

**Consumo de Sustancias psicoactivas y su relación con características sociodemográficas, familiares y de personalidad en estudiantes de un centro de formación tecnológica de carácter público – Instituto Tecnológico Metropolitano (ITM) Medellín, 2016.**

**Juan Carlos Velásquez Correa**



**Facultad Nacional de Salud Pública**

**“Héctor Abad Gómez”**

**Medellín**

**2017**

**Consumo de Sustancias psicoactivas y su relación con características sociodemográficas, familiares y de personalidad en estudiantes de un centro de formación tecnológica de carácter público – Instituto Tecnológico Metropolitano (ITM) Medellín, 2016.**

**Juan Carlos Velásquez Correa**

**Trabajo de Grado para optar al título de Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud**

**Asesor**

**Sandra Milena Rueda Ramírez  
Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud  
Magister en Epidemiología**



**Facultad Nacional de Salud Pública**

**“Héctor Abad Gómez”**

**Medellín**

**2017**

**Agradecimientos a mis familiares,  
Amigos y docentes que contribuyeron  
A lograr mí meta.**

## Tabla de Contenido.

	Pág.
1. Introducción .....	12
2. Planteamiento del problema.....	15
3. Justificación .....	19
3.1 Aporte desde la Gerencia de Sistemas de Información en Salud. ....	20
4. Objetivos.....	21
4.1 Objetivo General .....	21
4.2 Objetivo Específico.....	21
5. Marco conceptual o estado del arte.....	22
5.1 Sustancias psicoactivas o drogas psicoactivas .....	22
5.2 Clasificación de las drogas.....	24
5.2.1 Según sus efectos físicos y Psicológicos. ....	24
5.2.2 Según su grado de dependencia.....	25
5.2.3 Según su uso médico .....	25
5.2.4 Según su origen .....	26
5.2.5 Según su forma de uso .....	26
5.2.6 Según su legalidad.....	26
5.2.7 Clasificación y definición de las drogas según su efecto .....	27
5.2.7.1 Alcohol.....	27
5.2.7.2 Nicotina .....	28
5.2.7.3 Marihuana o cannabis .....	29
5.2.7.4 Opiáceos .....	29
5.2.7.5 Heroína (Diacetilmorfina).....	29
5.2.7.6 Inhalantes.....	29
5.2.7.7 Nitrito de Amilo (Poppers) .....	30
5.2.7.8 Cocaína .....	30
5.2.7.9 Metilenedioximetanfetamina (MDMA) o Éxtasis .....	30
5.2.7.10 Dietilamina del Ácido Lisérgico (LSD) .....	31
5.3 Motivaciones para el consumo de drogas .....	31
5.3.1 Motivaciones individuales (desde lo singular). ....	32

5.3.2 Motivaciones relacionadas con la presión de grupo (desde lo particular).	32
5.3.3 Motivaciones sociales (desde lo general).	33
5.3.4 Factores de riesgo para el consumo y dependencia a drogas.	33
5.3.5 Factores individuales (desde lo singular).	33
5.3.6 Factores de riesgos familiares y sociales (desde lo general).	35
5.3.7 En el ambiente escolar como factor de riesgo (desde lo particular).	36
5.4 Panorama a nivel general del consumo de SPA	40
5.5 Situación de consumo en Colombia	41
5.6 Consumo de SPA en Antioquia y Medellín	42
5.7 Personalidad	43
5.7.1 Rasgo de personalidad: aproximación conceptual	44
5.7.2 Teorías de la personalidad	45
5.7.2.1 Teoría psicodinámica de la personalidad	45
5.7.2.2 Teoría fenomenológica de la personalidad	45
5.7.2.3 Teoría de los rasgos	46
5.7.2.4 Teoría conductual de la personalidad	46
5.7.3. Inventario NEO-FFI	48
5.7.4 Rasgos de personalidad y consumo de sustancias	49
5.8 La familia	50
5.8.1 Teorías del funcionamiento Familiar	51
5.8.1.1 La Teoría General de Sistemas	51
5.8.1.2 La Teoría Estructural del Funcionamiento Familiar	51
5.8.1.3 La Teoría Interaccional de la Comunicación	52
5.8.1.4 La Teoría del Desarrollo Evolutivo	52
5.8.1.5 El Modelo Circumplejo de Sistemas Familiares	52
5.8.2 tipos de familia	53
5.8.3 Vulnerabilidad y adaptabilidad familiar	53
5.8.4 Relación del funcionamiento familiar y el consumo de SPA	54
5.9 Marco Legal	55
5.10 Sistema de educación	57
5.10.1 Sistema de educación en Colombia	58

5.11 Generalidades del ITM .....	60
6. Metodología .....	61
6.1 Tipo de estudio .....	61
6.2 Población y muestra .....	61
6.3 Criterios de elegibilidad .....	62
6.4 Variables .....	62
6.5 Técnica e instrumentos .....	62
6.5.1 APGAR familiar .....	63
6.5.2 Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.).....	64
6.5.3 Inventario de los Cinco Factores NEO-FFI.....	67
6.5.4 La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) .....	68
6.6 Plan de Recolección.....	70
6.7 Plan de análisis .....	70
6.7.1 Manejo de los datos en forma detallada.....	72
6.8. Control de sesgos .....	77
7. Consideraciones éticas.....	78
8. Resultados .....	79
8.1 Caracterización sociodemográfica, escolares, familiares y de rasgos personalidad de los estudiantes del Instituto Tecnológico Metropolitana –ITM..	79
8.2 Estadísticos descriptivos para las variables cuantitativas en los estudiantes del ITM. ....	85
8.3 Prevalencias del consumo de sustancias Psicoactivas de los estudiantes en formación tecnológica del ITM-Medellín 2016.....	86
8.4 Descripción de las características relacionadas con condiciones sociodemográficas, escolares, familiares y de personalidad en los en los estudiantes en formación tecnológica y el consumo de SPA. ITM - Medellín, 2016. ....	94
8.5 Regresión logística para el consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes en formación tecnológica ITM - Medellín, 2016.....	102
9. Discusión .....	105
10. Conclusiones .....	114
11. Limitaciones .....	115
12. Referencias .....	116

13. Anexos.....	129
13.1 Anexo 1. Diccionario de datos.....	129
13.2 Anexo 2. Ruta de atención en salud.....	170
13.3 Anexo 3: Distribución porcentual de las variables multicatóricas que fueron transformadas en variable Dummies en los estudiantes de formación tecnológica del ITM-Medellín, 2016.....	172
13.4 Anexo 4: Resultados de la tolerancia en modelos de regresión logística.	174

## Lista de tablas.

	Pág.
<b>Tabla 1.</b> Principales efectos nocivos por uso de sustancias psicoactivas.....	18
<b>Tabla 2.</b> Teorías explicativas de la experiencia con el uso de sustancias.....	25
<b>Tabla 3.</b> Factores de riesgo y factores protectores desde los diversos ambientes.....	29
<b>Tabla 4.</b> Factores y escalas del NEO-PI-R con su respectiva descripción.....	39
<b>Tabla 5.</b> Marco legal del consumo de sustancias psicoactivas a nivel mundial y Nacional.....	43
<b>Tabla 6.</b> El siguiente cuadro describe los componentes del APGAR, y las preguntas pertinentes para cada ítem.....	50
<b>Tabla 7.</b> Calificación del funcionamiento familiar.....	50
<b>Tabla 8.</b> Características psicométricas del instrumento de evaluación de las relaciones intrafamiliares.....	51
<b>Tabla 9.</b> Reactivos que integran cada dimensión de la escala E.R.I.....	52
<b>Tabla 10.</b> Conformación de los grupos con puntajes altos y bajos a partir de la distribución de frecuencias.....	52
<b>Tabla 11.</b> Valoración del NEO-FFI según sus dimensiones y descripción.....	53
<b>Tabla 12.</b> Claves de corrección del NEO-FFI .....	54
<b>Tabla 13.</b> Significado de las puntuaciones de riesgo.....	54
<b>Tabla 14.</b> Puntuación de riesgo del ASSIST.....	55
<b>Tabla 15.</b> Total de registros por área de formación recolectados en los estudiantes de formación tecnológica ITM-Medellín, 216.....	59
<b>Tabla 16.</b> Distribución de frecuencias según variables sociodemográficas de los estudiantes en programas tecnológicos ITM- Medellín, 2016.....	63
<b>Tabla 17.</b> Distribución de frecuencias según variables familiares de los estudiantes en programas tecnológicos ITM- Medellín, 2016.....	66
<b>Tabla 18.</b> Distribución de frecuencias según rasgos de personalidad de los estudiantes en programas tecnológicos ITM- Medellín, 2016.....	68
<b>Tabla 19.</b> Estadísticos descriptivos para las variables cuantitativas de los estudiantes en programas tecnológicos ITM- Medellín, 2016.....	69
<b>Tabla 20.</b> Prevalencia de consumo en los últimos tres meses de los estudiantes en formación tecnológica ITM-Medellín, 2016.....	71
<b>Tabla 21.</b> Prevalencia de sentir un fuerte deseo o ansias de consumir SPA en los últimos tres meses, por parte de los estudiantes en formación tecnológica Medellín-ITM, 2016.....	71



<b>Tabla 22.</b> Prevalencia de los problemas de salud, sociales, legales, o económicos causados por el consumo de SPA en los últimos tres meses en los estudiantes en formación tecnológica Medellín-ITM, 2016.....	72
<b>Tabla 23.</b> Prevalencia de dejar de hacer lo que habitualmente se esperaba de los estudiantes en formación tecnológica a causa del consumo de SPA en los últimos tres meses. Medellín-ITM, 2016.....	73
<b>Tabla 24.</b> Preocupación por los hábitos de consumo de los estudiantes en formación tecnológica por parte de un amigo, familiar o alguien más, ITM-Medellín, 2016.....	73
<b>Tabla 25.</b> Intención de los estudiantes en formación tecnológica ITM-Medellín 2016, en reducir o eliminar alguna vez el consumo de SPA.....	74
<b>Tabla 26.</b> Prevalencia de consumo de al menos una vez de droga por vía inyectada por parte de los estudiantes en formación tecnológica ITM-Medellín, 2016.....	75
<b>Tabla 27.</b> Distribución de frecuencias de las sustancias psicoactivas según nivel de riesgo en los estudiantes matriculados en programas tecnológicos ITM - Medellín, 2016.....	75
<b>Tabla 28.</b> Descripción de las características relacionadas con condiciones sociodemográficas en los estudiantes en formación tecnológica y el consumo de SPA. ITM-Medellín, 2016.....	77
<b>Tabla 29.</b> Descripción de las características relacionadas con condiciones escolares en los estudiantes en formación tecnológica y el consumo de SPA. ITM-Medellín, 2016.....	78
<b>Tabla 30.</b> Descripción de las características relacionadas con condiciones familiares en los estudiantes en formación tecnológica y el consumo de SPA. ITM-Medellín, 2016.....	80
<b>Tabla 31.</b> Descripción de las características relacionadas con rasgos de personalidad en los estudiantes en formación tecnológica y el consumo de SPA. ITM-Medellín, 2016.....	81
<b>Tabla 32.</b> Regresión logística para el consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes en formación tecnológica ITM - Medellín, 2016.....	82

## Listado de figuras.

	Pág.
<b>Figura 1.</b> Pasos para la calificación de la prueba E.R.I.....	52
<b>Figura 2.</b> Recategorización de variables de personalidad.....	59
<b>Figura 3.</b> Cuantificación de puntajes del instrumento Apgar familiar para medir funcionamiento de familia.....	60
<b>Figura 4.</b> Distribución porcentual de los hijos que tienen los estudiantes en programas tecnológicos ITM- Medellín, 2016.....	64
<b>Figura 5.</b> Distribución porcentual del trabajo los estudiantes en programas tecnológicos ITM- Medellín, 2016.....	64
<b>Figura 6.</b> Distribución porcentual del nivel máximo de educación de los estudiantes en programas tecnológicos ITM- Medellín, 2016.....	65
<b>Figura 7.</b> Distribución porcentual del Área de formación los estudiantes en programas tecnológicos ITM- Medellín, 2016.....	65
<b>Figura 8.</b> Distribución porcentual del rendimiento académico de los estudiantes en programas tecnológicos ITM- Medellín, 2016.....	65
<b>Figura 9.</b> Distribución porcentual del proyecto de vida para los últimos 5 años de los estudiantes en programas tecnológicos ITM- Medellín, 2016.....	67
<b>Figura 10.</b> Distribución porcentual del funcionamiento familiar de los estudiantes en programas tecnológicos ITM- Medellín, 2016.....	68
<b>Figura 11.</b> Distribución porcentual de consumir algunas vez en la vida, algún tipo de Sustancias psicoactiva por parte de los estudiante en formación tecnológica ITM-Medellín, 2016.....	69
<b>Figura 12.</b> Distribución porcentual del Consumo de SPA según sexo de los estudiantes en programas tecnológicos ITM- Medellín, 2016.....	70
<b>Figura 13.</b> Distribución porcentual del tipo de sustancias que han consumido a lo largo de la vida los estudiantes en formación tecnológica ITM-Medellín, 2016.....	70

## Resumen.

El consumo de sustancias psicoactivas en población adolescente es percibido como un fenómeno social que afecta de manera directa a los adolescentes; ante su efectos sociales se constituye como una amenaza para la salud pública por las diferentes consecuencias negativas que genera en los ámbitos biológico, físico, emocional y psicológico.

**Objetivos:** explorar la relación del consumo de sustancias psicoactivas con las características sociodemográficas, familiares y de personalidad en estudiantes de un centro de formación tecnológica de carácter público – Instituto Tecnológico Metropolitano (ITM) Medellín, 2016

**Metodología:** estudio observacional, transversal retrospectivo. El proyecto hace parte de un estudio macro “Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados en estudiantes del ITM. Medellín, 2016”. Los datos obtenidos serán el insumo para el desarrollo del objetivo principal del proyecto en mención, trabajando con información secundaria con un total de 891 registros. Se trabajó con los instrumentos ASSIT, APGAR Familiar, NEO-FFI, ERI y variables sociodemográficas. Se realizaron análisis descriptivos, cálculo de prevalencias, prueba Chi-cuadrado de independencia, regresión logística para identificar posible asociación de las variables con el consumo de sustancias psicoactivas, modelo explicativo.

**Resultados:** la prevalencia de consumo de SPA fue de 51,6%, donde el 72,6% eran hombres y el 27,4% mujeres. Con relación a la primera sustancia consumida en la vida por los estudiantes, se encontró que el alcohol ocupa la prevalencia más alta con un 49,7%, seguida del cannabis con el 32,5% y el tabaco 29,9%. Dentro de los factores asociados para el consumo se encontró la edad entre los 18 y 24 años (OR=2,72; IC95% 1,09 - 6,74), pertenecer al sexo masculino (OR=2,97; IC95% 2,11- 4,17), presentar una expresión intrafamiliar baja (OR=1,63; IC95% 1,12- 2,39). Otros factores que presentaron valores estadísticamente significativos pero no marcaron diferencias entre sus categorías fueron el estado civil, el estrato socioeconómico y el programa académico. Los rasgos de personalidad de los estudiantes del ITM, evidenciaron niveles altos de neuroticismo (62,7%), niveles intermedios y altos en apertura (67,1%) y niveles bajos y muy bajos en amabilidad (57,1%), responsabilidad (56,4%) y extroversión (41,7%). Frente a las variables familiares el 35,5% tienen un buen funcionamiento familiar y el 34,7% pertenecen a familias extensas.

**Conclusión:** se deben implementar procesos de intervención, desarrollando políticas públicas, programas y planes donde se vinculen diferentes actores en búsqueda del bienestar de los estudiantes en formación tecnológica del ITM.

**Palabras clave:** Prevalencia, consumo, factores de riesgo, estudiantes, Psicoactivas.

## 1. Introducción.

El consumo, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas representan a nivel mundial una carga importante para los individuos y la sociedad (1). Según la Organización mundial de la salud se estiman 450 millones de personas que sufren de problemas psicosociales o trastornos mentales con relación al consumo de sustancias psicoactivas(1).

El consumo de sustancias psicoactivas se presenta con mayor frecuencia en población adolescente, En esta etapa de la vida se pueden explicar ciertas características del periodo de evolución del ser humano, donde los estilos de vida marcan la relación entre el adolescente y las drogas, presentándose múltiples factores microsociales como estilos educativos inadecuados, falta de organización y clima familiar, consumo por parte de familiares y amigos, que representan factores del riesgo para llegar al consumo(2). El consumo es un importante fenómeno social que afecta de manera directa a los adolescentes, donde ante su alta disponibilidad se constituye como una amenaza para la salud pública por las consecuencias negativas que genera en los ámbitos biológico, físico, emocional y psicológico(3).

El consumo de sustancias psicoactivas a nivel mundial y en Colombia está en aumento, no sólo porque cada vez son más las personas que consumen, sino porque cada vez surgen sustancias diferentes que hacen más diverso el mercado ilegal(4); la situación de consumo en el país es intermedia frente a siete países suramericanos que usan la misma metodología para estimar el consumo en población general de 12 a 65 años, con cifras similares a las de Bolivia, superiores a las de Ecuador y Perú, e inferiores a las de Argentina, Chile y Uruguay(5).

Al presentarse aspectos como el creciente volumen de consumidores adolescentes y los tipos de sustancias que se producen, los Estados no tienen la capacidad para hacerle frente a esta situación que se considera un problema de salud pública en Suramérica y que debe conllevar a la formulación e implementación de políticas que propendan por el desarrollo de acciones de prevención para minimizar los riesgos potenciales, principalmente de la niñez y la adolescencia(6).

La prevalencia de sustancias psicoactivas presente en los estudiantes en formación tecnológica del ITM para el año 2016 fue de 51,6%, donde se considera como un factor de riesgo la edad entre los 18y 24 años, el pertenecer al sexo masculino y presentar una expresión intrafamiliar baja. Los rasgos de personalidad de los estudiantes del ITM, evidenciaron niveles altos de Neuroticismo, niveles

intermedios y altos en apertura y niveles bajos y muy bajos en amabilidad, responsabilidad y extroversión.

Este informe es el resultado de la investigación realizada en el Instituto Tecnológico Metropolitano (ITM) en el año 2016, en el marco del trabajo de grado del programa de Gerencia de Sistemas de Información en Salud, el cual evidencia la prevalencias del consumo de sustancias psicoactivas en población universitaria de educación tecnológica, además, confirma la existencia de factores de riesgo y factores de protección que están presentes y afectan la conducta del consumo de sustancias psicoactivas influenciada por factores familiares y de rasgos de personalidad, contribuyendo al conocimiento científico desde una realidad basada en datos epidemiológicos.

## 2. Planteamiento del problema.

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) se ha incrementado considerablemente en el mundo representando un problema de salud pública, lo cual se evidencia en el Informe Mundial sobre las Drogas – 2015 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimando que un total de 246 millones de personas consumieron drogas ilícitas, o una de cada 20 personas de edades comprendidas entre los 15 y 64 años, reflejándose un incremento de tres millones de personas con relación al informe del año anterior(7). La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) explican que la magnitud del problema mundial de las drogas se hace más evidente si se tiene en cuenta que 27 millones de ellos son consumidores problemáticos y 1,65 millones estaban infectados por VIH(7).

Los daños generados por el consumo problemático de drogas se reflejan en la pérdida de vidas valiosas y años productivos de muchas personas. En 2012 se informó de un total aproximado de 183.000 muertes relacionadas con las drogas (tasa de mortalidad de 40,0 muertes por millón) en la población entre 15 y 64 años(8) y se estimó para el año 2013 un aumento a 187.100 muertes, las cuales se relacionan a menudo a consecuencia de una sobredosis, pese a que dicha causa puede evitarse(7).

Según un estudio realizado en el año 2012 por las Naciones Unidas se reportó que el número de nuevas sustancias psicoactivas en los Estados miembros del programa contra la droga se incrementó de 166 a finales de 2009 a 251 a mediados de 2012, un aumento de más del 50%, donde por primera vez se supera el número de sustancias bajo el control y fiscalización internacional que es de 234(8). Frente a lo anterior, las drogas ilegales de mayor consumo son el cannabis con una prevalencia anual entre 2,6% y el 5,05, seguido de opioides (entre 0,6% y 0,8%), opiáceos (entre 0,3 y 0,5), cocaína (entre 0,3 y 0,4), estimulantes de tipo anfetamínico (entre 0,3 y 1,2) y éxtasis (entre 0,2 y 0,6)(9).

