

Factores protectores y de riesgo en 6 jóvenes policonsumidores de sustancias psicoactivas Manrique oriental, año 2020.

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE PSICÓLOGOS

Presentado por:

John Alejandro Zuleta Londoño

Francisco Henry Agudelo Meneses

Asesor:

Oscar Raúl Higuita Cañola

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS UNIMINUTO

SECCIONAL BELLO

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES PROGRAMA DE

PSICOLOGÍA BELLO, COLOMBIA

2020-2

Contenido

Resumen.....	5
Palabras Clave.....	5
1. Introducción	7
2. Planteamiento del problema.....	9
Antecedentes de investigación.....	21
Pregunta de investigación	26
3. Objetivos	27
Objetivo General	27
Objetivos Específicos.....	27
4. Justificación	28
5. Marco teórico	30
Factores protectores	30
Factores personales	31
Factores psicosociales	32
Sustancias psicoactivas	33
Adicción.....	36
Adolescencia	39
Matriz de variables.....	40
Malestar emocional	41

Habilidades sociales y de autocontrol	42
Preconceptos y valoración de las drogas	44
Espiritualidad	45
Permisividad social y accesibilidad a las drogas	46
6. Diseño metodológico	48
Enfoque	48
Alcance:	49
Diseño	49
Unidad de análisis y población	50
Criterios de inclusión	51
Criterios de exclusión	52
Descripción del instrumento	52
Participantes	52
Procedimientos	53
Análisis	54
Consideraciones éticas	55
7. Resultados	57
8. Discusión	62
9. Conclusiones	69

10. Recomendaciones.....	70
Referencias.....	71

Resumen

El presente trabajo trató el tema de los factores de protección y de riesgo para el consumo de drogas en jóvenes, medidos desde el Cuestionario de Factores de Riesgo y de Protección (Salazar, Varela, Tovar y Caceres, 2006), donde el objetivo fue determinar los factores de riesgo y protección por consumo sustancias psicoactivas en un grupo de seis jóvenes del barrio Manrique. Para lograrlo se utilizó una metodología de enfoque cuantitativo no experimental transversal y descriptivo. Dentro de los resultados se encontró que el factor de riesgo más presente fue Preconceptos y valoración de las drogas, seguido por el malestar emocional; mientras que los factores de protección encontrados son Habilidades sociales y de autocontrol, permisividad y accesibilidad a las drogas, satisfacción en las relaciones interpersonales con los iguales y familiares y la Espiritualidad, donde esta última fue la más presente. Como conclusión, los factores de riesgo, aunque son menos, tienen mayor capacidad de llevar a los jóvenes a la conducta de consumo.

Palabras Clave: factores de riesgo, factores protectores, consumo, sustancias psicoactivas, jóvenes

Abstract

This work talks about the issue of protective and risk factors for drug use in young people, measured from the Risk and Protection Factors Questionnaire (Salazar, Varela, Tovar y Caceres, 2006), where the objective was to determine the protective and risk factors from psychoactive substance use, in a group of 6 young people from the Manrique neighborhood. To achieve this, it was used a cross-sectional and descriptive, non-experimental quantitative approach methodology. Among the results, it is found that the most present risk factor was Preconceptions and assessment of drugs, followed by emotional distress; while the protective factors found are social and self-control skills, permissiveness and accessibility to drugs, satisfaction in interpersonal relationships with peers and family, and Spirituality, where the latter was the most present. In conclusion, although the risk factors are less than protective ones, they have a greater capacity to lead young people to consumer behavior.

Keywords: Risk factor's, protective factors, Consumption, Psychoactive substance, youth.

1. **Introducción**

Los factores psicosociales son aspectos de la personalidad y de la conducta de las personas, de los cuales depende si una persona tiende más a la evitación de ciertos comportamientos o a la ejecución de los mismos, la diferencia radica en el nivel en que se presenten, es decir, por ejemplo, que si una persona tiene un nivel alto de habilidades sociales y de autocontrol, evitará conductas como el consumo de sustancias psicoactivas, mientras que si la persona tiene bajos niveles de las mismas habilidades, tenderá al consumo de sustancias psicoactivas (Salazar, Varela, Tovar y Cáceres, 2006).

Ahora bien, el consumo de sustancias psicoactivas es una situación que se presenta en la actualidad en una parte de la población, y dicho comportamiento llama la atención a varias disciplinas científicas que buscan entender su etiología, funcionamiento y consecuencias tanto a corto como a largo plazo. Este tema trae consigo cierta preocupación a nivel social, ya que se conocen consecuencias adversas a partir del hábito de consumo, lo cual lleva a interesarse por formas de disminuir o eliminar la presencia del fenómeno, ya sea por el progreso individual de las personas que conforman la sociedad, como por el avance de la sociedad en sí, en tanto que al ser un fenómeno visible, no se queda solo en el grupo de consumidores, sino que afecta a los no consumidores por medio del acercamiento al tema y por las consecuencias en el nivel de conciencia de quienes, en medio de un estado de intoxicación, pueden llevar a cabo acciones contrarias a la sana convivencia.

Justamente los factores psicosociales juegan un papel importante en este tema, ya que como se definió, de estos depende que un joven opte por el consumo o no. Es por eso que esta investigación buscó conocer la presencia de factores de riesgo o de protección en 6 jóvenes de la

ciudad de Medellín, para así aportar más información sobre estos dos temas relacionados, y generar un mayor interés en encontrar información útil, no solo para comprender el fenómeno, sino también para propender por estrategias que beneficien en salud y bienestar a los jóvenes del sector, así como a la comunidad.

2. Planteamiento del problema

Según Sampieri (2003):

El planteamiento del problema nos conduce a saber qué deseamos investigar, a identificar los elementos que estarán relacionados con el proceso y a precisar el enfoque, en virtud de que en las perspectivas cuantitativa y cualitativa se define con claridad cuál es el objeto de análisis en una situación determinada, y de que, según el tipo de estudio que se pretenda realizar, ambos pueden mezclarse (p. 31).

Como interés en la investigación del presente trabajo de grados, se inició haciendo referencia al consumo de sustancias psicoactivas, donde se realizaron diferentes investigaciones, en las cuales se habla de que el consumo de drogas ha existido desde tiempos remotos en distintas sociedades y civilizaciones.

Para iniciar, se tuvieron en cuenta varios reportes realizados, entre ellos los del autor Kamiński (2016), quien dice que:

El opio, la savia que se extrae de las cápsulas de la amapola real o adormidera (*Papaver somniferum*), ya era conocida y utilizada por los asirios y los sumerios (unos ideogramas fechados en el 4000 a. C. se refieren a la adormidera como la «planta de la alegría»). En la antigua Grecia, adonde llegó procedente de Egipto, el opio era común y bien conocido: se empleaba como sahumerio en templos y oráculos, como sacrificio a los dioses, y se ingería para provocar alucinaciones con

ocasión de ritos y misterios. Los griegos también se beneficiaban de las propiedades curativas de la savia de adormidera, y ya Hipócrates, Heráclito, Teofrasto y otros atestiguan su uso medicinal (p. 76).

Estos hechos permiten comprender que no es una situación de los últimos siglos, sino que siempre ha existido el interés por el uso de elementos que modifiquen la percepción y las capacidades mentales. Además, hay que considerar que en algunas ocasiones el fin primero no es alterar la conciencia, sino sanar enfermedades.

De acuerdo con lo anterior, Kamiński (2016) menciona que el consumo de estas sustancias lleva un legado histórico y literario, narrándonos hechos como los escritos por la literatura griega como las epopeyas de Homero, en las que se cuentan que existen escritos como la Odisea, donde se explica que el dolor y la tragedia por los guerreros muertos en la guerra de Troya se olvidaban con drogas llamadas bebida del olvido, o nepenthés, lo cual se asemeja a un uso terapéutico.

Adicional a lo anterior, Agustí (2013) indica que se pueden encontrar escritos que mencionan el jugo del opio, tipo amapola, que posee aplicaciones psicotrópicas, y estas estaban desde el 3000 a.C., a lo que se le dio diferentes usos en el alimento o aceites. Esto se fue extendiendo del Oriente Medio y llegando a la India y luego a China en el siglo IX. También menciona como este no llega de forma terapéutica a Europa Occidental, pero en el siglo XVI, gracias a Paracelso, un médico y alquimista suizo, se le dio el nombre de piedra de la inmortalidad, y luego se puede ver como el consumo de este se fue volviendo un problema de la

salud en el occidente en el siglo XIX, ya que se le asignó mucha importancia y popularidad al consumo del opio, generando de esta manera en los habitantes problemas adictivos.

Agustí (2013), respecto al Cannabis menciona que:

Fue originario de Asia Central. Gracias a los registros arqueológicos podemos saber que el cannabis ya era empleado como fuente de fibras textiles en el 4.000 a.C. Sus propiedades alucinógenas probablemente fueron descubiertas por primera vez en Oriente, ya que algunos escritos chinos de hace 3.000 años indican que el cáñamo tomado en exceso hace ver monstruos y que si se usa largo tiempo puede comunicar con los espíritus y aligerar el cuerpo. Actualmente el cannabis es una de las drogas más consumidas en todo el mundo tanto en forma de marihuana, hachís y aceite de hachís (párr. 5).

Esto indica que el primer uso que se le dio al Cannabis fue como alucinógeno, y para comunicarse con espíritus. De aquí se puede inferir que existe un interés en consumirlo por razones semejantes.

Adicionalmente, Agustí (2013) relata que podemos ver el consumo de coca en América como estimulante y viene desde 5000 a.c y esta planta esa muy conocida a mediados del siglo X, la cual los indios colombianos comenzaron su cultivo para así expandirlo al sur. Por otra parte, Agustí (2013) menciona que en la cultura Inca era utilizada como planta sagrada en rituales. Las cuales tenían función estimulante, la hoja de coca era mascada para mitigar los efectos altitud y el hambre o la fatiga y como medicina. Luego de la llegada de los españoles la hoja de coca fue exportada ya que vieron los beneficios que esta poseía y lo realizaron a partir del siglo XVI. Por

tanto, la historia de esta SPA ajusta aproximadamente 7000 años, y tiene usos para la salud, rituales, y para estimular el organismo y tener mayor resistencia física.

En otras investigaciones se remontaron al consumo de drogas por los pueblos precolombinos como señala Cornejo, Gallardo y Mege (1991):

Es aparentemente que en la América indígena es donde se concentra el mayor número de sustancias psicoactivas utilizadas en el mundo, bajo la forma de una diversidad de plantas (e incluso ciertas secreciones animales), que se inhalan comen y beben o se aplican en enemas (p. 33).

De aquí se entiende que las formas de consumo son diversas y viene arraigadas a tradiciones indígenas, donde tenían el chamanismo como fenómeno sociocultural. Por tal motivo, el consumo de estas drogas era parte de su tradición medicinal, religiosa y cultural.

En lo que respecta a las instituciones internacionales y nacionales, se destaca que algunos datos provenientes de la ONU no hablan sobre el informe mundial de drogas de los últimos años, dicen que complementan y complican más la imagen global sobre los desafíos de las drogas, ya que indica que en el 2017 las muertes por consumo de drogas aumentaron y siguen en sus máximos las sustancias de origen vegetal tipo estupefacientes tradicionales, como la heroína o la cocaína. Además, en el caso de los estimulantes sintéticos se encontró un aumento; Según la ONU, en datos provenientes de los países más poblados del mundo (la India y Nigeria), los trastornos relacionados con el consumo de drogas pasó de 30.5 millones a 35 millones; también se dice que hay más consumidores de drogas el 5.5 de la población mundial de 15 a 64

años consumió drogas en el 2017 y la droga más consumida es el cannabis con unos 188 millones de consumidores. Investigaciones recientes 2017.

La Organización Mundial de la Salud (2004) indica respecto a los opioides que dentro de las cifras de consumo de estas sustancias:

- Se estima que en el mundo mueren cada año 69 000 personas por sobredosis de opioides.
- Se estima que hay 15 millones de personas en el mundo que tienen dependencia de los opioides (es decir, adicción a los opioides). La mayoría de esas personas consume heroína producida y fabricada de forma ilícita, aunque hay un porcentaje cada vez mayor que consume opioides sujetos a prescripción médica.
- Si bien existen tratamientos eficaces para luchar contra la dependencia de los opioides, únicamente el 10% de las personas que necesitan tratamiento lo recibe.
- Debido a sus efectos farmacológicos, en dosis elevadas los opioides pueden provocar depresión respiratoria e incluso la muerte.
- La naloxona es un medicamento de bajo costo que puede revertir totalmente los efectos de la sobredosis de opioides y evitar la muerte por sobredosis. (párr. 2-6)

Estos datos revelan el peligro de consumir opioides y algunos de sus efectos tras un alto consumo, sea respecto a tiempo o en cantidad diaria.

