San José de Cúcuta, 15 de junio de 2020

Señores:

COMITÉ DE TRABAJO DE GRADO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA.

Asunto: Presentación de trabajo final

Yo, DIANA FERNANDA GRANADOS CATAÑO identificado con cedula de ciudadanía C.C. 1020784700, director del trabajo de grado **"PREVALENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LOS ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA"** que realiza la estudiante, **Jeinny Paola Contreras Sánchez, C.C. 1093908480** de décimo semestre del programa de Psicología, autorizo el envío del trabajo final, el cual estoy orientando en el proceso.

Atentamente,



Psi. Esp. Diana Fernanda Granados Cataño
C.C. 1020784700 Bogotá.
Docente de Psicología

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Facultad de salud

Departamento de Psicología

TÍTULO DEL TRABAJO

Prevalencia del Consumo de Sustancias Psicoactivas en los Estudiantes de Psicología de la Universidad de Pamplona

Presentado por:

Jeinny Paola Contreras Sánchez

Pamplona, Colombia

2021

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Facultad de salud

Departamento de Psicología

TÍTULO DEL TRABAJO

Prevalencia del Consumo de Sustancias Psicoactivas en los Estudiantes de Psicología de la Universidad de Pamplona

Presentado por:

Jeinny Paola Contreras Sánchez

Director de tesis:

Diana Fernanda Granados Cataño

Pamplona, Colombia

2021

Agradecimientos

Este es un logro que primeramente debo agradecer a Dios por abrirme las puertas de esta alma mater llamada Universidad de Pamplona a la cual claramente doy gracias también por hacer posible mi gran sueño de ser Psicóloga.

Doy gracias a mi madre y padre, quienes hicieron todo lo que estaba en sus manos por hacer posible este hermoso logro que estoy a punto de culminar. A mis hermanos por ser una razón más, porque han sido mi inspiración para avanzar en este camino del conocimiento. A mi familia que siempre estuvo orgullosa de mis logros y me apoyaron cuando los necesité.

De igual forma, doy gracias a mi novio que ha sido mi compañero fiel en este largo proceso, un gran apoyo incondicional en cada momento, en cada escalón que debía subir siempre estuvo para darme su mano, su apoyo, compresión y amor, también a su familia que se han convertido en la mía también y quienes me apoyaron desde el inicio en este gran proceso, el cual hubiera resultado aún más difícil sin su inmenso apoyo, me alegra saber que podrán sentirse igual de felices que yo con este logro.

Igualmente me siento infinitamente agradecida con mi mejor amigo, quién estuvo apoyándome en cada momento y en este duro proceso de culminar mi tesis, siempre con su mejor disposición de ayudarme a alcanzar mis sueños, con todo su cariño, por creer en mis capacidades y motivarme en cada paso que daba, siempre orgulloso de mis logros.

Agradezco a todos los docentes que hicieron parte de mi proceso, que me enseñaron tantas cosas valiosas sobre mi carrera, pero ante todo doy gracias a aquellos que sembraron en mí una semilla de conocimiento y que se convirtieron en mi modelo a seguir por su increíble compromiso, vocación y amor con la que llevan sus conocimientos a las aulas.

En especial agradezco a las docentes que estuvieron acompañándome en este proceso de culminar mi tesis, por su asesoría, apoyo y orientación, infinitas gracias.

A mis compañeros de carrera que aportaron a mi crecimiento personal y profesional. A mis mascotas que han sido mi ansiolítico en este arduo proceso de culminar mi tesis.

A mis amigos por sus palabras de motivación y de fuerza, gracias por creer en mí, en mis capacidades y motivarme cada día con sus palabras de aliento.

Índice de tablas

Table 1. Principales familias de las drogas 36
Tabla 2. Proposiciones del modelo evolutivo y evidencia actual de las mismas . . . . . … 62
Table 3. Matriz de operacionalización de variables independientes sociodemográficas . . . . … 77
Tabla 4. Matriz de operacionalización de variables factores protectores y de riesgo Psicosociales 78
Table 5. Matriz de operacionalización de variables dependientes del consumo de sustancias psicoactivas 80
Table 6. Variables independientes factores psicosociales 81
Tabla 7. Calificación de la escala de factores de riesgo y de protección para el consumo de SPA 92
Tabla 8. Descriptivo de la edad 95
Tabla 9. Distribución edad / sexo de los estudiantes 96
Tabla 10. Distribución estado civil / sexo de los estudiantes de Psicología. 97
Tabla 11. Distribución sexo / sede de los estudiantes de Psicología. 98
Tabla 12. Distribución semestre / sexo de los estudiantes de Psicología. 99
Tabla 13. Distribución estrato socioeconómico / sede de los estudiantes del programa de Psicología. 100
Tabla 14. Consumo de sustancias psicoactivas por género (alguna vez en su vida) en estudiantes de Psicología 101
Tabla 15. Consumo actual de las sustancias psicoactivas por sexo. 103
Tabla 16. Distribución consumo actual / semestre. 104
Tabla 17. Distribución de frecuencia de consumo / sexo en estudiantes de Psicología. 105
Tabla 18. Descripción del consumo en relación a la edad/ sexo de los estudiantes de Psicología. 108
Tabla 19. Distribución de los motivos para consumir / sexo de los estudiantes de Psicología 109
Tabla 20. Distribución del consumo de sustancias según las personas con quien se consume, las personas que le han pedido que consuma y los lugares de consumo de los estudiantes de Psicología 110
Tabla 21. Distribución de los efectos y problemas a raíz del consumo en estudiantes de Psicología 112
Tabla 22. Distribución de la percepción del riego / sexo de los estudiantes de Psicología……115
Tabla 23. Distribución de los porcentajes de estudiantes en riesgo y protección según el sexo . . . . . .……118

Índice de figuras

Figura 1. Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Azjen (1975). Fuente: Villareal (2009). 60
Figura 2. Principales estadios del consumo de drogas. Fuente: Becoña (2002). 61
Figura 3. Modelo de la reciprocidad Tríadica..... 63
Figura 4. Los efectos de la comunidad en la socialización primaria. Fuente: Becoña (2002)..... 64

Tabla de contenido

Resumen 11
Introducción 12
Formulación Del Problema 14
Planteamiento Del Problema 14
Descripción Del Problema 15
Pregunta Problema 19
Justificación 20
Objetivos 24
    Objetivo General 24
    Objetivos Específicos 24
Estado Del Arte 25
Investigaciones Internacionales 25
Investigaciones Nacionales 30
Investigaciones Regionales 32
Marco Teórico 35
Primer Capítulo 35
    Contextualización de las drogas. 35
    Clasificación de las sustancias psicoactivas. 46
    Tipos de consumo según la OMS, (2008): 47
    Uso y abuso de sustancias psicoactivas. 48
Segundo Capítulo 50
    Factores que influyen en el consumo de drogas. 50
    Factores sociodemográficos relacionados con el consumo de drogas. 55
Tercer Capitulo 57
    Teorías del consumo de sustancias psicoactivas. 57
    Teorías del consumo de drogas 58
Cuarto Capítulo 66
    Psicología de la salud. 66

Prevención del consumo de sustancias psicoactivas. 68
Mitigación según el Min-Salud, (2018). 70
Superación según el Min-Salud, (2018). 70
Factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas según el Min-Salud, (2018). 70
Marco Legal 72
Consideraciones Éticas 72
Bases Legales Nacionales. 72
Metodología 74
Enfoque De Investigación 74
Diseño De Investigación 74
Tipo De La Investigación 74
Población 75
Muestra 75
Criterios de inclusión. 75
Criterios de exclusión. 75
Variables Del Estudio 76
Variables sociodemográficas. 76
Variables desenlace. 76
Variables exploratorias. 76
Instrumento De Medición 91
Procedimiento 94
Análisis De la Información 94
Resultados 95
Discusión 121
Conclusiones 124
Recomendaciones 128
Referencias Bibliográficas 130
Anexos 138
Anexo 1 138
Ficha técnica del instrumento. 138
Anexo 2 139

Cuestionario de prevalencia del consumo de sustanciaspsicoactivas y sus factores de riesgo 139
Anexo 3 146
CONSENTIMIENTO INFORMADO 146
Anexo 4 148
Cronograma. 148

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo general establecer la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas de los estudiantes de Psicología de la Universidad de Pamplona. Para lo cual se usó una metodología cuantitativa, con un diseño descriptivo- transversal, con una muestra no probabilística de 238 estudiantes de psicología, 45 hombres y 193 mujeres, a quienes se les aplicó el cuestionario de prevalencia de factores de riesgo y protección para el consumo de drogas en jóvenes universitarios, de Salazar, Varela, Cáceres, y Tovar, (2006). Como resultados se halló que la edad media para el consumo de alcohol es de 15 años, para el tabaco de 17 años, para la marihuana de 18 años, para opiáceos de 19 años e igualmente con sustancias como la coca, y para alucinógenos la edad media de inicio de consumo fue de 20 años. Por otro lado, la prevalencia de consumo para el alcohol es de 56,6%, para tabaco es de 6,3%, para marihuana 8,0%, es decir mayor que para el tabaco, y de coca y alucinógenos es de 2,1%, en el caso de opiáceos no se encontró un consumo actual, sin embargo, se encontró consumo de marihuana desde primer semestre hasta décimo semestre, y de sustancias como alucinógenos y coca se encontró consumo desde tercer semestre. Por otro lado, los principales motivos para consumir encontrados en la población fueron la diversión con un 63,9% la curiosidad con un 47,1%, socializar con otras personas con un 24,5%, sentir placer 24,5%, disminuir la tensión o calmar la ansiedad un 23,9%. Según las cifras encontradas se concluye que es necesario establecer mayores esfuerzos en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de psicología desde el primer semestre ya que si bien la prevalencia actual no es alta, el consumo por primera vez tiene mayores porcentajes e inicia desde el primer semestre.

Palabras clave: Prevalencia, consumo de sustancias psicoactivas, motivos de consumo, factores de riesgo y protectores del consumo de sustancias psicoactivas.

Introducción

Los diversos problemas de salud pública ocasionados por el consumo de sustancias psicoactivas han alcanzado magnitudes alarmantes y representa a escala mundial una carga sanitaria y social importante y en gran medida prevenible. La rápida globalización, las novedades tecnológicas y de comunicación, el aumento de la disponibilidad y la diversidad de compuestos sintéticos con propiedades psicoactivas y causantes de dependencia, exigen que se den respuestas normativas y programáticas adecuadas y proporcionadas al problema de la drogadicción. (OMS, 2016). Según los datos proporcionados por la Oficina de naciones Unidas contra la droga y el delito (ONODC) (2018) a nivel mundial el consumo de drogas es un asunto angustiante, aproximadamente unos 275 millones de personas en todo el mundo, es decir, el 5,6% de la población mundial de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años, consumió drogas en al menos una ocasión en 2016. Según las estimaciones iniciales, 13,8 millones de jóvenes de 15 y 16 años consumieron cannabis en el año anterior en todo el mundo, lo que equivale a una proporción del 5,6%.

Diferentes estudios demuestran el aumento paulatino de consumo de sustancias psicoactivas, uno de ellos es el estudio Córdoba-Paz, E., Betancourth-Zambrano, S. & Tacán-Bastidas, L. (2017) donde se halló que el 21,9 % de los estudiantes de una Universidad privada en la ciudad de Pasto, Colombia, ha consumido algún tipo de sustancia psicoactiva y 12,4 % reporta haberlas consumido simultáneamente con alcohol. Nuevamente la marihuana es la droga más consumida (11,2 %), seguida de cocaína (9,1 %). Por otro lado, en Colombia se presenta el fenómeno de las nuevas sustancias psicoactivas (NSP) y las drogas emergentes. Este fenómeno de las NSP y de drogas emergentes constituye una de las principales tendencias actuales del problema mundial de las drogas.

Por lo anterior y teniendo en cuenta la problemática de consumo actual y el hecho de que actualmente en el programa de Psicología de la Universidad de Pamplona no se han llevado a cabo estudios estadísticos y sociodemográficos en relación con el consumo de sustancias psicoactivas que establezca su prevalencia y sus factores de riesgo y protectores, así como los motivos del mismo, se ha planteado el presente estudio, el cual permitirá generar estrategias de prevención para dicha población. Para lograr lo anterior es necesario conocer cifras exactas, así como datos

sociodemográficos de la población de los cuales se puede establecer los factores de riesgo y las variables que influyen en el fenómeno. Lo anterior con el fin de conocer los determinantes del consumo, su prevalencia y/o su frecuencia y patrones que prevén el consumo, abuso o exceso de consumo de sustancias psicoactivas.

Por otro lado, el consumo temprano de drogas aumenta las posibilidades de que una persona se convierta en adicta, lo cual hace necesario la intervención temprana, desde los primeros semestres. El riesgo de consumir drogas aumenta progresivamente durante las etapas de transición, por lo que, para un adolescente, las temporadas de riesgo incluyen las mudanzas, el divorcio de sus padres o el cambio de escuela. Cuando finalizan la escuela secundaria y comienzan una vida adulta más independiente también pueden verse expuestos al consumo de drogas, alejados de la estructura protectora que proveen la familia y la escuela. Por lo tanto, prevenir el consumo temprano de drogas o de alcohol puede servir de mucho para reducir estos riesgos ya que las drogas tienen la capacidad de modificar el cerebro pudiendo causar adicción y múltiples problemas. (Nora D. Volkow, 2019).

Por lo anterior, este estudio pretende dar a conocer el porcentaje de estudiantes que consume drogas, así como sus principales determinantes, lo anterior implica que la presente investigación represente un importante aporte social a través del conocimiento que se generará sobre la problemática estudiada, para alcanzar dicho objetivo esta investigación se llevará cabo a través de una metodología cuantitativa con diseño descriptivo, la cual busca establecer la prevalencia de consumo de drogas y sus factores protectores y de riesgo. (ODC- Min-Justicia., 2017).

Formulación del Problema

Planteamiento del Problema

La gran problemática que se desprende del consumo de sustancias psicoactivas es preocupante; el aumento paulatino que abarca no sólo las sustancias clásicas sino además nuevas sustancias de tipo sintético que representan mayores repercusiones para la salud de las personas que las consumen. Así mismo, aunque en muchas investigaciones se han llevado a cabo estudios sobre este fenómeno, incluso desde diversas perspectivas, no se ha logrado reducir o mitigar dicho consumo, por lo que las cifras de personas que consumen son cada vez más altas y alarmantes, según el informe de ODC- Min-Justicia., (2017) el consumo de drogas ilícitas no sólo se ha incrementado en el país porque más personas las consumen, sino porque el mercado de sustancias es cada vez más amplio y diverso.

Según los datos proporcionados por la Oficina de naciones Unidas contra la droga y el delito (ONODC) (2018) a nivel mundial el consumo de drogas es aún más angustiante, aproximadamente unos 275 millones de personas en todo el mundo, es decir, el 5,6% de la población mundial de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años, consumió drogas en al menos una ocasión en 2016. Así mismo, unos 31 millones de personas que consumen drogas sufren trastornos derivados de ello, lo que indica que ese consumo es perjudicial hasta el punto de que podrían necesitar tratamiento. Según las estimaciones iniciales, 13,8 millones de jóvenes de 15 y 16 años consumieron cannabis en el año anterior en todo el mundo, lo que equivale a una proporción del 5,6%. Por otro lado, según la OMS, (citado por la ONODC, 2018) en 2015 fallecieron aproximadamente 450.000 personas a consecuencia del consumo de drogas. De esas muertes, 167.750 estaban directamente relacionadas con los trastornos por consumo de drogas (principalmente sobredosis).

Así mismo, el consumo de sustancias psicoactivas en población Universitaria ha aumentado en los últimos años, debido a la baja percepción de riesgo de los estudiantes, al acceso fácil a las drogas, la alta presencia de consumo en el entorno y el usar drogas como un método ansiolítico que además propicia la diversión (UNODC, 2016). La Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito en 2016 (UNODC) & el Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia (2017), afirman que un 22,4% de los estudiantes Universitarios de Colombia ha

consumido alguna droga ilícita en el último año, es decir, 2 de cada 10 estudiantes. Un 38,7% de los estudiantes ha probado alguna de estas drogas por lo menos una vez en la vida. Según este estudio, la marihuana es por lejos la sustancia más consumida, con una prevalencia de último año de 20,8%. A la cual le sigue el consumo reciente de LSD con 4,2%, cocaína con 2,7%, cannabinoides sintéticos con 2,6%, éxtasis con 2,0% y hongos alucinógenos con 1,2%. El resto de las sustancias presentan una prevalencia de último año de 0,4% o inferior.

Un importante hallazgo es que, entre las cinco sustancias de mayor consumo, tres de ellas son drogas sintéticas o nuevas sustancias psicoactivas, así mismo, por segunda vez la sustancia "LSD" supera el consumo de drogas más tradicionales en Colombia como la cocaína. Es importante resaltar que las cifras de consumo de sustancias psicoactivas en mujeres aumentan paulatinamente, con diferencias significativas, claro está, entre hombres y mujeres, 43,1% y 30,2%, respectivamente. Sin embargo, son porcentajes que años atrás no eran tan elevados en el género femenino. (UNODC, & Min-Justicia, 2017).

Descripción del Problema

Diferentes estudios demuestran el aumento paulatino de consumo de sustancias psicoactivas, como es el estudio Córdoba-Paz, E., Betancourth-Zambrano, S. & Tacán-Bastidas, L. (2017) donde se halló que el 21,9 % de los estudiantes de una Universidad privada en la ciudad de Pasto, Colombia, ha consumido algún tipo de sustancia psicoactiva y 12,4 % reporta haberlas consumido simultáneamente con alcohol. Nuevamente la marihuana es la droga más consumida (11,2 %), seguida de cocaína (9,1 %). El consumo de sustancias psicoactivas se asoció significativamente con sexo, siendo los hombres quienes más consumen. También se asoció con semestre y estrato socioeconómico, es decir, que el consumo de sustancias psicoactivas varía en función de estas variables. Los datos advierten que la marihuana es la principal sustancia de consumo entre Universitarios, simultánea al consumo de alcohol. Según este estudio el impacto preventivo debe focalizarse en variables como sexo y semestre. Así mismo, este autor afirma que la investigación sobre el consumo de sustancias en la adolescencia se ha enfocado habitualmente en las motivaciones, los sentimientos, la búsqueda de la identidad, problemas en la familia, trastornos de personalidad y percepción social.

Como plantea Torres., J, *et al* (2016) la inmersión del joven a la vida Universitaria desencadena una serie de transformaciones en su estilo de vida, cambios en la forma de adaptarse a nuevos entornos, se modifican sus circulos sociales y sus redes de apoyo dando lugar a la adquisicón de nuevos patones de conducta, los cuales están mayormente influenciados por sus pares. Por otro lado, el estres derivado del esfuerzo que se requiere para aprobar las asignaturas o incluso la soledad llegan a generar cierta vulnerabilidad en el adolescente y el adulto joven, llevandolo a que inicie el consumo de sustancias, tales como la marihuana.

Las cifras que proporcionan los estudios de caracterización realizados en Norte de Santander por el Min-Justicia (2019) son los siguientes, en cuanto al consumo del último mes de sustancias licitas, se reporta un consumo de 34,2 %, y de cualquier sustancia ilícita 2,8%, el mayor consumo se presenta en edades de 18 a 24 años, con un 7,5%. En cuanto al consumo de marihuana durante el último año, se reporta un 2.3% y finalmente se reporta un consumo de cocaína de 1.1%. Es interesante revisar que, entre las personas encuestadas frente al consumo de marihuana el 91.1% de los mismo piensa que es de gran riesgo el uso frecuente de esta sustancia y el 83.1% piensa que es de riesgo el uso experimental. Es decir que cada vez son más la personas que no creen que sea riesgoso el uso experimental, es decir probar marihuana una o dos veces. Por otro lado, aunque el porcentaje de percepción de riesgo es alto, son muchas las personas que aun así las consumen.

Por otro lado, el Min-Justicia (2019) proporciona ciertas problemáticas que aumentan la posibilidad de consumo en los jóvenes, es decir factores de riesgo, dentro de estas se encuentra el débil involucramiento parental e inadecuadas pautas de crianza que impiden el apropiado desarrollo de la autonomía y la resolución de problemas en niños y adolescentes; inadecuado aprovechamiento del tiempo libre y barreras de acceso a escenarios que posibiliten el mismo; escasa oferta institucional y comunitaria, integral e integrada, dirigida a los consumidores de sustancias psicoactivas del Departamento de Norte de Santander y sus familias, generando ausencia de factores protectores frente al consumo de sustancias psicoactivas en el departamento.

Por otro lado, en Pamplona Norte de Santander se evidencia cierta escacez en cuanto a la producción de estudios que analicen el consumo o son muy pocos los estudios en cuanto a las cifras exactas de esta problematica en salud pública, y aún más preocupante, hay un desconocimiento de la lectura cultural y los patrones de conducta especificos de los cuales se

deriva el consumo, sin embargo, Torres., J, *et al* (2016) en su estudio afirma que en la Universidad de Pamplona existe una prevalencia de consumo de marihuana de 7.1%, mientras que para el caso de "haberla probado alguna vez en la vida", el porcentaje encontrado fue de 22,0%, no obstante, estos datos pudieron haberse elevado significativamente en los últimos años.

Así mismo, el estudio de Torres., J, Navia., H & Capacho., E (2015) sobre la prevalencia de vida y factores asociados al consumo de marihuana en estudiantes escolarizados de Pamplona-Colombia, durante el primer período de 2015: estudio Emtamplona, en el cual se observó una prevalencia reportada de consumo de marihuana en la vida de 10,2%, en los adolescentes encuestados, siendo esta una cifra significativa que demuestra que el consumo de sustancias psicoactivas no solamente es un problema generado por los cambios que se producen al ingresar a la Universidad, sino que además, existen otras causas que están dando lugar a un consumo temprano, mucho antes de ingresar a la misma, así mismo, parece ser que la llegada a la etapa de la adolescencia es un factor que incide en dicha problemática.

Como se ha venido mencionando el consumo de sustancias psicoactivas abarca un amplio espectro, por lo que no es de extrañarse que en programas como el de Psicología se encuentren estudiantes que consuman alguna de estas sustancias, en el caso de estudiantes de psicología de la Universidad de Pamplona, no hay pruebas que demuestren que haya un consumo elevado, sin embargo, es precisamente por ello que se pretende realizar la presente investigación. No hay evidencia de que la carrera influya en el consumo de sustancias, aunque subjetivamente puede apreciarse un mayor consumo en unas carreras que en otras. Córdoba-Paz, E., Betancourth-Zambrano, S. & Tacán-Bastidas, L. (2017)

Por todo lo antes expuesto se entiende que el consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno complejo como lo menciona Claver., T. (2016) sobre el que influyen multitud de variables: contexto en el que se produce (familia, comunidad, entorno socioeconómico y sociocultural, amigos, ideologías, etc.), motivos personales para iniciarse en el consumo y qué hace que ciertos jóvenes lleguen a tener un consumo problemático (factores de riesgo) o no (factores protectores). En Colombia este fenómeno es un problema crítico, no solo por el aumento sistemático que señalan los estudios disponibles, sino porque sus características lo hacen un fenómeno complejo con graves repercusiones en la salud pública. (ODC – MinJusticia, 2019).

Por lo cual, es importante comprender que mientras un gran porcentaje de personas usan drogas en algún momento de su ciclo vital y las abandonan de manera natural, en otras, el consumo de sustancias se vuelve constante y logra afectar la salud, las relaciones sociales, familiares, laborales y/o académicas, la diferencia entre unos y otros individuos depende de varios aspectos en el ámbito de la sustancia, la personalidad y su contexto social. Sin embargo, cabe resaltar que el uso de cualquier sustancia psicoactiva como el alcohol da paso a que los jóvenes se involucren en el consumo de otras sustancias de mayor repercusión en la salud. (ODC – MinJusticia, 2019). Por lo que si se conocen estos aspectos en la población objeto de estudio se podrán emprender estrategias que pretendan prevenir el uso y el abuso de sustancias psicoactivas.

Por otro lado, el consumo sustancias psicoactivas, especialmente aquellas ilícitas, provocan diversos trastornos y afecciones sanitarias vinculadas que representan importantes problemas de salud pública. Según algunos hallazgos de la OMS (2016) más de 450. 000 muertes al año se deben al consumo de drogas psicoactivas. La carga de morbilidad aplicable a las drogas representa el 1,5% del total de la carga de morbilidad. Así mismo la OMS (2016) calcula que el uso de drogas inyectables es responsable de un 30% de las nuevas infecciones por el VIH y representa significativamente a las epidemias de hepatitis B y hepatitis C en todas las regiones. (OMS, 2016). Así mismo, el consumo es responsable de innumerables alteraciones cerebrales menos evidentes a corto plazo, como son la velocidad de respuesta, la disminución de respuesta ante diversos estímulos, dificultades para retener información, alteraciones en el estado de ánimo, ansiedad, entre muchas otras.

Por lo anterior se puede afirmar que, el consumo de cualquier sustancia psicoactiva especialmente ilícita puede producir delirium, psicosis, trastornos del estado de ánimo, ansiedad y alteraciones del sueño. Sustancias como lo son las anfetaminas, la cocaína, los sedantes y los opiáceos pueden, además, generar disfunciones sexuales. Respecto a las nuevas sustancias psicoactivas (NSP), su consumo puede producir alteraciones neuropsiquiátricas y cerebro-vasculares, edema cerebral, hipertermia, síndrome serotoninérgico e, incluso, muerte súbita. Parece que el avance en la tarea preventiva ante el fenómeno de las drogas no es lo rápido y efectivo que sería deseable, aunque existe una estructura que parece dar respuestas, pero los resultados esperados no se producen en realidad. (Claver., T. 2016).

Teniendo en cuenta las anteriores problemáticas mencionadas en torno al consumo de sustancias psicoactivas en el presente estudio se propone identificar la prevalencia características sociodemográficas, la prevalencia y factores de riesgo y protectores del consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de Psicología de la Universidad de Pamplona.

Pregunta Problema

¿Cuál es la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas de los estudiantes de psicología de la universidad Pamplona?

Justificación

Los diversos problemas de salud pública ocasionados por el consumo de sustancias psicoactivas han alcanzado magnitudes alarmantes y representa a escala mundial una carga sanitaria y social importante y en gran medida prevenible. La rápida globalización, las novedades tecnológicas y de comunicación, el aumento de la disponibilidad y la diversidad de compuestos sintéticos con propiedades psicoactivas y causantes de dependencia, exigen que se den respuestas normativas y programáticas adecuadas y proporcionadas al problema de la drogadicción. (OMS, 2016).

Se estima que alrededor de tres millones de personas han consumido drogas ilícitas alguna vez en el país. Esta misma tendencia se confirma en los estudios realizados en otras poblaciones. Del total de consumidores de drogas ilícitas en el último año, el 87% consume marihuana y del total de consumidores de marihuana, el 75,1% reportó consumo de cripy, que es más potente por su alto contenido de tetrahidrocannabinol (THC), componente activo del cannabis.

Las anteriores cifran demuestran que el consumo de sustancias psicoactivas sigue siendo una problemática importante, aunque existan numerosos estudios que busquen reducir el impacto de la misma, sigue representado un problema de salud pública que afecta principalmente a los jóvenes Universitarios. No obstante, en el programa de Psicología de la Universidad de Pamplona no se han llevado a cabo estudios que tengan por objetivo determinar la prevalencia de consumo y los factores asociados a dicho consumo o estudios estadísticos sociodemográficos en relación con el consumo de sustancias psicoactivas que establezcan las posibles causas del mismo, permitiendo generar estrategias preventivas que permitan intervenir de manera efectiva. Por lo tanto, se hace necesario conocer los datos que puedan dar luz a esta problemática, así como los factores de riesgo y protectores que presenta dicha población. Lo anterior con el fin de conocer los determinantes del consumo, su prevalencia, frecuencia, y patrones que prevén el consumo, abuso o exceso de consumo de sustancias psicoactivas.

La Psicología representa una ciencia encargada del estudio de los procesos mentales y el comportamiento del ser humano. (Rodríguez, T, 2014). Dentro de esta labor del psicólogo, una de ellas es mitigar y prevenir el consumo de sustancias psicoactivas, sin embargo, resulta contradictorio que se esté evidenciando consumo en dicha población. Así mismo cabe resaltar que

no hay estudios que demuestren que hay un alto consumo en esta población, sin embargo, existe una impresión subjetiva por parte del investigador de que existe un consumo problemático en un porcentaje pequeño de la población, por ende, la necesidad no sólo de dar a conocer la prevalencia de consumo, sino también la posibilidad de tomar medidas preventivas en relación a este fenómeno permitiendo la creación de estrategias para su correcta intervención. Según los resultados encontrados en el presente estudio se evaluará la importancia de reforzar en los psicólogos en formación su responsabilidad y compromiso con su proceso de formación personal, lo cual conlleva a la toma de consciencia sobre sus problemáticas emocionales y la necesidad de buscar tratamiento psicológico para reforzar aquellos factores protectores y reducir el riesgo de aquellos que afectan al estudiante.

Por lo tanto, aunque han sido grandes los esfuerzos realizados para reducir el consumo de sustancias psicoactivas, la realidad es que cada vez aumenta más y aunque se hayan implementado diversos programas o estrategias de promoción, prevención, tratamiento y/o fortalecimiento en la toma de decisiones o recursos cognitivos, no se han generado los resultados esperados, por ende, el consumo de sustancias psicoactivas sigue representando una situación crítica de salud pública. (ODC- Min-Justicia., 2017).

