, y el 75% de estudiantes de Bolivia y Ecuador reporta consumo de vida de ésta, el 8% de los estudiantes peruanos, el 11% de los bolivianos, el 12% de los colombianos y el 16% de los ecuatorianos presenta consumo abusivo de alcohol. La sustancia ilícita de de mayor consumo es la marihuana en estos países, excepto en Bolivia en donde la sustancia de mayor consumo son los inhalantes. De los consumidores de SPA, en Bolivia y Ecuador, la tercera parte presenta consumo abusivo y dependiente; frente al 20% en Perú y al 27,5% en Colombia (DNE, 2009). Alrededor del 20% de los universitarios de estos países consume cigarrillo,

iniciaron su consumo a los 15 años (en promedio) para Colombia y a los 16 años (en promedio) para los demás países. Según este reporte, preocupa el consumo de inhalantes 2,6% en Ecuador, 5,3% en Bolivia, 6,2% en Colombia y 3,8% en Perú. El consumo de vida de Cocaína es del 6,4% de los estudiantes de Colombia, 1,4% en Bolivia y 2,3% en Ecuador y Perú, el consumo de último año el 0,2% de los estudiantes en Bolivia, 2,5% en Colombia, 0,6% en Ecuador y 0,5% en Perú. Para cocaína y marihuana la edad de inicio es alrededor de los 18 años. El consumo de vida en universitarios, de pasta base (cocaína crack) es del 0,3% en Bolivia, 0,9% entre los estudiantes de Colombia, 1,5% en Ecuador y 0,7% en Perú, en el último año 0,03% en Bolivia y Perú y de 0,3% en Colombia y Ecuador.

Y es que en Colombia, el problema frente a las SPA tiene múltiples dimensiones, la de la producción, el consumo y los problemas de violencia asociados al tráfico de estupefacientes, y en la actualidad también el problema del incremento en el consumo. Según la (ONUDD, 2009), en el año 2007 los cultivos de arbusto de coca aumentaron en un 27% con respecto al año 2006, por lo que continúa siendo el principal país productor de hoja de coca en el mundo. Dado que el país presenta altos niveles de desempleo, los grupos insurgentes al margen de la ley coaccionan a los campesinos a cultivar coca y amapola, y cada laboratorio clandestino implica una inversión de 150 dólares, y produce la misma cantidad de dinero en ganancia al día.

El país sigue el mismo patrón que reportan los datos globales, mayor prevalencia de consumo para alcohol y cigarrillo, seguido de marihuana, cocaína y pasta base. El abuso de alcohol presentaba una prevalencia de vida del 6,7%, lo que indica que uno de cada 15 colombianos abusa del alcohol, mientras que el 2,3% de la población general presenta dependencia a esta sustancia, uno de cada diez hombres y una de cada ochenta mujeres, presentan consumo abusivo de alcohol, el 1,2% de los adolescentes entre los 12 y 17 años son dependientes a esta sustancia, el 1,7% de los hombres y el 0,7% de las mujeres; mientras que entre los 18 y 29 años el 8,4% presenta dependencia, el 15,4% de los hombres y el 2,7% de las mujeres (ONUDD, 2009)

En cuanto al consumo de Marihuana, el 11,1% de la población general en Colombia, ha consumido alguna vez en su vida; el 20,0% del total de los hombres lo ha hecho, frente al

4,2% de las mujeres. Por su parte, el consumo de cocaína presenta una prevalencia de vida para el total de la población del 3,7%, el 7,2% de los hombres y el 1,0% de las mujeres. El 0,9% de los universitarios consume cocaína (Varela, Salazar, Cáceres, & Tobar, 2007).

Así, en el ámbito local, el consumo de SPA tiene características específicas en la población colombiana y en los jóvenes universitarios, que también varía de acuerdo a la región geográfica dentro del mismo país. No se puede desconocer la situación de Colombia, como principal país productor de hoja de coca en el mundo, y productor importante de otras sustancias. Los indicadores de consumo también señalan la magnitud del problema, y ubican a Colombia como un país altamente consumidor, la idiosincrasia del país favorece este fenómeno especialmente en torno al consumo de SPA lícitas, que es aceptado socialmente y está marcado por costumbres de iniciación, como el caso del alcohol. Como lo señala (Fandiño, 2008) el alcohol constituye un acompañante infaltable en distintos escenarios y situaciones de interacción humana, lo que no dista mucho de la percepción de los diferentes países de Latinoamérica. De la misma forma, el consumo de THC, cocaína y bazuco (pasta base) presenta altos indicadores de prevalencia de consumo, por la facilidad de acceso a la sustancia; en cuanto a la distribución en diversos espacios públicos y el bajo costo de la misma.

En Bogotá, Colombia, el 54,4% de la población general ha consumido tabaco alguna vez en su vida, el 66% hombres y el 44% de las mujeres, de éstos el 23% mantiene el consumo habitual. Estas cifras son del 88% para alcohol en consumo de vida, con el 36% de consumidores habituales, para ambos casos el segmento poblacional que mayor reporta consumo son los adultos jóvenes seguidos por los adolescentes (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2009).

Respecto a las sustancias ilícitas, el 10% de la población general reporta consumo de vida, el 15,5% de los hombres y el 5,1% de las mujeres, mayor en el grupo de adolescentes-jóvenes. De éstas, la de mayor prevalencia de consumo en la ciudad es la marihuana con el 9% de la población general que reporta haberla consumido alguna vez en la vida, mayor en adolescentes jóvenes y en hombres. La cocaína ocupa el segundo lugar de consumo con el 2,1% de la población general, mayor en adolescentes jóvenes y en hombres. El bazuco (Pasta

base) ocupa el tercer lugar con el 1,2% de consumo de vida para la población general, seguido del éxtasis con el 0,9% y heroína 0,09%. El consumo de inhalantes presenta una prevalencia de consumo de vida de 0,58%, mayor en adolescentes hombres (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2009).

Estas cifras oficiales dan cuenta de la magnitud del problema, y resaltan la importancia de abordarlo en investigación e intervención. Desde tal panorama, se general la necesidad de conocer el estado actual del problema de estudio en el contexto local y en el grupo etario definido, conocer las características del consumo de SPA en adolescentes-jóvenes que ingresan a la vida universitaria, con sus condiciones antecedentes y predisponentes que pudiesen dar cuenta de *factores de riesgo* y con las situaciones subsecuentes que pudiesen ser consideradas como *daños asociados*. El aporte novedoso de la investigación es el de incluir en la misma estos tres elementos, características factores de riesgo o protección y daños asociados.

Marco Teórico

Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes Universitarios Adolescentes-Jóvenes

El consumo de SPA legales e ilegales en estudiantes universitarios adolescentes-jóvenes presenta amplias dimensiones para su comprensión, que han sido abordadas desde distintas ópticas y desde el énfasis en algunos de sus componentes constitutivos. Para una aproximación al tema es necesario definir el *paradigma del conocimiento* desde el que se abordará, en particular para la psicología, y sin apartar la consideración de multidisciplinariedad de su estudio, para la presente investigación será el campo de la psicología social de la salud, en la que convergen las dimensiones sociales y culturales y el análisis clínico e individual. Ésta aproximación se presenta a continuación desde las principales microteorías y modelos descriptivos y explicativos de la conducta en salud.

También, para dar cuenta de la naturaleza del consumo, es necesario describir *la naturaleza objetiva de las sustancias*, desde su definición, el efecto que ejercen a nivel psicofisiológico, y su clasificación. En ésta misma línea, y al respecto de la conducta objeto de este estudio, *el consumo*, se presenta la definición y tipología, es entonces que se articula el

análisis funcional desde los factores de riesgo-protección y daños asociados, como posibles eventos antecedentes y predisponentes, y como eventos consecuentes del mismo.

Finalmente, como tercer eje teórico se aborda el problema desde la perspectiva de evolutiva y de desarrollo, que permite una comprensión acotada del grupo etario objeto de la investigación, *la población adolescente-joven*, con sus características y tareas evolutivas, que constituyen posibles condiciones de vulnerabilidad. Y en particular, se presenta una breve descripción de la *población universitaria*.

Así, el presente marco teórico aborda tres grandes ejes: psicología social de la salud, las sustancias psicoactivas y la población adolescente joven universitaria.

Marco Comprensivo, Psicología Social de la Salud

Como se ha mencionado, el problema del consumo de SPA se ha abordado desde diversos paradigmas, en tanto que éste fenómeno puede ser explicado desde los diferentes atributos que lo componen. Para el presente estudio, se abordará desde la perspectiva la *psicología social de la salud*, que fundamenta su comprensión en la relación entre conducta y salud, y a su vez, en la deferencia de los múltiples factores determinantes probabilísticos de la conducta, que pueden ser: *ambientales*, macro-sociales, micro-sociales; y *personales*, históricos, de aprendizaje, creencias, cogniciones y afectos. Desde este juicio, también es posible direccionar las intervenciones a nivel comportamental, social, normativo y ambiental con miras a dignificar la vida de los individuos, consideración que trae consigo un compromiso por promover estilos de vida saludables (Flórez-Alarcón, 2008) a partir de la identificación de dichos determinantes como *factores de riesgo* o *protección* para la salud y la intervención para evitar que se produzca el daño, cuando se trata de conductas de riesgo.

En éste sentido, como lo señalan (Conner & Norman, 1998), el interés en esta relación depende de dos factores, en primer lugar, el que los niveles de morbilidad y mortalidad estén estrechamente relacionados con las conductas de las personas; y luego, que las conductas sean modificables. Así, se constituye un campo en el que la psicología puede dar cuenta del curso de estos procesos, los factores que determinan esta relación, la forma en que se pueden evaluar, y por supuesto, la forma en que se pueden diseñar programas de

intervención dirigidos a mejorar la salud a partir de la adopción de conductas protectoras y promotoras de ésta y el abandono de conductas que constituyan un riesgo para la misma, es decir, desde la modificación del comportamiento.

Cabe señalar que la propuesta de la psicología social de la salud resulta de la convergencia de la clínica, y su interés por los fenómenos en salud mental, y de la psicología social, y su interés por los determinantes ambientales, culturales y sociales que ejercen influencia sobre el individuo y su calidad de vida. Su unidad de análisis es la *salud* entendida como *“un proceso social de constante tensión y conflicto, en la búsqueda permanente de mejores condiciones para el desarrollo de la calidad de vida y bienestar”* (OPS, 1998, pág. 11). Así que, al tratarse de un *proceso multi-variado*, en múltiples niveles, en el que interactúan en una dinámica fluctuante y que no resulta en un producto acabado, sino por el contrario, resulta en un continuo dentro del cual se desplaza el individuo momento a momento su vida; se asume una aproximación con amplios alcances, integradora y compleja. Por tanto, condiciones biológicas, psicológicas y sociales se inter-relacionan en este proceso a favor o en contra de la condición objetiva y subjetiva del individuo, que deriva en su propio nivel de calidad de vida (Florez-Alarcon, 2005; Salleras, 1990).

Ahora bien, si bien se otorga un importante nivel de responsabilidad y control interno al individuo como actor de sus propias conductas en salud, también se asume que debe existir un mínimo de condiciones para que sea posible el proceso de la salud, tales condiciones son necesarias para que garanticen que el individuo alcance su desarrollo humano. En términos de la OMS:

“Los prerrequisitos para la salud son la paz, la vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la comida, los ingresos, el empoderamiento de las mujeres, un ecosistema estable, el uso sostenible de los recursos, la justicia social, el respeto de los derechos humanos y la equidad. Por encima de todo la pobreza es la mayor amenaza a la salud.” (OMS, 1986)

Es notable que estos mínimos sean de naturaleza bio-psico-social, y es cuando estos se cumplen que, el papel que cumple la conducta del individuo se vuelve determinante directo en el desarrollo de su salud. Por lo que si bien, otorga control y responsabilidad en el

individuo, también considera las variables ambientales como condiciones necesarias. Ahora, en el contexto latinoamericano, se debe considerar el cumplimiento de estos mínimos, y por consiguiente la concepción de salud para la población en general, ya que las condiciones políticas, económicas y culturales no ha permitido el cumplimiento de los mismos. A partir de éstos, y de su cumplimiento es que la conducta (que en conjunto forma hábitos y estilos de vida), las variables personales (cogniciones, historia) y el ambiente (micro-social y macro-social) constituirían los factores de riesgo y/o protección, de riesgo en cuanto afecten el proceso de salud, y de protección en cuanto éstas propendan por favorecer el proceso de salud.

En éste orden de ideas, la *promoción de la salud* es la estrategia encaminada a lograr ese desarrollo y que fundamenta la prioridad y enmarca los esfuerzos por lograr la salud para todos. En ella, se establecen los determinantes que permiten direccionar las intervenciones a nivel comportamental, social, normativo y ambiental con miras a dignificar la vida de los individuos (OMS, 2006b). Esta consideración trae consigo un compromiso por promocionar estilos de vida saludables en los que previamente se garanticen las condiciones mínimas, anteriormente indicadas (Flórez-Alarcón, 2005). Por su parte, *la prevención* soporta estos esfuerzos en la medida en que permite identificar factores de riesgo para la salud e intervenir para evitar que se produzcan los resultados negativos a la misma. Desde el enfoque de *prevención y promoción*, se orientan los esfuerzos para alejar al individuo de conductas de riesgo y promocionar estilos de vida saludables que redunden en satisfacción con la propia vida y desarrollo personal.

Ahora, bajo esta lógica, distintas microteorías, han propuesto modelos explicativos y descriptivos sobre la relación de los componentes mencionados, difieren en el énfasis que otorgan a las variables que los constituyen y, en tanto que han surgido como explicación a problemáticas de salud, difieren en su aplicabilidad a las mismas. A continuación se presentan los más pertinentes para la comprensión del trabajo aquí expuesto.

Modelos que Explican la Relación Entre Conducta y Salud

Hasta ahora se ha resaltado el supuesto fundamental de la psicología social de la salud: *la relación entre conducta y salud*, sin embargo, el que dicha relación esté mediada por diversos factores, dará lugar a diversos modelos descriptivos y explicativos que dan cuenta de la dinámica ésta relación como axioma epistemológico, aunque difieren en sus axiomas ontológicos y metodológicos, en tanto que hacen énfasis en distintos *mediadores* de la relación. Principalmente, se presentan tres tipos de modelos: aquellos cuya unidad de análisis es el *individuo*, otros cuya unidad son *las interacciones* y aquellos que ponen su *énfasis en la comunidad*. Cada uno proporciona una visión sistemática de los eventos, fenómenos y situaciones que hace posible explicar y predecir la relación entre conducta y salud (Glanz & Rimer, 2002). A partir de la evidencia empírica es posible observar las fortalezas y debilidades de cada uno en la explicación de conductas en salud. Por esta razón, los resultados en la aplicación práctica de cada microteoría divergen en su efectividad y aplicabilidad, ya que cada una surge de la observación de fenómenos particulares y explica una parte de la complejidad de los mismos.

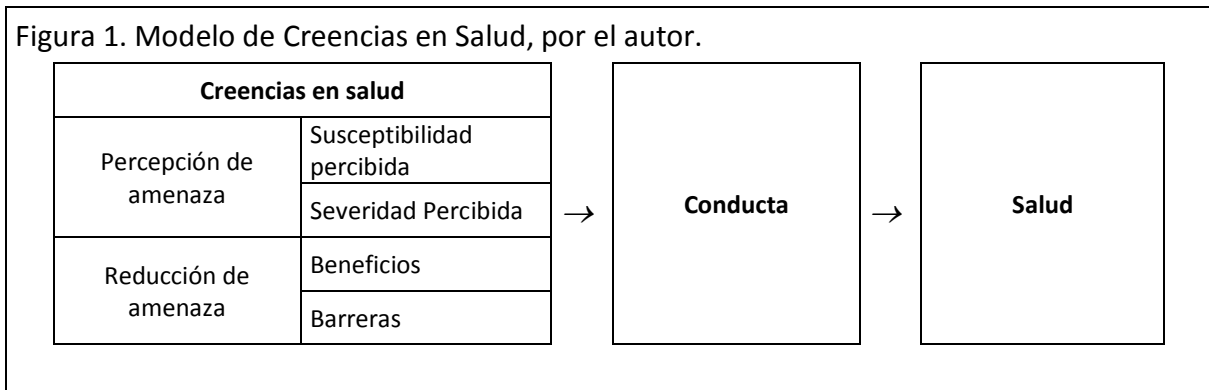
A continuación, se presentaran los tres tipos de modelos: la concepción individual, de interrelaciones, y aquellos que centran su atención en la comunidad. Estos tres estructuran la revisión de la evaluación del consumo de SPA por parte de adolescentes-jóvenes por tres razones: en primer lugar la conducta del individuo tiene efecto sobre su propia salud (individual); luego, la conducta no se da en una relación solipsista sino que el individuo interactúa con otros que determinan su conducta de salud (interpersonal); y por último, tal interacción se da en el marco de una comunidad en la que existen políticas, costumbres, idiosincrasias que tienen efecto sobre la conducta de salud (comunidad). Así, aunque cada modelo haga énfasis a un aspecto del problema, no se desconoce el resto de posibles causas.

Modelos centrados en el individuo

Modelo de creencias en salud: Este modelo se desarrolló en la década de los 50 por un grupo de especialistas en psicología social liderados por Hochbaum, como respuesta a la problemática del VIH. Considera que la conducta en salud es el resultado de las creencias

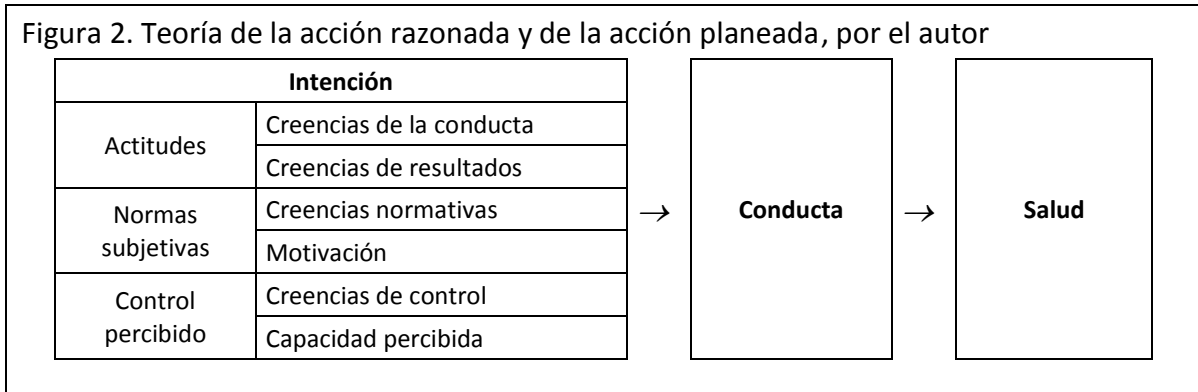
sobre la conducta en relación con su propia salud, además de la relación entre dichas creencias, estas creencias se refieren a: la *percepción de amenaza*, como la consideración que hace el individuo acerca de la amenaza o peligro que representa la conducta para su propia salud, así este constructo está compuesto por dos componentes: *la susceptibilidad percibida*; la percepción de riesgo sobre la salud a causa de la conducta, es decir, la probabilidad percibida de que la enfermedad pueda afectar al propia individuo; y la *severidad percibida*, como el nivel de gravedad que el individuo percibe de las consecuencias de la conducta de riesgo (Salleras, 1990; Conner, 1998). Otro constructo definitorio del modelo es la creencia del individuo para reducir la amenaza, que es el resultado de la interacción y evaluación entre los *beneficios percibidos*, como los resultados benéficos y deseables sobre la salud, y las *barreras percibidas*, que son aquellos aspectos negativos que representan pérdidas al emprender la conducta saludable. Estas variables determinan la amenaza percibida, y ésta, a su vez, determina la probabilidad de acción que se deriva también del balance que se hace de los costos y los beneficios de practicar la conducta de salud preventiva, al evaluar los beneficios percibidos con relación a las barreras percibidas (Salleras, 1990; Conner, 1998).

Figura 1. Modelo de Creencias en Salud, por el autor.

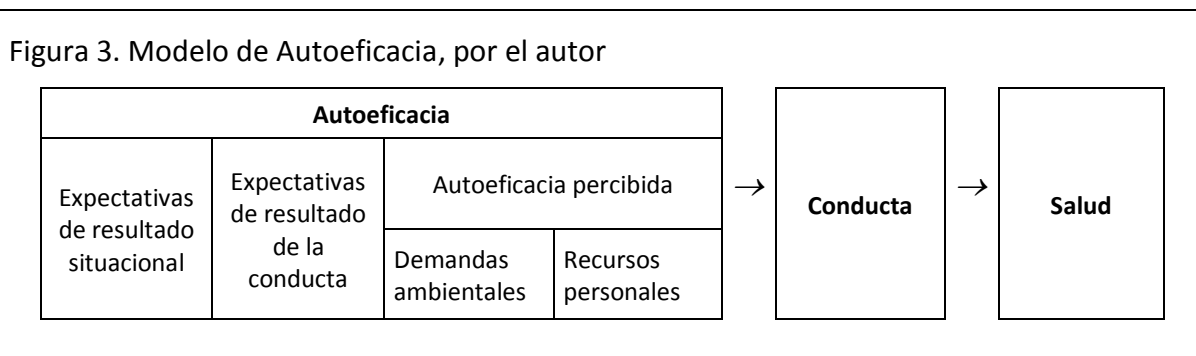


Teoría de la acción razonada y de la acción planeada: Este modelo otorga un lugar de privilegio a la *intencionalidad* como determinante de la conducta, la *intencionalidad* se explica como el resultado de las *actitudes*, de las *normas subjetivas* y del *control percibido*. En términos generales, la *actitud* (relación entre las creencias sobre la conducta y la evaluación de los resultados), más las *normas subjetivas* (relación entre creencias normativas y la

motivación para actuar) y el *control percibido* (relación entre las creencias de control y la capacidad percibida) interactúan para originar la *intención* de actuar, que a su vez genera la acción o conducta (Salleras, 1990; Conner, 1998; Glanz & Rimer, 2002).



Modelo de autoeficacia: El modelo es una propuesta que define la *autoeficacia* como la capacidad que percibe el individuo para modificar las consecuencias de su conducta en función de la *evaluación* que hace *de su propia conducta* y del *resultado* de esta. En otras palabras, el modelo se estructura en tres pasos de un proceso, el individuo evalúa lo que puede pasar en una situación (*expectativas de resultado de la situación*), lo que puede cambiar de esa situación por su propia conducta (*expectativas de resultado de la acción*) y la capacidad personal para realizar dicha conducta (*autoeficacia percibida*) (Bandura, 1977). En este proceso el equilibrio entre las demandas y los recursos disponibles juega un papel importante, ya que si las demandas superan los recursos disponibles el individuo no se evalúa como capaz de efectuar la acción y por tanto no la realiza, entre tanto que si los recursos superan a las demandas simplemente no hay interés en efectuar la acción. Este modelo, tiene como núcleo central el constructo que mayor poder predictor tiene en la relación entre conducta y salud, la autoeficacia, por esta razón, ha sido incluido en otros modelos, aunque el énfasis y la caracterización difieran de la propuesta original (Conner & Norman, 1998).



Modelo transteórico y etapas de cambio: La propuesta de Prochaska surge de la práctica clínica en psicoterapia en el abuso de SPA, razón por la cual existe amplio sustento empírico del modelo en este campo (Prochaska, Redding, & Evers, 2002), el *modelo transteórico* integra las variables que mayor poder de predicción demostraron en los modelos antecesores, además de su claridad y consistencia conceptual. Se fundamenta en tres aspectos de la conducta que determinan la comprensión que se da de los fenómenos relacionados con el abuso de SPA: la *temporalidad*, las variables *mediadoras* y las variables *independientes* (Prochaska, 1993; Flórez-Alarcón, 2005).

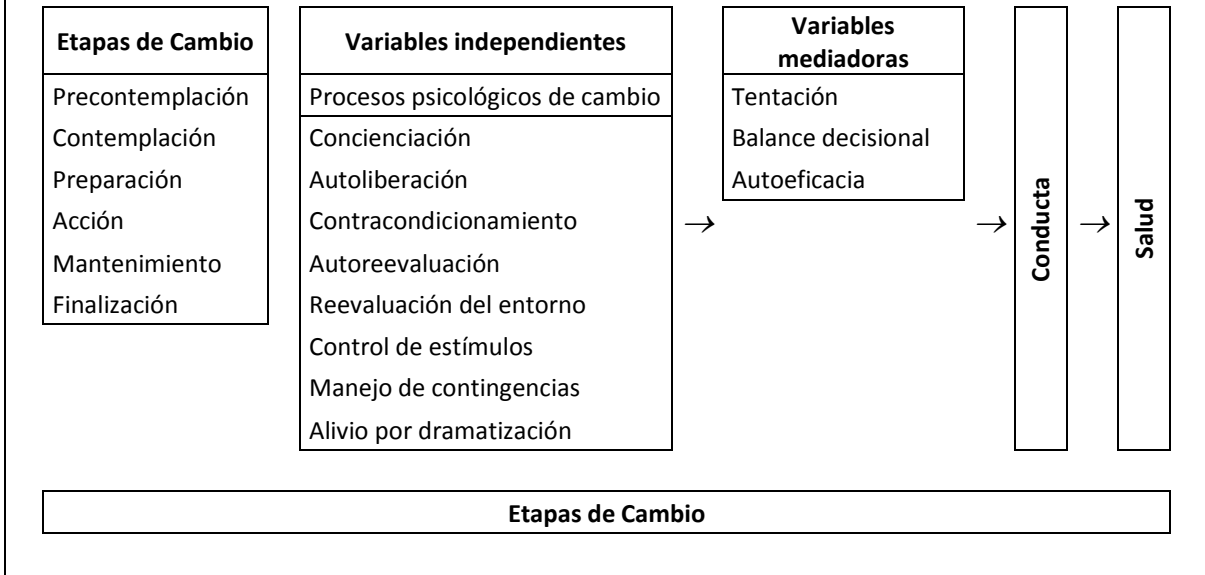
El primer elemento, es la *temporalidad* de cambio, para describirla propone 6 etapas del proceso de adopción de conductas saludables y abandono de conductas de riesgo, la propuesta de etapas obedece a una concepción fundamental y es que los fenómenos ocurren en el tiempo y por lo tanto siguen una secuencia. Este principio es definitorio del modelo, ya que considera que los procesos de cambio se dan en forma secuencial a través de las etapas descritas (Prochaska, & cols, 2002). En la primera etapa, *Precontemplación*, no hay intención de cambio para los próximos 6 meses por desinformación o por información insuficiente, en este estadio el sujeto exhibe una actitud defensiva con respecto a su conducta adictiva. En la segunda etapa, *Contemplación*, se considera el cambio para los próximos 6 meses, el individuo realiza la evaluación de los beneficios y costos del cambio; en este proceso aparece la ambivalencia, si se mantienen en el tiempo dicha ambivalencia se presenta contemplación crónica o postergación conductual. En la tercera etapa, *Preparación*, se piensa e intentan acciones para los próximos 30 días, se toman algunas acciones conductuales y durante el último año se realizó alguna acción significativa, como buscar

ayuda. En la cuarta etapa, *Acción*, se tiene una acción concreta de modificación en los últimos 6 meses, además dicha acción se mantiene. En la quinta etapa, *Mantenimiento*, el cambio se realiza y perdura en más de 6 meses, la conducta de riesgo se ha abandonado y no se vuelve a practicar y las conductas protectoras adoptadas se mantienen en práctica, además se está activo en la prevención de recaídas. Por último, en la sexta etapa, *Terminación*, la conducta desaparece totalmente así que no se presenta en el futuro y no regresa el hábito como un mecanismo de afrontamiento ante las situaciones de estrés, este estadio se caracteriza por la extinción de la tentación (Prochaska, 1993; Prochaska, & cols, 2002; Flórez-Alarcón, 2002).

El segundo elemento, se refiere a los constructos que constituyen el conjunto de variables mediadoras de orden psicosocial. La *tentación*, los *balances decisionales*, definidos por las ganancias instrumentales para sí mismo y para otros como la aprobación propia y social; y la *autoeficacia*, como la evaluación sobre las situaciones específicas (Prochaska, 1993; Prochaska, et al, 2002; Flórez, 2002)

Y por último, el tercer elemento de este modelo refiere a los procesos psicológicos concebidos como variables independientes que determinan la ocurrencia del cambio definidos como procesos de cambio (Flórez-Alarcón, 2005) y que Prochaska propone en diez categorías: *Concienciación*: elevar la conciencia del problema a través de retroalimentación, confrontación, interpretaciones, biblioterapia y campañas de salud. *Autoliberación*: cambio de creencias, liberación social, empoderamiento y diseño de nuevas estrategias de afrontamiento. *Contracondicionamiento*: aprendizaje de conductas saludables que sustituyan la conducta adictiva. *Control de estímulos*: detectar y evitar los estímulos que eliciten la conducta. *Auto-reevaluación*: autoevaluación de los aspectos cognitivos y emocionales de la conducta. *Reevaluación del entorno*: evaluación cognitiva y afectiva sobre las condiciones ambientales que eliciten el consumo y generan ansiedad en abstinencia. *Manejo de contingencias*: diseño de alternativas, contratos, reforzamiento. *Alivio por dramatización*: incrementar la experiencia emocional respecto al problema y relaciones de ayuda, es el soporte social para el cambio (Prochaska, 1993; Prochaska, et al, 2002).