Además, se encuentra la siguiente tabla que muestra la prevalencia global de drogas:

Tabla 1.
Prevalencia anual de uso global de drogas ilícitas durante el periodo de 1998 a 2001

	Todas las drogas ilícitas	Cannabis	Estimulantes de tipo anfetamina		Cocaína	Todos los opiáceos	Heroína
			Anfetaminas	Éxtasis			
Cantidad de usuarios (en millones)	185.01	47.4	33.4	7.0	13.4	12.9	9.20
Proporción de la población global (%)	3.1	2.5	0.6	0.1	0.2	0.2	0.15
Proporción de la población de 15 años y más (%)	4.3	3.5	0.8	0.2	0.3	0.3	0.22

Fuente: UNODCCP, 2002.

Aquí se evidencia que la SPA de mayor uso es el cannabis, luego las drogas tipo anfetamina, luego los opiáceos y en último lugar la heroína. Además, se ve que el porcentaje de consumo de SPA no legales a nivel global es bajo.

Ahora bien, a nivel nacional se encuentra una preocupación, ya que MinSalud (2018), publica que, en Colombia, el ministro del presente año revela que:

En consumo de alcohol mantenemos una prevalencia alta en la población general, a pesar de que la incidencia en las personas más jóvenes se ha reducido. En tabaco ha habido una reducción, pero hay tres alarmas fundamentales: el incremento en el consumo de marihuana, de cocaína y en general de sustancias psicoactivas (párr. 2).

Esto permite comprender que en el país se ha visto reducción de sustancias psicoactivas legales, mientras que las ilegales elevan su presencia en la vida de los jóvenes. Ahora bien, el Ministerio de Protección Social indica que:

Se observa en el país un aumento en la diversidad de sustancias consumidas, esto implica que todavía están presentes en el mercado nacional las sustancias consumidas hace décadas, como la marihuana y el LSD, y que otras han llegado y crecido entre segmentos de consumidores (Scoppetta, 2010).

Los datos procedentes del sistema basado en centros y servicios de tratamiento muestran un crecimiento de nuevas sustancias como la metanfetamina y el 2CB, entre otras. Adicionalmente, desde hace unas cuantas décadas se registra en Colombia el crecimiento del uso de heroína. Lo que inició siendo un conjunto de reportes aislados (Castaño, 2002), se constata hoy como un fenómeno en expansión en diferentes ciudades del país (Ministerio de la Protección Social, 2010) (p. 6).

En términos más concretos y acordes a la presente investigación, se resalta que la marihuana ha sido un tema tratado desde hace años, mientras que el 2CB es considerada una nueva sustancia y su consumo va en aumento. Conviene conocer un poco más sobre esta última sustancia, también conocida como “tusi”, de la cual el Ministerio de Justicia Nacional de Colombia (s.f.) da a conocer que:

Se tienen reportes de la existencia en Colombia de la sustancia conocida como 2C-B, droga sintética cuyo nombre químico es 4-bromo-2,5-dimetoxifenil-2-

etilamina, la cual está fiscalizada a nivel internacional según el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 que la incluye en la Lista II. El 2CB pertenece a la familia de las feniletilaminas y su efecto es principalmente alucinógeno (p. 1).

Se entiende que el 2CB también es una SPA ilegal, con efecto alucinógeno y de origen sintético. Respecto a esta no se tienen aún cifras concretas respecto a su consumo. No obstante, la investigación realizada a nivel nacional de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en conflicto con la ley en Colombia dice:

Las sustancias ilícitas más consumidas en Colombia son: marihuana (2,3% en el último año), cocaína (0,7%), éxtasis (0,3%) y bazuco (0,2%). También se reporta un alto consumo de sustancias inhalables (0,2% en el último año). Los reportes de numerosos expertos y centros de tratamiento acerca de un consumo creciente y ampliamente extendido de heroína (Min Justicia, 2013, p. 19).

Los resultados anteriores tienen cierta similitud con los datos encontrados por UNODCCP mostrados en la Tabla 1. Sin embargo, en la tabla no se consideraba el bazuco ni el 2CB. Lo mismo sucede con los estudios más actuales a nivel departamental, que se encuentran en el Boletín Número 9 de CESED del año 2018, en el que se manifiesta que durante el año 2018 el 29,9 % manifestó haber consumido marihuana en dicho año, un 6% manifestó haber consumido cocaína y un 6% manifestó haber consumido otras drogas (CESED, 2018). De aquí se hace énfasis en que nuevamente no se consideran el bazuco y el 2CB, y que a nivel de Antioquia los porcentajes son mucho mayores que los mundiales y nacionales. Esto se debe a que este

departamento es el de mayor consumo de SPA respecto al resto del país. Así se muestra por parte del Ministerio de Justicia (2016):

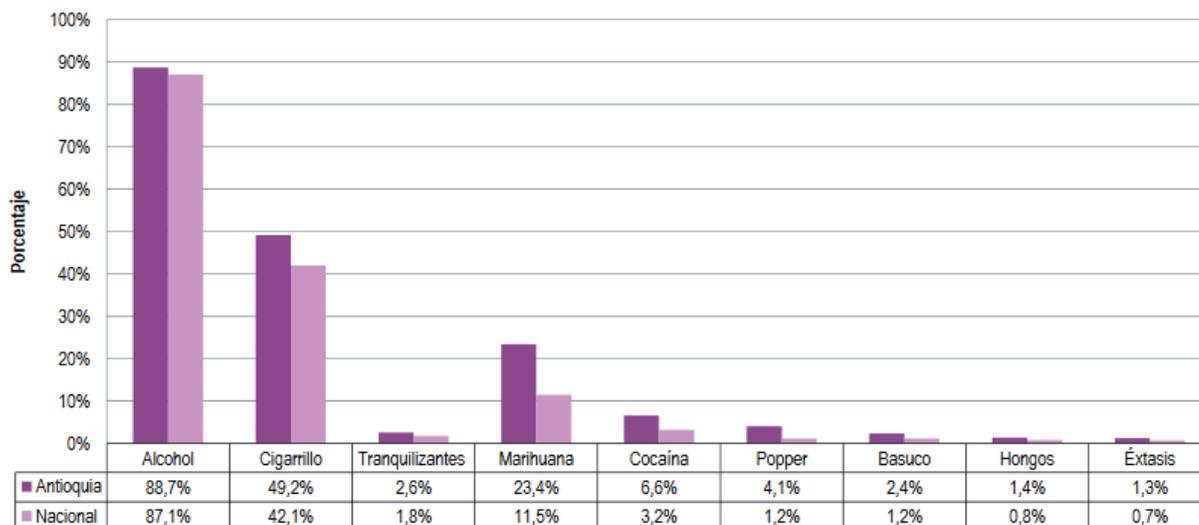


Figura 1. Prevalencias consumo alguna vez en la vida por tipo de sustancia psicoactiva. Fuente: Estudio Nacional de Consumo de SPA en Colombia 2013. Cálculos del Departamento de Antioquia.

Mientras que a nivel regional Caracterización Regional de la problemática asociada a las drogas ilícitas en el departamento de ANTIOQUIA (p. 143). MIN Justicia publicado en 2016 con datos de consumo de sustancias psicoactivas hasta el 2013

Se encontró además que en Envigado un 10,7 % de la población encuestada indica haber consumido marihuana en el último año, 2,9% expresaron haber consumido cocaína, 0,3% pasta básica de cocaína (basuco), 4% éxtasis, 1,8% anfetaminas, 1,1% metanfetaminas, 7,6% inhalantes, 5,7% cacao sabanero, 2,6% hongos y 1,1% drogas inyectadas. (Castaño y Jaramillo, 2014)

Respecto a la normatividad en Colombia sobre las drogas, se tiene que en primer lugar el Congreso de la República de Colombia crea la Ley 30 de 1986 (Enero 31), “por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes y se dictan otras disposiciones” (p. 1), en la cual se especifica el manejo que se le da al tema de las drogas en Colombia. Posteriormente el Ministerio de Defensa Nacional saca el Decreto 1844 del 2018, a través del cual:

Se adiciona el capítulo 9 del título 8 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1070 de 2015: "Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Defensa", para reglamentar parcialmente el Código Nacional de Policía y Convivencia, en lo referente a la prohibición de poseer, tener, entregar, distribuir o comercializar drogas o sustancias prohibidas (p. 1).

Por último, el Congreso de la República de Colombia expide la Ley 2000 del 14 de Noviembre de 2019. A través de ella “se modifican el código nacional de policía y el código de infancia y adolescencia en materia de consumo, porte y distribución de sustancias psicoactivas en lugares con presencia de menores de edad y se dictan otras disposiciones” (p. 1).

De igual manera es fundamental para nuestro trabajo, lo citado por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM5) y la guía de consulta de los criterios diagnósticos de DSM5, donde incluye lo relacionado con las sustancias psicoactivas. La menciona, que referente a los trastornos por consumo de sustancias se realiza procedimiento de registro de los trastornos por consumo de sustancias en los cuales:

El clínico debe aplicar el código que corresponda a la clase de sustancia y además anotar el nombre de la sustancia específica. Por ejemplo, el clínico registrará

304.10 (F13.20) trastorno moderado por consumo de alprazolam (mejor que trastorno por consumo moderado de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos) o bien 305.70 (F15.10) trastorno por consumo moderado de metanfetamina (mejor que trastorno por consumo moderado de estimulantes). Para las sustancias que no se ajustan a ninguna de estas clases (p. ej. esteroides anabolizantes), corresponde usar el código de “Trastorno por consumo de otras sustancias” e indicar la sustancia específica (p. ej. 305.90 [F19.10] trastorno leve por consumo de esteroides anabolizantes). Si se desconoce cuál es la sustancia que ha tomado el individuo se aplicará el código de la clase “Otra (o desconocida)” (p. ej. 304.90 [F19.20] trastorno grave por consumo de sustancia desconocida). Si se cumplen los criterios de más de un trastorno por consumo de sustancias, se deben diagnosticar todos ellos (p. ej. 304.00 [F11.20] trastorno grave por consumo de heroína; 304.20 [F14.20] trastorno moderado por consumo de cocaína) (p. 254).

En continuidad el DSM-5 (2014) nos indica que los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos son:

Aquellos problemas de salud provocados por el consumo agudo o crónico de sustancias psicoactivas; el DSM-5 clasifica las sustancias psicoactivas en 10 clases de drogas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos (fenciclidina y otros), inhalantes, opiáceos, sedantes/hipnóticos/ansiolíticos, estimulantes (anfetaminas, cocaína y otros), tabaco y otras sustancias (p. 481).

El DSM-5 (2014) nos dice que los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos:

Los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias. Los siguientes cuadros se consideran dentro del grupo de inducidos por sustancias: la intoxicación, la abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos (los trastornos psicóticos, los trastornos bipolares y relacionados, los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad, los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados, los trastornos del sueño, las disfunciones sexuales, el delirium y los trastornos neurocognitivo) (p. 481).

En otras investigaciones se hace alusión a los factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en un municipio de Colombia como menciona Medina y Ferriani (2010). Busca analizar los factores protectores de prevención del consumo de drogas, presentes en familias con niños que asisten a Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar en un municipio colombiano. El estudio es de tipo descriptivo y cuantitativo transversal; la muestra estuvo constituida por 256 familias, seleccionadas por muestreo aleatorio simple. El instrumento para la recolección de datos fue un cuestionario aplicado durante los meses de marzo y abril de 2007, de forma auto aplicada. Se encontraron factores protectores como demostraciones de afecto con los hijos, jugar y hablar con ellos sobre lo que les gusta, comunicación fácil, toma de decisiones en pareja, adecuada flexibilidad durante la educación familiar, y existencia de normas. Por otro lado existen factores de riesgo como el consumo de drogas lícitas (cigarrillo y alcohol) y bajo porcentaje de drogas

ilícitas. Un alto porcentaje de familias considera que los padres, principalmente, deben tomar medidas de prevención en los primeros años de vida del niño. Los factores protectores encontrados deben ser reforzados, debido a que no son muy fuertes; también, se deben controlar los factores de riesgo encontrados para convertirlos en factores protectores (p. 504).

De igual manera Medina y Ferriani (2010). Menciona que los factores protectores son:

Afecto. Jugar y hablar con ellos sobre lo que les gusta; a pesar de no hacerse a diario, está presente en (130) 51% de las familias. Con relación a las demostraciones de afecto utilizadas generalmente en las familias, se encontró “el compartir tiempo” como la más utilizada, seguida de “caricias”, “regalos” y “otras”. Se encontró 2% de familias que expresaron no tener ninguna demostración de afecto. Comunicación. Es siempre fácil para 34% de estas familias y solamente fácil “a veces” en 59% de ellas. 7% de las familias (18) consideran siempre difícil la comunicación. El 31% (79) comparten una sola comida. (p. 508).