Por lo anterior mencionado el presente estudio permitirá conocer a profundidad todas las características, factores determinantes, frecuencia, así como la prevalencia en relación con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de Psicología de la Universidad de Pamplona. A modo específico, la presente investigación aportará una mayor comprensión sobre la problemática, dando a conocer la magnitud del consumo de las principales sustancias psicoactivas, así como algunos de sus factores de riesgo/protección asociados a la población objeto de estudio. Variables como la edad de inicio del consumo de drogas, la frecuencia de consumo, la facilidad de acceso y oferta hacia las drogas en general, la proporción de jóvenes que han tenido experiencia sobre la oferta de drogas; la proporción de jóvenes que han sentido curiosidad hacia el consumo de drogas y la proporción de jóvenes que han tenido oportunidad de probar drogas licitas e ilícitas, así como factores protectores y de riesgo que pueden estar influyendo en dicho consumo.

Según el informe de ODC- Min-Justicia., (2017) aunque las diferencias entre estratos socioeconómicos no son tan amplias para la generalidad de las sustancias, se encuentran mayores tasas de abuso y dependencia en los estratos bajos, mayor proporción de consumidores de cocaína

y éxtasis en los estratos altos, y el consumo de bazuco se reporta principalmente en los estratos 1 al 3. Con los hallazgos que se obtengan de la investigación se pretende dar a conocer si en la población objeto de estudio existe una diferencia en el consumo según el estrato socioeconómico, así como otras variables relacionadas con la espiritualidad. Por lo tanto, el presente estudio aportará implicaciones prácticas ya que los resultados permitirán conocer la prevalencia de consumo y sus posibles factores de riesgo y protectores que influyen en dicho consumo y en la población objeto de estudio, dando la oportunidad de comprender mejor la problemática y desarrollar estrategias que sea adapten al fenómeno y reduzcan o mitiguen el consumo de sustancias psicoactivas.

Por otro lado, en Colombia se presenta el fenómeno de las nuevas sustancias psicoactivas (NSP) y las drogas emergentes. El fenómeno de las NSP y de drogas emergentes constituye una de las principales tendencias actuales del problema mundial de las drogas. El Informe Mundial de Drogas 2017 de Unodc resalta que ya son 106 países los que han informándola aparición de 739 NSP. Por lo anterior mencionado, este estudio pretende dar a conocer el porcentaje de estudiantes de psicología que consumen drogas, así como los principales determinantes que inciden en el inicio y uso de este tipo de sustancias, lo anterior implica que la presente investigación represente una importante trascendencia social a través del conocimiento que se generará sobre el fenómeno. (ODC- MinJusticia., 2017).

Por otro lado, el presente estudio permitirá llenar los vacíos de conocimiento que existen frente al fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de Psicología de la Universidad de Pamplona, generando nuevas hipótesis frente a la problemática y abriendo la posibilidad a nuevos estudios sobre la misma desde otras perspectivas que puedan explicar las causas del consumo en la población objeto de estudio, dando lugar a la creación de estrategias de intervención que puedan resultar precisas en la reducción del fenómeno.

De mismo modo, es necesario hacer esta investigación teniendo en cuenta los motivos ya mencionados, dentro de estos, la no existencia de un referente estadístico sobre el consumo de sustancias psicoactivas en la población objeto de estudio, y el avance hacía una mayor comprensión sobre el fenómeno permitiendo generar futuras intervenciones que logren reducir y/o prevenir el consumo en estudiantes de Psicología. El aporte a la población específica, objeto de estudio, se divide en dos vertientes, una corresponde a los beneficios directos, es decir el

conocimiento o los datos estadísticos sobre el fenómeno; la segunda vertiente, corresponde a los beneficios indirectos, que representan las futuras estrategias que se desprendan de la investigación en pro de mitigar el consumo y promover el bienestar mental. A la psicología como ciencia, proporciona líneas de base para posteriores intervenciones, así como obtener un conocimiento real de la problemática que se está presentando generando la posibilidad de plantear estrategias de intervención.

Objetivos

Objetivo General

Establecer la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas de los estudiantes de Psicología de la Universidad de Pamplona, mediante un análisis cuantitativo, permitiendo la generación de estrategias psicoeducativas para mitigar el consumo.

Objetivos Específicos

Identificar las características sociodemográficas de la población objeto de estudio, a partir de la aplicación de un cuestionario que permita el reconocimiento de las mismas.

Detectar la frecuencia y los motivos de consumo de drogas legales e ilegales a través del cuestionario de prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas y factores de riesgo.

Especificar los factores de riesgo y protectores del consumo de drogas encontrados en los estudiantes de Psicología a partir de un análisis estadístico que permita el reconocimiento de condiciones que favorecen o protegen el consumo.

Diseñar una estrategia de psicoeducación través de la cual se pueda mitigar el consumo de sustancias psicoactivas

Estado del Arte

En el presente apartado se describirán algunas de las investigaciones que se han podido hallar en la bibliografía y que son relevantes para la presente investigación. Se iniciará abordando las investigaciones de tipo internacional que se han realizado en diferentes pasises y que abordan el consume de sustancias psicoactivas, seguido de las investigaciones que se han realizado a nivel nacional y que igualmente contienen información valiosa para la presente investigación, de igual forma, se referencian las investigaciones de tipo local que se han realizado en torno al consume de sustancias psicoactivas.

Investigaciones Internacionales

Según, Bronchain, J., Raynal, P., Chabrol, H., (2020) realizaron un estudio en cual el objetivo fue vincular el consumo de cannabis y su uso problemático con diferentes perfiles de jóvenes Universitarios basados en sus facetas con el mindfulness disposicional. La muestra estuvo conformada por 1572 estudiantes universitarios, incluidos 488 hombres (31%) y 1084 mujeres (69%), con edades entre 18 y 28 años; en los hombres la edad media fue 20,41 y en las mujeres la edad media fue 20,25. Los datos fueron obenidos atraves de un panel en línea reclutado en redes sociales, para ello, se compartió el enlace en grupos dedicados a estudiantes universitarios de diferentes universidades Francesas. Este cuestionario de autoinforme evaluaban la disposición Mindfulness, consumo de cannabis y síntomas de internalización / externalización. El grupo de analisis estuvo conformado por las facetas del mindfulness disposicional (observar, no juzgar, no reactividad, actuar con conciencia y describir) el cual produjo tres grupos: un grupo de Rasgos Altos (HT), un grupo de No Juzgamiento Consciente (NJA) y un grupo de Observación de Juicios (JO).

En este estudio se encontró que el subgrupo NJA tenía una frecuencia significativamente más baja del consumo de cannabis y un consumo problemático menor que los otros dos grupos, JO y HT. Por otro lado, se halló que los grupos que tienen los puntajes más altos de observación, también tuvieron los niveles más altos del consumo de cannabis y un uso problemático. Estos resultados pueden reflejar la mejora de sensaciones debidas al consumo de cannabis.

Por otro lado, se halló en la bibliografía el estudio de Brooke A. Ammerman, Laurence Steinberg & Michael S. McCloskey (2018), de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, el cual tuvo por objetivo llenar un vacio existente frente a la influencia de multiples conductas de riesgo (conducta sexual de riesgo, consumo de tabaco / alcohol, consumo de drogas ilícitas, conducta delictiva, conducta violenta) en los pensamientos y conductas suicidas de los adolescentes. La muestra estuvo conformada por 4.834 adolescentes, a quienes se les aplicaron entrevistas domicialiarias en dos momentos = 2,315. Los jovenes dieron información sobre pensamientos / comportamientos suicidas y múltiples comportamientos de riesgo en una entrevista inicial y en una segunda entrevista, alrededor de 11 meses después.

Los hallazgos encontrados en dicha investigación revelaron que cuando se estudiaron dichas conductas de riesgo de forma independiente, casi todas las conductas de riesgo evaluadas se asociaron de forma independiente con la ideación suicida de forma simultánea, y con los intentos de suicidio simultáneamente, sin embargo también hallaron que en el momento en que examinaron simultáneamente todas las conductas de riesgo, el uso de drogas ilícitas fue el único predictor simultáneo significativo y prospectivo significativo, aunque negativo, de pensamientos suicidas y el único predictor concurrente de conducta suicida. Es decir, en esta investigación los hallazgos concuerdan en que el uso de drogas ilícitas puede tener una asociación fuerte con pensamientos y conductas suicidas que con otras conductas de riesgo. (Steinberg y Michael S. McCloskey, 2018).

Otro estudio encontrado a nivel internacional que aporta información a la presente investigación es el realizado por García, Parra y Sánchez (2017) en el cual se planteó como objetivo: “examinar la relación que existe entre el apoyo social de la familia y del grupo de pares, la implicación en los estudios y el consumo de drogas en adultos jóvenes universitarios de centros de educación superior de la provincia de Sevilla, España”. Este estudio uso una metodología con un diseño de tipo correlacional, y una muestra de 37 hombres y 172 mujeres, con edades entre 18 y 25 años. Se aplicó la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, 1988), el cuestionario Empleabilidad Auto percibida (Rothwell, Jewell y Hardie, 2009) y para valorar el consumo de sustancias psicoactivas se construyeron tres reactivos por los investigadores. Como resultados se obtuvo que quieres manifestaron tener un mayor apoyo social

y familiar tenían un mayor compromiso con su educación, por el contrario, se encontró que el apoyo social de los amigos influye en menor grado con el compromiso. Del mismo modo, se demostró que no existiera relación importante entre el consumo de drogas legales y el apoyo social familiar, sin embargo, en el consumo de cannabis si se encontró diferencias significativas.

Del mismo modo, en México, se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal, en el cual se buscaba describir las características sociodemográficas y el consumo de drogas en estudiantes universitarios de Yucatán y Coahuila, México, los investigadores obtuvieron uno muestra conformada por 756 estudiantes de ambos géneros pertenecientes a dos Universidades, 412 de la universidad de Yucatán y 344 de la universidad Coahuila, con una edad promedio de 20 años. Para efectos de su investigación, se ha empleado un cuestionario utilizado en el proyecto Educación y Desarrollo Humano de la Calidad de Vida y la Salud. En los resultados de este estudio se puede evidenciar que en contraste con las dos Universidades la de Coahuila fue quien presentó un mayor porcentaje en el consumo activo, siendo de mayor la prevalencia en el sexo femenino, la edad de inicio encontrada para el consumo de drogas fue de 19 años. Por otra parte, en la universidad de Yucatán se evidencio un mayor consumo de sustancias en los hombres y la edad de inicio que se encontró fue los 20 años. Finalmente, se encontró que el 77.8% de los estudiantes de Yucatán y el 69.7% de Coahuila identifican a sus amigos como consumidores de droga, mientras que el 40.7% de la universidad Yucatán y el 45.5% de Coahuila declararon ser los primos. (Sánchez, Andueza, Santana, Hoil y Cufarfán, 2016)**.**

Varios son los estudios que han establecido los rasgos de personalidad caracteristicos de las personas adictivas o que suelen vincularse más facilmente con el consumo de sustanciads psicoactivas, tal es el caso del estudio realizado en Nicaragua, Managua, en el cual se planteó como objetivo establecer los rasgos de la personalidad y su incidencia en el consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes internos en el “Hogar de Rehabilitación del Adicto” (HODERA). En este estudio se aplicó el instrumento de medición 16PDF, mediante el cual se logró evidenciar que los jóvenes con personalidades introvertidas tenían mayor incidencia en el consumo de sustancias psicoactivas, dentro de las cuales la más consumida es el alcohol, el tabaco y la marihuana. (Chávez & Sánchez, 2016).

En este mismo estudio se pudo evidenciar que, las personas con altos niveles de emotividad suelen tener mayor vulnerabilidad al consumo de sustancias, debido a que suelen dejarse afectar por los sentimientos, son idealistas y soñadoras, impacientes y poca prácticas, siendo estas características propias de un adicto. De igual forma en el factor cognitivo, el ser una persona cuidadosa, formal, preocupada constantemente por hacer las cosas correctamente genera altos grados de ansiedad, lo cual induce a la persona a buscar la manera de disminuir su ansiedad a través del consumo de alcohol y el tabaco. Por lo tanto, según los resultados obtenidos se observa que a menor actitud cognitiva mayor es el riesgo al consumo de alcohol y tabaco. (Chávez & Sánchez, 2016).

En otros estudios realizados por Obasi, Brooks y Cavanagh (2016) en Estados Unidos donde se buscaba analizar la relación que existe entre la angustia psicológica y el consumo problemático de bebidas alcohólicas en estudiantes de una universidad del medio oeste, Estados Unidos. En este estudio se ha utilizado un diseño de tipo correlacional y transversal, con una muestra conformada por 284 estudiantes Universitarios de ambos sexos, con una edad promedio de 19 años. Para este estudio aplicaron varios instrumentos, estos fueron el Cuestionario 10 de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT), El Cuestionario de la Expectativa del Alcohol (George, Ketter, Parekh, Horwitz, Herscovitch y Post, 1995) el Inventario Breve de Síntomas (Derogatis y Melisaratos, 1983) y el Cuestionario de Regulación de la Emoción Cognitiva (Garnefski, Kraaij y Spinhoven, 2001). Los hallazgos encontrados en esta investigación sugieren que los estudiantes que mostraron un consumo problemático de alcohol están relacionados significativamente o presentan problemas de angustia psicología, como depresión y ansiedad, con expectativas positivas frente al consumo.

Por otro lado, en Lima, Perú, Escurra (2017) quiso identificar la relación existente entre el sentido de vida y el consumo problemático de bebidas alcohólicas en estudiantes de Universidades privadas de Lima Metropolitana. El diseño que usaron fue de tipo correlacional, con una muestra de 346 estudiantes conformada por el 52.9% de mujeres y 47% hombres que se encontraban en los primeros semestres. Se aplicó la prueba de sentido de vida (PIL) y el Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT). En los resultados halló que el 30.6% de los estudiantes tenían un consumo de alcohol problemático, siendo ese uso mayormente en hombres. De la misma forma se encontró que no existe una relación significativa entre el sentido

de vida y el consumo de alcohol ($p>.05$). Asimismo, no se evidencia una diferencia del sentido de vida según el sexo.

Otro estudio encontrado en la revisión bibliográfica de importancia para la presente investigación es la de Águila, L., (2016) quien quiso analizar la relación que existe entre el consumo de drogas legales e ilegales, sus estrategias de afrontamiento y niveles de satisfacción con la vida de estudiantes Universitarios. Se usó un diseño de tipo correlacional, con una muestra de 153 estudiantes de ambos géneros entre 20 y 25 años de edad. Como instrumentos de medición, se usó el Cuestionario de estimación del afrontamiento (COPE-60), la 19 Escala de satisfacción con la vida (SWLS) y el Instrumento de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST 3.1.). Los hallazgos encontrados indicaron la existencia de una relación significativa entre consumo de drogas y las estrategias de afrontamiento social, emocionales y evitativo ($p<.05$). Por otro lado, se encontró que el consumo de cannabis se correlaciona con el afrontamiento religioso.

Las anteriores investigaciones representan un gran aporte para la presente investigación ya que todas ellas abordan el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes Universitarios u otras poblaciones de jóvenes consumidores, adicionalmente, varios de estos estudios han aportado información frente a la manera como se relaciona el consumo con otras variables, como es la personalidad, la familia, el grupo de pares, la angustia psicológica, estrategias de afrontamiento y satisfacción con la vida, por lo tanto, han sido de gran relevancia para el presente estudio.

Investigaciones Nacionales

La investigación de Córdoba, Betancourth y Tacán (2016) ha sido de gran relevancia para la presente investigación, en este estudio se planteó el objetivo de identificar la relación que existe entre el consumo de sustancias psicoactivas y los factores sociodemográficos en estudiantes de una universidad privada de Pasto, Colombia. Se usó un diseño de tipo descriptivo transversal, con una muestra de 242 estudiantes de ambos sexos, con edades entre 17 y 45 años. El cuestionario fue diseñado por los investigadores, generando como resultados que el 21.9% de los estudiantes consumió sustancias psicoactivas alguna vez en su vida, de estos el 11.2% consumió cannabis y el 9.1% cocaína, además se encontró que la sustancia de mayor consumo fue el cannabis, y en cuanto a las bebidas alcohólicas se reportó un consumo de 12.4% de los estudiantes tenían un consumo frecuente. Del mismo modo, se halló que el sexo es determinante es el consumo de sustancias psicoactivas ($p < 05$).

Por otro lado, Ferrel Ortega, Fernando Robert, & Ferrel Ballestas, Lucía Fernanda, & Alarcón Baquero, Alana María, & Delgado Arrieta, Karen Dayana (2016) realizaron un estudio en el cual buscaban determinar el diagnóstico del consumo de sustancias psicoactivas como un indicador de salud mental, en estudiantes, el estudio se realizó desde un corte de tipo cuantitativo, con un paradigma empírico-analítico, de tipo descriptivo y con un diseño transversal. La muestra estuvo conformada por 2104 estudiantes de bachillerato de una I.E.D de la Comuna 5 del Distrito de Santa Marta, la muestra fue elegida de forma intencional, es decir no fue probabilística, de cual se tomaron 118 estudiantes de los grados 9. °, 10. ° y 11. °, de ambos sexos, con edades de 13 a 16 años.

Para efectos de esta investigación se decidió aplicar la prueba ASSIST V2.1 (OMS, 2011), se demostró su confiabilidad $\alpha = 0{,}804$ basada en los elementos tipificados. Los datos se procesaron mediante el software SPSS v18.0. Como se resultados se halló que los estudiantes presentan un nivel de riesgo alto para el consumo de alcohol (43 %), cigarrillos (11 %) y cannabis (3.3 %), siendo menos del 1 % para otras sustancias. Finalmente, este estudio manifiesta que el riesgo de consumo de alcohol está determinado por de la edad actual y el grado escolar, pero no se relaciona con el género; de igual manera, el consumo de tabaco demostró ser independiente del género de la

edad y del grado escolar; y, por otro lado, en cuanto al riesgo del consumo de cannabis se encontró que es de igual forma independiente o no se relaciona con del género y el grado escolar, sin embargo, la edad si relaciona con el consumo de cannabis.

De igual manera, el estudio de Castaño-Castrillón JJ, García S, Luna J, Morán M, Ocampo D, Ortíz L. (2017) es de gran relevancia para la presente investigación ya que en este estudio se propuso como objetivo establecer la frecuencia y los factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas e ilegales en estudiantes Universitarios. El método elegido para dicha investigación, fue de tipo transversal, con una muestra de 343 estudiantes, a los cuales se les aplicó una encuesta anónima.

Los resultados arrojaron que, el 31.5% de los estudiantes manifestaron consumir sustancias psicoactivas ilegales en los últimos 12 meses. En este estudio se descubrió que la edad promedio del primer consumo fue de 17 a 21 años, y el 61.1% de estos pertenecía a cannabis. Se encontró una relación significativa en los últimos 30 días, un año y alguna vez en la vida, con todos los factores estudiados, demográficos, personales, sociales, familiares, escolares, entre otros que se analizan allí, sin embargo, el factor familiar se encontró mayormente asociado, (RP: 15.467, consumo del último año), junto con el factor presión de amigos (RP=7.847). Como conclusión de este estudio, se llama a las políticas públicas a revisar el consumo en esta población ya que parece ser considerable, sobre todo se manifiesta de manera más intensa en algunas carreras.

Las anteriores investigaciones han sido de gran relevancia y orientación para el presente estudio ya que han generado una mayor compresión sobre el fenómeno estudiado, brindando información sobre los datos estadísticos de consumo y a su vez sobre la relación con los factores sociodemográficos. Por otro lado, en uno de estos estudios se aplica el instrumento ASSIST lo cual aporta información sobre los resultados que podría arrojar este instrumento que será usado en la presente investigación, de igual forma en las anteriores investigaciones se evidencia un estudio que establece la frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas, por lo cual, estos temas se encuentran estrechamente relacionados con la presente investigación y son de gran relevancia para la misma.

Investigaciones Regionales

Existe evidencia de que el consumo de sustancias psicoactivas afecta la capacidad de autocontrol, tal es el caso del estudio de realizado por Guevara., D (2017) en Norte de Santander Colombia, en el que se encuentra que existe una proporción de consumidores que pierde el control sobre el uso y se tornan compulsivos e incapaces de dejar de usar las drogas a pesar de ser conscientes del daño que les producen. Adicionalmente, el consumo de tabaco y alcohol incrementa la probabilidad de consumir marihuana, y una parte de aquellos que consumen marihuana tiene una mayor probabilidad, respecto a los que no la consumen, de consumir otras drogas como la cocaína.

Torres., J, *et al* (2016) realizaron un estudio con población Universitaria de Pamplona Norte de Santander sobre la prevalencia y factores asociados al consumo de marihuana en estudiantes de 18 a 25 años de dicha universidad pública de Colombia, en este estudio, el objetivo fue determinar la prevalencia y factores asociados al consumo de marihuana durante el último mes y alguna vez en la vida. El estudio fue de tipo descriptivo, transversal, en el cual se tomo una muestra de 474 sujetos sanos entre los 18 y 25 años, de Pamplona, Colombia. Los factores asociados al consumo de marihuana que se tuvieron en cuenta en este estudio fueron**,** el género, creencia religiosa, semestre académico, estrato, edad, consumo de cigarrillo y consumo de alcohol, se recogieron por encuesta estructurada. Se calcularon prevalencias de cada factor y se establecieron asociaciones mediante la construcción de modelos de regresión. Esta investigación obtuvo como resultados que el 7,1% de los estudiantes habían consumido marihuana en el último mes, y un 22% manifestaron haberla usado al menos una vez. Así mismo, los modelos de regresión muestran que tener el hábito tabáquico se asoció con el uso de marihuana. En este estudio se concluyo que el consumo de marihuana en la población estudiada fue alta y factores como el consumo de cigarrillos se encuentran asociados con el de marihuana. Estos datos podrían utilizarse para ofrecer programas de intervención educativa.

Por otro lado, en la Universidad de Santander (UDES) se ha realizado un estudio llevado a cabo por Parada., E, Peña., L & Duran., L (2018) sobre la Historia de vida de jóvenes consumidores de tabaco y alcohol de la facultad de salud de la universidad de Santander, campus Cúcuta, en su tesis de grado. En este estudio se plateo como objetivo general, interpretar las historias de vida de

jóvenes consumidores de tabaco y alcohol de la universidad de Santander de la facultad de salud, con el fin de conocer que influye en los jóvenes para llegar a este consumo. En esta investigación se utilizó una metodología de paradigma cualitativo, con diseño de teoría fundamentada y de tipo historia de vida.

Los resultados que se obtuvieron en dicha investigación indican que los adolescentes que iniciaron su consumo de cigarrillo y alcohol se relaciona con la influencia que ejercicio su familia en su juventud ante el consumo, haciendo que los jóvenes iniciaran a muy temprana edad a consumirlas, debido a esto los padres no ejercieron autoridad sobre ellos para impedir dicho consumo, además se evidencio que algunos estudiantes consumieron dichas sustancias por problemas en su núcleo familiar o por el régimen de crianza que recibieron, sin embargo, los Universitarios también iniciaron a consumir estas sustancias por otros factores que influyeron en ellos y en sus vidas, como lo es, el factor social, la edad cronológica, la relación amorosa y la carga estudiantil. Finalmente, en este estudio se logró evidenciar que la influencia de los amigos y el círculo social tiene un impacto negativo en la vida de los jóvenes, es así que, por querer encajar en el ambiente social o por sentirse adultos, los jóvenes se dejaron influenciar por sus pares, a tal punto de convertirse dependientes de estas sustancias.

Por otro lado, Torrado, C., Ocampo, Y., Flórez, J., Anaya, L., y Moreno, R (2016) realización un diplomado con la finalidad de conocer los factores psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas, en adolescentes y jóvenes, del colegio Carlos Pérez Escalante de la ciudad de Cúcuta y el Instituto Pablo Neruda de Barrancabermeja, de estrato 1 y 2, de los grados 8 a 11. Para efectos de la recolección de datos se usó un instrumento relacionado a la problemática de consumo de sustancias psicoactivas, el cual se aplicó a 42 estudiantes en total, de edades entre los 13 y 27 años, a ambos sexos, el instrumento constaba de ocho reactivos. Los hallazgos encontrados en este estudio, revelan que la mayoría de los estudiantes no consumen o no han consumido actualmente alguna sustancia psicoactiva, en comparación con una moría que si lo ha estado haciendo, adicionalmente, en este estudio se encontró que el 27,2% de los encuestados cree que el consumo de sustancias psicoactivas se inicia debido a problemas, el 18,4% cree que se debe a modas, un 17,2% respondieron que se debe a la falta de comunicación, otro 14,6% cree que se debe a presión, el 10,3% respondieron curiosidad y un 5,7% respondieron que debido a la soledad.

En las anteriores investigaciones se evidencian algunos de los factores de riesgo que influyen en el consumo de sustancias psicoactivas, así como algunas consecuencias derivadas del consumo, uno de estos estudios permite evidenciar que los consumidores suelen perder el control sobre el uso y se tornan compulsivos e incapaces de dejar de usar las drogas a pesar de ser conscientes del daño que les producen, de igual manera este estudio afirma que el consumo de tabaco y alcohol incrementa la probabilidad de consumir marihuana,y así con otro sustancias; siendo estas investigaciones de gran relvelancia para la investigación ya que aportan datos sobre los habitos de consumo y sus principales causas, así como la importancia de la dinamica familiar en relación con el consumo, los tipos de ciranza, el factor social, la edad y la carga estudiantil. (Guevara., D, 2017 & Parada., E, Peña., L & Duran., L.,2018).

Marco Teórico

Primer Capítulo

Contextualización de las drogas.

El término droga se define como: "Sustancia o preparado medicamentoso de efecto estipulante, deprimente, narcótico o alucinógeno". Según la OMS (2019): La droga se define como: "Toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, es capaz de modificar una o más funciones de este". Por otro lado, el Miniesterio de Salud (2017) define a las sustancias psicoactivas como aquellas cuyo consumo tienen la capacidad de generar un efecto directo sobre el sistema nervioso central, ocasionando cambios específicos a sus funciones; pueden alterar los estados de conciencia, de ánimo, de pensamiento, percepciones. Estas sustancias pueden ser de origen natural o sintético. (Min-Salud, 2017).

Del mismo modo, Gutiérrez, (2011) afirma que las drogas son toda sustancia química de origen natural o sintético que al introducirse por cualquier vía (oral-nasal-intramuscular-intravenosa) ejerce un efecto sobre el sistema nervioso central (SNC), compuesto por el cerebro y la médula espinal, de los organismos vivos. Estas sustancias son capaces de inhibir el dolor, modificar el estado anímico o alterar las percepciones. Por otro lado, la Asociación Panamericana de la Salud (APS) en conjunto con la OMS, definen las sustancias como una droga o sustancia (química o natural) que introducida en el organismo por cualquier vía ya sea (inhalación, ingestión, intramuscular, entravenosa) es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central (SNC) provocando una alteración psicológica. Como por ejemplo, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico que, de manera general, es, capaz de cambiar el comportamiento de las personas.

Se podría concluir que respecto a la definición de las sustancias psicoactivas, se maneja un consenso en su concepto, es decir, todas las anteriores entidades que las definen tienen una concepción similar respecto a lo que son las sustancias psicoactivas y el efecto que estas tienen en el organismo. A continuación se presentan las susancias psicoativas con las que se llevará a cabo la presente investigación.

Tabla 1.

Principales familias de las drogas

Droga	*Sustancias derivadas*
Nicotina	Tabaco
Alcohol	Alcohol etílico (etanol)
Cannabis	Tetrahidrocannabinol (THC).
	Receptores cannabinoides endógenos.
	Agonistas de los receptores cannabinoides sintéticos.
Alucinogenos	Hongos.
	(+)-Lisérgida (LSD) dietilamida del ácido lisérgico
	Triptaminas: la dietiltriptamina (DET), la dimetiltriptamina (DMT) y la etriptamina
Opiáceos	Morfina.
	La heroína.
Cocaína	El clorhidrato de cocaína.
Estimulantes de tipo Anfetamínico	La anfetamina, la metanfetamina y la MDMA (éxtasis).
	Sustancias del grupo del éxtasis
	MDMA (3,4-metilendioximetanfetamina, éxtasis)
	MDA (3,4- metilendioxianfetamina).
	MDEA (3,4-metilendioxietilanfetamina).
	Catinonas sintéticas: Mefedrona, la metilendioxipirovalerona (MDPV) y la metilona
Depresores del sistema nervioso central	Benzodiacepinas, barbitúricos

Nota. Fuente: Naciones Unidas Nueva York, (2018).

Alcohol.

En terminología química, los alcoholes representan un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos hidroxilo (-OH). El etanol (C2H5OH, alcohol etílico) es uno de los compuestos de este grupo y es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas. El etanol se obtiene a partir de la fermentación del azúcar por la levadura. En condiciones normales, las bebidas elaboradas por fermentación tienen una concentración de alcohol que no supera el 14%. Además de usarse para el consumo humano, el etanol se utiliza como combustible, como disolvente y en la industria química. (Naciones Unidas Nueva York**,** 2018).

Nicotina.