Figura 4. Modelo Transteórico de etapas de cambio, Por el autor



Modelo de adopción de precauciones: Esta propuesta se enmarca en el paradigma de la promoción de la salud y la prevención primaria, dirige su interés en la implementación de estrategias para el desarrollo de aptitudes personales y factores de protección, que reduzcan al mínimo el riesgo de aparición de la enfermedad y favorezcan un óptimo estado de salud, por medio de la implementación de programas educativos que promuevan conductas saludables (Weinstein, 1988; Flórez-Alarcón, 2002). Este modelo otorga un papel determinante a los factores psicológicos en la adopción de conductas saludables o de riesgo. Se entiende lo psicológico como la conducta en todas sus formas, explícitas y encubiertas, hábitos, estilos de vida, también las cogniciones y emociones. Estas instancias, entonces, constituyen factores de protección o de riesgo.

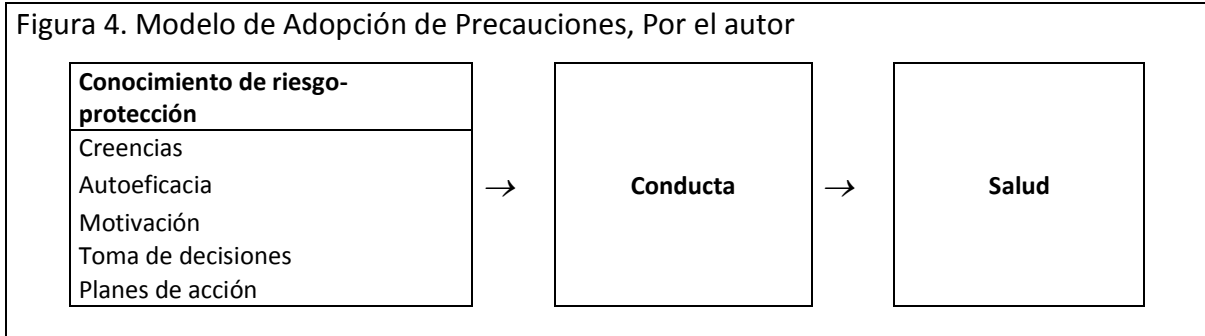
El modelo, se sustenta en el *conocimiento de riesgo y protección*, como el conjunto de *creencias* sobre: *los riesgos*, la *efectividad de la acción*, sobre *sí mismo* en relación con la acción, sobre los *demás*, sobre la *identificación de la propia exposición al riesgo*; luego las *motivaciones* en relación con la salud, y la *toma de decisiones* para modificar el riesgo/protección, la elaboración de *planes de autocontrol* o de *manejo de contingencias*; conducentes a la implementación de las decisiones; los *planes de autocontrol*, conducentes

al mantenimiento de las acciones de evitación/protección y conducentes a la recuperación en casos de recaídas o de pérdida de los hábitos protectores (Flórez-Alarcón, 2002).

Se considera que la adopción de precauciones como un proceso discontinuo, pero que transcurre por estadios definidos por las características compartidas en las cogniciones, actitudes y conductas de quienes se encuentran en dicho proceso (Weinstein, 1988; Weinstein & Sandman, 2002). Además, el desplazamiento por las etapas es una sucesión obligada que puede darse en avance o retroceso, la progresión a etapas superiores implica la superación de barreras específicas (Weinstein, 1988; Weinstein & Sandman, 2002; Flórez-Alarcón, 2002). En la primera etapa, se precisa el conocimiento acerca de la importancia de la acción, en la que se evalúa la asociación entre el comportamiento y su efecto sobre la salud, en esta instancia es determinante el papel que cumple la información acerca de la severidad del riesgo y de las consecuencias del comportamiento de riesgo. Luego, en la segunda etapa, se aborda el interés en la práctica de la acción, instancia en la que se establece el interés en la práctica de la conducta saludable o el abandono de la conducta de riesgo, en esta instancia las actitudes son determinantes del interés, estas son producto de los esquemas cognoscitivos de la persona sobre su propia susceptibilidad de riesgo y la severidad del problema. Ya en la tercera etapa, se aborda la motivación para la acción, que es entendida *“como la probabilidad de que una persona inicie la práctica de una acción específica y se mantenga en ella”* (Flórez-Alarcón, 2002. pp. 11). Luego, en la cuarta etapa, la decisión de no actuar se refiere al momento en el que la persona ha tomado la decisión de persistir en la conducta de riesgo o no adoptar la conducta de protección, en este momento, la conducta de la persona está determinada por una evaluación irracional acerca de la probabilidad de riesgo en la que se encuentra, se percibe así misma como invulnerable, fenómeno al que se denomina *“sesgo optimista no realista”*. En la quinta etapa, la planificación del autocontrol es la acción emprendida por quienes han tomado la decisión de actuar y emprenden medidas para iniciar la práctica saludable o abandonar la conducta de riesgo. En la sexta etapa, se habla de la adopción de precauciones ya que es en la que se emprende la acción. Y por último, la séptima etapa, el mantenimiento, se refiere a la práctica constante de las conductas protectoras o al abandono constante de las conductas de riesgo (Weinstein, 1988;

Weinstein & Sandman, 2002; Flórez-Alarcón, 2002). Ahora bien, en este modelo, se considera la recaída como un elemento que puede aparecer en cualquier etapa, razón por la cual se realiza un análisis de este fenómeno para que ésta no implique un abandono del proceso, sino que por el contrario se entiende como un momento normal dentro del proceso que merece ser superado (Conner, 1998; Flórez-Alarcón, 2002).

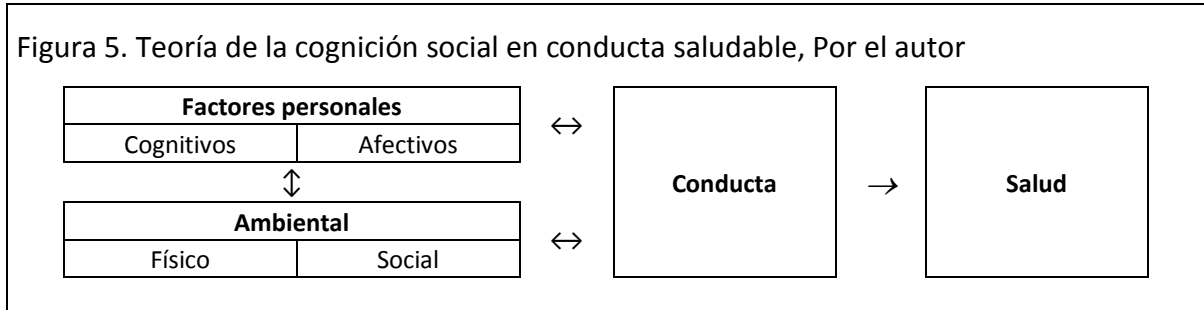
Figura 4. Modelo de Adopción de Precauciones, Por el autor



Modelos centrados en las relaciones interpersonales

Teoría de la cognición social en conducta saludable: Éste considera la *conducta* saludable como el resultado de la interacción con los *factores personales* y las *influencias ambientales sociales*. En este sentido, es necesario aclarar la deferencia interaccionista del modelo, ya que la relación entre la conducta, los factores personales y las influencias ambientales es recíproca. En la triada cada factor determina a los otros, así un cambio en cualquiera implica un cambio en los otros, este principio se conoce como determinismo recíproco. (Baranowski, Perry & Guy, 2002). Ahora bien, los factores personales corresponden al conjunto de recursos cognitivos y afectivos con los que cuenta el individuo: la capacidad para simbolizar la conducta, capacidad para anticipar los resultados de su conducta, capacidad para aprender a partir de la observación de la conducta de otros, la confianza en el desempeño de su propia conducta, la autorregulación; autodeterminación y autocontrol de la conducta, y la capacidad para hacer un análisis de su experiencia (Baranowski, et al, 2002). En cuanto a la influencia ambiental el modelo distingue aquellos factores externos que son objetivos, físicos y sociales como ambientes, diferentes de las representaciones cognitivas que el individuo construye y que son las situaciones. Esta concepción de ambiente logra integrar las características físico-químicas de éste con las

características simbólicas, permite concebir entonces los eventos como la exposición a estímulos sensibles y con significado.



Redes sociales y soporte social en conducta saludable: Este modelo es una descripción de la estructura, procesos y funciones de las redes sociales, resalta la dinámica de relaciones interpersonales y su papel en la conducta saludable. Considera *la integración social* como los lazos sociales que se forman entre individuos, a partir de este elemento se conforman las *redes sociales* como la conjunto de relaciones que rodean a un individuo, y luego, como función de la red social, se encuentra el *soporte social*, que hace referencia al contenido que busca ejercer influencia sobre la conducta del individuo (Heaney & Israel, 2002). Se trata de considerar que existe una disposición natural del individuo a afiliarse con otros, esta disposición se denomina integración social, que le permite establecer grupos y participar en ellos, las redes sociales, y éstas influyen en su conducta, a través del soporte que le brindan.

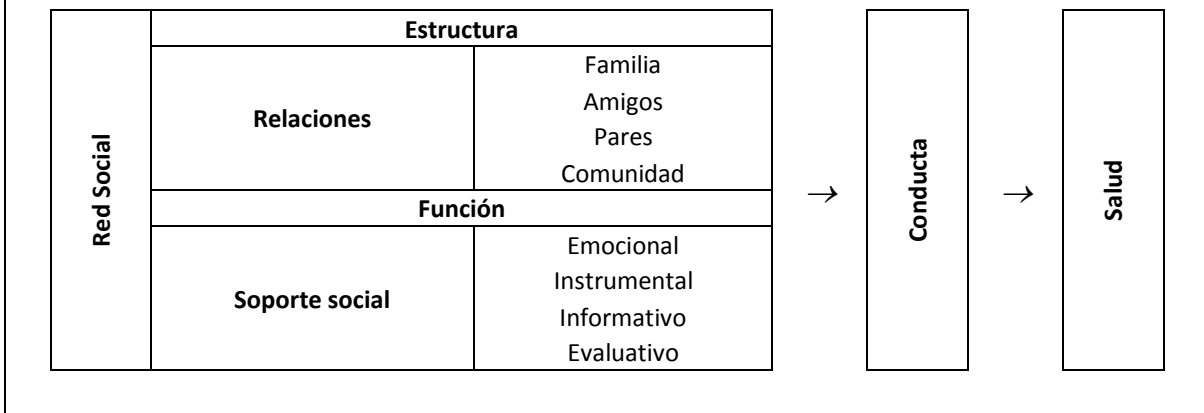
Esta dinámica se da en diádas de relaciones, las cuales presentan ciertas características como la reciprocidad, que es la relación en doble vía; la intensidad, cercanía emocional; complejidad; y multifuncionalidad de la relación en tanto que puede brindar soporte emocional, instrumental, informativo o evaluativo.

La conformación de las *redes sociales* se establece por múltiples procesos definidos por diversas características. Por ejemplo, características de tipo socio-demográfico: la densidad, cantidad de miembros que se relacionan; homogeneidad, características similares entre los miembros; dispersión geográfica; proximidad espacial entre los miembros son cualidades objetivas de las relaciones que imponen características particulares en las interacciones y que son las características de la red social. Respecto al *soporte social* se clasifica según la

naturaleza de la función, aunque el común denominador es que busca brindar ayuda y asistencia intercambiable por los miembros de la red como acción deliberada y consciente; puede ser *emocional*, empatía e intercambio de sentimientos y afectos; *instrumental*, provisión ante necesidades tangibles; *informativo*, consejo y dirección; y *evaluativo*, retroalimentación positiva.

El soporte social es efectivo en la identificación del individuo con la red, favorece la comprensión empática, en tanto el individuo valora que su proveedor de soporte vivencia situaciones semejantes a las propias, le lleva a sobrevalorar el soporte percibido respecto al soporte real. Y sobre todo, influye en el comportamiento del individuo (Heaney & Israel, 2002). El soporte social ha sido documentado en su mayoría en el proceso de enfermedad, aunque constituye un factor protector substancial, el modelo se aplica, preferentemente, a la prevención secundaria y terciaria, sobre lo cual hay mayor investigación.

Figura 6. Redes sociales y soporte social en conducta saludable, Por el autor

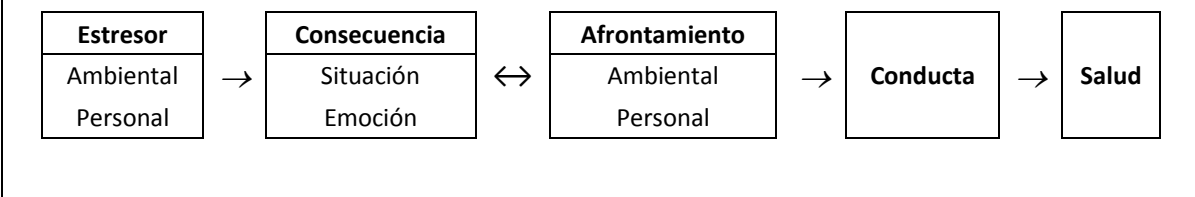


Teoría transaccional de estrés afrontamiento en la conducta saludable: De continuo los individuos se ven enfrentados a situaciones que producen un desequilibrio en la homeostasis, a fin de re-establecer dicho equilibrio actúan. Este proceso parece simple, pero en él devienen una serie de aspectos que pueden causar enfermedad, ya que los efectos psicológicos que produce pueden conllevar a la adopción de conductas mal-adaptativas (Glanz & Rimer, 2002). Específicamente, las demandas internas o externas que afectan física y psicológicamente al individuo constituyen eventos *estresores*, luego las acciones que realiza el individuo ante la situación constituyen el *afrontamiento*. En estos constructos se

fundamenta la teoría transaccional, que define al afrontamiento como una transacción que realiza el individuo frente al estresor, con el propósito de restaurar el equilibrio homeostático. Ahora bien, tales acciones dependen de los recursos personales con lo que cuenta el individuo, y éstos recursos fundamentalmente refieren a factores psicológicos (en la amplia extensión del término), sociales y culturales (Glanz & Rimer, 2002).

Es posible describir el proceso de la siguiente manera: en primera instancia, el individuo realiza una evaluación primaria en la que juzga el significado del evento y lo valora como positivo, controlable o irrelevante, pero puede suceder que la valoración sea negativo. El criterio que determina la naturaleza del juicio es la severidad del daño que puede causar el estresor y la susceptibilidad ante el daño en la persona se ubica. Luego, realiza una evaluación secundaria, en la que establece el nivel de control frente al estresor. Esta evaluación depende de las estrategias con las que cuenta para hacer frente al estresor y que constituyen sus estilos de afrontamiento. Entonces, los estilos de afrontamiento tienen dos dimensiones, el manejo del problema y la regulación emocional, ya que son estrategias para dar solución al problema y también para disminuir el efecto emocional que produce el estresor (Glanz & Rimer, 2002). Pero se presenta la situación en la que el individuo asume ciertas conductas como respuesta al estrés, que si bien están dirigidas a disminuir el efecto emocional negativo, no necesariamente resuelven el problema y por el contrario conllevan un riesgo para la salud, como se mencionó anteriormente, en ese sentido son funcionales en tanto que sirven para reducir la respuesta emocional, pero son mal adaptativas en tanto conllevan riesgo para la salud como el caso del consumo de SPA.

Figura 7. Modelo transaccional de estrés-afrontamiento, Por el autor

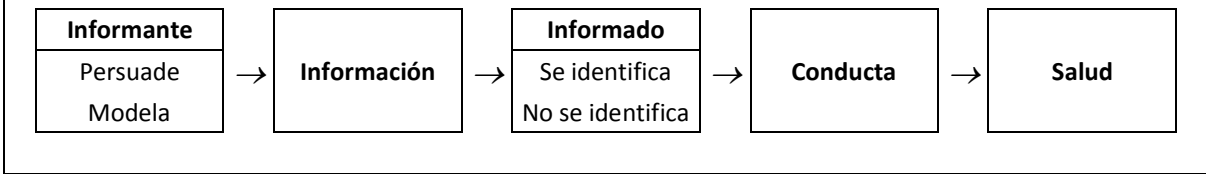


Modelo de influencia social mediante la comunicación interpersonal en conducta

saludable: La influencia social es un proceso que conlleva al cambio en la conducta saludable, tal influencia se ejerce mediante la comunicación interpersonal. Si bien la comunicación se puede dar entre múltiples canales, el modelo centra su atención en la comunicación entre díadas, social-psicológica, es decir, otro-individuo. Un aspecto importante y definitorio del modelo es la interdependencia (reciprocidad) de la relación (Lewis, DeVellis & Sleath, 2002). De acuerdo con el modelo, la comunicación está determinada por las normas sociales, las características de la relación, el sistema de interacción y los factores sociodemográficos que envuelven a los participantes del proceso. A su vez, la comunicación determina los agentes de influencia social; quien ejerce la influencia, y los objetivos de dicha influencia; quien es influenciado. La influencia se da en distintos niveles, cambio en los pensamientos, en los sentimientos, en las conductas y, por supuesto, en la salud. La pregunta de base que guía el planteamiento del modelo, es ¿cómo se ejerce la influencia social? Desde las teorías de la comunicación, se ha definido la localización del poder para ejercer influencia en la conducta, que bien puede ubicarse en el informante, en la información o en el informado. Así, por parte de los agentes de influencia social, *el informante*, existe un ejercicio de poder que se legitima en virtud de las consecuencias del comportamiento promovido, si lo hace en calidad de experto y en consideración del bienestar y desarrollo humano, aunque también el poder en la información conlleva a comportamientos de riesgo. La influencia de la comunicación conlleva al cambio por diversas vías: la persuasión es sólo una de ellas, desde información clara, confrontativa y que provea una dirección de acción. También la influencia se puede ejercer desde el modelado, el aprendizaje social desde el que se exhibe la ejecución de una conducta por parte de un modelo.

Cabe señalar que este modelo no desconoce el poder del informado como referente, que se da si existe una identificación de la persona con un grupo de referencia en el que juegan un papel definitivo las normas y los valores, y quién adoptará o no la conducta promovida.

Figura 8. Modelo de influencia social mediante la comunicación interpersonal, Por el autor



Modelos centrados en la comunidad

Estos modelos otorgan énfasis al papel de la comunidad como agente activo en la salud de los individuos. La comunidad ayuda a identificar problemas, plantea metas, moviliza sus recursos y desarrolla, e implementa, estrategias para dar respuesta a sus necesidades en términos de calidad de vida y bienestar. El constructo de base es el empoderamiento, que se define como la toma del control, por parte de la comunidad, en la búsqueda de alternativas y acciones para dar solución a sus propios problemas (Minkler & Wallerstein, 2003). Estos modelos se estructuran en dos dimensiones, en primera instancia el continuo entre el consenso y el conflicto y, luego, el continuo entre las necesidades y las fortalezas de base. Desde ahí, el desarrollo de la comunidad es posible por la conjunción entre las necesidades de base y el consenso por medio de la colaboración de todos. Respecto al empoderamiento, se entiende como proceso de acciones sociales para adquirir control sobre la vida de la comunidad para crear cambios, que surge del desarrollo de conciencia crítica, como la capacidad de reflexión y acción orientadas al cambio; y por la participación, como la capacidad de la comunidad para organizarse y ejecutar acciones equitativamente (Minkler & Wallerstein, 2003).

Estos modelos permiten la comprensión de los determinantes de la salud, sin embargo, y pese al énfasis que cada uno propone, desde el presente trabajo se aboga por una comprensión holística e integradora bajo el paradigma de la complejidad. Se asume la multi-causalidad y la reciprocidad de las variables como principio explicativo, y se asume que la relación entre variables es posible de ser identificada, bajo estos preceptos se abordará la relación entre las variables en los resultados. Ahora, conviene abordar el tema de las SPA, conocido por la gran variedad de investigación disponible, y por los aportes realizados desde

las disciplinas que se interesan en éste. En tanto que se trata de un objeto (las SPA) y de una conducta (el consumo), hay consenso frente a su descripción y categorización.

Sustancias Psicoactivas (SPA)

Las SPA, son aquellos elementos químicos que “al ser tomados pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo” (OMS, 2005), en tanto que emulan efectos neurotransmisores, alteran el funcionamiento regular de la comunicación química que posibilita las funciones de eferencia y aferencia nerviosa, generan aumento y síntesis de mensajeros químicos, y así sustancias exógenas alteran procesos endógenos que existen para regular procesos normales de motivación, senso-percepción y pensamiento, reduciéndolos o magnificándolos, así inducen sensaciones de placer, vitalidad, relajación, e incluso hasta alteran la experiencia consciente de la realidad.

Las SPA, al tener efecto sobre el sistema nervioso central (SNC) alteran objetiva y subjetivamente el funcionamiento del individuo, generan cambios en su organismo y en su estado de conciencia, por consiguiente el consumidor persigue dicha modificación en su funcionamiento psicológico como propósito y causa teleológica de la ingesta. La diversidad de efectos sobre el SNC depende del tipo de SPA y del tipo de consumo, de ahí que se configure una importante variabilidad al respecto. Así, las dimensiones para la comprensión del efecto de las SPA sobre el consumidor son amplias, varían respecto a su forma de consumo, su estatus legal, su aceptación socio-cultural, su magnitud de respuesta en términos de intensidad, duración y frecuencia.

Neurobiología de las SPA

Si bien los efectos neurobiológicos de las SPA son diversos, es posible indicar un principio que es común a la mayoría de éstas, la emulación del neurotransmisor dopamina. La producción de dopamina en el núcleo accumbens es responsable de los efectos de recompensa, necesarios para el aprendizaje, para el control motor y la experiencia de placer, éste neurotransmisor es alterado por la mayoría de las SPA, hace que sus efectos reforzadores superen los efectos naturales, así, aumenta la probabilidad de consumo como

respuesta instrumental. Además, el sistema dopaminérgico se relaciona con otros muchos sistemas, no solo monoaminérgicos como el noradrenérgico o el serotoninérgico, si no también, con otros como los peptidérgicos, que funcionan al unísono como respuesta al consumo (OMS, 2005).

Dicha alteración se explica en tanto que la sustancia exógena, actúa en las membranas pre-sinápticas a nivel de estímulo para la generación de mayor cantidad de neurotransmisores, bien en tanto bloquea los canales de re-captación del neurotransmisor, porque evita la acción de neurotransmisores que neutralizan el efecto normal del neurotransmisor, o porque sustituyen su acción en el espacio sináptico. Así las sustancias se unen a los receptores e incrementan la función del neurotransmisor, agonistas; o bloquean la acción normal, antagonistas. Así, su principal campo de acción es la comunicación intracelular, y en la mayoría de los casos, en los receptores de la membrana que modificará el proceso de transmisión de la señal. A largo plazo, se reconoce que puede generar modificaciones permanentes en la codificación genética, en tanto las células se adaptan al patrón de transmisión inducido por las SPA, cambia las conexiones sinápticas tal como lo hace el proceso de consolidación de la memoria y por consiguiente altera la estructura sináptica (OMS, 2005).

Hasta ahora es posible afirmar lo siguiente, las SPA alteran la función celular de las neuronas del SNC, modifican la comunicación química entre éstas por emulación y alteración de los procesos de neurotransmisión, modifican el patrón de comunicación sináptica incluso hasta alterar la información genética celular. En principio, la participación de los mecanismos de recompensa desde la activación de la experiencia subjetiva de placer conllevará al incremento de la conducta, la refuerza (incrementa) positivamente (por propiciar la aparición de consecuencias apetitivas), con el consumo prolongado, al alterar los mecanismos de comunicación neuronal, la falta de consumo implicará alteraciones en la experiencia subjetiva de bienestar por lo que requerirá la SPA para restablecer el equilibrio inicial, así se mantiene la conducta por refuerzo (incrementa y mantiene) negativo (en tanto reduce la situación aversiva).

Los efectos biológicos de mayor referencia en torno al consumo de las SPA y que aluden al grado de dependencia son: la *tolerancia* y *abstinencia* (OMS, 2005). Con los elementos enunciados hasta ahora, es posible dar cuenta de éstos. En primera instancia, la *tolerancia* refiere al proceso de adaptación al consumo de la sustancia, los mecanismos neuronales se habitúan a la presencia del estímulo químico por su repetida administración, o por incremento en sustancias metabólicas responsables de la síntesis de las SPA, de tal forma que frente a la constancia en la dosis se reduce la respuesta frente a la misma, así, para lograr los efectos iniciales será necesario aumentar la dosis de consumo. Respecto a la *abstinencia* se define como “un cambio conductual de adaptación, con concomitantes fisiológicos y cognitivos, que ocurre cuando las concentraciones de una sustancia en la sangre o tejidos disminuye en un individuo que ha mantenido un uso intenso y prolongado de la sustancia” (OMS, 2005. pp. 77) tales concomitantes refieren principalmente a la respuesta fisiológica de ansiedad y malestar, a nivel cognitivo a los pensamientos recurrentes e intrusivos respecto al consumo, al deseo intenso por consumir, y sus respectivos patrones conductuales de búsqueda de la sustancia con un importante componente de compulsión, todo este proceso es también conocido como *craving*. Más adelante se mencionarán los criterios diagnósticos para el fenómeno de la dependencia a las sustancias. Por lo pronto, cabe indicar la clasificación de las SPA de acuerdo a algunos criterios de origen, características y estatus de aceptación socio-legal.

Clasificación y descripción de las SPA de mayor consumo

La OMS ha dividido éstas en, al menos, tres tipos, según el criterio de aceptación sociolegal: 1. Medicamentos, 2. Sustancias ilícitas y 3. Sustancias lícitas. 1. Los medicamentos psicofarmacológicos son todas aquellas SPA (aunque no todos los medicamentos son SPA) que tienen un fin terapéutico, prescritas como intervención farmacológica para restablecer un estado de equilibrio dentro del funcionamiento orgánico a nivel de SNC. Las sustancias ilícitas son aquellas que, mediante convenciones internacionales, se han acordado, y cada gobierno acepta, como prohibidas, por tanto, según el país, su producción, comercialización y consumo puede estar penalizado. Y las sustancias lícitas, son aquellas que, si bien por sus

propiedades químicas producen alteraciones a nivel SNC, son reconocidas como legales y su uso puede ser aceptado y hasta promovido socialmente, tal es el caso de la cafeína, presente en el café; la nicotina, presente en el cigarrillo; el alcohol, como las más conocidas. Ahora bien, como toda taxonomía, presenta desafíos para incluir elementos dentro de las categorías, como en el caso de las sustancias volátiles, inhalantes que son utilizadas con el fin de inducir estados alterados de conciencia, son de fácil acceso por encontrarse en diversos productos de libre comercio como el caso del neopreno, éter y disolventes, y sin embargo su efecto nocivo para la salud las ubica como sustancias duras. Al parecer, la clasificación de las SPA, no solo debe considerar su naturaleza estructural, sino también su naturaleza funcional, el conocimiento de la sustancia es insuficiente para dar cuenta del problema, es necesario abordar el consumo como conducta. Por lo pronto, se presenta la definición y descripción de cada una de las sustancias abordadas en el presente estudio, cabe aclarar que por la diversidad de SPA, la siguiente presentación resulta básica y solo considera las principales SPA reportadas en los antecedentes de la investigación, el lector interesado en ampliar esta información podrá acudir a atlas de SPA; SENDA, Chile; DNE, Colombia; OMS; OPS; ONUDC; y OEA en sus páginas web cuentan con un importante compilado del tema.

La nicotina: Esta sustancia legal se encuentra presente en el tabaco, su origen es natural, derivada de la hoja de tabaco. Se consume por vía pulmonar a través de la inhalación de la combustión de la hoja de tabaco, se absorben por difusión a través de la membrana alveolo-capilar. Genera activación de los receptores colinérgicos nicotínicos e incrementa la producción de dopamina y actúa como estimulante, la nicotina actúa como agonista de varias subpoblaciones de receptores nicotínicos del sistema nervioso colinérgico por lo que a nivel conductual está caracterizado por cambios en el estado de ánimo, disminución de estados de ansiedad y estrés, aumento en la capacidad de concentración, atención y memoria (Paterson, 2000).

El etanol: La OMS la describe como la sustancia activa del alcohol, de origen natural se obtiene del proceso de fermentación o destilación de elementos orgánicos que contengan glucosa. En general, se ingiere por vía oral y se metaboliza por la vía gástrica y posteriormente en el hígado, probablemente tiene su base de reforzamiento en la vía

dopaminérgica mesolímbica, responsable del incremento de los efectos inhibitorios del GABA junto con la reducción de los efectos excitadores del glutamato (Samson, 2001). La función principal del etanol es depresora, reduce la capacidad de respuesta sensorial y motora, así como el procesamiento de información, reduce la función inhibitoria del cortex prefrontal por lo que genera desinhibición conductual y afectiva. Particularmente, el alcohol, como sustancia legal, presenta un consumo socialmente aceptado, y promovido principalmente por las industrias que lo producen y comercializan, quienes además dirigen sus campañas principalmente a los jóvenes, por ser potenciales consumidores actuales y a futuro, además de ser posibles facilitadores del consumo de sus padres (Mc Neal, 2000).