Antecedentes de investigación

En la búsqueda de antecedentes se encontraron investigaciones de los factores protectores y de riesgo en jóvenes consumidores de sustancias psicoactivas, se hallaron investigaciones que buscaban significados y asociaciones al respecto, lo cual representa un interés para el presente estudio.

En primer lugar, se encontró la investigación realizada por Morello, Pérez, Peña, Braun, Kollath, Thrasher, Sargent y Mejía (2017), con el nombre de “Factores de riesgo asociados al

consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en adolescentes escolarizados de tres ciudades de Argentina”. Su objetivo fue determinar los factores asociados al inicio del consumo de tabaco, alcohol, marihuana y paco o cocaína en adolescentes tempranos de tres ciudades de Argentina. Se llevó a cabo con una metodología cuantitativa, como instrumento se creó una encuesta y se aplicó a estudiantes de 33 instituciones educativas públicas y privadas de Buenos Aires, ciudad de Córdoba y San Miguel de Tucumán. Dentro de los resultados se encuentra que un índice alto de búsqueda de emociones y bajo control y soporte parental son variables que promueven el consumo de marihuana, paco o cocaína.

Una segunda investigación corresponde a “Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes”, realizada por Cid y Pedrão en el año 2011, en Chile, con el objetivo de verificar los factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes, considerando los patrones de interacción que se desarrollan en la familia, sus grados de adaptabilidad y vulnerabilidad. La metodología corresponde a un enfoque cuantitativo transversal, aplicándose un cuestionario a 80 estudiantes adolescentes mujeres. Los resultados muestran como factores protectores predominantes patrones de interacción, grado de adaptabilidad, modo de afrontamiento de los problemas, recursos de la familia y valores y los principales factores de riesgo son el modo de enfrentar los problemas, y dentro de estos, la falta de apoyo religioso y la búsqueda de apoyo profesional, conjuntamente con las dificultades de comunicación intrafamiliares.

Un tercer estudio se refiere a “Emoción expresada familiar y uso de drogas en jóvenes”, llevada a cabo en España por Becerra en el año 2009, en España. Su objetivo fue describir la

emoción expresada y examinar el papel del concepto en el uso de droga en jóvenes. Metodología, La muestra corresponde a diversos estudios con los que se hizo una revisión documental, con enfoque cualitativo hermenéutico. Dentro de los resultados se revela que 4 estudios específicamente muestran relación entre la emoción expresada y la drogodependencia juvenil. Resultados Se halló que un alto nivel de emoción expresada, principalmente referida a Criticismo o Comentarios Críticos, Hostilidad y Sobreimplicación Emocional, se relaciona con mayor posibilidad de consumo de SPA.

Una cuarta investigación, realizada por Chambilla en Ciudad Nueva Tacna, Perú; es “Consumo de drogas y su relación con factores de riesgo en adolescentes de educación secundaria de la Institución Educativa Mariscal Cáceres Distrito Ciudad Nueva Tacna -2011”, con el objetivo de determinar la relación entre el consumo de drogas y los factores de riesgo en adolescentes de la institución educativa "Mariscal Cáceres". La metodología fue cuantitativa, correlacional descriptiva de corte transversal. Se aplicaron diversos cuestionarios a 243 estudiantes de la institución. Los resultados son que los amigos y padres consumidores, así como la violencia intrafamiliar psicológica son los factores de riesgo más frecuentes. Además, el consumo de drogas está relaciona con la baja autoestima, mala comunicación familiar, violencia. Intrafamiliar en todas sus formas, consumo de padres, consumo de amigos y la accesibilidad de drogas.

Un quinto estudio, hecho en Ecuador por Oviedo, Brands, Adlaf, Gierbrecht, Simich y Miotto, publicado en el 2009 como “Factores de protección relacionado al uso de drogas ilícitas: perspectiva crítica de familiares y personas cercanas a los usuarios de drogas, en la Ciudad de

Guayaquil, Ecuador”. Como objetivo, se buscó determinar la perspectiva crítica que los familiares tienen sobre los factores de protección, en el uso de drogas ilícitas en un centro de salud de Guayaquil. Para esto, a través de un estudio descriptivo transversal, se usó una encuesta aplicada a 100 participantes. A modo de resultados tiene que los factores protectores que más aportan a evitar el consumo son: tener sólidos principios morales (97%); expresar sentimientos y emociones (96%); tiempo que la familia dedica a estar reunidos (98%), relación de apoyo por parte de uno de los padres (95%), existencia de un gobierno que considere a las drogas como prioridad (100%), una fuerza policial más honesta (99%), crear programas e instituciones dedicadas a la prevención (99%). Se encontraron como principales factores de protección el tener principios morales sólidos, la capacidad de expresar sentimientos, emociones y pensamientos, y tener una visión optimista y positiva de la vida. Se concluye que es necesario el desarrollo de estrategias preventivas individuales, familiares y comunitarias.

Una sexta investigación es de Ramos y Garrote, del año 2008, titulado “La variable de personalidad búsqueda de sensaciones como factor de riesgo en el consumo de drogas”, con el objetivo de conocer qué aportaciones se han producido en los últimos años en España en relación con la búsqueda de sensaciones como factor de riesgo en el consumo de drogas. Esto se logró a través de una revisión bibliográfica de los últimos avances sobre el tema en España. Dentro de los resultados se manifiesta que la búsqueda de sensaciones es la variable de personalidad que más influye en la aceptación de consumir drogas, tanto las legales como las ilegales. De igual forma, es el principal predictor de consumo de drogas.

Un séptimo estudio es “Estudio de los factores de riesgo y protección del consumo de sustancias en adolescentes” de Fernández, en España, en el año 2010, con el objetivo de conocer la prevalencia de los factores de riesgo y protección del consumo de sustancias en los adolescentes de 14 a 18 años. Su metodología es transversal, en la que se aplicaron dos cuestionarios (Consumo de sustancias, ESTUDES, PNSD, 2008, modificada por la investigadora [Fernández, 2010], para uso exclusivo de la investigación y el cuestionario COPE de estrategias de afrontamiento de Carver y cols, 1989). Como resultado se aprecia que los factores más prevalentes en el consumo de drogas son el género, edad, situación educativa, humor, uso de drogas, religión, evadirse, negación, crecimiento personal, baja satisfacción de adolescente; consumo de sustancias por el grupo de amigos; ocio y tiempo libre; baja percepción de riesgo y tener mucha información sobre drogas.

Por último, se tiene “Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo”, realizado por López y Rodríguez-Arias en 2010. El objetivo fue detectar los factores protectores y de riesgo en la comunidad, la familia, la escuela y el grupo de iguales/individuo; diferencias en protección y riesgo según edad y sexo, y relación entre dichos factores y consumo. Con un enfoque cuantitativo, con una muestra de 2.440 adolescentes que respondieron el cuestionario CTCYS Desarrollado por Arthur, Hawkins, Pollard, Catalano y Baglioni, (2002); Glaser, Van Horn, Arthur, Hawkins y Catalano, (2005). En los resultados se encuentra que los factores de riesgo de mayor aparición son: fracaso académico (61,3%), normas favorables al consumo de drogas (51,5%), disponibilidad percibida de drogas (53,1%), escaso manejo (supervisión parental y existencia de reglas claras) (22,7%) y depresión (32,9%). Además, respecto a factores de protección, la mayoría cuenta con puntajes muy

elevados. Solo hay tres que cuyo puntaje es bajo: religiosidad (49%), recompensas por la implicación prosocial (50%) y oportunidades para la implicación en la escuela (47,4%). A partir de la información recolectada se halló que la disponibilidad de drogas, las actitudes familiares favorables al consumo, la historia familiar de conducta antisocial, el inicio temprano y el consumo de los amigos, el riesgo percibido con respecto al consumo y las actitudes favorables al consumo. El mayor factor protector fueron las habilidades sociales.

Según investigaciones realizadas de acuerdo al consumo de sustancias psicoactivas, desde la antigüedad en muchas culturas tenían el uso de consumo de drogas para diferentes usos, entre esos encontramos el chamanismos y rituales. Luego vemos como en el transcurrir del tiempo fueron evolucionando tanto el consumo como las formas de utilizar las drogas y es así como en la actualidad llegan las llamadas las drogas sintéticas. Diferentes organizaciones a nivel mundial hay identificado que los usos de drogas han generado problemas personales, familiares y sociales. Por tal motivo estas organizaciones han podido identificar algunos factores de protección y de riesgo en las personas policonsumidoras. Por ende, se lleva a la pregunta.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores protectores y de riesgo en 6 jóvenes consumidores de sustancias psicoactivas Manrique oriental según el Cuestionario de Factores de Riesgo y de Protección (Salazar, Varela, Tovar y Caceres, 2006)?

3. **Objetivos**

Objetivo General

Determinar los factores de riesgo y protección para consumo sustancias psicoactivas en un grupo de seis jóvenes del barrio Manrique, año 2020.

Objetivos Específicos

- Describir los factores de riesgo para el consumo de SPA en la población participante
- Enunciar los factores protectores para el consumo de SPA en la población participante
- Identificar los factores de mayor prevalencia en el grupo.

4. **Justificación**

En la actualidad, mientras algunos jóvenes se encuentran ciertos factores protectores y de riesgo por el consumo de sustancias psicoactivas, la sociedad pone atención a las adicciones que vienen tras el consumo y sus consecuencias a largo plazo.

Ya se ha visto cómo muchas entidades públicas y privadas se han interesado en disminuir las tasas de afectación de estas sustancias tanto en jóvenes como en adultos. Así también se busca prevenir los trastornos, enfermedades y consecuencias psicosociales, que buscan garantizar una sociedad mejor adaptada para una sana convivencia.

Estas son dos razones que motivan la presente investigación, generando interés en cómo algunos jóvenes perciben y saben cuáles son los factores protectores y de riesgo tras los usos de estas sustancias.

Considerando esto, conviene tener en cuenta las siguientes características del estudio:

Conveniencia: Se encontró que el presente trabajo era conveniente, ya que trae beneficios y no se previeron posibles daños o maleficios para los participantes, los investigadores, las instituciones, la academia y/o el entorno cultural y social. Los beneficios que se buscaron se expresan en las siguientes características que se explicarán.

Viabilidad: El presente trabajo fue viable considerando que no trajo consigo costos económicos inalcanzables. Además, la población es accesible, no se requirieron permisos adicionales a su consentimiento informado. El tiempo de realización fue adecuado para las exigencias de la universidad en cuanto a fechas. Adicionalmente, hay bases teóricas suficientes, y estudios previos que permitieron tratar el tema con efectividad y de manera comprensible.

Valor teórico: Se pudo conocer la perspectiva de estos jóvenes sobre las SPA y cuáles son los factores protectores y de riesgo. Esto abrió paso a comprender posibles motivos adicionales para el consumo de las mismas. De igual manera puede generar interés en otros investigadores que elijan una temática similar, permitiendo plantearse nuevas preguntas, que bien sean semejantes o poco semejantes.

Valor metodológico: el uso de la entrevista fue útil para lograr los objetivos. Es decir, las preguntas realizadas fueron adecuadas para obtener la información que se buscaba. En este orden de ideas, la utilización de las mismas preguntas para entrevistas de temas similares resultó útil. Además, con base en las respuestas se puede evaluar la creación de nuevas preguntas que aborden los vacíos de información que se encuentren en el presente estudio, por ejemplo respecto al instrumento que se utilizó.

Relevancia social: Considerando el interés social en solucionar el problema del consumo de SPA, los resultados del presente estudio ayudan a profundizar en el entendimiento tanto de la problemática, así como de la persona consumidora, permitiendo encontrar posibles soluciones a las dificultades encontradas, beneficiando el entorno social de los consumidores investigados, y si se lleva a otros lugares, también mejorando el entorno social de dichos lugares.

Implicaciones prácticas: las herramientas metodológicas usadas permitieron lograr el objetivo de identificar los factores protectores y de riesgo en jóvenes consumidores de SPA. Esto gracias a que el instrumento, la entrevista, dio lugar a obtener eficazmente información útil para comprender dichos factores. Como ya se ha visto, esto resulta útil a la hora de responder preguntas sobre qué estrategias nuevas se pueden implementar para evitar el consumo de SPA en jóvenes.

5. Marco teórico

La noción de la palabra marco teórico está concurrente a la investigación, entonces se da por entendido que el marco teórico es la unión o conjunto de ideas, teorías o formas de proceder que le ayudan al investigador en su actividad, siendo así se puede decir que el marco teórico es el que establece las coordenadas esenciales a la investigación.

Factores protectores

Según González y Rey (2006) Los factores protectores pueden ser definidos como “estilos de vida adquiridos en los grupos sociales, la familia, los amigos o la escuela, entre otros, los que generan patrones conductuales sanos de los que los jóvenes pueden hacer uso de manera consciente o inconsciente” (p. 26). Es decir que resultan siendo hábitos que tienden a proteger del consumo, nacen de fuentes variadas, no solo de la persona misma, sino que el entorno cumple un papel fundamental.