La nicotina hace referencia a un alcaloide, este alcaloide es el principal componente del cigarro, sin embargo, en su forma pura es líquido y además soluble en agua. Sus efectos en el organismo recaen principalmente en el neurotransmisor acetilcolina. Este alcaloide se obtiene de la planta llamada tabaco, la cual tiene una historia amplia, ya que se conoce desde hace unos 10000 años, por ejemplo, en Norteamérica fumar hizo parte del ritual denominada "fumar la pipa de la paz" como símbolo de amistad. Sin embargo, el alcaloide contiene un elevado contenido de toxicidad, de hecho, fue usado como pesticida hace algunos años. Por otro lado, tiene una alta rapidez en sus efectos logrando casi de manera inmediata atravesar las membranas biológicas modificando diversos procesos fisiopatológicos. (Miranda, M., Atzori, M. Y Cuevas, R. 2017).

Cannabis.

Por "cannabis" se ha descrito según, Naciones Unidas Nueva York**,** (2018) como aquellas sumidades, floridas o con fruto, de la planta de cannabis, es así que de estas se extrae la resina. El cannabis, además, posee varias sustancias químicas; pero claramente la sustancia que más está presente y la única de ellas que se comprobado es psicoactiva es el (-)-trans-delta9-tetrahidrocannabinol (delta-9-THC o THC). Los principales cannabinoides, son: Tetrahidrocannabinol (THC), Cannabidiol (CBD), Cannabinol (CBN). (Naciones Unidas Nueva York**,** 2018).

Utilización con fines médicos

Algunos de los productos que actualmente están autorizados para ser usados de forma terapéutica, están**:** 1) Nabiximol (Sativex), extracto líquido de THC y cannabidiol que está indicado para el tratamiento del dolor y la espasticidad de la esclerosis múltiple; 2) Dronabinol (Marinol), isómero sintético específico del THC el cual se ha indicado para pacientes con pérdida de apetito a raíz de enfermedades como el sida, de igual forma, se usa para controlar las náuseas y los vómitos asociados a la quimioterapia del cáncer. Cada vez son más los estudios que se realizan. Sus principales efectos son desencadenados por la activación de los receptores cannabinoides de tipo 1 (CB1), al activarse estos receptores se liberan algunos neurotransmirores, los cuales pueden variar en relación a las diferentes especies de cannabis y a sus niveles de THC. (Naciones Unidas Nueva York**,** 2018).

Receptores cannabinoides endógenos

Se han realizado varios análisis del principal componente psicoactivo del cannabis, encontrándose en 1988 los primeros datos sobre los receptores cannabinoides endógenos. Primero se encontró que el receptor cannabinoide de tipo 1 (CB1) se clonó por primera vez en 1990, en el año 1993 se clonó el CB2. Respecto a lo anterior, al día de hoy se comprende que los cannabinoides se unen a los receptores CB1 y CB2 y los activan, siendo estos receptores los que median los efectos farmacológicos. Del mismo modo, se sabe que el CB1 se encuentra localizado principalmente en el sistema nervioso central, en el cerebro y en el tálamo, mientras que, por otro lado, el CB2 se encuentra en el bazo o las células del sistema inmunitario. De momento no se conocen la función exacta que cumplen estos receptores para generar los efectos farmacológicos, pero se podría afirmar, que al activarse estos receptores se manifiestan varios efectos solapados, el CB1: Efectos Psicoactivos: Memoria Estado de ánimo Sueño Apetito Sensación de dolor. El CB2: Respuesta inmunitaria. Y los efectos solapados: Procesos psicológicos: Circulación metabolismo de energía Funciones de los órganos Homeostasis. (Naciones Unidas Nueva York**,** 2018).

Por otro lado, hacía el año 2000 aparecieron los agonistas de los receptores cannabinoides sintéticos, en estos se encuentra que los efectos son similares a los del THC, sin embargo, los

agonistas de los receptores cannabinoides sintéticos producen varios efectos adicionales propios, que pueden llegar a ser mucho más fuertes y perjudiciales. Dentro de los efectos agudos no deseados, podría presentarse convulsiones, pérdida del conocimiento, vómitos, somnolencia, dolor de pecho, agitación, sofocos, dilatación de las pupilas, sequedad de boca, entre otros. (Naciones Unidas Nueva York**,** 2018).

Opiáceos.

Morfina.

Es un alcaloide, quizá el que más se extrae del opio o la paja de adormidera. Su color va de blancuzca a marrón oscuro, y se puede evidenciar el mercado en forma de ladrillos prensados con diversos nombres. El modo de administración más común es en polvo molido fino, inyección o comprimidos de consumo oral. (Naciones Unidas Nueva York**,** 2018).

Heroína.

La diamorfina o diacetilmorfina es un opiáceo semisintético que se extracta a partir de la morfina. Hay dos tipos que son los más importantes, el clorhidrato de diacetilmorfina, que una especie de *sal soluble en el agua*, y la diacetilmorfina base, la cual es indosilible en el agua. Estos dos tipos, tienen una gama de colores que va de blanco a marron. Una vez se inyecta en la sangre, la heorina se descompone en la sangre en 6-monoacetilmorfina, una sustancia altamente activa farmacológicamente, y después en morfina, que es el primordial metabolito activo. (Naciones Unidas Nueva York**,** 2018).

A diferencia de la morfina, la heroína es más *liposoluble* (debido a sus dos grupos acetilos) y, cuando se inyecta por vía intravenosa, atraviesa la barrera hematoencefálica con más rapidez, normalmente entre 15 y 20 segundos alcanzando altos niveles en el cerebro, que absorbe casi el 70% de la dosis, por lo que la heroína es el doble de potente que la morfina y presenta un mayor riesgo de uso indebido. (Naciones Unidas Nueva York**,** 2018).

El riesgo del consumo de sustancias por inyección, es altamente peligros, no solo por su efecto sobre el organismo, sino que además puede dar lugar a que las personas que las consumen

contraigan diversas enfermedades infecciosas graves, al usarse agujas no estériles, por ejemplo, el VIH, la hepatitis, la neumonía u otras infecciones pulmonares y cardiovasculares. (Naciones Unidas Nueva York**,** 2018).

Cocaína.

La cocaína es primordial alcaloide psicoactivo que se obtiene de las hojas de coca. Es por ello que se puede encontrar de dos formas, con vías de administración distintos: el clorhidrato de cocaína, que se inhala o se inyecta, y la cocaína base, que es una forma que se utiliza para fumar. El inhalar el vapor de la cocaína base cuando se pone en fuego los efectos son mucho más rápidos ya los pulmones lo adsorben rápido, sin embargo, esta inhalación puede ser toxica y provocar problemas respiratorios. (Naciones Unidas Nueva York**,** 2018).

Sustancias del grupo del éxtasis.

En este grupo se encuentran sustancias como la MDMA (3,4-metilendioximetanfetamina), la MDA (3,4- metilendioxianfetamina) y la MDEA (3,4-metilendioxietilanfetamina). Estas sustancias afectan los neurotransmisores de forma similar a la anfetamina y la metanfetamina, ya que estas poseen estimulantes que afectan los niveles de los tres neutransmisores, la dopamina, norepinefrina y serotonina, solo que en este caso la serotonina se es mucho más acentuado, generando ciertamente diferencias en los efectos farmacológicos. Este grupo de sustancias se fabrican en laboratorios clandestinos, no están autorizadas con fines médicos y figuran en la Lista I del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971. Su presentación viene en polvo entre blanco y blancuzco, y su consumo es ocasionalmente por inhalación, en raras ocasiones por inyección, y consumo oral en comprimidos y cápsulas. (Naciones Unidas Nueva York**,** 2018).

Estas sustancias producen efectos similares a los de la anfetamina y metanfetamina, sin embargo, teste grupo tiene *un efecto más marcado en cuanto a la inhibición de la recaptación de la serotonina* y, además, se puede presentar cierto nivel de predisposición a unirse a los receptores de serotonina. Este comportamiento puede llegar a ser la causa de sus efectos empatogénicos y entactogénicos, y muy seguramente esté relacionada con los efectos alucinógenos que aparecen cuando se consumen dosis elevadas. (Naciones Unidas Nueva York**,** 2018).

Anfetaminas

Las Anfetaminas son aquel grupo de drogas que provienen fundamentalmente de origen sintético se le llama “estimulantes de tipo anfetamínico” entre las cuales destacan la anfetamina, la metanfetamina y la MDMA (éxtasis). Al consumir estas sustancias se generan efectos directos de estimulación sobre el sistema nervioso central, influyendo en los niveles y la acción de neurotransmisores como la dopamina, la norepinefrina y la serotonina. Los efectos de la anfetamina y metanfetamina se producen principalmente a raíz de estimular los niveles de dopamina y norepinefrina, y en menor medida serotonina. (Naciones Unidas Nueva York**,** 2018).

Estas sustancias se encuentran en la Lista II del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971. La anfetamina y la metanfetamina se encuentra en los mercados ilícitos, ya que estas se fabrican por lo general en laboratorios clandestinos, esto debido a lo fácil que es sintetizarlas y la disponibilidad de productores y métodos que se pueden emplear para fabricarlas. Las formas más comunes de consumo, son la inhalación nasal, fumada, solución en polvo disuelta en agua destilada o salina inyección, comprimidos y cápsulas, inhalación nasal o fumada. (Naciones Unidas Nueva York**,** 2018).

Los signos y síntomas que indican una intoxicación por anfetaminas u otras sustancias parecidas son: taquicardia, dilatación de las pupilas, aumento de la tensión arterial, hiperreflexia, sudor, escalofríos, anorexia, náuseas o vómitos, insomnio y alteraciones del comportamiento, tales como agresividad, delirios de grandeza, hipervigilancia, agitación y alteración del juicio. En casos extraños, se produce delirio en las 24 horas siguientes al consumo. (OMS, 1994).

Catinonas sintéticas

Este es otra sustancia sintética, derivaba del grupo de éxtasis**,** son beta-ceto-fenetilaminas y tienen una estructura y unos componentes de acción similares a los de la anfetamina, la metanfetamina y la MDMA. Muchas de estas catinonas sintéticas están sometidas a fiscalización internacional, dentro de estas se encuentran la mefedrona, la metilendioxipirovalerona (MDPV) y la metilona. Estas sustancias no se encuentran autorizadas para fines médicos. (Naciones Unidas Nueva York**,** 2018).

Alucinógenos sintéticos.

Los alucinógenos representan un grupo amplio de drogas naturales y sintéticas que ciertamente provoca estados distorsionados de la conciencia, de varios procesos cognitivos, como la percepción, el pensamiento y las sensaciones, lo anterior acompañado de alucinaciones auditivas o visuales. A este grupo también se les llama "psicodélicos", sus efectos más predominantes son la sinestesia (estado en el que los sentidos que normalmente se perciben por separado se combinan, pudiendo escuchar un sonido y ver un color asociado "escuchar un color") y la percepción alterada de la realidad. Por otro lado, los alucinógenos también hacen parte de otros grupos que se relacionan químicamente, como son las triptaminas, (la (+)-lisérgida [LSD] y la psilocina), y las fenetilaminas (la mescalina y el 25B-NBOMe). (Naciones Unidas Nueva York**,** 2018).

(+)-Lisérgida (LSD)

El LSD es una sustancia semi- sintética que se obtiene del ácido lisérgico, este es un alcaloide que se encuentra en los hongos, específicamente en el Claviceps purpurea. El LSD es una de las sustancias alucinógenas más potentes que se conocen y está incluido en la Lista I del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971. (Naciones Unidas Nueva York**,** 2018).

El LSD parece activar varios receptores seretoninergicos, sin embargo, sus efectos alucinógenos se han relacionado con receptores agonistas 5-HT2A. Sus efectos pueden ser de aproximadamente 10 horas y son variados de acuerdo al estado del sujeto y al entorno en el que se encuentre. Por lo tanto, el tipo de efectos que se producen varía de acuerdo a diversos factores de confusión. (Naciones Unidas Nueva York**,** 2018).

Triptaminas

Las triptaminas son un grupo de sustancias que mantienen una similitud con el LSD en cuanto a su estructura y efectos en el organismo, también se relaciona con la psilocibina. Sin embargo, algunas triptaminas se pueden encontrar de forma natural en diversas plantas, hongos o animales. Estas sustancias tienen un uso historico, lo que indica que han sido utilizadas para beber o inhalar en lugares como la Amazonia y el Caribe. No obstante, al pasar el tiempo se ha logrado obtener esta sustancia de forma quimica, y hasta el momento las mas conocidas pertenecen al grupo de las triptaminas, las cuales se encuentran sometidas a fiscalización internacional, a saber:

la dietiltriptamina (DET), la dimetiltriptamina (DMT) y la etriptamina, que están vinculadas en la Lista I del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971. Estas sustancias actúan como agonistas no selectivos de los receptores de serotonina. Y uno de los efectos más comunes es la pérdida de coordinación, la cual suele ser más pronunciada que la que produce el LSD. Y al igual que las anteriores sustancias, esta no está autorizada para la utilización con fines médicos. (Naciones Unidas Nueva York**,** 2018).

Alucinógenos de origen vegetal.

Peyote y mescalina

El peyote contiene una sustancia llamada mescalina y es esta el principal componente psicoactivo del peyote (Lophophora williamsii). Sin embargo, la concentración de la mescalina en el peyote varía de acuerdo al terreno y factores de ambiente. No obstante, la mescalina también se puede sintetizar de forma clandestina y figura en la Lista I del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971. (Naciones Unidas Nueva York**,** 2018).

Setas psilocibes y psilocibina

La psilocibina corresponde a una sustancia de tipo alucinógena natural, la cual se halla principalmente en la seta Psilocybe mexicana, sin embargo, existen aproximadamente 75 especies del mismo género de la Psilocybe, Panaeolus y Conocybe que pueden contener esta sustancia psicoactiva. Se ha encontrado que las setas psilocibes contienen entre un 0,2% y un 2% de psilocibina. Cuando se consumen las setas que contienen psilocibina esta sustancia se convierte en psilocina, un metabolito altamente activo, que se encarga de mediar sus efectos alucinógenos, y al ser un agonista se une a los receptores seretoninergicos produciendo así sus efectos de forma similar a otros alucinógenos, sus efectos duran entre 4 a 6 horas. (Naciones Unidas Nueva York**,** 2018).

Depresores del sistema nervioso central.

Como depresores del sistema nervioso central se entienden todos aquellos medicamentos o sustancias que tienen un efecto inhibidor, o tiende a disminuir la actividad cerebral. Existen diversos tipos de depresores del sistema nervioso central, tales son, los sedantes, los hipnóticos,

los opioides y los neurolépticos. De los tipos mencionados antes pueden resultar depresores específicos, como lo son, los benzodiacepinas, los barbitúricos, la metacualona y el ácido gamma-hidroxibutírico (GHB). (Naciones Unidas Nueva York**,** 2018).

Efectos psicológicos de las sustancias psicoactivas.

Los efectos emocionales de consumir sustancias del grupo cannabinoides se dividen en deseados y efectos agudos perjudiciales, dentro de los deseados se encuentra: Sensación de bienestar, euforia (sensación de "subidón"), hilaridad; sin embargo existen efectos agudos no deseados, se puede ver afectado el desarrollo cognitivo (aprendizaje), incluidos los procesos asociativos, la memoria a corto plazo, la concentración y el razonamiento lógico ; por otro lado, limitaciones de la función psicomotora (coordinación motora, tareas complejas), la posibilidad de sufrir ansiedad, pánico, paranoia, o psicosis aguda, a medida que remiten los efectos se puede entrar en un estado de quietud, reflexión, depresión, posible percepción distorsionada de los sonidos, los colores y otras sensaciones, el razonamiento se torna lento y confuso, entre otras; así mismo, se pueden presentar efectos de tipo crónico, como lo es, crear dependencia psicológica, desarrollo de tolerancia, causando problemas de salud mental como lo es la pérdida de la motivación y el interés, entre otras. (Naciones Unidas Nueva York**,** 2018).

Por otro lado, el opio, dentro de los efectos deseados puede presentarse sensación de bienestar, de euforia, mayor amabilidad y contento, así como cierta indiferencia ante el sufrimiento físico o emocional, debido al efecto anestésico que alivia el dolor, sin embargo, en los efectos no deseados, puede presentarse incapacidad para concentrarse, apatía, puede provocar depresión respiratoria y causar la muerte. Por otro lado, los efectos deseados de la coca suelen ser sensación de bienestar físico y mental, de excitación, euforia y en lugar de relajar se aumenta la capacidad de alerta y de la energía, suprimiendo el hambre, sus efectos no deseados, suelen ser, el aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión sanguínea, así como, sobreexcitación, el insomnio, inquietud, pánico, comportamiento errático y en ocasiones violento, así mismo, puede provocar disforia, sensación de agotamiento, irritabilidad y depresión, síndrome serotoninérgico, desorientación, apatía, confusión, agotamiento debido a la falta de sueño, psicosis paranoica, así mismo en el periodo de abstinencia puede presentarse periodos largos de sueño y depresión. (Naciones Unidas Nueva York**,** 2018).

En el caso de las anfetaminas, sus efectos deseados suelen ser, sensación de bienestar físico y mental, excitación, estimulación mental y física, aumento y prolongación de la capacidad de alerta y de la energía, se puede apreciar una mejora del rendimiento en tareas manuales o intelectuales, sin embargo, dentro de los efectos no deseados suele presentarse comportamiento errático y en ocasiones violento, sobreexcitación, insomnio, locuacidad, desasosiego, irritabilidad, alucinaciones, convulsiones, arritmia o insuficiencia cardíaca, hemorragia cerebral, síndrome serotoninérgico, psicosis con el consumo prologando, entre otras. (Naciones Unidas Nueva York**,** 2018).

Con el consumo de alucinógenos los efectos deseados suelen ser alteraciones del pensamiento, el estado de ánimo y la percepción sensorial, "expansión de la mente", así como, sensación de empatía, facilitación de la comunicación y aumento de la sociabilidad, no obstante suelen presentarse efectos no deseados agudos, como, percibir de manera distorsionada la profundidad, el tiempo, el tamaño y la forma de los objetos, los objetos inertes se mueven, se aprecia una intensificación de los colores, el sonido y el tacto, puede causar ansiedad, depresión, mareos, desorientación y paranoia, así como también se pueden producir convulsiones, entre otros efectos. (Naciones Unidas Nueva York**,** 2018).

Por otro lado, los efectos de los alucinógenos sintéticos suelen variar a los anteriores, presentándose como efectos deseados, las alteraciones del pensamiento, el estado de ánimo y la percepción sensorial, así como también estimulación mental y física, sin embargo los efectos no deseados agudos suelen ser, tensión, confusión y dificultad para concentrarse, insomnio, paranoia, miedo, pánico, visiones desagradables, sentimientos no deseados y abrumadores, alucinaciones visuales y auditivas, se presenta una alteración general de la conciencia, alteraciones en la percepción del tiempo, dilatación del tiempo, así como también, bucles mentales, pensamientos recurrentes y descontrolados, la comunicación intrincada , así como experiencias espirituales transformadoras no deseadas. (Naciones Unidas Nueva York**,** 2018).

Lo efectos varían según el tipo de sustancia ya sea sintética, natural, depresiva o estimulante, sin embargo, todas las sustancias psicoactivas generan efectos no deseados, por ejemplo, en el caso del alcohol, puede provocar pérdida del control, vómitos, mareos, entre otros, todas las sustancias pueden generar adicción y efectos agudos tanto físicos como psicológicos

altamente perjudiciales para el individuo, y como se pueden apreciar en los efectos, suelen ser más lo no deseados que los deseados. (Naciones Unidas Nueva York**,** 2018).

Clasificación de las sustancias psicoactivas.

Según el Observatorio de drogas de Colombia (2018) las sustancias psicoactivas se clasifican según:

Según sus efectos en el sistema nervioso central.

Los estimulantes excitan la actividad psíquica y del sistema nervioso central y adicionalmente incrementan el ritmo de otros órganos y sistemas orgánicos (cocaína, anfetaminas, cafeína)**.** Los depresores son aquellas sustancias que tienden a dismunuir el ritmo de las funciones corporales, de la actividad mental y del sistema nervioso central. Estas sustancias son también llamadas psicolépticas, porque la usan para algunas enfermedades como es la epilepsia, en el caso de las benzodiacepinas; sin embargo, las sustancias depresoras son varias, dentro de ellas, esta la marihuana, alcohol, barbitúricos, benzodiacepinas, GHB. Los alucinogenos son sustancias capeces de alterar y distorsionar la percepción sensorial del individuo, interferir su estado de conciencia y sus facultades cognitivas, pueden generar alucinaciones.

Según su origen.

Las sustancias de origen natural son todas aquellas sustancias que se encuentran de forma natural en el ambiente y capaces de producir efectos psicoactivos o depresores en el SNC sin ser sometidas a manipulación química. Las sustancias de origen sintético corresponden a sustancias elaboradas exclusivamente en el laboratorio a través de procesos químicos, o bien alteradas, muchas de estas sustancias pretenden tienen efectos simales a las de origen natural, sin embargo son mucho más portentes y nocibas para el organismo.

Según su situación legal.

Las drogas ilicitas las drogas ilícitas son aquellas que están penadas por la ley, es decir, ilegales, estas se encuentran en la Lista I del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971. Entre ellas se encuentra la marihuana, la cocaína, la heroína, etc. Licitas: Todas aquellas de venta libre, como es el alcohol, la nicotina, y algunos farmacos.

Nuevas sustancias psicoativas.

Las nuevas sustancias psicoactivas (*NPS)* se definen como "sustancias de abuso", ya sea en forma pura o en preparado, y al ser sustancias nuevas no se encuentran controladas por la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, como tampoco se encuentran en el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971. Las drogas emergentes incluyen las nuevas sustancias, y se tiene en cuenta cualquier cambio en la presentación, dinamica de uso, pureza o presencia de adulterantes, que pueden representar una amenaza para la salud pública y son objeto de análisis del Sistema de Alertas Tempranas.

Tipos de consumo según la OMS, (2008):

Experimental.

El uso experimental es el inicio del consumo de sustancias psicoactivas. La persona prueba una o más sustancias, una o dos veces, y decide no volverlo a hacer, hasta ahí llega el uso experimental.

Recreativo.

Hace referencia al consumo ilegal que se presenta normalmente en situaciones sociales o relajantes, por lo general implica que no existe dependencia ni otros problemas, sin embargo, el consumo empieza a presentarse de manera más regular. Este tipo de consumo frecuentemente tiene como objetivo la búsqueda de experiencias agradables, placenteras y de disfrute. No obstante, cuando se usa de forma recreativa el consumo no es la única actividad en el tiempo libre, y no

necesariamente representa es un “escape” o una “solución”. Rara vez se pierde el control, por lo general no se consume en solitario como tampoco se tiende a experimentar con sustancias o vías de administración de alto riesgo.

Habitual.

Claramente para llegar a esta fase, se tuvo que haber pasado por alguna de las fases previas. En esta etapa se tiene una droga de preferencia (quizás después de probar con muchas otras) y un gusto alto por la sensación que produce. La frecuencia y la cantidad suelen aumentar, sobre todo a medida que se presenta mayor tolerancia a la sustancia. La droga empieza a representar un papel importante en la vida del consumidor y cumple ciertas funciones cada vez que la consume, por lo que es muy factible que lo haga repetidamente.

Uso y abuso de sustancias psicoactivas.

Según el Observatorio de drogas de Colombia y el Ministerio de Justicia (2019), el uso y abuso de sustancias está clasificado de la siguiente manera, en esta clasificación se hace referencia a las sustancias psicoactivas, su uso, los tipos de consumo, y la dependencia asociada a la misma.

Uso de sustancias psicoactivas.

El uso de sustancias hace referencia a la utilización de las mismas de forma ocasional sin generar dependencias o problemas de salud asociados. Sin embargo, no se descartan los daños que puede causar una sobredosis o manejar un automóvil bajo los efectos de alguna sustancia.

Abuso de sustancias psicoactivas.

Se habla de abuso de drogas cuando el uso se vuelve compulsivo, y por lo general se depende de la droga y también del contexto y estilo de vida en torno a ella. Frecuentemente ese “estilo de vida” no solo se refiere al consumo, sino también al círculo social de la persona, el reconocimiento y la aceptación dentro de ese grupo. En este tipo de consumo existe un uso problemático y se puede evidenciar en el impacto que ese consumo tiene sobre la salud (consecuencias perceptibles, enfermedades crónicas) y la aparición de efectos de tipo social con connotaciones negativas (deterioro, aislamiento, conductas problemáticas). Por otro lado, suelen

consumirse una o varias drogas en circunstancias que pueden significar peligro, por ejemplo: pérdida de velocidad de respuesta y reflejos, incapacidad para cumplir con las responsabilidades laborales, académicas o familiares.

Dependencia de sustancias psicoactivas.

La dependencia consiste en un uso compulsivo de una sustancia, similar al uso habitual, en la que a pesar de los resultados negativos y severos que conlleva se sigue consumiendo. De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) la dependencia de sustancias psicoactivas se presenta "si durante algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los siguientes rasgos: 1. Deseo o compulsión de consumir la sustancia, 2. Reducción de la capacidad de control del consumo: para comenzar o para terminarlo, 3. Síntomas somáticos del síndrome de abstinencia específico cuando se reduzca o cese el consumo, 4. Tolerancia, 5. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, 6. Persistencia en el consumo, a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales".

Segundo Capítulo

Factores que influyen en el consumo de drogas.

Factores de riesgo.

Los factores de riesgo son biopsicosociales, es decir existes características o atributos individuales, familiares o sociales, que facilitan o aumentan el consumo de sustancias psicoactivas. A nivel individual los factores de riesgo están relacionados con características temperamentales y/o psicológicas propias del individuo, por ejemplo, la baja tolerancia a la frustración, conductas agresivas, baja autoestima, entre otros; por otro lado, los factores familiares influyen grandemente, entre algunos se encuentra el hecho de que haya consumo por parte de algún miembro de la familia o cuidador, que exista una disciplina autoritaria o sobreprotección, o por el contrario, falta de supervisión de los padres, así como la violencia intrafamiliar, etc.. Así mismo, en los factores de riesgo se encuentran que no exista apoyo de redes sociales, la disponibilidad de las sustancias psicoactivas, el uso de éstas por parte de los pares y violencia en los entornos escolares o sociales, entre otros. (Min-Salud, 2018).

Factores Protectores.

Los factores protectores al igual que los factores de riesgo, son biopsicosociales, existen individuales, familiares o sociales, sin embargo, estos a diferencia de los anteriores, reducen la posibilidad de uso, abuso o dependencia de las sustancias psicoactivas. Algunos de los factores protectores individuales son: la empatía, las habilidades sociales, la capacidad para afrontar problemas, entre otros; entre los factores familiares se encuentran el respeto, la confianza, las normas y reglas del hogar, y entre los factores sociales se encuentran la participación en actividades comunitarias, la normatividad respecto a las sustancias psicoactivas, el acceso a servicios de salud y educación, entre otros. (Min-Salud, 2018).

La autoestima ha sido considerada por Faggiano et al., (2005); Malcolm, (2004), citado por, Salazar, Varela, Cáceres, y Tovar, (2006) como un factor de riesgo y también protector del consumo de sustancias psicoactivas, esta ha sido definida como la manera en que las personas se valoran así mismas, así como también hace referencia a la autoeficacia de un individuo, e influye en la aceptación de sí mismo, de cómo se piensa, se siente, o se actúa. Debido a lo anterior, la autoestima puede constituir un factor de riesgo ya sea porque se presenta de una manera excesiva la valoración de los atributos y capacidades y, por ello, las personas se sienten confiadas y se consideran capaces de afrontar riesgos (innecesarios), o, por el contrario, puede deberse a una autoestima baja, y se utilicen las drogas como un medio de escape ante situaciones que liberen pensamientos y juicios autocríticos de carácter negativo.

Así mismo, otros factores de riesgo para el consumo de drogas son las dificultades en el manejo del estado emocional y afectivo, así como las alteraciones en el estado de ánimo, ya sea que se trate de estado deprimido, elevado, expansivo o irritable, así mismo, el pensamiento, que está constituido por un conjunto de síntomas similares a los de la depresión o ansiedad o estrés, los cuales no necesariamente indican un cuadro clínico tal y como están descritos en las clasificaciones diagnósticas. Las anteriores alteraciones suelen aparecer asociadas con el consumo de drogas, esto es debido a que representan una forma fácil y rápida de experimentar sensaciones diversas y placenteras que permiten modificar los sentimientos asociados al malestar emocional, así como reducir dichos trastornos emocionales, así como mitigar la ansiedad, el estrés y afrontar los cambios y presiones del entorno. (Galaif, Sussman, Chou y Wills, 2003; Marmorstein y Iacono, 2003; Shrier, Harris, Kurland y Knight, 2003; Wu, Lu, Sterling y Weisner, 2004, citado por, Salazar, Varela, Cáceres, y Tovar, 2006)

Estudios como los de Best et al., 2004; Ernst et al., 2003; Marmorstein y Iacono, 2003; National Institutes of Health (NIH), 2003; Shrier et al., 2003, citado por, Salazar, Varela, Cáceres, y Tovar, 2006, han demostrado que los comportamientos perturbadores, aquellos que suelen ser molestos para los demás y que se representan en forma de rebeldía y que buscan pasar por alto las normas sociales, ya sea indisciplina, impulsividad y/o agresividad, hurtos o tendencia a vincularse con pandillas, comportamientos antisociales, sugieren una predisposición hacia la inconformidad y el desafío de figuras de autoridad y normas. Por lo que algunos estudios han mostrado que este

tipo de conducta hace vulnerables a los individuos para desarrollar problemas de consumo de drogas.