A nivel latinoamericano y según un estudio realizado en universidades privadas en México, se encontró que la marihuana es la droga de mayor consumo en la vida con el 38,12%; en segundo lugar se sitúan los antidepresivos, el hachís, tranquilizantes, cocaína y LSD(10). En Nicaragua, un estudio con jóvenes universitarios arrojó que el 52,1% de los participantes ha usado sustancias psicoactivas (SPA) alguna vez en su vida, donde el 80,3% corresponde al alcohol, 34,2% tabaco, 5,9% drogas de prescripción, 4,6% cannabis, y un 3,9% cocaína(11).

En el Informe de uso de Drogas en las Américas – 2015, la CICAD presenta datos de países suramericanos, donde en Brasil y Colombia más del 60% de los estudiantes universitarios presentan un consumo regular de alcohol, Chile tiene el consumo más alto de marihuana y Argentina el de cocaína(12). En América Latina, la marihuana es la droga más abusada por estudiantes universitarios, con prevalencias entre el 6,6 y el 12,9%(13).

En Colombia, el alcohol continúa siendo la SPA legal más ingerida, con 86% al menos una vez en la vida y 35% en los últimos 30 días, frente a las ilegales en primer lugar se encuentra la marihuana con 8% al menos una vez en la vida y 2,4% en el último año y la cocaína, con 2,5% al menos una vez en la vida y 0,7% en el último año(14).

Según el Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolarizada en Colombia 2011, se encontró que 12,1 % de los estudiantes admiten haber probado una sustancia ilícita o de uso indebido, por otro lado 8,6 % declararon haber ingerido alguna sustancia ilícita en los últimos 10 años. Caldas, Antioquia, Risaralda, Quindío, y Bogotá presentan los niveles de uso de alguna sustancia una vez en la vida más altos, que van entre 17,8% y 20,6%, de igual forma son los territorios con los más altos niveles de uso en el último mes. Por su parte Sucre, Magdalena y Guajira (entre 24% y 25%) registran las menores prevalencias en el último mes(14).

Según algunas características de los consumidores se ha evidenciado que la edad de inicio de mayor consumo se sitúa entre los 13 y los 17 años, lo que se considera alarmante dado los cambios que se producen y afectan de varias formas a adolescentes y a adultos(15). Las principales alteraciones neurobiológicas y cognitivas asociadas con el consumo de drogas se han observado en la atención, la memoria, el aprendizaje, la flexibilidad mental, la organización visual-espacial, la impulsividad y la toma de decisiones entre otros(16).

El uso de SPA puede conducir a problemas académicos y mover los adolescentes fuera de las actividades importantes para su desarrollo cognitivo y emocional - por ejemplo, dificulta las opciones profesionales e interfiere con el desarrollo de habilidades para hacer frente a las emociones, en la adultez temprana interfiere en la toma de decisiones educativas, sociales y ocupacionales(17).

Algunos factores psicosociales relacionados con el inicio o el aumento del consumo de drogas en población joven son: los trastornos del comportamiento, el pobre autocontrol, las pocas habilidades sociales, la escasa capacidad de afrontamiento, la subvaloración de los efectos de las drogas, los problemas del funcionamiento familiar, tener relación con consumidores, la pobre satisfacción de



las relaciones interpersonales y el inicio de los estudios universitarios; situaciones que pone a prueba el manejo responsable de la independencia de los jóvenes(18).

Las características familiares pueden ser consideradas uno de los principales factores de riesgo que pueden conllevar al consumo de SPA en adolescentes, donde el hogar y el ejemplo de los padres se ve reflejado claramente en el comportamiento y actitudes de sus hijos(19).

Según un estudio realizado en la Universidad Intercontinental de México 2005, sobre características de resiliencia en jóvenes usuarios y no usuarios de drogas, se evidenció que efectivamente las personas dependientes de las drogas presentan los siguientes factores de riesgo que involucran relaciones familiares: conflictos en las relaciones interpersonales, aceptación por parte de la madre, la ocupación, los grados altos de escolar y apoyo y ejemplo negativo del padre(20).

En Chile en el año 2011 se realizó una investigación sobre factores protectores y de riesgo familiares, relacionados con el consumo de sustancias evidenciando que puedan conllevar al consumo de drogas los problemas de dinero (en un 47%), la muerte de un miembro de la familia, un pariente o un amigo cercano (con un 46%), y hogares donde hubo serios conflictos o problemas familiares (con un 34%)(21).

En un estudio de familia y consumo de sustancias psicoactivas: una búsqueda de lo ausente en el año 2012, se preguntó a los estudiantes sobre el control que percibían de parte de padres y familiares en cuanto a estudio, amigos, opiniones y diversión. Se encontró que el 71% percibía mucho control en actividades de estudio, sólo el 34% de los padres conocía sobre los amigos de sus hijos y el 27% sobre sus diversiones. Las edades de inicio y prevalencia de vida mostraron que el consumo de SPA y las adicciones comenzaban en la secundaria y se aumentaban y diversificaban en la universidad(22).

Los rasgos de personalidad como neuroticismo, amabilidad, extroversión, apertura y responsabilidad son algunos de los principales factores de riesgo en los adolescentes que ocasionan e inducen al consumo de SPA, donde claramente los jóvenes dan a mostrar sus actitudes y comportamiento en búsqueda de lograr alcanzar su identidad y autonomía(23).

Los factores relacionados con los rasgos de personalidad de los adolescentes y el consumo de SPA, son tendencia en la búsqueda de experiencias nuevas al daño, así como la dependencia para encontrar una recompensa asociándose con un mayor riesgo de consumo de sustancias experimentales. Los principales factores predictivos en el progreso a próximas etapas de consumo son la intensidad de uso de consumo de SPA en una etapa anterior y la influencia de los factores ambientales, la disponibilidad de medicamentos, el costo y las influencias

culturales desde los medios de comunicación y sobre todo la Influencia de los pares. Un estudio de cannabis, cocaína, alucinógenos y heroína demostró un intervalo de 1 año entre la primera oportunidad de usar y el primer uso(16).

En España en el año 2008 se evidencio un estudio de la variable de personalidad: búsqueda de sensaciones como factor de riesgo en el consumo de drogas, donde se concluyó que la variable de personalidad que más se asocia al consumo de sustancias es la búsqueda de sensaciones, donde a mayor gravedad de consumo mayor acentuación de este rasgo. Los mayores predictores de consumo son el tabaco y el alcohol donde existe una fuerte necesidad por la excitación que produce el consumo sustancias(24).

Según los escenarios de los estudios observados anteriormente, se asume una predisposición mayor por parte del sujeto cuando la unión de varios factores puede aumentar la vulnerabilidad respecto al uso de drogas; tal situación ocasiona un aumento en la carga para los sistemas de salud pública orientados a la demanda de tratamientos y atención, donde 1 de cada 6 consumidores de drogas problemáticos en el mundo tiene acceso a tratamiento(7).

Por tanto, este estudio plantea la pregunta **¿cómo es el consumo de Sustancias psicoactivas y su relación con características sociodemográficas, familiares y de personalidad en los estudiantes de un centro de formación tecnológica de carácter público – Instituto Tecnológico Metropolitano (ITM) Medellín, 2016?**

### **3. Justificación.**

El consumo de sustancias psicoactivas es un asunto que compete a la salud pública, generando un impacto en la economía de las naciones y que produce efectos altamente nocivos en la cultura y el entorno social de las comunidades(6).

Los diferentes fenómenos que se presentan frente al consumo de sustancias psicoactivas como el crecimiento del consumo en adolescentes y los nuevos tipos de sustancias que se producen, son situaciones que se salen de las manos de los diferentes estados y naciones, donde la implementación y creación de políticas públicas que permitan minimizar los riesgos potenciales deben de ser prioridad para los países a nivel mundial(6).

Existen factores protectores en el consumo de SPA; tener una alta autoestima puede aumentar la capacidad de los individuos para negarse a consumir sustancias psicoactivas, las habilidades emocionales permiten resolver conflictos interpersonales y la espiritualidad ayuda a la abstinencia en el proceso de recuperación de la adicción(25).

Como se puede evidenciar existen aportes en la investigación en este campo, tanto a nivel mundial como Latinoamericano, en el caso de Colombia actualmente se dispone de información sobre población general del año 2008, de estudiantes de secundaria para el año 2011 y población universitaria para el año 2012; pero no se tiene información sobre estudiantes de formación superior de tecnologías. Según el Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas - SIDUC OEA/CICAD/OID, esta situación requiere tomar medidas para su corrección, por las siguientes razones(26):

Los estudios de prevalencia realizados hasta el momento en estudiantes de la educación superior suelen brindar datos que evidencian niveles de prevalencia del consumo mayores a los observados entre los estudiantes de enseñanza secundaria y los medidos en la población general; lo que demuestra una vulnerabilidad a llegar al consumo específicamente en esta población.

La mayoría de dichos estudios logran un objetivo de descripción, la estructura causal de dicha vulnerabilidad sigue por identificarse todavía. Por todo esto el Observatorio de Drogas en Colombia se encuentra frente a un grupo que presenta un nivel importante de consumo de SPA, pero sobre el cual no dispone de datos suficientes y existe, por lo tanto, un vacío que debería llenarse en un futuro cercano.

Esta investigación se enfoca en los estudiantes de educación superior no universitarios, por el entorno en el que se desenvuelven y debido a que en esta etapa es donde se ha evidenciado un alto consumo de SPA. Se debe partir de la necesidad de identificar todos aquellos factores familiares, sociodemográficos y de personalidad asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Además de observar la prevalencia del consumo, con el fin de que la información obtenida sirva de apoyo para el diseño y la formulación de políticas públicas por parte de los entes reguladores de salud, que sirva de aporte a las intervenciones en busca del bienestar de la población y que permita el desarrollo de programas de promoción y prevención que se sustente en los factores asociados al consumo que revelan los hallazgos, además posibilitar un desarrollo sano con mayor conciencia en los problemas que a futuro el consumo de sustancias psicoactivas puedan ocasionar.

### **3.1 Aporte desde la Gerencia de Sistemas de Información en Salud.**

Los sistemas de información en salud adquieren un enfoque en el trabajo por evaluar eventos de interés en salud pública, donde un evento de interés a nivel mundial es el consumo de sustancias psicoactivas. Desde la definición de sistemas de información se puede ver que la principal función es el tratamiento y administración de conjuntos de datos e información, donde este proyecto planteado utilizó un sólido trabajo con una base de datos obtenida de una fuente secundaria, dichos datos fueron almacenados y procesados en un hardware y posteriormente serán procesados y transformados en un software estadístico (SPSS) para generar información importante para la comunidad y población de estudio.

Los sistemas de información aportan a este trabajo de investigación la transformación de los datos para generar información por medio del manejo de software estadísticos, que permiten realizar cálculos implementando fórmulas, símbolos matemáticos o modelos, para llegar a la toma de decisiones frente al evento de interés que es el consumo de SPA.

El proyecto cumple en su desarrollo con la implementación de los sistemas de información a su interior, ya que parte desde un propósito, un ambiente, una frontera, adicionalmente cumple con el proceso contemplado por los sistemas de información, donde se entran datos, son procesados y almacenados para posteriormente dar por salida información útil.

## **4. Objetivos.**

### **4.1 Objetivo General.**

Explorar la relación del consumo de sustancias psicoactivas con las características sociodemográficas, familiares y de personalidad en estudiantes de un centro de formación tecnológica de carácter público – Instituto Tecnológico Metropolitano (ITM) Medellín, 2016.

### **4.2 Objetivos Específicos.**

- Caracterizar los estudiantes en formación tecnológica del ITM según variables sociodemográficas, familiares y de personalidad.
- Determinar la prevalencia de vida, último año y último mes del consumo de sustancias psicoactivas.
- Determinar relación del consumo de SPA con las características sociodemográficas, familiares y de personalidad.
- Identificar posibles factores asociados al consumo de SPA según características sociodemográficas, familiares y de personalidad

## **5. Marco conceptual o estado del arte.**

### **5.1 Sustancias psicoactivas o drogas psicoactivas.**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) una sustancia o droga psicoactiva es aquella que al ingerirla afecta a los procesos mentales, tales como la cognición o la afectividad. Este término y su equivalente, sustancia psicotrópica, son las expresiones más neutras y descriptivas para referirse a todo el grupo de sustancias, legales e ilegales, de interés para la política en materia de drogas. “Psicoactivo” no implica necesariamente que produzca dependencia sin embargo en el lenguaje corriente, esta característica está implícita, en las expresiones “consumo de drogas” o “abuso de sustancias”(27).

“Las sustancias psicoactivas conocidas más comúnmente como drogas psicoactivas son sustancias que al ser tomadas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo” (1).

El consumo de sustancias psicoactivas en la población joven es visto como derivación de la relación entre diversas variables o factores que apuntan a condiciones que favorecen su surgimiento, estas condiciones podrían estar orientadas hacia una baja autoestima, pobre percepción de sí mismo, dependencia afectiva, falta de metas en la vida, poco control de sus emociones, falta de decisión, curiosidad o moda, y deseos de transgredir las normas, entre otras condiciones familiares que podrían generar ambientes no deseables para dichos jóvenes.

Los principales efectos nocivos ocasionados por el uso de sustancias psicoactivas pueden considerarse como efectos crónicos en la salud, efectos biológicos y consecuencias sociales explicados en la tabla 1(28).

**Tabla 1. Principales efectos nocivos por uso de sustancias psicoactivas**

Efectos crónicos en la salud	Efectos biológicos	Consecuencias sociales
<p>- Enfermedades como cirrosis hepática, accidente cerebrovascular, cardiopatía isquémica, otras enfermedades cardíacas, enfermedad hipertensiva y diversas enfermedades crónicas están relacionadas con el consumo de alcohol.</p> <p>- Enfermedades como cáncer pulmonar, enfisema, enfermedades respiratorias, todas las vasculares y otras enfermedades crónicas se asocian al consumo de nicotina en forma de cigarrillo.</p> <p>- El uso drogas inyectadas con agujas compartidas, como la heroína, se relaciona con la transmisión de agentes infecciosos como el VIH y el virus de la hepatitis C.</p>	<p>- Los efectos se pueden presentar de manera aguda o a corto plazo.</p> <p>- Afectación sobre la coordinación física, la concentración y la facultad de juicio, causando accidentes fatales al estar bajo efectos de la sustancia.</p> <p>- Accidentes, suicidio y (cuando menos para el alcohol) la violencia bajo los efectos del alcohol o de otra droga.</p> <p>-Las sobredosis de sustancias se presentan más frente a las drogas como los opioides y el alcohol.</p>	<p>-Ruptura de relaciones o arrestos</p> <p>-Ausentismo laboral</p> <p>-Abandono frente a las funciones familiares</p> <p>-Estas condiciones por lo general presentan relación con el alcohol y muchas drogas ilícitas</p>

De acuerdo a los resultados de las estimaciones para el 2000, en términos de carga evitable, el tabaco ocupó el cuarto lugar y el alcohol el quinto, y para el año 2010 y 2020 estos factores siguen en lugares importantes. Según la medición de los años de vida perdidos o con limitaciones debidos a la discapacidad (AVAD), la carga estimable atribuible fue de 59 millones de AVAD para el tabaco, 58 millones para el alcohol y 11 millones para las drogas ilícitas (4,1%, 4,0% y 0.8% de la carga de morbilidad respectivamente)(29).

Con el objetivo de manejar un lenguaje científico adecuado, se presentan a continuación una serie de términos que suelen ser utilizados indiscriminadamente, incluso por profesionales que trabajan en el tema de la drogadicción (28):

- **Fármaco:** es toda sustancia no nutriente sintetizada en un laboratorio, que al ser introducida en el organismo altera el funcionamiento de órganos y sistemas.
- **Sustancia psicoactiva:** toda sustancia que actúa en el sistema nervioso central, puede ser un fármaco o no.

- **Droga:** sustancia psicoactiva que es introducida al organismo con fines diferentes al terapéutico.
- **Medicamento:** es un fármaco o sustancia usada dentro del contexto terapéutico.
- **Tolerancia:** es la reacción más frecuente al consumo repetitivo de una sustancia, se define como la reducción de la reacción o efecto después de administraciones repetidas, por lo tanto, se requiere de una dosis cada vez más alta para obtener el efecto deseado (30).

## 5.2 Clasificación de las drogas.

Existen diferentes criterios para clasificar a las drogas, según los efectos físicos y psicológicos que producen, el grado de dependencia, legal e ilegal, blandas o dura, natural o sintética, según su uso médico, según su forma de uso, entre muchas otras variantes. A continuación, se describen los diferentes tipos de clasificación:

### 5.2.1 Según sus efectos físicos y Psicológicos.

Están basados en el tipo de sustancia que se consumen donde se clasifican las drogas en depresores, estimulantes, y alucinógenos (31)(32).

- **Depresores:** Se les da este nombre porque disminuyen el estado de alerta y ánimo; disminuyen todas las funciones mentales superiores como la atención, juicio, razón y memoria. Dentro de ellos se encuentran el alcohol, inhalantes, tranquilizantes, barbitúricos, benzodiacepinas, opiáceos y otros narcóticos.
- **Estimulantes del sistema nervioso central (SNC):** Los estimulantes son sustancias que incrementan el estado de alerta. Aumentan el estado de conciencia, mientras actúan, el sujeto percibe más intensamente el exterior y responde de manera más rápida a los estímulos del mismo. Dentro de ellos se encuentra el tabaco, cafeína, anfetaminas, basuco, cocaína, éxtasis y otras drogas de diseño.
- **Alucinógenos:** Los alucinógenos pueden producir depresión o estimulación, son drogas que causan alteraciones profundas en la percepción de la realidad del usuario. Bajo la influencia de éstos, las personas ven imágenes, oyen sonidos y experimentan sensaciones que parecen reales pero que no existen. Entre ellas se encuentran EL cannabis, los LCD, ketamina, PCP, metanfetaminas y el yagé.



### 5.2.2 Según su grado de dependencia.

- **Drogas duras:** Las drogas duras son aquellas que alteran el comportamiento psíquico y social del adicto, como el opio y sus derivados, el alcohol, las anfetaminas y los barbitúricos.
- **Drogas blandas:** Son las que crean únicamente una dependencia psicosocial, entre las que se encuentran los derivados del cáñamo, como el hachís o la marihuana, la cocaína, el ácido lisérgico, más conocido como LSD, así como el tabaco.

Esta división en blandas y duras es cuestionada por muchos expertos del tema ya que consideran que se podría sugerir con ella que las duras son malas y, por consiguiente, las blandas son buenas o menos malas y no es así, ya que a partir de determinadas dosis y según la forma de ser administradas, las drogas blandas pueden tener efectos tan nocivos como las duras(33).

### 5.2.3 Según su uso médico.

Las drogas que se utilizan como fármacos se clasifican según el objetivo con el que se utilicen o la patología que combatan(32).

- **Drogas analgésicas:** Las drogas analgésicas o analgésicos son aquellas drogas que reducen o inhiben el dolor.
- **Drogas anestésicas:** Una droga anestésica es aquella que produce anestesia generalizada o local. Puede producir además molestias de garganta, náuseas o vómitos, mareos, cefaleas o muerte.
- **Drogas sedantes-hipnóticas:** Una droga sedante o soporífica es aquella cuya primera función es la inducción al sueño. Pueden producir, según qué tipo de sedantes-hipnóticos, insomnio, ansiedad, confusión, desorientación, depresión respiratoria, pérdida de equilibrio, disminución del juicio, o muerte.
- **Drogas antidepresivas:** Una droga antidepresiva es aquella que produce un alivio en los síntomas de la depresión, la distimia, ansiedad; y en general todos los trastornos del estado de ánimo y la fobia social.
- **Drogas antipsicóticas:** Una droga antipsicótica es aquella que produce un alivio en los síntomas de la psicosis.

Dentro de esta clasificación también se encuentran las drogas ansiolíticas, anoréxicas, euforizantes y nootrópicas.