“Los factores de protección serían aquellos atributos individuales, condición situacional, ambiente o contexto que reduce la probabilidad de ocurrencia de un comportamiento desviado” (Clayton, 1992 en Peñafiel, 2009, p. 148). Sin embargo, la ausencia de estos factores se convierte en factores de riesgo. Es decir que existe relación inversa entre factores protectores y consumo de drogas.

Se consideran los siguientes factores de protección según su tipo (Peñafiel, 2009, pp. 148-158):

Factores personales

- * La edad.
- * El sexo.
- * Actitudes, creencias y valores.
- * Percepción del riesgo.
- * Habilidades Sociales.
- * Auto concepto y autoestima.
- * Autocontrol.
- * La experimentación y la búsqueda de emociones.
- * Accesibilidad a las drogas.
- * Personalidad antisocial y problemas de conducta.
- * Conformidad con las normas sociales.
- * Tolerancia a la frustración.
- * Aprobación social y autonomía respecto al grupo.

Los factores relacionales:*** *La escuela.***

- a) Experiencias escolares negativas.
- b) Fracaso escolar y auto concepto académico.
- c) Tipo y tamaño de la escuela.
- d) Clima escolar y estilo educativo.
- e) Contacto con las familias
- f) Existencia de normas para no consumo.

*** *El grupo de amigos.***

- a) El consumo de los amigos.
- b) Adaptación al grupo.
- c) Las actividades de ocio.
- d) El dinero disponible.

** La familia.*

- a) Estructura y composición familiar.
- b) Estatus socioeconómico familiar.
- c) Las relaciones afectivas entre padres e hijos y comunicación.
- d) Las prácticas educativas ejercidas por las figuras parentales.
- e) La influencia de los padres y hermanos como modelos de comportamiento.
- f) Actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas

Factores psicosociales

Una forma diferente de entender los factores protectores y de riesgo es a través de los factores psicosociales, entendidos como “atributos o características individuales de personalidad y de comportamiento, así como condiciones situacionales y contextuales que incrementan o disminuyen la probabilidad de iniciar y mantener el consumo de drogas y sus consecuencias adversas” (Salazar, Varela, Tovar y Cáceres, 2006, p. 20). En este caso, son los mismos factores los que pueden promover o evitar el consumo, lo que hace la diferencia es si estos factores están presentes o no.

Además, se señalan los siguientes factores psicosociales:

1. Autoestima.
2. Las alteraciones psicológicas.

3. Los comportamientos perturbadores.
4. El autocontrol.
5. Las habilidades sociales.
6. Las habilidades emocionales.
7. Las habilidades de afrontamiento y enfrentamiento.
8. Los preconceptos y la valoración de las drogas.
9. La espiritualidad.
10. El maltrato.
11. Las disfunciones familiares.
12. La relación con personas consumidoras.
13. Las relaciones interpersonales (Salazar, Varela, Tovar y Cáceres, 2016, p. 20-22).

Sustancias psicoactivas

Otro concepto de interés de este trabajo de grado fue el tema de las sustancias psicoactivas (SPA), de esta manera se mencionan teorías como la de Gállico (2007), ya que para el interés del presente estudio fue importante diferenciar el término drogas al de sustancias psicoactivas. Al respecto se tiene que Gállico (2007) menciona una aproximación a la definición y clasificación de las “Drogas” de esta forma:

Una primera clasificación hace referencia a su status legal, distinguiendo entre drogas legales e ilegales. El alcohol, el tabaco y el café son drogas permitidas por la mayoría de los países occidentales. El resto de las drogas se encuentran sometidas a distintas regulaciones legales. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (organismo dependiente de la ONU para el control de las

drogas) distingue cuatro listas con distintos grados de restricción (la Lista I agrupa sustancias “sin ningún uso médico aceptado, que pueden generar adicción con rapidez y que suponen graves riesgos para la salud” y las listas III y IV hace referencia a drogas supuestamente menos peligrosas y más fácilmente accesibles). La Tabla I resume las sustancias incluidas en cada una de las Listas de la JIFE (Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes) En realidad, esta clasificación no responde a criterios médicos, farmacológicos o toxicológicos sino a cuestiones de índole política y moral. Con respecto a su origen, se pueden distinguir las drogas naturales (las que aparecen de forma espontánea en la naturaleza, en general hongos o vegetales) de las sintéticas (aquellas que requieren de procesos físicos o químicos para su preparación). El uso de plantas con fines embriagantes, rituales o terapéuticos es tan antiguo como la propia Humanidad. Pero la distinción entre lo natural y lo sintético no es tan sencilla: 4 por un lado para obtener determinadas sustancias es necesario usar procesos físicos o químicos (p.ej: la obtención de la cocaína a partir de la hoja de coca, la extracción del hachís a partir de la marihuana.) (p. 3).

Es decir, por un lado, se diferencian ambos términos por la legalidad. Considerando legales el café, el alcohol y el tabaco, y las demás se consideran ilegales, salvo excepciones regulatorias por país. Además, se especifican aspectos que pueden indicar su letalidad al uso o la capacidad de asimilación del cuerpo. Una aproximación a una clasificación acertada y más amigable para cualquier interesado en la materia de clasificación de drogas puede ser, entendida según el mismo autor, considerando que:

Algunos autores distinguen entre drogas duras (aquellas que producen graves riesgos para la salud) y drogas blandas, supuestamente menos peligrosas (alcohol, el tabaco y cannabis). Pero el hecho objetivo es que la morbilidad, mortalidad y gasto sanitario asociadas al alcohol y el tabaco es mucho mayor que el de todas las demás drogas ilegales juntas (En España, la mortalidad atribuida directamente al tabaco y al alcohol es de 55.000 y 12.000 personas al año respectivamente). Como veremos pronto, la peligrosidad de una droga está en relación con factores.

Farmacológicos y extra farmacológicos. La distinción entre drogas blandas y duras expresa en realidad diferencias de tolerancia social y no es útil desde un punto de vista práctico. Quizá la forma más práctica de clasificar las drogas es aquella que se refiere a sus efectos. Por un lado, están los estimulantes: sustancias que activan el Sistema Nervioso Central (SNC) (cocaína, anfetaminas, cafeína...). Por otro están los depresores: drogas que disminuyen el grado de actividad del SNC: alcohol, barbitúricos, benzodiazepinas, GHB... Finalmente hay un tercer grupo de sustancias que producen alteraciones perceptivas, los psicodélicos (mal llamados alucinógenos): LSD, psilocibina, ketamina. La clasificación de Goldstein da una idea bastante exacta de las principales familias de drogas clasificadas según sus efectos (Gállico, 2007, p. 4).

Se comprende por tanto el uso de los términos drogas blandas y duras, según su nivel de peligro, su tolerancia social y sus efectos.

Adicción

Para iniciar, conviene conocer el significado y alcance de la adicción, en este orden de ideas, Redolar (2008) la define como:

Un estado de uso compulsivo de una droga. Un estado, debido a que a pesar de todos los factores genéticos y sociales que pueden predisponer a un sujeto a un contacto inicial con una sustancia, dicho consumo lo emplaza en una situación en la que se dan una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales que determinan en gran medida las pautas futuras de respuesta de la persona. Un uso compulsivo, debido a que el sujeto carece de un control eficaz para adecuar su conducta a las demandas del medio persistiendo en el consumo de la droga, a pesar de conocer las consecuencias a largo plazo de dicho consumo y a pesar de todos los intentos y tratamientos trazados para controlar su ingesta. Nos posicionamos, por lo tanto, delante de un problema con graves consecuencias sobre el sistema sanitario y sobre el estado de bienestar de nuestra sociedad (p. 23).

Es decir que una adicción corresponde a un uso desbordado de una sustancia y se reconoce que traen consigo una necesidad de continuar su uso. Por su parte, respecto a la adicción el DSM V habla, bajo el nombre Trastornos relacionados con sustancias, y define lo siguiente:

Los trastornos relacionados con sustancias abarcan diez clases de drogas distintas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos (con categorías separadas para la fenciclidina [o arilciclohexaminas, de acción similar] y otros alucinógenos),

inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes (sustancia anfetamínica, la cocaína y otros estimulantes), tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas). Estas diez clases no son radicalmente distintas entre sí. Cualquier droga consumida en exceso provoca una activación directa del sistema de recompensa del cerebro que participa en el refuerzo de los comportamientos y la producción de recuerdos. Provocan una activación tan intensa del sistema de recompensa que se ignoran las actividades normales (p. 253).

Aquí se especifica que hay variadas forma en que las drogas afectan el psiquismo, según las cuales se caracterizan los posibles trastornos o enfermedades derivadas de su consumo. Por otro lado, se tiene en cuenta también la durabilidad de la adicción

Es cierto que algunos consumidores de diferentes sustancias de abuso pueden llegar a dejar de usarlas de forma compulsiva por sí mismos, no obstante, muchos otros consumidores conviven con este problema de una forma crónica. A pesar del deterioro que produce el uso compulsivo de una droga para la vida de una persona y a pesar de los múltiples intentos que ponen en marcha algunas personas para 'dejar' la droga, las recaídas son algo bastante habitual, incluso mucho tiempo después de cesar un uso continuado de la sustancia. Por lo tanto, podemos decir que la adicción tiende a persistir (Redolar, 2008, p. 23-24).

En otras palabras, existen casos en que la adicción se rompe de una vez para siempre, casos en que se interrumpe y se recae y casos que no se interrumpen, indicando que las adicciones tiendan mayormente a mantenerse activas. Otro punto se tuvo en cuenta es lo que

sucede después del logro de olvidar el uso de una sustancia. Esto lo confirma Redolar (2008), explicando que:

En muchas ocasiones, personas adictas a una determinada sustancia y que llevan un largo tiempo sin consumirla, regresan a sus contextos sociales habituales y vuelven a consumir la droga. Esto se debe a que la persona es expuesta, en su núcleo habitual de consumo, a claves que se encontraban inicialmente asociadas con la droga.

Además de lo anteriormente expuesto, se consideró importante revisar algunos aspectos que pueden influir en el desarrollo de la adicción, frente a eso Mielgo, Lorigados, Calleja y Cachero (2012) aseguran:

Los factores de riesgo y de protección en el uso e inicio de consumo de drogas están, en mayor o menor medida, relacionados con los comportamientos familiares, así como de los grupos de amigos, parientes y, en resumen, al contexto social en el que se desarrollan los sujetos. Los factores de riesgo se entienden como aquellos factores que contribuyen a aumentar la probabilidad de aparición del consumo de drogas, ya sean de naturaleza física, química, biológica, psicológica, social, económica o cultural. En cambio, los factores de protección son aquellos que previenen la aparición de dicho consumo (p. 8).

De aquí se extrae que hay factores del entorno de la persona que pueden mediar en la decisión de desarrollar o no una adicción.

Adolescencia

Gaete (2015) entiende el concepto de adolescencia como una etapa intermedia entre la niñez y la edad adulta, cuyo inicio se distingue por los cambios puberales, conlleva con sí algunas crisis, dificultades de comportamiento y pensamiento, además de cambios notables en el campo biológico, psicológico y social. Se da una adaptación a los cambios y se llevan a cabo decisiones importantes. El mayor consenso indica que se es adolescente entre los 10 y 19 años. Se entiende entonces que es una etapa caracterizada especialmente por cambios en el cuerpo y en general en el organismo, trayendo consecuencias comportamentales consigo.

A su vez, cierta parte de esta dependencia y sed de libertinaje acarrea cierto ejercicio del descubrimiento del individuo desde diversas esferas de su pensar y de la cosmovisión de la vida; la adolescencia implica un gran reto en el proceso de adaptación del individuo a la sociedad, por tal motivo día a día se evidencian casos de jóvenes que hacen ciertos intentos por tratar de estar a la moda o intentar encajar en cierto grupo donde ellos se sientan reconocidos y alagados; la supervisión parental es un punto fundamental en la orientación y adaptación del adolescente o preadolescente al medio social, tal como lo menciona Vergeles, M. R., & Martín, A. H. (2003) en su investigación titulada “Consumo de drogas en la adolescencia: importancia del afecto y la supervisión parental” mencionan este factor parental en la supervisión como:

En relación al papel del afecto, diversas investigaciones han puesto de manifiesto que los adolescentes que se sienten más próximos a sus padres son los que mantienen más confianza en sí mismos, muestran más competencia conductual,

más independencia responsable y se implican en menos conductas de riesgo, como el consumo de drogas y las conductas delictivas (p. 161)

Matriz de variables

Según los resultados obtenidos en los antecedentes y literatura científica, los mismos factores de protección vienen siendo los factores de riesgo. De forma inversa, es así que la carencia de un factor se puede convertir en factor de riesgo. Para efectos de esta investigación se conceptualizará cada uno de estos factores entendiendo su contra parte.