Por otro lado, el autocontrol, el cual ha sido definido como la capacidad del individuo para controlar su comportamiento, lo cual implica un esfuerzo para no comportarse guiad exclusivamente por reforzadores inmediatos y placenteros. Por lo que un individuo con autocontrol atribuye su comportamiento esencialmente a factores internos y considera que éste es modificable y variable en el tiempo. Por lo que, se considera un factor de riesgo para el consumo de drogas cuando se presenta en niveles bajos. (Benda, 2005; Tibbetts y Whittimore, 2002; Wills, Gibbons, Gerrard, Murry y Brody, 2003, citado por, Salazar, Varela, Cáceres, y Tovar, 2006)

Las habilidades sociales son otro factor de riesgo o protección del consumo de drogas, según Caballo (1997), citado por, Salazar, Varela, Cáceres, y Tovar, (2006) se define como aquellas conductas que realizan los sujetos en situaciones de interacción con la finalidad de expresar pensamientos, sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos respetando, a su vez, esas mismas conductas en los otros, con ese tipo de conductas se logra una mayor posibilidad de resolver los problemas generados en esos contextos o en otros. Sin embargo, el déficit en estas habilidades se considera un factor de riesgo para el consumo de drogas porque la persona se enfrenta de manera poco asertiva con las personas y maneja con dificultad las situaciones que se le presentan, lo cual en ocasiones puede llevar al individuo al consumo de drogas con la finalidad de desenvolverse mejor, aumentar su empatía, entre otras.

Así mismo, las habilidades emocionales las cuales permiten identificar las propias emociones y utilizar ese conocimiento para enfrentar adecuadamente una situación difícil sin dejarse dominar por ella, suelen estar asociadas con el consumo de drogas ya que estas permiten reconocer y enfrentar las emociones propias y de los demás, así como también implica la capacidad para expresar de una forma asertiva sentimientos negativos como la ira y la hostilidad, o ya sea tolerar la frustración y manejar el estrés (Stenbacka, 2000, 2003, citado por, Salazar, Varela, Cáceres, y Tovar, 2006). Por lo que un déficit en estas habilidades puede aumentar la probabilidad de consumir drogas ya que no suele resolverse el malestar emocional asociado a los problemas y por lo tanto se recurre a las drogas como un mecanismo de escape o evitación.

Las habilidades de afrontamiento incluyen cualquier intento conductual o cognitivo por parte de una persona para hacer frente a las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como desbordantes de los recursos un sujeto, las acciones a tomar suelen ser la reorganización de la conducta para ajustarse a las situaciones, en aquellos casos en los que es inmodificable las situaciones o generando alternativas de solución y de cambio en aquellos casos en que es factible (Lazarus, 1993, citado por, Salazar, Varela, Cáceres, y Tovar, 2006). Es por esto que un déficit en estas habilidades se asocia con dificultades en la toma de decisiones, en situaciones en que un individuo puede enfrentarse donde debe decidir si consumir o no drogas, a esto se le suma el hecho de que algunos casos de consumo de drogas pueden deberse a una estrategia de afrontamiento del malestar emocional (Klein, Elifson y Sterk, 2006; Rokach, 2005, citado por, Salazar, Varela, Cáceres, y Tovar, 2006).

Por otro lado, los preconceptos y la valoración de las drogas suele ser un factor de riesgo o protector de acuerdo a la postura que se tenga de las drogas, estos preconceptos suelen referirse a las posiciones personales frente a estas sustancias, las cuales varían desde asumir una postura condenatoria a otra más favorable; por lo tanto, los preconceptos comprenden ideas y creencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, así como la valoración y percepción del riesgo que las personas tienen frente a ellas y sus posibles efectos. Es considerada como un factor de riesgo para el consumo cuando existe una baja percepción del riesgo, de sus efectos y sus consecuencias (Chabrol, Massot y Mullet, 2004; Graña y Muñoz, 2000b; Rohsenow, Colby, Martin y Monti, 2005, citado por, Salazar, Varela, Cáceres, y Tovar, 2006).

La espiritualidad por otro lado, la cual en este contexto no se refiere exclusivamente a estar afiliado a alguna religión o la pertenencia a una iglesia, sino más bien a la concepción trascendente de la vida, así como al compromiso y la experiencia que tienen los individuos con dichas creencias. Esta no ha sido tan estudiada como un factor de riesgo, sino más bien como de protección, previniendo el consumo inicial y facilitando la abstinencia en el proceso de recuperación de la adicción (Avants, Warburton y Margolin, 2001; Klein, Elifson y Sterk, 2006; Stylianou, 2004, citado por, Salazar, Varela, Cáceres, y Tovar, 2006).

El maltrato ha sido definido como todo tipo de acción u omisión que interfiere negativamente en el desarrollo sano de un sujeto, tanto en su aspecto físico como emocional y que es causado por otra persona. Abarca todos los maltratos existentes, tanto físico, psicológico, abuso sexual y negligencia. Estudios como el de Compton, Thomas, Conway y Colliver (2005); Mullings, Hartley y Marquart (2004) citado por, Salazar, Varela, Cáceres, y Tovar, (2006) mostraron que es un factor de predisposición para el consumo de drogas.

Otro factor de riesgo para el consumo de drogas que se encontrado es la disfunción familiar, específicamente aquellas familias que presentan dificultades de comunicación, tales como discusiones, ruptura del diálogo, etc., así como también la presencia de rupturas en los subsistemas familiares, de igual forma la falta de afecto, es decir, ausencia de expresiones de cariño, frialdad afectiva, etc., la presencia de patrones negativos de crianza o una actitud negativa hacia la familia, cuando el sistema familiar se encuentra en crisis o un contexto disfuncional en el que prima el abuso de alcohol y otras drogas en el hogar. Estos aspectos han sido asociados a los primeros consumos en las personas, sobretodo adolescentes y jóvenes (Anicama, 2001; Carballo et al., 2004; Dorius, Bahr, Hoffman y Lovelady, 2004; Mckeganey, Mcintosh y Macdonald, 2003; Mcleod et al., 2004; Wu et al., 2004, citado por, Salazar, Varela, Cáceres, y Tovar, 2006).

Otro factor que se ha considerado importante en la adquisición de conductas de consumo tiene que ver con la interacción que establece el joven, en ocasiones con un alto grado de apego e intimidad, especialmente con los iguales (amigos, pareja, compañeros) quienes, a su vez, están involucradas en el consumo de drogas y las valoran de modo favorable, lo cual constituye un factor de riesgo ya sea porque posibilita el aprendizaje social o también porque ejerce algún grado de presión social para que otros las consuman (Carballo et al., 2004; Dorius et al., 2004; Eitle, 2005; Graña y Muñoz, 2000a; Mcleod et al., 2004, citado por, Salazar, Varela, Cáceres, y Tovar, 2006).

Lo anterior se relaciona en gran medida con el siguiente factor, el cual tiene que ver con las relaciones interpersonales, es decir, todas aquellas interacciones que se generan con otras personas y que podrían representar una fuente de apoyo social que le darán al sujeto un nivel de satisfacción y que es principalmente en la adolescencia y la juventud que los amigos constituyen un aspecto importante y primordial en este sentido, por lo que podrían representar un factor de riesgo, si estos tienen una valoración positiva de las drogas y un alto consumo, y esto significaría

un medio rápido y sencillo de sentirse aceptados por sus iguales, así como de acceso a dichas sustancias. (Allen, Porter, McFarland, Marsh y McElhaney, 2005, citado por, Salazar, Varela, Cáceres, y Tovar, 2006).

Factores sociodemográficos relacionados con el consumo de drogas.

Según el sexo.

El sexo tiene una influencia en el consumo de sustancias psicoactivas debido a factores generacionales, de igual forma el sexo ejerce cierta presión en relación al consumo de drogas, esto sucede aun cuando ambos sexos tienen en común diversos factores de riesgo relacionados con el consumo. (Sánchez, 2012). Sin embargo, se ha evidenciado que para las mujeres el consumo de drogas representa una mayor percepción de riesgo que para los hombres ya que estos últimos perciben esta conducta como natural y socialmente más aceptada, es debido a lo anterior que el consumo en hombres tiende a presentarse de forma más frecuente en cantidades más elevadas que en las mujeres, adicionalmente, se ha reportado que en la mayoría de los casos el consumo en mujeres se debe a que estas tienen relaciones afectivas con parejas consumidoras, sin embargo, también se reporta un alto consumo debido a la violencia y el estrés en la persona que está sometida. (Sánchez, 2012).

El III estudio epidemiológico Andino sobre consumo de drogas en la población Universitaria de Colombia (UNODC, 2017) reveló que los estudiantes del sexo masculino consumen alcohol (59,1%), tabaco (59,4%), marihuana (43,1%), cocaína (10,9%) y éxtasis (6,5%), mientras que el sexo femenino consume alcohol (52%), tabaco (41,3%), marihuana (30,2%), cocaína (3,4%) y éxtasis (3,2%) respectivamente.

Según la edad.

Según el III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en población Universitaria de Colombia (UNODC, 2017) se encontró con relación a la edad que la mayor prevalencia de consumo en el último mes se registró entre los 21 a 22 años con el 61,6%. Además, se halló menor consumo en el grupo de estudiantes de 18 años y menos con un nivel de consumo del 45,1%. Por otro lado, la edad promedio de inicio de consumo de alcohol encontrado fue a los

15 años, similar en hombres y en mujeres, en cuanto al tabaco la edad de inicio encontrada fue entre los 16 años, para la marihuana entre 18 años para mujeres y 17 hombres, y en el caso de la cocaína la edad promedio de inicio fue de 18 años tanto en hombres como mujeres.

Tercer Capitulo

Teorías del consumo de sustancias psicoactivas.

Modelos explicativos y preventivos del consumo de sustancias psicoactivas.

A continuación, se expondrán de manera breve algunos de los modelos explicativos del consumo de sustancias psicoactivas, basados en Gorman (1996), citado por Becoña, E., (2002), quien resume de forma rápida y clara algunos de los programas de prevención de sustancias psicoactivas más importantes desde los años 60 hasta el momento actual. Durante los años 1960 y 1970 los programas preventivos más usados se basaban en proporcionar conocimiento y en dar información sobre el uso de drogas y sus efectos; posteriormente, en los años 1970 y 1980 el predominio fue de los programas afectivos y los inespecíficos, como por ejemplo, el de desarrollo personal; y, en 1980 y 1990, se comenzaron a aplicar programas basados en el modelo de influencia social, como por ejemplo: el entrenamiento en habilidades de resistencia y entrenamiento en habilidades sociales.

Algo que caracterizó a los programas creados después de 1960 fue que comenzaron a comprender el consumo de sustancias psicoactivas como parte de una serie de variables clave que son de importancia fundamental en la etiología del consumo de drogas. Una de las teorías más relevantes en los últimos años y a la que se le presta más atención en los programas preventivos ha sido la denominada, *presión de los iguales* (Gorman, 1996, citado por Becoña, E., 2002). Sin embargo, los últimos datos, como indican los estudios empíricos de Kandel (1996), Krohn et al. (1996) y Labouvie (1996), citados por Becoña, E., (2002) indican que los efectos de los iguales sobre el uso de drogas han sido sobreestimados en la investigación etiológica realizada hasta ahora. Por ejemplo, el modelo de influencia social da una gran importancia al papel de los iguales como una causa primaria del uso de drogas, y aunque se ha encontrado subgrupos específicos de alto riesgo (Gorman, 1996, citado por Becoña, E., 2002) se ha encontrado que estos programas de prevención, los factores de riesgo no están distribuidos por igual entre los grupos de iguales, por lo tanto, estas limitaciones encontradas en estos programas ha llevado a un cambio sobre la perspectiva y el peso que se le daba hasta ahora a los iguales.

Sin embargo, las teorías mencionadas hasta el momento, aunque hayan sido sometidas a críticas y hayan tenido sus limitaciones, han representado un gran avance para el diseño de intervenciones adecuadas para prevenir el consumo de drogas (Catalano et al., 1996; Gorman, 1996, citado por, citado por Becoña, E., 2002) así como en el descubrimiento de los factores de riesgo para el consumo de drogas, especialmente que jóvenes tienen mayor riesgo de llegar a ser consumidores de drogas. Y, correlativamente, los factores de protección para el consumo de drogas. Pr otro lado, también se le está dando un peso creciente a los programas basados en la familia dado que la misma representan una potencial y poderosa forma de intervención. Aun así, hay grupos que tienen más riesgo que otros, de ahí la relevancia de identificar los grupos de riesgo y poder intervenir en los mismos.

Teniendo en cuenta lo anterior cabe resaltar que como indica Petraitis (1995), citado por Becoña, E., (2002) las teorías son abstractas, nos sirven para hacer una representación de nuestro mundo, el cual es habitualmente complejo, y a través de una estructura simple en un marco teórico, sirve para saber qué encontrar y cómo predecir el futuro o poder disponer de principios orientativos a partir de la misma, sin embargo, por ser una teoría no implica que sea cierta. Para ello, es importante investigar que sus postulados se cumplen y con ello ver si hay evidencia o no para sostenerla, por lo que es importante la actualización y revisión constante de cada programa y de su eficacia, para alcanzar un progreso y avance y en la reducción del consumo.

Teorías del consumo de drogas

Modelo de etapas motivacionales de componentes múltiples (Werch y Di Clemente, 1994).

Este modelo surge del Modelo Transteórico de Prochaska y Di Clemente (1983), en este modelo se proponen diferentes etapas por las que pasa un consumidor, la primera de ellas, es la etapa en que se prueban por primera vez las drogas, o etapa de adquisición, y esta etapa viene siendo el resultado de los factores de riesgo. Por otro lado, esta adquisición de consumo presenta fases y diversos procesos conductuales que llevan al sujeto desde el no uso hasta un uso frecuente de drogas. Según, Prochaska y DiClemente, 1983; Werch, (2001): Esta adquisición es cíclica, en

dónde el primer paso es: 1. Pre contemplación: En esta etapa no usado ni tiene mayor interés en las drogas. 2. Contemplación: Tiene algunos pensamientos que consideran el consumo de sustancias. 3. Preparación: Existe un interés y una intención clara de consumir drogas. 4. Acción: Comienza el consumo. 5. Mantenimiento: Sigue el consumo por los siguientes 6 meses. Cabe aclarar que el paso de un estadio a otro, es decir el aumento progresivo a estadios más avanzados va a depender de los factores de riesgo y protectores de cada individuo. Por otro lado, este proceso permite ubicar a la persona en una de estas etapas. (Werch, 2001).

Teoría de acción razonada de fishbein y ajzen (1975).

La teoría de la Acción Razonada es uno de los planteamientos más divulgados entre lo que respecta a los factores cognitivos y el consumo de drogas. Del mismo modo, uno de los más importantes en la comprensión del consumo de drogas, así como también ha sido uno de los más aplicados en los programas de prevención (Fishbein y Ajzen, 1975). Este modelo se enfoca en las influencias que actual de manera más directa y próxima sobre el uso de drogas. En esta teoría dichas influencias se manifiestan debido a las expectativas, creencias, actitudes y las variables relacionadas con la cognición social (Fishbein y Ajzen, 1975). Este modelo plantea que la causa más significativa del consumo de sustancias son las intenciones para consumir o no consumir drogas. Estas intenciones serán determinadas por dos componentes (Ver figura 1).

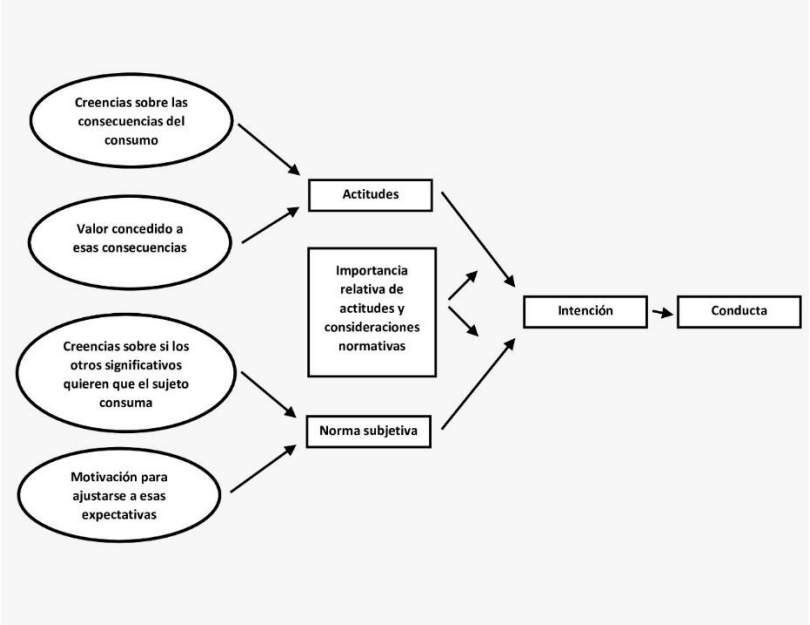


Figura 1. Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Azjen (1975). Fuente: Villareal (2009).

1. Las actitudes frente al consumo se presentan según dos componentes. Los efectos positivos o negativos que se presentarían si la persona consume drogas. Por otro lado, se encuentra el valor afectivo que esos efectos tengan para el individuo. Es decir, si la persona le da más importancia a los beneficios que trae consumir que a los efectos negativos del consumo, claramente será más vulnerable a presentar actitudes positivas frente al consumo de drogas (Fishbein y Ajzen, 1975).

2. Las creencias normativas se presentan en dos elementos. En primer lugar, las personas creen o perciben que los demás aceptan, esperan y desean su consumo. Por ejemplo, el estudiante que tiene esta percepción en la que cree que su grupo de pares esperan o desean que consuma, con claridad tendrá una mayor probabilidad de uso de drogas, de la misma forma, la motivación de adaptarse a las expectativas o deseos de otras personas, también ejerce gran influencia, ya que, por ejemplo, si el estudiante descubre que el consumo está considerablemente extendido y aceptado por sus amigos, esto ejercerá influencia sobre la intención de consumir (Fishbein y Ajzen, 1975).

En general este modelo propone que la persona a la hora de tomar la decisión de consumir se ve más influenciado por costes, beneficios y actitudes o por aspectos como las expectativas de lo demás.

Modelo evolutivo de Kandel (1975).

Al igual que el anterior, este modelo es una de los más relevantes en lo que respecta el consumo de drogas, esto debido a que se enfoca en explicar el desarrollo evolutivo de la persona que consumo respecto a su madurez y al inicio del consumo. Esta teoría nace a raíz de los estudios llevados a cabo por Kandel, quien desarrollo estudios de tipo longitudinal y transversal,

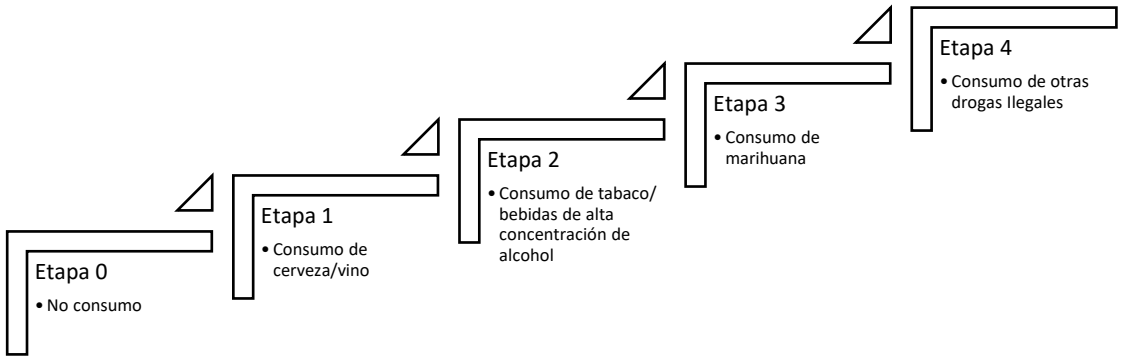


Figura 2. Principales estadios del consumo de drogas. Fuente: Becoña (2002).

En la figura se puede observar como el inicio del consumo se da en la etapa 1 y 2 con las drogas legales; según esta teoría estas dos primeras atapas sirven como facilitadoras para las siguientes etapas, es decir da paso al consumo de sustancias ilegales. Sin embargo, el uso de sustancias legales no necesariamente conlleva al consumo de drogas ilícitas, sin embargo, este orden temporal indica una relación entre el consumo temprano y tardío (Fleming, Leventhal, Glynn y Ershler,1989). De igual forma el consumo de una sustancia determinada aumenta la probabilidad de consumir otras drogas, (Fleming, Glynn y Leventhal, 1985). Por otro lado, Kandel (1975) afirma que para que existe consumo en etapas tardías primero deben presentarse el uso de alguna sustancia en la etapa anterior. Por otro lado, menciona la importancia de los valores y las relaciones sociales en la adquisición de conductas de consumo. Por otro lado, Kandel y Jessor (2002) realizaron una investigación de revisión bibliográfica para comprobar la validez científica de dicha teoría y su apoyo empírico de este modelo evolutivo, (Tabla 1). A continuación, se presenta la revisión la cual fue divida en tres ejes, los dos primeros encontraron una fuerte evidencia, no obstante, la tercera fase no cuenta con un apoyo empírico fuerte.

Tabla 2.

Proposiciones del modelo evolutivo y evidencia actual de las mismas

Proposición	**Evidencia**
Entre la población adolescente hay una secuencia de evolución de su implicación con distintas clases o categorías de drogas, por lo que, la iniciación en el consumo de drogas comienza con las primeras drogas de la secuencia, es decir con el alcohol y el tabaco. Luego se puede dar paso a las ilegales con el cannabis, así como entre las legales y las otras ilegales.	Fuerte evidencia
El consumo de una droga de inicio en la secuencia está asociado con un incremento del riesgo o probabilidad de utilizar otras drogas de la secuencia más tarde.	Fuerte evidencia
El consumo de una droga temprana en la secuencia, como el alcohol o el tabaco, causa el consumo de una droga posterior de la secuencia, por ejemplo, el cannabis.	No hay apoyo para la proposición de causalidad

Nota: Fuente: Becoña (2002).

Teoría del aprendizaje cognoscitivo social de Bandura (1986).

La teoría la cual también es llamada teoría cognitiva social ha sido una de las teorías que también ha permitido explicar el consumo de drogas. Esta teoría genera orientación e intenta contextualizar la problemática del consumo de sustancias teniendo en cuenta diversos factores que dan inicio al consumo, que lo mantienen y generan el abandono, basada en el aprendizaje vicario, la cognición y la influencia del ambiente y como estos llevan a las personas a realizar una determinada conducta. (Becoña, 2002). Esta teoría afirma que existe una relación reciproca de influencias entre el individuo y el ambiente, es decir, el aprendizaje se da en un contexto determinada como consecuencia de la observación de otro modelo realizando dicho comportamiento. (ver figura 3). Bandura, amplio su explicación de la conducta humana abarcando

no solo el condicionamiento clásico y operante, sino, además, la importancia de la cultura y el ambiente en la adquisición de conductas. (Bandura, 1986):



Figura 3. Modelo de la reciprocidad Tríadica

A: El estímulo externo que afectaría la conducta. C: Se da una respuesta como consecuencia de la conducta realizada, la cual actúa en modo de refuerzo. S: Los factores personales o cognitivos, ejercen influencia sobre la conducta futura. Bandura (1986) afirma que "el aprendizaje es una actividad de procesamiento de información en la que los datos acerca de la estructura de la conducta y de los acontecimientos del entorno se transforman en representaciones simbólicas que sirven como lineamientos para la acción" (p. 51).

Es decir, el comportamiento de los demás es crucial desde la niñez, ya que sirve al infante como modelo a seguir, tanto el comportamiento de los padres como de los pares, por lo que, el niño procesa esa información que observa y en muchos casos decide seguir la misma conducta en situaciones similares, por ejemplo, el consumo de alcohol por parte de familiares en presencia de sus hijos puede ser determinante de esta conducta en un futuro, así como la influencia que ejerce el grupo de pares en las fiestas, actuando como condicionantes para el uso de drogas. Lo anterior se fundamenta con los diversos estudios realizados por Bandura en los que se ha demostrado que las personas no necesariamente necesitan reforzadores para adquirir una conducta, sino que, además, las personas adquieren gran parte de sus conductas de forma observacional. (Bandura, 1986).

Teoría de la socialización primaria de Oetting y Donnermeyer (1998).

La teoría de la socialización primaria se basa principalmente en las influencias que se reciben en la infancia, sin embargo, esta también reconoce la existencia de las influencias biológicas. Este modelo enfatiza el aprendizaje de las normas, sin embargo, también explica la adquisición y ejecución de las conductas problema, como lo es el consumo de drogas, (Petraitis, Flay y Miller, 1995). Por lo tanto, este autor afirma que la adquisición de conductas problema se encuentra estrechamente relacionadas con el proceso de socialización primaria, es decir, el entorno escolar, la dinámica familiar y el grupo de pares. (Figura 3). Es decir, el entorno social posee una gran influencia al momento de determinar ciertas conductas normativas o desviadas del individuo (Oetting y Donnermeyer, 1998). Por otro lado, no se descarta la influencia de las características físicas y emocionales del sujeto, ya que estas influyen grandemente en las anteriores ya sea como un factor de riesgo o protección en relación con consumo de drogas y la conducta desviada (Becoña, 2002). A continuación, se puede observar en la figura los efectos de los factores comunitarios en el individuo, su conducta, en la socialización primaria.

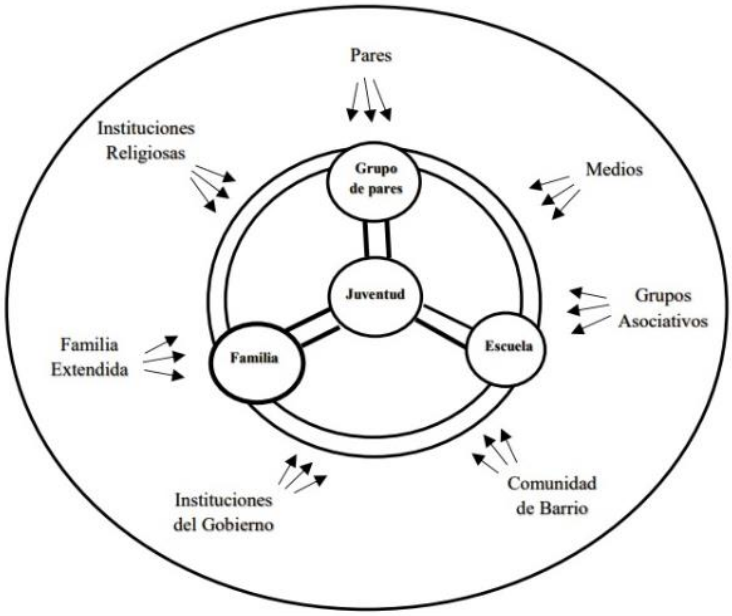


Figura 4. Los efectos de la comunidad en la socialización primaria. Fuente: Becoña (2002).

Oetting y Donnermeyer (1998) Afirman que el consumo de sustancias psicoactivas se puede generar de dos formas: 1) El uso y la adición a las drogas se produce como resultado de la socialización. 2) Dependencia debido a una vida basada en el consumo de drogas. Es así que aquellos sujetos con predisposiciones genéticas serán mucho más susceptibles al consumo de drogas, así mismo la cultura en la que se esté inmerso, sus formas de comunicación y la socialización de la comunidad determina normas para el consumo de distintas drogas. (Becoña, 2002).

Cuarto Capítulo

Psicología de la salud.

Definición de salud.

Según la OMS (1947) la salud es "un estado de total bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de una enfermedad". En esta definición se puede ver como la salud de las personas es considerada como un estado positivo, sentir bienestar general y funcionamiento pleno. La salud ha sido constantemente relacionada con "tener" "hacer" y "estar" tener salud, es decir ausencia de enfermedad y un estado de bienestar físico y psicológico, haciéndose visible la capacidad de ejecutar actos físicos. (Val Morrison, V, Bennett, P., 2008).

Definición de psicología de la salud.

Según Stone (1979) la psicología de la salud hace parte de una especialidad encargada de abordar los problemas que surgen en el sistema de salud, como lo es la salud pública, en la que se unen los principios básicos de la psicología clínica tradicional, constituyéndose como una de sus subdivisiones. Por otro lado, Bloom (1988) definió la psicología de la salud como el estudio científico del comportamiento, las actitudes, las creencias o ideas que se encuentran relacionadas con la salud y la enfermedad. Así mismo, Grau y Hernández, (2005), citado por Rodríguez, A., (2019) afirma que la salud pública se fundamenta en el modelo biopsicosocial, explorando y analizando las interrelaciones de los factores biopsicosociales en el proceso salud-enfermedad orientando a las políticas públicas hacía mejoramiento de estas situaciones, vinculando las ciencias médicas y las ciencias sociales.

Los principales objetivos de la psicología de la salud, según la definición de Matarazzo (1982) citado por Val Morrison, V, Bennett, P., (2008) está estrechamente relacionada con los factores biopsicosociales implicados en: la promoción y el mantenimiento de la salud; la mejora de los sistemas de atención sanitaria y de la política sanitaria; la prevención y el tratamiento de las enfermedades; las causas de las enfermedades, por ejemplo, factores de riesgo/vulnerabilidad Se ha descrito como un modelo biopsicosocial (Engel, 1977, 1980, citado por Val Morrison, V, Bennett, P., 2008) y tiene en cuenta factores biológicos, sociales y psicológicos implicados en la

etiología, prevención o tratamiento de la enfermedad, así como en la promoción y el mantenimiento de la salud.