#### 5.2.4 Según su origen.

- **Drogas naturales:** son aquellas que se recogen indirectamente de la naturaleza para ser consumidas por el individuo, tales como: marihuana, hoja de coca, hongos, opio, etc.
- **Drogas semisintéticas:** cuando por procesos de laboratorio de las drogas naturales se obtiene otra sustancia, como la heroína, cocaína.
- **Drogas sintéticas:** son aquellas sustancias producidas o elaboradas sólo en laboratorios a partir de elementos químicos, como el éxtasis, barbitúricos (33).

#### 5.2.5 Según su forma de uso.

- **Drogas sociales:** son drogas cuyo consumo es aceptado en el entorno social; es decir, están vinculadas con las costumbres de una población o grupo social. Tales como el alcohol, cigarrillo, cafeína.
- **Drogas folclóricas:** son sustancias cuyo uso forma parte del legado cultural de algunos pueblos y en su gran mayoría se asocia su uso a un origen místico, utilizado por los ancestros en forma continua. Un ejemplo claro es la costumbre de masticar hojas de coca.
- **Drogas terapéuticas:** aquellas sustancias de uso médico legal, son prescritas por un profesional de la salud, y consumidas por fines terapéuticos. Se las debe llamar medicamentos y no drogas, como por ejemplo la valium, morfina.

#### 5.2.6 Según su legalidad.

Consiste en la clasificación de las sustancias en función de las restricciones legales establecidas en cada estado particular respecto al consumo, producción y venta de las diferentes sustancias. Así, en la mayor parte de los países occidentales las drogas se clasifican según la normativa legal, del siguiente modo(33):

- **Drogas legales:** alcohol, tabaco, psicofármacos, estimulantes menores y otras sustancias como la heroína y metadona, bajo prescripción médica.
- **Drogas ilegales:** son todas las que no forman parte del apartado anterior y a las que se accede a través del mercado negro.

### **5.2.7 Clasificación y definición de las drogas según su efecto.**

Existen diferentes criterios para clasificar a las drogas, La OMS clasificó las drogas que pueden generar dependencia agrupando las que tienen efectos análogos e indican pautas de comportamiento similares en los usuarios, tal como se presenta a continuación (26):

- Alcohol y barbitúricos
- Anfetaminas
- Cannabis (marihuana, hachís)
- Cocaína
- Alucinógenos (LSD y similares)
- Opiáceos
- Disolventes volátiles (pegamentos, productos industriales)
- Tabaco

A partir de la clasificación de la OMS (según posible dependencia) se puede hablar de tres grandes grupos: depresores, estimulantes y alucinógenos(35). Para el desarrollo de esta investigación se hace alusión y se toma como base la clasificación de las drogas según su efecto físico y psicológico. A continuación, se describen las principales sustancias psicoactivas:

#### **5.2.7.1 Alcohol**

El alcohol se divide en metílico y butílico, el butílico es sumamente peligroso para la salud; y el etílico, que es el que contienen las bebidas alcohólicas.

El alcohol etílico es un depresor que actúa sobre el sistema nervioso central. Incrementa la actividad inhibitoria mediada por los receptores GABA-A (neurotransmisor inhibitorio) y disminuye la actividad excitatoria mediada por los receptores de glutamato, (neurotransmisor excitatorio). Estos dos mecanismos de acción hacen que el efecto general del alcohol sea sedante. Esta droga deprime los centros nerviosos que controlan la conducta; al disminuir la influencia de dichos centros que inhiben los impulsos y adaptan las respuestas a los estímulos del medio, la conducta se libera escapando a los controles del juicio crítico y de racionalidad. Una vez desinhibido el sujeto parece excitado, cuando en realidad el alcohol ha ejercido una acción depresora sobre su sistema nervioso. El incremento en la actividad dopaminérgica ocurre únicamente mientras la concentración de

etanol en sangre va en aumento. A continuación se expresa la fase de intoxicación(31):

- El sujeto parece excitado (sociable, comunicativo), pero lo que ocurre es que está desinhibido.
- Presenta conducta emocional con pobreza de juicio y pensamiento, problemas sensorio-motrices (anestesia cutánea, incoordinación, débil visión, desequilibrio).
- Se aproxima a la confusión mental, donde experimenta reacciones variables del comportamiento (miedo intenso, agresividad, llanto, etc.) y serias dificultades para hablar y comprender lo que se dice.
- Incapacidad para sostenerse en pie, vómitos, incontinencia urinaria, aproximación a la total inconsciencia).
- Inconsciencia, ausencia de reflejos, sobreviene un estado de coma que puede provocar la muerte por parálisis respiratoria.

#### **5.2.7.2 Nicotina**

Se extrae de la planta nicotina tabacum; droga estimulante y adictiva que se absorbe fácilmente dentro del torrente sanguíneo al mascar, inhalar, o fumar un producto de tabaco. (32).

Al entrar en el torrente sanguíneo, la nicotina inmediatamente estimula las glándulas suprarrenales para que liberen la hormona adrenalina. La adrenalina estimula el sistema nervioso central y aumenta la presión arterial, la respiración y la frecuencia cardíaca. Al mismo tiempo que la glucosa se libera en la sangre, la nicotina suprime la producción de insulina del páncreas, lo que significa que los niveles de glucosa en la sangre de los fumadores se encuentran crónicamente elevados. Al igual que otras drogas, la nicotina aumenta los niveles de dopamina, la cual afecta las vías de recompensa y placer del cerebro(32).

El humo de tabaco es una mezcla compleja de miles de sustancias químicas: el monóxido de carbono, el alquitrán, el formaldehído, el cianuro y el amoníaco son sólo algunas. El monóxido de carbono aumenta la probabilidad de enfermedades cardiovasculares, el alquitrán expone al usuario a un mayor riesgo de cáncer de pulmón, enfisema y trastornos bronquiales. El tabaco sin humo (como el tabaco para mascar, el tabaco en polvo o el rapé, también aumentan el riesgo de cáncer, especialmente de boca. Al iniciar el consumo de tabaco también aumenta el riesgo de desarrollar muchas enfermedades(31).

### **5.2.7.3 Marihuana o cannabis**

El componente alucinógeno y activo de la marihuana y sus derivados (hachís) es el alcaloide 9-D Tetrahidrocanabinol (THC), el cual está compuesto por una mezcla de hojas, tallos, semillas y flores de una planta conocida como Cannabis Sativa que adicionalmente contiene más de 400 químicos entre los que están nicotina, aceites esenciales, hidrocarburos, ácidos grasos, esteroides y amonio(36).

Las vías de administración más utilizadas son la inhalada y la ingerida por vía oral, altera la función mental, tiene efecto depresor y alucinógeno del sistema nervioso central, los efectos conductuales dependen de muchas variables como el tipo de consumidor, sus expectativas y el ambiente del consumo (36).

### **5.2.7.4 Opiáceos**

Los opiáceos u opioides, son un grupo de fármacos con gran actividad analgésica, son derivados naturales y sintéticos del opio, con características farmacológicas comunes que son su gran actividad analgésica, que producen sedación y sueño, inducen depresión respiratoria y tiene potencial de tolerancia y dependencia(37). El consumo crónico de opiáceos produce deterioro de la función social, laboral y familiar; son frecuentes los problemas médicos, psiquiátricos y legales relacionados con su consumo(38).

### **5.2.7.5 Heroína (Diacetilmorfina)**

Es una resina obtenida de la planta *Papaver Somniferum* y sintetizada a partir de la morfina que se extrae del opio, también es conocida con el nombre de caballo, potro, reina o dama blanca(39). Las vías de consumo son inhalada, fumada en pipa, cigarrillo o calentada en aluminio “chino” e inyectada. La heroína es el opiáceo que actúa más rápido en el sistema nervioso central; considerada como una de las drogas más adictivas, lo cual está directamente relacionado con mayor riesgo de dependencia, adicionalmente, produce una fuerte inhibición de la actividad eléctrica neuronal, liberación de neurotransmisores y fenómeno de recompensa y euforia por acción dopaminérgica siendo ésta la principal propiedad reforzadora(35).

### **5.2.7.6 Inhalantes**

Se denominan inhalantes o solventes a un grupo de productos químicos volátiles que se encuentran en productos comerciales de amplia difusión, los cuales se absorben desde la vía aérea y por la gran superficie alveolar y liposolubilidad se facilita su ingreso al sistema nervioso central (SNC), se obtienen concentraciones plasmáticas elevadas en un corto tiempo, atraviesan la barrera hematoencefálica y deprimen la actividad del sistema nervioso central. El consumo de inhalantes puede ser una forma de iniciarse en el consumo de otras sustancias, tienen un bajo costo y pueden ser utilizadas como drogas de abuso desde edades muy tempranas(40).

#### **5.2.7.7 Nitrito de Amilo (poppers)**

Líquidos inhalables, depresores del SNC, en la actualidad se usan en la industria; sin embargo, los contenidos exactos de estos son desconocidos y no se someten a pruebas de seguridad, se presentan en pequeños frascos o ampollitas(40). El poppers produce disminución del autocontrol y a nivel físico ocasionan vértigo, dolor de cabeza, aumento en la frecuencia cardíaca. La tolerancia se desarrolla con rapidez y se revierte fácilmente con algunos días de retiro, no hay síntomas conocidos respecto a la abstinencia, sólo puede desarrollarse una dependencia psicológica ligera(35)

#### **5.2.7.8 Cocaína**

Es una sustancia estimulante, y actualmente, es la más consumida en los países occidentales. Es la segunda causa de atención en unidades de emergencias por intoxicación por drogas, luego de la heroína. La cocaína se metaboliza en el hígado; se excreta por los riñones-, se puede encontrar en orina hasta seis horas después del consumo. La vía de administración determina la velocidad del comienzo de acción, la concentración en sangre y la duración del efecto euforizante. La vía intravenosa y fumada, son las de inicio más rápido y de menor duración del efecto, lo que hace que los consumidores se administren dosis repetidas para alcanzar una euforia más intensa y duradera. En su forma básica atraviesa las membranas celulares de forma rápida y eficaz; inhalada o por vía intravenosa atraviesa la membrana hematoencefálica en 30 segundos y fumada tarda 5 segundos en tener efectos centrales. (41)(42)(43).

#### **5.2.7.9 Metilenedioximetanfetamina (MDMA) o Éxtasis.**

La 3,4-metilenedioximetanfetamina (MDMA o “éxtasis”) fue desarrollada como compuesto precursor para ser utilizado en la síntesis de otros fármacos, por este motivo, son conocidas como drogas de diseño, por ser de origen sintético. Típicamente, se toma por vía oral, generalmente en forma de tableta o cápsula, sus efectos aparecen en los primeros 20 a 60 minutos luego de su ingesta,

alcanza un pico entre 60 y 90 minutos, y se mantienen durante 3 a 6 horas. El MDMA afecta el cerebro aumentando la actividad de por lo menos tres neurotransmisores: Serotonina, Dopamina y Norepinefrina(44)(45).

### 5.2.7.10 Dietilamina del Ácido Lisérgico (LSD).

Es una de las consideradas drogas “dura”, muy usada en los años sesenta por integrantes del movimiento hippie como uno de los prototipos de los alucinógenos. La presentación es en tabletas y en polvo, se administra por todas las vías, la más usual es la oral y sublingual. Actúa en el SNC como agonista de la serotonina y la dopamina. Produce ansiedad inicial puesto que es necesario un guía que conduzca los efectos alucinatorios. El LSD puede producir alteraciones del pensamiento (ideas delirantes) y disminución de la memoria reciente. Otros efectos orgánicos pueden ser: rubefacción, midriasis, mucosas secas, taquicardia, disminución del peristaltismo (44).

## 5.3 Motivaciones para el consumo de drogas.

Son múltiples las teorías que han surgido en torno a la conducta desviada y muchas de ellas aplicables a la conducta de consumir drogas. Estas teorías pretenden crear un cuerpo explicativo que dé respuesta a la relación que se establece entre determinadas variables y factores, y la conducta que pretenden explicar (46). La tabla 2 no muestra las teorías explicativas de las experiencias con el uso de sustancias psicoactivas.

**Tabla 2. Teorías explicativas de la experiencia con el uso de sustancias (46).**

Teorías cognitivo-afectivas	– Teoría de la acción razonada (Ajzen y Fishbein, 1980; Fishbein y Ajzen, 1975)
	– Teoría de la conducta planificada (Ajzen 1985, 1988)
Teorías del aprendizaje Social	– Teoría del aprendizaje social (Akers et al., 1979)
	– Teoría del aprendizaje social/cognitiva social (Bandura, 1986)
Teorías del apego social	– Teoría del control social (Elliot et al., 1985, 1989)
	– Modelo del desarrollo social (Hawkins y Weis, 1985)
Teorías en las que las características intrapersonales juegan un papel esencial	– El modelo de ecología social (Kumpfer y Turner, 1990-1991)
	– Teoría del autodesprecio (Kaplan, Martin y Robbins, 1982, 1984)
	– Modelo de varias etapas de aprendizaje social (Simons et al., 1988)
	– Teoría de la interacción familiar (Brooks et al., 1990)
Teorías que integran constructos cognitivo-afectivos, de aprendizaje, compromiso y apego e intrapersonales	– Teoría de la conducta problema (Jessor y Jessor, 1977)
	– Teoría del cluster de iguales (Oetting y Beauvais, 1986 <sup>a</sup> , 1986b, 1987)
	– Modelo de vulnerabilidad de Sher (1991)
	– Modelo del dominio (Huba y Bentler, 1982)

Las motivaciones y los factores de riesgo para el consumo y dependencia a las drogas se presentan a partir de la postura de Pedro Luis Castellanos(47) en relación con los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad, para lo cual se describe en primer lugar la postura que argumenta la posición de dicho autor: La dimensión singular trata aspectos relacionados con el estilo de vida de los individuos (características biológicas, hábitos, normas y valores); la dimensión particular hacer referencia a las condiciones de vida (forma particular de inserción de los individuos en el funcionamiento general de la sociedad a través de los diferentes sectores o grupos que la integran y por las relaciones que se establecen entre ellos); mientras que la dimensión general tiene que ver con el modo de vida (características del medio natural donde se asienta el individuo, relacionadas con la economía, la cultura y demás procesos sociales que lo rodean). A continuación, se presenta un análisis del problema considerando las dimensiones propuestas por Castellanos:

### **5.3.1 Motivaciones individuales (desde lo singular).**

En el Sistema Nervioso Central (SNC) las drogas modifican los neurotransmisores cerebrales generando dependencia. Además pueden producir trastornos mentales graves tanto por el efecto directo, como por intoxicación y/o síndrome de abstinencia por la discontinuación de ésta, por otro lado, pueden empeorar los ya existentes (ansiedad, depresión, hiperactividad, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia, etc.) (35).

La literatura reporta como las principales motivaciones para el consumo: la curiosidad, utilizar las drogas como alternativa para aliviar sintomatología de origen mental, para expresar independencia y rebeldía, adquirir un estado superior de conocimiento o mejorar la capacidad creativa; conseguir una sensación de bienestar, comodidad y la necesidad de evadir situaciones (35).

### **5.3.2 Motivaciones relacionadas con la presión de grupo (desde lo particular).**

Los cambios que se producen en la adolescencia dan lugar a la crisis madurativa psicológica y a la búsqueda de la identidad personal. En esta edad se da la etapa del opositorismo que si no está guiada por valores, puede llevar a experimentar con drogas; de igual manera es frecuente la identificación con pares, y si el uso de las drogas es común en ellos, ésta será la conducta que se adopta por solidaridad grupal ya que estos grupos no valoran las consecuencias reales a corto, medio y largo plazo (4).

Si en el grupo donde ingresa el joven se consume droga, hay una probabilidad alta de que el nuevo integrante consuma. La fuerza del grupo arrastra a todos, con



especialidad al más débil; el consumo se da principalmente por imitación y en tal sentido, si el adolescente no lo hace, es rechazado por los demás; el grupo proporciona apoyo y seguridad a los jóvenes y es allí donde éstos obtienen la droga por lo general (35).

### **5.3.3 Motivaciones sociales (desde lo general).**

La disponibilidad y el acceso a las drogas son facilitados por los medios de comunicación y un mundo globalizado; el desempleo, el número alto de horas de trabajo, el escaso tiempo libre, el aislamiento social y una calidad de vida baja, favorecen el consumo de drogas, la oferta y disponibilidad de cualquier tipo de droga(35).

La falta de información sobre los efectos nocivos, las características y la división confusa entre drogas legales e ilegales, duras y blandas se encuentran entre los aspectos que impiden una información correcta, por lo tanto, el consumidor desconoce la realidad de los efectos de dichas sustancias. La inadecuada cohesión familiar, comportamiento prosocial negativo, el ejercicio de una autoridad permisiva, e incluso las carencias espirituales, se relacionan con el consumo y dependencia a drogas (4).

### **5.3.4 Factores de riesgo para el consumo y dependencia a drogas.**

Se considera factor de riesgo a todo elemento o causa interna o externa al individuo que incide o determina el inicio de consumo de drogas. El enfoque del factor de riesgo fue adoptado desde la investigación biomédica y dirigido hacia la identificación de aquellos factores biopsico-sociales del comportamiento y del medio ambiente que parecían estar asociados con la aparición de un problema de salud (46).

Los factores de riesgo no deben ser tomados como causa directa de la adicción, pues estos interactúan entre sí influyéndose y son de carácter probabilístico, es decir, su presencia aumenta ostensiblemente el riesgo de que se dé una conducta y pueden cambiar de un grupo a otro o de una persona a otra. Los hay individuales, familiares y sociales.

### **5.3.5 Factores individuales (desde lo singular).**

Se constituyen como factores de riesgo individuales la baja autoestima, inseguridad, insatisfacción desde el punto de vista personal, poca asertividad, carencia de proyecto de vida a largo plazo, bajo nivel escolar, personalidad dependiente, inmadurez afectiva/emocional, labilidad afectiva, agresividad,

egocentrismo y temor al abandono y algunos rasgos de personalidad relacionados con motivaciones al consumo como: timidez y dependencia afectiva, sentimientos de culpa y de inferioridad, el consumo para evadir situaciones o por desafío en personas que tienden a actuar impulsivamente (48).

La personalidad es un tema que ha sido estudiado desde tiempos atrás desde teorías propuestas como la de Freud, Adler, Horney y Erikson, que sirven de base para nuevos estudios acerca de la personalidad (49). La personalidad es definida como la estructura psíquica de cada individuo, la forma como se revela por su modo de pensar y expresarse, en sus actitudes e intereses y en sus actos. Estos son patrones duraderos de percibir, relacionarse y pensar acerca del ambiente y uno mismo(50).

Son aquellos patrones de conducta, pensamientos y sentimientos, únicos y altamente estables en el sujeto. Cualidades socialmente condicionadas e individualmente expresadas: intelectuales, emocionales, volitivas. En psicología, son estas peculiaridades individuales que forman propiedades psicológicas de la persona; el cambio de los estados psicológicos es constante pero la personalidad permanece relativamente estable(51).

Algunos conceptos de personalidad de autores que se han destacado en el tema son (52):

- Kotler: “las características psicológicas y distintivas de una persona que conducen a respuestas a su ambiente relativamente consistente y permanente”
- Allport: “es la organización dinámica de los sistemas psicofísicos que determina una forma de pensar y de actuar, única en cada sujeto en su proceso de adaptación al medio”
- Freud: “el patrón de pensamientos, sentimientos y conducta que presenta una persona y que persiste a lo largo de toda su vida, a través de diferentes situaciones”
- Eysenk: “una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona que determina su adaptación única al ambiente”
- Filloux: “configuración única que toma, en el transcurso de la historia de un individuo como el conjunto de los sistemas responsables de su conducta”

Se puede decir que los autores concuerdan en el concepto, en que la personalidad es un conjunto de características, que pueden ser, psicológicas, emocionales, físicas, intelectuales y hasta biológicas que identifican a un individuo y lo hacen diferente a los demás. Dichas características, se desarrollan en la persona como resultado de la relación con su entorno en las diferentes situaciones de la vida(52).

La personalidad se modifica bajo los efectos de algunas sustancias psicoactivas, que desaparecen una serie de inhibiciones de origen cultural y el individuo hace cosas que en condiciones normales no haría, o si bien están conscientes, sus motivaciones e impulsos son diferentes de los de una persona normal(53).

Se considera que la adicción a las drogas es un trastorno de origen biológico, resultado de las perturbaciones psicoemocionales del individuo. En los factores psicológicos ocupan un lugar determinante los trastornos de la personalidad o alguna características de la misma que conducen a la búsqueda y al abuso de sustancias psicoactivas(53).