Características socio demográficas: género, edad, situación educativa, consumo de drogas.

Variable	Componentes	¿Qué se incluye?
Factores de riesgo	Malestar emocional	Emociones y sentimientos negativos
	Satisfacción en las relaciones inter personales con sus iguales y padres	Percepción de cercanía y confianza con amigos y familia
	Preconceptos y valoración de las drogas	Percepción del daño causado por las drogas y si las consumen
	Espiritualidad	Presencia de actos espirituales
	Permisividad social y accesibilidad a las drogas	Facilidad para conseguir drogas e influencia social para consumirla.
	Habilidades sociales y de autocontrol	Capacidad para decidir y afrontar las situaciones cotidianas.

Fuente: Elaboración propia

Malestar emocional

Aquí entra la incapacidad para hacer frente a situaciones emociones, pero no se incluyen trastornos resultantes de dicha dificultad. También se hace referencia a este factor cuando se habla de la presencia de aspectos incómodos o molestos a nivel emocional, los cuales la persona busca evitar. Y constituye un factor de riesgo cuando se asocia el consumo de SPA con la desaparición de estos estímulos desagradables. (Salazar, Varela, Tovar y Cáceres, 2006)

De esta manera, se reconoció que este factor se compone por aspectos molestos en relación a las emociones y por la incapacidad de gestionar adecuadamente dichos aspectos molestos. Representa, por tanto, un factor de riesgo cuando estas dos circunstancias están presentes, y factor de protección cuando se logra tener manejo.

Varela, Salazar, Cáceres y Tovar (2007) indican que dentro de este factor están las habilidades emocionales, las cuales corresponden a las capacidades para resolver situaciones a partir del reconocimiento de las propias emociones y su manejo correcto, para dar como resultado soluciones adecuadas. Cuando no se completa la solución de alguna situación y se prefiere acudir a las SPA para obtener una forma de paliar la intensidad del malestar por el problema presente, se habla de un factor de riesgo.

Esto dio lugar a comprender que una persona a la que se le dificulte conocer sus emociones y/o usarlas para dar solución a sucesos de su vida, tiende a mayor posibilidad de consumir SPA como solución alterna. Sin embargo, si se logra encontrar y llevar a cabo la solución, la persona no verá necesario acceder a las drogas.

Habilidades sociales y de autocontrol

Se refiere a la capacidad de la persona para reconocer consecuencias a largo plazo, siendo consciente de que llevar a cabo una conducta que le genera satisfacción inmediata, puede llevarle a situaciones dolorosas o desagradables a lo largo del tiempo. Se incluyó también la capacidad actuar en consecuencia con ese nivel de conciencia. Además, hace parte de este factor la habilidad para comunicarse y crear vínculos con otras personas con el fin de suplir las necesidades sociales. Se considera factor de riesgo cuando por incapacidad y/o ausencia de

relaciones sociales, se opta por las SPA para reemplazar la satisfacción de las necesidades sociales. De igual forma, cuando la persona no logra optar por evitar la satisfacción inmediata o ignora las consecuencias a largo plazo, también se considera que este es un factor de riesgo. (Salazar, Varela, Tovar y Cáceres, 2006)

A partir de esto se asoció este factor con aquellas decisiones que surgen de un pensamiento profundo, siendo capaz de ir más allá del deseo de pronta satisfacción, incluyendo la capacidad de esforzarse por lograr llevar a cabo dichas decisiones. Y también es un aspecto a considerar dentro el ser capaz de crear vínculos sociales.

Varela, Salazar, Cáceres y Tovar (2007) explican que este factor también funciona por la evitación temporal y/o a corto plazo de estímulos aversivos, donde la satisfacción se da por la desaparición de algo desagradable. Esto indica que cabe incluir conductas tipo huida y evitación de situaciones generen desagrado en la persona, aunque a otras personas no les resulte desagradable.

Satisfacción en las relaciones interpersonales con sus iguales y padres

Se refiere al éxito en la interacción con los iguales, es decir, personas que considera que están a su mismo nivel, además de los padres. Por tanto, se incluyeron las relaciones con amigos, conocidos y vecinos en quienes puede encontrar un apoyo y cercanía, y a los padres, de quienes se espera un apoyo en varios sentidos. Se asocian al consumo de SPA cuando se fracasa en dicha interacción, y se considera que el éxito en la misma disminuye la probabilidad de consumir. (Salazar, Varela, Tovar y Cáceres, 2006)

Con base en lo anterior, se comprendió que el logro de las relaciones de la persona con otros, particularmente con sus padres y con aquellos con quienes más se identifica, puede ser determinante en la decisión de continuar la conducta de consumo. Ahora bien, Varela, Salazar, Cáceres y Tovar (2007), aseguran que este factor es importante en relación al consumo de SPA debido a que, al consumir como un medio de integración con sus pares, adquiere para ellos un significado de alto valor. Esto permitió llegar a la comprensión de que, a pesar que una interacción resulte exitosa, y por tanto se considere un factor de protección, es también a través de las relaciones con los iguales que se puede evidencia una presión social o influencia en la motivación del consumo.

Preconceptos y valoración de las drogas

Los preconceptos y valoración de las drogas hacen referencias a las creencias que las personas tienen sobre las drogas y el significado de su consumo. Dichas creencias se considera que nacen y se fortalecen o debilitan en función de las experiencias, bien sean personales, de familiares o de amigos. A esto se le sumaron los efectos de las drogas, es decir, de qué manera afecta las sensaciones, pensamientos, comportamientos y emociones. Además, se toma en cuenta también el grado de peligro o daño que puede causar, bien sea a corto plazo o a largo plazo. A partir de estas creencias, si la percepción del daño que puede causar es baja, esta variable se convierte en un factor de riesgo. (Varela, Salazar, Cáceres y Tovar, 2007).

Así pues, en este aspecto se está hablando de la perspectiva aprendida sobre el tema de las drogas, su consumo y la demás información que el sujeto tenga al respecto. Es una visión que

viene a partir del mundo exterior, pero que se ve alimentada por experiencias propias en cuanto se viva, y se modifica en relación del conocimiento de vivencias ajenas.

Ahora bien, se incluyen aquí “ideas y creencias relacionadas con el consumo de drogas, así como la percepción del riesgo que las personas tienen frente a ellas y sus posibles efectos” (Salazar, Varela, Tovar y Cáceres, 2006, p. 26). O sea, los preconceptos se resumen en creencias sobre la droga en sí, sus efectos y sus consecuencias, y a partir de ellas se crea una valoración. El conjunto de ambos aspectos es lo que determina si se cuenta con un factor de riesgo o uno protector.

Espiritualidad

En el presente trabajo se concibió la espiritualidad como “creencias en un Ser superior, la concepción trascendente de la vida y al compromiso y las experiencias que tienen las personas con dichas creencias” (Salazar, Varela, Tovar y Cáceres, 2006, p. 26). Esto quiere decir que la espiritualidad es amplia y engloba tanto las creencias religiosas como las ideas sobre la vida y, en consecuencia, la forma en que cada persona se relaciona con las ideas que surgen a partir de ellas y los comportamientos y ritos que le permiten demostrarlas. Esto lo confirman Salazar, Varela, Tovar y Cáceres (2006) agregan que esta variable no solo abarca “la afiliación a alguna religión o la pertenencia y asistencia a una iglesia, sino a la concepción trascendente de la vida y al compromiso y la experiencia que tienen las personas con dichas creencias” (p. 21).

Ahora bien, el funcionamiento de esta variable en relación al consumo consistía en que las creencias religiosas se relacionan con dos aspectos, el primero es la prevención del primer consumo, o sea, la evitación del contacto que iniciaría una adicción; y el segundo corresponde a

que una persona que esté en proceso de rehabilitación, encuentra más oportunidades de evitar consumir nuevamente (Varela, Salazar, Cáceres y Tovar, 2007).

Es decir que existe en el sujeto la capacidad de aprovechar las ideas religiosas (normas y convicciones) para definir razones que le permitan evitar lo que está mal visto, pero depende de la fuerza de dichas razones se va a lograr ese propósito o no.

Permisividad social y accesibilidad a las drogas

La permisividad social y accesibilidad a las drogas correspondió a una mezcla de varios aspectos, como son las relaciones con otras personas consumidoras, relaciones interpersonales, disfunción familiar, habilidades sociales. En este sentido, la idea que se tenga sobre el uso de las drogas y la visión que tiene la sociedad y los amigos sobre el consumo, es decir, qué tan normal y aceptable se vería la persona ante la sociedad y los amigos, incluso si estos últimos son quienes motivan la conducta; incluso la presencia dentro de la familia de personas como modelo de abuso de sustancias o relacionarse con personas externas a la familia que tengan el hábito de consumo. Todas estas circunstancias se han considerado riesgos, en decir que facilitan la idea de que el consumo es una posibilidad, además de que a través de los consumidores se crea el acceso a las drogas, lo que facilita que la persona acuda a las mismas con menos obstáculos y, por tanto, con más frecuencia (Salazar, Varela, Tovar y Cáceres, 2006).

En otras palabras, aquí se contenía:

El involucramiento de los amigos en el consumo de drogas, la valoración que éstos realizan de las mismas, los contextos sociales que lo favorecen, la tendencia a

incluir este tipo de sustancias en las actividades sociales y el abuso de alcohol por parte de algún familiar cercano (Salazar, Varela, Tovar y Caceres, 2006, p. 26).

Entonces se comprende que la permisividad social y accesibilidad a las drogas se refiera, en palabras sencillas, a la facilidad para conseguir las drogas y la idea que se tenga sobre cómo ve el mundo el tema de las drogas y su consumo, donde mientras más percepción de permisibilidad y accesibilidad, mayor riesgo hay de perpetuar el comportamiento de consumo.

6. Diseño metodológico

Enfoque

La presente investigación es de enfoque cuantitativo, el cual, según Hernández, Fernández y Baptista (2014) busca medir ciertos fenómenos que pueden ser investigados, dichos fenómenos han de ser delimitados tanto como sea posible. Para lograr esto se realiza una recolección de datos se debe dar con instrumentos que den resultados numéricos y puedan ser evaluados estadísticamente.

Es decir que este enfoque se escoge cuando se quiere tener datos que se puedan manifestar con números precisos. En el caso de este estudio, se consideró el enfoque adecuado, ya que se usó un cuestionario. Adicionalmente, Bernal (2010) asegura que la investigación cuantitativa:

Se fundamenta en la medición de las características de los fenómenos sociales, lo cual supone derivar de un marco conceptual pertinente al problema analizado, una serie de postulados que expresen relaciones entre las variables estudiadas de forma deductiva. Este método tiende a generalizar y normalizar resultados (p. 60).

Es ese sentido, este tipo de estudios asume el reto de leer en términos numéricos una realidad social. Por eso se hace necesario encontrar antecedentes que permitan ser orientados en el uso de instrumentos y metodologías válidas para obtener resultados igualmente válidos, como lo explican Hernández, Fernández y Baptista (2014), al indicar que para este enfoque “se parte de cuerpos teóricos aceptados por la comunidad científica” (p. 71).

Alcance:

El alcance elegido correspondió al descriptivo. Sobre éste, Hernández, Fernández y Baptista (2014) dan a conocer que:

Los estudios descriptivos ponen su interés en la descripción de los datos, sin conceptualización ni interpretación (en realidad tienen un bajo nivel de interpretación). Pretenden describir de forma fiel la vida, lo que ocurre, lo que la gente dice, cómo lo dice y de qué manera actúa (p. 32).

Es decir, se busca simplemente nombrar características sin explicar orígenes ni relaciones con otros aspectos. Además, Hernández, Fernández y Baptista (2014) explican que el alcance descriptivo busca concretar cualidades de situaciones, poblaciones u objetos que se analizan. Además, explican que no se busca la relación de los aspectos evaluados, sino meramente describirlos. A partir de esto, se encuentra que la utilidad de este alcance es conocer aquello que se investiga

Diseño

Esta investigación se realizó con un diseño no experimental transversal. Según Hernández, Fernández y Baptista (2014), un diseño no experimental es aquel en el cual no se manipulan las variables del ambiente natural en que el fenómeno investigado, sino que se busca comprender su comportamiento o cualidades justamente en su ambiente natural.

En los diseños no experimentales se hallan los estudios transversales, que tal como lo explican Hernández, Fernández y Baptista (2014), tienen el objetivo de entender un fenómeno en

un momento específico. Además, dan a conocer que los estudios transversales descriptivos pretenden:

Indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población. El procedimiento consiste en ubicar en una o diversas variables a un grupo de personas u otros seres vivos, objetos, situaciones, contextos, fenómenos, comunidades, etc., y proporcionar su descripción (p. 155).