El consumo de alcohol presenta efectos tanto apetitivos como aversivos. La gente de la mayoría de culturas, desde los distintos momentos de la historia consume alcohol como una práctica que acompaña diversas clases de ocasiones; por su cualidad de ser facilitador social, debida a su potencial desinhibidor (Fandiño, 2008).

El tetra-hidro-cannabinol THC (cannabis): esta sustancia presenta estatus de ilegal, aunque en algunos países su consumo recreativo es lícito, se usa en tratamientos médicos para el manejo del dolor en pacientes crónicos o en cuidados paliativos. Al igual que el alcohol, aumenta la actividad dopaminérgica en la vía mesolímbica y genera activación de los receptores cannabinoides. Su efecto es mixto, y depende de diversos factores ambientales y personales, puede efectuar acción depresora, estimulante e incluso alucinógena (OMS, 2005). Con Cannabis se hace referencia a las SPA procedentes del cáñamo índico, como la marihuana y el hachís, usualmente se consume a través de la inhalación del humo de su combustión, como el cigarrillo, aunque también es popular en comidas, que en el proceso de cocción también hayan generado la combustión del THC. Es recurrente que esta sustancia sea mezclada con otras SPA por parte del consumidor, o que vengan con aditivos también nocivos como metales pesados y pesticidas en el proceso de siembra, y también con otros componentes como bencina-gasolina de parte de quienes las procesan. Los efectos inmediatos a su consumo son variables, dependen de características del consumidor, de sus expectativas y estado de ánimo, regularmente genera un aumento sustancial en el ritmo cardíaco, enlentecimiento de las funciones motoras, relajación, alteración de consciencia

“ensueño” y desorientación de tiempo y espacio. El THC es una molécula de difícil síntesis, por lo que puede adherirse al tejido adiposo del consumidor por semanas o meses y generar su efecto psicoactivo en momentos posteriores a su consumo.

La cocaína: derivada de la hoja de coca, y por tanto de origen natural, es una sustancia ilícita, se consume esnifada (aspirada), aunque también puede ser inyectada o inhalada en su combustión. A nivel neurobiológico la cocaína bloquea los vehículos de monoamina, dopamina, serotonina y norepinefrina impide, por su acción estimulante, se caracteriza por su rápido y duradero efecto en la reducción de los umbrales de activación, lo que genera mayor respuesta sensorial y también motora, con su respectivo incremento de las respuestas simpáticas: aumento de frecuencia cardíaca, vasoconstricción y a su vez con la respectiva experiencia subjetiva de fuerza y potencia, sus consumidores persiguen sus efectos de aumento en la capacidad física, percepción de vigor y potencia sexual, en el correlato sintomático, su consumo produce aumento en la respuesta de ansiedad, paranoia y pensamientos delirantes (Ritz, 1990; OMS, 2005).

Clorhidrato de Cocaína (Pasta base-bazuco-crack): derivado también de la hoja de coca, es la versión en cristal de la cocaína con mayor potencia y efecto psicoactivo (de 75 a 100 veces más) su forma de consumo es por la inhalación de su combustión, mecanismo que genera un rápido efecto. Los efectos psicoactivos se caracterizan por su alta intensidad y su reducida duración, lo que genera un patrón de consumo de mayor frecuencia, y por tanto incrementa el consumo compulsivo, el correlato neural es similar al descrito para cocaína, pero, como se mencionó anteriormente, con un incremento significativo en la intensidad de respuesta fisiológica (OMS, 2005).

Heroína (Opioides): ésta SPA es también de origen natural, derivada de la flor de amapola, de la que también se extrae el opio y la morfina, por tal motivo pertenece, como otras sustancias, al grupo de los opioides. Su forma de consumo es inyectada, aunque también algunos consumidores inhalan sus vapores de la combustión. Es conocida por su alto poder adictivo, que genera importantes barreras para su abandono. A nivel fisiológico impide la re-captación de dopamina, los receptores opioides median las actividades de los opioides exógenos (drogas) y los péptidos opioides endógenos, el enlace agonista con estos

receptores produce finalmente la inhibición de la actividad neuronal (Mansour, 1995). Como hipnótico produce sensación de adormecimiento, éxtasis, euforia y anestesia, la percepción subjetiva de placer es un componente muy importante en el consumo de estas sustancias, en tanto que sus consumidores indican que es probablemente la SPA que mayor placer les produce (Mansour, 1995).

Las anfetaminas: Este conjunto de SPA es de origen sintético que se obtienen en laboratorio por la interacción de diversos químicos, en principio fueron diseñadas como tratamientos farmacológicos para desordenes de atención, afectivos y comportamentales, en la actualidad se comercializan ilegalmente con fines recreativos. Actúan sobre los mecanismos cerebrales responsables de la regulación de los patrones de sueño y vigilia, por lo que incrementan los periodos de atención y vigilia, como estimulantes, impiden la recaptación de dopamina y además incrementan la producción de este neurotransmisor. El *éxtasis MDMA*, la más popular, genera aumento en la liberación de serotonina e impide su re-captación, de ahí que su efecto esté relacionado con percepción de felicidad y estados afectivos de manía, junto con la hipersensibilidad que persiguen sus consumidores quienes arguyen que ésta les permite percibir con mayor intensidad los estímulos ambientales.

Los inhalantes: son sustancias volátiles derivadas de productos industriales y de hogar, los más comunes son los vapores de pegamentos (neopreno), bencina-gasolina, barniz, solventes de pinturas, ether, thinner, gas propano, tolueno, pinturas en aerosol, poppers, acetona, entre muchos otros. Actúan sobre la vía dopaminérgica mesolímbica, como sedantes hipnóticos afectan la inhibición de neurotransmisores, son conocidos por sus efectos anestésicos (Weir, 2001). La mayoría de éstos actúa como sedantes hipnóticos, pueden llevar desde la sedación hasta la anestesia total, éstos efectos se relacionan con el papel que cumple el receptor GABA-A (Nutt, 2001).

Los alucinógenos: son también un amplio grupo de sustancias que se agrupan fundamentalmente por su propiedad de alterar la consciencia y generar percepciones falsas y distorsionadas de la realidad sensible (alucinaciones). Una de las más conocidas es la dietilamida de ácido lisérgico (LSD). Su composición química es capaz de emular el neurotransmisor serotonina, además como agonista del núcleo de raphe, impide la recaptación

y síntesis de éste neurotransmisor, por lo que puede afectar procesos sensoriales y afectivos, producen un incremento en respuestas simpáticas: aumento en el ritmo cardiaco, presión sanguínea, y temperatura corporal, elicitando reflejos rápidos, descoordinación motriz y reducen el apetito (Jacobs, 1987).

Los analgésicos: son sustancias que inhiben el sistema de transmisión de señales nerviosas relacionadas con el dolor, y activan las vías dopaminérgicas lo que incrementa la sensación de placer, su uso tradicionalmente es con fines médicos, sin embargo, también se usa con fines recreativos. Los analgésicos de mayor consumo con fines recreativos son el tylenol, codeína, metadona, morfina, petidina, tramal, fentanyl, entre otros. Los de mayor efecto psicoactivo son los analgésicos opiodes, derivados de la flor de amapola por lo que su efecto es topográficamente similar al de la heroína, de igual manera, su poder adictivo es considerable, junto con la facilidad de acceso de muchos de éstos.

Los medicamentos psicofarmacológicos: Éstos son de uso, principalmente, médico para el tratamiento de trastornos del ánimo, los antidepresivos y estimulantes; para trastornos de ansiedad, los depresores, somníferos o ansiolíticos; y para desórdenes neurológicos. Su acción sobre el sistema nervioso central es variada y depende del medicamento, lo que es común es su efecto sobre éste y por consiguiente su uso puede ser recreativo. Para el caso de los barbitúricos y benzodiacepinas su efecto hipnótico, sedante y anestésico se relaciona con el papel que cumple el receptor GABA-A (Nutt, 2001).

Tipos de Consumo

En particular, y desde el énfasis en la conducta, se considera el consumo de SPA, como la ingesta de alguna(s) sustancia(s) de manera intencional y voluntaria, con el propósito de experimentar los efectos de la misma, por lo cual se excluye de esta definición la ingesta accidental, o en contra de la voluntad (NIDA, 2008). Se agrupa en una amplia variedad de tipos de acuerdo con el patrón de consumo, ya sea por uso o abuso, cuyas características son susceptibles de ser descritas en términos de frecuencia, cantidad, duración y orden consecutivo, desde su inicio. Varía también de acuerdo con el tipo de sustancia, su vía de

ingesta y de la interacción de sustancias, este último en el caso del policonsumo (consumo de diversas SPA). A continuación se describen las principales categorías de consumo de SPA.

Consumo de vida (experimental): En esta categoría se incluye el contacto inicial con una o varias sustancias, la condición que la define es haber probado o consumido la sustancia alguna vez en la vida, un motivo importante para éste es la curiosidad. Por supuesto, este contacto inicial con la sustancia permite la adopción de su consumo de manera recurrente o no. Durante la adolescencia, surge con mayor frecuencia, por la valoración social que hace el joven frente a la experiencia. Algunas características de personalidad también se relacionan con éste tipo de consumo, la apertura (*openness*) está vinculada con conductas de exploración en las que se incluye el consumo experimental. Usualmente este tipo de consumo es social, se práctica en interacción con otros, especialmente en el grupo de pares.

Consumo ocasional: Corresponde al uso variable de la sustancia, con intervalos de consumo y abstinencia, con propósitos recreativos. Este tipo está determinado por algunas motivaciones como facilitar la comunicación, la búsqueda de placer, relajación, y en algunos casos la transgresión de las normas. El individuo continúa su consumo en grupo, sin que el consumo afecte el desarrollo de su vida, conoce la acción de la misma en su organismo y por este motivo la consume. Hace parte de los rituales de interacción con fines recreativos y en busca de sus efectos euforizantes (Maturana-Hurtado, 2010).

Consumo habitual: Supone la utilización frecuente de la SPA, esta práctica puede conducir a las otras formas de consumo, que depende de la sustancia, la frecuencia con que se emplee, las características de la persona, el entorno que le rodea, entre otras variables. Se mantiene el uso de las drogas para experimentar las sensaciones de placer, pertenecer a un grupo, ser reconocido dentro de éste, como estilo de afrontamiento frente al estrés (auto-terapéutico por los efectos ansiolíticos de las SPA), reafirmación e independencia o aversión hacia la sociedad, y para reducir estados fisiológicos como hambre, o frío. El consumidor amplía las ocasiones en las que recurre a las drogas, este consumo se puede realizar tanto en grupo como en forma individual, los efectos de la SPA son perfectamente conocidos y buscados por el consumidor, y percibe control e invulnerabilidad (Maturana-Hurtado, 2010).

Consumo abusivo: El consumidor presenta necesidad de la SPA, por lo que invierte recursos personales y energéticos en la consecución, consumo y recuperación. En este tipo de consumo se evidencia un deterioro significativo en las distintas áreas de funcionamiento de la persona, el incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa. La dependencia a la SPA, conlleva alteraciones en la percepción de riesgo y daño, por lo que se adoptan conductas de riesgo. El comportamiento compulsivo y de riesgo pone en evidencia al consumidor frente a sus grupos de soporte y redes sociales. Sin embargo, pese a estas señales de compromiso bio-Psico-social, el consumo continúa. Dentro de este patrón de consumo se ha clasificado el *Consumo problemático*, definido por los efectos en las áreas de funcionamiento y de relaciones y el *Consumo dependiente*, cuya característica fundamental es la dependencia a la sustancia, que será explicada más adelante (Maturana-Hurtado, 2010).

A medida que se avanza en la cadena de consumo los beneficios son menores y los riesgos y daños son mayores. Se aumenta las probabilidades de presentar daños sobre la salud, la convivencia, las relaciones, el proyecto de vida, la deserción del sistema educativo, los conflictos familiares, el deterioro económico, los conflictos con la ley, son tal vez los daños más representativos en la población universitaria que consume spa. Los daños, son tal vez un criterio central para definir el consumo abusivo, problemático y dependiente. Al respecto, se definen los criterios para el diagnóstico del consumo abusivo y dependiente:

Figura 9. Criterios Diagnósticos sobre dependencia a las SPA. Fuente: OMS (1992)

Criterios sobre dependencia de sustancias en CIE-10

Se deben experimentar o presentar juntos tres o más de los siguientes criterios en algún momento del año anterior:

1. Fuerte deseo o sensación de compulsión de tomar la sustancia.
2. Dificultades para controlar la conducta de tomar la sustancia en términos de su inicio, finalización o niveles de uso.
3. Un estado de abstinencia fisiológica si se suspende o reduce el uso de la sustancia, evidenciado por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia o el uso de la misma (o alguna estrechamente relacionada) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
4. Evidencias de tolerancia, de forma tal que se requieren dosis mayores de la sustancia psicoactiva para obtener los efectos originalmente producidos a dosis menores.

5. Abandonar progresivamente placeres o intereses alternativos debido al uso de la sustancia psicoactiva, invertir cada vez mayor tiempo para obtener o tomar la sustancia, o para recuperarse de sus efectos.
6. Persistir en el uso de la sustancia a pesar de haber claras evidencias de consecuencias abiertamente nocivas, como daño hepático por beber en exceso, estados de ánimo depresivos debidos al uso intenso de la sustancia o limitaciones en el funcionamiento cognitivo, relacionadas con la droga. Se deberá hacer lo posible para determinar si el consumidor era consciente, o debía serlo, de la naturaleza y grado del daño.

Factores de riesgo o protección del consumo de SPA

De acuerdo con lo expuesto hasta ahora, se concibe la salud como el resultado de la interacción entre múltiples variables a múltiples niveles, la agrupación de estas variables es lo que se denominan factores, y estos pueden ser de riesgo y/o protección. Se considera como factor de riesgo “Un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiente que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)” y como factor de protección “Un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiente que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas” (Clayton, 1992). Entonces, un factor es una condición que aumenta la probabilidad de riesgo o de protección, acerca a la persona a la ocurrencia de la conducta en cuestión, o la aleja de ésta (Pandina, 2002). Razón por la cual, desde este enfoque los factores de riesgo y protección son variables probabilísticas, asunto que es de importante consideración, ya que si bien se parte desde un enfoque determinista, esta causalidad es un índice de probabilidad.

Figura 10. Principios comprensivos acerca de los factores de riesgo. Fuente: Clayton (1992)

1. No siempre están presentes determinados factores de riesgo. Cuando estos factores están presentes aumenta la probabilidad de que la persona expuesta a los mismos pase al uso o abuso de drogas, en comparación a situaciones en las que la persona no se expone a este tipo de factores.
2. La sola presencia de un factor de riesgo no determina que el sujeto consuma drogas, de modo que su ausencia tampoco es garantía de que la persona no las use. El hecho de que alguien consuma drogas es resultado de la confluencia de multitud de factores.
3. El número de factores de riesgo presentes se relaciona directamente con la probabilidad del

abuso de drogas.

4. La mayoría de factores de riesgo y protección tienen varias dimensiones que se pueden medir de forma independiente, y cada una de ellas influye de forma independiente y global en el abuso de drogas.
5. Las intervenciones directas estarían indicadas en los casos en los que pudiese eliminarse un determinado factor de riesgo, sabiendo que con esta acción se disminuiría la probabilidad del consumo de drogas.

Estos factores se pueden clasificar en los distintos ámbitos de desarrollo del infante y del adolescente: Recursos personales, relaciones con la familia, relaciones con el grupo de pares, relaciones en la escuela, comunidad y barrio, y finalmente, ocio y tiempo libre (Maturana Hurtado, 2004; 2011)

En la misma lógica los factores de protección son aquellas variables que contribuyen a modular, mediar, mitigar (reducir) la situación o conducta de riesgo (Felix-Ortiz, 1992). (Camacho, 2005) señala como factores de protección la estructura y dinámica familiar que satisfaga las necesidades del individuo, los ambientes saludables, la existencia y seguimiento de políticas públicas que propendan por el estilo de vida saludable, la existencia y acceso a programas de prevención y promoción de la salud, variables individuales como tener una autoestima adecuada, proyecto de vida definido, repertorio conductual que configure resiliencia. A su vez señala como factores de riesgo aquellas condiciones ambientales tales como desigualdad de acceso a bienes y servicios de bienestar social, disfuncionalidad familiar, presión de pares, así como también la disponibilidad de las SPA y aspectos del sujeto como baja autoestima, baja autoeficacia, y baja tolerancia a la frustración. En términos más específicos, también es importante señalar que las comunidades universitarias son objetivo del mercado de las SPA, diversos ambientes en los que se promueve el consumo son diseñados en ambientes universitarios, el tráfico de sustancias en sectores aledaños, y al interior de las mismas, lo que favorece la disponibilidad y acceso a las SPA.

Figura 11. Principios comprensivos acerca de los factores de riesgo. Fuente: Moncada (1997)

1. Existen factores que se asocian al consumo y factores que se asocian a la abstinencia.
2. Estos factores pueden formar parte del entorno o del ambiente en el que se encuentra la persona así como la de la propia persona.
3. A mayor concentración de factores mayor será el riesgo y la protección.

4. Existen diferentes factores de riesgo para las distintas drogas.
5. Los factores de riesgo para el inicio de consumo de drogas y aquellos que influyen en la drogodependencia tampoco son los mismos, aunque parece que existe una agudización de los factores a medida en que la persona consume más cantidad y en mayor número de ocasiones.
6. Algunos factores de riesgo tienen una influencia constante a lo largo del ciclo vital, mientras que otros son más relevantes en determinadas edades.
7. La validez externa de los factores es diferente.
8. Algunos factores son más remotos, siendo causas más indirectas de la conducta.

Tal y como lo indica, SENDA (2003) en su reporte del consumo de SPA en universitarios, los factores que mejor predicen el consumo son el riesgo percibido, el acceso a las sustancias, el consumo en el entorno y la oferta directa (Maturana-Hurtado, 2011). Dichos factores no distan de los jóvenes colombianos, estos mismos factores son predictores del consumo de SPA, además señala la relación existente entre el consumo de SPA y la infracción de ley, y las conductas perturbadoras como factores de riesgo (Varela & cols, 2007). Factores familiares también son predictores de consumo de SPA, la percepción de las relaciones familiares como conflictivas, el consumo en el hogar por parte de alguno de los miembros de la familia.

Figura 12. Factores de riesgo a nivel del individuo. Fuente: Donovan y Jessor (1985)

Factores individuales	Factores micro-sociales	Factores macro-sociales
Características de personalidad <ul style="list-style-type: none"> • Inseguridad – sobreseguridad • Timidez - extroversión exagerada • Impulsividad • Dificultad en la interacción social • Baja tolerancia a la frustración • Rasgos genéticos 	<ul style="list-style-type: none"> • Desintegración familiar • Incomunicación en las relaciones familiares • Características de personalidad de los padres: muy permisivos o muy autoritarios • Influencia de compañeros y amigos • Características de los grupos juveniles, de la comunidad o el colegio • Leyes respecto al tráfico y consumo de drogas • Disponibilidad de las sustancias en el barrio o comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Influencias socioeconómicas, políticas y legales. • Publicidad respecto al alcohol. • Modelos sociales • Medios masivos de comunicación social • Actitudes y creencias difundidas • Patrones culturales que favorecen el consumo • Disponibilidad de las drogas y el alcohol • Precio y leyes que regulan el expendio • Tráfico y consumo de alcohol y drogas
Aspectos biográficos		
<ul style="list-style-type: none"> • Crisis vitales • Separaciones; pérdidas; duelos • Creencias; actitudes facilitadoras • Escaso desarrollo de habilidades sociales e interpersonales • Dificultad para resistir las presiones del grupo 		

Maturana-Hurtado (2011) indica que la propia condición de adolescencia por sus características, configura una posible condición de vulnerabilidad, retoma a Arbex (2002) para referir, como las necesidades propias del adolescente pueden ser suplidas por elementos como el consumo de SPA, este aspecto será retomado en el apartado de adolescencia.

Riesgos y daños asociados al consumo de SPA

Bajo la lógica, anteriormente expuesta, se consideran riesgos y daños asociados, a los atributos y/o características individuales, condiciones situacionales o contextuales ambientales que pueden suceder como consecuencia, temporal o contingente por el uso o abuso de drogas. Se consideran entonces, bajo esta categoría, aquellas situaciones que generan detrimento en alguno de los dominios del desarrollo, sobre la salud física, mental y las relaciones. Sin embargo, dada la amplitud de la categoría se establece, para el presente estudio, los daños asociados en términos de dependencia, consumo abusivo, infracción de ley, accidentalidad, pérdidas económicas, conflictos interpersonales, daños sobre las relaciones y relaciones sexuales no deseadas.

El consumo de SPA, entendido como conducta, es considerado como uno de los problemas de salud pública de mayor urgencia de acuerdo con diversas instancias internacionales y gubernamentales (ONUDD, 2003; OMS, 2005; OEA, 2005; & ONUDD, 2009), esto, por los daños que representa para la salud, y también por el efecto que causa en la organización social, por cuanto se trata de un fenómeno económico, político, social, cultural y psicológico que involucra distintos actores, dada la magnitud de lo que acontece en torno a todo el proceso de las SPA (Fandiño, 2008). La propia producción, el tráfico, distribución y venta, en el caso de las sustancias ilícitas; el consumo y sus efectos; sus costos y beneficios, todos estos factores interactúan de manera compleja (Flórez-Alarcon, 2007). El consumo de SPA se asocia a importantes daños sobre la salud, tal vez uno de los principales sea la dependencia física y psicológica a la sustancia, el proceso adictivo implica repercusiones sobre el funcionamiento del individuo en sus diferentes dominios.

En la misma línea, para la población universitaria los daños están relacionados con su efecto sobre la salud, el deterioro de las relaciones, el consumo de sustancias más duras, la comisión de infracciones a la ley, el bajo rendimiento y la deserción académica. Incluso, realizar conductas sexuales de riesgo constituye uno de los daños asociados al consumo.

Figura 13: Criterios Diagnósticos DSM-IV. Fuente: APA (2001)

Abuso de sustancias

Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).
3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).
4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).

Dependencia de sustancias

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado
2. abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)
 - (b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
3. la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía
4. existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
5. se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia
6. reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia
7. se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

Un elemento importante, para la mayor parte de la población, pero en particular para los adolescentes jóvenes, es el que tiene que ver con el cambio en las conductas sexuales asociado al consumo de SPA, los cambios de consciencia, emocionales y sensoriales implican una modificación en la evaluación que realiza el individuo frente a las situaciones que vive, a sus actos y las consecuencias de los mismos, así, uno de los daños asociados al consumo es la adopción de conductas sexuales de riesgo, acceso a relaciones sexuales no deseadas o en contra de la voluntad, relaciones sexuales sin protección, e incluso el comercio sexual a fin de conseguir SPA.

El consumo de SPA se asocia vulnerabilidad económica, y no sólo como factor de riesgo, sino como consecuente del mismo (Egenau, 1998), con una importante proporción de accidentalidad (Schottenfeld, 2000; Soderstrom & cols, 2001; Bruga, 2004), se asocia con

deudas y empeños en consumo abusivo y dependiente (Castellanos, 2007; Villareal, 2008) con conflicto e infracción de la ley (Flórez-Alarcon, 2006) con riñas callejeras y violencia (Scandroglio, 2002; Rodríguez & cols, 2007; Hernandez & cols, 2008; Redondo & cols 2008; Lorenzo & cols, 2009) con conductas sexuales de riesgo, infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados (Calafat & cols, 2009), puede ocasionar disfunciones sexuales (Labrador, 1998) y con conflictos en las relaciones interpersonales (Osorio, 2006; Redondo & Galdóm, 2008; Lorenzo & cols, 2009)

En términos particulares, se han documentado importantes efectos asociados al consumo de cada SPA. Por ejemplo, el consumo abusivo de alcohol se asocia con daños y riesgos, como la comorbilidad con distintos trastornos psiquiátricos: los consumidores recurrentes de alcohol presentan 3.3 veces más probabilidades de desarrollar esquizofrenia, el 80% de las personas con dependencia al alcohol presenta síntomas depresivos, y del 38 al 44% presenta episodio depresivo mayor (OMS, 2005). Además presentan alto riesgo a desarrollar enfermedades hepáticas, coronarias; como también riesgo de accidentalidad, violencia, pérdida de la funcionalidad, conflictos, entre otros. El alcohol tiene importantes repercusiones neurológicas, síndrome de Korsakoff, neuropatía, degeneración cerebelosa, amnesias transitorias, alucinaciones, convulsiones, enfermedades desmielinizantes intoxicación alcohólica aguda y patológica, delirium tremens y efectos nocivos sobre el aparato digestivo (Lorenzo & cols, 2009).

Respecto al tabaco, sus efectos también han sido ampliamente documentados, de acuerdo con la (OMS, 2006a) actualmente el tabaco cobra 5 millones de vidas al año a nivel mundial, cifra que llegará a duplicarse para el 2020, su consumo es el factor de riesgo número uno para el desarrollo de cáncer de pulmón (90%), que a su vez, es el tipo de cáncer que causa mayor número de muertes en el mundo también es causante del 20% de los demás tipos de cáncer como los de faringe, laringe, cavidad oral, vejiga y riñón (Salgado, 1999; OMS, 2006a). Anualmente mueren 20 mil colombianos por hechos atribuibles al consumo del tabaco, y se pierden 1.2 billones de pesos lo que corresponde al 0.5% del PBI, esto por concepto de discapacidades asociadas al tabaquismo y a la muerte prematura. Según la Presidencia de la República de Colombia (2006). El consumo de tabaco es causa de

más de 70 tipos de cáncer y es factor de riesgo de las enfermedades coronarias, es la principal causa de morbilidad evitable en el mundo (OMS, 2006a; Ceballos & Campo-Arias, 2006). Las enfermedades asociadas al tabaquismo son la primera causa de mortalidad en los países desarrollados y ocupan los primeros lugares en los países en desarrollo (Salgado, 1999). Según la OMS la mitad de los fumadores que se mantienen en el consumo mueren prematuramente debido a tal conducta, es decir, el 50% de los fumadores regulares, 1 de cada 2, muere por el hábito (OMS, 2006, Ministerio de protección social, 2006). Ya que se estima que hay 1300 millones de fumadores habituales, de estos 650 millones morirán por causas asociadas al consumo (OMS, 2006). A nivel de las Américas, el tabaco ocasiona alrededor de 845.000 muertes al año (OPS, 2001) mientras que en Colombia mueren 21.000 personas al año por enfermedades asociadas al tabaquismo (Ministerio de protección social, 2006). El consumo de cigarrillo no solo está asociado con el cáncer, también es causante de enfermedad obstructiva pulmonar EPOC (Morera, 2005) y con otras enfermedades pulmonares y coronarias no tumorales (Ramos & cols, 2004).

Por su parte, el consumo de SPA inhalables como aquellas que son fumadas, y los inhalantes (vapores volátiles), está asociado a importantes afecciones pulmonares y a daños neurológicos, su efecto directo sobre las vías respiratorias es tóxico (Guardiola, 2006). La cocaína es responsable de isquemia miocárdica e infarto agudo de miocardio, de arritmias y alteraciones de la conducción (Marzoa-Rivas & Cols, 2006) también de complicaciones neurológicas como enfermedades cerebrovasculares, convulsiones, agitación psicomotriz, hipertermia, rabdomiolisis (Torres-Hernandez & Climent-Díaz, 2006). A las drogas de síntesis como el éxtasis, se les asocia con trastornos de la alimentación, trastornos del sueño, trastornos de ansiedad, ataques de pánico, amnesias e intoxicación del miocardio (Prada & Álvarez (1996).

Es a partir de éstos efectos nocivos, que afectan el desarrollo humano, las relaciones, la convivencia y la salud que se problematiza el consumo de SPA. En la actualidad se presentan diversas posturas al respecto, el debate está vigente y las posturas van desde la tolerancia cero al consumo a la legalización y aceptación. Sin la intención de entrar a polemizar, se considera que las consecuencias objetivas del consumo de SPA debe ser un criterio central en

la consideración y en el estatus socio-legal de éstas, en consideración particular a la población adolescente y joven.

Adolescencia y Juventud

Como se ha señalado a lo largo de esta revisión, la adolescencia podría considerarse una condición de vulnerabilidad para el consumo de SPA (Maturana-Hurtado, 2011) por las características normativas que le convergen en términos biológicos y socioculturales. Ahora bien, es necesario describir dichas características y asumir los criterios de inclusión al grupo etario, desde los componentes objetivos de la adolescencia y juventud. Entonces, para efectos del estudio propuesto, se toma la definición de *adolescencia* de acuerdo con los criterios convencionales propuestos por la OPS, y asumidos por el gobierno de Colombia que resaltan: el desarrollo biológico, el desarrollo psicológico y la autonomía de joven como determinantes de la capacidad de responder por sí mismo y por sus actos; así que adolescencia y juventud, se definen bajo estos tres criterios, el desarrollo biológico, como variable objetiva, el desarrollo psicológico como variable subjetiva, y la responsabilidad legal, como variable convencional. La Presidencia de la República de Colombia (2004) define *adolescencia* como: “una condición que suele empezar con la pubertad (maduración sexual), hacia los 12 ó 13 años, y que algunos prolongan hasta los 18 ó 19” (pp. 55) y, al joven como la persona entre 14 y 26 años de edad que se encuentra en “la transición entre la niñez, con su dependencia de los adultos, y la condición adulta, caracterizada por la autonomía” (pp. 57).