Por otro lado, La psicología de la salud ha sido definida por Val Morrison, V, Bennett, P., (2008) como el estudio de la salud, la enfermedad y las prácticas sanitarias (profesionales y personales), además, la psicología de la salud intenta comprender, explicar y, a ser posible, predecir, la conducta de salud y enfermedad para desarrollar intervenciones eficaces a fin de reducir los costes físicos y emocionales de los comportamientos de riesgo y de la enfermedad. La psicología de la salud ofrece un planteamiento más holístico, pero fundamentalmente psicológico de los problemas relativos a la salud, la enfermedad y la atención sanitaria.

La psicología clínica de la salud por otro lado, es aquella que combina la atención de la psicología clínica sobre la evaluación y el tratamiento con un planteamiento biopsicosocial más amplio de la enfermedad y las cuestiones relativas al cuidado de la salud que suelen ser el dominio de los profesionales de la psicología clínica (por ejemplo, Johnston y Kennedy, 1998); 2. psicología de la salud pública, que pone el énfasis en las cuestiones relativas a la sanidad pública, por ejemplo, programas de inmunización, epidemias y la consiguiente educación y promoción sanitaria: esta área parte de fuentes multidisciplinares (por ejemplo, ciencias sociales, economía, política); 3. psicología comunitaria de la salud, que emplea los métodos de la investigación de las acciones e intenta lograr grupos y comunidades sanas. (Val Morrison, V, Bennett, P., 2008).

Los modelos más preponderantes en la psicología de la salud, son: el mecanicismo, el cual es reduccionista, ya que busca explicar el comportamiento únicamente a nivel de órganos y funciones físicas, y se encuentra relacionado con el modelo biomédico, sin embargo este último, afirma que las enfermedades y los síntomas tienen una explicación fisiológica subyacente y por último, el modelo biopsicosocial, afirma que se pueden explicar las enfermedades y los síntomas mediante una combinación de factores físicos, sociales, culturales y psicológicos. (Val Morrison, V, Bennett, P., 2008).

Salud pública.

Según el Min Salud (2021) y de acuerdo con la Ley 1122 de 2007 la salud pública está conformada por políticas que buscan garantizar la salud a toda la población, a través de acciones concretas dirigidas a la población. La salud pública ha sido definida por Franco, (2006) citado por

Quintero, M., (2008), como una disciplina con saberes y prácticas interdisciplinarias que aportan información sobre la salud y bienestar de la población, centrándose en la calidad de vida y el bienestar colectivo. Por otro lado, la salud pública se encarga o ha estado implicada en los procesos de salud-enfermedad, desde sus dos principales corrientes epistemologías, positivismo y el materialismo. (Quintero, M., 2008).

Promoción de la salud.

En la promoción para evitar el consumo de sustancias psicoactivas lo que se realiza desde el Observatorio de drogas de Colombia y el Ministerio de Justicia (2019), es fortalecer entornos para promover el desarrollo de diversas habilidades, generar mayores vínculos afectivos, generar diversas redes de apoyo y capacidades que potencien la salud mental y la convivencia social, poniendo mayor énfasis en niños, niñas y adolescentes, fortalecer los factores protectores del consumo de sustancias psicoactivas.

Prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

Por prevención del consumo de sustancias psicoactivas se entiende, según Martín (1995)

"Un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas".

Cuando se habla de prevención también se suele hacer referencia a un *programa,* el cual abarca un conjunto de actuaciones relacionadas entre sí para la consecución de una meta (Escámez, 1990, citado por Martín, 1995). En un programa preventivo las actuaciones que se realicen están destinadas a impedir la aparición del problema al que va dirigido dicho programa preventivo. En el caso de las sustancias psicoactivas a impedir, o retardar la aparición de conductas de consumo, uso y abuso de las diferentes drogas. Un programa preventivo puede ser dirigirse de forma global para toda la comunidad o puede ser específico para un subgrupo de personas con ciertas características.

En Colombia, según el Min-Salud, (2018) en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), las familias tienen un papel fundamental y clave, por lo tanto se debe trabajar con el involucramiento parental, comprendido éste como la capacidad de las familias para fortalecer procesos que involucren la comunicación entre sus miembros, la asistencia de los padres en las actividades académicas, la supervisión de los padres en el hogar, reforzamiento de las reglas escolares, generar actividades dirigidas a mejorar las competencias de los hijos y a su vez reducir el riesgo frente al consumo.

Por otro lado, el Min-Salud, (2018), define la prevención como una estrategia que permite el manejo efectivo el riesgo social. La prevención busca actuar antes de que el riesgo se manifieste y busca reducir la probabilidad de que la salud de las personas se vea afectada, la calidad de vida y el bienestar de las personas, los hogares y las comunidades.

Por otro lado, a partir de Caplan (1980 citado por, se han considerado tres tipos de prevención: la primaria, la secundaria y la terciaria. En el sentido clásico, en la prevención primaria se interviene antes de que surja la enfermedad y tiene como misión impedir la aparición de la misma. Es el tipo de prevención más deseable. En la prevención secundaria el objetivo es localizar y tratar lo antes posible las enfermedades cuya génesis no ha podido ser impedida por las medidas de prevención primaria; esto es, parar el progreso de la enfermedad que se encuentra en los primeros estadios. Finalmente, la prevención terciaria, se lleva a cabo algún tiempo después de que la enfermedad se haya declarado y su objetivo es evitar complicaciones y recaídas. Se centra en los procedimientos de tratamiento y rehabilitación para la enfermedad que tiene ya tiene claros síntomas clínicos.

En una terminología más actual los tres tipos de prevención anteriores son equivalentes a lo que se conoce por prevención (prevención primaria), tratamiento (prevención secundaria) y rehabilitación (prevención terciaria). En el caso de las drogas, la prevención primaria se orienta a tomar medidas para que las personas no consuman drogas, evitando los factores de riesgo y desarrollando factores de protección; la secundaria se orienta a que si surge un problema con las drogas se pueda frenar su avance y evitar que se convierta en un problema mayor; y, la terciaria se centra en el tratamiento y rehabilitación de la dependencia de las drogas.

Mitigación según el Min-Salud, (2018).

En esta etapa ya existe un riesgo y lo que se busca es reducir los efectos negativos de esos riesgos, antes de que se materialicen y se convierten en "daños". Desde las políticas públicas la mitigación busca intervenir en todas aquellas condiciones que inciden en que haya evolución a patrones de mayor consumo.

Superación según el Min-Salud, (2018).

La superación hace referencia a una etapa más avanzada en la cual se busca mejorar el acceso a los servicios, mejorar la calidad de la atención y generar eficiencia en la prestación de servicios. Por lo tanto, en esta fase se hace referencia a estrategias encaminadas a intervenir, hacen referencia al tratamiento, la rehabilitación y la inclusión social de quienes han desarrollado un trastorno por dependencia a una o varias sustancias o presentan un patrón de consumo problema en ausencia de dependencia.

Factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas según el Min-Salud, (2018).

Percepción de riesgo.

La percepción de riesgo hace referencia a una medida que permite ver de cómo la población evalúa el daño que la ingesta de las sustancias le genera, en la mayoría de los casos el consumo de sustancias está altamente influenciado por la percepción del riesgo que se tenga de ellas, es por esto que a mayor percepción de riesgo los niveles de consumo son mucho más inferiores. Por lo tanto, investigar sobre la percepción social del riesgo asociado al consumo de sustancias, es un punto clave para una mayor comprensión y un mejor abordaje la problemática del consumo y abuso de sustancias.

Disponibilidad y oferta de sustancias psicoactivas.

Otro aspecto importante que influye en el consumo es la percepción de facilidad de acceso y la oferta directa de sustancias psicoactivas, estos dos factores representan un importante indicador de riesgo, ya que están exponiendo y condicionando a las personas a situaciones de consumo.

Involucramiento parental.

De igual forma, varios estudios han referido la importancia que tienen los padres en la educación de sus hijos y en el desarrollo de una conducta preventiva del uso de drogas. Por lo general aquellos padres quienes están constantemente involucrados en la vida de sus hijos adolescentes en la mayoría de los casos logran reducir la probabilidad de consumo de drogas de éstos, y, en el peor de los casos logran evitar que sus hijos avancen a sustancias y conductas de consumo más abusivas.

Marco Legal

Consideraciones Éticas

El estudio se desarrolló de acuerdo a las normas establecidas en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, artículo 11, este estudio se clasifica como una investigación "sin riesgo". La participación fue voluntaria y quienes aceptaron formar parte del estudio firmaron un consentimiento informado. Los datos fueron manejados con estricta confidencialidad y anonimato sin realizarse análisis individuales. Ley 1090 del Código Deontológico y Bioético del Psicológico, en el que se refiere las normas de confidencialidad establecidos.

Bases Legales Nacionales.

Definición de juventud en Colombia (Ley 375 de 1997) (13): Se entiende por joven la persona entre 14 y 26 años de edad.

Resolución 0228 febrero de 2015 (9 de febrero): artículo 1, Por la cual se adoptan medidas en relación con el consumo de cigarrillo, tabaco y sus derivados y sustancias psicoactivas. Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible.

Ley número 1335 de 2009 (julio 21): artículo 2: prohibición para vender productos de tabaco a menores de edad. Se prohíbe a toda persona natural o jurídica la venta, directa e indirecta, de productos de tabaco y sus derivados, en cualquiera de sus presentaciones, a menores de 18 años. En caso de duda, soliciten que cada comprador de tabaco demuestre que ha alcanzado la mayoría de edad.28

Resolución 001075 de 1992: Deberán incluirse dentro de las actividades de salud ocupacional, campañas tendientes a fomentar la prevención y control del tabaquismo. Expedida por el Ministerio Trabajo. 29

Resolución 196 de 2002: Por la cual se dictan las normas técnicas, científicas y administrativas para el funcionamiento de los centros de atención, tratamiento y rehabilitación integral, que prestan servicios de salud a personas con problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas y se dictan otras disposiciones. 33

Resolución 412 de 2000: Atención de enfermedades de interés en salud pública.

Código Penal Julio de 2000: Sanción por porte de sustancias psicoactivas ilegales.

Resolución 2358 de 1998: Mediante la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental y la estrategia de disminución del riesgo del consumo de sustancias psicoactivas.

Ley 1098 de 2006: Artículo 20, numeral 3, de la misma ley dispone que los niños, niñas y adolescentes deben ser protegidos contra "El consumo de tabaco, sustancias psicoactivas, estupefacientes o alcohólicas y la utilización, el reclutamiento o la oferta de menores en actividades de promoción, producción, recolección, tráfico, distribución y comercialización".

Ley 124 de 1994 (febrero 15), por la cual se prohíbe el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad y se dictan otras disposiciones.

Proyecto de ley 41 de 2010 senado: por medio de la cual se establecen políticas para la prevención del consumo y dependencia de las bebidas alcohólicas en menores de edad y se dictan medidas para evitar la ocurrencia de riesgos asociados a la ingesta de alcohol por parte de la población adulta, se establecen normas sobre el expendio, suministro, consumo, publicidad y promoción de bebidas alcohólicas y se dictan otras disposiciones.

Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años: Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a la población entre 10 a 29 años, tendientes a garantizar la detección e intervención temprana de los factores de riesgo o de los problemas de salud prioritarios, así como para brindar información y orientación sobre la protección de la salud

Resolución 8430 de 1993, en el capítulo 1: Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos: La investigación en seres humanos se justifica éticamente por la expectativa de descubrir nuevas formas de beneficiar la salud de las personas y la investigación científica en seres humanos proporciona valiosa información que de otra forma no podría obtenerse. Los sujetos que participan en una investigación contribuyen al conocimiento, por lo tanto, el riesgo de resultar perjudicado en aras del bien de otro existe. Los requisitos para que una investigación clínica o biomédica sea ética están orientados a proteger y respetar a los sujetos de investigación mientras éstos contribuyan al bien social o al progreso de la ciencia.

Metodología

Enfoque De Investigación

La presente investigación será abordada desde un enfoque cuantitativo, ya que se adapta a las características del estudio en el cual se pretenden obtener datos estadísticos a través de un conjunto de procesos, siendo secuencial, probatorio y reflejando la necesidad de medir y estimar frecuencias relacionados con los problemas de la investigación. (Hernández, 2014).

El orden llevado a cabo en la presente investigación cumple los estándares de rigurosidad, en el cual las ideas se van acotando y, una vez ha sido delimitada, se plantearon los objetivos y preguntas de investigación, seguido se revisó la literatura y se construyó un marco teórico. De las preguntas de investigación se establecieron las hipótesis y determinaron las variables; permitiendo probarlas y seguidamente analizarlas para obtener resultados y conclusiones.

Diseño De Investigación

El diseño de la investigación es no experimental abordaba desde las ciencias sociales; con base a eventos que ya sucedieron o se dieron en la realidad sin manipulación o intervención del investigador, por lo general con una visión retrospectiva conocida también como expos-facto; en este tipo de estudios las variables independientes acontecen sin que se tenga control sobre ellas. Por lo tanto, es una investigación con un diseño de tipo transversal o transaccional ya que este tipo de diseños permite al investigador obtener datos en un momento específico; delimitados por cortes de tiempo. En este caso se pretende medir variables de manera individual y reportar dichas mediciones de manera descriptiva, además solo permite una aplicación de la prueba a desarrollar en un tiempo limitado. (Hernández, 2014).

Tipo De La Investigación

El alcance de la siguiente investigación es de tipo descriptivo ya que busca en un primer momento describir los hallazgos, siendo uno de los objetivos principales describir los resultados de las variables ya definidas que permitan una cuantificación de las mismas, así como la identificación de datos estadísticos. (Hernández, 2014).

Población

Se entiende por población al conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones (Hernández, 2014). En este caso los estudiantes de psicología de la Universidad de Pamplona constituyen el objeto de la investigación ya que de estos se extrae la información requerida para el estudio, esta población cuenta con 976 estudiantes de las sedes Pamplona y Cúcuta.

Muestra

La muestra es un subgrupo de la población de interés, sobre el cual se recolectarán datos (Hernández, 2014), por lo que para efectos de la presente investigación se ha seleccionado un tipo de muestra no probabilística, conformada por 238 estudiantes de todos los semestres del programa de Psicología de la Universidad de Pamplona.

Criterios de inclusión.

Aquellos estudiantes que se encuentren activos en la Universidad y que hayan firmado el consentimiento informado, con edades entre los 15 y 25 años de edad.

Criterios de exclusión.

Lo estudiantes que no se encuentren activos en la Universidad de Pamplona y aquellos que no diligencien el consentimiento informado, que no se encuentren entre los 15 y 25 años de edad o que no respondan preguntas de tipo obligatorias.

Variables Del Estudio

A continuación, se listan las variables que se evaluaron:

Variables sociodemográficas.

- Edad
- Género
- Estado civil
- Semestre

Variables desenlace.

- Consumo de sustancias psicoactivas (SPA): alcohol, tabaco, marihuana, opiáceos (comprende: heroína, opio, morfina, metadona, codeína), cocaína (incluye: bazuco, cocaína, base libre y crack) y alucinógenos (como: éxtasis, LSD, polvo de ángel, hongos, peyote).

Variables exploratorias.

Factores psicosociales.

- Malestar emocional
- Satisfacción con relaciones interpersonales
- Preconceptos y valoración de las SPA
- Espiritualidad, permisividad social y
- Accesibilidad a las SPA
- Habilidades sociales y de autocontrol

Tabla 3.

Matriz de operacionalización de variables independientes sociodemográficas

Variable	Definición operacional	Clasificación	Escala de medición	Valores asignados
Edad	Tiempo en años transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de aplicar el instrumento.	Cuantitativa continua	Razón	Número entero de 0 a 100
Sexo	Indicción del género al que pertenece por nacimiento	Cualitativa	Nominal Dicotómica	0: Hombre 1: Mujer
Estado civil	Indicación del estatus civil que posee según legislación civil colombiana	Cualitativa	Nominal	Soltero, casado, unión libre (vive con la pareja) con pareja
Carrera	Indicar la carrera que cursa actualmente, perteneciente a la Facultad de ciencias de la salud de la Universidad de Pamplona	Cualitativa	Nominal	Programa en curso del estudiante
Semestre	Indicar el semestre que cursa actualmente en el programa de la Facultad de ciencias de la salud de la Universidad de Santander	Cualitativa	Ordinal	Semestre en curso del estudiante I a X

Fuente: Salazar., (2006) citado por Guerrero, B., (2017)

Tabla 4.

Matriz de operacionalización de variables factores protectores y de riesgo Psicosociales

Variable	Definición conceptual	Clasificación	Escala de medición	Valores asignados
Malestar emocional	Dificultades en el manejo del estado emocional y afectivo, las alteraciones en el estado de ánimo (deprimido, elevado, expansivo o irritable) y el pensamiento, caracterizadas por un conjunto de síntomas similares a los de la ansiedad, la depresión o el estrés sin tratarse necesariamente de cuadros clínicos tal. (Salazar, Varela, Cáceres, y Tovar, 2006)	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Satisfacción con relaciones interpersonales	Aquellas interacciones que se establecen con otros y que podrían ser o no, fuente de apoyo social, y frente a las cuales el individuo establece un nivel de satisfacción. **(**Salazar, Varela, Cáceres, y Tovar, 2006)	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Preconceptos y valoración de las SPA	Se refieren a las posiciones personales frente a estas sustancias y que varían desde asumir una postura condenatoria a otra más favorable; por lo tanto, los preconceptos comprenden ideas y creencias relacionadas con el consumo	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No

	de sustancias psicoactivas. **(**Salazar, Varela, Cáceres, y Tovar, 2006)			
Espiritualidad	La espiritualidad se refiere a la concepción trascendente de la vida y al compromiso y la experiencia que tienen las personas con dichas creencias. **(**Salazar, Varela, Cáceres, y Tovar, 2006).	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Relación con consumidores	Hace referencia a la interacción que el joven establece con un alto grado de apego e intimidad en particular con los iguales (amigos, pareja, compañeros) quienes, a su vez, están involucradas en el consumo de drogas, las valoran de modo favorable. **(**Salazar, Varela, Cáceres, y Tovar, 2006)	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Habilidades sociales	Según Caballo (1997, citado por Salazar, Varela, Cáceres, y Tovar, (2006), son aquellas conductas que realizan las personas en un contexto de interacción con el fin de expresar sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos respetando, a su vez, esas conductas en los otros. **(**Salazar, Varela, Cáceres, y Tovar, 2006)	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Habilidades de autocontrol	El autocontrol, entendido como la capacidad del individuo para controlar su	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No

	comportamiento por consecuencias a largo plazo, implica un esfuerzo para no comportarse exclusivamente por reforzadores inmediatos y placenteros. **(**Salazar, Varela, Cáceres, y Tovar, 2006).

Fuente: Salazar, Varela, Cáceres, y Tovar, (2006)

Tabla 5.

Matriz de operacionalización de variables dependientes del consumo de sustancias psicoactivas

Variable	Definición operacional	Clasificación	Escala de medición	Valores asignados
Ha consumido alguna vez en la vida (alcohol, tabaco, marihuana, opiáceos, cocaína, alucinógenos	Indica si ha probado la sustancia	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Consume actualmente (alcohol, tabaco, marihuana, opiáceos, cocaína, alucinógenos	Indica si consume la sustancia en tiempo actual	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No

Fuente: Salazar, Varela, Cáceres, y Tovar, (2006)

Tabla 6.

Variables independientes factores psicosociales

Variable	Definición operacional	Clasificación	Escala de medición	Valores asignados
¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su consumo de (sustancia)?: alcohol, tabaco, marihuana, opiáceos, cocaína, alucinógenos?	Seleccionar afirmación acorde con la pregunta	Cualitativa	Nominal	1= Sólo consumí (sustancia) para probarlo y experimentar 2=Consumo (sustancia) de vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones esporádicas) 3= Consumo (sustancia) por lo menos una vez en la semana 4= Consumo (sustancia) al menos una vez al día 5=Consumo (sustancia) porque lo necesito para estar bien
¿Cuántos años tenía la primera vez que consumió?: (alcohol, tabaco, marihuana, opiáceos, cocaína, alucinógenos)	Edad en años cumplidos en el momento que probó la sustancia	Cualitativa Razón	Continua	Número entero de 0-100

¿En qué forma la ha consumido?: (alcohol, tabaco, marihuana, opiáceos, cocaína, alucinógenos)	Presentación de la sustancia	Cualitativa	Nominal	Alcohol: 1=Vino 2=Cerveza 3=Vodka 4=Whisky 5=Aguardiente 6=Tequila 7=Coctel 8= Otros Tabaco: 1=Fumado 2=Mascado 3=Pipas 4=Otros Marihuana 1=Fumada 2=Hashish 3=Masticada 4=En comida 5=Otros Opiáceos y Cocaína 1= Absorbida 2= Inyectada 3= Tragada 4= Fumada 5=Aspirada o inhalada 6=Otros Alucinógenos 1=Fumados 2=En pepas 3=Masticados 4=Inhalados 5=Inyectados 6=Absorbidos
En qué lugares ha consumido drogas	Lugares donde consumió cualquiera de las sustancias. Pueden elegirse		Nominal	1=Discotecas 2=Bares Casas de Amigos 3=Casa 4=Parques 5=Carro 6=Universidad 7=Sitios de comida cercanos a

	varias opciones			la Universidad 8=Otros
Cuáles considera que son sus motivos para consumir drogas	Motivos del consumo. Pueden elegirse varias opciones	Cualitativa	Nominal	1=Ser aceptado por los amigos o compañeros 2=Sentir placer 3=Desinhibirse 4=Curiosidad 5=Disminuir la tristeza 6=Disminuir la tensión o calmar la ansiedad 7=Olvidarse de los problemas 8=Aumentar las sensaciones 9=Diversión 10=Presión de amigos o compañeros 11=Socializar con otras personas 12=Otros.
Cuáles de los siguientes efectos ha experimentado por el consumo de drogas	Efectos fisiológicos percibidos por consumo. Pueden elegirse varias opciones			1=Alteraciones del sueño (somnolencia, falta de sueño) 2=Experimentar sensaciones de poder o grandeza 3=Infecciones en la piel 4=Minimización del dolor 5=Pérdida del equilibrio 6=Lentitud en

				movimientos 7=Cambios en el apetito 8=Calmar la ansiedad y reducir la tensión 9=Limitación o alteración en la capacidad para razonar 10=Arritmia (aumento o disminución del ritmo cardiaco) 11=Aumento o disminución de la temperatura corporal 12=Deshidratación 13=Nauseas o vómitos 14=Resaca (guayabo) 15=Alucinaciones 16=Irritabilidad 17=Pérdida de la concentración 18=Ansiedad 19=Mareos 20=Desorientación 21=Paranoia 22=Cambios en la respiración 23=Desinhibición 24=Depresión 25=Agresividad 26=Otros
Qué problemas ha tenido por el consumo de drogas	Efecto social (problemas) percibido por	Cualitativa	Nominal	1=Accidentes de tránsito 2=Quedar embarazada o

	consumo. Pueden elegirse varias opciones	embarazar a la pareja 3=Conflictos con los padres 4=Problemas de dinero 5=Contagiarse con una infección de transmisión sexual 6=Conflictos con la pareja 7=Problemas académicos o laborales 8. Problemas médicos (respiratorios, cardíacos, daño en órganos, aborto espontáneo, etc.) 9=Perder el control 10=Peleas con amigos y compañeros 11=Adicción 12=Sentirse mal consigo mismo 13=Hacerle daño a otra persona 14=Hacerse daño 15=Arrepentirse por algún comportamiento 16=Ninguna 17= Otras
Con quién acostumbra consumir drogas	Compañía frecuente para el	1=Solo 2=Amigos 3=Hermanos 4=Otro 5=Pareja

	consumo. Pueden elegirse varias opciones			Padres 6=Otros familiares
Alguna de estas personas le ha pedido que consuma drogas	Personas que le han ofrecido la sustancia. Pueden elegirse varias opciones	Cualitativa	Nominal	1=Solo 2=Amigos 3=Hermanos 4=Otro 5=Pareja Padres 6. Otros familiares
Con respecto al alcohol, opiáceos, tabaco, cocaína, marihuana, alucinógenos, pienso que:	Ideas o pre-conceptos sobre la sustancia y su consumo	Cualitativa	Nominal	1= No es dañino y lo consumo 2= No es dañino y NO lo consumo 3= Es dañino, pero lo consumo 4=Es dañino y por eso NO lo consumo
Constantemente me siento aburrido	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Evito preguntar por temor a hacer el ridículo	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Los amigos con los que ando piensan que está mal emborracharse	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Me siento muy afectado por mis problemas	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No

Para las personas de mi edad es difícil conseguir drogas	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Tengo fe en un poder más grande que yo	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Me siento molesto cuando las cosas no salen a mi manera	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Cuento con alguien para hablar si lo necesito	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Le agrado a otras personas de mi edad	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Tengo problemas para dormir o me despierto con facilidad	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Los amigos con los que ando piensan que está mal drogarse	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
No soy una persona religiosa	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Para las personas de mi edad es costoso consumir drogas frecuentemente	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Me preocupo en exceso	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Tengo pensamientos repetitivos	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No

Prefiero ceder para evitar problemas con otras personas	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Me siento satisfecho con mis amistades	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Siento la necesidad de consumir alcohol o drogas cuando estoy en un bar, discoteca u otro sitio de ambiente	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Tengo dificultad para relajarme	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Cuando se bebe en exceso se hace el ridículo	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Me apoyo en la religión cuando tengo problemas	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Mi primera opción para una salida con mis amigos es un sitio donde pueda tomar o consumir drogas	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Tengo pensamientos que me fastidian	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Mis amigos me tienen en cuenta para las actividades que realizan	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Consigo amigos fácilmente	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No

Me enojo cuando la gente me hace espera	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Creo que existe una fuerza espiritual que puede ayudarme con mis problemas	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Disfruto compartiendo actividades de recreación con mis amigos	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Evito herir los sentimientos de alguien a propósito	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Me gusta experimentar nuevas sensaciones	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Paso fácilmente de la tristeza a la alegría o al revés	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Tengo algún familiar que bebe hasta emborracharse	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Me irrito con facilidad	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Consulto a alguno de mis padres sobre asuntos de mi vida personal	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Consumir drogas es normal entre los jóvenes	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No

Me ayuda rezar o meditar	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Mis amigos me ayudan a enfrentar mis problemas	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Me relajo	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Hay personas a quienes yo les importo	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Me preocupo cuando rompo una regla	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
He tenido experiencias espirituales o religiosas importantes en mi vida	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Las drogas son un problema más grave que el alcohol o el cigarrillo	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Me siento angustiado con frecuencia	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Mis amigos incluyen trago, cigarrillo o drogas en las actividades que realizamos	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Me tensiono fácilmente	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No

Pienso mucho antes de actuar	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Me pongo triste fácilmente	Percepción del factor Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No

Fuente: Salazar., (2006) citado por Guerrero, B., (2017).

Instrumento De Medición

Cuestionario de medición de factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en jóvenes universitarios, Salazar, Varela, Cáceres, y Tovar, (2006) citado por Guerrero, B., (2017), como se mencionó en la cita, este instrumento ha sido desarrollado y validado por Salazar y colaboradores del Grupo de Investigación Psicología, Salud y Calidad de Vida, Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia, previamente aplicado en 736 jóvenes universitarios de la ciudad de Cali (Salazar, 2006). El instrumento incluye aspectos sociodemográficos, frecuencia y forma de consumo de drogas legales e ilegales, factores psicosociales de riesgo y protección para el consumo de drogas. Este Instrumento tiene 53 ítems que indagan los factores de riesgo y protectores, es un instrumento validado y con una adecuada consistencia interna dada por un Alfa de Cronbach de 0,906. En este cuestionario los reactivos tienen la finalidad de determinar si la persona ha consumido alguna vez en la vida, el consumo actual, la frecuencia de dicho consumo, la edad que inicio en el mismo y sus características. Adicionalmente permite recolectar información sobre los lugares donde se realiza dicha práctica, los factores que lo motivan y las dinámicas que caracterizan el consumo. Por otra parte, con este instrumento se puede recoger un puntaje de riesgo o protección, así mismo, permite generar un puntaje general que va de 6 a 71 puntos. Se recurrió a las Instrucciones para la Calificación, según el instructivo publicado por Salazar, Varela, Cáceres, y Tovar (2006) quienes plantean las siguientes consideraciones:

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

Tabla 3. Ejemplo de calificación de un ítem del cuestionario.

Con respecto al alcohol, pienso que:

- (4) No es dañino y lo consumo
- (3) No es dañino y NO lo consumo
- (2) Es dañino, pero lo consumo
- (1) Es dañino y por eso NO lo consumo

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

Ítems positivos (si=0; no=1) Ítems negativos (si=1; no=0) 21, 23, 24, 26, 27, 29, 31, 35, 38, 39, 42, 43, 45, 46, 47, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59 19, 20, 22, 25, 28, 30, 32, 33, 34, 36, 37, 40, 41, 44, 48, 49, 50, 51, 53, 60, 61, 62, 63, 64, 65. (Salazar, et al (2006).