De ahí que la investigación haya tomado este método para profundizar en la experiencia de los factores protectores y de riesgo que tienen los seis jóvenes consumidores de SPA del barrio Manrique Oriental.

Unidad de análisis y población

Para desarrollar esta investigación se tomó como unidad de análisis, la experiencia sobre los factores protectores y de riesgo vividos tras el uso de sustancias psicoactivas en diferentes jóvenes. Para ello se aplicó el Cuestionario de Factores de Riesgo y de Protección (Salazar, Varela, Tovar y Caceres, 2006) a cada uno de ellos. Estos jóvenes policonsumidores de sustancias psicoactivas cuentan con factores protectores y de riesgo presentes durante el proceso de consumo de sustancias psicoactivas. Se eligió aplicar el cuestionario a seis jóvenes policonsumidores, dado que las experiencias y consecuencias tras el consumo de SPA son diferentes entre uno de otro, ya que algunos vivieron factores protectores y otros un aumento de riesgos distintos o es medidas diversas.

De esta manera, se favoreció la investigación en tanto que estos jóvenes viven factores protectores y de riesgo por el uso de SPA, en articulación con los conceptos teóricos desarrollados.

El primer acercamiento con los jóvenes se realizó mediante una reunión en el barrio Manrique oriental en la cual se les llamo para solicitar su participación en la investigación,

Luego se realizó una charla individual en la cual se expresó el interés por brindar información desde su propia experiencia. Posteriormente se concretó la fecha para llevar a cabo la entrevista de forma presencial, la cual se realizó en el barrio Manrique oriental

Para finalizar se les reiteró su cooperación con la misma y programar el momento de aplicación de la encuesta, la cual sería virtual, puesto que se facilita la comunicación rápida

Criterios de inclusión

En esta se encontraron las características que debían tener los jóvenes para su participación, entre estas, para el interés de la investigación, debían ser jóvenes no mayores a 25 años y no menores de 18 años, consumidor de sustancias psicoactivas en un período de más de un año de manera consecutiva, policonsumidores activos de SPA y que residieran en el barrio Manrique oriental.

Criterios de exclusión

En este se tuvieron en cuenta las características que impedían la participación en la investigación. Entre estas, ser mayores de 25 ni menores de 18, que tuvieran un periodo de inactividad de consumo de un año y que tuvieran problemas de consumo alcohólico.

Descripción del instrumento

Como instrumento de recolección de datos se eligió el método de cuestionario, aplicado de manera presencial. Con este fin se hizo uso del Cuestionario de Factores de Riesgo y de Protección (Salazar, Varela, Tovar y Cáceres, 2006), el cual evalúa seis factores, que pueden ser de riesgo o de protección según el puntaje que resulte, dichos factores son: Satisfacción con relaciones interpersonales, Espiritualidad, Permisividad y accesibilidad a las drogas, y Habilidades sociales y Autocontrol. Este cuestionario es considerado como:

Una herramienta de gran utilidad para la evaluación del consumo de drogas y sus factores psicosociales asociados, en pro de la planificación y diseño de programas de prevención con adolescentes, de tal modo que en la juventud esta problemática tenga cada día menor incidencia (Salazar, Varela, Tovar y Cáceres, 2006).

Participantes

El lugar en el cual se realizó la investigación es el barrio Manrique oriental, comuna 3, Medellín, Antioquia. Se realizó en este sector específico con el fin de centralizar y tener resultado más concretos referente a la investigación. Se aplicó el instrumento escogido solamente a un

número determinado de jóvenes, todos hombres. Las características concretas con que debían contar los participantes son:

- Pertenecer al barrio Manrique oriental
- Ser consumidores de drogas psicoactivas regular
- Querer ser partícipes de la investigación.
- Edad entre 18 y 25 años.
- Que sean hombres

Procedimientos

El acceso a la población fue directo, ya que los jóvenes eran conocidos de uno de los investigadores. El investigador habló con los jóvenes y acordó con ellos la disponibilidad para responder el cuestionario. Para poder obtener el permiso de aplicar el cuestionario a los jóvenes, se les informó el fin de dicho trabajo, de manera verbal y presencial, quienes de igual manera dieron autorización verbal y a través de la firma del consentimiento informado, esto con el fin de evitar malos entendidos

Ya que las preguntas se relacionaban con las variables, a través de las respuestas se encontró la prevalencia de los componentes de cada variable, y por tanto de las variables en sí.

Mediante la clasificación en variable, se permitió describir los resultados obtenidos tras el cuestionario, encontrando los factores protectores y de riesgo por consumo de Sustancias psicoactivas. Se hizo de manera presencial, imprimiendo los cuestionarios y consentimiento informado para su aplicación y firma respectivamente.

Análisis

Luego de recolectar los cuestionarios respondidos por los jóvenes, se tabularon en un documento Excel, en el cual se ingresaron las respuestas a cada pregunta. Cuando las preguntas tenían como respuesta “Sí” o “No” se les asignó un puntaje de 0 cuando la respuesta es “Sí” y de 1 cuando la respuesta era “No”, mientras que a las preguntas de 4 opciones de respuesta se les dio un puntaje de 1 a 4 de la siguiente forma: “No es dañina y la consumo” equivale a un puntaje de 1, “No es dañina y NO la consumo” tiene un puntaje de 2, cuando la respuesta es “Es dañina pero la consumo” el puntaje es 3 y en caso que la respuesta sea “Es dañina y por eso NO la consumo” se tendrá un puntaje de 4. Se sumaron los puntajes de las respuestas agrupadas en los 6 factores. El puntaje de cada factor se comparó con la tabla de escala de calificación y se determinó si dicho puntaje indicaba que ese factor representaba protección o riesgo. A estos resultados se les hizo el análisis para describir cuáles son los factores más presentes en los jóvenes.

Tabla 3.
Escala final de calificación del cuestionario

Factor	Protección	Riesgo
Malestar emocional	0 – 4	5 – 13
Satisfacción con relaciones interpersonales	0 – 4	5 – 10
Preconceptos y valoración de las drogas	0 – 7	8 – 28
Espiritualidad	0 – 2	3 – 6
Permisividad y accesibilidad a las drogas	0 – 2	3 – 8
Habilidades sociales y Autocontrol	0 – 3	4 – 7
Total escala	6 – 37	38 – 71

Fuente: Salazar, Varela, Tovar y Caceres, 2006, p. 26. Modificado.

Consideraciones éticas.

En referencia a las consideraciones éticas se tuvo en cuenta la Resolución 8430 de 1993, en referencia al Título II, artículo 5, dicen que la investigación en los seres humanos donde este sea sujeto de estudio se predominar el respeto, la dignidad protección de sus derechos y bienestar (p. 2). También se manifiesta que la investigación se estableció en un riesgo mínimo según Título II, artículo 11, punto (Anexo. A) donde nos dice: investigación sin riesgo es donde los estudios emplean técnicas y métodos de investigación documental y donde no hay intervención o modificación biológica, fisiológica, psicológica o sociales en los participantes, “entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta” (p. 3).

De igual manera el artículo 14 nos habla del uso del Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, donde los jóvenes en la investigación dan autorización a la participación de esta. En conocimiento de lo que la investigación conlleva, y los jóvenes tienen libertad de elección si presión alguna (Ver Anexo 1).

Se manifiesta de igual manera la importancia del Código Deontológico del Psicólogo (2006) ley 1090. Donde en el Artículo 23. “El profesional está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razones del ejercicio de su profesión haya recibido información” (p. 11).

Por último, previo a iniciar la entrevista con los jóvenes se les informó que no se le harán devoluciones de los resultados obtenidos, Se les da un agradecimiento por su disposición, buena voluntad y participación frente al proyecto permitiendo conocer su experiencia con población drogodependiente, de igual manera, se les informo que las investigaciones podrán acceder a ella en el Repositorio de la Corporación Universitaria Minuto de Dios.

7. Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a través de la aplicación del Cuestionario de Factores de Riesgo y de Protección (Salazar, Varela, Tovar y Cáceres, 2006). Se exponen, a través de tablas, los resultados divididos por los 6 factores indicando los puntajes por participante y si dicho puntaje indica un factor de riesgo o protector, además se muestra la mediana del puntaje de los seis participantes, con el fin de encontrar si es un factor de riesgo a nivel grupal. Se aclara que se usó la mediana y no el promedio debido a que no son resultados generalizables con otras poblaciones.

Factor 1.

Malestar emocional.

Participante	Puntaje	Factor
1	4	Protección
2	11	Riesgo
3	9	Riesgo
4	12	Riesgo
5	3	Protección
6	11	Riesgo
Mediana	10	Riesgo

Fuente: Construcción propia

Aquí se evidencia que la mayoría de los participantes cuentan con un factor de riesgo en relación al malestar emocional. Esto implica que no tienen herramientas para afrontar las emociones y sentimientos negativos, convirtiéndose en un aspecto que aumenta la posibilidad de consumir SPA.

Además, cabe mencionar que es el segundo factor de riesgo de mayor prevalencia después de Preconceptos y valoración de las drogas, y en este sentido es también un factor de riesgo grupal.

Factor 2.

Satisfacción en las relaciones inter personales con sus iguales y padres.

Participante	Puntaje	Factor
1	0	Protección
2	2	Protección
3	1	Protección
4	5	Riesgo
5	1	Protección
6	1	Protección
Mediana	1	Protección

Fuente: Construcción propia.

Es este caso, la satisfacción en las relaciones interpersonales representa más un factor protector que de riesgo. Esto significa que casi todos los participantes perciben a sus allegados (familia y amigos) como personas cercanas en las que pueden confiar y que les pueden dar apoyo en las dificultades. Si bien hay un participante en quien este factor es un riesgo, a nivel grupal representa un factor protector.

Factor 3.

Preconceptos y valoración de las drogas.

Participante	Puntaje	Factor
1	18	Riesgo
2	15	Riesgo
3	20	Riesgo
4	18	Riesgo
5	18	Riesgo
6	18	Riesgo
Mediana	18	Riesgo

Fuente: Elaboración propia.

Como se puede ver, este es el mayor factor de riesgo, tanto a nivel grupal como a nivel particular de cada participante. La puntuación obtenida indica que la percepción sobre las drogas, así como la gravedad atribuida al consumo, resultan siendo aspectos que promueven su consumo.

Factor 4.

Espiritualidad.

Participante	Puntaje	Factor
1	1	Protección
2	1	Protección
3	1	Protección
4	2	Protección
5	1	Protección
6	1	Protección
Mediana	1	Protección

Fuente: Elaboración propia.

Este es el factor de protección con mayor prevalencia. En ese sentido, significa que todos los participantes cuentan con uno o varios actos espirituales, en decir que es la estrategia más utilizada para afrontar las problemáticas, y disminuye la tendencia a consumir.

Factor 5.

Permisividad social y accesibilidad a las drogas

Participante	Puntaje	Factor
1	2	Protección
2	3	Riesgo
3	1	Protección
4	2	Protección
5	1	Protección
6	2	Protección
Mediana	2	Protección

Fuente: Elaboración propia.

En este factor, así como sucedió en el Factor 2, se encuentra un solo participante en quien este aspecto representa un factor de riesgo. Para los demás es un factor protector, lo que

evidencia que no existe una influencia social suficientemente fuerte para que los participantes se vean obligados a consumir SPA solo por estar con sus pares. A nivel grupal se corrobora que este es un factor que representa protección.

Factor 6.

Habilidades sociales y de autocontrol.

Participante	Puntaje	Factor
1	3	Protección
2	2	Protección
3	5	Riesgo
4	3	Protección
5	4	Riesgo
6	3	Protección
Mediana	3	Protección

Fuente: Elaboración propia.

En este último factor se encuentra nuevamente que para la mayoría de los participantes es un factor protector. Desde una lectura grupal, también se considera un factor protector, pero está cerca del límite para ser factor de riesgo. Se puede interpretar que la mayoría de los participantes afronta adecuadamente las situaciones cotidianas, sin suficiente preocupación o frustración para buscar en el consumo de SPA una forma de sentirse mejor.

Habiendo revisado de forma individual cada factor, ahora se presenta una visión general de los factores, considerando, a partir de la mediana, si a nivel grupal este factor representa más riesgo o protección.

Factor	Mediana	Factor
Malestar emocional	10	Riesgo
Satisfacción en las relaciones interpersonales con sus iguales y padres	1	Protección
Preconceptos y valoración de las drogas	18	Riesgo
Espiritualidad	1	Protección
Permisividad social y accesibilidad a las drogas	2	Protección

Habilidades sociales y de autocontrol	3	Protección
---------------------------------------	---	------------

Fuente: Elaboración propia.

Aquí se ve de forma más concreta que los participantes presentan más factores protectores que factores de riesgo. Ahora bien, teniendo en cuenta que los participantes son policonsumidores al momento de aplicárseles el cuestionario, cabe interpretar que los factores de riesgo son suficientemente fuertes para mantener la conducta de consumo, mientras que los factores protectores no tienen la fuerza suficiente para frenar la conducta, aunque es posible que sí la disminuya.