Generalidades del Desarrollo

La perspectiva del desarrollo permite el establecimiento de un marco normativo de lectura del proceso de cambio del individuo, como lo señala Kiemelman (2003), tal conocimiento es indispensable a fin de identificar los aspectos propios de cada edad y favorecer los logros evolutivos. Desde ésta perspectiva es posible identificar los logros esperados, y así mismo, los aspectos involucrados o afectados por eventos de la historia personal. Desde una consideración descriptiva del desarrollo se indican las tareas evolutivas esperadas para determinada edad, fundamentalmente en sus tres principales tópicos, en sus

principales dominios: desarrollo fisiológico – cognitivo – psicosocial. Se entiende por desarrollo ese proceso de cambios en el que participan e interactúan variables biológicas, variables ambientales, relacionales-sociales y psicológicas individuales, es sucesivo, sigue una secuencia de requisitos y prerrequisitos para el cumplimiento de tareas evolutivas; tal sucesión es discontinua, ya que no sigue un ritmo constante; es variable, en tanto se caracteriza por momentos de explosión cualitativa y cuantitativa de capacidades y habilidades, y también por tiempos de detención, y cuyo curso está incluso determinado por los eventos vitales del individuo (Shaffer, 2007).

Tareas Evolutivas de la Adolescencia y Juventud

La adolescencia presenta importantes cambios a nivel físico, fisiológico, estructural y funcional del organismo, que corresponde a la maduración. A éste nivel, la adolescencia inicia con aquellos cambios de orden hormonal que dan lugar a la pubertad, y se presentan de manera secuencial; por ejemplo, el crecimiento de los senos precede a la menstruación, el vello púbico anticipa al axilar, así mismo, las extremidades inferiores crecen primero que el tronco, y los testículos se aumentan de tamaño antes que el pene. Ahora bien, el tiempo de inicio de cambio, así como la magnitud y velocidad varían entre las edades (Papalia, 2009; Lerner & cols, 2003; Lerner, 2004; Shaffer, 2000). A nivel cerebral los centros superiores incrementan la producción hormonal en la glándula hipófisis, que conlleva a un aumento en la concentración de gonadotropinas (hormona folículo-estimulante) y de esteroides sexuales; el cerebro intermedio (hipotálamo) envía impulsos nerviosos a la hipófisis, que a su vez transmite mensajes a las glándulas sexuales femeninas y masculinas; a continuación, los ovarios de la niña producen estrógenos, y los testículos del niño, andrógenos (testosterona), ambas hormonas están presentes tanto en hombres como en mujeres, lo que varía es la cantidad. Por supuesto, los adolescentes experimentan estas transformaciones con curiosidad (Lerner & cols, 2003; Lerner, 2004). Tales cambios implican modificaciones en la experiencia emocional, a nivel senso-perceptual y motor. Se incrementan las sinapsis en vías sensorio-motoras, por lo que los sentidos se agudizan, y las capacidad de acción también. Por esto, el adolescente experimenta las situaciones con un alto contenido emocional, obtiene

información diversa del ambiente y además tiene la potencialidad para actuar sobre el mundo.

Respecto a las características de desarrollo de los procesos cognitivos básicos: sensación, percepción, atención y memoria; procesos de orden superior: pensamiento, lenguaje, razonamiento, inteligencia, también de razonamiento moral, se presentan importantes variaciones. A nivel de pensamiento, el nivel de categorización que domina le permite calificar los enunciados en términos de verdad o falsedad, a nivel representacional, puede manipular los contenidos disponibles del mundo y su estado de cosas para imaginar una amplia variedad de posibilidades, lo que hace posible el “razonamiento hipotético”. Este nivel de pensamiento, favorece, también, el desarrollo del juicio moral, que refiere al razonamiento de lo que puede ser calificado como correcto o incorrecto, justo o injusto, pero desde la lógica y argumentación que el sujeto puede construir para hacer ésta evaluación, en tal convergen las atribuciones causales y el reconocimiento del otro; en términos prácticos, se trata de considerar que es bueno o malo en virtud de lo que suceda con el acto en cuestión, también, en virtud de la temporalidad de la consecuencia y hacia quién está dirigida dicha consecuencia (Papalia, 2009; Lerner & cols, 2003; Moshman, 2005; Lerner, 2004; Shaffer, 2000).

Con referencia a los aspectos psicosociales, se alude a procesos afectivos, emocionales y relacionales, la formación de identidad a partir de la auto-afirmación instrumental que realiza a partir del otro, del soporte social que es posible desde la pertenencia al grupo social y desde el sentido social que implica la pertenencia a un grupo diferente al grupo familiar de origen (Papalia, 2009; Lerner & cols, 2003; Moshman, 2005; Lerner, 2004; Shaffer, 2000). El adolescente busca definir y lograr su identidad en un ambiente social y relacional, la familia, amigos, escuela, universidad y las demás entornos, de ahí deriva los valores éticos, morales y estéticos que juegan un papel importante en el desarrollo de su personalidad.

El comportamiento del adolescente, estará determinado, en importante proporción por la evaluación y valoración que, de éste, realicen sus pares significativos. Este evento es posible en tanto que primero él mismo realiza una evaluación y, el comportamiento, le reporta reconocimiento, le permite centrar la atención en sí mismo, *egocentrismo*; lo que

conlleva necesariamente a que esta recurrente motivación le lleve a evaluar que su conducta está constantemente siendo observada por los otros, *audiencia imaginaria*, con su consecuente sensación de vulnerabilidad y miedo al ridículo (Phillip, 1997).

Respecto a éste último dominio, se hace énfasis en la presente propuesta, se considera entonces la susceptibilidad del adolescente hacia la influencia social, y, por tanto, el nivel de incidencia sobre la conducta saludable o de riesgo. Entonces, el grupo ejerce *influencia social*, como proceso que conlleva al cambio en la conducta, y en particular en la conducta saludable, tal influencia se ejerce mediante la comunicación interpersonal que se puede dar entre múltiples canales (Lewis, DeVellis & Sleath, 2002) ya que no es una función exclusiva del lenguaje verbal, no sólo referirá a procesos de modificación del comportamiento mediante la persuasión; la imitación, el modelado, se considera un tipo de comunicación que permite al sujeto la observación de conducta y su posterior ejecución. Desde ésta comprensión, no solo se cree que un proceso de presión de grupo, o presión social, sea la invitación explícita al consumo de SPA, también se considera el modelado de otros sociales.

Finalmente, en la juventud, se logran los ajustes a nivel fisiológico, de estructura de la identidad, de formación del concepto de sí mismo, las relaciones mantienen su nivel de importancia, sin embargo se vuelven más exclusivas, se reduce el número de relaciones significativas y se aumenta la importancia y compromiso en dichas relaciones. Un elemento fundamental en esta culminación es la clarificación del proyecto de vida, con acciones para su consecución, de ahí que el espacio de la universidad cobre valor en este sentido.

Figura 14. Necesidades del adolescente de Arbex. Por el autor.

Necesidad de reafirmación: orienta las acciones del adolescente a la construcción y definición de la identidad
Necesidad de transgresión: el adolescente requiere contextos normativos que irrumpir, infringir normas.
Necesidad de conformidad intragrupal: el adolescente requiere hacer parte de un grupo, que le de soporte instrumental y emocional y a la vez valide sus propios actos en función de la práctica del grupo.
Sensación de invulnerabilidad: las características fisiológicas del adolescente le llevan a sobreestimar sus propias capacidades y minimizar los riesgos ambientales.
Rechazo a la vida del adulto: el reconocimiento del estado de cosas del mundo, su visión crítica le llevan a asumir una actitud desesperanzada frente al mundo le lleva a oponerse a la visión adultocéntrica

<p>Susceptibilidad a las presiones del entorno: sensibilidad a la información del ambiente y por tanto, en la búsqueda de identidad, a asumir los comportamientos que los medios le presentan como deseables</p>

Juventud:

Las condiciones sociales son muy diferentes para diversos sectores del país, la diversidad subyace no sólo a la cultura propia de cada grupo de la nación, sino que por causa de la inequidad social, la diversidad de grupos y situaciones es característica de la sociedad nacional. Por esta razón, se habla de juventudes más que de juventud. En el contexto de Latinoamérica y más específicamente de Colombia, la heterogeneidad no permite abordar a la juventud como un grupo, sino que se debe abordar desde el reconocimiento de las múltiples diferencias.

Ahora bien, entre tanta diversidad y variabilidad, la juventud conserva una identidad propia que es la esencia al concepto. Se deben establecer unos mínimos que permitan definir a la juventud como un grupo y que dicha definición permita diferenciarlo de otros. En lo que respecta a la delimitación de la juventud, en la literatura se ha abordado la juventud como una etapa de la vida que abarca de los 12 a los 26 años, se diferencia a los jóvenes menores de edad (12 a 17 años) de los jóvenes mayores de edad (18 a 26 años). Dicha diferenciación obedece a una perspectiva de desarrollo biológico, también psicológico que repercute en la consideración del joven no sólo a este nivel, sino también a nivel legal, ya que el trato que se le dé al joven debe ser diferente y regido a estos factores, que el que se le de al adulto. En este sentido juegan papeles importantes, el desarrollo biológico, el desarrollo psicológico y la autonomía de joven determinada por la capacidad de responder por si mismo y por sus actos.

En términos generales, se puede apreciar que el abordaje investigativo (Serrano & cols, 2002), da una apreciación negativa sobre la situación actual de los jóvenes en Colombia, ya que pone de manifiesto la percepción que se tiene de los jóvenes como un grupo vulnerable, rebelde, conflictivo y violento, en contraste con la visión positiva que tiene el gobierno de la juventud como un grupo participativo y con oportunidades. En cualquiera de los dos casos es

necesario determinar si se obedece al sesgo al mostrar los resultados de la exploración sobre la situación de la juventud. Por esta razón, surge la necesidad de realizar una revisión más profunda de la situación actual de la juventud que esté sujeta a la situación real y que presente la variabilidad y diversidad característica de la juventud, una visión de conjunto que tenga en cuenta al joven como constructor social y también como agente vulnerable (Presidencia de la República de Colombia, 2002).

Hasta ahora, la juventud ha sido presentada como una generación vulnerable, perdida, con problemas de violencia, pobreza y condiciones caracterizadas por la inequidad vista en la imposibilidad de acceder a recursos que le permitan mejorar su calidad de vida. Sin embargo, existe una marcada polarización por la diferencia de estratos, ya que los estratos sociales altos, si cuentan con las oportunidades de acceder a los bienes públicos y privados que les permiten mejorar sus oportunidades de construir un mejor futuro, en relación con los estratos bajos que no cuentan con dichas posibilidades. Por su parte, la encuesta realizada por el programa presidencial para el sistema nacional de juventud, presenta las opiniones y actitudes de los jóvenes respecto a su vida. Abordaron a la población joven de 12 a 26 años de algunas ciudades pequeñas y municipios. Se encuestaron igual número de mujeres y hombres, y la diferencia de estrato también fue igual. De la encuesta surgen varias percepciones interesantes que merecen ser objeto de estudio. Sigue la constante percepción del joven como violento, se perciben a sí mismos con un futuro prometedor, casi todos viven de los recursos económicos de sus cuidadores, se destacan por ser violentos pero buenos deportistas, su contacto con la realidad nacional es por medio de los medios de comunicación, los medios determinan su conducta en un 50%. Se destacan los problemas de la juventud relacionados con la depresión, ansiedad, consumo de SPA (Presidencia de la República de Colombia, 2002).

El gobierno está en la obligación de trazar lineamientos de trabajo en políticas de juventud para garantizar que las generaciones que reemplazarán a las actuales tengan unas condiciones adecuadas que les permitan el libre desarrollo en todos los niveles. Los ejes temáticos son definitorios en cuanto a que determinan el transcurrir de la vida y el proyecto de vida, se debe dar lugar a los problemas de salud que constituyen factores de riesgo

importantes en la juventud, que vayan más allá de la salud sexual y reproductiva y que tengan en cuenta el consumo de SPA en la juventud, que constituye un problema de salud importante en la actualidad (Presidencia de la República de Colombia, 2004).

Estudiantes Universitarios

La universidad constituye un escenario físico y social que configura un contexto con características particulares, sumado a las características propias del ciclo evolutivo del adolescente-joven. El estudiante universitario se encuentra amparado por la cobertura institucional en la que convergen procesos de formación dirigida y a su vez autónoma, condiciones que no solo aluden a la formación en conocimientos fácticos o competencias profesionales, sino que también a competencias sociales y relacionales, que permite, incluso la modificación y ajuste de la personalidad (Camacho Acero, 2005). También, el universitario se encuentra en un periodo de ajuste frente a las exigencias que le provee la institución, que para muchos, distan bastante de las demandas que le imponía el sistema escolar, lo que puede estar vinculado a procesos de ansiedad y estrés.

Así, el estudiante universitario se ubica en un momento evolutivo el que se destacan sus contenidos de responsabilidades y demandas, la búsqueda de satisfacción; en el mundo social y en el ámbito ocupacional, la necesidad de experimentación, la necesidad de autoafirmación y reconocimiento y, por tanto, la pertenencia al grupo de pares. Características que lo ubican en una condición de vulnerabilidad en el inicio de conductas de consumo de SPA (CONACE, 2006; Salas-Palacio, 2007; & Maturana-Hurtado, 2011), y dicha vulnerabilidad no es menor en tanto que la evolución del consumo de SPA tiene su inicio en las situaciones que se relacionan con el consumo experimental. Así, en tanto por evolución del ciclo vital, como por evolución del consumo de SPA, la adolescencia es el momento de vida en el que se configuran las condiciones y conductas que aumentan la probabilidad de riesgo y vulnerabilidad frente al consumo de SPA.

Antecedentes de la Investigación

En general, la producción de investigación sobre el consumo de SPA ha ocupado un lugar importante; a nivel gubernamental, sanitario y académico, se han realizado distintos acercamientos, organizaciones e instituciones han dedicado importantes esfuerzos para describir y comprender la naturaleza del consumo de SPA y sus variables asociadas, con múltiples delimitaciones. La temática ocupa dicho lugar de importancia por su relevancia social y por la urgencia de respuestas frente a las interrogantes que genera.

En particular, el consumo de SPA en adolescentes jóvenes, escolares y universitarios, también ha sido foco de interés, en tanto que éste grupo etario presenta unas características particulares que configuran una condición de vulnerabilidad al consumo. Con las implicaciones éticas que tiene, en tanto que ha contribuido a incrementar la percepción del adolescente-joven como consumidor, pero que a su vez ha servido para prestar atención frente a la condición de vulnerabilidad que acompaña este momento del ciclo vital.

Así, dar cuenta de la dimensión del consumo sobre la base de la evidencia, y determinar las variables relacionadas a fin de dar respuestas prácticas y realistas frente al fenómeno ha fundamentado el desafío al que las investigaciones han intentado responder. Es recurrente encontrar en los distintos reportes de investigación la consideración práctica de los resultados, las variables y factores propuestos a tener en cuenta a la hora de diseñar e implementar estrategias de intervención y prevención.

A continuación, se presenta una breve revisión de los reportes de investigación del consumo de SPA en estudiantes universitarios adolescentes-jóvenes de los últimos años en el contexto iberoamericano, reportes que se aproximan en términos metodológicos: en las variables de estudio, la población participante, o, a los resultados obtenidos. Tales investigaciones, como antecedentes de la presente investigación, permiten la formulación de hipótesis descriptivas y comprensivas del fenómeno de estudio, dan luces también de las consideraciones metodológicas a tener en cuenta en nuevas investigaciones, y permiten el acceso a elementos de referencia para la lectura de nuevos resultados que permitan el contraste y la discusión. Los antecedentes referidos se organizan en los términos de la presente investigación, en primer lugar se reportan investigaciones que describen el

consumo de SPA en estudiantes universitarios y adolescentes jóvenes, luego se presentan aquellos hallazgos referentes a las condiciones que incrementan la probabilidad de consumo en términos de factores de riesgo y finalmente se reportan los aportes referidos a las consecuencias que entran en detrimento de la calidad de vida asociadas con el consumo de SPA bajo el título de daños asociados. Para cada subtema se presentan las investigaciones en Iberoamérica y luego las investigación locales.

Descripción del Consumo

En los distintos estudios, nacionales e internacionales, el consumo de SPA está concentrado en los grupos de edades más jóvenes, el consumo de SPA se ubica en un rango de los 14 a los 35 años (Rodríguez y cols, 2007). Con respecto a la edad de inicio de consumo de cualquier SPA, parece haber consenso en los reportes que indican que los adolescentes inician el consumo de cualquier SPA hacia los 14 años y que la primera SPA es el alcohol (Mora-Rios y Natera, 2001; Jiménez-Muro y cols, 2008; Cerró y cols, 2009).

Respecto a la variable de género existe también una tendencia clara en las investigaciones: en general el consumo de SPA es mayor en hombres que en mujeres (Viña y cols, 2004; Pelloni y Pronsky, 2006), aunque, al parecer las mujeres consumen más cigarrillo que los hombres (Viña y cols, 2004).

De igual manera, existe una clara tendencia a la preferencia de algunas SPA en el grupo etario, de las SPA lícitas la de mayor consumo es el alcohol seguida del cigarrillo, cabe resaltar que el cigarrillo usualmente presenta un consumo mantenido en el tiempo. Mientras que de las sustancias ilícitas, la de mayor prevalencia de consumo es la marihuana. Por ejemplo, Arellanez-Hernández y cols (2004) reportan mayor consumo de marihuana, seguida de cocaína, solventes inhalables y tranquilizantes en adolescentes jóvenes, así también Cáceres y cols. (2006). Hynes-Dowel y cols (2010) realizaron un estudio de corte epidemiológico y transcultural en el que participaron 170.286 estudiantes de secundaria de Argentina, Bolivia, Chile, Perú, Ecuador y Uruguay, a fin de determinar la prevalencia de consumo de cocaína; ésta sustancia ocupó el segundo lugar de consumo, antecedida por la

marihuana, en la mayoría de los países encuestados, a excepción de Argentina y Uruguay, en la que ocupó el primer lugar como sustancia ilegal de mayor consumo.

En la misma línea, Viña y cols (2004) realizaron una caracterización del consumo de SPA legales e ilegales en estudiantes de Psicología de la Universidad de Laguna, en España. En su estudio participaron 544 estudiantes de psicología, 84% mujeres y 16% hombres, entre 17 y 40 años, y promedio de edad 20,7 años. Los investigadores indican que existe mayor proporción de hombres que habían consumido SPA con respecto a las mujeres, excepto para el caso de los tranquilizantes. Destacan la prevalencia de consumo para cannabis, 62,8% hombres y 43,7% mujeres; tranquilizantes, 19,8% y 27,7%; y cocaína 26,7% y 12,6%, respectivamente. Reportan, también, mayor consumo de alcohol en el grupo del cual el 50% de las mujeres informó ingesta semanal de bebidas alcohólicas, frente al 70% de los hombres.

Chávez y colaboradores (2005) evaluaron la prevalencia del consumo de diferentes SPA, así como los factores psicosociales asociados y las diferencias de género, en estudiantes de nivel medio superior de la Universidad de Guanajuato, México. Participaron 2532 jóvenes 45,6% hombres, entre 13 y 22 años (con edad media de 15). Sobre el tabaco, el 54% respondió haberlo probado alguna vez; respecto al alcohol, las tres cuartas partes de los estudiantes reportan haber ingerido alguna bebida, pero más de la mitad dice jamás haber llegado a la embriaguez, el 16% ha estado bajo su efecto en el último mes. Mientras que el 14% de los jóvenes declara haber probado al menos una sustancia ilegal alguna vez; las más populares son los tranquilizantes, la marihuana, cocaína y anfetaminas.

Por su parte, Pelloni y Pronsky (2006) realizaron un estudio descriptivo del consumo de SPA y su prevalencia en estudiantes universitarios de Argentina, en el área metropolitana de Buenos Aires con una muestra de 3.365 estudiantes de 7 universidades de Buenos Aires, con edad promedio 24,4 años, 6 de cada 10, sexo femenino, de los quienes, poco menos de la mitad, se dedica sólo a estudiar. Encontraron que el consumo en general, tiene mayor prevalencia en hombres entre los 22 y 25 años, el porcentaje de personas que consumen cocaína, tranquilizantes y opiáceos es mayor entre quienes tienen pareja que entre los solteros, y la relación es inversa en el caso de las demás sustancias. Reportan mayor

prevalencia de consumo de marihuana en estudiantes de universidad pública que privada; además, más de la mitad de los encuestados indicó haber probado tabaco al menos una vez, y poco menos de la mitad continuaba su consumo, el 90% de los encuestados que reportó haberlo probado, lo hizo antes del ingreso a la universidad, hacia los 15 años; en su mayoría son hombres quienes mantienen el consumo, que, además, es mayor en quienes también trabajan. Respecto al consumo de alcohol reportan que 9 de cada 10 hombres y 8 de cada 10 mujeres presentaron consumo de vida, y más de la mitad reportó haber consumido alcohol durante el último mes, con promedio de 15 años para el primer consumo. El 42% consume al menos una vez a la semana; la mayor prevalencia es en hombres y para los trabajadores. En concordancia con otras investigaciones, reportan que la Marihuana es la sustancia ilegal de mayor prevalencia de consumo y su primer consumo se presentó entre los 16 y 20 años.

Rodríguez y cols (2007) realizaron una investigación en la que describieron el consumo de SPA en universitarios de 18 a 26 años (pertenecientes al nivel socioeconómico medio-alto y alto) por medio de la metodología de de pares, que asistían a dos universidades privadas no tradicionales de la Región Metropolitana de Santiago de Chile en el año 2003. En la muestra total, 92,3% de los jóvenes declaró consumir drogas lícitas (tabaco o alcohol), el consumo de tabaco alcanzó 78,9% y el consumo de alcohol 80,3%, ocupando el primer lugar en prevalencia de consumo. En el caso de las drogas ilícitas, el consumo de marihuana fue de 63,4%, cocaína 4,9% y éxtasis 2,1%. Sólo 33,3% de la muestra, El porcentaje de mujeres que consumía tabaco fue significativamente mayor que el porcentaje alcanzado por los hombres, sólo en ésta SPA lícita encontraron diferencias entre géneros, el consumo de alcohol en las mujeres (76,8%), fue muy similar al de hombres (82,6%). El 63,4% reportó haber consumido marihuana, y todos ellos consumían alguna SPA lícita. Los investigadores reportan que el consumo de hombres fue ligeramente mayor al de mujeres en las drogas ilícitas: marihuana, 58,9% de las mujeres y 66,3% en los hombres; cocaína, 1,8% para las mujeres y de 7,0% en los hombres, y éxtasis, 3,5% en hombres, las mujeres no reportaron consumo.

Díaz-Martínez y cols (2008) evaluaron la prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en estudiantes universitarios de reciente ingreso de la Universidad Nacional y Autónoma de México, UNAM, con 24921 estudiantes con promedio de edad de 18,7 años.

Reportan que la prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol fue de 11,1% y 18,4%, respectivamente; mayor en hombres, con 17,3% y 27,4%; que en mujeres, 6.2% y 11.3%. Indican que quienes tienen mejores condiciones a nivel económico presentan un mayor riesgo. También, indican mayor riesgo en hombres entre 20-23 años, y mayor prevalencia en personas que además de estudiar trabajan, con una relación directamente proporcional entre el consumo de alcohol y la cantidad de horas trabajadas al día.

Cerró y cols (2009), realizaron una caracterización de ingesta de alcohol en estudiantes de nuevo ingreso a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, en Venezuela, en ésta contaron con la participación de 440 estudiantes del curso introductorio del año 2007, de 17 años en promedio de edad y 77% mujeres. Reportan que la edad de inicio en uso de alcohol fue de 14,84 años en promedio, el 80,8% presentó consumo de vida, y recientemente lo hacía 40% de la población; la cerveza, vodka y vino fueron las bebidas alcohólicas de mayor consumo. De quienes ingieren alcohol, predominó el consumo ocasional en el 75,4% de los casos y con fines sociales y recreativos en el 49,8% de los casos.

Pulido-Rull y cols (2010) presentan resultados de la evaluación de consumo de SPA realizada en el 2008, en la que participaron 290 estudiantes de la universidad Intercontinental de México con una media de edad de 21,25 años, pero además en comparación con evaluaciones previas realizadas en la misma institución. Reportan incremento en el consumo de SPA, especialmente para la marihuana que pasó de 27,72% de consumo en el 2000 a 43,1% en el 2008. Los autores indican que las SPA más consumidas son marihuana, hachís, antidepresivos, tranquilizantes, anfetaminas y cocaína (en su respectivo orden); respecto a las sustancias legales, el alcohol presentó consumo de vida de 98% y 71,3% en el último mes.

En el ámbito local nacional también se presenta el mismo patrón de consumo, la SPA legal de mayor prevalencia de consumo es el alcohol seguida del tabaco, luego de las SPA ilegales la de mayor prevalencia de consumo es la marihuana. La edad de inicio en general es alrededor de los 14 años y más temprano para el alcohol. Por ejemplo, Cáceres y cols. (2006) indican que las SPA ilegales que se consumen los estudiantes universitarios de Cali, Colombia, son: en primer lugar la marihuana (7,1% de los sujetos de la muestra), el éxtasis y otros

alucinógenos (1.8%), los opiáceos (1.5%) y la cocaína (0.9%). De sus encuestados el 23,2% de los estudiantes de la muestra ha consumido alguna vez o consume actualmente marihuana y el 31% de ellos continua su consumo. El consumo actual de SPA se presenta en mayor proporción en hombres (67.3%); que es superior entre los mayores de 18 años (96%) y entre los solteros (98%). Respecto al éxtasis y otros alucinógenos, el 4.4% de la muestra consumió alguna vez o consume actualmente alguna de estas sustancias mientras que el 27.1% de ellos consume actualmente, en su mayoría hombres (69.2%).

Congruentes son los resultados de Arrieta (2008) quien realizó un estudio descriptivo transversal del consumo de alcohol en estudiantes de la universidad de Cartagena, Colombia; con la participación de 1031 universitarios; de la que reportó que la edad de inicio de consumo de SPA es de 15 y 16 años, el 89,3% de sus participantes reportó consumo de vida de alcohol, el 83,4% consumo actual, y en ambos casos, mayor para hombres que para mujeres; de quienes el 34,5% presentó consumo perjudicial, de riesgo y dependiente.

Cicua y cols (2008) también presentan datos que respaldan los hallazgos relacionados al consumo de alcohol en universitarios. Reportan que la edad de inicio promedio de consumo de es entre los 11 a 19 años, indican además que, con mayor frecuencia, el lugar en donde los adolescentes consumen alcohol resultó ser la casa de un amigo 48%; luego la casa propia, 34.5%; y después, el parque, con 25.9%. Frente al tipo de bebida señalada de más consumo entre los adolescentes encuestados se encontró la cerveza, con un 54.7%, el 23.1% consumían aguardiente (destilado de caña de azúcar), el 14.5% otro tipo de bebidas alcohólicas y el 11.8% prefieren el ron. En relación con la frecuencia de consumo de alcohol, los investigadores reportan que el 65.92% presentan un nivel de consumo que va desde diario hasta anual, un 20% con frecuencia anual, 27% mensual, 18% semanal y 5% en forma diaria. El consumo es mayor en hombres, 69.48%, que en mujeres, 60.73%.

En la misma línea de investigación, Albarracín y Muñoz (2008) reportan que la edad media de inicio de consumo de alcohol es de 14,7 años (entre 7 y 21 años). Indican que los lugares de consumo son las discotecas, para el 24,4%; la casa de amigos, 27,9%; y bares y casa propia 15,3%. Las bebidas alcohólicas de mayor consumo son cerveza, para el 46,6%; ron, 21,2%; y aguardiente (destilado de caña de azúcar), 18,8%.

Juárez y cols (2009) reportan que la SPA de inicio y la de mayor prevalencia de consumo es el alcohol, seguido del tabaco cuyo consumo generalmente se mantiene, de las sustancias ilícitas la marihuana ocupa el primer lugar de consumo. La edad de inicio se sitúa entre los 14 y los 18 años. Indican además que la droga de inicio usualmente no se abandona.

Factores de Riesgo

Probablemente la mayor extensión de la investigación se ha centrado en el establecimiento de los determinantes, causas o factores que pudiesen anticipar el consumo de SPA, como condiciones predisponentes, precipitantes y de mantenimiento agrupadas en la categoría de factores de riesgo, y que por tanto dieran luces para la comprensión del consumo, y como alcance, también para su prevención.