Factores como la herencia, la tolerancia innata, la rapidez para que ocurra una tolerancia adquirida, la probabilidad de interpretar la intoxicación como placentera, las experiencias, expectativas y proclividad a la conducta peligrosa se comportan como factores de riesgo para el consumo y dependencia a drogas(35).

### **5.3.6 Factores de riesgos familiares y sociales (desde lo general).**

En la familia es donde el individuo inicia y desarrolla el primer proceso de socialización, el cual facilitará en los futuros momentos de su evolución psicobiológica la obtención de conductas llamadas conductas recurrentes, es decir, comportamientos que servirán de fundamento y con base a ellos se insertarán los repertorios de conductas más complejas que irán incorporando en sus posteriores procesos de socialización y en los diferentes espacios que le brinda el entorno, los cuales a la vez serán aplicables en etapas más avanzadas de su vida(54).

La familia es comprendida como un “grupo de convivencia basado en el parentesco, la filiación y la alianza; sus miembros están ligados por sangre o por afinidad, lo cual crea una serie de relaciones, obligaciones y emocionales, el primer agente transmisor de normas, valores, símbolos, ideología e identidad, donde se focalizan las acciones de las demás instituciones”(55).

Por la relevancia de la familia en los procesos de formación de los jóvenes, se evidencia que una inadecuada calidad de los vínculos familiares refleja inseguridad y ambigüedad en dichos jóvenes frente a las leyes y normas, produciendo secuelas para la propia familia y la sociedad, poniendo en peligro la salud mental de sus integrantes. En consideración, la identificación de factores de riesgo y de protección familiar frente a la etiología del consumo de drogas ha cobrado relevancia en los últimos años frente a la prevención, reconociendo que una familia estructurada facilita mejor los tránsitos y la adaptación a la sociedad

actual. Uno de estos procesos adaptativos es el no consumo de drogas o no pasar de un consumo esporádico en ciertas drogas (56).

De acuerdo al problema del consumo de sustancias psicoactivas frente a las relaciones familiares, algunos estudios han revelado que la falta de compromiso en una relación interpersonal de los padres con los hijos es un factor que incide en el consumo de drogas, evidenciándose una tasa de consumo del 35% en los hijos con padres no involucrados en las relaciones interpersonales, contra un 10% de consumo de drogas en los hijos con padres que sí están involucrados en dichas relaciones; advirtiéndose que la familia es una variable relevante en el origen y mantenimiento del consumo de drogas(21,57,58).

Por lo anterior, la familia es el núcleo básico de la sociedad y algunas circunstancias y comportamientos dentro de ésta, pueden facilitar el consumo: la destrucción familiar, por separación, la carencia de disciplina y organización, la falta de jerarquías y la mala comunicación. Las actitudes de sobreprotección dificultan el proceso madurativo y la capacidad de tomar decisiones de forma autónoma, los comportamientos agresivos físicos y psicológicos; los modelos paternos de consumo de drogas, donde el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas se aprende como una forma de enfrentar los problemas y de divertirse, se convierten de igual manera en factores de riesgo. Sin embargo, también existen factores familiares que protegen del consumo de drogas, dentro de estos están: la percepción afectiva filial adecuada, cuando los hijos se sienten queridos; la concordancia entre el ideal filial paterno y la conducta filial real; la adecuada fijación de límites y control; discusión de problemas en familia y la actitud democrática en la toma de decisiones (4).

El entorno social, las actitudes comunitarias, la influencia de los compañeros, los modelos de papel social (rol), la disponibilidad de fuentes de placer o recreación, la presencia de empleo y oportunidades educativas también intervienen en la probabilidad de consumir drogas (59).

### **5.3.7 El ambiente escolar como factor de riesgo (desde lo particular).**

La población escolar y la universitaria son las más expuestas y vulnerables al abuso y dependencia a drogas. Uno de los principales factores es el fácil acceso, por cuanto se ha encontrado que en las proximidades de los centros educativos es posible identificar sitios de venta de drogas y licor que se camuflan entre lugares de ventas ambulantes y otros centros de diversión; a ello se suman las modalidades de expendio de drogas mediante el ofrecimiento directo por parte de pares consumidores dentro de las aulas (60).

Las actitudes poco comprensivas y autoritarias por parte de los profesores, las relaciones frías y distantes con los alumnos, la despersonalización del estudiante que se considerara como un objeto que recibe enseñanza, la ausencia de recursos humanos y materiales para el aprendizaje, el déficit en áreas recreativas y culturales, la rigidez de las estructuras escolares y la escasa preparación de los profesores para abordar la problemática de las drogas en sus aulas, o peor aún, que dan mal ejemplo porque son consumidores, constituyen factores que facilitan del consumo (51).

Según un estudio realizado en una universidad de Colombia, las edades de inicio y prevalencia de vida mostraron que el consumo y las adicciones comenzaban en la secundaria y se aumentaban y diversificaban en la universidad(22).

A continuación en la tabla 3 se detallan tanto los factores de riesgo como los de protección que se presentan en los diversos ambientes, los cuales se describen en el manual “Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida: Guía para el promotor de Nueva Vida”(62):

**Tabla 3. Factores de riesgo y factores protectores desde los diversos ambientes.**

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
<b>Individuales</b>	
<b>Características temperamentales</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aislamiento.</li> <li>- Enfado y actitud apática.</li> <li>- Excesiva sensación de control.</li> <li>- Falta de orientación y metas en la vida.</li> <li>- Confusión de valores.</li> <li>- Evasión de la realidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adecuado desarrollo o madurez.</li> <li>- Tendencia al acercamiento.</li> <li>- Actitud positiva.</li> <li>- Autocontrol.</li> <li>- Ideales y proyecto de vida/sentido de la existencia.</li> </ul>
<b>Características cognitivas y afectivas</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atrasos en las habilidades del desarrollo: baja inteligencia, incompetencia social, trastorno por déficit de la atención, problemas en la lectura y malos hábitos de trabajo.</li> <li>- Baja resistencia a la frustración.</li> <li>- Apatía.</li> <li>- Excesiva o baja autoestima.</li> <li>- Dependencia emocional.</li> <li>- Inseguridad.</li> <li>- Necesidad de autoafirmación.</li> <li>- Desesperanza.</li> <li>- Baja satisfacción o capacidad de divertirse.</li> <li>- Expectativas positivas en cuanto al consumo de drogas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Habilidades cognitivas: coeficiente intelectual verbal y matemático promedio, por lo menos.</li> <li>- Aptitudes sociales.</li> <li>- Habilidades de resolución de conflictos y toma de decisiones.</li> <li>- Empatía.</li> <li>- Conciencia/reconocimiento del valor personal.</li> <li>- Capacidad de frustración y de postergar la satisfacción.</li> <li>- Adecuada autoestima.</li> <li>- Planificación del tiempo libre.</li> <li>- Motivación al logro.</li> <li>- Sentimiento de autosuficiencia.</li> <li>- Tendencia a sentimientos de esperanza.</li> <li>- Autonomía e independencia.</li> <li>- Habilidades de afrontamiento caracterizadas por orientación hacia las tareas, actividad</li> </ul>

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
	dirigida a la resolución de problemas y mayor tendencia a afrontar situaciones difíciles con sentido del humor
<b>Familiares</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deseo de salir de la casa.</li> <li>- Reconocimiento del fracaso familiar.</li> <li>- Aislamiento y marginalidad en la casa.</li> <li>- Relaciones tensas o violentas en el hogar.</li> <li>- Mala relación con los padres o entre los hermanos.</li> <li>- Familia disfuncional.</li> <li>- Frustración familiar, ambivalencia (sentimientos de rechazo y aceptación) hacia la familia, no adquisición de la independencia.</li> <li>- Falta de cariño y respaldo por parte de los padres o de los cuidadores.</li> <li>- Disciplina autoritaria e inflexible, falta de diálogo y ausencia de límites.</li> <li>- Ausencia de límites.</li> <li>- Desinterés por la educación de los hijos.</li> <li>- Crianza poco efectiva.</li> <li>- Ausencia constante de los padres en la vida cotidiana de sus hijos.</li> <li>- Ausencia de responsabilidades dentro del hogar y entre sus miembros.</li> <li>- Mala comunicación entre padres e hijos.</li> <li>- Vínculos débiles entre padres e hijos.</li> <li>- Padre o cuidador que consume drogas.</li> <li>- Eventos estresantes en la vida familiar.</li> <li>- Desorganización familiar.</li> <li>- Sobreprotección.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambiente cálido.</li> <li>- Existencia de madres y/o padres sustitutos que apoyen o estimulen.</li> <li>- Comunicación abierta y asertiva.</li> <li>- Estructura familiar con capacidad para superar las dificultades.</li> <li>- Buena relación con padres y hermanos.</li> <li>- Cohesión o unión familiar.</li> <li>- Aprecio y reconocimiento del padre hacia el hijo.</li> <li>- Límites claros y una disciplina aplicada consistentemente.</li> <li>- Apoyo y seguimiento de la educación de los hijos (educación democrática).</li> <li>- Manejo eficaz del estrés de los integrantes de la familia.</li> <li>- Tiempo de calidad en familia.</li> <li>- Relación fundamentada en el cariño/amor que permite disentir y criticar conductas, corregirlas sin afectar el reconocimiento al valor de la persona.</li> <li>- Expectativas claras.</li> <li>- Responsabilidades establecidas.</li> <li>- Lazos seguros con los padres.</li> <li>- Altas expectativas de parte de los padres, que tengan un proyecto educativo para orientar su vida y la de sus hijos.</li> <li>- Compartir intereses y tiempo libre.</li> <li>- Promoción de hábitos sanos</li> </ul>
<b>Sociales</b>	
<b>Escuela</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comportamiento negativo en la escuela o una conducta social deficiente.</li> <li>- Barreras comunicacionales y de cordialidad entre los profesores y estudiantes.</li> <li>- Fracaso académico.</li> <li>- Asociación con compañeros que consumen droga</li> <li>- Ausencia de compromiso por la escuela.</li> <li>- Falta de comunicación con los padres de familia.</li> <li>- Énfasis en lo académico y no en el desarrollo integral del estudiante.</li> <li>- Problemas interpersonales: rechazo a</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rendimiento académico normal.</li> <li>- Perseverancia en los estudios.</li> <li>- Apoyo social.</li> <li>- Buena comunicación profesor-estudiante.</li> <li>- La actuación del profesor como un modelo de vida válido.</li> <li>- Establecimiento de lazos cordiales entre profesores y estudiantes</li> <li>- Buenas relaciones con los compañeros.</li> <li>- Conexión entre la casa y la escuela.</li> <li>- Cuidado y apoyo, sentido de “comunidad” en el aula y en la escuela (solidaridad, integración y logros personales).</li> <li>- Grandes expectativas del personal de la</li> </ul>

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>- otras personas, aislamiento del grupo.</li> <li>- Prácticas duras o autoritarias en el manejo de estudiantes.</li> <li>- Disponibilidad de alcohol, tabaco, drogas ilícitas y armas de fuego en la escuela.</li> <li>- Promoción del individualismo y la competitividad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>escuela.</li> <li>- Fomento de actividades extracurriculares y deportivas.</li> <li>- Promoción de actividades de servicio social y comunitario.</li> <li>- Compromiso y responsabilidad en las tareas y decisiones de la escuela.</li> <li>- Fomento de una vida saludable dentro y fuera de la escuela.</li> <li>- Utilización máxima de las instalaciones.</li> <li>- Fomento de trabajo en equipo y de la creatividad</li> </ul>
<b>Compañeros</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asociación con amigos o conocidos que consumen drogas.</li> <li>- Rechazo del círculo inmediato de compañeros.</li> <li>- Búsqueda de la identidad a través del grupo.</li> <li>- Presión hacia el consumo de drogas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lazos seguros con los compañeros y otros adultos que modelan conductas positivas de salud y sociales.</li> <li>- Apoyo social de los compañeros.</li> <li>- Relación con diversos grupos.</li> <li>- Buscar la independencia personal en relación con el grupo</li> </ul>
<b>Comunidad</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leyes y normas favorables al uso de sustancias ilegales, armas de fuego y perpetración de crímenes.</li> <li>- Circunstancias de la comunidad: desorganización en el barrio, pobreza extrema, injusticia racial, alto grado de desempleo.</li> <li>- Disponibilidad de alcohol, tabaco, drogas ilícitas y armas de fuego en la comunidad.</li> <li>- Problemas interpersonales: aislamiento y rechazo de los demás</li> <li>- Actitudes tolerantes hacia el consumo de drogas.</li> <li>- Falta de información sobre los efectos de las drogas.</li> <li>- Publicidad de drogas legales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buena relación con la comunidad.</li> <li>- Participación activa dentro de la comunidad.</li> <li>- Leyes y normas desfavorables al uso de sustancias ilegales, armas de fuego y perpetración de crímenes</li> <li>- Apoyo social.</li> <li>- Instrumentación de acciones a favor de la prevención de adicciones.</li> <li>- Promoción de actividades de ocio y tiempo libre.</li> <li>- Áreas que favorezcan la convivencia</li> </ul>

#### **5.4 Panorama a nivel general del consumo de SPA.**

En el ámbito mundial, las dos sustancias psicoactivas ilícitas de mayor consumo siguen siendo el cannabis (prevalencia anual mundial entre el 2,6% y el 5,0%) y los estimulantes de tipo anfetamínico, excluido el “éxtasis” (0,3% a 1,2%), aunque los datos relativos a su producción son escasos. Se ha observado que la producción y el cultivo totales de coca se mantienen estables, mientras que la producción de opio ha vuelto a alcanzar cifras comparables a los de 2009 (7).

Las estimaciones mundiales en 2009 indican que la prevalencia del consumo de tabaco durante el último mes a la reunión de los datos (25% de la población mayor de 15 años) es 10 veces superior a la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas ilícitas durante dicho mes (2,5%). La prevalencia anual del consumo de alcohol es del 42% (teniendo en cuenta que el consumo de alcohol es legal en la mayoría de los países), cifra que es ocho veces superior a la prevalencia anual del consumo de sustancias psicoactivas ilícitas (5,0%). La prevalencia del consumo semanal episódico intenso de alcohol es ocho veces superior al consumo problemático de sustancias ilegales. El consumo de sustancias ilegales representa el 0,9% del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad perdidos en el escenario mundial, o el 10% del total de años de vida perdidos como resultado del consumo de sustancias psicoactivas (7).

Entre tanto el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias en las Américas está ligado a cerca de una cuarta parte de las defunciones anuales que allí se producen, se estima según investigaciones realizadas que casi 45 millones de ciudadanos residentes en este lugar consumen alcohol, de igual modo el consumo de tabaco es la principal causa de muerte evitable en las Américas y todo el mundo. Más de un millón de personas mueren por consumir esta sustancia cada año en las Américas, de los cuales el 46% son mujeres. La mitad de ese millón de defunciones ocurren en América Latina; La adicción al tabaco empieza generalmente en la adolescencia. En la mayoría de los países de las Américas más del 70% de los fumadores empezaron este hábito antes de los 18 años de edad (63).

El alcohol ocasiona una pesada carga de enfermedad en las Américas. América Latina es la segunda región del mundo con mayor carga de enfermedad atribuible al alcohol después de los países más desarrollados del mundo, entre tanto el problema de consumo de SPA afecta principalmente a la población juvenil y a los varones más que a las mujeres. La marihuana, seguida por la pasta de cocaína, el crack y el clorhidrato de cocaína son las sustancias ilícitas de mayor consumo en América Latina (64)(63).



## 5.5 Situación de consumo en Colombia.

La situación en Colombia es intermedia entre siete países de Suramérica que usan la misma metodología para estimar el consumo de drogas en población general de 12 a 65 años, con cifras similares a las de Bolivia, superiores a las de Ecuador y Perú, e inferiores a las de Argentina, Chile y Uruguay. En cuanto a población universitaria, según los estudios comparativos realizados en los países andinos, Colombia tiene los consumos más altos en la mayoría de sustancias(65).

El consumo de sustancias legales como el tabaco y el alcohol está muy extendido en todos los grupos poblacionales a lo largo y ancho del territorio nacional. Cerca de la mitad de la población utiliza con alguna frecuencia estas sustancias y no menos de la quinta parte se encuentra en situación de riesgo o con problemas asociados al abuso.

La sustancia ilícita más consumida en Colombia es la marihuana seguida de la cocaína. La marihuana explica la mayor parte del consumo de drogas ilícitas. Del total de consumidores de drogas ilícitas en el último año, el 87% son consumidores marihuana. No obstante, no es posible desestimar el consumo de ninguna sustancia, pues drogas de bajas prevalencias como la heroína y el bazuco tienen altos impactos en la salud pública.

La Encuesta Nacional de Salud Mental en Colombia para el año 2015, evidenció que el consumo de cigarrillo en adolescentes entre los 11 y 12 años presentaba una prevalencia de consumo en la vida del 5,8% y del 3,4% para consumo en los últimos 12 meses. Respecto al consumo de alcohol el 20,4% de los adolescentes reportan haberlo consumido alguna vez en la vida y el 17,8% en los últimos 12 meses. Por otro lado, el consumo de cannabinoides es la sustancia ilegal más frecuentemente consumida, donde el 3,5% de los adolescentes reportan haberla consumido en la vida y de ellos la mitad lo han hecho en los últimos 12 meses. Al contrastar la información en La Encuesta Nacional de Salud Mental 2003, la prevalencia de los últimos 12 meses para adolescentes entre 13-17 años fueron de 3,4% para abuso de alcohol, similar a la prevalencia actual y del año 2013(66).

El patrón de consumo de riesgo y abuso es mayor en hombres que en mujeres, donde el 5,2% de los adolescentes presentan consumo excesivo y el 2,8% consumo con patrón de riesgo de abuso. Si se compara con los resultados del Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2013 se encuentra para ese año que el 5,2% de la población de 12 a 17 años de edad presentaba una prevalencia de consumo de riesgo de alcohol, algo mayor a prevalencia que se encuentra actualmente para el mismo grupo. Para las personas entre 18 y 44 años el 21,8% tienen una patrón de consumo excesivo y el 12,0% de riesgo de abuso, que se contrasta con el estudio de sustancias psicoactivas en el que el análisis se hace

por grupos de edad más estrechos, donde el 18,7% de las personas entre 18 y 24 años, el 14,1% en los de 25 a 34 años y del 10,5% en las personas de 35 a 44 años tienen patrón de riesgo(66).

Dentro de los diferentes estudios a nivel nacional, también se realizó el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia 2011, donde se trabajó con estudiantes adolescentes de 11 a 18 años de edad, en el cual el 24,3% declararon haber consumido tabaco/cigarrillo alguna vez en la vida, con cifras superior en los hombres (28%), en relación a las mujeres con el (21%). Por otro lado, dos de cada tres escolares de Colombia representados en este estudio declaran haber consumido alguna bebida alcohólica en su vida, el 40% de los estudiantes de 11 a 18 años declararon haber consumido algún tipo de bebida alcohólica durante el último mes, con cifras similares por sexo. Un 7% de los escolares declararon haber fumado marihuana alguna vez en su vida, es decir 1 de cada 14 escolares(67).

## **5.6 Consumo de SPA en Antioquia y Medellín.**

El departamento de Antioquia presenta índices altos de uso de alguna sustancia psicoactivas ilícitas alguna vez en la vida con 19,5% en la población escolar, predomina fuertemente el uso de marihuana con un 14,5% seguido de popper con 5,6%, y dick con 5,1% (67).

En un estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Antioquia, realizado por la Gobernación, a través del Comité Departamental de Prevención en Drogas, se presentó una prevalencia del consumo de marihuana en el departamento del 19,3%y en algunas regiones llega al 29,6%. En Antioquia el consumo de marihuana es tres veces superior al del resto del país, donde la edad promedio de inicio de consumo está entre 15 y 16 años (68).

En la encuesta de hogares realizada en el departamento de Antioquia sobre el consumo de sustancias psicoactivas, 2011, por el Comité Departamental de Prevención en Drogas de Antioquia y la Gobernación de Antioquia, se encontró que la subregión de Antioquia que presentó mayor prevalencia de vida en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas fue la región Nordeste (88,1%), seguido de la subregión Norte (86,8%) con una edad de inicio entre los 15 y 16 años. En cuanto al consumo de cigarrillo se encontró que la subregión que presentó mayor prevalencia de vida fue Oriente (50,3), seguido de la subregión Suroeste (47,2%), Norte (46,2%) al igual que la Nordeste, con una edad de inicio entre los 14 y 17 años (69).