8. Discusión

En este apartado se encuentra una confrontación de los resultados del presente estudio. En primer lugar, entre los 6 factores, con base en la teoría de Salazar, Varela, Tovar y Caceres (2006); y posteriormente, con los resultados de otras investigaciones, definiendo si están de acuerdo o no, y buscando posibles explicaciones para los resultados que no estén de acuerdo.

Para comenzar, se evidenció en los participantes del presente estudio dos factores de riesgo y 4 factores protectores. Esto indica que el malestar emocional, en conjunto con el preconcepto y valoración de las drogas, son factores que promueven la conducta de consumo, mientras que la satisfacción con las relaciones interpersonales, la espiritualidad, permisividad social y accesibilidad a las drogas, y habilidades sociales y de autocontrol son factores que disminuyen la tendencia a la conducta de consumo.

Considerando lo anterior, surge la pregunta por qué es lo que hace que habiendo menos factores de riesgo, la conducta de consumo se mantenga. En primer lugar, se puede entender que la conducta de consumo no se debe a dificultades para afrontar asuntos cotidianos en la mayoría de los casos, ni a una influencia social, ni a la ausencia de actividades religiosas, ni a la ausencia de apoyo de sus amigos y padres. Por tanto, la conducta de consumo, según el cuestionario aplicado, se entendería por la ausencia de herramientas para afrontar las emociones negativas y las ideas asociadas a las drogas, así como la gravedad (o no gravedad) que relacionan a su consumo. En consecuencia, se estima que la carga psíquica derivada de las emociones negativas no resueltas es superior a la descarga lograda a través del apoyo recibido por amigos y familiares, o actividades religiosas, incluso a pesar de no incrementarse la intensidad de la carga psíquica por situaciones cotidianas porque tienen herramientas suficientes para afrontarlas, ni por la presión

social. Y en este caso, las ideas sobre las drogas resulta promoviendo el consumo como una forma eficaz de liberar la carga psíquica que tienen.

Para continuar, se hace una comparación de los resultados obtenidos en este estudio con los resultados de los antecedentes, en función de si están acordes o no. Las comparaciones corresponden los resultados de cada antecedente confrontados con los resultados de este estudio y, en los casos que aplicó, también con los resultados de otros antecedentes que se confirmen o contradigan.

En primer lugar, Morello, Pérez, Peña, Braun, Kollath, Thrasher, Sargent y Mejía (2017), encontraron que un índice alto de búsqueda de emociones es una variable que promueve el consumo de marihuana, paco o cocaína, lo cual es coherente con los resultados de Ramos y Garrote (2008), quienes indican que es la variable de personalidad que más influye en la aceptación de consumir drogas, tanto las legales como las ilegales; además, lo consideran el principal predictor de consumo de drogas.

En el estudio de Salazar, Varela, Tovar y Caceres (2006) se encuentra el factor Alteraciones Psicológicas. Los autores refieren al respecto que:

Estas alteraciones aparecen asociados con el consumo de drogas, puesto que constituyen una forma fácil y rápida para experimentar sensaciones placenteras, modificar los sentimientos asociados al malestar emocional, reducir los trastornos emocionales, mitigar la tensión y el estrés y afrontar los cambios y presiones del entorno por sus efectos sobre el sistema nervioso (p. 20)

Por consiguiente, es este factor el que está más relacionado a la búsqueda de emociones. Para efectos que la creación del Cuestionario de factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en jóvenes, los autores incluyeron este factor dentro del factor malestar emocional, el cual se encontró en el presente estudio como el segundo factor de riesgo según su prevalencia en el grupo. En este sentido, los resultados de los 3 estudios en cuestión están acordes en la idea de que este factor de riesgo está presente en los jóvenes consumidores o policonsumidores.

Ahora bien, Morello, Pérez, Peña, Braun, Kollath, Thrasher, Sargent y Mejía (2017), también hallaron el bajo control y soporte parental como una variable promotora del consumo de marihuana, paco o cocaína. Estos factores no pueden ser comparados con los factores del cuestionario usado en este trabajo, debido a que factores como satisfacción en las relaciones interpersonales con sus iguales y padres, así como habilidades sociales y de autocontrol, no se limitan solamente al ámbito parental, sino que incluyen a otros componentes de la sociedad.

Continuando con otro antecedente, Cid y Pedrão (2011) expresan que los participantes de su estudio demuestran como factores protectores los patrones de interacción y como factores de riesgo la falta de apoyo religioso y las dificultades de comunicación intrafamiliar. En relación a dichos factores se encuentra coherencia parcial con los resultados del presente estudio en tanto que las habilidades sociales y de autocontrol, así como la satisfacción con las relaciones interpersonales con sus iguales y padres, están presentes en los participantes como factores protectores, sin embargo, la comunicación intrafamiliar marca una diferencia con la satisfacción con las relaciones interpersonales con sus padres. De igual manera, el factor de espiritualidad no se asemeja, en tanto que el presente estudio revela la presencia de este factor como el mayor

protector presente, mientras que en estudio de Cid y Pedrão la ausencia de este factor se convierte en un factor de riesgo. La diferencia en la espiritualidad puede explicarse por el aspecto cultural, ya que Cid y Pedrão describen que solo un 10% de los participantes asegura que su familia tenga el hábito de asistir a un representante religioso. Ahora bien, respecto a la diferencia con la comunicación intrafamiliar, conviene especificar que en el presente estudio 1 de los 6 participantes tiene este factor como riesgo, y en las preguntas de comunicación con padres, se incluyen ambos. Respecto al estudio de Cid y Pedrão se indica que hay buena comunicación con la madre en un 63, 25%, mientras que con el padre hay buena comunicación solo en el 27%. Es posible que diferenciar entre la comunicación con el padre y con la madre sea la mejor explicación para la contradicción de los resultados hallados.

En el estudio de Cid y Pedrão también se muestran grado de adaptabilidad, modo de afrontamiento de los problemas, recursos de la familia y valores como factores protectores y el modo de enfrentar los problemas y la búsqueda de apoyo profesional como factores de riesgo. Por su parte, Salazar, Varela, Tovar y Caceres (2006) descartaron el factor habilidades de afrontamiento y enfrentamiento debido a que no era representativo en la población, y no consideraron los factores recursos de la familia y valores, el modo de enfrentar los problemas y la búsqueda de apoyo profesional.

Otro estudio, el de Becerra (2009), indica que un alto nivel de emoción expresada, principalmente referida a Criticismo o Comentarios Críticos, Hostilidad y Sobreimplicación Emocional, se relaciona con mayor posibilidad de consumo de SPA. En el presente estudio el factor que más se asemeja es la satisfacción con las relaciones interpersonales con los padres (solo con los padres, ya que el término emoción expresada se refiere solo al entorno familiar), sin

embargo, al no incluir a los iguales, no se puede hacer una comparación adecuada. Ahora bien, al comprender que “cuando la emoción expresada es alta se considera como un estresor crónico” (Becerra, 2009, p. 212), se entiende que a mayor emoción expresada, menor satisfacción con las relaciones interpersonales con los padres, y más riesgo de consumo. Por tanto, aunque no resulta concluyente en este caso, cabe preguntarse si los participantes muestran satisfacción con las relaciones interpersonales con sus iguales y los padres, ¿por qué se sostiene su conducta de consumo?

El resultado de la investigación de Chambilla (2011) expresa que el mayor factor de riesgo es la relación con amigos y padres consumidores. El factor mejor asociado a la relación con amigos y padres consumidores es permisividad y accesibilidad a las drogas, ya que es en este que se incluyen entornos sociales favorables hacia la idea del consumo de drogas. Esta asociación de factores no es coherente, ya que los participantes tienen este factor como protector, sin embargo, el consumo persiste. Para explicar esto se puede acudir a la pregunta si hay otro factor de riesgo que pueda ser suficientemente fuerte para sostener la conducta de consumo a pesar de los factores de protección.

Con referencia al estudio de Oviedo, Brands, Adlaf, Gierbrecht, Simich y Miotto (2009), se revela la presencia de factores protectores como el tiempo que la familia dedica a estar reunidos en el 98% y la relación de apoyo por parte de uno los padres en el 95%. De nuevo se encuentra que el factor protector relacionado presente en los participantes del presente estudio es la satisfacción con las relaciones interpersonales con los padres (sin considerar los iguales). Al igual que en la comparación con el estudio de Becerra (2009), surge la pregunta por la razón de

se mantenga el consumo a pesar de los factores protectores. Una posible respuesta puede darse con base en lo que afirman Oviedo, Brands, Adlaf, Gierbrecht, Simich y Miotto (2009): “Las familias deben asesorar adecuadamente a los hijos(as), antes de que se involucren con la drogadicción, en diferentes aspectos como ayudar en el proceso de obtener madurez emocional y enseñarles que existen muchas formas de solucionar los problemas” (p. 837). En este sentido, es importante reconocer que la satisfacción en las relaciones interpersonales con los padres no es garantía de que los padres asesoren a sus hijos como se propone en la cita.

Frente al estudio de Fernández (2010), se encuentra coherencia en la presencia satisfacción con sus amigos y satisfacción con su madre, como factores protectores. Además, en la presencia de riesgo percibido, disponibilidad percibida e información sobre las drogas, como factores de riesgo. Esto se traduce en satisfacción con las relaciones interpersonales con sus iguales y los padres, como factor protector, y el consumo de drogas se ve promovido por factores riesgo como los preconceptos y valoración de las drogas, así como la permisividad social y accesibilidad a las drogas. Otros factores protectores y de riesgo que Fernández encontró, no fueron tenidos en cuenta para la construcción del Cuestionario de factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en jóvenes de Salazar, Varela, Tovar y Caceres (2006).

El último estudio por confrontar es el de López y Rodríguez-Arias (2010), el cual halló que las habilidades sociales son el mayor factor de protección, además de la disponibilidad percibida de drogas también como factor de protección, resultados acordes a los del presente estudio. No obstante, la religiosidad tuvo un nivel muy bajo, lo cual indica un resultado no acorde al presente estudio. No es posible determinar una explicación de esta contradicción, sin embargo,

en estudios anteriores se ha visto que se puede deber a al entorno familiar y/o social en que se vive.

9. Conclusiones

De acuerdo con los objetivos planteados, se llega a las siguientes conclusiones:

- Los factores de riesgo predominantes son Preconceptos y valoración de las drogas, y Malestar Emocional.
- Los factores de protección encontrados corresponden: a Satisfacción con relaciones interpersonales, Espiritualidad, Permisividad y accesibilidad a las drogas, y Habilidades sociales y Autocontrol.
- A pesar de haber más factores de protección que de riesgo, estos últimos son suficientemente fuertes para sostener el hábito del consumo de SPA.
- Es posible que haya otros factores de riesgo que promuevan el hábito de consumo de SPA, sin embargo, el cuestionario utilizado evalúa pocos factores en comparación con los antecedentes.

10. Recomendaciones

- En próximas investigaciones, sería útil entender la relación que existe entre los factores protectores y de riesgo con el consumo evidenciable, aclarando si en las personas que consumen, los factores protectores juegan un papel en la disminución de la frecuencia y/o cantidad de droga consumida.
- En próximas investigaciones sobre factores de riesgo y de protección conviene evaluar más factores, ya que así se puede tener mayor claridad de posibles variables que modifiquen los resultados de una investigación a otra.

Referencias

- Agustí, F. (2013) SER Historia: 'Las drogas y su origen'. cadenaser.com
https://cadenaser.com/programa/2013/06/14/ser_historia/1371165434_850215.html
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (Quinta edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
Recuperado de: <http://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Becerra, J. A. (2009) Emoción expresada familiar y uso de drogas en jóvenes. Salud y Drogas, Vol. 9 Núm. 2, DOI: <https://doi.org/10.21134/haaj.v9i2.45>
- Bernal, C. A. (2010) Metodología de la investigación: administración, economía, humanidades y ciencias sociales. Tercera Edición. Pearson Educación, Colombia. ISBN: 978-958-699-128-5
- Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M. y Tovar, J. (2007) Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. Univ. Psychol. Bogotá (Colombia) 5 (3): 521-534, ISSN 1657-9267. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a08.pdf>
- Castaño, G. A. y Jaramillo, C. A. (2014) Consumo de drogas y ludopatía en el municipio de Envigado. Fondo Editorial Fundación Universitaria Luis Amigó, Colombia. ISBN: 978-958-8399-78-2. Recuperado de: <https://www.envigado.gov.co/secretaria->

salud/SiteAssets/010_ACORDEONES/DOCUMENTOS/2016/10/Consumo%20de%20drogas%20y%20ludopat%C3%ADa.pdf

Chambilla, L. F. (2011) Consumo de drogas y su relación con factores de riesgo en adolescentes de educación secundaria de la Institución Educativa Mariscal Cáceres Distrito Cuidad Nueva Tacna -2011. Tesis de grado, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann - Tacna, Perú. Recuperado de: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/315>

Cid-Monckton, P., & Pedrão, L. J. (2011). Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(spe), 738-745. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000700011>

Congreso de Colombia (2006) Ley 1090 de 2006. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Colombia. Recuperado de: https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Archivos_de_usuario/Documentos/Documentos_Investigacion/Docs_Comite_Etica/Ley_1090_2006_-_Psicologia_unisabana.pdf

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. <http://doi.org/10.17081/psico.20.38.2552>

Cornejo, L.; Gallardo, F. y Mege, P. (1991) La carne de los dioses: Psicoactivos en América. *Revista Universitaria* N. 33, segunda entrega, 1991.