Las investigaciones en factores de riesgo se orientan de acuerdo con los diversos modelos explicativos acerca de la relación entre conducta y salud, éstos varían según el énfasis que le otorgan a las variables relacionadas con el consumo. Principalmente, se diferencian tres tipos de modelos, de acuerdo con su axioma ontológico (su unidad de análisis): aquellos cuya unidad de análisis es el individuo (factores personales, psicológicos, históricos), otros cuya unidad son las interacciones (factores familiares, del grupo de referencia, de las redes sociales) y aquellos que ponen su énfasis en la comunidad y en el ambiente macro-social (factores culturales, políticos, legislativos, de comunicación). Cada uno proporciona una visión sistemática de los eventos, fenómenos y situaciones que hace posible explicar y predecir una parte de la relación entre conducta y salud, sin que sean excluyentes, ya que no se puede negar la multi-dimensionalidad del fenómeno (Glanz, Rimer & Lewis, 2002).

Respecto a las interacciones, como factor de riesgo para el consumo de SPA, se plantea que éstas pueden presentar influencia en distintos sentidos: o bien por influencia social, en tanto las relaciones significativas practiquen algún tipo de consumo, o bien porque las relaciones puedan generar algún estresor que se reduce por medio del consumo de SPA. Diversas investigaciones han respaldado esta hipótesis explicativa lo que otorga valor

predictivo al constructo de influencia social, imitación y conflicto interpersonal. Es ejemplo de esto los resultados encontrados por Arellanez-Hernández y cols (2004) presentan una descripción de los factores psicosociales que determinan el consumo y la dependencia de drogas ilícitas en México. A partir de la aplicación entrevistas estructuradas diseñadas sobre la base de reactivos del DSM IV, el Inventario de Estresores Psicosociales de González y el eje IV del DSM III-R. En su investigación participaron 116 consumidores con consumo abusivo, 102 consumo dependiente y 609 controles, es decir, que no consumen. Todos cumplían con los criterios de ser adolescentes entre 10 y 18 años que no presentarán cuadros psicopatológicos graves como el síndrome de abstinencia. La mayoría de casos estudiados fueron hombres (82.3%). Evidenciaron una estrecha relación entre consumo elevado y un nivel alto de estresores familiares y una diferencia en cuanto a la percepción del estrés, y el nivel de adaptabilidad y cohesión familiar.

En la misma línea Leiva-Díaz (2009) realizaron una investigación con 184 estudiantes de licenciatura de enfermería en Costa Rica, por medio de un cuestionario auto-administrado, encontraron como factores de riesgo las relaciones familiares conflictivas, también refiere que el consumo experimental se presenta por oferta de amigos cercanos.

Zárate y cols (2006) sustentan con sus resultados la relación existente entre el consumo de tabaco y otras sustancias y el consumo de personas cercanas, en particular con el tabaco resulta predictor el consumo por parte de los padres. En el mismo sentido, Espada-Sánchez, y cols (2008) realizaron un estudio a fin de dar cuenta de la influencia que ejercen los modelos sociales en el consumo de alcohol en 557 adolescentes, de 12 a 16 años, escolares de España. Encontraron que la influencia social de pares es un predictor importante de consumo de alcohol, en primer lugar el consumo de un mejor amigo, seguido de consumo de hermanos. El 73,7% de los padres, el 57,7% de las madres, el 71,8% de los hermanos y el 59,2% de los mejores amigos, de quienes beben alcohol, beben alcohol. Jiménez-Muro y cols (2008) indican que el 16,5% de los jóvenes que participaron en su estudio consume habitualmente cannabis, de los cuales el 57% afirma que sus amigos también lo hacen, el 10,4% de la población total refiere que sus amigos consumen otras sustancias.

Zuzulich y cols (2010) presentan su estudio en la universidad Católica de Chile, en el que indican que la universidad constituye un espacio importante en el inicio de consumo de tabaco, de quienes fuman, el 20% presenta tabaquismo, como consumo dependiente, el consumo por parte de padres es predictor importante de éste hábito. Las mujeres parecen tener mayor consumo respecto a los hombres. Llama la atención que la práctica religiosa mostró ser un factor protector para el consumo.

Londoño y cols (2010) realizaron también una investigación a fin de describir la relación entre consumo de alcohol, la presión de grupo y las creencias frente al consumo en 147 estudiantes universitarios entre los 18 y 34 años, con 22,2 años en promedio. El 67,9% de los encuestados presentaba consumo de vida de alcohol, de éstos el 99,2% presentó dificultades para resistir a la presión de grupo.

Molinero y cols (2011) realizaron una investigación con 738 alumnos escolares españoles, el consumo de alcohol y cigarrillo no presentó diferencias significativas entre género, confirmaron que el consumo es directamente proporcional con la edad, y alcanza su valor máximo en los alumnos de bachillerato. Reconocieron la influencia de la familia y amigos en el consumo de los adolescentes.

Ahora bien, como se mencionó anteriormente, la complejidad del problema da lugar a la amplitud en la explicación, los modelos que hacen énfasis en las variables psicológicas como: creencias, expectativas, percepción de vulnerabilidad e historia de consumo también se encuentra documentados e múltiples investigaciones, como la realizada por Mora-Rios y Natera (2001) quienes describen la relación entre las expectativas y el consumo de alcohol. En su estudio, participaron 678 estudiantes universitarios de distintas instituciones, los resultados indican una relación significativa entre consumo de alcohol y expectativas frente al alcohol como facilitador social, generador de expresividad verbal, desinhibición, incremento de la sexualidad, reducción de tensión psicológica e incremento de la agresividad.

En la misma línea, los resultados de Castillo y Ojeda (2005) reportan como factor de riesgo que predice el consumo de SPA la aceptación socio cultural de las sustancias, y la baja percepción de amenaza. Así como Rodríguez y cols, (2007) que reportan que de los

universitarios consumidores de SPA el 83,1% en declaró tener conciencia del daño que produce el consumo de drogas y conocer los efectos de las drogas, pero considerar que éstos no le afectarán.

Por su parte, Jiménez-Muro y cols (2008) realizaron un estudio descriptivo transversal en el que participaron 2445 estudiantes que ingresaban a primer año (ciclo 2005/2006) en la Universidad de Zaragoza, España. Con edad promedio de 19 años. El 17,3% de éstos reportó ser fumadores habituales y 13,5% fumadores ocasionales, con prevalencia de consumo es mayor en mujeres que en hombres, 33% frente a 27%. Las autoras resaltan que la mayoría de fumadores reportaron tener actitudes positivas frente al tabaco, y en mayor proporción, mujeres; mientras que un porcentaje significativo de los no fumadores notificaron la actitud negativa. En la misma investigación indican, además, la interacción de riesgo al consumo de diversas sustancias, es decir, el consumo de una sustancia y la historia de consumo, como valor de riesgo para el consumo de otras sustancias. Específicamente, reportan reducción de la edad de inicio de consumo de alcohol en fumadores, así mismo aumento en la cantidad de alcohol consumido en fumadores. Leiva-Díaz (2009), además de la vulnerabilidad socioeconómica y el manejo inadecuado del tiempo libre (Villa y Ovejero, 2009; Salazar y cols, 2010) también, indican que las expectativas positivas del consumo, como facilitador social y como transacción de estrés (reductor de estrés) son predictores importantes de la mayoría de consumos de SPA (Leiva-Díaz, 2009).

Un aspecto psicológico que también ha sido abordado tiene que ver con las variables de personalidad, Gervilla y Palmer (2009) encontraron relación entre rasgos de personalidad como impulsividad y búsqueda de sensaciones como predisponentes al consumo de cocaína, particularmente, y también con otras sustancias legales e ilegales. En su estudio participaron 278 adolescentes de 14 a 18 años de edad de la isla de Mallorca en España. Los autores afirman que la impulsividad y la búsqueda de sensaciones son constructos capaces de predecir, con un riesgo y precisión moderados, tanto la experimentación inicial con la cocaína, como el consumo actual; junto con el uso de otras sustancias adictivas (cannabis y alcohol).

En la línea del modelo transaccional de estrés y afrontamiento, que explica el consumo de SPA como estrategia mal adaptativa de afrontamiento por su valor funcional para la reducción de estrés, Carballo y cols (2011) presentan una relación entre el consumo de SPA en universitarios y el estrés académico, documentan su investigación realizada con 257 universitarios con edad entre 17 y 25 años, quienes evidenciaron incremento del consumo de SPA en época de exámenes.

En el contexto local-nacional también se han realizado investigaciones importantes en tanto que permiten una aproximación al problema con las particularidades que presenta el país y la ciudad. A continuación se reportan algunos resultados relacionados.

Salazar y Arrivallaga (2004) realizaron una investigación con el propósito de describir las prácticas y las creencias de la vida universitaria que sustentan el consumo de SPA. En ésta participaron 754 jóvenes estudiantes de la Pontificia Universidad Javeriana de la ciudad de Cali, Colombia, con 20.8 años de edad en promedio, 53,1% hombres y 46.6% mujeres. Encontraron que acuerdo con las siguientes creencias: “consumir uno o dos cigarrillos al día no es dañino para la salud” (70.3%), “se disfruta más de una rumba si se consume licor o drogas” (66.1%), “hay que tomar una copita de vino para que funcione bien el organismo” (63.4%) y “al consumir alcohol se logran estados de mayor sociabilidad” (56.2%), dichas creencias se asociaron con el consumo de cada sustancia en referencia. Además, para el caso de consumo de alcohol y cigarrillo, evidenciaron que los jóvenes consumidores de estas SPA presentan algunas características ansiógenas (inseguridad, temor, etc.) o depresivas (estado de ánimo muy bajos, sensación de incapacidad, etc.) y recurren a las drogas y permanecen en su consumo como una forma de sentirse bien consigo mismos o como una manera de evitación de aquellas condiciones percibidas como amenazantes, incómodas o displacenteras.

Bayona y cols (2005) se plantearon la tarea de evaluar las actitudes de los estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia (Universidad Estatal) frente a la venta y al consumo de SPA. Participaron 1321 estudiantes de pregrado de 11 facultades y 29 carreras durante el primer semestre de 2001, con un promedio de edad de 20,7 años. Los estudiantes manifestaron una actitud negativa, de desacuerdo y desaprobación, frente a la venta y

consumo de SPA, en su mayoría. Quienes manifestaron actitud de aprobación y aceptación correlacionaron positivamente con el consumo de SPA. Además, los investigadores reportan que la actitud estaría influida por variables como las relaciones entre el grupo de referencia de los estudiantes y el diseño ambiental de la universidad. La formación de grupos de referencia está mediada por el tipo de relación que se establece entre los estudiantes de las facultades; si los estudiantes de diferentes carreras comparten continuamente espacios académicos (clases), entonces es más probable que sus actitudes sean homogéneas. También reportan que influye el tiempo de permanencia en la universidad, por el tiempo de contacto con el objeto actitudinal, entre mayor tiempo de permanencia en la universidad mayor probabilidad de aceptación de las SPA.

Por su parte, Camacho (2005), con 618 estudiantes de ingenierías de Bogotá, entre los 16 y 35 años con promedio de edad de 20,5 años identificó como factores asociados al consumo de alcohol, fundamentalmente la ansiedad social y las expectativas positivas hacia el alcohol. En la misma línea García-Hernández y cols (2005) realizaron un estudio sobre las expectativas de los efectos del consumo de alcohol en estudiantes universitarios de la ciudad de Bogotá en el que participaron 450 estudiantes entre 16 y 25 años (20,95 como promedio), de diversas universidades. Indican que el consumo se relaciona con la expectativa del alcohol como facilitador de interacción y como reductor de tensión. También fueron importantes los puntajes del efecto de aumento de agresividad y de poder. En la mayoría de ítems relacionados con las expectativas.

De la Villa Jiménez y cols (2006) atribuyen el consumo al ambiente psicosocial en el que el joven se desarrolla, en particular, la vulnerabilidad a ser consumidor depende, en importante medida, de la búsqueda de atención tanto en familiares como en iguales. La mayoría de jóvenes que presentan problemas de violencia, escolares y de trastornos de identidad tienen un mayor consumo de SPA. Y como variable central, las creencias erróneas sobre los efectos de la droga, predice el consumo.

Cáceres y cols. (2006) realizaron un estudio con una muestra de 763 universitarios de la ciudad de Cali, Colombia, evidenciaron que: Los factores predictores que identificaron fueron “comportamientos perturbadores, autocontrol, preconcepciones y valoración de las sustancias y

relación con consumidores” (Cáceres y cols 2006 p. 521). Respecto a la relación con consumidores, señalan la influencia y presión social que ejercen los consumidores por aprendizaje social.

Ceballos y cols (2006) realizaron una investigación con el propósito de dar cuenta de la relación de consumo de tabaco en estudiantes de medicina en Santa Marta, Colombia en la que participaron 156 estudiantes con edad promedio 18,9 años. Reportan una relación proporcional entre la edad y el consumo, también indican la relación entre consumo de alcohol con consumo diario de cigarrillo.

Albarracín y Muñoz (2008) buscaron algunos de los factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los primeros ciclos universitarios de Bucaramanga, Colombia; y su área metropolitana. En ésta Participaron 198 estudiantes de cuatro universidades, 37,4% hombres, con promedio de edad de 19,7 años y rango de 16 a 25 años. Sus resultados indican que la población universitaria presenta alta vulnerabilidad para consumo de alcohol principalmente por la facilidad de acceso a la sustancia como variable ambiental.

Gantiva-Díaz y cols (2010) presentan resultados en estudiantes universitarios en los que evidencian la relación entre estilos cognitivos como esquemas mal adaptativos y el consumo excesivo de alcohol, a partir de la participación de 359 estudiantes de una universidad privada de Bogotá, Colombia, con edad entre los 16 y 38 años. Reportan que el consumo excesivo de alcohol, superior en hombres que en mujeres, y está relacionado con variables cognitivas como autocontrol insuficiente, desconfianza, vulnerabilidad y rigidez de pensamiento.

Daños Asociados

Otro tipo de investigaciones daría cuenta de las consecuencias asociadas al consumo de SPA, en tanto que se entiende como un problema de salud se consideran las consecuencias como daños, sobre la salud, el bienestar, las relaciones, la convivencia y la integridad.

Un claro ejemplo lo proporcionan Rodríguez y cols (2006) quienes relacionan el consumo de SPA en jóvenes universitarios de 18 a 26 años con conductas agresivas e intentos de suicidio. Señalan que existe asociación entre el consumo de drogas ilícitas y las

riñas callejeras para hombres, mientras que para mujeres la asociación se presenta en participación en riñas callejeras e intentos de suicidio. Mientras que Guzmán-Facundo y cols (2009) reportan una correlación positiva entre el consumo abusivo y la violencia física y psicológica, ejercida fundamentalmente por hombres.

Por su parte, Schramm-Sapyta y cols (2009) documentan el daño asociado de mayor representatividad derivado del consumo de SPA, la dependencia fisiológica a las sustancias. A través de modelos animales evidenciaron que el abuso de drogas está estrechamente relacionado con la edad de inicio, el inicio temprano, y en la adolescencia, constituye un factor de riesgo de dependencia.

Ramírez y cols (2010) realizaron el estudio en una sala de emergencia de Lima, Perú, en el que presentan la relación entre el consumo con daños asociados sobre la salud y la integridad física. Además, afirman que la ingesta reciente de alcohol puede estar asociada al consumo de otras SPA. Encontraron que entre aquellos pacientes con consumo de alcohol en las últimas 6 horas, el 31% reportó consumo de vida de marihuana y 37,5% de cocaína, lo cual significó que el consumo reciente de alcohol se asocia al uso de vida tanto de marihuana como de cocaína. Así, de las personas que asisten a una Sala de Emergencias, el ser varón y presentar consumo reciente de alcohol tiene un fuerte efecto predictor del consumo reciente y de vida de alguna droga ilegal.

Blay y cols. (2010) recolectaron 440 encuestas de auto-reporte de aplicación anónima en jóvenes menores de 25 años asistentes a discotecas y que consumieran SPA. Sus resultados indican que el 44,6% informa haberse emborrachado más de dos veces en el último mes, frente al 19,3% que no lo ha hecho ninguna vez. Respecto al consumo de cocaína, el 18% consume de manera ocasional (máximo tres veces al mes) y un 9,1% de manera frecuente. Los consumidores ocasionales de éxtasis constituyen el 11,4% y los frecuentes un 2%. Respecto al poli-consumo, el 10,9% consume dos sustancias, el 9,6% tres y un 5,6% 4 o más. Respecto a los daños asociados al consumo, reportan la relación entre consumo y violencia en los siguientes aspectos: un 5,2% ha llevado algún arma al salir de fiesta, un 11,6% refiere haber sido amenazado o violentado con algún arma y un 23% ha participado en alguna pelea al salir de fiesta durante los últimos 12 meses. Como

consecuencia del consumo de alcohol y/o drogas el 28,9%, ha tenido discusiones, el 14,5% problemas con la policía y el 14,2% alguna riña, el 3,7% refirió haber sido maltratado por su pareja, y el 2,1 % haber sido él/ella mismo el maltratador, bajo los efectos de alguna SPA.

En el contexto local, Arrieta (2008) reporta los siguientes daños asociados al consumo de SPA: relaciones sexuales sin protección, 19%; problemas sobre la salud, 58%, y conflictos en las relaciones, 12%, y conflicto con la ley el 6%. Por su parte, Bravo y cols (2006) realizaron una investigación a fin de dar cuenta de la relación entre el consumo de SPA y las muertes violentas en la ciudad de Cali, Colombia. Realizaron un estudio transversal para estimar la prevalencia de consumo de SPA en los casos de muestras biológicas obtenidas de las personas que murieron en forma violenta enero de 1998 y junio del 2002. Tomaron 404 casos, como muestra representativa. Encontraron que la presencia de SPA fue más frecuente en hombres, en edades de 20 a 45 años y en suicidios. La alcoholemia correlacionó positivamente con homicidios, accidentes de tránsito y suicidios. La mayor prevalencia de sustancias psicoactivas se encontró en suicidios (47.8%), seguido por homicidios (35,2%). Identificaron la cocaína en 21% del análisis, similar en todos los grupos de edad menores de 45 años. De las personas que consumieron cocaína, el 58,3% también consumieron marihuana y 37,5% alcohol. De tal manera que los autores resaltan que una de cada tres personas que mueren en forma violenta en Cali, una de cada cinco que muere en accidentes de tránsito, una de cada tres personas que muere por homicidio, y la mitad de quienes se suicidan, habían consumido algún tipo de SPA.

Finalmente, Juárez y cols (2009) relacionaron el consumo de SPA y patrones de conducta violenta, en un estudio en el que participaron 373 estudiantes universitarios de la UPTC de Tunja. Indican que la conducta de agresión verbal es la que aparece con un nivel mayor, seguida por actitudes o gestos de ira, siendo las de menor frecuencia el impedir acceso a ciertos recursos y otro tipo de conductas. Las situaciones en las que más se presentan conductas agresivas son las asociadas al estudio, las relaciones familiares o interacciones entre los miembros de la familia y los problemas en las relaciones interpersonales con amigos o extraños. También, los autores plantean que el consumo de SPA se asocia a la conducta antisocial en doble vía, como antecedente y como consecuente.

Asimismo, reportan como relevantes la relación entre consumo y problemas académicos, relaciones familiares e interpersonales.

Así, la presente investigación se enmarca dentro del paradigma epistemológico positivista, desde el campo de la psicología social de la salud, en la que la relación entre ambiente, conducta y salud es multi-relacionada, por lo tanto, parte de una concepción de la salud en el que se presentan diferentes fluctuaciones en distintos momentos de la vida, y que está determinada por unas condiciones básicas y mínimas, y sobre la consideración ecológica en la que el ambiente configura probabilidad de riesgo y protección, así las variables externas sociales; y de la misma forma, las variables personales aportan un valor probabilístico en dicha configuración. A partir de esta concepción, la salud depende, en gran medida, de los estilos de vida que llevan las personas, mediados por variables de naturaleza biológica, cognitiva y social, que determinan la adopción de conductas saludables y de riesgo, así como el abandono de las mismas.

El problema a investigar es, entonces, el consumo de SPA en sus formas más recurrentes por parte de los adolescentes-jóvenes estudiantes universitarios, desde una descripción de la magnitud del consumo, en términos de prevalencia e incidencia. También, desde la identificación de las condiciones psicosociales más relevantes que se constituyen en factores de riesgo para el consumo. Y, finalmente, es pertinente mostrar los efectos sobre la salud que están implicados en el consumo, bajo la categoría de daños asociados, dado que son consecuencias que afectan y generan detrimento sobre la salud, las relaciones, la convivencia y el desarrollo humano. Esto para dar respuesta a la pregunta de investigación: ¿Cómo es el consumo de sustancias psicoactivas, en términos de prevalencia e incidencia, en adolescentes-jóvenes estudiantes universitarios de Bogotá-Colombia, y cómo se relaciona con los factores de riesgo-protección y daños asociados?

Pregunta de Investigación

¿Cómo es el consumo de sustancias psicoactivas, en términos de prevalencia e incidencia, en adolescentes-jóvenes estudiantes universitarios de Bogotá-Colombia, y cómo se relaciona con los factores de riesgo-protección y daños asociados?

Objetivos

Objetivo general

Describir el consumo de sustancias psicoactivas en el grupo etario de estudiantes universitarios adolescentes jóvenes, de diferentes universidades de Bogotá. En relación con características individuales y ambientales de orden psicosocial, antecedentes y consecuentes.

Objetivos Específicos

Describir la magnitud del consumo en términos de prevalencia e incidencia.

Identificar factores de riesgo-protección asociados al consumo de sustancias psicoactivas.

Identificar los daños y riesgos asociados al consumo.

Hipótesis de trabajo

Se espera dar cuenta de las asociaciones probabilísticas de las variables definidas a partir de la investigación existente y de la teoría disponible sobre la que se fundamenta esta investigación, por lo cual es probable que:

La magnitud del consumo de SPA presenta una prevalencia aproximada con los datos reportados para la población estudiantil universitaria en estudios descriptivos y epidemiológicos.

La población universitaria presenta características de vulnerabilidad en cuanto al consumo de SPA.

Los factores de riesgo se asocian al consumo de SPA.

El consumo problemático de SPA se asocia con daños.

Metodología

Tipo de diseño

Desde una epistemología positivista y una metodología cuantitativa, para describir la magnitud del consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios adolescentes jóvenes, se realizó un estudio descriptivo, y a fin de dar cuenta de la relación entre condiciones que pudiesen ser consideradas como factores de riesgo y protección (antecedentes), así como con las condiciones que pudiesen ser consideradas como daños asociados (consecuentes) se identificaron asociaciones estadísticas.

Instrumento

El instrumento utilizado fue cuestionario de auto-reporte basado en el “CUESTIONARIO: SÉPTIMO ESTUDIO NACIONAL EN POBLACIÓN GENERAL DE CHILE AÑO 2006” y el cuestionario CAGE de evaluación clínica adaptado para la población Colombiana por el autor. Elegido por la estructura que integra tanto la descripción del consumo, los factores de riesgo y daños asociados, fundamentalmente por su valor pragmático, por la pertinencia de los ítems para evaluar las variables de interés.

El cuestionario original de CONACE consta de 196 ítems que se aplica en entrevista, el test CAGE está conformado por son 4 preguntas de aplicación en tamizaje clínico. El cuestionario adaptado consta de 127 ítems, con 15 secciones que corresponden a los dominios del cuestionario, que exploran las variables definidas.

La primera sección indaga datos *socio-demográficos* en 9 ítems; la sección dos, datos de información familiar desde 3 ítems; la sección 3, auto reporte de estado de salud. En adelante, se evalúa *consumo de SPA*, cada sección corresponde a una sustancia o grupos de sustancias, presenta las siguientes características: evalúa consumo de vida en un ítem, si la respuesta es negativa pasa a la siguiente sección (siguiente sustancia) si la respuesta es afirmativa, entonces es posible responder los ítems siguientes de la misma sustancia, inicio de consumo en 2 ítems y último consumo en un ítem; si la en esta sección la respuesta es que el último consumo fue hace más de un año pasa a la siguiente sección (siguiente sustancia), si el último consumo se realizó en el último año entonces habilita las preguntas de

adaptación del test CAGE para dicha sustancia, son 4 ítems que evalúan los criterios de abuso y dependencia de consumo en esta misma sección se indaga como factor de riesgo el consumo de la sustancia por personas de su entorno. Esta estructura se aplica para las secciones 4, consumo de tabaco; 5, consumo de alcohol; 6, consumo de marihuana; 7, consumo de cocaína; 8, consumo de heroína; 9, consumo de clorhidrato de cocaína (pasta base). La sección 10, indaga consumo de vida de otras sustancias en 7 ítems, inicio 1 ítem, primer consumo y último consumo 1 ítem cada uno; la sección 11, indaga consumo de vida de inhalantes en 8 ítems, inicio 1 ítem, primer consumo y último consumo 1 ítem cada uno; sección 12, indaga consumo de vida de analgésicos en 8 ítems, inicio 1 ítem, primer consumo y último consumo 1 ítem cada uno; la sección 13, indaga consumo de vida de medicamentos en 1 ítem, inicio 1 ítem, primer consumo y último consumo 1 ítem cada uno. Luego la sección 14 indaga daños asociados al consumo en 11 ítems y la sección 15 entorno y acceso a sustancias en 9 ítems.

Este instrumento fue adaptado para el presente estudio, se excluyeron las preguntas que exploraban otras variables fuera de las propuestas (como el conocimiento sobre campañas de prevención en Chile, acciones del Estado) y se cambiaron términos propios de la cultura chilena, así como también se modificaron los nombres de algunas sustancias que varían según el país. Se eligió este instrumento por su estructura, y por la inclusión de las variables de estudio.

El formulario de aplicación virtual se encuentra disponible en el siguiente enlace: (<https://docs.google.com/spreadsheets/viewform?hl=es&formkey=dFN6UjJVY1V2NTRxZIJjV0hJS3Q0TGc6MQ#gid=0>) aplicado de manera virtual en tanto que optimiza los tiempos de recolección de la información, reduce los costos de aplicación (papelería) y permite la aplicación grupal controlada en los recintos de formación. Además, el diseño sistematizado permite programar la habilitación de ítems pertinentes y condicionados a respuestas, en el caso del reporte de consumo de vida de una sustancia específica se habilitan las preguntas referentes a las características de dicho consumo.

Participantes

En este estudio se utilizó una muestra no probabilística a conveniencia, de la población adolescente joven, a partir de los siguientes pasos: primero invitación a participar por parte de docentes universitarios colaboradores de la investigación primera, la selección de datos por criterios de inclusión a juicio del investigador, de aquellos estudiantes universitarios que se encuentren en el rango de edad de los 16 a 26 años (adolescencia juventud). Los criterios que dieron lugar a esta opción de selección de participantes fue su valor práctico, si bien la elección muestral por el cálculo de representatividad, y por selección aleatoria, constituye un procedimiento de mayor confiabilidad, la invitación a participar y muestreo a conveniencia es flexible, en tanto que el estudio es descriptivo pretende presentar una evidencia referente las características de las variables de estudio y sus posibles relaciones, así, el rigor estadístico necesario para modelos explicativos y predictivos se flexibiliza ante los objetivos de la misma.

Participaron en el estudio 810 estudiantes universitarios de distintas instituciones de Bogotá Colombia, al realizar la selección de casos por el criterio de inclusión, adolescencia-juventud a partir del rango de edad de 16 a 26 años, se obtuvieron 689 registros. De éstos 188 hombres (27,3%) y 501 mujeres (72,7%) con 19,9 años de edad promedio (desviación estándar 2,6). La mayor participación fue de carreras afines a las áreas de ciencias humanas 74,2% (ver tabla 1). El 36,6% estudiantes de primer semestre, 15,6% de segundo semestre presentaron una relación negativa entre el número de participantes y el semestre que cursan, comportamiento que es proporcional a la distribución del número de estudiantes por semestre en los programas académicos (ver tabla 2).

Tabla 1

Áreas de estudio de los participantes

Áreas de estudio	Frecuencia	Porcentaje
Ciencias humanas y sociales	511	74,17
Administrativas	37	5,37
Ingenierías	35	5,08
Ciencias de la comunicación	32	4,64
Educación (Pedagogía - licenciatura)	25	3,63
Técnico - Tecnológico	21	3,05
Ciencias de la salud	16	2,32
Ciencias básicas	4	0,58
Artes	1	0,15
Total	682	98,98

Tabla 2

Semestre académico que cursan

Semestre	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1	252	36,57	37,06
2	107	15,53	52,79
3	122	17,71	70,74
4	80	11,61	82,50
5	19	2,76	85,29
6	47	6,82	92,21
7	19	2,76	95,00
8	13	1,89	96,91
9	11	1,60	98,53
10	10	1,45	100,00

El 83,9% de los participantes reportó haber vivido en Bogotá la mayor parte de su vida, el 5,9% en algún municipio aledaño a la ciudad, el 9,7% en otro municipio y 3 casos (0,4%) en el extranjero. Respecto al estrato socioeconómico se destaca la predominancia de estrato 2 y 3 (bajo y medio bajo) que es representativo de las condiciones socio-demográficas de la ciudad. También la práctica religiosa es representativa, en el 55,15% es católica, seguida por la creencia en ausencia de práctica religiosa en el 26,9% de los casos y el cristianismo protestante en el 6,75 de los casos. En cuanto al estado civil, el 93,2% de los participantes en condición de solteros, 49,6% sin pareja y 43,4% con pareja (pololeo), seguido por el 3,8% en unión de hecho (en unión libre para Colombia) (ver tabla 5).