Tabla 7

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

	Factor	Ítems	Escala de calificación	
			Protección	Riesgo
1	Malestar emocional	19, 22, 28, 33, 37, 41, 49, 51, 56, 61, 63, 65	0 – 4	5 – 13
2	Satisfacción con relaciones interpersonales	26, 27, 35, 42, 43, 46, 52, 55, 57 0 – 4 5	0 – 4	5 – 10
3	Preconceptos y valoración de las SPA	13, 14, 15, 16, 17, 18, 23, 31, 38, 60	0 – 7	8 – 28

4	Espiritualidad	24, 30, 39, 45, 54, 59	0 – 2	3 – 6
5	Permisividad social y accesibilidad a las SPA	20, 25, 32, 34, 44, 47, 58, 64	0 – 2	3 – 8
6	Habilidades sociales y de autocontrol	20, 25, 32, 34, 44, 47, 58, 64	0 – 3	4 – 7
	TOTAL, ESCALA		6 – 37	38 – 71

Fuente: Salazar, et al (2006).

Para calcular el puntaje de cada factor de la escala, se suman los ítems que lo conforman. Se ubica el puntaje en el rango de protección o riesgo que se presenta. Para calcular el puntaje total de la escala, se suman los totales de cada factor y se ubica en el rango de protección o riesgo según la tabla.

Procedimiento

El procedimiento que se llevó a cabo en primer medida fue seleccionar un instrumento de medición que estuviera estandarizado y se adaptara a los objetivos de la investigación, una vez se encontró un cuestionario, se procedió a pasarlo a formato Google Docs., manteniendo la similitud del formato, así mismo se anexó en éste el consentimiento informado para asegurar la confidencialidad, seguido de esto, se empezó a compartir el cuestionario a los docentes de la Universidad de Pamplona con la finalidad de que este fuera transmitido a los estudiantes y pudieran diligenciarlo, una vez se completó un número considerable de respuestas se pasó la información a un formato de Excel y se le asignó a las respuestas su valor correspondiente para ser pasado al SPSS y realizar los analices correspondientes.

Análisis De la Información

La información será analizada a través software de análisis estadístico SPSS el cual permite el tratamiento general de datos, los análisis estadísticos considerados en la presente investigación, así como la descripción general de las variables estadísticas abordadas en el presente estudio, por lo anterior es el software más idóneo para investigaciones cuantitativas descriptivas y permitirá un análisis completo de la información.

Recursos para la investigación

Recursos humanos

- Psicóloga en formación
- Directora de tesis
- Docente de Trabajo de Grado

Recursos tecnológicos

- Computador
- Programa SPSS
- Formularios de Google
- Excel-Word

Resultados

Se aplicó el cuestionario a 256 estudiantes del programa de Psicología de la Universidad de Pamplona del año 2021. Sin embargo, durante la revisión de las mismas para ingreso a base de datos, se invalidaron y/o excluyeron 18 encuestas por indicar género y/o por diligenciamiento incorrecto de preguntas con única respuesta, así como por no tener la edad requerida según el cuestionario. En primera instancia, los resultados de este estudio lograron obtener datos de caracterización la población, tanto en variables sociodemográficas como variables asociadas al consumo de sustancias SPA. Dicha caracterización de la población se precisa a través de las siguientes tablas.

Tabla 8.

Descriptivo de la edad

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad del estudiante	238	16	25	21	2,36
N válido (por lista)	238				

Fuente: Elaboración propia

Como se puede apreciar en la anterior tabla la muestra de la presente investigación ha sido de 238 estudiantes del programa de Psicología, de los cuales la edad mínima es de 16 años, la máxima 25 años, así mismo, se puede analizar que en promedio los datos se desvían un 2,36 de la media.

Tabla 9.

Distribución edad / sexo de los estudiantes

Recuento		Sexo del estudiante		Total
		Masculino	Femenino	
Edad del estudiante	25	7	22	29
	24	1	10	11
	23	9	14	23
	22	9	34	43
	21	7	26	33
	20	4	22	26
	19	6	25	31
	18	1	30	31
	17	1	8	9
	16	0	2	2
Total		45	193	238

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 9 se puede observar las edades que formaron parte de la investigación, las cuales fueron de 16 a 25 años de edad, así mismo, se puede analizar que respecto al sexo hubo una mayor participación del sexo femenino, encontrándose 193 estudiantes y del sexo masculino 45 estudiantes, por otro lado, se puede notar que la edad moda en el sexo masculino fueron las edades 22 y 23 años y en el sexo femenino 18 y 22 años, la moda en general fue de 22 años.

Tabla 10.

Distribución estado civil / sexo de los estudiantes de Psicología.

		Sexo del estudiante					
		Masculino		Femenino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Estado civil del estudiante	Soltero(a)	37	82,2	123	63,7	160	67,2
	Casado (a)	0	0,0	4	2,1	4	1,7
	Unión libre	0	0,0	15	7,8	15	6,3
	Con pareja	8	17,8	51	26,4	59	24,8
	Total	45	100,0	193	100,0	238	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 10 se puede analizar que la moda del estado civil ha sido el estado soltero (a) tanto en el sexo masculino como femenino (67,2%) seguido del estado con pareja (24,8%) y el estado casado (a) y unión libre únicamente se encontró en el sexo femenino en un 6,3 y 1,7%.

Tabla 11.

Distribución sexo / sede de los estudiantes de Psicología.

		Sede del estudiante					
		Pamplona		Sede Villa del Rosario		Total	
		n	%	n	%	n	%
Sexo del estudiante	Masculino	21	19,4	24	18,5	45	18,9
	Femenino	87	80,6	106	81,5	193	81,1
	Total	108	100,0	130	100,0	238	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 11 se puede observar la distribución de los estudiantes en relación al sexo y la sede. Se puede observar que la mayor participación se encuentra en la sede de Villa del Rosario con una participación de 130 estudiantes y 108 de Pamplona. Por otro lado, el 18,9% representan el sexo masculino y el 81,1% la participación femenina.

Tabla 12.

Distribución semestre / sexo de los estudiantes de Psicología.

		Sexo del estudiante					
		Masculino		Femenino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Semestre en que se encuentra el estudiante	Primero	4	8,9	18	9,3	22	9,2
	Segundo	4	8,9	16	8,3	20	8,4
	Tercero	3	6,7	19	9,8	22	9,2
	Cuarto	4	8,9	14	7,3	18	7,6
	Quinto	2	4,4	14	7,3	16	6,7
	Sexto	4	8,9	14	7,3	18	7,6
	Séptimo	3	6,7	19	9,8	22	9,2
	Octavo	1	2,2	12	6,2	13	5,5
	Noveno	9	20,0	24	12,4	33	13,9
	Décimo	11	24,4	43	22,3	54	22,7
	Total	45	100,0	193	100,0	238	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 12 se encuentra la distribución de los estudiantes según el semestre y el género, en ella se puede observar que el semestre con mayor participación es el décimo con 54 estudiantes (22,7%), seguido de noveno con 33 estudiantes (13,9%), seguido de primero, tercero y séptimo (9,2%).

Tabla 13.

Distribución estrato socioeconómico / sede de los estudiantes del programa de Psicología.

		Sede del estudiante					
		Pamplona		Sede Villa del Rosario		Total	
		n	%	n	%	n	%
Estrato socioeco-nómico	Estrato 1	42	38,9	47	36,2	89	37,4
	Estrato 2	52	48,1	59	45,4	111	46,6
	Estrato 3	12	11,1	19	14,6	31	13,0
	Estrato 4	2	1,9	5	3,8	7	2,9
	Estrato 5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Estrato 6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	108	100,0	130	100,0	238	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 13 se puede observar una distribución de estrato socioeconómico y sede de los estudiantes de psicología, siendo el estrato 2 el más frecuente con 111 estudiantes de ambas sedes (46,6%), seguido del estrato 1 con 89 estudiantes (37,45), por otro lado, se puede apreciar que de los estratos 5 y 6 no se encontraron estudiantes, de igual forma del estrato 4 solo 7 estudiantes participaron (2,9%).

Tabla 14.

Consumo de sustancias psicoactivas por género (alguna vez en su vida) en estudiantes de Psicología

		Sexo del estudiante					
		Masculino		Femenino		Total	
		n	%	n	%	n	%
¿Ha consumido alcohol alguna vez en la vida?	No	1	2,2	5	2,6	6	2,5
	Sí	44	97,8	188	97,4	232	97,5
	Total	45	100,0	193	100,0	238	100,0
¿Ha consumido tabaco alguna vez en la vida?	No	20	44,4	148	76,7	168	70,6
	Sí	25	55,6	45	23,3	70	29,4
	Total	45	100,0	193	100,0	238	100,0
¿Ha consumido marihuana alguna vez en la vida?	No	23	51,1	148	76,7	171	71,8
	Sí	22	48,9	45	23,3	67	28,2
	Total	45	100,0	193	100,0	238	100,0
¿Ha consumido opiáceos alguna vez en la vida?	No	41	91,1	189	97,9	230	96,6
	Sí	4	8,9	4	2,1	8	3,4
	Total	45	100,0	193	100,0	238	100,0
¿Ha consumido coca alguna vez en la vida?	No	36	80,0	186	96,4	222	93,3
	Sí	9	20,0	7	3,6	16	6,7
	Total	45	100,0	193	100,0	238	100,0
¿Ha consumido alucinógenos alguna vez en la vida?	No	35	77,8	178	92,2	213	89,5
	Sí	10	22,2	15	7,8	25	10,5
	Total	45	100,0	193	100,0	238	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 14 se puede apreciar que el alcohol es la sustancia más consumida, bastante similar en hombres y mujeres, 97,8% y 97,4% respectivamente, solo un 2,5% manifestó no haberla consumido. Por otro lado, respecto al tabaco se puede analizar que el consumo es mayor en hombres con un porcentaje de 55,6% y en las mujeres 23,3 %, siendo el consumo total de 29,4% para tabaco. Con el consumo de marihuana se evidencia que se reduce en hombres respecto al tabaco 48,9% y 55,6% respectivamente, en mujeres se mantienen las cifras de 23,3%, encontrándose un consumo general de marihuana de 28,2% tanto en hombres como mujeres. En el caso de los opiáceos, el consumo de alguna vez en la vida en hombres es de 8.9% y de 2,1% en mujeres, encontrándose un consumo general de opiáceos 3,4%, por lo que se puede apreciar hay un mayor consumo en hombres, lo mismo sucede con la coca, encontrándose un consumo de 20,0% en hombres y 3,6% en mujeres, para un consumo general de coca de 6,7%, superior a opiáceos con un 3,4%. Con los alucinógenos se puede evidenciar un aumento de consumo, en hombres 22,2% y en mujeres 7,8% para un consumo general de 10,5%.

La tabla 15 se puede analizar el consumo actual de los estudiantes del programa de Psicología de la Universidad de Pamplona, en donde el alcohol sigue siendo el consumo más alto con el 57,6% y en relación con el sexo, los hombres tienen un consumo más alto con un 68,7% y las mujeres con un 54,9% de consumo actual de alcohol. El consumo actual del tabaco es de 6,3% en general, y en relación al sexo, los hombres siguen consumiendo más con un 13,3% de consumo actual y las mujeres 4,7%. En relación a la marihuana es importante analizar que el consumo actual de ésta supera el consumo actual de tabaco, de marihuana se encontró un consumo general actual de 8,0%, esto es debido a que los niveles de consumo en hombres se mantienen 13,3% mientras que los niveles en mujeres incrementan con 6,7%, es decir que el consumo de marihuana es mayor al consumo de tabaco actual. Con relación a los opiáceos no se encuentra un consumo actual de los mismos. En cuanto al consumo actual de la coca, se puede evidenciar un consumo general de 2,1% siendo superior en hombres con 6,7% y en mujeres con 1,0% y los mismos niveles de consumo se evidencia con los alucinógenos, lo que indica la posibilidad de que los mismos que consumen coca están consumiendo alucinógenos.

Tabla 15.

Consumo actual de las sustancias psicoactivas por sexo.

		Sexo del estudiante					
		Masculino		Femenino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Alcohol	No	14	31,1	87	45,1	101	42,4
	Sí	31	68,9	106	54,9	137	57,6
Tabaco	No	39	86,7	184	95,3	223	93,7
	Sí	6	13,3	9	4,7	15	6,3
Marihuana	No	39	86,7	180	93,3	219	92,0
	Sí	6	13,3	13	6,7	19	8,0
Opiáceos	No	45	100,0	193	100,0	238	100,0
	Sí	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Coca	No	42	93,3	191	99,0	233	97,9
	Sí	3	6,7	2	1,0	5	2,1
Alucinógenos	No	42	93,3	191	99,0	233	97,9
	Sí	3	6,7	2	1,0	5	2,1

Fuente: Elaboración propia

Tabla 16.

Distribución consumo actual / semestre.

		Semestre en que se encuentra el estudiante										
		I	ll	lll	lV	V	Vl	Vll	Vlll	lX	X	Total
Consumo actual		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Marihuana	No	81,8	90,0	95,5	100,0	93,8	94,4	90,9	76,9	93,9	94,4	92,0
	Sí	18,2	10,0	4,5	0,0	6,3	5,6	9,1	23,1	6,1	5,6	8,0
Coca	No	100,0	100,0	95,5	94,4	100,0	100,0	100,0	92,3	97,0	98,1	97,9
	Sí	0,0	0,0	4,5	5,6	0,0	0,0	0,0	7,7	3,0	1,9	2,1
Alucinógenos	No	100,0	100,0	95,5	94,4	100,0	100,0	100,0	92,3	97,0	98,1	97,9
	Sí	0,0	0,0	4,5	5,6	0,0	0,0	0,0	7,7	3,0	1,9	2,1

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 16 se puede analizar que el semestre que registra un consumo actual de las tres sustancias es el tercero, el octavo semestre, noveno y décimo semestre, por otro lado, el primer semestre solo se registra consumo actual de marihuana, igualmente en el segundo, y en el cuarto se registra consumo únicamente de coca y alucinógenos, en el quinto solo de marihuana, igualmente en el sexto, es decir el consumo de marihuana únicamente no se presenta en el cuarto semestre, el consumo de coca se presenta a mitad de la carrera y finalizando y sucede los mismo con los alucinógenos.

Tabla 17.

Distribución de frecuencia de consumo / sexo en estudiantes de Psicología.

		Sexo del estudiante					
		Masculino		Femenino		Total	
		n	%	n	%	n	%
¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su consumo de alcohol?	Sólo consumí alcohol para probarlo y experimentar	2	4,5	21	11,2	23	9,9
	Consumo alcohol de vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones esporádicas)	40	90,9	163	86,7	203	87,5
	Consumo alcohol por lo menos una vez en la semana	0	0,0	4	2,1	4	1,7
	Consumo alcohol al menos una vez al día	2	4,5	0	0,0	2	0,9
	Consumo alcohol porque lo necesito para estar bien	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	44	100,0	188	100,0	232	100,0
¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su consumo de tabaco?	Sólo consumí tabaco para probarlo y experimentar	17	68,0	33	73,3	50	71,4
	Consumo tabaco de vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones esporádicas)	5	20,0	12	26,7	17	24,3
	Consumo tabaco por lo menos una vez en la semana	3	12,0	0	0,0	3	4,3
	Consumo tabaco al menos una vez al día	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Consumo tabaco porque lo necesito para estar bien	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	25	100,0	45	100,0	70	100,0
¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe	Sólo consumí marihuana para probarla y experimentar	11	50,0	31	68,9	42	62,7
	Consumo marihuana de vez en cuando (en celebraciones,	7	31,8	8	17,8	15	22,4

mejor su consumo de	eventos sociales, ocasiones, esporádicas)						
marihuana?	Consumo marihuana por lo menos una vez en la semana	0	0,0	1	2,2	1	1,5
	Consumo marihuana al menos una vez al día	2	9,1	5	11,1	7	10,4
	Consumo marihuana porque lo necesito para estar bien	2	9,1	0	0,0	2	3,0
	Total	22	100,0	45	100,0	67	100,0
¿Cuál de las siguientes	Sólo consumí opiáceos para probarlo y experimentar	3	75,0	4	100,0	7	87,5
afirmaciones describe mejor su	Consumo opiáceos de vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones, esporádicas)	1	25,0	0	0,0	1	12,5
consumo de opiáceos?	Consumo opiáceos por lo menos una vez en la semana	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Consumo opiáceos al menos una vez al día	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Consumo opiáceos porque lo necesito para estar bien	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	4	100,0	4	100,0	8	100,0 %
¿Cuál de las siguientes	Sólo consumí coca para probarlo y experimentar	6	66,7	5	71,4	11	68,8
afirmaciones describe mejor su	Consumo coca de vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones esporádicas)	2	22,2	1	14,3	3	18,8
consumo de coca?	Consumo coca por lo menos una vez en la semana	1	11,1	0	0,0	1	6,3
	Consumo coca al menos una vez al día	0	0,0	1	14,3	1	6,3
	Consumo coca porque lo necesito para estar bien	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	9	100,0	7	100,0	16	100,0
¿Cuál de las siguientes	Sólo consumí alucinógenos para probarlo y experimentar	8	80,0	13	86,7	21	84,0
afirmaciones describe	Consumo alucinógenos de vez en cuando (en	2	20,0	2	13,3	4	16,0

mejor su consumo de alucinógenos?	celebraciones, eventos sociales, ocasiones, esporádicas)						
	Consumo alucinógenos por lo menos una vez en la semana	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Consumo alucinógenos al menos una vez al día	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Consumo alucinógenos porque lo necesito para estar bien	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	10	100,0	15	100,0	25	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 17 se puede analizar en primera medida que la frecuencia de consumo de alcohol suele ser de vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones esporádicas) ya que el 87,4% de los estudiantes marcaron esta opción, otro 10% sólo consumió alcohol para probarlo y experimentar, y un 1,7% de las mujeres consumo alcohol por lo menos una vez en la semana. Por otro lado, el 72,2% de los estudiantes que consumieron tabaco solo consumieron para probarlo y un 23,6% consume tabaco de vez en cuanto y un 4,2% consume tabaco por lo menos una vez a la semana, lo que indica un mayor consumo de tabaco a la semana que de alcohol. En el caso de la marihuana un 62,7% de los estudiantes sólo la consumieron para probarla y experimentar, y un 22,4% consume marihuana de vez en cuando, el porcentaje es mayor en hombres 31,8%, que en mujeres 17,8%, adicionalmente, el consumo de marihuana de por lo menos una vez en la semana, registró menos consumo 1,5%, que la opción de consumo marihuana al menos una vez al día 10,4%, y un 3,0% consume marihuana porque lo necesita para estar bien, algo que no se evidenció en las demás sustancias, en esta sí se evidencia un porcentaje a tener en cuenta.

En el apartado de los opiáceos se encontró que el 87,5% de los estudiantes que probaron opiáceos sólo los consumieron para probar y experimentar, otro 12,7% de los que consumen opiáceos lo hacen de vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones, esporádicas), en las demás frecuencias se encontró que no se evidencia consumo. En el caso de la coca 70,6% de los que ha consumido coca la consumieron para probarla y experimentar

y un 17,6% de los que consumen lo hacen de vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones esporádicas)

Tabla 18.

Descripción del consumo en relación a la edad / sexo de los estudiantes de Psicología

	Sexo del estudiante					
	Masculino		Femenino		Total	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
Edad del estudiante	22	2	21	2	21	2
¿Cuántos años tenía la primera vez que consumió alcohol?	15	2	16	2	15	2
¿Cuántos años tenía la primera vez que consumió tabaco?	17	3	17	3	17	3
¿Cuántos años tenía la primera vez que consumió marihuana?	18	3	19	3	18	3
¿Cuántos años tenía la primera vez que consumió opiáceos?	19	2	19	2	19	2
¿Cuántos años tenía la primera vez que consumió coca?	19	2	19	2	19	2
¿Cuántos años tenía la primera vez que consumió alucinógenos?	19	2	20	1	20	2

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 18 se puede analizar la edad media de inicio de consumo para cada sustancia y la desvaición estandar para cada una, adicionalmente se puede observar que la edad media para el consumo de alcohol es de 15 años, con una desviación estandar de 2, por lo que el consumo de SPA inicia aproximadamente ha esta edad y a medida que avanzan los años los jovenes continuan experimentando con otras sustancias como el tabaco, la marihuana, opiacesos y alucinogenos como se puede apreciar en la tabla.

Tabla 19.

Distribución de los motivos para consumir / sexo de los estudiantes de Psicología

		Sexo del estudiante					
		Masculino		Femenino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Motivos para consumir	Diversión	25	69,4	74	62,2	99	63,9
	Curiosidad	19	52,8	54	45,4	73	47,1
	Socializar con otras personas	8	22,2	30	25,2	38	24,5
	Sentir placer	16	44,4	22	18,5	38	24,5
	Disminuir la tensión o calmar la ansiedad	11	30,6	26	21,8	37	23,9
	Aumentar las sensaciones	8	22,2	24	20,2	32	20,6
	Desinhibirse	10	27,8	18	15,1	28	18,1
	Olvidarse de los problemas	6	16,7	15	12,6	21	13,5
	Disminuir la tristeza	5	13,9	9	7,6	14	9,0
	Ser aceptado por los amigos o compañeros	4	11,1	7	5,9	11	7,1
	Presión de amigos o compañeros	3	8,3	5	4,2	8	5,2
	Otros	0	0,0	2	1,7	2	1,3

Fuente: Elaboración propia

En la tabla numero 19 se puede observar que la diversión ha sido uno de los motivos más frecuentes por los que los estudiantes consumen drogas son la diversión con 63,9%, por curiosidad 47,1%, por sociliazar con otras personas 24,5%, por sentir placer 24,5%, por disminuir la tensión o calmar la ansiedad 23,9%. A modo general se puede analizar que los estudiantes consumen principlamente por diversión y placer, sin emabrgo también hay un porcentaje considerable de estudiantes que lo hacen por problemas ya sea de inhibición 18,1%, olvidarse de los problemas 13,5%, disminuir la tristeza 9,0% y ser aceptado por amigos y presión de amigos 12,3%.

Tabla 20.

Distribución del consumo de sustancias según las personas con quien se consume, las personas que le han pedido que consuma y los lugares de consumo de los estudiantes de Psicología

		Sexo del estudiante					
		Masculino		Femenino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Con quien acostumbra a consumir	Amigos	29	87,9	95	89,6	124	89,2
	Otros familiares	10	30,3	47	44,3	57	41,0
	Pareja-Padres	9	27,3	41	38,7	50	36,0
	Solo	17	51,5	23	21,7	40	28,8
	Hermanos	5	15,2	22	20,8	27	19,4
	Otros	3	9,1	6	5,7	9	6,5
Personas que le han pedido que consuma	Amigos	14	48,3	56	57,7	70	55,6
	Solo	15	51,7	34	35,1	49	38,9
	Otros familiares	3	10,3	16	16,5	19	15,1
	Pareja-Padres	2	6,9	13	13,4	15	11,9

	Otros	2	6,9	5	5,2	7	5,6
	Hermanos	0	0,0	6	6,2	6	4,8
Lugares de consumo	Casas de amigos	30	78,9	100	75,8	130	76,5
	Casa	26	68,4	79	59,8	105	61,8
	Discotecas	26	68,4	75	56,8	101	59,4
	Bares	22	57,9	54	40,9	76	44,7
	Parques	16	42,1	41	31,1	57	33,5
	Carro	6	15,8	21	15,9	27	15,9
	Universidad	12	31,6	9	6,8	21	12,4
	Sitios de comida cercanos a la Universidad	8	21,1	10	7,6	18	10,6
	Otros	1	2,6	1	0,8	2	1,2

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 20 se puede analizar que la principal fuente de consumo para los estudiantes de psicología fue la opción de “amigos”, en el primer ítem correspondiente a con quien acostumbra a consumir el 89,2% de los estudiantes han dicho que, con los amigos, las personan que consumen solas representan el 28,8%. Así mismo, para la pregunta de qué personas le han pedido que consuma, el mayor porcentaje encontrado fue para la opción de “amigos” con un 55,6% y para opción “solo” un 38,9%, en cuanto a los lugares de consumo, se encontró que el 76,5% marcó la opción de “casas de amigos” seguido de “casa” con un 61,8%, así mismo también se registra un consumo considerable en las discotecas con un 59,4% y en bares un 44,7%, así como también en parques con un 33,5%, de manera general se puede analizar que en todas las opciones se obtuvieron respuestas y todas representan un motivo o lugar de consumo.

Tabla 21.

Distribución de los efectos y problemas a raíz del consumo en estudiantes de Psicología

		Sexo del estudiante					
		Masculino		Femenino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Efectos experimentados	Resaca	17	50,0	57	52,8	74	52,1
	Pérdida del equilibrio	16	47,1	33	30,6	49	34,5
	Nauseas o vómitos	11	32,4	37	34,3	48	33,8
	Deshidratación	13	38,2	34	31,5	47	33,1
	Lentitud en movimientos	17	50,0	29	26,9	46	32,4
	Alteraciones del sueño (somnolencia, falta de sueño)	13	38,2	31	28,7	44	31,0
	Calmar la ansiedad y reducir la tensión	15	44,1	28	25,9	43	30,3
	Mareos	8	23,5	31	28,7	39	27,5
	Cambios en el apetito	14	41,2	21	19,4	35	24,6
	Aumento o disminución de la temperatura corporal	7	20,6	26	24,1	33	23,2
	Pérdida de concentración	10	29,4	18	16,7	28	19,7
	Desorientación	9	26,5	18	16,7	27	19,0
	Experimentar sensaciones de poder o grandeza	12	35,3	11	10,2	23	16,2
	Arritmia (aumento o disminución del ritmo cardiaco)	8	23,5	14	13,0	22	15,5
	Desinhibición	6	17,6	15	13,9	21	14,8
	Minimización del dolor	11	32,4	10	9,3	21	14,8
	Limitación o alteración en la capacidad para razonar	4	11,8	13	12,0	17	12,0
	Ansiedad	7	20,6	9	8,3	16	11,3
	Irritabilidad	6	17,6	10	9,3	16	11,3

	Alucinaciones	4	11,8	9	8,3	13	9,2
	Cambios en la respiración	4	11,8	8	7,4	12	8,5
	Paranoia	4	11,8	7	6,5	11	7,7
	Agresividad	4	11,8	1	0,9	5	3,5
	Otros	1	2,9	2	1,9	3	2,1
	Depresión	1	2,9	2	1,9	3	2,1
	Infecciones en la piel	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Problemas por consumo	Ninguna	17	54,8	75	67,0	92	64,3
	Sentirse mal consigo mismo	7	22,6	17	15,2	24	16,8
	Conflictos con los padres	5	16,1	14	12,5	19	13,3
	Conflictos con la pareja	4	12,9	11	9,8	15	10,5
	Arrepentirse por algún comportamiento sexual	2	6,5	11	9,8	13	9,1
	Problemas de dinero	3	9,7	5	4,5	8	5,6
	Perder el control	1	3,2	5	4,5	6	4,2
	Problemas académicos o laborales	2	6,5	4	3,6	6	4,2
	Hacerse daño	2	6,5	3	2,7	5	3,5
	Peleas con amigos y compañeros	3	9,7	2	1,8	5	3,5
	Adicción	2	6,5	2	1,8	4	2,8
	Accidentes de tránsito	1	3,2	1	0,9	2	1,4
	Hacerle daño a otra persona	0	0,0	1	0,9	1	0,7
	Contagiarse con una infección de transmisión sexual	1	3,2	0	0,0	1	0,7
	Otras	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Problemas médicos (respiratorios, cardíacos, daño en órganos, aborto espontáneo, etc.)	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Quedar embarazada o embarazar a la pareja	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 21 se puede analizar que los principales efectos que han experimentado los estudiantes de psicología a causa del consumo han sido, la resaca 52,1%, la pérdida del equilibrio 34,5%, nauseas o vómitos 33,8%, deshidratación 33,1%, lentitud en movimientos 32,4%, alteraciones del sueño 31,0%, calmar la ansiedad y reducir la tensión 30,3%, resumiendo, en general se encontró que los estudiantes de psicología que consumen de forma regular han experimentado la mayoría de los efectos mencionados anteriormente, y, los demás mostrados en la tabla se experimentaron en menor medida, sin embargo es importante analizar que inclusive efectos graves como lo es la ansiedad, la irritabilidad, las alucinaciones, la paranoia y la depresión se han presentado en un porcentaje considerable de estudiantes (11% a 2%). Por otro lado, el único efecto que al parecer no se ha experimentado ha sido infecciones en la piel.

Por otro lado, en relación con los problemas que han tenido los estudiantes de psicología a raíz del consumo, se encontró que el 64,3% no han experimentado ningún problema, y el 16,8% han experimentado sentirse mal consigo mismo, conflictos con los padres o la pareja 13,3% y 10,5% respectivamente, arrepentirse por algún comportamiento sexual 9,1%. Problemas más graves como hacerse daño 3,5% y adicción 2,8%, que aunque es relativamente poco es de prestar suma atención a estos casos.

Tabla 22.