En el estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Medellín, Área Metropolitana y resto de Antioquia, 2009, surgieron los siguientes resultados,

donde el 48,5% de las personas encuestadas declaran haber consumido tabaco/cigarrillo alguna vez en la vida: 59,8% de los hombres y 38,6% de las mujeres. No obstante, sólo 19,6% pueden considerarse consumidores actuales; es decir, han usado esta sustancia en el último mes (25,1% de los hombres y 14,7% de las mujeres). La mayor prevalencia de último mes de consumo de cigarrillos se encuentra en el grupo de 45 a 65 años de edad (23,8%) (70).

Las mayores prevalencias mes de consumo de cigarrillos se registra en Medellín y el área metropolitana (20,9%), en comparación al resto de Antioquia (10,6%). En cuanto al consumo de alcohol, 87,8% de los encuestados declaran haber consumido alguna vez en la vida y 40% dicen haber consumido en los últimos 30 días (lo que equivale a 1,1 millones de personas). El consumo actual de alcohol en el último mes, presenta diferencias notorias por edad, siendo más significativas en el grupo de 12 a 17 años, 28,8% de las personas encuestadas declara consumo, mientras que en los dos grupos siguientes las cifras son: 52% entre los jóvenes de 18 a 24 años, y 47,9% en el grupo de 25 a 34 años. Respecto del total de la población, 17,9% de los encuestados presentan un consumo de alcohol que se puede calificar de riesgoso o perjudicial, cifra que equivale a 496 mil personas. En términos porcentuales con respecto a la población total, así como en cuanto a los consumidores en el último mes, las mayores proporciones de personas con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol se encuentran en la zona de Medellín y el área metropolitana (18,7% y 45,7%, respectivamente), en comparación al resto de Antioquia (11,9% y 35,5%)(70).

## **5.7 Personalidad.**

El estudio de la personalidad se puede remontar alrededor de un siglo antes de Cristo, Cicerón definió el término personalidad, enfocándose desde cuatro diferentes significados: “la forma en cómo un individuo aparece frente a las demás personas; el papel que una persona desempeña en la vida; un conjunto de cualidades que comprenden al individuo; y como sinónimo de prestigio y dignidad, mediante el cual se asignaba el término persona de acuerdo con el nivel social al que se perteneciera”(71).

En la época clásica, se dio un auge en la cantidad de significados del concepto de personalidad, según Cerdá uno de estos conceptos está adherido a la Santísima Trinidad, entendido como algo sustancial y no asumido, es decir, que no se construye, sino que se encuentra en sí mismo, hace parte de su esencia. Para la filosofía medieval se fue perfilando el concepto y de igual manera se involucraron de manera novedosa aspectos éticos y distintivos del individuo. Boecio en el siglo VI sintetizó estos dos conceptos para dar origen al término de personalidad, con el

que se define a la persona como una sustancia individual, racional y natural, incluye el atributo de la racionalidad(71).

Sin embargo en el ámbito social se puede decir que la personalidad es el resultado o reflejo de un sin número de características pertenecientes a la base social en la cual se encuentra inmersa una persona, puesto que todo lo que ocurre en el contexto puede afectar o beneficiar a esta; además la personalidad se puede configurar a partir de las exigencias, demandas y estímulos que ponen a prueba sus características individuales, que le permiten desempeñarse en la comunidad(71).

Resulta claro que la estructura de personalidad es permanente, continua y particular a lo largo de los años en hombres y mujeres, aunque en algunos casos esta puede adoptar otros patrones que dificultan el desempeño del individuo(71).

### **5.7.1 Rasgo de personalidad: aproximación conceptual.**

Para definir rasgos de personalidad partimos de las diferentes aproximaciones conceptuales de ciertos autores, en el año 1991 Forns, Kirchner y Torres, mencionan que el modelo de rasgos se considera como una conducta en función primordial de las variables internas. Estos constructos internos o variables del organismo dan consistencia y estabilidad al comportamiento a lo largo del tiempo y de las distintas situaciones, al otorgárseles un estatus estructural. Según estas autoras “el rasgo tiene un sentido innato, geneticista, propiciador de esta concepción estable e idiosincrática de la conducta”(72).

Para Allport el rasgo es “un sistema neuropsíquico (peculiar al individuo) generalizado y focalizado, dotado de la capacidad de convertir muchos estímulos en funcionalmente equivalentes y de iniciar y guiar formas coherentes (equivalentes) de comportamiento adaptativo y expresivo”. Eysenck y Tous consideran que “los rasgos son esencialmente factores disposicionales que determinan regular y persistentemente nuestra conducta en tipos de situación diferentes”. Por otro lado, Tous también considera que “los rasgos describen mecanismos del individuo, o sea, son funciones diferenciadas del mismo que pueden ser dominantes y entonces tenemos un tipo o pueden estar equilibradas y entonces el tipo es el resultado del balance entre dos rasgos”. Finalmente Cattell define el rasgo así: “por rasgo entendemos una tendencia a reaccionar, relativamente permanente y amplia” (72).

Sandín y Chorot apoya esta idea: “si los rasgos reflejan aspectos consecuentes de una posible estructura de la personalidad, cuando determinemos esta estructura sus elementos, o sea los factores corresponderán a los rasgos” (72).

## **5.7.2 Teorías de la personalidad.**

Según los antecedentes históricos, en el documento teorías de la personalidad, Un análisis histórico del concepto y su medición, se describen las siguientes teorías(71):

### **5.7.2.1 Teoría psicodinámica de la personalidad.**

De acuerdo con el teórico más importante de este paradigma de la psicología, la conducta de una persona es el resultado de fuerzas psicológicas que operan dentro del individuo. El concepto de conducta desde esta orientación es de vital importancia porque permite entender la personalidad; es por eso que Pervin y John plantean que el punto de vista estructural de Freud es una buena manera de abordar este tema.

Teniendo en cuenta lo anterior, Freud plantea que la personalidad se desarrolla en la medida en que una persona logra satisfacer los deseos sexuales durante el curso de su vida, es decir, que la personalidad está determinada por la manera en que se aborda cada una de las etapas psicosexuales. Las etapas psicosexuales son cinco y las vivencias en cada una de ellas dan cuenta de un posible perfil de personalidad: etapa oral, etapa anal, etapa fálica, etapa de latencia, etapa genital. Según el enfoque dinámico de la personalidad la manera de evaluar dicho fenómeno involucra estrategias como las técnicas de manchas o tintas, técnicas pictóricas o gráficas, técnicas verbales, recuerdos autobiográficos y técnicas de ejecución.

### **5.7.2.2 Teoría fenomenológica de la personalidad.**

La teoría fenomenológica de la personalidad, a diferencia del psicoanálisis, considera que el ser humano no debe ser comprendido como resultado de conflictos ocultos e inconscientes, sino que tiene una motivación positiva y que, conforme a cómo evoluciona en la vida, el hombre va logrando obtener niveles superiores de funcionamiento, teniendo en cuenta que la persona es responsable de sus propias actuaciones y por ende de las consecuencias que le sobrevienen.

Dos de los teóricos importantes de esta comprensión de la personalidad son Carl Rogers y Gordon Allport. Carl Rogers consideró que los seres humanos construyen su personalidad cuando se ponen al servicio de metas positivas, es decir, cuando sus acciones están dirigidas a alcanzar logros que tengan un componente benéfico. Para Rogers, la persona desde que nace viene con una serie de capacidades y potenciales los cuales tiene que seguir cultivando a través de la adquisición de nuevas destrezas; esta capacidad se ha denominado tendencia a la realización; por el contrario, cuando el individuo descuida el

potencial innato hay una tendencia a que se vuelva un ser rígido, defensivo, coartado y a menudo se siente amenazado y ansioso.

Para la evaluación de la personalidad desde este modelo, los teóricos han planteado la utilización de pruebas tales como: Ordenamientos Q, otros instrumentos como la Escala de Autoconcepto de Tennessee, la escala de Autoconcepto para niños de Piers-Harris y los Inventarios de Autoestima de Coopersmith.

### **5.7.2.3 Teoría de los rasgos**

La teoría de los rasgos se refiere a las características particulares de cada individuo como el temperamento, la adaptación, la labilidad emocional y los valores que le permiten al individuo girar en torno a una característica en particular. En este sentido Raymond Cattell, uno de los personajes más significativos en esta teoría, realizando la siguiente clasificación: comunes (propios de todas las personas) contra únicos (son característicos de individuo); superficiales (fáciles de observar) contra fuentes (solo pueden ser descubiertos mediante análisis factorial); constitucionales (dependen de la herencia) contra moldeados por el ambiente (dependen del entorno); los dinámicos (motivan a la persona hacia la meta) contra habilidad (capacidad para alcanzar la meta) contra temperamento (aspectos emocionales de la actividad dirigida hacia la meta. Posteriormente, Hans Eysenck definió la personalidad como una organización estable y perdurable del carácter, del temperamento, del intelecto y del físico de la persona, lo cual permite su adaptación al ambiente, definición originada a partir del orden de las fuerzas biológicas, la tipología histórica y la teoría del aprendizaje, estableciendo así la base de la personalidad compuesta por tres dimensiones: introversión-extroversión, neuroticismo (síntomas relacionados con la ansiedad) y psicoticismo (conducta desorganizada).

Entre los instrumentos de evaluación de la personalidad desde esta teoría se encuentra que una de las herramientas más usadas es el 16PF, desarrollado por Cattell. Otras de las pruebas desarrolladas desde esta teoría son las que se presentan a continuación: el MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), instrumento de medición de la personalidad lo constituye el Inventario Psicológico de California (CPI), el Eysenck Personality Inventory EPI, otro de los instrumentos planteados por este autor es el Eysenck Personality Questionnaire- EPQ-R.

### **5.7.2.4 Teoría conductual de la personalidad.**

Watson, padre del conductismo, manifestó su acuerdo con la teoría de Jhon Locke en el siglo XVII sobre la tabula rasa, teoría de la personalidad según la cual un recién nacido viene en blanco y es el ambiente el que determinará la

personalidad debido a la moldeabilidad de este, no solo en la infancia sino también en las otras etapas posteriores. De otra manera, Skinner, quien realizó experimentos sobre el aprendizaje animal y humano, concluyó que lo que una persona aprende a hacer es semejante a como aprende otras cosas; por tal razón, lo que implica motivación inconsciente, aspectos morales y rasgos emocionales no existe. Otro concepto estructural que utilizó Hull fue el impulso definido como un estímulo capaz de activar la conducta; por lo tanto, son los impulsos los que hacen responder a un individuo. Estos pueden ser primarios (innatos) o secundarios (aprendidos).

#### **5.7.2.5 Teoría cognitiva de la personalidad.**

Esta teoría plantea que la conducta está guiada por la manera como se piensa y se actúa frente a una situación; sin embargo, no deja de lado las contingencias que ofrece el ambiente inmediato ante cualquier situación. En palabras de Bandura la personalidad es la interacción entre cognición, aprendizaje y ambiente; de igual manera juegan un papel importante las expectativas internas de los individuos, pues el ambiente influye en la manera de comportarse y por tanto modifica las expectativas del individuo ante otras situaciones respecto a su comportamiento, teniendo en cuenta que las personas se ajustan a unos criterios o estándares de desempeño que son únicos a la hora de calificar un comportamiento en diversas situaciones. Mientras que para Rotter esto puede ser utilizado como una habilidad cognitiva que influye en las personas de acuerdo con el manejo de sus expectativas, como lo plantea Bandura donde la conducta de las personas está orientada a metas, pues los individuos se pueden regular a sí mismos; además tienen un grado de libertad y capacidad de cambiar durante toda la vida.

En cuanto al aporte a la construcción de instrumentos, Rotter (1966) presentó una escala para evaluar las expectativas generalizadas del individuo sobre el control interno o externo del reforzamiento (Escala I-E).

#### **5.7.2.6 Teoría integradora de la personalidad.**

Actualmente la comunidad científica aún no ha podido establecer una teoría de la personalidad amplia y consensuada, que organice, estructure y dé cabida a la gran pluralidad existente de investigaciones y enfoques. Teniendo en cuenta estas necesidades, surge la Teoría Integradora, que plantea objetivos como:

Elaborar un modelo de personalidad amplio, que posibilite la integración de las principales teorías, que organice los principales logros de la investigación empírica incorporando la inteligencia; definir la personalidad a partir de la identificación teórica de los factores o facetas de las grandes dimensiones; fundamentar la comprensión de la personalidad desde un enfoque evolucionista; y ofrecer un

modelo de rasgos que incorpora los paradigmas actualmente activos, sobrepasando el concepto descriptivo de la estructura y permitiendo involucrarse con los procesos.

Según la teoría integradora, la personalidad no podrá limitarse a describir o explicar el temperamento, el carácter o la inteligencia, sino que deberá incluir los tres aspectos. Una teoría de la personalidad no puede limitarse solo al consciente o al inconsciente, como tampoco a las conductas observables o a las internas, debe tener los dos factores en cuenta. Una teoría de la personalidad no se debe limitar a las diferencias y semejanzas entre hombres y mujeres y, por supuesto, tampoco debe orientarse solo a la conducta normal; es evidente que tiene que tener en cuenta la psicopatología y por lo tanto aportar posibles estrategias de cambio.

La propuesta de la Teoría Integradora para dar respuesta a las problemáticas planteadas se ha denominado “Cinco Grandes Rasgos de la Personalidad” (Big Five), diseñados por Caprara, Barbaranelli, Borgogni y Perugini; se distinguen cinco factores o dimensiones: extroversión, agradabilidad, escrupulosidad, estabilidad emocional y apertura a la experiencia. EL instrumento propuesto por los Cinco Grandes es el cuestionario big Five (BFQ). Otro fundamento importante es el estudio de cuestionarios en diferentes lenguajes, realizado por Costa y McCrae quienes desarrollaron una herramienta de evaluación objetiva, el inventario de personalidad Neo (NEO-PI), que posteriormente fue revisado para formar el Inventario de Personalidad Neuroticismo Extroversión Apertura, revisado (NEO-PI-R); esta prueba evalúa los cinco grandes factores personalidad.

### **5.7.3. Inventario NEO-FFI (NEO Five-Factor Inventory).**

Para evaluar la personalidad se ha hecho uso de cuestionarios tales como los mencionados anteriormente, este estudio adopta como fundamento la teoría integradora. El NEO-FFI es un instrumento que mide rasgos o características estables de personalidad y evalúa las cinco escalas básicas mediante 60 ítems que por su alto nivel de discriminación fueron extraídos del NEO PI-R. Este inventario fue diseñado por Paul Costa y Robert McCrae en los años 80 quienes intentan promover nuevas corrientes de pensamiento al interior de la psicología para llevar a la teoría de la personalidad, a continuación en la tabla 4 se describen los factores del NEO-FFI(73):



**Tabla 4. Factores del NEO-FFI con su respectiva descripción**

<b>Factor</b>	<b>Descripción</b>
<b>Neuroticismo vs estabilidad emocional</b>	Equivale a la inestabilidad emocional y la experiencia de estados emocionales negativos. El neurótico es un individuo ansioso, preocupado, malhumorado, frecuentemente deprimido, puede que duerma mal, y que sufra trastornos psicosomáticos. Es excesivamente emocional, reaccionando fuertemente a todo tipo de estímulos, siéndole difícil volver a un estado de equilibrio después de cada experiencia emocional importante. Sus fuertes reacciones emocionales interfieren en su propio equilibrio, haciéndolo reaccionar de forma irracional, a veces rígida. Su principal característica es una constante preocupación por las cosas que le pueden salir mal y una fuerte reacción emocional de ansiedad ante estas cosas, lo que le hace sufrir. Por el contrario, el individuo estable tiende a responder emocionalmente de forma débil y a volver rápidamente a su línea base después de cada reacción. Es normalmente tranquilo, de igual humor, controlado y despreocupado.
<b>Extraversión</b>	Implica aspectos como la asertividad y el dinamismo. Los extravertidos son personas sociables, amantes de las fiestas, con muchos amigos, necesitan gente con la que hablar, no les gusta estudiar solos, son amantes de la aventura y el riesgo, con carácter impulsivo, les gustan las bromas, la variación y el cambio, son despreocupados y tienden a ser agresivos. Por el contrario, los introvertidos son personas retraídas, quietas, amantes de la lectura, tienen pocos amigos pero muy escogidos, les gusta hacer planes a largo plazo, piensan las cosas antes de hacerlas y tienen un régimen ordenado de vida entre otras cosas.
<b>Apertura a la experiencia</b>	Refleja el mantenimiento de valores e ideas no convencionales, y la amplitud de intereses; se refiere a las personas abiertas, interesadas tanto en el mundo exterior como en el interior, y cuyas vidas están enriquecidas por la experiencia. La Apertura se relaciona especialmente con aspectos intelectuales, como es el pensamiento divergente que contribuye a la creatividad. Pero no es equivalente a inteligencia. Además, en algunos aspectos, Apertura a la experiencia indica flexibilidad, siendo lo opuesto de rigidez.
<b>Afabilidad o Amabilidad</b>	Capacidad de ser altruista, compasivo, confiado, franco y sensible con los demás.
<b>Tesón o Responsabilidad</b>	Incluye la tendencia al sentido del deber, a la organización, el orden, la búsqueda de objetivos, la autodisciplina y la eficiencia. Se trata de personas voluntariosas, escrupulosas, puntuales y fiables, que controlan sus impulsos.

#### **5.7.4 Rasgos de personalidad y consumo de sustancias.**

En un estudio español denominado asociación entre rasgos de personalidad y consumo de sustancias en adolescentes españoles, se pudo evidenciar que el consumo de sustancias está considerado como una de las conductas de riesgo más frecuentes durante la adolescencia y son los factores de personalidad los que conllevan al consumo en la adolescencia.

Aunque existen estudios sobre personalidad y consumo en adolescentes españoles, algunos resultados son contradictorios debido a que no se cumplen con los tamaños de muestra necesarios que demuestren validez, y son necesarios más estudios con muestras de mayor tamaño y que utilicen medidas validadas. Se muestra que los factores de personalidad como la confianza y la calma tienen influencia en el consumo de alcohol, cannabis y cocaína, mientras que la sociabilidad no presenta ninguna influencia estadísticamente significativa en ninguna de las tres sustancias. Los resultados del estudio de asociación entre rasgos de personalidad y consumo de sustancias en adolescentes son de gran utilidad para la población española a la hora de diseñar programas preventivos, ya que proporcionan mayor evidencia sobre el papel de los rasgos de personalidad como factores de riesgo(74).

En un estudio realizado en el 2006 denominado perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados, se evidenció que los usuarios adolescentes presentan características de personalidad específicas, con una tendencia a relacionarse agresivamente con los demás, a ser irresponsables e impulsivos, además de ser indiferentes a las necesidades de otras personas, mostrando conductas rebeldes y de oposición en las relaciones familiares. Algunos autores coinciden en que los rasgos de personalidad antisociales están directamente relacionados con el consumo de drogas(75). Mientras que los miedos sociales y la fobia social se caracterizan por su alta prevalencia en adolescentes con un patrón de abuso de drogas, varios estudios han encontrado que ciertas conductas desadaptativas, como las conductas impulsivas, disruptivas, antisociales y agresivas, son potentes predictores del uso de tabaco y de alcohol (76).

Sin embargo, otros estudios demuestran que los adolescentes prosociales, asertivos y socialmente hábiles, en comparación con los adolescentes antisociales, son menos propensos a manifestar conductas de riesgo para su salud, como el uso de drogas (74).

## **5.8 La familia.**

Según la Constitución Nacional de Colombia en el artículo 42, define la familia como: “El núcleo fundamental de la sociedad, que se constituye por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla. El Estado y la sociedad garantizan la protección integral de la familia. La ley podrá determinar el patrimonio familiar inalienable e inembargable. La honra, la dignidad y la intimidad de la familia son inviolables. Las relaciones familiares se basan en la igualdad de derechos y deberes de la pareja y en el respeto recíproco entre todos sus

integrantes. Cualquier forma de violencia en la familia se considera destructiva de su armonía y unidad, y será sancionada conforme a la ley. Los hijos habidos en el matrimonio o fuera de él, adoptados o procreados naturalmente o con asistencia científica, tienen iguales derechos y deberes”(77).