Tabla 3

Estrato socioeconómico

Estrato	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1 (Muy Bajo)	17	2,47	2,50
2 (Bajo)	232	33,67	36,67
3 (Medio Bajo)	325	47,17	84,54
4 (Medio)	70	10,16	94,85
5 (Medio Alto)	19	2,76	97,64
6 (Alto)	15	2,18	99,85
7 (Muy Alto)	1	0,15	100,00

Tabla 4

Práctica religiosa

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Cristiano Católico	380	55,15
Creyente, no practicante	185	26,85
Cristiano protestante	46	6,68
Ateísmo	33	4,79
Otra	31	4,50
Gnosticismo	7	1,02
Testigo de Jehová	5	0,73
Judaísmo	1	0,15

Tabla 5

Estado civil y relaciones

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Soltero(a)	641	93,17
Soltero(a), sin pareja	342	49,64
Soltero(a), con pareja	299	43,40
Casado(a)	9	1,31
En unión de hecho	26	3,77
Separado(a)/divorciado(a), sin pareja	3	0,44
Viudo(a), con pareja	1	0,15
Otro	8	1,16

Procedimiento

La población participante en este estudio fue convocada por invitación por parte de sus docentes, cada docente es profesional en psicología y recibió el protocolo de instrucciones para la aplicación, el cuestionario describe también sus características. El instrumento de aplicación virtual fue suministrado a cada uno de los participantes quienes lo resolvieron; en distintos grupos ya que los docentes hicieron uso de sus espacios de clases, se realizó lectura del consentimiento informado en el que se describieron los fines y características del estudio. Cada participante procedió a dar respuesta a este (20 minutos aproximadamente).

Las respuestas quedaron consignadas en una base de datos. Luego depurada para su tratamiento estadístico que se realizó con uso del programa PSPP software de libre licencia. Los análisis descriptivos se realizaron a través de análisis de frecuencia, mientras que las asociaciones se realizaron a través de tablas de contingencia con estadísticos Chi cuadrado y coeficientes de correlación para variables nominales no paramétricas.

Resultados

Descriptivos

Características familiares:

Los universitarios encuestados reportaron como predominante, la composición familiar nuclear de origen, el 69,4% de los casos; seguida por la convivencia con familia nuclear y extensa, 6,8%. En su mayoría (77,8%) calificaron la relación con sus convivientes como cercana y de confianza, el 9% como distante, el 6,2% como sobre-protectora, mientras que el 2,6% la calificó como conflictiva.

Tabla 7

Categorías de la estructura familiar

Estructura familiar	Frecuencia	Porcentaje
Familia nuclear de origen	478	69,38
Familia nuclear y extensa	47	6,82
Familia nuclear compuesta	46	6,68
Familia de origen recompuesta	39	5,66
Familia extensa	17	2,47
Extraño(a)(s)	13	1,89
Familia unipersonal	10	1,45
Con amigo(a)(s)	10	1,45
Otro	29	4,21

Valoración de Salud:

El 51,9% de los encuestados valoró su estado de salud como bueno, el 23,8% como regular y el 19,59% como muy bueno. El 77% de los estudiantes reportó la práctica alguna actividad física que le implique esfuerzo de 1 a 3 días, el 16,8% práctica rutinariamente ejercicio, el 39,19% lo practicó de vez en cuando mientras que el 9,4% reportó ser sedentario.

Figura 15. Valoración de salud y práctica deportiva. Por el autor

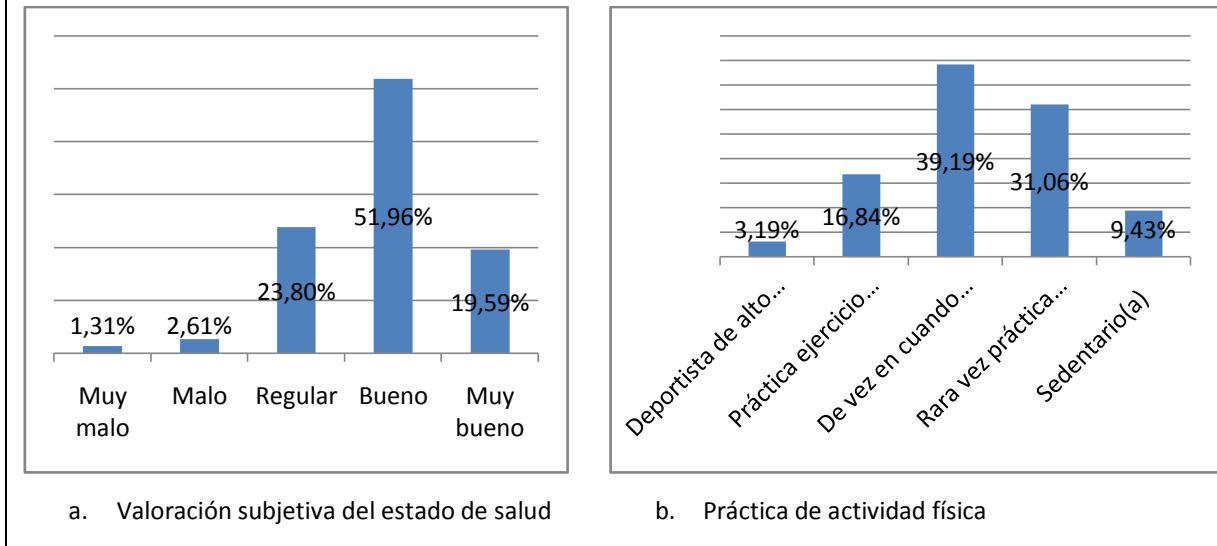


Tabla 8

Atención en servicios de salud

Condición	Incapacidad médica en el último año		Atención en salud mental	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	466	67,63	535	77,65
Si	219	31,79	150	21,77

Esta tabla permite apreciar la frecuencia de atención médica en el último año que implicara incapacidad (31,7%), y la atención en cualquier servicio de salud mental en el último año (21,7%).

Consumo de SPA:

Respecto al consumo de SPA, en la tabla 9 se presenta la prevalencia de consumo de vida de las sustancias incluidas en el estudio. De las SPA lícitas, la que mayor prevalencia de consumo presentó fue el alcohol para el 91,3% con edad de inicio promedio a los 15 años, el cigarrillo con el 58% de los casos con edad de inicio a los 14 años. De las SPA ilícitas la que mayor prevalencia de consumo presentó fue la marihuana en el 25,3% de los universitarios participantes, con edad de inicio promedio a los 17 años. Los medicamentos sin receta presentaron prevalencia de consumo de vida del 11,6%, mientras que los analgésicos 10,4%, con edad de inicio de 15 y 13 años respectivamente. La SPA que reportó menor prevalencia

de consumo fue la heroína con el 0,3% (2 casos). La incidencia más alta la presentó el alcohol, ya que en el último año el 5,8% realizó el primer consumo y el 7% realizó el primer consumo de alcohol en el último mes (ver tabla 10).

Tabla 9

Prevalencia y edad de inicio de consumo de SPA

SPA	Consumo de vida				Edad de inicio	
	Sí		No		̄	S
Cigarrillo	400	[58,06]	289	[41,94]	15	[2,32]
Alcohol	629	[91,29]	60	[8,71]	14	[2,40]
Marihuana	174	[25,25]	515	[74,75]	17	[2,28]
Cocaína	50	[7,26]	639	[92,74]	18	[2,47]
Heroína	2	[0,29]	687	[99,71]	18	[2,83]
Clorhidrato de Cocaína	6	[0,87]	683	[99,13]	16	[1,63]
SPA de síntesis	60	[8,70]	629	[91,16]	17	[2,34]
Inhalantes	62	[8,99]	627	[90,87]	16	[2,66]
Analgésicos	72	[10,43]	617	[89,42]	13	[4,64]
Medicamentos	80	[11,61]	609	[88,39]	15	[4,82]

Tabla 10

Incidencia del consumo de SPA

SPA	Primer consumo			Último consumo		
	Últimos 30 días	Ultimo año	Más de un año	Últimos 30 días	Ultimo año	Más de un año
Cigarrillo	19 [2,76]	19 [2,76]	359 [52,10]	182 [26,42]	76 [11,03]	138 [20,03]
Alcohol	48 [6,97]	40 [5,81]	538 [78,08]	396 [57,47]	180 [26,12]	48 [6,97]
Marihuana	7 [1,02]	20 [2,90]	146 [21,19]	37 [5,37]	56 [8,13]	81 [11,76]
Cocaína	1 [0,15]	8 [1,16]	41 [5,95]	7 [1,02]	18 [2,61]	25 [3,63]
Heroína	0 [0,00]	1 [0,15]	1 [0,15]	0 [0,00]	1 [0,15]	1 [0,15]
Clorhidrato de Cocaína	1 [0,15]	0 [0,00]	5 [0,73]	1 [0,15]	0 [0,00]	5 [0,73]
SPA de síntesis	6 [0,87]	11 [1,60]	88 [12,77]	10 [1,45]	22 [3,19]	71 [10,30]
Inhalantes	1 [0,15]	5 [0,73]	69 [10,01]	1 [0,15]	10 [1,45]	66 [9,58]
Analgésicos	9 [1,31]	15 [2,18]	84 [12,19]	31 [4,50]	25 [3,63]	50 [7,26]
Medicamentos	4 [0,58]	12 [1,74]	63 [9,14]	21 [3,05]	19 [2,76]	40 [5,81]

De acuerdo con la adaptación del test CAGE para el presente estudio se caracterizó el tipo de consumo de cada SPA de quienes consumieron en el último año. El consumo ocasional presenta mayor prevalencia para: alcohol 78% de los consumidores, cigarrillo 37%, marihuana 73% y cocaína 16%; mientras que el consumo dependiente fue reportado por el 1% de los consumidores de alcohol, cigarrillo 8%, marihuana 4% y cocaína 4% (ver tabla 11 y figura 16).

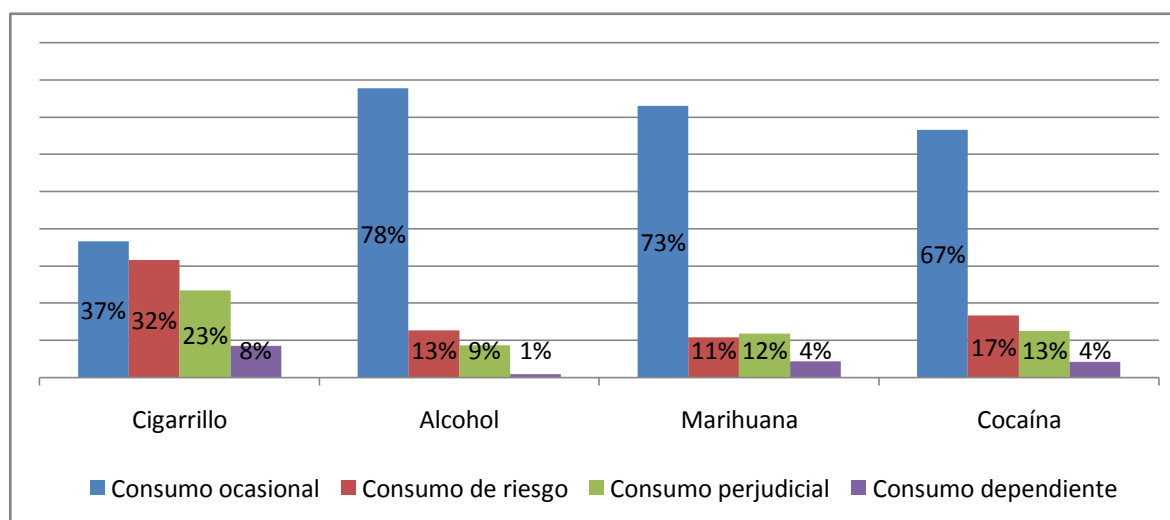
Tabla 11

Tipo de consumo por SPA

Tipo de consumo	Consumo ocasional		Consumo de riesgo		Consumo perjudicial		Consumo dependiente		Total consumo
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Sustancia									
Cigarrillo	95	37%	82	32%	61	23%	22	8%	260
Alcohol	432	78%	70	13%	48	9%	5	1%	555
Marihuana	68	73%	10	11%	11	12%	4	4%	93
Cocaína	16	67%	4	17%	3	13%	1	4%	24
Heroína	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	1
Clorhidrato de cocaína	2	100%	0	0%	0	0%	0	0%	2

El porcentaje de tipo de consumo corresponde a la proporción de casos de dicho tipo de consumo entre los consumidores de la sustancia.

Figura 16. Tipo de consumo por SPA. Por el autor



Influencia social:

De los universitarios que reportaron consumo de vida de cigarrillo, el 13,6% indicó que en su casa alguien consume; en su grupo de amigos, el 29,1%; y su pareja, el 5,2%. De los consumidores de alcohol, el 17,4% reportó que en su casa alguien consume; en su grupo de amigos el 61,7%; y su pareja, el 10,3%. De los consumidores de marihuana, el 11,3% tiene algún amigo que consume y el 1,3% reporta que su pareja consume. El consumo por parte de pares presenta mayor recurrencia en consumidores de SPA, seguido de la casa y finalmente de su pareja (ver tabla 12).

Tabla 12

Influencia social en el consumo de SPA

SPA	Consumo en casa		Consumo de pares		Consumo en pareja	
	Si	No	Si	No	Si	No
Cigarrillo	94 [13,62]	167 [24,20]	201 [29,13]	60 [8,70]	36 [5,22]	225 [32,61]
Alcohol	120 [17,39]	457 [66,23]	426 [61,74]	151 [21,88]	71 [10,29]	506 [73,33]
Marihuana	5 [0,72]	89 [12,90]	78 [11,30]	16 [2,32]	9 [1,30]	85 [12,32]
Cocaína	0 [0,00]	25 [3,62]	17 [2,46]	8 [1,16]	1 [0,14]	24 [3,48]
Heroína	0 [0,00]	1 [0,14]	0 [0,00]	1 [0,14]	0 [0,00]	1 [0,14]
Clorhidrato de Cocaína	0 [0,00]	2 [0,29]	1 [0,14]	1 [0,14]	0 [0,00]	2 [0,29]

Acceso y ambiente de consumo:

Respecto al acceso a las sustancias y la percepción de consumo en los principales contextos, 1 de cada 5 universitarios reportó que el consumo de alcohol en su barrio es muy alto, frente a 1 de cada 25 que señaló que no existe consumo de alcohol en su barrio, 2 de cada 5 indicó que éste es muy fácil de conseguir, mientras que 1 de cada 20 consideró que es muy difícil de obtener. Referente a las drogas, la opinión se centró en valorar que el consumo y el acceso como regular (29,3% y 28,1% respectivamente).

En la universidad el 21,1% calificó el consumo de alcohol como muy alto, mientras que el 23% lo calificó como alto, respecto a la valoración de dificultad para el acceso al alcohol las opiniones fueron homogéneas, entre muy difícil y muy fácil. La opinión también presentó tendencia a reportar regular tanto en acceso como en consumo de drogas en la universidad.

Figura 17. Percepción del consumo de alcohol en el barrio. Por el autor

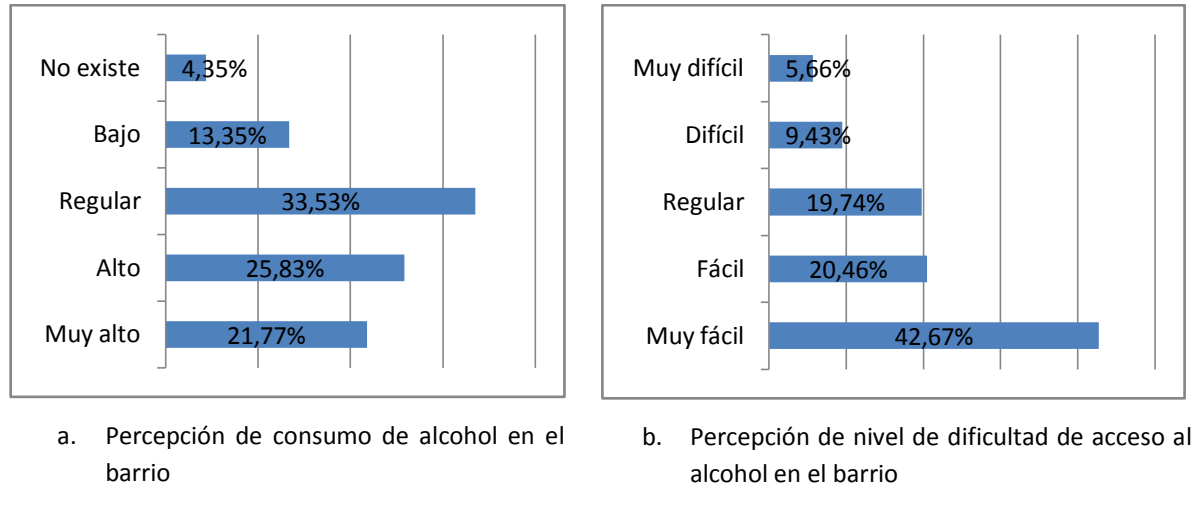


Figura 18. Percepción del consumo de drogas, en el barrio. Por el autor

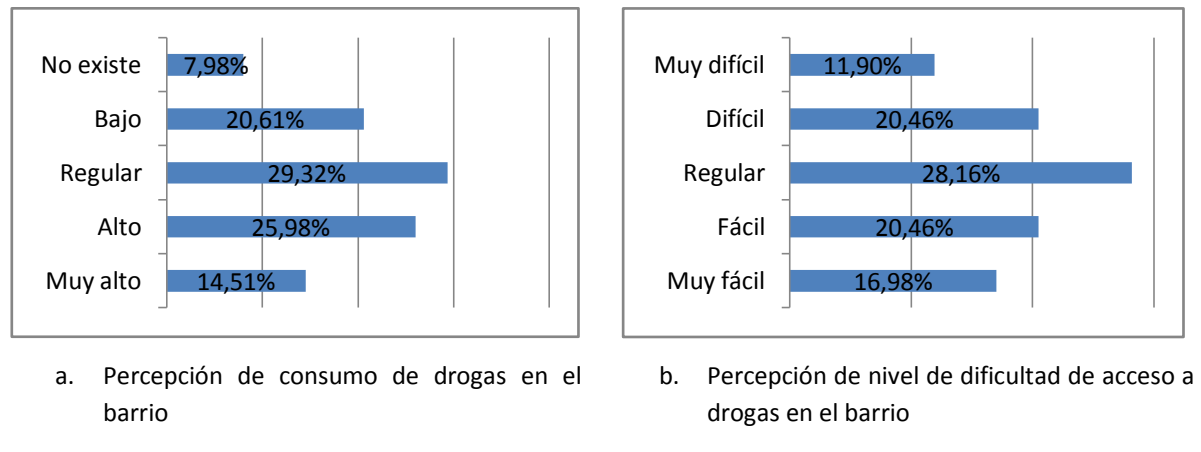


Figura 19. Percepción del consumo de alcohol en la universidad. Por el autor

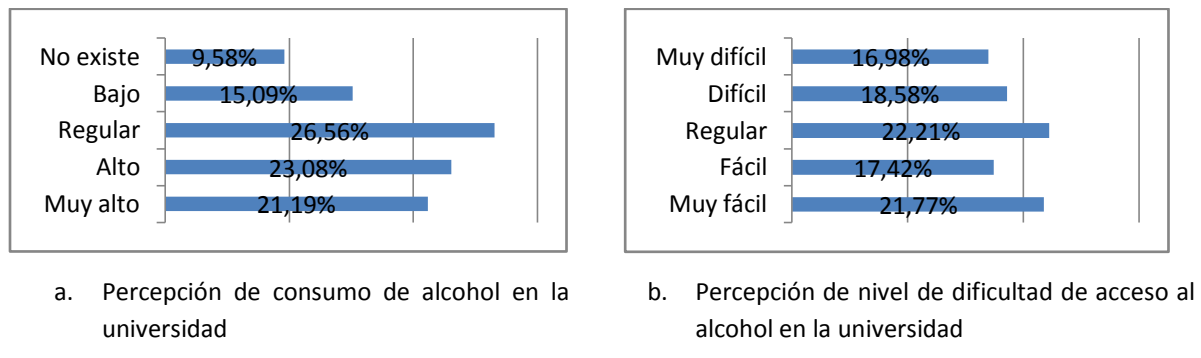
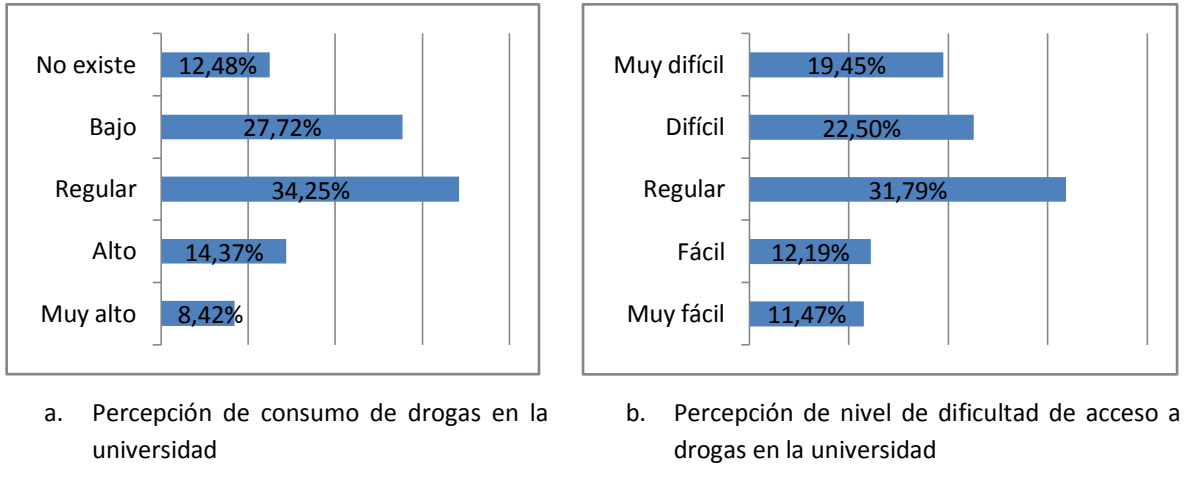


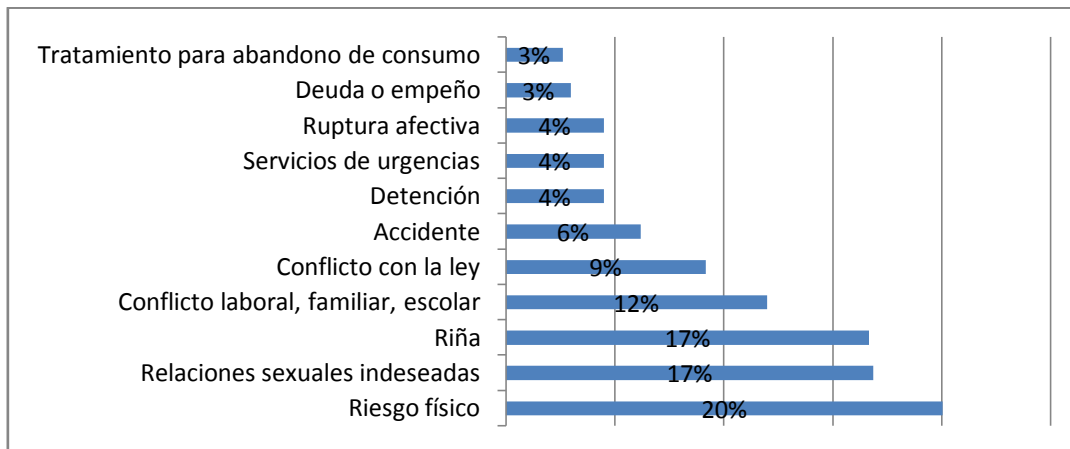
Figura 20. Percepción del consumo de drogas en la universidad. Por el autor



Daños asociados al consumo de SPA:

De los daños asociados al consumo de SPA (Alcohol y drogas), se destaca la exposición a cualquier situación que implicará un riesgo físico que constituyó el 20% de los reportes de consecuencias aversivas, seguida por la práctica de relaciones sexuales indeseadas y riñas, constituyen el 17%, cada una, de los daños. Deudas, empeños 4% y tratamiento para el abandono del consumo 3% ocuparon los últimos lugares de la lista de daños.

Figura 21. Daños asociados al consumo de SPA, Por el autor



Asociaciones Estadísticas

A continuación se presentan las asociaciones que mostraron significancia estadística que dan cuenta de variables y atributos que se relacionan con los diferentes tipos de consumo y con las diferentes sustancias.

Factores de riesgo-protección

A nivel socio-demográfico, la práctica religiosa se asocia en forma protectora con el consumo de vida de cigarrillo, alcohol, marihuana, cocaína e inhalantes, siendo los practicantes de alguna creencia aquellos quienes presentan menor consumo de estas sustancias. El consumo de vida fue mayor para quienes reportaron ser *ateos* (no creyentes ni practicantes de alguna doctrina de fe), *creyentes pero no practicantes*; o *Gnósticos* (creyentes en una doctrina que otorga énfasis al conocimiento místico y rechaza las prácticas de fe tradicionales)

Respecto al estado civil y de relación, también los datos dan cuenta de asociaciones significativas, con respecto al consumo de vida de marihuana, cocaína, clorhidrato de cocaína, inhalantes y analgésicos. Quienes conviven con un amigo o extraño presentan asociaciones al consumo de SPA sintéticas, inhalantes y medicamentos. La valoración de las relaciones también presenta asociación, en particular las relaciones consideradas como conflictivas o distantes. La valoración de la salud como “mala” o “muy mala” se asocia al consumo de alcohol, cigarrillo y medicamentos. En la tabla 13 se especifican dichas asociaciones, en la columna *factores de riesgo protección* se registran las condiciones situacionales o ambientales asociadas al consumo de vida de las sustancias referidas en la segunda columna, seguido se presenta el valor *chi cuadrado* y su valor *P*, seguido de la *variable particular del factor de riesgo-protección*, el valor *F%* es de especial cuidado ya que da cuenta de la consideración de riesgo o protección de la variable, se debe interpretar sobre la referencia del *total* que indica el porcentaje de consumo de vida promedio para la sustancia en relación con el atributo, así el valor *F%* es el que presenta diferencias significativas del grupo normativo, y si su valor está por encima del valor total será considerado como factor de riesgo, mientras que si se ubica debajo del porcentaje, es posible suponer que sea un factor de protección.