Distribución de la percepción del riego / sexo de los estudiantes de Psicología

		Sexo del estudiante					
		Masculino		Femenino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Con respecto al alcohol, pienso que:	No responde	0	0,0	5	2,6	5	2,1
	Es dañino y por eso NO lo consumo	7	15,6	38	19,7	45	18,9
	Es dañino, pero lo consumo	30	66,7	131	67,9	161	67,6
	No es dañino y NO lo consumo	1	2,2	6	3,1	7	2,9
	No es dañino y lo consumo	7	15,6	13	6,7	20	8,4
	Total	45	100,0	193	100,0	238	100,0
Con respecto al tabaco pienso que:	Es dañino y por eso NO lo consumo	35	77,8	170	88,1	205	86,1
	Es dañino, pero lo consumo	7	15,6	12	6,2	19	8,0
	No es dañino y NO lo consumo	0	0,0	4	2,1	4	1,7
	No es dañino y lo consumo	2	4,4	0	0,0	2	0,8
	Total	45	100,0	193	100,0	238	100,0
Con respecto a los opiáceos (heroína, opio, morfina, metadona, codeína), pienso que:	No responde	1	2,2	8	4,1	9	3,8
	Es dañino y por eso NO lo consumo	41	91,1	181	93,8	222	93,3
	Es dañino, pero lo consumo	1	2,2	1	0,5	2	0,8

	No es dañino y NO lo consumo	1	2,2	3	1,6	4	1,7
	No es dañino y lo consumo	1	2,2	0	0,0	1	0,4
	Total	45	100,0	193	100,0	238	100,0
Con respecto a la marihuana, pienso que:	Es dañino y por eso NO lo consumo	19	42,2	137	71,0	156	65,5
	Es dañino pero lo consumo	4	8,9	16	8,3	20	8,4
	No es dañino y NO lo consumo	15	33,3	27	14,0	42	17,6
	No es dañino y lo consumo	6	13,3	6	3,1	12	5,0
	Total	45	100,0	193	100,0	238	100,0
Con respecto a la coca (bazuco, cocaína, base libre y crack), pienso que:	No responde	1	2,2	8	4,1	9	3,8
	Es dañino y por eso NO lo consumo	41	91,1	183	94,8	224	94,1
	Es dañino, pero lo consumo	3	6,7	0	0,0	3	1,3
	No es dañino y NO lo consumo	0	0,0	2	1,0	2	0,8
	No es dañino y lo consumo	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	45	100,0	193	100,0	238	100,0
Con respecto al éxtasis, LSD, polvo de ángel, hongos o peyote, pienso que:	Es dañino y por eso NO lo consumo	35	77,8	177	91,7	212	89,1
	Es dañino pero lo consumo	3	6,7	5	2,6	8	3,4
	No es dañino y NO lo consumo	3	6,7	4	2,1	7	2,9

	No es dañino y lo consumo	3	6,7	0	0,0	3	1,3
	Total	45	100,0	193	100,0	238	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 22 se puede analizar que la percepción de riesgo que tienen los estudiantes de psicología con respecto a cada una de las sustancias estudiadas, en esta tabla se puede evidenciar que el 67,6% de los jovenes tienen una percepción de riesgo respecto al alcohol, sin embargo,lo consumen, otro 18,9% piensa que es dañino y por eso no lo consume, el 8,4% piensa que no es dañino y lo consume y un 2,9 piensa que no es dañino y por eso no lo consume. Por otro lado, en el apartado de no es dañino y lo consumo, los hombres puntuaron mas alto 15,6% y las mujeres 6,7%, lo que indica que los hombres tienen una menor percepción de riesgo del alcohol que las mujeres. Por otro lado, el 86,1% de los estudiantes piensa que el tabaco es dañino y por eso no lo consumen, sin embargo, un 8,0% piensa que es dañino pero aun así lo consume, el 1,7% perciben el tabaco como no dañino y no lo consumen, y un 0,8% piensa que no es dañino y lo consume por lo que. Adicionalmente se puede decir que los hombres tienen una mayor percepción de riesgo que las mujeres frente al tabaco, pero aun así lo consumen.

En el caso de los opiáceos el 93,3% de los estudiantes piensan que son dañinos y por eso no los consumen y solo un 0,4% piensa que no son dañinos y los consumen. En cuanto a la marihuana los valores se dispersan más, el 65,5% piensan que es dañina y por eso no lo consumen, un 17,6% piensa que no es dañina y no la consume, y un 8,4% considera que es dañina, pero la consume, en esta pregunta parece que los hombres también tienen una menor percepción de riesgo que las mujeres. Respecto a la coca, un 94,1% de los estudiantes considera que es dañina y por eso no lo consume, el 1,3% considera que es dañina pero aun así lo consume, y un 0,8% considera que no es dañina y no la consume, por lo que la mayoría de los estudiantes reconoce que la sustancia es dañina, solo el 0,8% cree que no es dañina, el otro porcentaje corresponde a las personas que no respondieron a esta pregunta. En cuanto a los alucinógenos el 89,1% considera que es dañina y por eso no la consume, un 3,4 considera que es dañina, pero los consume, el 3,2% considera que no es dañina, por lo que con esta sustancia hay menos percepción de riesgo que con la coca y los opiáceos.

Tabla 23.

Distribución de los porcentajes de estudiantes en riesgo y protección según el sexo

		Sexo del estudiante					
		Masculino		Femenino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Malestar emocional	Protección	24	53,3	96	51,1	120	51,5
	Riesgo	21	46,7	92	48,9	113	48,5
Satisfacción con relaciones interpersonales	Protección	42	93,3	186	96,9	228	96,2
	Riesgo	3	6,7	6	3,1	9	3,8
Preconceptos y valoración de las SPA	Protección	1	2,3	1	0,6	2	0,9
	Riesgo	43	97,7	177	99,4	220	99,1
Espiritualidad	Protección	18	40,0	116	62,4	134	58,0
	Riesgo	27	60,0	70	37,6	97	42,0
Permisividad social y accesibilidad a las SPA	Protección	4	8,9	45	23,8	49	20,9
	Riesgo	41	91,1	144	76,2	185	79,1
Habilidades sociales y de autocontrol	Protección	23	51,1	73	37,8	96	40,3
	Riesgo	22	48,9	120	62,2	142	59,7
	Total	45	100,0	193	100,0	238	100,0
TOTAL ESCALA	Protección	36	81,8	157	91,8	193	89,8
	Riesgo	8	18,2	14	8,2	22	10,2

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 23 se pueden analizar los porcentajes de estudiantes que se encuentran en riesgo o protección, se puede observar que, en el factor de malestar emocional, el 51,1% en protección y el 48,9% de las mujeres están en riesgo, por otro lado, el 53,3% de los hombres se encuentra en protección y 46,7% se encuentra en riesgo, lo que se puede evidenciar en los

resultados es que las mujeres tiene mayor malestar emocional que los hombres, sin embargo la diferencia es relativamente poca, sin embargo, podría ser que las mujeres presenten un mayor riesgo en este factor.

Por otro lado, al realizar el análisis del factor de satisfacción con relaciones interpersonales se puede observar que el riesgo es bajo en este factor, representando el 3,8% de los estudiantes que muestran insatisfacción con sus relaciones interpersonales, sin embargo, posiblemente esto se explique por la alta permisividad social (79,1%) y sus preconceptos y valoración de las sustancias psicoactivas (99,1%) las cuales influyen en que se encuentren a gusto con sus relaciones interpersonales y las valoren como positivas aun cuando son estas las que los llevan al consumo de sustancias psicoactivas, ya que como se pudo evidenciar en la tabla 20, los amigos son con quienes los estudiantes acostumbran a consumir SPA, así como también son quienes frecuentemente les piden que consuman SPA, por otro lado los lugares en los que consumen suelen ser igualmente en las cosas de los amigos. En el caso del factor de espiritualidad hay un porcentaje igualmente importante de estudiantes que están en riesgo, el 42,0% y el 58,0% se encuentran en protección, encontrándose que el 60,0% de los hombres son quienes mayormente se encuentran en riesgo en este factor.

A modo general, el malestar emocional, los preconceptos y valoración de las SPA, la permisividad social y accesibilidad a las SPA, las habilidades sociales y de autocontrol, hacen parte de los factores de riesgo de los estudiantes del programa de psicología y uno de los factores protectores es la satisfacción con relaciones interpersonales. Sin embargo todos pueden llegar a ser factores protectores o de riesgo ya que como se pudo analizar en la tabla, lo que esta indica es el porcentaje de estudiantes que se encuentran en protección y el porcentaje de estudiantes que están en riesgo, y los valores fueron muy parecidos en algunos factores, es decir que solo satisfacción con las relaciones interpersonales se podría considerar un factor protector y los preconceptos y valoración de las SPA junto con permisividad social y accesibilidad a las SPA se considerarían un factor de riesgo alto, los demás factores están en porcentajes similares, es decir que pueden dirigirse ya sea hacia un mayor porcentaje de estudiantes en riesgo o un mayor porcentaje de estudiantes en protección.

Adicionalmente, del análisis anterior se pueden observar ciertas condiciones que favorecen o protegen el consumo, en primer medida, condiciones que claramente favorecen el consumo son la alta permisividad de los estudiantes y sus preconceptos de las SPA, el malestar emocional que pueden evidenciar algunos estudiantes, la falta de espiritualidad, el déficit en las habilidades sociales y la necesidad de socializar con otras personas, la falta de lugares o sitios de recreación que les permita a los estudiantes divertirse sin sentir la necesidad de acudir a las drogas para lograrlo, la falta de espacios o la aplicación de técnicas dentro de las aulas directamente, de auto- respeto y cuidado que permita llenar el vacío que tienes los jóvenes frente a la curiosidad que despiertan las sustancias. También puede notarse que esa necesidad de sentir placer, de disminuir la tensión o calmar la ansiedad, de aumentar las sensaciones, desinhibirse, olvidarse de los problemas, disminuir la tristeza, ser aceptado por los amigos o compañeros, la presión de amigos o compañeros, son condiciones que claramente favorecen el consumo de sustancias, por lo que habría que trabajar en llenar esos vacíos o mejorar esas condiciones, ya sea de habilidades sociales, de inteligencia emocional, de espacios de recreación sanos, de auto-respeto y autodeterminación, afrontamiento de los problemas y otras condiciones que podrían estar reduciendo el uso de sustancias, por otro lado, la carga académica, puede ser un una condición que favorece el consumo debido al alto nivel de estrés que genera en los estudiantes, para lo que también se podrían crear estrategias de afrontamiento.

Discusión

Lo hallazgos encontrados en la presente investigación guardan relación con el estudio de García, Parra y Sánchez (2017), quienes encontraron en su investigación que el apoyo social de los amigos influye en menor grado con el compromiso, siendo que dicho compromiso está relacionado como un factor protector del consumo de sustancias psicoactivas, llevando a las personas a involucrarse en actividades académicas. Del mismo modo, que se demostró en esta investigación que el consumo de sustancias psicoactivas está determinado en gran medida por los amigos.

Del mismo modo la investigación de Sánchez, Andueza, Santana, Hoil y Cufarfán, (2016) encontró que el 77.8% de los estudiantes de Yucatán y el 69.7% de Coahuila identifican a sus amigos como consumidores de droga, lo cual guarda relación con la presente investigación en la cual se encontró igualmente que las personas con quienes frecuentemente se consume es con los amigos. No obstante, la misma investigación realizada en la Universidad de Yucatán y Coahuila encontró que el 40.7%, y el 45.5% respectivamente declararon a sus primos como consumidores, lo cual guarda relación con la presente investigación en la cual se encontró que el 41,0% de los estudiantes participantes suelen consumir acompañados de otros familiares y el 89,2% con sus amigos.

Por otro lado, el estudio de Chávez & Sánchez, (2016) logró evidenciar que los jóvenes con personalidades introvertidas tenían mayor incidencia en el consumo de sustancias psicoactivas, dentro de las cuales la más consumida es el alcohol, el tabaco y la marihuana, lo cual tiene una relación con los hallazgos en esta investigación, referente a las sustancias más consumidas, por otro lado, en el presente estudio el 24,5% de estudiantes manifestaron que uno de los motivos por los cuales consumía, era para socilizar con otras personas y un 18,1% manifestaron que para deshinibirse, lo cual guarda cierta relación con los hallazgos encontrados por el estudio de Chávez & Sánchez, (2016) ya que las personas introvertidas pueden llegar a sentir una mayor necesidad de consumir drogas al momento de socializar con otras personas, por lo que podrían ser mas vulnerables al consumo de sustancias, esto podría ser una posibilidad, sin embargo, también se explica por el hecho de que se encuentran muy sumergidas en sus sentimientos y pensamientos y esto las puede llevar a sentirse abrumadas, ansiosas y a buscar las drogas.

Así mismo, el estudio de Chávez & Sánchez (2016) pudo encontrar que las personas con altos niveles de emotividad suelen tener mayor vulnerabilidad al consumo de sustancias, debido a que suelen dejarse afectar por los sentimientos, son idealistas y soñadoras, impacientes y poca prácticas, siendo estas características propias de un adicto, lo cual guarda cierta relación con los factores de riesgo encontrados en la presente investigación en realción con el malestar emocional. Lo que no se pudo corroborar ha sido el factor cognitivo relacionado con caractrisitcas de perosnalidad como ser una persona cuidadosa, formal, preocupada constantemente por hacer las cosas correctamente, lo cual según este autor, genera altos grados de ansiedad induciendo a la persona a buscar la manera de disminuir su ansiedad a través del consumo de alcohol y el tabaco.

Otro estudio que aborda la influencia de los factores de riesgo en el consumo de sustancias es del Obasi, Brooks y Cavanagh (2016) quienes sugieren que los estudiantes muestran un consumo problemático de alcohol suelen presentar problemas de angustia psicología, como depresión y ansiedad, con expectativas positivas frente al consumo. Así mismo, el estudio de Águila, L., (2016) encontró la existencia de una relación significativa entre consumo de drogas y las estrategias de afrontamiento social, emocionales y evitativas ($p<.05$), lo cual se relaciona con el presente estudio, el cual no ha determinado correlaciones, sin embargo, se detectó que unas de las razones del consumo suelen ser el socializar con otras personas, lo que se relaciona en alguna medida con el afrontamiento social.

Por otro lado, en el estudio Obasi, Brooks y Cavanagh (2016) se encontró que el consumo de cannabis se correlaciona con el afrontamiento religioso, sin embargo, en este estudio no se determina dicha relación, lo que se encontró es que los hombres tienen un menor grado de espiritualidad que las mujeres siendo este un factor de riesgo para el consumo de drogas. En este estudio se encontró que el 21.9% de los estudiantes consumió sustancias psicoactivas alguna vez en su vida, de estos el 11.2% consumió cannabis y el 9.1% cocaína, además se encontró que la sustancia de mayor consumo fue el cannabis, y en cuanto a las bebidas alcohólicas se reportó un consumo de 12.4% de los estudiantes tenían un consumo frecuente, por lo tanto, las cifras de consumo guardan relación con lo encontrado en la presente investigación, en la cual el 28,2% de los estudiantes manifestó haber consumido marihuana alguna vez en la vida, y el 97,5% manifestó haber consumido alcohol alguna vez en la vida,

siendo el alcohol la sustancia legal más consumida y la marihuana la sustancia ilegal más consumida.

Del mismo modo, en el estudio de Castaño-Castrillón JJ, García S, Luna J, Morán M, Ocampo D, Ortiz L. (2017 se halló que el sexo es determinante es el consumo de sustancias psicoactivas ($p < 05$), lo cual no se evidencia tan marcado en la presente investigación ya que las cifras son muy parecidas en ambos sexos. Adicionalmente, en este estudio se establece que existe una relación del entre el consumo y el factor presión de amigos ($RP=7.847$), lo cual se ha podido evidenciar en esta investigación como un factor que influye en el consumo, ya que algunos estudiantes lo consideraron como un motivo por el que han llegado a consumir.

Por otro lado, como se halló en el estudio de Guevara., D (2017) el consumo de tabaco y alcohol incrementa la probabilidad de consumir marihuana, y una parte de aquellos que consumen marihuana tiene una mayor probabilidad, respecto a los que no la consumen, de consumir otras drogas como la cocaína, esto se puede contrastar con la presente investigación en la que los estudiantes que solían consumir más de dos sustancias como lo es el alcohol y el tabaco frecuentemente también consumían alguna sustancia ilegal.

Del mismo modo, Torres., J, *et al* (2016) encontró en su estudio un consumo alto de marihuana y factores como el consumo de cigarrillo se encuentraron asociados con el de marihuana, cabe resaltar que en la presente investigación no se realiza una asoción entre el consumo de las sustancias, sin embargo si se evidenció un consumo actual de marihuana mas elevado que el consumo de tabaco lo que puede decir este hallazgo es que los jovenes estan empezando a consumir marihuana incluso de manera más frecuente que el cigarrillo, igualmente su percepción de riesgo suele ser menor para la marihuana.

Por otro lado, Torrado, C., Ocampo, Y., Flórez, J., Anaya, L., y Moreno, R (2016) en encontraron que el 27,2% de los encuestados cree que el consumo de sustancias psicoactivas se inicia debido a problemas, el 18,4% cree que se debe a modas, un 17,2% respondieron que se debe a la falta de comunicación, otro 14,6% cree que se debe a presión, el 10,3% respondieron curiosidad y un 5,7% respondieron que debido a la soledad, lo anteriores hallazgos se relacionan en gran medida con algunos de los motivos para consumir encontrados en la presente investigación.

Conclusiones

Con base en el análisis de los resultados que arrojó la presente investigación se concluye que la edad media de los estudiantes es de 21 años, la edad mínima es de 16 y la edad máxima de 25 años. Por otro lado, en la muestra estudiada, el 81.1% esta conformada por el sexo femenino, y el 18.9% hace parte del sexo masculino. En cuanto al estado civil de los estudiantes, el 67.2% se encuentra en un estado de soltería, el 24.8% tiene pareja, el 6.3% convive con su pareja en unión libre y el 1.7% está casada En cuanto al estrato socioeconómico, el 46.6% de la muestra es de estrato 2, el 37.4% es de estrato 1, un 13.0% es de estrato 3 y un 2.9% es de estrato 4, por lo que se puede concluir que la mayoría de estudiantes son de estrato 1y 2.

Como conclusión en la presenté investigación se halló que el alcohol es la sustancia más consumida entre los estudiantes de psicología, ya que el 97.5% de los estudiantes de primero a décimo semestre han consumido alcohol alguna vez en la vida y el 57.6% lo consumen actualmente, por otro lado, el tabaco ha sido la siguiente sustancia más consumida ya que el 29.4% de los estudiantes manifestaron haber consumido tabaco alguna vez en la vida, de los cuales el 6.3% consume tabaco actualmente. En cuanto al consumo de marihuana se encontró que presenta un porcentaje de alguna vez en la vida similar al consumo de tabaco, donde el 28.2% de los estudiantes han consumido marihuana alguna vez en la vida, de los cuales el 8.0% consume marihuana actualmente, es decir que hay una mayor prevalencia de consumo de marihuana que de tabaco.

En el caso de los opiáceos se encontró un consumo de alguna vez en la vida del 3.4%, sin embargo, no se encontró consumo actual. Por otro lado, frente al consumo de coca se encontró un consumo de alguna vez en la vida del 6.7%, de los cuales el 2.1% la consume actualmente; en el caso de los alucinógenos del 10.5% de los estudiantes han consumido alucinógenos alguna vez en la vida de los cuales el 2.1% lo consume actualmente. Se puede evidenciar que existe una mayor experimentación con alucinógenos que con coca. Se concluye que el consumo actual de sustancias psicoactivas es mayor en hombres que en mujeres para todas las sustancias estudiadas. La única sustancia que presentó un consumo similar en ambos sexos fue el alcohol, siendo que los porcentajes entre hombres y mujeres no varían mucho.

Por otro lado, el consumo de drogas ilegales suele iniciar en primer semestre con el consumo de marihuana, pero el consumo de coca y alucinógenos suele evidenciarse en semestres posteriores, como el tercero, el cuarto, el quinto, hasta finalizar la carrera, lo que podría indicar un consumo progresivo a medida que se va experimentando con sustancias legales pasando a otras sustancias de mayor potencia.

Por otro lado, se registra un consumo habitual de alcohol del 1.7% en los estudiantes, lo que indica que consumen alcohol por lo menos una vez en la semana y un consumo habitual de tabaco del 4.3%, lo que indica que consumen tabaco por lo menos una vez a la semana, igualmente 10.4%, consume marihuana por lo menos una vez al día, lo que evidencia que el consumo de marihuana es mucho más frecuente en quienes la consumen qué sustancias como el alcohol y el tabaco. Por otro lado, el consumo de opiáceos no registra frecuencia relevante, únicamente lo consumen en ocasiones esporádicas, y, en cuanto al consumo de coca, se registró que el 6.3% de los que la consumen lo hacen por lo menos una vez al día o por lo menos una vez a la semana. Y finalmente, en cuanto al consumo de alucinógenos se registró que el 16% la suele consumir en ocasiones esporádicas, de lo cual se concluye que el consumo de alucinógenos no suele ser frecuente, como lo es el consumo de marihuana.

Asimismo, se concluye que uno de los principales motivos para consumir que tienen los estudiantes de psicología de la Universidad de Pamplona es la diversión, ya que el 63.9% ha mencionado que la diversión es uno de los motivos para consumir, igualmente el 47.1% ha manifestado que consumen sustancias psicoactivas por curiosidad y un 24.5% ha manifestado que lo ha hecho para socializar con otras personas, otro 24.5% ha manifestado que lo ha hecho por sentir placer y disminuir la tensión o calmar la ansiedad. Se puede igualmente concluir que una de las principales razones para el consumo suele ser el placer, la diversión, la curiosidad, pero también hay un porcentaje importante de estudiantes que lo hacen para desinhibirse, olvidarse de los problemas, disminuir la tristeza y otras causas que se podrían interpretarse como negativas desde un malestar emocional en los estudiantes.

Otra conclusión que se pueden desarrollar a partir de la presente investigación es que los amigos suelen ser suelen ser la principal razón de consumo de los estudiantes de psicología de la Universidad de Pamplona, ya que suelen ser los amigos con quienes acostumbran a consumir,

así como las personas que suelen pedirle a los estudiantes que consuman e igualmente los lugares en los que suelen consumir son principalmente casas de amigos

Y finalmente se concluye que en cuanto a los factores de riesgo y protectores de los estudiantes de psicología de la Universidad de Pamplona tomados en cuenta para esta investigación, el 89,8% se encentra en protección y un 10,2% se encuentra en riesgo. El 51.5% se encuentra en protección en cuanto al factor de malestar emocional y el 48.5% se encuentra en riesgo, adicionalmente las mujeres son quienes más evidencian un malestar emocional (el 48.9% de estas), cabe resaltar que, aunque en este factor es son más los estudiantes que se encuentran en protección es importante analizar que la diferencia no es mucha. En cuanto al factor de satisfacción con las relaciones interpersonales se puede concluir que los estudiantes están mayormente en protección con un 96.2%, sin embargo, en el factor de preconceptos y valoración de las sustancias psicoactivas el 99.1% se encuentra en riesgo, lo cual puede indicar que tienen una baja percepción de riesgo de las sustancias psicoactivas y una valoración de estas positiva. En cuanto al factor de espiritualidad, el 58% se encuentran en protección y el 42% se encuentran en riesgo, se puede evidenciar que en este factor son los hombres quienes presentan un mayor riesgo con un 60% y en el factor de permisividad social y accesibilidad a las sustancias psicoactivas, se observa que el 79.1% de los estudiantes se encuentran en riesgo y tan sólo el 20.9% se encuentra en protección, igualmente son los hombres quiénes más se encuentran en riesgo, y por último en el factor de habilidades sociales y autocontrol se ha encontrado que el 59.7% de los estudiantes están en riesgo y el 40.3% están en protección, en este factor se ha encontrado que son las mujeres quienes más se encuentran en riesgo con un porcentaje del 62.2%.

Con base al análisis de recolección de datos obtenido se puede concluir que la estrategia de mitigación más efectiva para el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de psicología de la Universidad de Pamplona debe estar enfocada en la prevención de sustancias como el alcohol, el tabaco y la marihuana ya que estás son las más consumidas y suelen dar paso al consumo de otras sustancias más riesgosas, por otro lado, la prevención debería empezar desde el primer semestre, así como abordar estrategias de promoción de la salud. Del mismo modo las estrategias de prevención deberían enfocarse en la percepción de riesgo que tienen los estudiantes del consumo de sustancias psicoactivas, en fortalecer las habilidades sociales y de autocontrol, así como reforzar la capacidad de auto-regulación emocional de los estudiantes,

Por otro lado, según los hallazgos los estudiantes tienen una alta permisividad al consumo de drogas por lo que debería incluirse en las estrategias de prevención el autocuidado y auto-respeto, aprender a decir que no, reforzar el criterio propio, evitar los pensamientos negativos, trabajar en frases potenciadoras, potenciar el autoestima, así como trabajar en las creencias y los preconceptos y la valoración de las drogas, así como la valoración y percepción del riesgo que los estudiantes tienen frente a ellas.

A modo general, se puede concluir que los estudiantes se encuentran en una edad media de 21 años, la mayoría de la muestra es del sexo femenino, una gran mayoría se encuentra en estado soltero y son de estrato 1 y 2. En dicha población se pudo evidenciar que existe una prevalencia baja de consumo de sustancias psicoactivas, sin embargo en sustancias como el alcohol la prevalencia de consumo es moderada; adicionalmente, se puede evidenciar que existe una mayor frecuencia de consumo de marihuana para quienes la consumen que las demás sustancias estudiadas, así mismo, se encontró consumo de marihuana desde el primer semestre hasta decimo semestre. Por otro lado, dentro de los factores de riesgo se encontró que existe una baja percepción de riesgo al consumo de sustancias psicoactivas, una alta permisividad al consumo de sustancias, así como dificultades en las habilidades sociales y de autocontrol, igualmente se encontró un porcentaje considerado de estudiantes con malestar emocional, en cuanto a los factores protectores, se encontró la satisfacción con las relaciones interpersonales. siendo éstos los principales factores de riesgo encontrados.

Finalmente, aunque la prevalencia de consumo de drogas que se halló en el presente estudio es baja, es importante tener en cuenta diversos factores que podrían estar influyendo en dichos resultados, como lo es, la situación actual de pandemia que se está viviendo, la cual ha modificado las condiciones del estudiante, alejándolo de la presencialidad y del círculo social propio de la Universidad.

Recomendaciones

Teniendo en cuenta los resultados de la presente investigación se desarrollan las siguientes recomendaciones:

Dirigir y reforzar las estrategias de prevención del consumo de sustancias desde el primer semestre ya que se según los resultados encontrados el consumo de marihuana suele empezar desde los primeros semestres.

Habilitar espacios dentro de las aulas de clase que permitan el reforzamiento de los factores de riesgo que presentan los estudiantes, como lo es el de los preconceptos y la valoración de las sustancias psicoactivas, la permisividad y/o las habilidades sociales y de autocontrol, así como el malestar emocional.

Enfocar las estrategias de prevención en el reconocimiento de cada una de las emociones a traves de una alfabetización emocional que permita a los estudiantes tener la capacidad de reconocer cada una de las emociones que experimentan y de esta forma poder regularlas en pro de que no se conviertan en un factor de riesgo para el consumo de drogas.

Habilitar espacios que permitan el debate crítico frente a los daños que causan las sustancias psicoactivas al cerebro y al comportamiento, así como invitar a la reflexión sobre el papel del psicólogo frente a la promoción de la salud y la prevención del daño.

Abordar talleres que permitan un análisis crítico frente al rol que tiene el psicólogo en formación en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas que permita una mayor reflexión frente a la responsabilidad del mismo para regular sus estados emocionales y trabajar en sus dificultades psicológicas como futuro provedor del cambio en la sociedad.

Habilitar grupos de arte, de danza, de baila, de natación, desde bienestar Universitario que pemita a los estudiantes divertirse sanamente, ya que la diversión es uno de los principales motivos de consumo para los estudiantes de psicología.

Es importante que en futuras investigaciones se trabaje con una muestra más grande o se pueda llevar a cabo un tamizaje del consumo de drogas en esta población, que permita obtener unas cifras generales del consumo.

Adicionalmente, se recomienda seguir explorando las causas del consumo a traves de la aplicación de varios instrumentos que permitan identificar correlaciones y enfocarlo hacía los estilos de personalidad u otras variables como lo son, familiares, ansiedad o depresión con las que se pueda relacionar el consumo de drogas en el programa.

También se recomienda a futuras investigaciones realizar un abordaje cualitativo con aquellas personas que consumen sustancias psicoactivas para comparar resultados cualitativos y cuantitativos y de esta manera poder elaborar estrategias de prevención acordes a las problemáticas encontradas en la población.

Referencias Bibliográficas

Águila, L., (2016) Afrontamiento y satisfacción con la vida en relación al consumo de sustancias de jóvenes universitarios (Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología). Recuperado de: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/7317

Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall (trad. cast.: Barcelona, Martinez Roca, 1987)

Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas

Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Becoña, E., (2002) Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas (Capitulo 2. la prevención de las drogodependencias: papel de las teorías y modelos explicativos del consumo de drogas). Recuperado de: http://www.cedro.sld.cu/bibli/i/i4.pdf

Bloom, B. L. (1988). Health Psychology: A psychosocial perspective. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bronchain, J., Raynal, P., Chabrol, H., (2020) Dispositional Mindfulness Profles and Cannabis Use in Young Adults. Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy. Recuperado de: https://doi.org/10.1007/s10942-020-00382-z

Brooke A. Ammerman, Laurence Steinberg & Michael S. McCloskey (2018) Risk-Taking Behavior and Suicidality: The Unique Role of Adolescent Drug Use, Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 47:1, 131-141, DOI: 10.1080/15374416.2016.1220313

Castaño-Castrillón JJ, García S, Luna J, Morán M, Ocampo D, Ortíz L. (2017) Estudio de factores asociados y prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas ilegales en

estudiantes de una universidad colombiana. 65 (1), 23-30. doi: http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.56471.