Autores como Febvre definen la familia como “el conjunto de individuos que viven alrededor de un mismo hogar”; mientras que, para Morgan, “es el elemento activo; nunca permanece estacionada, sino que pasa de una forma inferior a una forma superior a medida que la sociedad evoluciona de un grado más bajo a otro más alto”. Por último Federico Engels dice que, “el proceso evolutivo de la familia en la historia primitiva consiste en estrecharse constantemente el círculo en el cual reina la comunidad conyugal entre los dos sexos y que en su origen abarca la tribu entera”, concepto que ya no se ajusta a la dinámica actual del proceso en cuestión(78).

### **5.8.1 Teorías del funcionamiento familiar.**

Existen algunas teorías acerca del funcionamiento familiar, que describen las interrelaciones y los procesos del funcionamiento familiar, que pueden explicar cómo las familias disfuncionales se convierten en factores de riesgo para que los adolescentes desarrollen conductas que atentan contra su salud, entre ellas se encuentran(79):

#### **5.8.1.1 La teoría general de sistemas.**

Describe a la familia como la organización social primaria que se caracteriza por las relaciones interpersonales y que es un subsistema del sistema social. Lo que permite a los miembros de la familia vincularse con otros sistemas sociales en la determinación de sus roles y valores que son entregados por la familia. La familia es un sistema que tiene características de totalidad y equifinalidad compuesta por seres vivos, donde cada ser vivo es un sistema por sí solo. La familia es más que la suma de ellos como individuos, los cuales se encuentran interrelacionados por complejos procesos y organizaciones, por lo cual cualquier hecho que afecte a uno de los miembros puede afectar a toda la familia y viceversa.

#### **5.8.1.2 La teoría estructural del funcionamiento familiar.**

Postula que la familia como sistema, tiene una estructura que está dada por los miembros que la componen y las partes de interacción recurrentes. La estructura le da la forma a la organización, constituyendo los arreglos de los componentes internos y su regulación con el ecosistema. Hidalgo Y Minuchin definen la estructura familiar como el conjunto invisible de las demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Las

dimensiones centrales de la estructura familiar son las normas que guían a la familia, los roles y expectativas de rol de cada miembro, los límites, los alineamientos y la jerarquización de poder.

#### **5.8.1.3 La teoría interaccional de la comunicación.**

Postula que el sistema familiar está definido por las pautas de interacción entre sus elementos, los cuales conforman un sistema de relaciones en donde la conducta de uno de ellos afecta a todos y cada uno de sus miembros y que el vínculo de estas manifestaciones observables de la relación es la comunicación. Cuando una de las acciones del proceso de la comunicación se encuentra alterada y mantenida en el tiempo, se producen disfuncionalidades comunicacionales, las relaciones se deterioran y generan disfunciones familiares.

#### **5.8.1.4 La teoría del desarrollo evolutivo.**

Postula que el ciclo de la vida familiar está íntimamente ligado a las consideraciones de la familia como un todo que genera sus propias dinámicas relacionales, que cambian en su forma y función a lo largo de su ciclo vital y que transita a lo largo del tiempo en secuencias relativamente ordenadas, universales y predecibles. Cada individuo ocupa un rol y se enmarca dentro de cierta cultura y valores y tiene que lograr ciertas tareas de los desarrollos tanto individuales como familiares y sociales, en un momento dado.

#### **5.8.1.5 El Modelo circunplejo de sistemas familiares.**

Postula que el sistema familiar se basa en dos dimensiones centrales de la vida familiar: cohesión y adaptabilidad. Olson identifica 4 niveles de cohesión familiar que se encuentran en un continuo balance que van desde un bajo nivel de cohesión (desligada) hasta una cohesión extrema (aglutinada), lo mismo hace con la adaptabilidad identificando 4 niveles de adaptabilidad, los niveles óptimos se denominan flexibles y estructurado, mientras los extremos negativos están representados por los niveles rígidos y caóticos.

Estas teorías describen el sistema familiar, su estructura, los procesos y dinámicas de las relaciones familiares, demostrando teóricamente que el funcionamiento familiar puede influir positiva o negativamente en los patrones de comportamiento y personalidad de los individuos, transformándose en uno de los temas más estudiados durante el último tiempo. Debido a las distintas definiciones de familia que existen y las diferentes formas de describir sus factores, en la presente investigación, para fines prácticos en la aplicación e interpretación de los resultados y unificación de criterios, nos referiremos a familia como un grupo de

dos o más personas que viven juntas y están relacionadas por sangre, por matrimonio, por adopción, o por relación estable de más de un año.

### 5.8.2 tipos de familia.

Dentro de las tipologías familiares se adopta una clasificación establecida por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en el documento de caracterización de las familias en Colombia(80):

- **Nuclear:** Se rige por un principio de parentesco, de tal manera que el núcleo familiar lo constituye, la pareja y uno o más hijos. Este tipo de familia también se conoce como familia elemental o “conyugal. “Hay un predominio de lo afectivo sobre lo económico siendo este último un factor muy determinante en los conflictos”.
- **Familia nuclear incompleta:** Se le denomina familia nuclear incompleta a una familia nuclear donde falta uno de los miembros el esposo, la esposa o los hijos por alguna razón: muerte, otro lugar de residencia, etc.
- **Familia extensa o multigeneracional:** esta corresponde a las familias de algún hijo que con su esposa e hijos sigue viviendo en la casa de sus padres, en nuestro medio también es frecuente que los hijos después de separarse de sus compañeros regresan a casa con sus hijos y en algunas ocasiones hay varios hijos con sus hijos.
- **Familia ampliada o multinuclear:** Es una variedad de familia extensa, conocida también como comunal o fraternal donde viven miembros de la familia de dos o más generaciones o parientes cercanos o incluso lejanos como ahijados o familiares de amigos.

**Familias monoparentales:** son hogares con jefatura femenina o masculina, ha adquirido status, pues se le consideraba familia incompleta, estas mujeres solas se encargan de la supervivencia de sus dependientes, realizan trabajo remunerado o independiente para proveer los ingresos y se encargan del trabajo doméstico.

### 5.8.3 Vulnerabilidad y adaptabilidad familiar

La adaptabilidad se define como: “El conjunto de características a nivel social, humano y financiero que potencian las posibilidades de un territorio para reducir los impactos, aprovechar las oportunidades, recuperarse de los efectos de un disturbio de una forma oportuna y eficiente e implementar medidas para ajustarse a los cambios”. Mientras que la vulnerabilidad se define como: “El grado de susceptibilidad o incapacidad de un sistema para afrontar los efectos negativos del

cambio climático, incluidos la variabilidad y los fenómenos extremos”(81). Para el caso de las familias se mide el nivel de adaptabilidad o de vulnerabilidad de la familia y de sus miembros a la crisis, en respuesta a un evento estresante o a una transición, donde depende de la interacción de los siguientes factores(82)(83):

- El tipo de relaciones que mantienen sus miembros.
- El estilo de afrontamiento de los problemas.
- Las fuentes de apoyo del adolescente y de su familia.
- Los valores y creencias de la familia.
- La acumulación de tensiones y estresores.
- Los recursos de la familia para resistir las tensiones.

Como indicadores de la adaptabilidad o de la vulnerabilidad a la crisis se toman dos factores: el grado de satisfacción de los miembros de la familia con diferentes aspectos de su vida y la presencia o ausencia de problemas de salud y de comportamiento. Todos estos factores varían conforme a la etapa del ciclo vital en la cual se encuentre la familia, pero en general se ha encontrado que las familias más vulnerables a las crisis se caracterizan porque tienen escasa vinculación afectiva y baja flexibilidad; sus miembros vacilan en depender del apoyo y comprensión de la familia; prefieren confiar en personas ajenas a ella, evitando a sus inmediatos, de modo que hacen pocas cosas juntos y sienten que entre ellos se estimula la actitud de que cada uno vaya por su lado; predomina un estilo de comunicación cerrado, se resisten al compromiso mutuo, evaden la responsabilidad y no involucran a la mayoría de los miembros en las decisiones que los afectan a todos(83).

A su vez, se reduce la vulnerabilidad a la crisis si hay pocas tensiones que amenacen la estabilidad emocional, social o económica de la familia, tales como separación conyugal, infidelidad, dificultades en la relación sexual, embarazos indeseados o fuera de una unión estable, abortos, pérdidas económicas severas, desempleo prolongado, enfermedades crónicas incapacitantes, muerte violenta, suicidio o desaparición de alguno de los miembros, encarcelamiento, violencia física o sexual. Esto no quiere decir que una vez que se presenta alguno de esos eventos, la familia quede irremediablemente destinada a ser disfuncional; lo que ello representa es la necesidad familiar de un franco reajuste, para que el grupo logre asimilar esos sucesos como puntos de apoyo para su propia evolución(82).

#### **5.8.4 Relación del funcionamiento familiar y el consumo de SPA**

En el estudio de funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación del año 2007, se analizó el papel mediador

de la autoestima en la relación entre el funcionamiento familiar y el consumo de sustancias en adolescentes. Los resultados sugieren que la relación de las características del funcionamiento familiar únicamente constituye un factor explicativo distal del consumo de sustancias en la adolescencia; es decir, las características positivas o negativas del funcionamiento familiar potencian o inhiben las autoevaluaciones positivas del adolescente en los distintos dominios relevantes de su vida ya sea familia, escuela, sociabilidad y apariencia física. Las características del funcionamiento familiar influyen en el consumo de sustancias de los hijos/as adolescentes porque influyen en el desarrollo de su autoestima, tanto la protectora como la de riesgo(84).

La estructura y la composición familiar aparecen en la literatura como elemento importante en el desarrollo de los hijos. Pero, como se ha mencionado antes, la familia es un grupo social dinámico que está expuesto a factores sociales que provocan su diversificación. La ausencia de uno de los padres y el cambio de la estructura familiar provocado por separaciones y nuevas uniones, el fallecimiento de uno de los progenitores o el nacimiento en el seno de una familia desestructurada convierten a la familia en un factor de riesgo para el consumo de drogas en los hijos(84).

En cuanto a la relación que se establece entre las tasas de consumos y la calidad de la relación con los padres y amigos, se observa un mayor consumo de alcohol y tabaco cuando se tienen malas relaciones familiares y buenas relaciones con los amigos. El cannabis tiene un patrón de consumo parecido, aunque menos pronunciado. El resto de drogas correlaciona positivamente con malas relaciones con los padres y con los amigos. El consumo de SPA es mayor en los adolescentes de familias no tradicionales, como familias monoparentales o reconstruidas, por otro lado la sobreprotección como la ausencia de implicación de los padres en las relaciones con los hijos son destacados como factores que correlacionan con el consumo de drogas de los hijos(84).

## **5.9 Marco Legal**

A lo largo del tiempo el consumo de sustancias psicoactivas se ha convertido en un problema que afecta a los diferentes estados a nivel mundial y nacional, es por ello que se hace necesaria la implementación de normas, leyes, convenios y declaraciones en busca de establecer medidas de control, promoción y prevención como se evidencia en la tabla 5:

**Tabla 5. Marco legal del consumo de sustancias psicoactivas a nivel mundial y Nacional.**

<b>Escenario Mundial</b>	
<b>Norma</b>	<b>Descripción</b>
Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948.	Los derechos humanos emanan de la dignidad y el valor de la persona humana, son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí, lo que significa que nadie puede ser despojado de ellos por cultivar o consumir sustancias controladas(85)(86).
Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes de la ONU	Clasifica las drogas en listas y exigen que se les impongan estrictos controles debido a la nocividad de sus características, los riesgos de dependencia y/o su valor terapéutico (87).
Convención sobre los Derechos del Niño, 1989.	Artículo N° 33 “Los Estados partes adoptarán todas las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales, para proteger a los niños contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias psicotrópicas enumeradas en los tratados internacionales pertinentes, y para impedir que se utilicen niños en la producción y el tráfico ilícito de esas sustancias” (88).
<b>Escenario Nacional</b>	
Ley 30 de 1986 Estatuto Nacional de Estupefacientes	Esta norma regula las relaciones no solo desde el punto de vista de la penalización sino desde el punto de vista de la prevención y establece las responsabilidades de las instituciones articuladas al sistema de intervención sobre el tema de los estupefacientes(89).  Artículos significativos 10, 11, 89, 98.
Decreto Nacional 3378 de 1986	Por el cual se reglamenta la ley 30 de 1986 o Estatuto Nacional de Estupefacientes. En este se definen los principios generales y define las sustancias, el uso, dosis, entre otros. Igualmente reglamenta la creación de programas de educación, en materia de formación de comités educativos en lucha contra esta problemática. Además dicta medidas para trabajo a menores de edad(90).
La Constitución Política de Colombia de 1991	Artículo N° 45. “El adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral. El Estado y la sociedad garantizan la participación activa de los jóvenes en los organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, educación y progreso de la juventud” (77).
Ley 124 de 1994	Prohíbe el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad, cualquier persona que suministre este tipo de bebida a menores, será sancionada acorde a lo establecido en esta ley(91).
Decreto 1108 de 1994	Por el cual se sistematizan, coordinan y reglamentan algunas disposiciones en relación con el porte y consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas; este tiene por objeto sistematizar, coordinar



	y reglamentar algunas disposiciones de los códigos del menor, Nacional de Policía, Sanitario, Penitenciario y Carcelario, Sustantivo del Trabajo y Nacional de Tránsito Terrestre y otras normas que establecen limitaciones al porte y al consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas y fijar los criterios para adelantar programas educativos y de prevención sobre dicha medida(92).
Ley 599 de 2000. Régimen Penal Colombiano	Título XIII. Delitos Contra La Salud Pública. Capítulo II. Del tráfico de estupefacientes y otras infracciones (93).  Artículos significativos 376, 381.
Ley 745 de 2002	Por la cual se tipifica como contravención el consumo y porte de dosis personal de estupefacientes o sustancias que produzcan dependencia, con peligro para los menores de edad y la familia(94).
Ley 1098 de 2006	Por la cual se expide el código de infancia y adolescencia(95).  Artículos significativos 3, 14,20.
Decreto 3039 de 2007 Plan Nacional de Salud Pública.	Por medio del cual se definen prioridades en salud pública y las responsabilidades en su ejecución, en particular en lo atinente con salud mental y prevención de consumo de sustancias psicoactivas(96).
Resolución 01956 de 2008	Por la cual se adoptan medidas en relación con el consumo de cigarrillo o de tabaco; se consideran todas las medidas de aseguramiento sobre el consumo de cigarrillo o tabaco, resolviendo que todo espacio cubierto por techo debe estar libre de humo garantizando espacios saludables (97).
Decreto 120 de 2010.	Por el cual se adoptan medidas en relación con el consumo de alcohol (98).

## 5.10 Sistema de educación.

Según la información proporcionada por el estudio diagnóstico, Estadísticas de Educación Superior en América Latina y el Caribe 2005, realizado por el Instituto Internacional para la Educación Superior en América Latina y el Caribe (IESALC-UNESCO), en el marco del programa “Observatorio de la Educación Superior en América Latina y el Caribe”; la educación superior se divide en 2 grupos principales los cuales son el sistema universitario de educación superior y sistema no universitario de educación superior (99).

El sistema no universitario de educación superior presenta variaciones importantes de país a país. Por ejemplo, pueden impartir carreras del nivel profesional y técnico, pero no pueden conceder grados académicos. Tampoco pueden impartir

ciertas carreras que tienen el rango de universitaria. En general el contenido de los programas de estos centros está orientado a la práctica y a adquirir los conocimientos necesarios para ejercer una profesión particular o un oficio y su duración mínima es de 2 años y en promedio alcanzan 3 años. Los institutos superiores técnicos y tecnológicos son centros de formación profesional para el nivel operativo, que se orientan a la investigación tecnológica y a extensión para el desarrollo de la comunidad(99).

### **5.10.1 Sistema de educación en Colombia.**

En Colombia la educación se define como un proceso de formación permanente, personal, cultural y social que se fundamenta en una concepción integral de la persona humana, de su dignidad, de sus derechos y de sus deberes.

En nuestra Constitución Política se dan las notas fundamentales de la naturaleza del servicio educativo. Allí se indica, por ejemplo, que se trata de un derecho de la persona, de un servicio público que tiene una función social y que corresponde al Estado regular y ejercer la suprema inspección y vigilancia respecto del servicio educativo con el fin de velar por su calidad, por el cumplimiento de sus fines y por la mejor formación moral, intelectual y física de los educandos. También se establece que se debe garantizar el adecuado cubrimiento del servicio y asegurar a los menores las condiciones necesarias para su acceso y permanencia en el sistema educativo(100).

La educación Superior es regulada por la **Ley 30 de 1992**.

A continuación se describen las características generales más importantes de la educación superior en Colombia (101):

- Es entendida como un servicio público que puede ser ofrecido tanto por el Estado como por particulares, y se realiza con posterioridad a la educación media.
- Se han definido varios tipos de Instituciones según su naturaleza y objetivos (Instituciones Técnicas Profesionales, Instituciones Tecnológicas, Instituciones Universitarias y Universidades).
- Existe un Sistema Nacional de Aseguramiento de la Calidad.
- El Estado garantiza la calidad del servicio educativo a través de la práctica de la suprema inspección y vigilancia de la Educación Superior.
- Conaces y sus salas organizadas por campos del conocimiento, es el organismo encargado de estudiar el cumplimiento de condiciones mínimas de

calidad y dar su concepto ante el Ministerio de Educación para el otorgamiento del Registro Calificado de los programas.

- Existe un Sistema Nacional de Acreditación del cual hace parte el Consejo Nacional de Acreditación [ww.cna.gov.co](http://ww.cna.gov.co) creado por la Ley 30 de 1992 el cual tiene la responsabilidad de dar fe pública de los altos niveles de calidad de las instituciones de educación superior y sus programas académicos.

Las políticas y planes para el desarrollo de la Educación Superior son, primeramente, propuestos por el Consejo Nacional de Educación Superior (Cesu), organismo con funciones de coordinación, planificación, recomendación y asesoría, integrado por representantes de todas las instancias relacionadas con la educación superior.

#### **-Niveles de educación superior.**

La educación superior se imparte en dos niveles: pregrado y posgrado.

El nivel de pregrado tiene, a su vez, tres niveles de formación:

- Nivel Técnico Profesional (relativo a programas Técnicos Profesionales).
- Nivel Tecnológico (relativo a programas tecnológicos).
- Nivel Profesional (relativo a programas profesionales universitarios).

La educación de posgrado comprende los siguientes niveles:

- Especializaciones (relativas a programas de Especialización Técnica Profesional, Especialización Tecnológica y Especializaciones Profesionales).
- Maestrías.
- Doctorados.

### **5.11 Generalidades del ITM.**

El Instituto Tecnológico Metropolitano (ITM), es una institución universitaria pública con autonomía, partiendo de la perfección en la investigación, la docencia, la extensión y la administración. Se destaca por la formación integral del talento humano en ciencia y tecnología para crear personas que ayuden a la construcción de la dignidad humana, conciencia social y la solidaridad de los colectivos(102).

A través del decreto 180 de 1992 se crea el Instituto Tecnológico Metropolitano, que fue la reorganización del instituto popular de cultura. A partir del año 1992 se establece como un establecimiento público a nivel de educación superior de orden Municipal. Los objetivos del ITM se establecen en ley 30 de 1992 artículo 6 entre los cuales se destacan la formación de los colombianos en la educación superior, trabajar por la creación, el desarrollo y la transmisión del conocimiento en todas sus formas y expresiones, ser factor de desarrollo científico, cultural, económico, político y ético a nivel nacional y regional(102).

Por medio de la resolución 6190 de 2005 se le reconoce el carácter académico de instituto universitario al ITM. Se visiona para el año 2021 una institución de educación superior que ejerza vocería a nivel nacional e internacional frente a la tecnología con excelencia y calidad en la docencia, investigación, administración y extensión para lograr responsabilidad social y equidad. El ITM cuenta con las Facultades de Artes y Humanidades, Ciencias Económicas y Administrativas, Ciencias Exactas y Aplicadas e Ingenierías(102).

## 6. Metodología.

### 6.1 Tipo de estudio.

Estudió observacional, transversal retrospectivo con el fin de explorar la relación del consumo de Sustancias psicoactivas con características sociodemográficas, familiares y de personalidad en estudiantes de un centro de formación tecnológica de carácter público – Instituto Tecnológico Metropolitano (ITM) Medellín, 2016.