Tabla 13

Factores de riesgo asociados con el consumo de vida de SPA

Factores de riesgo-protección	Consumo de vida de	χ^2	P	Variable	F%	Total
Religión que practica	Cigarrillo	28,3	0,000***	Ateísmo	78,8%	58,0%
				Creyente no practicante	69,7%	
				Gnosticismo	71,4%	
	Marihuana	50,42	0,000***	Creyente no practicante	96,2%	91,3%
				Cristiano católico	16,6%	25,1%
	Cocaína	27,4	0,000***	Ateísmo	24,2%	7,3%
				Gnosticismo	14,3%	
	Inhalantes	26,67	0,000***	Ateísmo	24,2%	8,9%
Gnosticismo				14,3%		
Estado civil	Marihuana	15,19	0,019**	Casado	55,6%	25,3%
	Cocaína	18,21	0,006**	Casado	11,1%	7,3%
	Clorhidrato de cocaína	13,32	0,038**	Casado	11,1%	0,9%
	Analgésicos	18,91	0,004**	Separado-divorciado sin pareja	33,3%	10,5%
				Casado	33,3%	
Convivientes	SPA sintéticas	37,52	0,000***	Extraño(s)	30,8%	8,7%
	Inhalantes	24,58	0,002**	Con amigo	50,0%	9,0%
				Extraño(s)	15,4%	11,6%
	Medicamentos	15,7	0,047**	Con amigo	40,0%	
Valoración de las relaciones	Cigarrillo	16,39	0,003**	Conflictiva	94,4%	58,1%
				Distante	71,0%	
	Marihuana	30,93	0,000***	Conflictiva	55,6%	25,3%
				Distante	43,5%	
	Analgésicos	10,21	0,037**	Conflictiva	16,7%	10,5%
				Sobre protectora	23,3%	
Valoración del estado de salud	Cigarrillo	19,45	0,001***	Malo	77,8%	58,5%
	Alcohol	10,59	0,031**	Muy malo	100,0%	91,4%
	Medicamentos	16,64	0,002**	Muy malo y Malo	33,3%	11,5%
Atención en salud mental	Cigarrillo	4,12	0,042**	Si recibió atención	65,3%	58,5%
	Alcohol	6,53	0,011**	Si recibió atención	96,7%	91,5%
	Marihuana	12,11	0,001***	Si recibió atención	36,0%	25,1%
	Cocaína	6,27	0,012**	Si recibió atención	12,0%	7,3%
	Inhalantes	4,27	0,039**	Si recibió atención	13,3%	9,1%
Venta de drogas en el barrio	Marihuana	12,85	0,000***	Si	33,5%	25,3%
	SPA sintéticas	10,62	0,001***	Si	13,6%	8,7%
	Inhalantes	17,15	0,000***	Si	15,3%	9,0%

Percepción de acceso a drogas en el barrio	Cigarrillo	10,82	0,029**	Muy fácil	68,4%	57,0%
	Inhalantes	9,85	0,043**	Fácil	14,2%	9,2%
Percepción de consumo de drogas en el barrio	Cigarrillo	11,72	0,019**	Muy alto	66,0%	57,0%
	Marihuana	16,21	0,003**	Muy alto	38,0%	25,4%
	Inhalantes	12,34	0,015**	Muy alto	17,0%	9,1%
Percepción de consumo de alcohol en el barrio	Cigarrillo	10,83	0,028**	Muy alto	66,7%	57,0%
	Marihuana	11,2	0,024**	Muy alto	33,3%	25,4%
	Inhalantes	18,15	0,001***	Muy alto	16,0%	9,1%
Percepción de acceso a alcohol en el barrio	Cigarrillo	12,57	0,014**	Muy fácil	65,0%	57,8%
	Marihuana	12,05	0,017**	Muy fácil	29,9%	25,0%
	Cocaína	15,83	0,003**	Muy fácil	10,2%	7,1%
	SPA sintéticas	15,15	0,004**	Muy fácil	11,9%	8,9%
	Inhalantes	12,67	0,013**	Muy fácil	11,6%	9,1%
Percepción de acceso a drogas en la universidad	SPA sintéticas	13,71	0,008**	Muy fácil	16,5%	8,9%
Percepción de consumo de drogas en la universidad	Marihuana	10,02	0,040**	Muy alto	37,9%	25,4%
	SPA sintéticas	10,87	0,028**	Muy alto	13,8%	8,8%
Consumo en casa de alcohol	Cigarrillo	5,97	0,015**	Si	72,5%	62,9%
	Clorhidrato de cocaína	7,18	0,007**	Si	2,5%	70,0%
Consumo pareja de alcohol	Marihuana	9,2	0,002**	Si	43,7%	28,4%
	Cocaína	7,8	0,005**	Si	16,9%	8,3%
	Clorhidrato de cocaína	5,3	0,210**	Si	2,8%	0,7%
Consumo de pares marihuana	Marihuana	4,92	0,026**	Si	100,0%	98,9%

Se pudo identificar asociación de dichas condiciones *factores de riesgo-protección* con *tipo de consumo*, sin embargo en tanto que los índices de tipo de consumo se reducen en tanto se avanza en gravedad, no es posible contar con los casos necesarios para identificar asociaciones al tipo de consumo en particular.

Tabla 14.

Factores de riesgo asociados al tipo de consumo de SPA

Factores de riesgo-protección	Tipo de consumo de	X ²	P
Religión que practica	Cocaína	32,42	0,019**
Consumo de pareja cocaína	Alcohol	6,30	0,043**
Venta de drogas en el barrio	Alcohol	10,26	0,016**
Percepción de consumo de drogas en el barrio	Cocaína	28,80	0,004**
Percepción de consumo de alcohol en universidad	Cigarrillo	21,53	0,043**
Edad de inicio alcohol	Marihuana	40,41	0,047**
Edad de inicio cocaína	Marihuana	39,78	0,023**
Edad de inicio cocaína	Cocaína	29,04	0,048**

Daños asociados

Los participantes que reportaron haber tenido alguna de las condiciones identificadas como daños asociados, indicaron haber tenido un consumo de vida de cada una de las referidas. Así, de quienes reportaron haber recibido algún tratamiento para el abandono de SPA, el 85,7% había consumido cigarrillo alguna vez en su vida (12 casos); el 64,3%, marihuana (9 casos); el 42,9%, cocaína (6 casos), 35,7% (5 casos), SPA de síntesis; 14,3% (2) Clorhidrato de cocaína; y 35,7% (5 casos) medicamentos.

La tabla 15 daños asociados al consumo de vida de SPA presenta las relaciones mencionadas para cada una de las condiciones identificadas como daños asociados. La columna *daños asociados* indica la condición que agrupa a los participantes en adelante los datos refieren a aquellos que reportaron haber presentado dicha condición y la consideran consecuencia del consumo de alguna SPA, la siguiente columna *consumo de vida* indica la SPA cuyo consumo reportan por lo menos alguna vez en la vida, continua el valor *chi cuadrado* con su respectivo valor *P* que dan cuenta de la asociación estadística entre dichos atributos, el valor *F* refiere a la frecuencia de los casos y su valor porcentual.

Tabla 15.

Daños asociados al consumo de vida de SPA.

Daños asociados	Consumo de vida de	χ^2	P	F	%
Tratamiento para abandono	Cigarrillo	4,5	0,034**	12	85,7%
	Marihuana	11,53	0,001***	9	64,3%
	Cocaína	26,91	0,000***	6	42,9%
	Spa de síntesis	13,11	0,000***	5	35,7%
	Clorhidrato de cocaína	29,79	0,000***	2	14,3%
	Medicamentos	8,09	0,004**	5	35,7%
Detención	Marihuana	14,41	0,000***	14	58,3%
	Cocaína	25,12	0,000***	8	33,3%
	Heroína	12,91	0,000***	1	4,2%
	Inhalantes	12,35	0,000***	7	29,2%
	Medicamentos	11,43	0,001***	8	33,3%
Urgencias	Alcohol	21,9	0,120***	24	100%
	Marihuana	22,59	0,000***	16	66,7%
	Cocaína	11,63	0,001***	6	25,0%
	Heroína	12,91	0,000***	1	4,2%
	Clorhidrato de cocaína	16,04	0,000***	2	8,3%
	Spa de síntesis	43,11	0,000***	11	45,8%
	Inhalantes	32,4	0,000***	10	41,7%
	Medicamentos	11,43	0,001***	8	33,3%

Accidentalidad	Marihuana	15,75	0,000***	18	54,5%
	Cocaína	10,02	0,002**	7	21,2%
	Spa de síntesis	10,52	0,001***	8	24,2%
	Inhalantes	14,13	0,000***	9	27,3%
	analgésicos	4,29	0,038**	7	21,2%
	Medicamentos	11,8	0,001***	10	30,3%
Deuda empeño	Cigarrillo	5,8	0,016**	14	87,5%
	Marihuana	16,41	0,000***	11	68,8%
	Cocaína	22,26	0,000***	6	37,5%
	Heroína	20,1	0,000***	1	6,3%
	Clorhidrato de cocaína	25,66	0,000***	2	12,5%
	Inhalantes	33,62	0,000***	8	50,0%
Conflicto interpersonal	Cigarrillo	17,76	0,000***	53	82,8%
	Medicamentos	6,15	0,013**	14	21,9%
	Alcohol	6,73	0,009**	64	100,0%
	Marihuana	47,59	0,000***	39	60,9%
	Cocaína	10,33	0,001***	11	17,2%
	Clorhidrato de cocaína	23,64	0,000***	4	6,3%
	Spa de síntesis	28,29	0,000***	17	26,6%
	Inhalantes	42,65	0,000***	20	31,3%
Medicamentos	7,24	0,007**	14	21,9%	
Riesgo físico	Cigarrillo	28,12	0,000***	87	81,3%
	Alcohol	7,45	0,006**	105	98,1%
	Marihuana	59,93	0,000***	59	55,1%
	Clorhidrato de cocaína	21,21	0,000***	5	4,7%
	Spa de síntesis	34,22	0,000***	25	23,4%
	Cocaína	20,75	0,000***	19	17,8%
	analgésicos	40,77	0,000***	12	11,2%
	Medicamentos	6,18	0,013**	20	18,7%
Conflicto con la ley	Cigarrillo	6,6	0,010**	37	75,5%
	Marihuana	24,89	0,000***	27	55,1%
	Cocaína	35,61	0,000***	14	28,6%
	Heroína	5,58	0,018**	1	2,0%
	Clorhidrato de cocaína	32,49	0,000***	4	8,2%
	Spa de síntesis	26,18	0,000***	14	28,6%
	Inhalantes	15,45	0,000***	12	24,5%
	Medicamentos	6,03	0,014**	11	22,4%
Riña	Cigarrillo	21,9	0,000***	72	80,9%
	Alcohol	5,36	0,021**	87	97,8%
	Cocaína	21,3	0,000***	17	19,1%
	Marihuana	59,58	0,000***	52	58,4%
	Clorhidrato de cocaína	15,54	0,000***	4	4,5%

	Spa de síntesis	60,13	0,000***	27	30,3%
	Inhalantes	34,41	0,000***	23	25,8%
	Medicamentos	20,17	0,000***	23	25,8%
Relaciones sexuales no deseadas	Cigarrillo	18,45	0,000***	71	78,9%
	Alcohol	5,48	0,019**	88	97,8%
	Cocaína	17,02	0,000***	16	17,8%
	Marihuana	46,73	0,000***	49	54,4%
	Inhalantes	18,54	0,000***	19	21,1%
	Medicamentos	19,61	0,000***	23	25,6%
Ruptura afectiva	Marihuana	27,36	0,000***	17	70,8%
	Cigarrillo	4,55	0,033**	19	79,2%
	Cocaína	11,63	0,001***	6	25,0%
	Heroína	12,91	0,000***	1	4,2%
	Spa de síntesis	33,97	0,000***	10	41,7%
	Inhalantes	41,2	0,000***	11	45,8%
	analgésicos	9,3	0,002**	7	29,2%
	Medicamentos	28,37	0,000***	11	45,8%

La tabla 16 indica que a través del estadístico Chi cuadrado se identifican diferencias entre los grupos según tipo de consumo y la condición indicada como daño asociado, es decir, tales condiciones se asocian al tipo de consumo, sin embargo, no se identifica el tipo de consumo específico por la insuficiencia del número de casos, tal condición no permite dar cuenta de la asociación particular con el tipo de consumo.

Tabla 16.

Daños asociados al tipo de consumo de SPA

Daños asociados	Tipo de consumo	X ²	P
Conflicto interpersonal	Cigarrillo	14,79	0,002**
	Marihuana	8,30	0,040**
Tratamiento para abandono	Marihuana	11,08	0,011**
	Cocaína	12,00	0,007**
Servicios de urgencias	Cocaína	8,76	0,033**
Accidente	Cocaína	11,48	0,011**
Deuda	Cocaína	14,85	0,002**
Riña	Cocaína	8,57	0,036**

Conclusiones y Discusión

Aspectos generales

A continuación se realiza una lectura crítica de la investigación realizada, desde los siguientes tópicos: el análisis del problema, que constituye la unidad de análisis, el consumo de SPA; las consideraciones metodológicas de la investigación; los resultados obtenidos y los alcances y propuestas derivadas del ejercicio investigativo.

Como primer aspecto a discutir, conviene revisar las posibles implicaciones de las lecturas posibles de la presente investigación o de investigaciones relacionadas. Realizar una aproximación para describir el consumo de SPA en adolescentes, puede generar estigmatizaciones de la adolescencia que le otorguen el estatus de vulnerabilidad, tal tendencia ha sido usual, pero su práctica no la legítima, debe ser cuestionada; en tanto que, si bien, durante la adolescencia se configuran características que pueden incrementar la vulnerabilidad, ésta, en sí misma no es condición de riesgo. Las necesidades propias del adolescente, de oposición al mundo adulto, desafío al sistema normativo, búsqueda de novedad, invulnerabilidad percibida, no son problemas en sí mismos, son características propias del adolescente que le permiten explorar nuevos contextos para su desarrollo, para la construcción de su identidad como tarea evolutiva, para el surgimiento de competencias relacionales que le permitan ubicarse en el mundo social, pero también pueden implicar un riesgo de acuerdo a los contextos y de acuerdo a las asociaciones de estas características, en sentido probabilístico.

Tal razonamiento, también aplica respecto a la inclusión en el ámbito universitario, es necesario considerar que la universidad es un escenario de socialización, búsqueda de independencia y autonomía, en el que los intercambios en torno a la diversión, “rumba” “carrete” son recurrentes, pero no son condición inherente a la vida universitaria. En este contexto se generan interacciones grupales, y sociales que favorecerán competencias profesionales e interpersonales, en las que no solo cobra importancia la competencia intelectual, sino que también se manifiesta la necesidad de desarrollar habilidades sociales desde las que se gestan redes de soporte de corto, mediano y largo plazo, redes sociales de soporte afectivo e instrumental. En este sentido, la socialización exige contextos de

divertimiento, de ocio y tiempo libre, que están o no acompañados en algunas ocasiones del consumo de spa (alcohol y drogas) ilustración de este fenómeno se evidencia en los temas de conversación de los adolescentes universitarios, en la socialización que hacen a través de medios virtuales de las situaciones en mención, entre otras.

Como tercer elemento de este punto, vale señalar que la vida universitaria, no solo presenta características de socialización y relación, también presenta demandas de exigencia y ajuste de un adolescente joven que requiere dar respuesta a dichas demandas, o a las emociones que implican dichas demandas. Es decir, el contexto universitario le presenta situaciones novedosas que implicaran un grado de dificultad, tales situaciones, en tanto sean evaluadas como importantes por el estudiante, serán motivo de activación emocional, el modelo de afrontamiento permite suponer que dicha activación constituye un elemento motivacional que será seguido de comportamientos, orientados a dar respuesta a la demanda, o a reducir la emoción generada por la demanda, los estilos de afrontamiento pueden favorecer el ajuste y el desarrollo, o pueden amenazarlo, el consumo de spa es uno de los múltiples mecanismos orientados a reducir la emoción de la demanda ambiental, pero vale indicar que no son el único mecanismo disponible para ello, en correspondencia con la idea en desarrollo, se plantea como elemento de discusión la siguiente consideración, el estrés propio de la vida universitaria, implicara la necesidad de ajustes, estos ajustes pueden favorecer o amenazar el desarrollo humano, y en tal sentido, vale desmitificar la idea del estrés como causa del consumo, el estrés puede explicar la necesidad de afrontamiento, y evidentemente la adopción de conductas de riesgo. Desde el modelo transaccional de estrés-afrontamiento presentado anteriormente, se indica como las demandas del contexto y del ambiente generan activación, y está activación respuestas de tipo emocional, que a su vez pueden estar relacionadas con el estrés, así el estudiante se ubica en un contexto de demanda de ejecución, resultados y desempeño que le generará emociones, que para resolver asumirá estilos de afrontamiento, bien adaptativos o mal adaptativos. Sin embargo, no se puede perder de vista la complejidad del comportamiento humano y sus múltiples opciones, los estilos de afrontamiento son tan variados como el organismo y el ambiente lo permiten, de acuerdo con esto, considerar la vida universitaria como factor de riesgo para el

consumo de SPA es problemático en tanto parte de una percepción decida del estudiante y del contexto en el que se desarrolla.

Así, estigmatizaciones que pudiera suscitar la investigación deben ser analizadas a la luz de la evidencia, más que por la aceptación incondicional de discursos dominantes. Incluso, un aspecto más controversial tiene que ver con la consideración de los distintos tipos de consumo, cuyo análisis implica una valoración y juicio de aceptación o no de alguno de los tipos de consumo. Es decir, al clasificar el *consumo*, en *tipos de consumo*, se pone en evidencia la diferencia existente entre estos, y sus implicaciones sobre la salud y el desarrollo humano. El consumo social, ocasional, parece ser aceptado culturalmente, es aquel que acompaña los espacios de interacción y ritos normativos en la historia de desarrollo, los contextos de celebración en Latino América están caracterizados por la presencia de algún tipo de SPA, alcohol preferentemente (aquí está incluido el alcohol). Sin embargo, otro extremo del consumo es el consumo dependiente y problemático, en el que se ha instalado un patrón de consumo recurrente con dependencia fisiológica y con implicaciones en el funcionamiento del individuo, que afectará también a los que les rodean. Resulta ingenuo clasificar el consumo de manera global y problematizarlo como consumo, la visión desde categorías permite hacer un acercamiento al problema de manera realista, asumiendo la práctica cultural de consumo como un fenómeno presente en los grupos sociales y validados por idiosincrasias, creencias y prácticas.

En términos generales, la propuesta es hacer una lectura del fenómeno del consumo de SPA de manera compleja y analítica, con la precaución de identificar los juicios de valor presentes y heredados culturalmente, identificar los componentes del fenómeno y evaluarlos desde la evidencia, considerar que las regularidades y eventos usuales no necesariamente describen leyes del comportamiento, y que, pese a lo que desde el sentido común se considera un absoluto, la evidencia puede mostrar que se trata de eventos presentes en un grupo particular, no general. Considerar al adolescente-joven, al estudiante universitario, con características, que en contextos de riesgo, y con historia de riesgo, pueden influir como factores probabilísticos de riesgo. Así, también concebir el problema de estudio como un continuo fluctuante y con variaciones. Ahora, es propósito de la ciencia moderna la búsqueda

de los determinantes de los fenómenos de estudio con el intento de predecirlos y controlarlos, y este objetivo demanda la identificación de variables como antecedentes, y este aspecto no necesariamente entra en oposición a la consideración multi-causal, una óptica probabilística y compleja parece ser una ruta viable de lectura del problema, por lo menos es la que asume la investigación presente.

Aspectos metodológicos

Como segundo punto de discusión conviene revisar los aspectos metodológicos de la investigación, su revisión es condición necesaria a la hora de hacer una lectura de los resultados. En primera instancia vale señalar que se sustenta sobre la investigación cuantitativa de corte probabilístico, los datos presentados constituyen una evidencia de algunas de las características del fenómeno, como evidencia aportan pistas para la comprensión del mismo y permiten la formulación de hipótesis explicativas. No identifican relaciones causales, de eventos que expliquen el fenómeno, sino de variables y factores que coexisten y presentan regularidades. Por tal motivo, instrumentos estadísticos como las contingencias y correlaciones dan cuenta de asociaciones, no de causas y efectos, si bien en apartados anteriores se indica que los factores de riesgo se relacionan con *posibles causas* y los daños asociados con *posibles consecuencias*, vale resaltar el carácter probabilístico del adjetivo “posible”. La metodología a utilizar para establecer la causalidad sería experimental, y aún ésta ha sido cuestionada por las aproximaciones posmodernas, el seguimiento exposfacto podría dar mayor grado de certeza sobre daños producidos por el consumo de SPA. Sin embargo, esta no ha sido la metodología adoptada por la presente investigación, sino que desde la descripción de situaciones ambientales (microsociales y relacionales), el consumo de SPA, y situaciones perjudiciales y que amenazan la salud; se identificaron las coocurrencias y se plantean hipótesis que relacionan dichos eventos. Se ha advertido que la correlación no implica causalidad, sin embargo, esto pasa desapercibido en varios procesos de evaluación. En estudios antecedentes, se evalúa las variables y se atribuye causalidad sobre la conducta de salud.

También existe un problema con los estudios transversales, metodología aplicada por excelencia, para investigaciones en salud. Estos evalúan de manera estática conductas que son el resultado de procesos que están en un cambio continuo, y por lo tanto, su capacidad para apreciar el proceso evolutivo es limitada, se trata de tomar medidas de procesos dinámicos con medidas tomadas en un momento fijo, además porque diversas variables intervienen y afectan la evaluación y que no pueden ser controladas por los investigadores. Este problema, atraviesa a las investigaciones de éste corte y la presente.

En relación con la técnica, señalar conviene señalar que la evaluación se realizó, como en la mayoría de los estudios de éste tipo, mediante cuestionario de auto-reporte, por lo cual se pone en riesgo la confiabilidad de la información obtenida, ya que se parte del supuesto de la veracidad de los datos que suministran los participantes, el consentimiento informado en el que se certifica la confidencialidad, no es garante suficiente para considerar que los participantes respondan de acuerdo con la realidad lo que impone una serie de limitaciones metodológicas como la imposibilidad de contrastar los datos.

Hallazgos

El consumo de SPA como fenómeno complejo, por la cantidad de variables que implica, y por las relaciones que se presentan entre éstas, requiere una mirada integradora que supere las limitaciones del pensamiento reduccionista, sin que ello suponga la renuncia a la búsqueda de aquellos determinantes. La investigación actual presenta evidencia que señala la participación de las variables propuestas por los distintos modelos, aspecto que sugiere la co-ocurrencia de cada evento en diferente medida. Tal como se presentó en el marco conceptual, los modelos discurren en el énfasis particular que le otorgan a cada variable en la explicación del comportamiento en salud. Este aspecto da cuenta del respaldo empírico de las micro teorías, y sugiere el acercamiento que asume la presente investigación al fenómeno de estudio.

Ahora bien, la problemática del consumo de SPA, desde la presente investigación fue abordada con un énfasis particular, lo que se hace evidente en las interrogantes planteadas, y las variables seleccionadas. Desde la consideración macrosocial se asumió la disposición ambiental, desde factores normativos, prácticas tradicionales, imaginarios y actitudes como

condiciones necesarias para el consumo. Sin embargo, éstas no fueron evaluadas. A nivel personal, aspectos como las cogniciones actitudes, afectos, percepciones, significados, entre otros; también explican el comportamiento, y en particular, el consumo de SPA. Al igual que las variables macro sociales, estas no fueron la unidad de análisis de preferencia para este estudio. Específicamente, la investigación propuesta realizó un acercamiento al problema desde una perspectiva relacional y social, tanto en la formulación de hipótesis explicativas en términos de factores de riesgo, como en la consideración de eventos resultantes del consumo, como daños asociados.

Un primer aspecto a considerar es la representatividad de los participantes, 689 adolescentes jóvenes entre los 16 y 26 años estudiantes universitarios, de los cuales el 72,7% son mujeres y 27,3% hombres, investigaciones previas indican la diferencia por género que presenta el comportamiento de consumo, lo que implica un posible sesgo, en tanto que las mujeres reportan menores indicadores de consumo según los antecedentes reportados, así, al ser mayoría en ésta investigación los resultados globales pudieran presentar una tendencia a ser menores frente a otros reportes. La alta participación en el estudio de mujeres obedece a la representatividad del género en carreras de ciencias humanas y sociales, que también presentan mayor participación en el estudio (74,4%). A éste respecto, conviene referir los antecedentes de la investigación, que han orientado como parte de la descripción del fenómeno, las diferencias de género. Tal como lo evidencian, existen diferencias de género que apuntan a que los hombres presentan mayor prevalencia de consumo de SPA y mayor probabilidad de avanzar en la progresión de tipos de consumo, los hombres orientarían sus estilos de afrontamiento al canal comportamental, mientras que las mujeres al emocional. Desde los datos disponibles de ésta investigación no es posible presentar diferencias de género, pero si es posible señalar que la representatividad femenina en esta muestra presenta unas características particulares del estudio.

La selección probabilística aleatoria de una muestra representativa resuelve este problema, se presenta en tanto que se eligió una muestra a conveniencia por invitación a participar por las ventajas prácticas que presentaba para la ejecución. Los estudiantes universitarios participantes reportaron convivir con familia nuclear (69,4%) y con familia

nuclear y extensa (6,8%) así la convivencia con familiares es la situación más recurrente, en similar proporción calificaron la relación con sus convivientes como cercana y de confianza (77,8%) en igual proporción valoraron su estado de salud como bueno o muy bueno, 7 de cada 10; y reportaron practicar una actividad física que implique esfuerzo el 77%. Esta proporción es similar, frente a 3 de cada 10 que evalúan sus relaciones como distantes o conflictivas, que consideran que su estado de salud no es bueno, o que no realizan ninguna práctica de actividad física (ejercicio – deporte). Estos datos resultan interesantes ya que dan cuenta de los factores considerados tradicionalmente como los de mayor relación con bienestar y calidad de vida.

Descripción del consumo:

Respecto a los resultados obtenidos, se evidencia que el consumo de SPA presenta un comportamiento similar al que reportan los estudios epidemiológicos para la población evaluada, la prevalencia de consumo es más alta para sustancias legales, así como la edad de inicio es menor para estas. El alcohol presenta una prevalencia de consumo de vida del 91,3%, alta a nivel estadístico, sin embargo tal dato se relativiza a la hora de clasificar el tipo de consumo, ya que el 78% corresponde a consumo ocasional, frente al 22% que agrupa el consumo de riesgo, problemático y dependiente; así 2 de cada 10 adolescentes presenta un tipo de consumo de alcohol que requiere una modificación en el curso del comportamiento. Es decir, la lectura de datos de prevalencia permite una apreciación del consumo de vida, que no es equiparable a la lectura posible por tipo de consumo, que permite la comprensión valorativa. Por ejemplo, el cigarrillo presenta menor prevalencia de consumo (58%) sin embargo, el 63% se agrupa en consumo de riesgo, problemático y dependiente. Es decir que el cigarrillo, a pesar de tener menos consumidores con respecto al alcohol, es una sustancia que tiene mayor poder adictivo, valorada socialmente como inocua porque no necesariamente genera problemas de comportamiento que afecten el orden social, sus daños están orientados a la salud física. La comparación entre estas dos sustancias es pertinente en tanto comparten un estatus de aceptación socio-legal, el alcohol mejor aceptado socialmente, y hasta promovido por contextos de afiliación, pero con importantes daños en la salud y sobretodo en el funcionamiento social y en las relaciones; el cigarrillo con

otras características por los valores que su consumo prometen, como el estatus de adultez, poder e independencia, como oposición a la norma social (sin infringir la norma legal). Seguramente la investigación cualitativa tiene mucho que aportar al respecto, el consumo depende de variables personales, tales como los significados que cada una tiene, y que persiguen sus consumidores.

De las SPA ilícitas, la marihuana presentó mayor prevalencia de consumo. Estos datos dirigen la discusión hacia la aceptación socio legal como facilitador del consumo. Tal y como lo indica Fandiño (2006) el reconocimiento de las SPA en los escenarios de socialización, la validación cultural, suponen los principales factores que favorecen el consumo. Respecto a la edad de inicio, resulta preocupante que esta sea menor para las SPA lícitas, ya que implica que la misma cultura de aceptación deriva en costumbres de inicio para los menores de edad, cabe plantearse la interrogante respecto a los escenarios de inicio de consumo, cuáles serán los contextos en los que se adopta el consumo, ¿con el grupo de referencia familiar o con grupo de pares?

La incidencia del consumo también resulta ser un dato susceptible de reflexión, para el alcohol el 13% indica haber iniciado en el último año, tal cifra da cuenta de la relación entre el inicio del consumo y rituales de transición en el ciclo vital, para este porcentaje coincide con la finalización de la época escolar y el inicio de la universidad, frente al 78% que inició su consumo hace más de un año, y dado que el 52% se agrupó en primer año universitario, la mayor proporción de participantes, indica que probablemente para la mayoría el inicio de consumo de alcohol no se dio en la universidad, conviene orientar la revisión a la población escolar, tal como lo han hecho diversas investigaciones.

Respecto a los indicadores de consumo perjudicial y dependiente, se debe considerar que el grupo etario de estudio es la población adolescente-joven, si ya hay patrones de consumo de este nivel (5% dependiente para cualquier sustancia y 17% perjudicial para cualquier sustancia), se considera preocupante en tanto que estos patrones tienen a tener una evolución progresiva y mantenida en el tiempo, por tal razón el consumo perjudicial es predictor de curso hacia consumo dependiente, este segmento de personas que habiendo consumido cualquier sustancia, han seguido el curso de consumo a éste tipo, requieren

atención, 1 de cada 10 consumidores de cualquier sustancia presenta dependencia a la sustancia, y 2 de cada 12 consumidores presenta consumo perjudicial. Ahora, vale indicar que las sustancias denominadas “duras” por su alto poder adictivo presentan una prevalencia correspondiente con los datos generales, pero las sustancias legales de consumo prohibido, como inhalantes y medicamentos se aproximan al 10%, el consumo de estas sustancias con propósitos psicoactivos se ha popularizado en los últimos años, probablemente el acceso a la información por medios virtuales ha favorecido este aspecto.