Chávez, C., & Sánchez, M., (2016). Rasgos de la personalidad y su incidencia en el consumo de sustancias psicoactivas, (tesis de pregrado). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. UNAN-Managua. Recuperado de: http://repositorio.unan.edu.ni/6735/2/11334.pdf

Claver Turiégano (2016) Rasgos de personalidad implicados en el consumo de drogas en adolescentes. Adicciones y juventud. Universidad de Zaragoza. Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación. Recuperado de: https://www.dianova.org/wp-content/uploads/2016/04/Dianova-spain-infonova29-20160102.pdf

Córdoba, E., Betancourth, S. y Tacán, L. (2016). Consumo de sustancias psicoactivas en una universidad privada de Pasto, Colombia. Psicogente, 20(38), 308-319.

Córdoba-Paz, E., Betancourth-Zambrano, S. & Tacán-Bastidas, L. (2017). Consumo de sustancias psicoactivas en una universidad privada de Pasto, Colombia. Psicogente, 20(38), 308-319. Recuperado de: http://doi.org/10.17081/psico.20.38.2552

Coullaut., R; Diaz del Río., I; Arrúe., R; Coullaut., J & Bajo., R. (2011). Deterioro cognitivo asociado al consumo de diferentes sustancias psicoactivas. Actas Esp Psiquiatr, 39 (3), 168-73.

Escurra, L. (2017). Sentido de vida y Consumo problemático de Alcohol en alumnos de universidades privadas de Lima Metropolitana. (Tesis de pregrado). Universidad de Lima, Perú.

Ferrel Ortega, Fernando Robert, & Ferrel Ballestas, Lucía Fernanda, & Alarcón Baquero, Alana María, & Delgado Arrieta, Karen Dayana (2016). El consumo de sustancias psicoactivas como indicador de deterioro de la salud mental en jóvenes escolarizados. Psychologia. Avances de la disciplina, 10(2),43-54. ISSN: 1900-2386. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297248896004

Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. Reading, MA: Addison Wesley.

Fleming, R., Leventhal, H., Glynn, K., y Ershler, J. (1989). The role of cigarettes in the initiation and progression of early substance use. Addictive Behaviors, 14(3), 261–272. Recuperado de: https://doi.org/10.1016/0306-4603(89)90057-9

Gálligo, C., (2019). Drogas: Conceptos Generales, Epidemiología Y Valoración Del Consumo. Recuperado de: http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/tallerdrogas/Curso%20Drogodependencias/Drogas,%20conceptos%20generales,%20epidemiologia%20y%20valoracion%20del%20consumo.pdf

Gantiva, D., Rodriguez, M., Gonzales, B., Vera, M. (2011). Perfil de personalidad en consumidores moderados y excesivos de sustancias psicoactivas. Psicología desde el caribe. Universidad de San Buenaventura (Bogotá). Recuperado de: http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1805/9220

García, C. Parra, A y Sánchez, I. (2017). Implicación en los estudios y consumo de drogas de adultos emergentes universitarios. Universidad de Sevilla. España. Revista Apuntes de Psicología, 35 (1), 45-54.

Gárciga Ortega, Octavio, & Fabelo Roche, Justo Reynaldo, & Iglesias More, Serguei, & Machado Vásquez, Lázaro Iván (2016). Consumo de drogas y estilo de vida en estudiantes de la facultad de comunicación. Revista Cubana de Salud Pública, 42(3),361-374. ISSN: 0864-3466. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21446738004

Grigoravicius, M. Iglesías, A., Ponce, P., García, J., Pandolfi, M., Nigro, V & Bradichansky, L (2013). Contexto Familiar y Consumo de Sustancias Psicoactivas en Niños entre 8 y 12 Años. Acta de investigación Psicológica, 3(2), 1149-1162. Recuperado de: doi.org/10.1016/S2007-4719(13)70958-

Guerrero, B., (2017). Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad de Santander UDES. Bucaramanga (Tesis de maestría Universidad Santander). Repositorio UDES. https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/664/1/Factores%20psicosociales%20asociados%20al%20consumo%20de%20sustancias%20psicoactivas%20en%20estudiantes

%20de%20la%20Facultad%20de%20Ciencias%20de%20la%20Salud%20de%20la%20Universidad%20De%20Santander%20UDES.%20Bucaramanga.pdf

Gutiérrez, (2011). La investigación profesional sobre el uso y abuso de sustancias psicoactivas (spa) desde trabajo social: análisis de los trabajos de grado escritos de bogotá. Recuperado de: http://epository.lasalle.edu.co/bitstream/handle/10185/13425/T62.11%20G985i.pdf?sequence=1

Hernández, Sampieri., (2014). Metodología de la investigación. Recuperado de https://metodologiasdelainvestigacion.files.wordpress.com/2017/01/metodologia-investigacion-hernandez-sampieri.pdf.

Kandel, D. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. Science, 190, 912-914. Recuperado de: 10.1126/science.1188374

Kandel, D.B. y Jessor, R. (2002). Etapas y vías de la participación de las drogas. Examen de la hipótesis de pasarela. Universidad de Cambridge. Cambridge: 365-373

Llorens A., Palmer P., Perelló, R. (2005). Características de personalidad en adolescentes como predictores de la conducta de consumo de sustancias psicoactivas. Elsevier, 7 (2), 90-96. doi.org/10.1016/S1575-0973(05)74513-X

Medina, O., & Rubio, L. (2012) Consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en adolescentes farmacodependientes de una fundación de rehabilitación colombiana. Estudio descriptivo. Colombiana de Psiquiatría, 41(3), 550-561. Recuperado de: doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60028-7

Ministerio de Justicia (2019) Plan Integral Departamental de Drogas 2016-2019. Recuperado de: http://www.odc.gov.co/Portals/1/politica-regional/Docs/plan-departamental-drogas-norte-santander_2016_2019.pdf

Min-Salud (2021) Salud publica. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Paginas/salud-publica.aspx

Miranda, M., Atzori, M. Y Cuevas, R. (2017) La nicotina, de la adicción al uso médico. Universitarios Potosinospáginas, paginas 22 A 27. Recuperado de: http://www.uaslp.mx/Comunicacion-Social/Documents/Divulgacion/Revista/Catorce/220/05.pdf

Naciones Unidas Nueva York, (2018). Terminología e información sobre drogas. Viena, Austria: Editorial Sección de Servicios en inglés, Publicaciones y Biblioteca, Oficina de las Naciones Unidas en Viena. Recuperado de: https://www.unodc.org/documents/scientific/Terminology_and_Information_on_Drugs_S_3rd_Edition.pdf

Naciones Unidas Nueva York, (ONODC), (2018) Informe mundial sobre las drogas 2018. Recuperado de: https://www.mpf.gob.ar/procunar/files/2018/07/WDR18_ExSum_Spanish.pdf

Nora D. Volkow, (2019). Las drogas, el cerebro y la conducta: bases científicas de la adicción. Recuperado de: https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/soa_sp.pdf

Obasi, E., Brooks, J., y Cavanagh, L. (2016). The relationship between psychological distress, negative cognitions, and expectancies on problem drinking: Exploring a growing problem among university students. Behavioral Modification. Estados Unidos, 1(2), 51-69.

Observatorio de Drogas de Colombia (ODC) – MinJusticia., (2017). Reporte de drogas de Colombia. Recuperado de: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/reporte_drogas_colombia_2017.pdf

Observatorio de Drogas de Colombia (ODC)– MinJusticia, (2019). Situación del consumo de drogas en Colombia. Recuperado de: http://www.odc.gov.co/problematica-drogas/consumo-drogas/situacion-consumo/PgrID/4380/PageID/4

Oetting, E y Donnermeyer, J. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. Substance Use y Misuse, 33 (4).

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC) & el Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia (2017). III Estudio epidemiológico andino sobre

consumo de drogas en la población universitaria de Colombia, 2016. Recuperado de: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03322016-estudio-epidemiologico-andino-consumo-drogas-poblacion-universitaria-colombia-2016.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC] (2016). Informe Mundial sobre las Drogas 2016. Resumen Ejecutivo. Autor. Recuperado de https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC] (2017). III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria de Colombia, 2016. Recuperado de: https://www.unodc.org/documents/colombia/2017/Octubre/Informe_Universitarios_Colombia.pdf

Organización Mundial de la Salud, (1994). Lexicon of Alcohol and Drug Terms. Recuperado de: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

Organización munfial de la salud, (OMS), (2016). La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas. Recuperado: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_29-sp.pdf

Parada., E, Peña., L & Duran., L (2018) Historia de vida de jóvenes consumidores de tabaco y alcohol de la facultad de salud de la universidad de Santander, Campus Cúcuta 2018 (Tesis de pregrado). Universidad de Santander “UDES”, San José de Cúcuta, Colombia.

Parada., E, Peña., L & Duran., L (2018) Historia de vida de jóvenes consumidores de tabaco y alcohol de la facultad de salud de la universidad de Santander, campus Cúcuta. (Tesis de grado). Recuperado de:https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/984/1/HISTORIA%20DE%20VIDA%20DE%20J%C3%93VENES%20CONSUMIDORES%20DE%20TABACO%20Y%20ALCOHOL%20DE%20LA%20FACULTAD%20DE%20SALUD%20DE%20LA%20UNIVER.pdf

Petraitis, J., Flay, B. R., y Miller, T. Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. Psychological Bulletin, 117(1), 67-86.

Quintero, M., (2008) Psicología y salud pública: tensiones, encuentros y desafíos. V. 8 No. 1 PP. 137-148 ISSN 1657-9267. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v8n1/v8n1a11.pdf

Rodríguez, A., (2019) Psicología y salud pública. Recuperado de: https://www.psyciencia.com/procastinacion-regulacion-emociones/

Rodríguez, T, 2014). Psicología general. Universidad Peruana los Andes. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/327121430

Salazar Torres, Varela Arévalo, Tovar cuevas, & Cáceres de Rodríguez. (2006). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en jóvenes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, *9*(2), 19-30. Retrieved June 16, 2021, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552006000200003&lng=en&tlng=es.

Salkind, N. (1999). Métodos de Investigación. México: Prentice Hall.

Sánchez, A., Andueza, M., Santana, A., Hoil, J y Cufarfán, J. (2016). Características sociodemográficas y perfil de consumo de tabaco y drogas en estudiantes de dos universidades de México. Revista Biomédica, 28 (1), 11-27.

Sánchez, L. (2012). Género y drogas. Guía informativa. Alicante: Diputación de Alicante

Stone, G. C. (1979). Psychology and health system. En G. C. Stone, F. Cohen & N. E. Adler (Eds.), Health Psychology (pp. 47-75). San Francisco, CA: Jossey-Bass

Torrado, C., Ocampo, Y., Flórez, J., Anaya, L., y Moreno, R (2016) Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes de 8º a 11º de una comunidad educativa (Diplomado de desarrollo humano y familia). Recuperado de: https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/8630/1091660374.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Torres., G, & Fiestas., F. (2012). Efectos de la marihuana en la cognición: una revisión desde la perspectiva neurobiológica. Rev Peru Med Exp Salud Publica;29 (1), 127-34.

Torres., J, Coronel., F, Rodeo., A, Toro., N, Castellanos., M, Jáuregui., M…Carillo., D. (2016) Prevalencia y factores asociados al consumo de marihuana en estudiantes de 18 a 25 años de una universidad pública, Colombia. Rev Univ. Salud. 2016;18(3):525-531. DOI: http://dx.doi.org/10.22267/rus.161803.57

Torres., J, Navia., H & Capacho., E (2015) Prevalencia de vida y factores asociados al consumo de marihuana en estudiantes escolarizados de Pamplona-Colombia, durante el primer período de 2015: estudio Emtamplona. Rev Med Chile 2018; 146: 1016-1023

Val Morrison, V, Bennett, P., (2008) Psicología de la salud. Pearson Educación, S.A., Madrid. ISBN: 978-84-8322-343-7

Villarreal. E. (2009). Un Modelo Estructural del Consumo de Drogas y Conducta Violenta en Adolescentes Escolarizados (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Nuevo León. México.

Werch, C. E. (2001). Intervenciones preventivas de alcohol basadas en un modelo de etapas de adquisición. Am Journal Health Behavior, 25, 206-216.

Werch, E. C. y Di Clemente, C. C. (1994). Modelos de etapas con componentes múltiples para relacionar las estrategias y mensajes de prevención de drogas con (a etapa de uso de los jóvenes. Health Education Reserch Theory and Practice, 9 (1) 39-46.

Anexos

Anexo 1

Ficha técnica del instrumento.

Ficha técnica	
Nombre	Cuestionario de medición de factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en jóvenes universitarios
Fecha de publicación	Noviembre 2006
Autores	Isabel Cristina Salazar Torresa, María Teresa Varela Arévalob, José Rafael Tovar Cuevasc, Delcy Elena Cáceres De Rodríguez
Tipo de aplicación	Individual o colectiva
Modalidad de aplicación	Auto-aplicación
Población a quien se puede aplicar	Estudiantes de Universidad entre 15 y 25 años de edad
Objetivo del cuestionario	Evaluar del consumo de drogas y sus factores psicosociales asociados
Numero de ítems	64 Ítems
Duración de la aplicación	Aproximadamente 20 minutos
Materiales	Hoja de respuestas, lápiz O de forma virtual: dispositivo electrónico

Fuente: Salazar., (2006) citado por Guerrero, B., (2017)

Anexo 2

Cuestionario de prevalencia del consumo de sustanciaspsicoactivas y sus factores de riesgo

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y SUS FACTORES DE RIESGO EN
LOS ESTUDIANTES DEL AREA DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE SANTANDER.

Cuestionario de Salazar IC, Varela MT, Cáceres DE y Tovar JR. (2006). Pontificia Universidad Javeriana Cali,Colombia.

Instrucciones:

Este cuestionario contiene preguntas dirigidas a conocer el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, y algunos factores de riesgo y de protección asociados. Lea cuidadosamente cada pregunta y no tema expresar sus opiniones o situaciones, pues las respuestas a este cuestionario son confidenciales y no identifican a quien responde. Tenga en cuenta que para algunas preguntas deberá escoger una sola opción de respuesta, y para otras podrá escoger varias opciones.

Edad:_____años Sexo: O 1. Hombre, O 0. Mujer Estado civil: _____ Carrera:_____ Semestre:_____

1. ALCOHOL	2. TABACO
1.1 ¿Ha consumido alcohol alguna vez en la vida? O 1. Si_____O 0.No_____(Si escogió No, pase alpunto 2)	**2.1** ¿Ha consumido tabaco alguna vez en la vida? O 1.Si_____O 0.No_____(Si escogió NO, pase alpunto 3)
1.2 ¿Lo consume actualmente? O 1.Si___ O0.No _____	**2.2** ¿Lo consume actualmente? O 1.Si_____O 0.No ___
1.3 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su consumo de alcohol? O 1. Sólo consumí alcohol para probarlo yexperimentar O 2. Consumo alcohol de vez en cuando (encelebraciones, eventos sociales, ocasiones esporádicas) O 3. Consumo alcohol por lo menos una vez en lasemana O 4. Consumo alcohol al menos una vez al día O 5. Consumo alcohol porque lo necesito para estar	**2.3** ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su consumo de tabaco? O 1. Sólo consumí tabaco para probarlo yexperimentar O 2. Consumo tabaco de vez en cuando (encelebraciones, eventos sociales, ocasiones esporádicas) O 3. Consumo tabaco por lo menos una vez en lasemana O 4. Consumo tabaco al menos una vez al día O 5. Consumo tabaco porque lo necesito para estar

bien	bien

1.4 ¿Cuántos años tenía la primera vez que consumió alcohol? _____años ***1.5*** ¿En qué forma lo ha consumido? *(Puede marcar varias opciones)* _ 1.Vino _ 2.Cerveza _ 3.Vodka _ 4.Whisky _ 5.Aguardiente _ 6.Tequila _ 7.Coctel _ 8. Otros	**2.4** ¿Cuántos años tenía la primera vez que consumió tabaco? _____años ***2.5*** ¿En qué forma lo ha consumido? *(Puede marcar varias opciones)* _ 1.Fumado _ 2.Mascado _ 3.Pipas _4.Otros
3. MARIHUANA **3.1** ¿Ha consumido marihuana alguna vez en la vida? O 1.Si_____ O 0.No___(Si escogió No, pase alpunto 4) **3.2** ¿La consume actualmente? O 1.Si___ O0.No _____ **3.3** ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su consumo de marihuana? O 1. Sólo consumí marihuana para probarla y experimentar O 2. Consumo marihuana de vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones esporádicas) O 3.Consumo marihuana por lo menos una vez en la semana O 4. Consumo marihuana al menos una vez al día O 5. Consumo marihuana porque lo necesito paraestar bien **3.4** ¿Cuántos años tenía la primera vez que consumió marihuana? _____años **3.5** ¿En qué forma la ha consumido? *(Puede marcar varias opciones*) _1. Fumada _ 2.Hashish _ 3.Masticada _ 4.Encomida _ 5.Otros	4. OPIÁCEOS (heroína, opio, morfina, metadona, codeína) **4.1** ¿Ha consumido opiáceos alguna vez en la vida? O 1.Si_____O 0.No_____(Si escogió NO, pase alpunto 5) **4.2** ¿Los consume actualmente? O 1.Si_____O 0.No ___ **4.3** ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su consumo de opiáceos? opiáceos O 1. Sólo consumí opiáceos para probarlo y experimentar O 2. Consumo opiáceos de vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones esporádicas) O 3. Consumo opiáceos por lo menos una vez en la semana O 4. Consumo opiáceos al menos una vez al día O 5. Consumo opiáceos porque lo necesito para estar bien **4.4** ¿Cuántos años tenía la primera vez que consumió opiáceos? _____años ***4.5*** ¿En qué forma los ha consumido? *(Puede marcar varias opciones)* _ 1. Absorbida _ 2. Inyectada _ 3. Tragada _ 4. Fumada _ 5.Aspirada o inhalada _ 6.Otros

5. COCA (bazuco, cocaína, base libre y crack) **5.1** ¿Ha consumido coca alguna vez en la vida? O 1.Si_____O 0.No____(Si escogió No, pase alpunto 6) **5.2** ¿La consume actualmente? O 1.Si____O 0.No	6. ALUCINÓGENOS (éxtasis, LSD, polvo de ángel, hongos, peyote) 6.1 ¿Ha consumido alucinógenos alguna vez en la vida? O 1.Si_____ O 0.No___(Si escogió No, pase alpunto 7)

5.3 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su consumo de coca? O 1. Sólo consumí coca para probarlo y experimentar O 2. Consumo coca de vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones esporádicas) O 3. Consumo coca por lo menos una vez en lasemana O 4. Consumo coca al menos una vez al día O 5. Consumo coca porque lo necesito para estar bien **5.4** ¿Cuántos años tenía la primera vez que consumió coca? _____años **5.5** ¿En qué forma la ha consumido? *(Puede marcar varias opciones*) _ 1. Absorbida _ 2. Inyectada _ 3. Tragada _4. Fumada _ 5. Aspirada oinhalada _6. Otros	**6.2** ¿Los consume actualmente? O 1.Si____O 0.No___ **6.3** ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su consumo de alucinógenos? O 1. Sólo consumí alucinógenos para probarlo yexperimentar O 2. Consumo alucinógenos de vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones esporádicas) O 3. Consumo alucinógenos por lo menos una vez en la semana O 4. Consumo alucinógenos al menos una vez al día O 5. Consumo alucinógenos porque lo necesito para estar bien **6.4** ¿Cuántos años tenía la primera vez que consumió alucinógenos? _____años **6.5** ¿En qué forma los ha consumido? *(Puede marcar varias opciones*) _ 1. Fumados _2. En pepas _ 3. Masticados _ 4. Inhalados _5. Inyectados _6. Absorbidos

7. ¿En qué lugares ha consumido drogas? *(Puede marcar varias opciones)* O 1. Discotecas O 2. Bares Casas de AmigosO 3. Casa O 4. Parques O 5. Carro O 6. Universidad O 7. Sitios de comida cercanos a la UniversidadO 8. Otros ¿Cuáles?_____	8. ¿Cuáles considera que son sus motivos para consumir drogas? *(Puede marcar varias opciones)* O 1. Ser aceptado por los amigos o compañerosO 2. Sentir placer O 3. Desinhibirse O 4. Curiosidad O 5. Disminuir la tristeza O 6. Disminuir la tensión o calmar la ansiedad O 7. Olvidarse de los problemas O 8. Aumentar las sensacionesO 9. Diversión O 10. Presión de amigos o compañerosO 11. Socializar con otras personas O 12. Otros.¿Cuáles?_____
9. ¿Cuáles de los siguientes efectos ha experimentado por el consumo de drogas? *(Puede marcar varias opciones)* O 1. Alteraciones del sueño (somnolencia, falta de sueño) O 2. Experimentar sensaciones de poder o grandeza O 3. Infecciones en la piel	10. ¿Qué problemas ha tenido por el consumo de drogas? *(Puede marcar varias opciones)* O 1. Accidentes de tránsito O 2. Quedar embarazada o embarazar a lapareja O 3. Conflictos con los padres O 4. Problemas de dinero

Responda las preguntas, recordando que la palabra drogas incluye alcohol, tabaco, marihuana, opiáceos, coca y alucinógenos:

O 4. Minimización del dolorO 5. Pérdida del equilibrio O 6. Lentitud en movimientosO 7. Cambios en el apetito O 8. Calmar la ansiedad y reducir la tensión O 9. Limitación o alteración en la capacidad para razonar O 10 Arritmia (aumento o disminución del ritmo cardiaco) O 11. Aumento o disminución de la temperatura corporal O 12. Deshidratación O 13. Nauseas o vómitos O 14. Resaca (guayabo) O 15. Alucinaciones O 16. Irritabilidad O 17. Pérdida de la concentraciónO 18. Ansiedad O 19. Mareos O 20. Desorientación O 21. Paranoia O 22. Cambios en la respiraciónO 23. Desinhibición O 24. Depresión O 25. Agresividad O 26. Otros ¿Cuáles?_____	O 5. Contagiarse con una infección de transmisión sexual O 6. Conflictos con la pareja O 7. Problemas académicos o laborales O 8. Problemas médicos (respiratorios,cardíacos, daño en órganos, aborto espontáneo, etc)O 9. Perder el control O 10. Peleas con amigos y compañerosO 11. Adicción O 12. Sentirse mal consigo mismo O 13. Hacerle daño a otra persona O 14. Hacerse daño O 15. Arrepentirse por algún comportamiento sexual O 16. Ninguna O 17. Otros ¿Cuáles?_____
11. ¿Con quién acostumbra consumir drogas? *(Puede marcar varias opciones)* _ 1. Solo _ 2. Amigos _3. Hermanos _ 4. Otro _ 5. Pareja Padres _ 6. Otrosfamiliares	12. ¿Alguna de estas personas le ha pedido que consuma drogas? *(Puede marcar varias opciones)* _ 1. Solo _ 2. Amigos _3. Hermanos _ 4. Otro _ 5. Pareja Padres _ 6. Otrosfamiliares

Marque con una X su respuesta a cada pregunta en la columna que corresponda:

	1	2	3	4
13. Con respecto al alcohol, pienso que:	1.No es dañino y lo consumo	2. No es dañino y NO lo consumo	3. Es dañino, pero lo consumo	4. Es dañino y por eso NO lo consumo
14. Con respecto a los opiáceos (heroína, opio, morfina, metadona, codeína), pienso que:	1. No son dañinos y los consumo	2. No son dañinos y NO los consumo	3. Son dañinos, pero los consumo	4. Son dañinos y por eso NO los consumo
15. Con respecto al tabaco, pienso que:	1. No es dañino y lo consumo	2. No es dañino y NO lo consumo	3. Es dañino, pero lo consumo	4. Es dañino y por eso NO lo consumo
16. Con respecto a la coca (basuco, cocaína, base libre y crack), pienso que:	1. No es dañinay la consumo	2. No es dañina y NO la consumo	3. Es dañina, pero la consumo	4. Es dañina y por eso NO la consumo
17. Con respecto a la marihuana, pienso que:	1. No es dañinay la consumo	2. No es dañina y NO la consumo	3. Es dañina, pero la consumo	4. Es dañina y por eso NO la consumo
18. Con respecto al éxtasis, LSD, polvo de ángel, hongos o peyote, pienso que:	1. No son dañinos y los consumo	2. No son dañinos y NO los consumo	3. Son dañinos, pero los consumo	4. Son dañinos y por eso NO los consumo

Marque con una X su respuesta en la columna que corresponda	1. Si	0.No
19. Constantemente me siento aburrido		
20. Evito preguntar por temor a hacer el ridículo		
21. Los amigos con los que ando piensan que está mal emborracharse		
22. Me siento muy afectado por mis problemas		
23. Para las personas de mi edad es difícil conseguir drogas		
24. Tengo fe en un poder más grande que yo		
25. Me siento molesto cuando las cosas no salen a mi manera		
26. Cuento con alguien para hablar si lo necesito		
27. Le agrado a otras personas de mi edad		
28. Tengo problemas para dormir o me despierto con facilidad		
29. Los amigos con los que ando piensan que está mal drogarse		
30. No soy una persona religiosa		
31. Para las personas de mi edad es costoso consumir drogas frecuentemente		
32. Me preocupo en exceso		
33. Tengo pensamientos repetitivos		
34. Prefiero ceder para evitar problemas con otras personas		
35. Me siento satisfecho con mis amistades		
36. Siento la necesidad de consumir alcohol o drogas cuando estoy en un bar, discoteca u otro sitio de ambiente		
37. Tengo dificultad para relajarme		
38. Cuando se bebe en exceso se hace el ridículo		
39. Me apoyo en la religión cuando tengo problemas		
40. Mi primera opción para una salida con mis amigos es un sitio donde pueda tomar o consumir drogas		
41. Tengo pensamientos que me fastidian		
42. Mis amigos me tienen en cuenta para las actividades que realizan		
43. Consigo amigos fácilmente		
44. Me enojo cuando la gente me hace esperar		
45. Creo que existe una fuerza espiritual que puede ayudarme con mis problemas		
46. Disfruto compartiendo actividades de recreación con mis amigos		
47. Evito herir los sentimientos de alguien a propósito		
48. Me gusta experimentar nuevas sensaciones		
49. Paso fácilmente de la tristeza a la alegría o al revés		
50. Tengo algún familiar que bebe hasta emborracharse		
51. Me irrito con facilidad		
52. Consulto a alguno de mis padres sobre asuntos de mi vida personal		
53. Consumir drogas es normal entre los jóvenes		
54. Me ayuda rezar o meditar		
55. Mis amigos me ayudan a enfrentar mis problemas		

56. Me relajo		
57. Hay personas a quienes yo les importo		
58. Me preocupo cuando rompo una regla		
59. He tenido experiencias espirituales o religiosas importantes en mi vida		
60. Las drogas son un problema más grave que el alcohol o el cigarrillo		
61. Me siento angustiado con frecuencia		
62. Mis amigos incluyen trago, cigarrillo o drogas en las actividades que realizamos		
63. Me tensiono fácilmente		
64. Pienso mucho antes de actuar		
65. Me pongo triste fácilmente		

Por favor verifique que haya contestado todas las preguntas, gracias por su valiosa colaboración.

Anexo 3

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIONES
COMITÉ DE ÉTICA E IMPACTO AMBIENTAL DE LA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el marco de la ley y de la Constitución Nacional, yo acepto participar voluntariamente en el estudio titulado "Prácticas De Consumo De Sustancias Psicoactivas De Los Estudiantes De Psicología De La Universidad De Pamplona" llevado a cabo por la estudiante, Jeinny Contreras Sánchez de la Facultad de Salud y Programa de Psicología de la Universidad de Pamplona, en calidad de investigadora, por lo tanto, comprendo que en esta investigación se seguirán los artículos referidos a las normas de confidencialidad establecidos en el Código Deontológico y Bioético del Psicológico, de la ley 1090, por lo cual manifiesto qué:
Yo he elegido libremente participar en la investigación entendiendo que:

- Mi participación es enteramente voluntaria.
- Puedo rehusar a contestar cualquier pregunta, sin que esto ocasione algún problema o tipo de sanción.
- Participar en la investigación no conlleva riesgo alguno.
- No obtendré beneficio individual alguno, pues se espera que el beneficio sea recibido por otras personas mediante el conocimiento ganado por medio de la presente investigación.

- La información obtenida de mí será tratada de forma confidencial y no voy a ser personalmente identificado en los resultados de la investigación.
- El tiempo requerido para este proceso está comprendido entre 20 a 30 minutos aproximadamente.
- Así mismo, se podrán hacer todas las preguntas que considere necesarias, a los teléfonos 3166850744 y correos electrónicos jeinny727@gmail.com.

FIRMAS

Anexo 4

Cronograma.

CRONOGRAMA 2020																
Tesis	**Elaboración**															
Título	**Septiembre**				**Octubre**				**Noviembre**				**Diciembre**			
Semanas	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**
Problema de investigación																
Justificación																
Objetivos generales y específicos																
Estado del arte																
Marco teórico																

CRONOGRAMA 2021																
Tesis	**Elaboración**															
Título	**Marzo**				**Abril**				**Mayo**				**Junio**			
Semanas	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**
Metodología																
Búsqueda de instrumento																
Correcciones finales anteproyecto																
Entrega de anteproyecto																

Aplicación de instrumento															
Análisis de resultados															
Resultados y conclusiones															
Sustentación															