Este objetivo hace parte de un proyecto macro denominado “Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados en estudiantes de un centro de formación tecnológica de carácter público –Instituto Tecnológico Metropolitano (ITM). Medellín, 2016” desarrollado por la Universidad de Antioquia en convenio con el ITM. Los datos obtenidos serán el insumo para el desarrollo del objetivo principal del proyecto en mención.

Si bien, el estudio es considerado un estudio descriptivo, se desarrolló un componente analítico, donde se exploró las posibles asociaciones existentes entre las variables estudiadas y el consumo de sustancias psicoactivas, esto nos permitió generar hipótesis de investigación e identificar algunos posibles factores de riesgo y factores protectores que mejoren las condiciones de la población, es importante tener en cuenta que las asociaciones encontradas no son de tipo causal, puesto que no se cumplen los diferentes criterios de causalidad como es la temporalidad.

### 6.2 Población y muestra.

De la información obtenida en la base de datos del proyecto se hace la aclaración que en el momento de realizar la recolección de información del proyecto macro cada área de formación es un estrato y por lo tanto en cada una de ellas se seleccionó una muestra aleatoria simple garantizando la representatividad de la muestra (tabla 15).

- **Población de referencia:** 15091 estudiantes en formación tecnológica matriculados en el Instituto Tecnológico Metropolitano ITM- Medellín.
- **Unidad de análisis:** Estudiantes en formación tecnológica matriculados en el Instituto Tecnológico Metropolitano ITM- Medellín.

- **Unidad de observación:** 891 estudiantes en formación tecnológica en una Institución pública de la ciudad de Medellín durante el año 2016.
- **Cálculo del tamaño de la muestra y marco muestral:** Por ser una fuente de datos secundaria en la cual se garantizó la representatividad y aleatorización, para el desarrollo de estos objetivos se consideraron todos los registros de los estudiantes en formación tecnológica.

### 6.3 Criterios de elegibilidad.

**Inclusión:** Se consideraron todos los registros de la base de datos suministrada.

### 6.4 Variables.

- **Sociodemográficas:** sexo, edad, estrato socioeconómico, estado civil, número de hijos si tiene, programa académico, nivel educativo, ocupación y frecuencia de horas laborales por semana, tipo de vinculación laboral, desempeño académico en el semestre, proyecto de vida para los próximos 5 años.
- **Funcionamiento familiar:** adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos.
- **Consumo:** prevalencia de consumo en la vida, en el último año, el último mes, la última semana; edad de inicio; años de consumo; motivo de consumo; características del consumo, problemas relacionados con el consumo, riesgo actual de presentar problemas en el futuro y uso de drogas por vía intravenosa.
- **Dependencia:** se evaluó esta variable a través de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas (ASSIST) (103).
- **Rasgos de personalidad:** neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad

### 6.5 Técnica e instrumentos.

**Para la recolección de los datos, el proyecto macro parte de cuatro módulos de análisis:**

El primer módulo tuvo preguntas relacionadas con variables sociodemográficas, el segundo evaluó las condiciones familiares a partir del APGAR y el ERI, el tercero midió los rasgos de personalidad a través del inventario NEO-FFI y el cuarto evaluó la variable dependencia al consumo de alcohol, tabaco y sustancias a través del cuestionario ASSIST.

A continuación, se describen las escalas usadas:

### **6.5.1 APGAR familiar.**

Es un instrumento para evaluar el funcionamiento sistémico en la familia, diseñado en 1978 por el Dr. Gabriel Smilkstein. Los parámetros del APGAR se delinearon sobre la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de ésta. Es un instrumento autoadministrado, de fácil lectura e instrucciones simples, probado y validado en diversas culturas que requiere un tiempo muy corto para ser completado. Puede ser leído, en el evento de personas iletradas, con problemas visuales o motores que le impidan completar por sí misma (104).

En Colombia se realizó una evaluación de la consistencia interna y los factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar (APGAR familiar) en estudiantes de un colegio de Bucaramanga, donde se obtuvo un alfa de Cronbach fue 0,793, y mostró que la escala estaba compuesta por un único factor que explicaba el 55,6% de la varianza, concluyendo que la escala de APGAR familiar tiene una buena consistencia interna (105). El APGAR es un instrumento recomendado por el Ministerio de la Protección Social de Colombia para la evaluación del funcionamiento familiar, (106)(107). A continuación, en la tabla 6 se describen los componentes del APGAR familiar, y las preguntas de cada ítem.

**Tabla 6. Descripción de los componentes del APGAR, y las preguntas pertinentes para cada ítem(106)(107).**

<b>Componentes</b>	<b>Preguntas pertinentes</b>
<b>Adaptación</b>	Se relaciona con la forma en que los miembros de la familia, en tiempos de necesidad y crisis, se ayudan y se adaptan a los cambios o retos que se les presentan.
<b>Participación</b>	En esta función se evalúa la participación. Cómo se comunican los miembros de la familia acerca de asuntos, tales como vacaciones, finanzas, cuidado médico, compras y problemas personales. Valora si la participación es permitida para todos o si es selectiva para algunos.
<b>Ganancia o crecimiento</b>	La función de ganancia y crecimiento está referida a la manera en que los miembros de la familia proponen o emprenden nuevas actividades tendientes a su desarrollo personal en diferentes esferas; explora la forma en que la familia facilita o bloquea el inicio de acciones académicas, laborales, recreativas, etc.
<b>Afecto</b>	El afecto es una función esencial de la familia. ¿Cómo responden los miembros de la familia a expresiones emocionales como afecta, amor, pena o rabia? Con frecuencia se ve que, si las familias permiten la expresión afectiva, ésta se circunscribe a las emociones positivas; las negativas son consideradas malas, innombrables. Por lo tanto, en este tópico se pregunta cómo responden los diferentes miembros de la familia al afecto y si sus expresiones son permitidas.
<b>Recursos</b>	¿Cómo comparten los miembros de la familia el tiempo, el espacio y el dinero? Los recursos son elementos esenciales para la dinámica familiar. Con frecuencia alguno de éstos, está implicado como disparador de disfuncionalidad en la familia. Esta función explora tres recursos básicos para la familia: tiempo, espacio y dinero.

**Tabla 7. Calificación del funcionamiento familiar.**

<b>Categorías de calificación</b>	<b>PUNTAJE</b>	<b>FUNCION</b>
0=Nunca	18-20	Buena función familiar
1=Casi nunca	14-17	Disfunción familiar leve
2= Algunas veces	10-13	Disfunción familiar moderada
3=Casi siempre	9 ó menos	Disfunción familiar severa
4=Siempre		

### **6.5.2 Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.).**

El E.R.I. creada como consecuencia del resultado de una investigación realizada por Rivera-Heredia y Padilla-Barraza (1992), donde se observan las interconexiones que se dan entre los integrantes de cada familia y el grado de unión familiar que existe. La ERI expresa el estilo familiar para afrontar



dificultades, para expresar emociones y la manera de manejar reglas de convivencia y adaptación a situaciones de cambio (108).

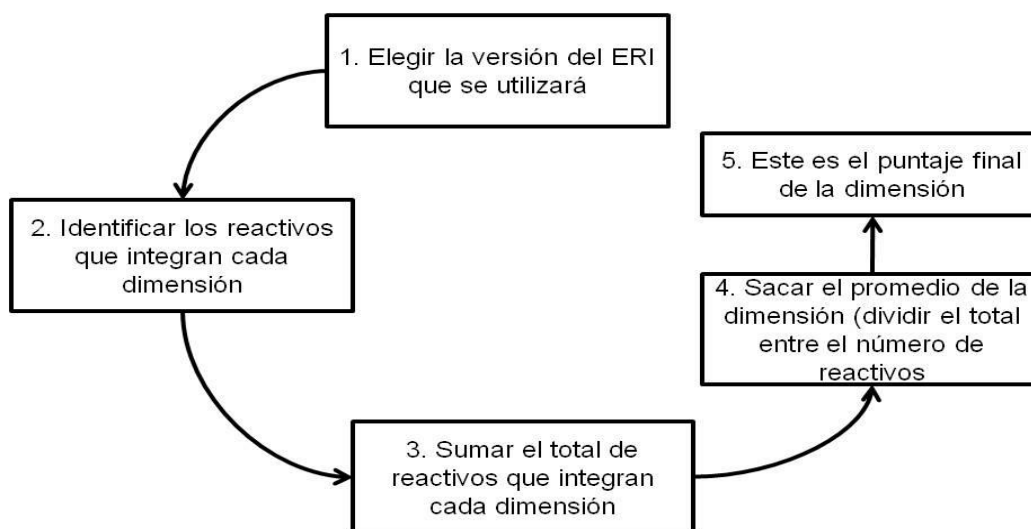
La Escala de Evaluación de las relaciones intrafamiliares se validó inicialmente con adolescentes con nivel escolar medio superior (bachillerato), se ha aplicado también a jóvenes universitarios. En sí, conserva su confiabilidad, aunque ésta aumenta cuanto mayor sea la escolaridad. El Instrumento de medición es una escala autoaplicable con cinco opciones de respuesta que varían de: Totalmente de Acuerdo a Totalmente en Desacuerdo donde se cuentan con tres versiones de la escala (larga, intermedia y breve); se trabajara con la escala breve donde los puntajes obtenidos responden a 3 dimensiones proporcionan información sobre cómo es la interacción familiar respecto a la expresión de emociones, a la unión y apoyo, y a la percepción de dificultades o conflictos (108).

**Tabla 8. Características psicométricas del instrumento de evaluación de las relaciones intrafamiliares (108).**

Nombre y definición de la dimensión	Tamaño	Reactivos que la conforman	Confiabilidad de la dimensión	Investigación de referencia
<b>Unión y apoyo.</b> Es la tendencia de la familia de realizar actividades en conjunto, de convivir y de apoyarse mutuamente. Se asocia con un sentido de solidaridad y de pertenencia con el sistema familiar.	versión breve 12	04	0.81	
<b>Expresión.</b> Se refiere a la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto.	versión breve 12	04	0.88	Rivera-Heredia, Andrade Palos, 2006
<b>Dificultades.</b> Esta dimensión evalúa los aspectos de las relaciones intrafamiliares considerados ya sea por el individuo, o por la sociedad como indeseables, negativos, problemáticos o difíciles. Permite identificar el grado de percepción de "conflicto" dentro de una familia.	versión breve 12	04	0.78	

**Tabla 9. Reactivos que integran cada dimensión de la escala E.R.I. (108).**

Dimensiones	Versión larga 56 reactivos	Versión breve 12 reactivos
	Reactivo original	Reactivo actual
unión y apoyo	15,20,25,30	1, 4, 7, 10
Expresión	3, 8, 11,13	2, 5, 8, 11
Dificultades	14,17,24, 32	3, 6, 9, 12



**Figura 1. Pasos para la calificación de la prueba E.R.I. (108).**

Actualmente no existe un punto de corte que se pueda utilizar de manera global en todos los grupos, por lo tanto, se recomienda identificar el punto de corte por cada grupo poblacional específico, dividiendo a los participantes entre quienes se ubican dentro del grupo con puntajes altos (más altos del 25%) y quienes se ubican en el grupo con puntajes bajos (menos del 25%).

**Tabla 10. Conformación de los grupos con puntajes altos y bajos a partir de la distribución de frecuencias(108).**

GRUPO CON PUNTAJES BAJOS	GRUPO CON PUNTAJES INTERMEDIOS	GRUPO CON PUNTAJES ALTOS
Se obtiene identificando aquellos casos cuya puntuación total corresponda al 25% inferior.	En este grupo se encuentran las personas cuyos puntajes se encuentran entre el 26% y el 74% del total	Corresponde a las personas cuyos puntajes se ubican en el 25% superior del total

## Validez y confiabilidad

Validez estadística: mediante el análisis factorial realizado cuando se elaboró este instrumento. Participaron 671 estudiantes de nivel medio superior de instituciones del sector público de la ciudad de México(108).

Validez concurrente: se ha realizado análisis de correlación entre los puntajes de diferentes dimensiones del E.R.I. con otras escalas de ambiente emocional o de apoyo familiar que evalúan dimensiones semejantes (108).

### 6.5.3 Inventario de los cinco factores NEO-FFI

En la tercera se medirán los rasgos de personalidad a través del inventario NEO-FFI, este instrumento mide rasgos o características estables de personalidad y evalúa las cinco escalas básicas mediante 60 ítems que por su alto nivel de discriminación fueron extraídos del NEO PI-R. Este inventario fue diseñado por Paul Costa y Robert McCrae en los años 80 quienes intentan promover nuevas corrientes de pensamiento al interior de la Psicología para llevar a la teoría de la personalidad (109).

La administración del NEO-FFI se puede realizar tanto individual como colectivamente para adolescentes y adultos, tiene una duración aproximada de 15 minutos y cada ítems puede puntuar una escala de 1 a 5 que va de A ("En total desacuerdo") a E ("Totalmente de acuerdo")(110).

Las cinco dimensiones que valora el NEO-FFI según lo planteado por Paul Costa y Robert McCrae se presentan en la siguiente tabla:

**Tabla 11. Valoración del NEO-FFI según sus dimensiones y descripción(110).**

VALORACIÓN	
DIMENSIONES	DESCRIPCION
Neuroticismo	Tendencia a experimentar emociones negativas y vulnerabilidad al estrés.
Extroversión	Sociabilidad, actividad, asertividad, energía, tendencia a experimentar emociones positivas.
Apertura	Tendencia a exponerse a experiencias personales y culturales nuevas, a vivir intensamente emociones positivas.
Amabilidad	Altruismo, confianza interpersonal, simpatía, empatía.
Responsabilidad	Voluntad de logro, planificación, escrupulosidad, perseverancia.

La evaluación y puntuación del instrumento NEO-FFI en cada escala se obtiene sumando las respuestas de los sujetos en los ítems correspondientes. Los ítems que llevan un signo negativo suman inversamente, es decir, una respuesta de 4 suma 0, 3 suma 1, 2 suma 2, 1 suma 3 y 0 suma 4. Así se podrá obtener la puntuación correcta en cada dimensión, luego se convierte en puntuaciones centílicas según los baremos con el que estemos trabajando.

**Tabla 12. Claves de corrección del NEO-FFI(110).**

Neuroticismo (N)	1, (-) 6, 11, 16, 21, 26, 31, 36, (-) 41, (-) 46, 51, (-) 56.
Extroversión (E)	2, 7, 12, (-) 17, 22, (-) 27, 32, (-) 37, (-) 42, 47, 52, (-) 57.
Apertura a la experiencia (O)	3, (-) 8, 13, 18, (-) 23, 28, 33, (-) 38, (-) 43, 48, 53, (-) 58.
Amabilidad(A)	4, (-) 9, (-) 14, (-) 19, 24, 29, (-) 34, 39, 44, 49, (-) 54, (-) 59.
Responsabilidad (C)	(-) 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, (-) 50, (-) 55, (-) 60.

El NEO-FFI fue validado en versión española por Manga, Ramos y Moran (2004), donde el desarrollo del instrumento tuvo el objetivo de dar una medición más concisa de los 5 factores básicos de personalidad en el cual el alfa de Cronbach de sus escalas es la siguiente: Factor N,  $\alpha = .82$ ; factor E,  $\alpha = .81$ ; factor O,  $\alpha = .76$ ; factor A,  $\alpha = .71$ ; factor C,  $\alpha = .81$  (110).

Existe una plantilla que mide la escala de distorsión, donde no existe puntuación negativa, por los que se suman los puntos obtenidos.

#### **6.5.4 La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)**

El ASSIST fue creado en el año 1997 por un grupo de investigadores internacional y médicos especialistas en adicciones bajo el auspicio de la OMS, la prueba fue diseñada para ser utilizada en el ámbito de la atención primaria de salud, su desarrollo tarda aproximadamente entre 5 y 10 minutos. La prueba puede ser aplicada por los profesionales de la atención primaria de salud o por cualquier otro profesional de la salud que se encuentre ante personas que consumen sustancias de manera riesgosa o dañina, el cuestionario ASSIST puede ser aplicado a cualquier persona que consume drogas sin importar su edad (103).

El cuestionario ASSIST adaptado para Colombia, consta de 8 preguntas (“reactivos”) para explorar 6 áreas: a) Uso de sustancias a lo largo de la vida, b) Uso de sustancias durante los últimos tres meses, c) Problemas relacionados con el consumo, d) Riesgo actual de presentar problemas en el futuro, e) Posibilidad de dependencia, f) Uso de drogas por vía intravenosa (103).

**Calcular puntuación:** se indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido. La puntuación obtenida se suma permitiendo clasificar a la persona según el nivel de riesgo para cada sustancia en ‘bajo’, ‘moderado’ o ‘alto’, y posteriormente se determina el tratamiento a seguir ya sea: ‘no tratamiento’, ‘intervención breve’ o ‘derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento’(103). La aplicación e implementación de ASSIST, están avalados y respaldados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

**Tabla 13. Significado de las puntuaciones de riesgo (103).**

Riesgo	Descripción
Bajo	Su actual patrón de consumo representa un riesgo bajo sobre su salud y de otros problemas.
Moderado	Usted presenta riesgo para su salud y de otros tipos de problemas derivados de su actual patrón de consumo de sustancias.
Alto	Usted presenta un riesgo elevado de experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja) derivado de su patrón actual de consumo y probablemente sea dependiente.

**Tabla 14. Puntuación de riesgo del ASSIST. (103).**

Para tabaco: puntuación de 0 a 31 Para alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo Anfetamina, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos, ‘otras’ drogas: puntuación de 0 a 39		Alcohol	Todas las demás sustancias	Tipo de intervención
		<b>Riesgo bajo</b>	0-10	0-3
<b>Riesgo moderado</b>	11-26	4-26	Recibir intervención breve	
<b>Riesgo alto</b>	27+	27+	Tratamiento más intensivo	

### Validez y confiabilidad

Se realizó un estudio internacional en el año 2000 y 2002 en Australia, Brasil, los Estados Unidos, India, el Reino Unido, Tailandia y Zimbabwe, con el fin de validar el cuestionario de la prueba de detección en una gran diversidad de servicios de la atención primaria de salud y de tratamiento contra las drogas. El proceso demostró que la prueba tenía una validez de manera concurrente, predictiva y discriminatoria, y además incluyó una serie de puntuaciones límite para ‘riesgo bajo’, ‘moderado’ y ‘alto’ (103).

## 6.6 Plan de recolección.

La información se obtuvo por medio de una fuente de datos secundarios, del proyecto macro: “Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados en estudiantes de un centro de formación tecnológica de carácter público –Instituto Tecnológico Metropolitano (ITM). Medellín, 2016”.

La información obtenida se encontraba almacenada en el sistema de gestión de bases de datos (SGBD) Microsoft SQL Server 2012, con protocolos de seguridad definidos por este; el SGBD alojado en un servidor Web contaba con certificado de conexión segura, tal que sólo un usuario con el perfil de administrador pudiese acceder.

Bajo el perfil de administrador se accedió a la información para la posterior depuración, recodificación y análisis.

## 6.7 Plan de análisis.

La base de datos se exportó del sistema de gestión de bases de datos (SGBD) en un archivo de Excel donde se contó con protección de la hoja de cálculo con el fin de evitar copia o alteración de la información por personas externas. Se procedió a hacer la agrupación de las variables pertenecientes a cada una de los módulos teniendo en cuenta no modificar, ni alterar ninguno de los datos presente en cada una de las celdas, cabe resaltar que algunas variables que se encontraban en texto fueron transformadas a códigos numéricos para facilitar el procesamiento estadístico. Se puede afirmar desde una perspectiva cuantitativa que la codificación es un procedimiento técnico mediante el cual, los datos obtenidos se clasifican en categorías y se traducen en símbolos, ya sean cifras o letras; es decir, se asigna a cada opción de respuestas un número o una letra que permita tabularla rápidamente.

Se construyó un diccionario de datos el cual contiene una descripción de cada una de las variables y sus respectivas categorías (ver anexo 1).

**Análisis descriptivo:** las variables cuantitativas se describieron con sus valores mínimo, máximo, promedio y desviación estándar o mediana acompañada del rango intercuartílico, dependiendo de la distribución de los datos previo a la prueba de normalidad (Kolmogorov-Smirnov). Las variables cualitativas se describieron por medio de medidas de frecuencias absolutas y relativas.