- Fernández, P. (2010) Estudio de los factores de riesgo y protección del consumo de sustancias en adolescentes. Tesis doctoral, Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares. Recuperado de:
<https://ebuah.uah.es/dspace/handle/10017/9003>
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>
- Gálligo, F. (2007). Drogas: Conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo. *Barc Sn*. Recuperado de:
https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=clasificaci%C3%B3n+DROGAS&btnG=
- Gobernación de Antioquia (2020) comité departamental de prevención en drogas de Antioquia, Recuperado de: <https://www.dssa.gov.co/index.php/historico-noticias/item/768-el-comite-departamental-de-prevencion-en-drogas-de-antioquia>
- Gobierno Nacional de la República de Colombia (2010) Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en conflicto con la ley en Colombia. Armada digital e impresión: Alvi Impresores Ltda. ISBN 978-958-98840-9-6. Recuperado de:
https://www.unodc.org/documents/colombia/2013/septiembre/Estudio_Consumo_Adolescentes_en_Conflicto_2009.pdf
- González, M. del P., y Rey, L. (2006) La escuela y los amigos: factores que pueden proteger a los adolescentes del uso de sustancias adictivas. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, vol. 11, núm. 1, enero-junio, 2006, pp. 23-37 Consejo Nacional para la Enseñanza en

Investigación en Psicología A.C. Xalapa, México. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/292/29211102.pdf>

Hernández, R., Fernández, C. F. y Baptista, P. (2014) Metodología de la investigación. Sexta Edición. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. ISBN: 978-1-4562-2396-0.

Kamieński, Ł. (2016). elboomeran. Recuperado de:

http://www.elboomeran.com/upload/ficheros/obras/las_drogas_en_la_guerra.pdf

López, S., Rodríguez-Arias, L. (2010) Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. Universidad de OviedoOviedo, España. Psicothema, vol. 22, núm. 4, 2010, pp. 568-573. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72715515007>

Medina, N. y Ferriani, M. das G. (2010) Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en un municipio de Colombia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2010, vol.18, n.spe, pp.504-512. ISSN 1518-8345. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000700004>.

MinJusticia (s.f.) Alerta informativa sobre nueva sustancia psicoactiva. Bogotá, Colombia

Recuperado de:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjJ19eG2cjsAhVoqlkKHZZvAgwQFjAAegQIBBAC&url=http%3A%2F%2Fwww.odc.gov.co%2FPortals%2F1%2FInfografia%2Fdescargas%2FAlerta25394.doc&usg=AOvVaw1FuBUcwHYSZZVdDaXMJL_Y

Ministerio de Protección Social de Colombia (2017) Plan nacional para la promoción de la salud, la prevención, y la atención del consumo de sustancias psicoactivas 2014–2021. Colombia.

Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/plan-nacional-consumo-alcohol-2014-2021.pdf>

Ministerio de Salud de Colombia (2018) Consumo de drogas es un tema de salud mental.

[minsalud.gov.co, https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Consumo-de-drogas-es-un-tema-de-salud-mental.aspx](https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Consumo-de-drogas-es-un-tema-de-salud-mental.aspx)

Ministerio de Salud de Colombia (1993) Resolución 8430 de 1993 Por la que se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

COLOMBIA. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Moral, M. V. y Ovejero, A. (s.f.) Actitudes ante el consumo de sustancias psicoactivas y mentalidades del usuario en adolescentes de secundaria, Universidad de Oviedo. Facultad de Psicología. Plaza Feijóo. Valladolid, España. Recuperado de: <https://info.uned.es/cagijon/web/actividades/publica/entemu03/a6.pdf>

Morello, P., Pérez, A., Peña, L., Braun, S.N., Kollath, C., Thrasher, J.F., Sargent, J., y Mejía, R. (2017) Factores de riesgo asociados al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en adolescentes escolarizados de tres ciudades de Argentina. Arch Argent

Pediatr2017;115(2):155-159. Recuperado de:

https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/files_cb_morello_23-2-17pdf_1487870638.pdf

Mosquera M., Julio César; Artamónova, Irina; Mosquera A., Víctor Samuel Consumo de sustancias psicoactivas en la Universidad Tecnológica de Pereira, Colombia Investigaciones Andina, vol. 13, núm. 22, abril-septiembre, 2011, pp. 194-210 Fundación Universitaria del Área Andina Pereira, Colombia. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/>

Organización Mundial de la Salud. (2004). Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas. Maryland, EE.UU: Signature Book Printing.

https://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf?ua=1

Oviedo, R. J.; Brands, B., Adlaf, E., Gierbrecht, N., Simich, L., Miotto, M. da G., (2009) Factores de protección relacionado al uso de drogas ilícitas: perspectiva crítica de familiares y personas cercanas a los usuarios de drogas, en la Ciudad de Guayaquil, Ecuador. Universidade de São Paulo, Brasil, Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol. 17, pp. 831-837. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421913012>

Peñafiel, E. (2009) Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes.

Pulso, 32. 147-173. ISSN: 1577-0338. Recuperado de:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiZzIqo3cjsAhWkxVkkHXmEBpkQFjAAegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F3130577.pdf&usg=AOvVaw25_Sxd4kmj0wEuUYSUPzw8

Ramos, V. y Garrote, G., (2008) La variable de personalidad búsqueda de sensaciones como factor de riesgo en el consumo de drogas. Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia, Adolescencia y Mayores Badajoz, España International Journal of Developmental and Educational Psychology, vol. 4, núm. 1, 2008, pp. 169-178.

Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832319017>

Redolar, D. (2008) Cerebro y Adicción. Editorial UOC, Barcelona. ISBN: 978-84-9788-747-2.

Recuperado de:

https://books.google.com.co/books/about/Cerebro_y_adicci%C3%B3n.html?id=WTzLYyEkVj0C&redir_esc=y

Salazar, I. C., Varela, M. T., Tovar, J. R., Cáceres, D. E. (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. Recuperado de:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552006000200003&lng=en&tlng=es. Acta Colombiana de Psicología,

Sampieri R. (2003). Desarrollo de la perspectiva teórica: revisión de la literatura y construcción del marco teórico. En metodología de la investigación (71). México D.F.: Edificio Punta Santa Fe. Recuperado de: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

Scoppetta, O. (2010) Consumo de drogas en Colombia: características y tendencias. Editora Guadalupe S.A. Bogotá D.C. ISBN978-958-9463-39-0 Recuperado de:

<http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03102010-consumo-drogas-colombia-caracteristicas-tendencias-.pdf>

Varela, M. T., Salazar, I. C., Cáceres, D. E., Tovar, J. R. (2007) Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: factores psicosociales asociados. *Pensamiento Psicológico*, vol. 3, núm. 8, enero-junio, 2007, pp. 31-45. Pontificia Universidad Javeriana. Cali, Colombia. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/801/80130804.pdf>

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado.

Consentimiento Informado

El propósito de este documento de consentimiento es brindar a los participantes en esta actividad, una explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella.

El presente ejercicio hace parte del trabajo final del trabajo de grados, correspondiente al nivel opción de grados 2 del programa de psicología de la Corporación Universitaria Minuto de Dios. Se le realizará un cuestionario, en la que se recogerá información general y datos personales que permitan la conceptualización de un caso clínico. Dicha prueba NO generará un proceso clínico ni intervención alguna de carácter psicoterapéutico. Se trata, única y exclusivamente, de un ejercicio académico con fines formativos.

Su participación es estrictamente voluntaria. Por lo tanto, pueden retirarse en el momento que desee. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de la actividad. Su manejo será con total cuidado de no generar consecuencias negativas sobre los participantes. Los datos personales serán modificados con el fin de evitar su identificación.

Si tiene alguna duda sobre este trabajo, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Si alguna de las preguntas que se le hagan le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al estudiante o de no responderla.

De antemano le agradecemos su participación.

Firma del participante

Fecha

Anexo 2. Cuestionario de factores de riesgo.

Lea las siguientes frases y marque SÍ si está de acuerdo o NO si no está de acuerdo.		
Frase	SÍ	NO
1	Constantemente me siento aburrido.	
2	Tengo pensamientos que me fastidian	
3	Paso fácilmente de la tristeza a la alegría o al revés	
4	Me pongo triste fácilmente	
5	Me siento angustiado con frecuencia	
6	Tengo pensamientos repetitivos	
7	Tengo dificultad para relajarme	
8	Me preocupo en exceso	
9	Me irrito con facilidad.	
10	Ha habido ocasiones en las que he sentido ganas de rebelarme contra personas de autoridad, incluso sabiendo que ellos tenían la razón	
11	Me preocupo cuando rompo una regla	
12	Pienso mucho antes de actuar	
13	Evito preguntar por temor a hacer el ridículo	
14	Prefiero ceder para evitar problemas con otras personas	
15	Me siento molesto cuando las cosas no salen a mi manera	
16	Evito herir los sentimientos de alguien a propósito	
17	Me enoja cuando la gente me hace esperar	
18	Me relajo	
19	Me tensiono fácilmente	
20	Generalmente no sé cómo actuar cuando alguien se enoja conmigo	
21	Me siento muy afectado por mis problemas	
22	Creo que existe una fuerza espiritual que puede ayudarme con mis problemas	
23	Me ayuda rezar o meditar	
24	He tenido experiencias espirituales o religiosas importantes en mi vida	
25	Tengo fe en un poder más grande que yo	
26	No soy una persona religiosa	
27	Me apoyo en la religión cuando tengo problemas	
28	Cuando se bebe en exceso se hace el ridículo.	

29	Consumir drogas es normal entre los jóvenes		
30	Mis amigos incluyen trago, cigarrillo o drogas en las actividades que realizamos		
31	Los amigos con los que ando piensan que está mal drogarse		
32	Siento la necesidad de consumir alcohol o drogas cuando estoy en un bar, discoteca u otro sitio de ambiente		
33	Mi primera opción para una salida con mis amigos es un sitio donde pueda tomar o consumir drogas.		
34	Para las personas de mi edad es difícil conseguir drogas		
35	Me siento satisfecho con mis amistades		
36	Consigo amigos fácilmente		
37	Mis amigos me ayudan a enfrentar mis problemas		
38	Hay personas a quienes yo les importo		
39	Cuento con alguien para hablar si lo necesito		
40	Le agrado a otras personas de mi edad		
41	Mis amigos me tienen en cuenta para las actividades que realizan		
42	Disfruto compartiendo actividades de recreación con mis amigos		
43	Consulto a alguno de mis padres sobre asuntos de mi vida personal		
44	Alguien de mi familia ha tenido problemas emocionales* (por ejemplo: depresión, ansiedad)		
Lea las siguientes frases y marque la opción que más describa su realidad			
Frase		R	Opciones
45	Con respecto al alcohol, pienso que		No es dañino y lo consumo
			No es dañino y NO lo consumo
			Es dañino pero lo consumo
			Es dañino y por eso NO lo consumo
46	Con respecto a los opiáceos (heroína, opio, morfina, metadona, codeína), pienso que		No son dañinos y los consumo.
			No son dañinos y NO los consumo.
			Son dañinos pero los consumo
			Son dañinos y por eso NO los consumo
47			No son dañinos y los consumo.

	Con respecto al cigarrillo y al tabaco, pienso que		No son dañinos y NO los consumo
			Son dañinos pero los consumo
			Son dañinos y por eso NO los consumo
48	Con respecto a la coca (basuco, cocaína, base libre y crack), pienso que		No es dañina y la consumo
			No es dañina y NO la consumo
			Es dañina pero la consumo
			Es dañina y por eso NO la consumo
49	Con respecto a la marihuana, pienso que		No es dañina y la consumo
			No es dañina y NO la consumo
			Es dañina pero la consumo
			Es dañina y por eso NO la consumo
50	Con respecto al éxtasis, LSD, polvo de ángel, hongos o peyote, pienso que		No son dañinos y los consumo.
			No son dañinos y NO los consumo
			Son dañinos pero los consumo
			Son dañinos y por eso NO los consumo