Factores de riesgo o protección:

En relación con la descripción del consumo se puede proponer un primer factor de riesgo, que tiene amplio respaldo en la literatura, *la aceptación socio-legal* que implica la facilidad de *acceso* a las SPA. Las SPA legales son las de mayor prevalencia de consumo, las SPA que se obtienen de elementos de fácil acceso, como medicamentos e inhalantes también evidencian esta hipótesis explicativa. Ahora, en este punto no se puede ignorar el debate actual frente a la legalización como opción para reducir los problemas sociales relacionados con la producción, tráfico y expendio de estupefacientes. Implica considerar dos puntos de vista, la legalización reduce los problemas de violencia, delincuencia y pobreza que se presentan en contextos como el local, en Colombia, como se indicó previamente, la problemática de mayor atención ha sido la referente al narcotráfico, apoyada por los imaginarios internacionales que identifican al país por este fenómeno, que a su vez obedecen a prácticas nacionales, como la producción cinematográfica y televisiva, que si bien muestra una realidad nacional, contribuye a la estigmatización del país como principal productor de cocaína del mundo. Percepción o realidad es el dilema que se pone en discusión, los reportes oficiales de estamentos internacionales como la ONU ubican a Colombia como principal productor y comercializador de hoja de coca en el mundo. Estos problemas de orden macro-social y político han sido argumentos importantes para la defensa de la legalización como vía de solución al problema. Otro punto de vista es el concerniente a la salud, esta investigación y sus antecedentes indican como factor de riesgo la aceptación socio legal, aquellas sustancias cuyo consumo no está prohibido son las de mayor prevalencia e incidencia de consumo así como las que menor edad de inicio reportan. Hacer ajustes en la legislación

implica hacer ajustes en el sistema educativo, sanitario, para la prevención del consumo, si bien uno de los argumentos expuestos desde el sentido común y los discursos cotidianos está orientado a la autodeterminación de las personas y su libre elección en independencia de la legislación, y que por tanto, despenalizar el tráfico no implica promover el consumo, la evidencia señala una relación a considerar, las sustancias de mayor consumo son aquellas que presentan la condición de legalidad. En este sentido, vale mencionar la asociación encontrada entre el consumo de alcohol con consumo de padres y pareja, mientras que el consumo de marihuana se asocia con el consumo de pares, el alcohol presenta una exposición social en las relaciones tempranas y significativas, mientras que el consumo de SPA ilícitas se presenta en grupo de amigos (o solitario en etapas avanzadas del consumo)

Ahora bien, un segundo factor encontrado que se relaciona con el consumo de SPA es el consumo por parte de pares, incluso sobre el consumo por parte de la familia o la pareja, lo que lleva a suponer que una posible explicación al consumo es la influencia social, definida como la injerencia que tienen los otros sociales, pares o modelos, sobre el comportamiento, que puede ser ejercida desde la instrucción, desde la demanda, o simplemente desde la observación de ejecución del comportamiento. Así, se presenta un aspecto a reflexionar, la influencia social no está limitada a la sola invitación o solicitud del consumo, la ejecución misma de la conducta por otro social ya presenta un estatus de influencia, desde tal supuesto se fundamenta la publicidad. Así, plantear estrategias de prevención, orientadas en la habilidad para decir “no”, restringe la consideración del problema a la influencia como invitación o demanda. Mientras que si se ocupa el término con tal amplitud, se incluye la influencia como modelado o exposición.

En particular, los factores que presentaron asociación estadística presentan una posible lógica que a continuación se expone. En primer lugar, la *no práctica religiosa* se asocia con el consumo de cigarrillo, cocaína, marihuana e inhalantes, es posible hacer un salto lógico para indicar que la práctica religiosa pudiese constituir un factor protector, esto podría sustentarse desde el control normativo que presentan la mayor parte de prácticas religiosas. Sin duda, suponer dicha relación implica la reflexión acerca de la necesidad normativa vigente en la adolescencia, ahora bien, desde la reflexión ética la norma tiene un valor

funcional, es útil para la convivencia, para la coexistencia de intereses diversos y la búsqueda del desarrollo humano en cohabitancia con otro y consigo mismo, persigue un propósito, perpetuar al ser humano como individuo y como colectivo.

La convivencia con amigos o extraños se asocia al consumo de SPA sintéticas, inhalantes y medicamentos, es posible considerar que este fenómeno se deba a que la familia (culturalmente) ejerce un papel regulador, normativo y de soporte afectivo protector. Este aspecto se articula con la asociación que se presenta entre la valoración de relaciones conflictivas y distantes con el consumo de cigarrillo, analgésicos y marihuana. Como se señaló anteriormente, si bien la ocurrencia de un evento asociado a otro no implica que la ausencia del mismo evento no se presente con el otro evento, es decir, la presencia clientes en un local de comidas se asocia con la calidad de la comida del mismo, pero la ausencia de clientes en un local no necesariamente se asocia con baja calidad de la comida, a manera de ejemplo, y lo que se pretende ilustrar, es que si la presencia de un atributo constituye un factor de riesgo la ausencia del mismo no necesariamente constituya un factor protector, la solución a estas precauciones metodológicas se encuentra en el respaldo teórico, y es que desde las investigaciones previas y los modelos, se considera que la calidad de las relaciones constituye un factor protector.

Daños asociados:

Los resultados de la investigación señalan que existe una relación entre el consumo de algunas SPA con situaciones valoradas como consecuentes al consumo de las mismas, ya que el instrumento precisa que las situaciones indicadas como daños, se relacionan con el fenómeno de estudio, si bien una persona en el transcurrir de su vida puede presentar dichas situaciones, como accidentalidad, asistencia a centros de emergencia médica, riñas, rupturas, el instrumento especifica si éstas situaciones se han presentado en consecuencia del consumo de alcohol.

Los daños asociados que mostraron significancia estadística fueron: haber realizado algún tratamiento para abandono, detención, urgencias, accidentalidad, deuda empeño, conflicto interpersonal, riesgo físico, conflicto con la ley, riña, relaciones sexuales no deseadas y ruptura afectiva. Estos factores indican un aspecto como argumento frente a los

debates actuales en torno a las SPA, el grado de problematización de las mismas no solo tiene que ver con aspectos que la sociedad juzgue desde conceptos morales, del bien o el mal, tiene que ver con consecuencias derivadas del mismo, ahora bien, es frente a este aspecto que se plantea la salvedad del inicio de la discusión, y es que el consumo puede ser estudiado como un evento continuo, no es una categoría única dicótoma, existen distintos tipos de consumo, que precisamente han sido formulados en virtud de las implicaciones que presentan, así no se puede señalar de manera concluyente que el problema asociado al consumo, lo sea al consumo en su consideración global, en ese caso surge la interrogante respecto a la presente investigación, por qué no se presentan los daños asociados a los tipos de consumo, y se presentan asociados al consumo como categoría global, bien, tanto para factores de riesgo como para daños asociados, se presentan las relaciones al consumo como categoría global, en tanto que al particularizar el tipo de consumo se reducen los casos, al punto de no cumplir con los criterios para hacer dichos procedimientos estadísticos. Estudiar los factores asociados a una condición implica contar con el número suficiente de casos que presenten la condición, la población participante es representativa para la descripción del consumo, pero insuficiente para el análisis detallado de dichas relaciones.

De todas maneras, las relaciones estadísticas identificadas son un insumo importante para la formulación de modelos comprensivos frente al tema, y de hipótesis explicativas, y evidencia que da cuenta del estatus de problema que representa para la salud y el desarrollo humano el consumo de SPA.

Aplicaciones

Tocante a la relevancia social de la investigación, en la misma línea de las investigaciones epidemiológicas en salud, proporciona insumos que señalan la urgencia existente por diseñar intervenciones efectivas a corto, mediano y largo plazo, para prevenir el consumo de SPA y lograr el abandono del mismo en los adolescentes-jóvenes consumidores. Esta urgencia se evidencia por la magnitud del problema, es imperante la necesidad de detener los patrones crecientes de prevalencia e incidencia de consumo, así como también reducir el decremento de la edad de inicio. Durante las últimas décadas, los

esfuerzos realizados, desde diversas disciplinas, han sido progresivos, sin embargo, los resultados permiten apreciar que en la mayoría de los casos, tales esfuerzos no han tenido los resultados esperados, aunque como se indicó en los datos de antecedentes, esfuerzos como los de CONACE Chile merecen ser revisados en tanto que a lo largo de los años han mostrado un cambio en el comportamiento de los indicadores, cambio favorable.

Las intervenciones en prevención del consumo pueden enfrentar barreras a largo plazo porque parten de una comprensión incompleta del problema, es importante tener en cuenta cómo se inicia el hábito en los jóvenes, por qué se mantiene, cuáles son las condiciones que facilitan el consumo y cuáles son los efectos sobre la salud y el desarrollo humano.

La problemática en torno a las SPA es compleja en tanto integra diversas variables, biológicas, relacionales, sociales, culturales, políticas también, entre otras. Su abordaje debe considerar tal complejidad y, por consiguiente, las estrategias para la intervención desde la prevención del consumo o el abandono del mismo, deben ser programáticas, multimodales, interdisciplinarias y orientarse a la verificación de su efectividad a corto y largo término.

Referencias

- Albarracín Ordoñez, M. L. (2008). Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria. *Liberabit Revista de Psicología*, 49-61.
- American Psychiatric Association (2001) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV TR. Barcelona: Masson.
- Arbex, C. (2002) Guía de Intervención: Menores y consumos de drogas. ADES (Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales) Madrid, España.
- Arellanez-Hernández, J. D.-N.-E.-I. (2004). factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis bivariados de un estudio de casos y controles. Retrieved from EBSCOhost. , 27(3), 54-64.
- Arrieta Vergara, K. M. (2009). Consumo patológico de alcohol entre los estudiantes de la Universidad de Cartagena. *Revista de Salud Pública*, 878-886.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.
- Baranowski, T.; Perry, C. & Guy, P. (2002). How individuals, environments, and health behavior interact. En Glanz, K.; Rimer, B.K.; Lewis, F.M. (Eds). *Health behavior and Health education. Theory, research and practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bayona, J., Hurtado, C., Ruiz, I., & Hoyos, A. & Ruiz, I. (2005). Actitudes Frente a la Venta y el Consumo de Sustancias Psicoactivas al Interior de la Universidad Nacional de Colombia. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psycho*, Vol. 39, N (1) pp. 159-168.
- Blay, N., Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Mantecón, A., & Ros, M. (2010). Violencia en contextos recreativos nocturnos: su relación con el consumo de alcohol y drogas entre jóvenes españoles. *Psicothema*, 22(3), 396-402.
- Bravo, P., Bravo, S., Porras, B., Valderrama, J., Erazo, A., & Bravo, L. (2005). Prevalencia de Sustancias Psicoactivas Asociadas con Muertes Violentas en Cali. *Colombia Medica*, 36, núm. 3; 146-152.
- Bruga, M. B. (2004). Estimación de la mortalidad atribuible al consumo de drogas ilegales en España. *Medicina Clínica de Barcelona*. , 123,20, 775- 777.
- Cáceres, D. I., Varela, M., & Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica* , 521-534.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Mantecón, A., & Ramón, A. (2009). Sexualidad de riesgo y consumo de drogas en el contexto recreativo. Una perspectiva de género. *Psicothema* , Vol. 21, Núm. 2, 2009, pp. 227-233.
- Camacho, I. (2005). Consumo de Alcohol en Universitarios: Relación Funcional con los Factores Sociodemográficos, Las Expectativas y la Ansiedad Social. *Colombiana de Psicología* N(3) , 91-119.
- Carballo, J. L., Pons Torres, C., Espada, J. P., Piqueras, J. A., & Orgilés, M. (2011). Diferencias en el consumo de sustancias psicoactivas y psicofarmacológicas entre estudiantes de medicina y psicología en época de exámenes. *Salud y drogas*, 13-30.
- Castellanos, G. (2007). La representación social de las drogas en un grupo de varones en reclusión en dos centros penitenciarios mexicanos. *Anales de psicología*. 7, 23, 1, 85-91.
- Ceballos, G. A., & Campo-Arias, A. (2006). Factores asociados con el consumo diario de cigarrillo en estudiantes de medicina de Santa Marta, Colombia. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 79-83.
- Cerró, E., Espig, H., Navarro, M., & Romaguera, F. (2009). Consumo de Alcohol en Estudiantes de Nuevo Ingreso a Escuelas de Facultad de Ciencias de la Salud. *Universidad de Carabobo (Sede Carabobo). Salus Online*, vol. 13, núm. 1; 44-56.
- Chávez Hernández, A.M.; Macías García, L.F.; Martínez Hernández, C.; Páramo Castillo, D.; & Ojeda Revah, D. (2005) Consumo de Drogas en Estudiantes de Nivel Medio Superior de la Universidad de Guanajuato. *Acta Universitaria*, vol. 15, núm. 1; 13-21.
- Cicua, D., Mendez, M., & Muñoz, L. (2008). Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. *Pensamiento Psicológico*, Vol 4, No. 11.pp.115-134.
- Clayton, R.R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. Citado en T. Laespada, I. Iraurgi y E. Aróstegi (Eds). (2004). Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV. Instituto Deusto de Drogodependencias (Universidad de Deusto).
- Colab, M. A. (1995). Opioid-receptor mRNA expression in the rat CNS: anatomical and functional implications. *Trends in Neuroscience*, , 18:22-29.

- Colab, M. A. (1995). Opioid-receptor mRNA expression in the rat CNS: anatomical and functional implications.
- Conner, M. &. (1998). Health behavior. En M. &. Conner, Predicting Health Behavior. Philadelphia: Open University Press.
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), ex Consejo Nacional Control de Estupefacientes (CONACE). (2003). Informe Sobre Uso de Drogas en Estudiantes de la Educación Superior: Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile. Santiago de Chile: Gobierno de Chile.
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), ex Consejo Nacional Control de Estupefacientes (CONACE). Informe Sobre Uso de Drogas en Estudiantes de la Educación Superior: Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile. Chile.
- CP, O. (2001). Drug addiction and drug abuse. En G. a. Gilman's, The pharmacological basis of therapeutics. Nueva York, EE.UU.: 10a. ed.
- Díaz Martínez, A. M., Hernández Ávila, C. A., Narro Robles, J., Fernández Varela, H., & Solís Torres, C. (2008). Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes universidad de primer ingreso. *Salud Mental*, 271-282.
- Dirección Nacional de Estupefacientes. (2009). Estudio Epidemiológico Andino Sobre Consumo de Drogas Sintéticas en la Población Universitaria de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú,. Lima Perú.
- Donovan, J.E. & Jessor, R. (1985). Structure of Problem Behavior in Adolescence: A replication. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 56 (5), 762-765
- Egenau, P. (1998). Pobreza y drogadicción: en el abismo de la existencia.
- Espada Sánchez, J. P., & García-Fernández, J. M. (2008). Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema* , 531-537.
- Fandiño, S. (2008). Saber vivir, Saber beber. Bogotá, Colombia: Gente Nueva.
- Felix-Ortiz, M. y. (1992). Risk and protective factors for drug use among Latino and White adolescents. *Hispania Journal of Behavioral Sciences*, 14, 291-309.
- Flórez-Alarcón, L. (2002). El proceso de adopción de precauciones en la promoción de la salud. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 11, 1, 23-33.
- Flórez-Alarcón, L. (2002). El proceso de adopción de precauciones en la promoción de la salud. *Argentina de Clínica Psicológica* . 11, 1, 23-33.
- Flórez-Alarcón, L. (2005). Evaluación de los procesos de cambio propuestos por el modelo transteórico, en estudiantes de secundaria y universitarios consumidores de alcohol. *Colombiana de Psicología* . 13, 1, 135-151.
- Flórez-Alarcón, L. (2006). La Psicología de la salud en Colombia. *Universitas Psychologica*. , 5, 3, 681-694.
- Flórez-Alarcón, L. (2007). Investigación y diseminación de CEMA-PEMA-P: Un programa con enfoque motivacional breve para prevención primaria del abuso de alcohol en estudiantes. En L. Flórez-Alarcón, Prevención y tratamiento de Conductas adictivas (págs. 237-272). Mexico: UNAM.
- Flórez-Alarcón, L. (2008). Diagnostico sobre el Consumo de Alcohol y Calidad de Vida en Estudiantes de Secundaria del Departamento de Casanare (Colombia), y Recomendaciones para la Prevención Selectiva e Indicada del Consumo Excesivo. *Boletín Electrónico de Salud Escolar*, Volumen 4, Número 1.
- Gantiva Díaz, C. A., Vanegas Angarita, E., & Sastoque Ruiz, Y. (2010). . Relación entre el consumo excesivo de alcohol y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 362-374.
- García Hernández, W., Londoño Pérez, C., Valencia Lara, S., & Vinaccia Alpi, S. (2005). Expectativas frente al consumo de alcohol en Estudiantes universitarios colombianos. *Anales de Psicología*, vol. 21, núm. 2; 256-267.
- Gervilla, E., & Palmer, A. (2009). Predicción del consumo de cocaína en adolescentes mediante árboles de decisión. *Uvigo*.
- Glanz, K., & Rimer, B. &. (2002). Health behavior and Health education. En K. En Glanz, B. Rimer, & F. Lewis, The scope of health behavior and health education. San Francisco: Jossey-Bass.
- Guzmán Facundo, F. R., Alcántara Rodríguez, S. A., Escobedo Robles, I. Y., & Henggeler Hernández, T. (2009). Consumo de alcohol en jóvenes y su relación con la vivencia psicológica del noviazgo. *Revista Electrónica en Salud Mental*, 1-14.

- Heaney, C., & Israel, B. (2002). Social networks and social support. En Glanz, K.; Rimer, B.K.; Lewis, F.M. (EDs). Health behavior and Health education. Theory, research and practice. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hernández, B., Rojas, U., & Santacruz, O. y. (2008). Psiquiatría Clínica. Diagnostico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. . Bogota: medica Internaciona.
- Hynes-Dowel, M., Suárez, H., & Cumsille, F. (2010). Cocaine Use among High School Student in Six South American Countries. . Revista colombiana de Psiquiatría , Vol. 39.
- Jacobs MR, F. K. (1987). Drugs and drug abuse: a reference text. Toronto, Canadá.: Research Foundation.
- Jiménez-Muro Franco, A., Beamonte San Agustín, A., Marqueta Baile, A., Gargallo Valero, P., & Nerín de la Puerta, I. (2008). Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. Adicciones, vol. 21; núm. P. 1; 21-28.
- Juárez, F. G. (2009). Influencia del consumo de sustancias psicoactivas en los patrones de comportamiento violento. Psicología y Salud .redalyc , Vol. 19, Núm. 2, pp. 223-235.
- Kimelman, M. (2003). Desarrollo psicológico del niño. En Psicopatología del niño y del adolescente. C. Almonte. Mediterráneo.
- Leiva Díaz, V. (2009). analisis de factores asociados al fenomeno de las drogas en estudiantes de segundo y cuarto grado de la carrera de licenciatura en enfermeria. Revista de Ciencias Sociales , 105-118.
- Lerner, R. &. (2004). Adolescent Psychology. John Wiley & Sons. New Jersey.
- Lewis, M. A., DeVellis, B. M., & Sleath, B. (2002). Social influence and interpersonalcommunication in health behavior. In K. Glantz, B. K. Rimer, & F. M. Lewis (Eds.) Health behavior and health education: Theory, research, and practice (3rd ed., pp. 246– 264). Malden, MA: Jossey-Bass
- Liau, A., DiClemente, R.J., Wingood, G.M., Crosby, R.A., Williams, K.M., Harrington, K et al. (2002). Association between biologically confirmed marijuana use and laboratory confirmed Transmitted Diseases, 29, 387-390. sexually transmitted diseases among African-American adolescents females. Sexually
- Londoño Perez, C. L. (2010). Resistencia de la presión de grupo, creencias acerca del consumo y consumo de alcohol en universitarios. Anales de Psicología, 27-33.
- Lorenzo, P., Ladero, M., Leza, C., & Lizadoain. (2009). Drogodependencias: Farmacologia. Patologia psicologia. . Buenos Aires: Legislación. Medica Panamericana.
- Maturana-Hurtado, A. (2010). Drogas: Tratamiento y Rehabilitación de Niños, Niñas y Adolescentes: Orientaciones técnicas para el tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de sustancias en población de niños, niñas y adolescentes, desde una mirada comprensiva evolutiva. Consejo Nacional Para el Control de Estupefacientes CONACE, Gobierno de Chile.
- Maturana-Hurtado, A. (2011). Consumo de Alcohol y Drogas en Adolescentes. Revista Medicina Clínica Condes, 22 (1) 98-109.
- Mc Neal, J. (2000). Los niños como consumidores de productos sociales y comerciales. Fundación W. K. Kellogg. Ministerio de la protección social (2006). Se espera reducir el consumo en adolescentes. Boletín de prensa Nº 063, Junio 27 del 2006.
- Minkler, M; & Wallerstein, N. (2003). Introduction to community based participatory research. In Community Based Participatory Research. 3 – 26. San Francisco: Jossey-Bass.
- Moliner, O., Salgado, A., Castro-Piñeros, J., Mora, J., & Márquez, S. (2011). Abuso de Sustancias y Percepción de la Salud de Niños y Adolescentes Españoles. Institute of Biomedicine (IBIOMED) and Department of Physical Education. EbscoHost.
- Moncada (1997). Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas. (Ed.), Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación (pp. 85-101). Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Mora-Ríos, J., & Natera, G. (2001). Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de México. Salud Publica Mex vol. 43, núm. 2; 89-96.
- Morera, J. (2005). Epidemiología de la enfermedad. Barcelona: Tratado de rehabilitación respiratoria.
- Moshman, D. (2005). Adolescent Psychological Development: Rationality, Morality and Identity. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Nutt DJ, M. A. (2001). New insights into the role of the GABA(A) benzodiazepinereceptor in psychiatric disorder. British Journal of Psychiatry, 179:390–396.
- Observatorio Argentino de Drogas. (2006a). Segunda Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2005, Informe Final de Resultados.

- Observatorio Argentino de Drogas. (2006b). Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes Universitarios al Interior del País.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2003). Por qué Intervenir en el Tratamiento del Abuso de Drogas: Documento de Debate para la Formulación de Políticas. Viena.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2003). Por qué Intervenir en el Tratamiento del Abuso de Drogas: Documento de Debate para la Formulación de Políticas. Viena.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2009). Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2008. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Naciones Unidas. Nueva York.
- Organización de Estados Americanos & Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2005). Lineamientos Hemisféricos de la CICAD en Prevención Escolar. Washington, D.C.
- Organización de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2007). Informe mundial sobre drogas (Resumen ejecutivo). New York: United Nations.
- Organización de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2010). Word Drug Report. New York: United Nations.
- Organización Mundial de la Salud (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion. Ottawa: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2005). Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas. Washington D.C.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas. Washington D.C.
- Organización Mundial de la Salud. (2006a). El tabaco mortífero en todas sus formas.
- Organización Mundial de la Salud. (2006b). El tabaco es mortífero en todas sus formas. Washington, D.C.: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (1998). La salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2001). El Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica: una oportunidad para mejorar la salud pública de las Américas. 43er Consejo Directivo. 53ª Sesión del Comité Regional. Washington D.C., EUA, 24 al 28 de septiembre de 2001.
- Osorio Rebolledo, E. A. (2004). Factores de riesgo asociados al uso de drogas en estudiantes adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2(spe), 369-375.
- Osorio, F. (2006). Uso y abuso de drogas. Adicción, disciplinamiento y control Sustancias tóxicas legales e ilegales. Centro de Publicaciones Educativas y material Didactico. .
- Pandina, R. (2002). Prevention, Risk and protective factors models in adolscent drug use: Putting them to work for. En R. Pandina, National conference on drug abuse prevention research: Presentations, papers, and recommendations .
- Papalia, D. W.-O.-F. (2009). Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. México.: McGraw Hill.
- Paterson D, N. A. (2000). Neuronal nicotinic receptors in the human.
- Pelloni, C. N.; & Pronsky, L. (aprox. 2006) Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios.
- Peruga, A., & Rincón, A. &. (2002). El Consumo de Sustancias Adictivas en las Américas. Washington D.C.: Adicciones, 2002 Vol.14 Número 2, Pg. 227-238; OPS,.
- Poulsen, L. H., Osler, M., Roberts, C., Due, P., Damsgaard, M. T., & Holstein, B. E. (2002). Exposure to teachers smoking and adolescent smoking behavior: analysis of cross sectional data from Denmark. *Tobacco Control*, 11, 246-251.
- Prada C., Á. F. (1996). MDMA o éxtasis: aspectos farmacológicos, tóxicos y clínicos.
- Presidencia de la República de Colombia (2002). Ser joven. Encuesta Nacional de jóvenes. Programa Presidencial Colombia Joven.
- Presidencia de la República de Colombia (2004). Política Nacional de juventud: bases para el plan decenal de juventud 2005-2015. Programa Presidencial Colombia Joven.
- Prochaska, J. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En M. Brugue, & M. Gossop, Tratamientos psicológicos en drogodependencias: recaídas y prevención de recaídas. Barcelona: Ediciones en neurociencias.
- Prochaska, J., Redding, C., & Evers, K. (2002). The transtheoretical model and stages of change. En K. Glanz, F. Lewis, & B. Rimer. San Francisco: Jossey Bass Publishers.

- Pulido Rull, M. A., Huerta Palma, G., & Moreno Marquet, F. (2010). Consumo de drogas y alcohol en dos programas académicos de la Universidad Intercontinental: resultados de la encuesta 2008. *Intercontinental de Psicología y Educación*, 163-180.
- Ramírez, E., Quintana, J., Martel, H., Ponce, J., Vega-Dienstmaier, J., Gallo, C., y otros. (2010). Factores predictores de uso de drogas ilegales en personas atendidas en una sala de emergencia. *Bireme*.
- Ramos PL, D. J. (2004). Consumo de tabaco y patología pulmonar no tumoral. Madrid: Tratado de tabaquismo.
- Redondo, C., Galdóm, G., & M., G. (2008). Atención al Adolescente. Universidad de Cantabria.
- Rodríguez, J., Hernández, E., & Fernández, A. (2007). Descripción del Consumo de Drogas Lícitas e Ilícitas por Género a Través de la Metodología de Pares. *Revista Médica de Chile*, páginas 449-456.
- Salas-Palacio, C. A. (2007). Informe final de la Encuesta sobre hábitos de vida en la población estudiantil de la Universidad Tecnológica de Pereira. Pereira: Universidad Tecnológica de Pereira.
- Salazar, I., & Arrivallaga, M. (2004). el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de Psicología. redalyc*, 013, PP. 74-89.
- Salgado, C. (1999). Tamizaje de Cáncer de Pulmón. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Proyecto del Instituto de Seguros Sociales con la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME. . Bogotá Colombia.
- Salleras, L. (1990). Educación sanitaria: Principios, métodos y aplicaciones. Madrid: : Díaz de Santos S.A.
- Samson HH, C. A. (2001). Muscimol injected into the medial prefrontal.
- Scandroglio, B. M. (2002). Violencia grupal juvenil: una revisión crítica. *Psicothema*, 14, 6-15.
- Schottenfeld, R. P. (2000). Community reinforcement approach for combined opioid and cocaine dependence: patterns of engagement in alternate activities. *Abuse Treat.*, 18, 255-261.
- Schramm-Sapyta, N., Walker, D., Caster, J., Levin, D., & Kuhn, C. (2009). Are adolescents more vulnerable to drug addiction than adults? Evidence from animal models *Psychology and Behavioral Sciences Collection*. direccion nacional de estupefacientes .
- Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. (2009). Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C. Bogotá, D.C.: Scripto Ltda.
- Serrano, J. B. (2002). Estado del arte de la investigación sobre juventud para la formulación de la política. Bogotá: Universidad Central.
- Shaffer, D. (2007). Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia. International Thompson, S.A. C.V.
- Soderstrom, C., Dischinger, C., J., T., Kufera, A., Mitchell, A., & Scalea, T. (2001). Epidemic Increases in Cocaine and Opiate Use by Trauma Center Patients: Documentation with a Large Clinical Toxicology Database. *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care.*, 51, 3, 557-564.
- Varela, M., Salazar, I., Cáceres, D., & Tobar, J. (2007). Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: factores psicosociales asociados. *Pensamiento Psicológico.*, Vol. 3, N°8, 2007, pp. 31-45.
- Villa, M., & Ovejero, A. (2009). Experimentación con sustancias psicoactivas en adolescentes españoles: perfil de consumo en función de los niveles de edad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, Vol. 41, Núm. 3, 2009, pp. 533-553.
- Villar, E., Viñas, F., Ferrer, J. J., B., C., & Pérez, I. &. (2004). Dimensiones psicopatológicas asociadas al consumo de tabaco en población universitaria. *Anales de psicología*, 20, 01, 36-46.
- Villareal, M. (2008). Deudas, drogas, fiado y prestado en las tiendas de abarrotes rurales. . *Ruris*, 2,1, 99-128.
- Viña, C., & Herrero, M. (2004). El consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes de Psicología de la Universidad de Laguna. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 4, núm. 3; 521-536.
- Weinstein, N. & Sandman, P. (2002). The precaution adoption model. En Glanz, K.; Rimer, B.K.; Lewis, F.M. (EDs). *Health behavior and Health education. Theory, research and practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Weinstein, N. D. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology*, 7, 4, 355-386.
- Weir, E. (2001). Inhalant use and addiction in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 164:397.
- Weistein, N. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology*, 7, 4, 355-386.
- Zárate, M. A., Danjoy, D., Chanamé, E., Prochazka, R., Salas, M., & Maldonado, V. (2006). Prácticas de consumo de tabaco y otras drogas en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad privada de Lima, Perú. *Investigación y Educación en Enfermería*, XXIV, 72-81.
- Zuzulich Pavez, M. S., Pedrals Gibbons, N., Contreras Escudero, L., Martínez Aldunate, D., Muñoz Serrano, M., & Espinoza Sepúlveda, M. (2010). Factores asociados a consumo de tabaco durante el último año en estudiantes de educación superior. *Investigación y Educación en Enfermería*, 232-239.