**Análisis bivariado:** las variables cuantitativas se compararon a través de pruebas paramétricas o no paramétricas, a saber, t de Student para muestras independientes o U de Mann Whitney, dependiendo de la distribución de los datos.

La asociación de dependencia a drogas según los tipos de personalidad, variables familiares y otros factores se exploró por medio de la prueba de Chi cuadrado de independencia considerando un nivel de confianza del 95%. Se asumió significancia estadística cuando el valor p fue menor de 0,05.

Para este análisis se elaboraron tablas 2 x 2 o tablas de contingencia entre los factores determinantes para la exposición con relacional evento de interés (consumo de sustancias psicoactivas).

**Análisis multivariado:** las variables con diferencias estadísticas en el análisis bivariado se ingresaron en un modelo de regresión logística binaria, previa verificación de supuestos.

Para la identificación de variables candidatas a ingresar al modelo de regresión logística, se determinó la asociación mediante la prueba Chi-cuadrado de independencia para variables ordinales y Chi-cuadrado de tendencia para variables bicategorías, identificando aquellas que tenían un valor  $p \leq 0,25$  con base en el criterio de Hosmer y Lemeshow, se realizó el cálculo de OR para ver el nivel de asociación.

Se realizan análisis exploratorios mediante las técnicas multivariadas de la regresión logística, utilizando la técnica STEPWISE para la determinación del mejor conjunto de variables que explicaron el consumo de SPA en los estudiantes. Con el fin de establecer en qué porcentaje es explicada la variabilidad del evento frente a las variables de exposición se obtuvo el estadístico de Nagelkerke. La bondad de ajuste del modelo se realizó con la prueba de Hosmer-Lemeshow (prueba Chi cuadrado que contrasta la hipótesis nula de que los datos observados son iguales a los datos esperados encontrados por el modelo logístico).

Se verificó multicolinealidad del modelo de regresión logística corriendo modelos con las variables independientes como covariables, en donde cada una de ellas fue considerada como variable independiente. A cada uno de estos modelos se calculó el R<sup>2</sup> de Nagelkerke. Se denomina tolerancia a  $1-R^2$  y Factor de Inflación de la Varianza (FIV) al inverso de la tolerancia (fórmula). Cuando existe estrecha relación entre las covariables, la tolerancia tiende a ser 0, y por tanto FIV tiende al infinito. Como regla general deberían preocupar tolerancias menores de 0,1 y FIV mayores de 10

Para el cálculo de la tolerancia en variables multicatóricas se construyeron variable Dummies para cada categoría y se corrieron modelos de regresión logística, considerando cada variable Dummy como independiente, frente a las demás covariables.

Ninguna tolerancia es menor al 10% y por lo tanto no hay presencia de multicolinealidad en el modelo (Ver anexo 4).

**Técnicas de procesamiento y análisis:** la información recolectada fue procesada y analizada en el programa SPSS® versión 20 (SPSS Inc; Chicago, Illinois, USA); licencia amparada por la Universidad de Antioquia y el programa Epidat versión gratuita 3.1.

SPSS es un programa estadístico informático muy usado en área de la investigación, principalmente por el aporte que genera en cuanto a su capacidad para trabajar con grandes bases de datos y una sencilla interface para la mayoría de los análisis, donde se pueden realizar análisis con 2 millones de registros y hasta 250.000 variables. Es el programa estadístico más usado para evaluar cuestiones educativas y tiene la capacidad de ser compilado en diferentes sistemas operativos, según IBM el SPSS es el software que mejor se adapta a los procesos estadísticos de regresión y modelos avanzados.

### **6.7.1 Manejo de los datos en forma detallada.**

En el momento de tener acceso al sistema gestor de base de datos (SGBD) Microsoft SQL Server 2012, donde se encuentra almacenada la información se procede a realizar los siguientes procesos:

- **Unificación de tablas maestras**

El sistema gestor de base de datos almacena cada dato relacionado a la variable preguntada, según la opción de respuesta seleccionada por el estudiante, es importante resaltar que las tablas maestras son estructuras de filas y columnas que albergan datos referidos a un mismo tema. Cada fila llamada ahora registro contiene la información que antes estaba plasmada en un fichero. Cada columna de una tabla representa un campo. En el momento de acceder a los registros contenidos en cada tabla maestra se procede a exportarlos a Excel, donde por cada tabla maestra se genera una hoja de cálculo con el registro de cada estudiante.

Las tablas maestras están asociadas a una tabla principal en la cual se almacenan los datos de las variables que no estaban contempladas dentro de las mismas,



esta relación es evidente por medio del diagrama de entidad relación. La tabla principal también es exportada a una hoja de cálculo de Excel.

Posteriormente se procedió a unificar los registros de cada variable y de cada tabla maestra en una sola de hoja de cálculo. Pero en el momento de realizar estos procesos existían tablas maestras que se almacenaron en forma de columna, generando así un gran número de registro para un mismo estudiante. A partir de este inconveniente fue necesario volver al sistema gestor SQL Server y realizar una transformación por medio de sintaxis, donde teóricamente se realiza un pivot entre los datos de las columnas, generando solo un registro en una fila para cada estudiante y permitir así un mejor manejo de la información.

Ejemplo de sintaxis en SQL Sever:

```
CON QUIEN VIVE
select idQuien, [1] as Madre, [2] as Padre, [3] as Pareja_Padre, [4] as
Pareja_madre, [5] as Hermanos, [6] as Abuelos, [7] as Tios, [8] as Conyuge, [9] as
Hijos, [10] as Otros FROM (Select idQuien, idConQuien, Seleccion from
encM2P02_ConQuienVivesRespuesta) p
PIVOT
(COUNT (idconquien)
FOR idconquien IN
([1], [2], [3], [4], [5], [6], [7], [8], [9], [10])
) AS Pvt
```

Este proceso de sintaxis se le aplicó a las tablas maestras con quien vives, funcionamiento familiar, relaciones intrafamiliares, consumo de sustancias y personalidad.

Por último, se realizó la exportación de la información acorde a la necesidad ya suplida, y se realizó la unificación de todas las tablas maestras y la tabla principal en una sola hoja de cálculo en Excel. Cabe resaltar que esta base de datos en Excel fue protegida con una clave de seguridad para evitar algún tipo de fraude o duplicidad de la información.

- **Depuración de la base de datos**

Se procedió a observar en la base de datos los registros que no fueron diligenciados en su totalidad, estos registros fueron identificados fácilmente ya que no tenían fecha de finalización de la encuesta, y muchos de sus valores aparecían con valores NULL o vacíos, indicando que la encuesta no fue diligenciada en su totalidad. Dentro de los criterios de exclusión las encuestas que no están diligenciadas en su totalidad no son tenidas en cuenta, por tal razón las encuestas

que tuvieran en su registro valores en NULL fueron eliminadas de la base de datos por medio de los filtros ofrecidos por Microsoft Excel, dentro de los criterios de depuración de la base de datos se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

- Eliminar encuestas no finalizadas, teniendo en cuenta que era un criterio de exclusión en la investigación, este proceso se realizó por filtros a cada una de las variables y los formularios
- Se cambiaron registros de correos electrónicos por números, con el fin de conservar el anonimato de los registros.
- Verificar que cada registro coincidiera en cada una de las hojas de cálculo que arrojó las tablas maestras en la unificación.

Por último, se obtuvo las encuestas y registros listos para analizar, en total 891 registros distribuidos de la siguiente manera en las diferentes áreas de formación:

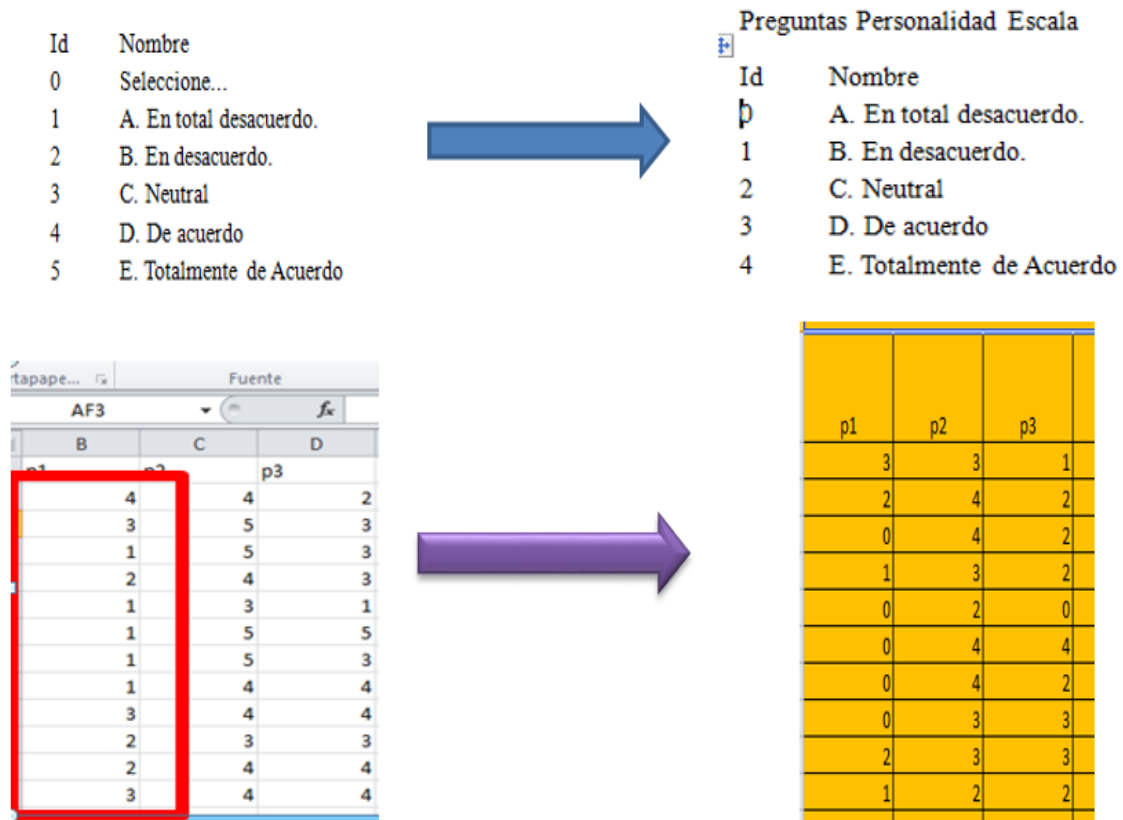
**Tabla 15. Total de registros por área de formación recolectados en los estudiantes de formación tecnológica ITM-Medellín, 216.**

Áreas de formación	Total por Área de formación
Artes y humanidades	182
Ciencias económicas y administrativas	282
Ciencias Básicas	170
Ingenierías	257
<b>Total</b>	<b>891</b>

- **Recategorización de variables**

Para poder exportar la base de datos al programa estadístico SPSS fue necesario recategorizar algunas variables según la necesidad que se presentó en la suma de las puntuaciones para el cálculo de las dimensiones de los cuestionarios.

A continuación, se muestra una gráfica del proceso de recategorización del módulo sobre personalidad, en el cual fue necesario recategorizar las 60 variables que lo componían:



**Figura 2. Recategorización de variables de personalidad.**

Al igual que esta variable fueron necesarias recategorizar las variables relacionadas con el funcionamiento familiar (5 variables), y relaciones intrafamiliares (12 variables).

Se realizó un nuevo nombramiento a las variables, ya que cada variable tenía un nombre corto, ejemplo: M1-P1 (que significaba módulo 1-pregunta 1) o M1-P2 (que significaba módulo 1-pregunta 2). Para ello se recategorizarón asignando el nombre con respecto a la descripción de ésta, como ejemplo se presenta M1-P1 la cual se recodifico como "sexo", M1-P2 se cambió por edad, M1-P3 se cambió por estrato, ETC.

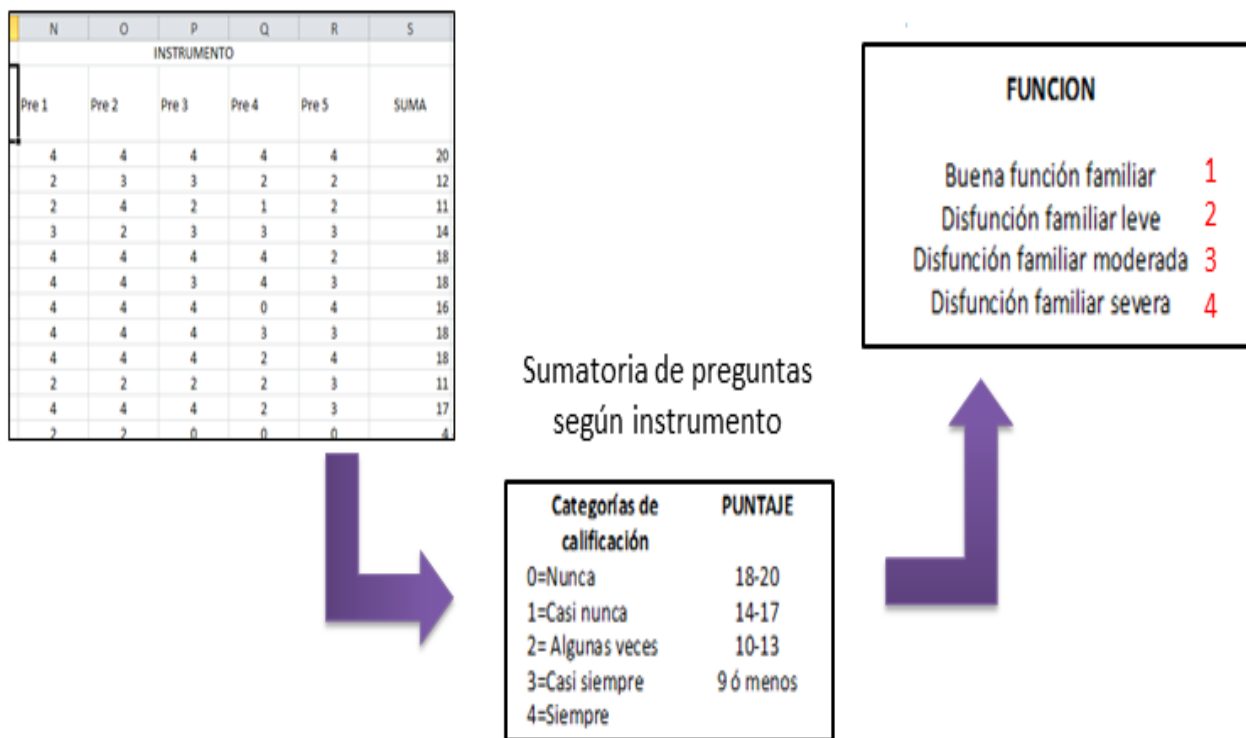
La base de datos almacenaba cada variable y su categoría dependiendo de la respuesta dada por el estudiante, cada categoría era almacenada bajo un número, generando así la necesidad de crear un diccionario de datos (Anexo 1). Algunas variables no se almacenaron en valores numéricos sino en letras y fue necesario realizar esa codificación, por ejemplo, a la variable ¿ha consumido sustancias psicoactivas?; posibles respuestas Si o NO; fue necesario recategorizar donde se adquieren valores numéricos para cada categoría. Entonces 1=Si y 0=No.

- **Cuantificación de puntajes de los instrumentos**

En Excel se calcularon las puntuaciones para los diferentes instrumentos, una manera más fácil y creativa de ahorrar trabajo en el SPSS.

Para este proceso se realizaron sumatorias, cálculo de promedios y porcentajes acorde a los manuales de cada instrumento.

En el caso del funcionamiento familiar (Apgar), se realizó la sumatoria de cada uno de los puntajes conseguidos en las respuestas obtenidas, este puntaje se debe ubicar dentro de la tabla de los diferentes rangos y determinar así el nivel de funcionamiento familiar que posee y generar la nueva variable.



**Figura 3. Cuantificación de puntajes del instrumento Apgar familiar para medir funcionamiento de familia.**

Este tipo de procesos se realizaron para los módulos de consumo de sustancias, personalidad y relaciones familiares.

En las relaciones familiares fue necesario utilizar las diferentes fórmulas de Excel, donde se trabajó con la fórmula de si Anidado con el fin de satisfacer condiciones y generar una nueva variable de tipología familiar.

Por último, se obtiene la base de datos lista para ser llevada al programa estadístico SPSS acompañado del diccionario de datos y poder generar los análisis estadísticos descriptivos anteriormente en el plan de análisis.

#### **6.8. Control de sesgos.**

En la investigación se controlaron principalmente los sesgos de información, donde la confiabilidad y valor del dato se garantizó desde el proyecto macro debido a que todas las preguntas realizadas en el cuestionario de recolección de información eran de obligatorio cumplimiento y con lista de selección de respuesta, lo que garantizó datos completos y válidos.

## **7. Consideraciones éticas.**

La Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia y el Instituto Tecnológico Metropolitano (ITM), ha tenido como una tarea esencial de la salud pública, desarrollar procesos de investigación y asesoría en el acompañamiento de propuestas que pretendan mejorar la calidad y los estilos de vida saludables de los diferentes grupos poblacionales, en este caso, de las personas escolarizados en el ITM.

Dentro de la ética de los sistemas de información y al trabajar con una fuente de información secundaria el investigador principal se comprometió con el cumplimiento de los principios de privacidad, seguridad física, moral y el bienestar en general del grupo de personas que participaron en la investigación. Se cumple el código ético informático donde se ratifica las limitaciones, alcances, control de la información y se garantizó la no modificación y alteración de la información (111).

El investigador acató la resolución número 008430 de 1993, del 4 de octubre emanada por el Ministerio de Salud, definiendo que el estudio es considerado sin riesgos para la salud de los participantes, se define según la normatividad que al no tener riesgos “Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio”(127).

El investigador principal se comprometió acatar las recomendaciones que hacen la OMS, el código de Núremberg, la declaración internacional de Helsinki y el Informe Belmont, referidos al respeto, la beneficencia, no maleficencia, la justicia, valor, evaluación independiente, respeto y autonomía de los datos. De igual forma comprometió a cumplir con las normas del habeas data referidas al derecho de acceso y manejo de la información, en este caso la base de datos suministrada. Los datos obtenidos solo se utilizaron con fines investigativos y académicos.

Esta investigación está englobada en el proyecto macro el cual fue aprobado y avalado por el comité de ética de la investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública según acta 136 del 11 de marzo de 2016.

Se dispone de una ruta de atención ofrecida por la corporación Surgir y una ruta de acceso en servicios en farmacodependencia, con el fin de brindar información para apoyar adolescentes que consuman sustancias psicoactivas (Ver anexo 2).

## 8. Resultados.

### 8.1 Caracterización sociodemográfica, escolares, familiares y de rasgos personalidad de los estudiantes del Instituto Tecnológico Metropolitano.

#### Características sociodemográficas.

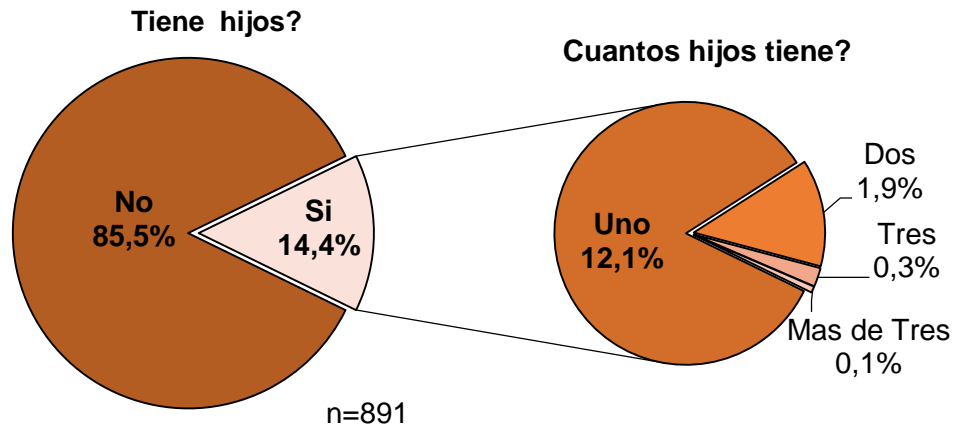
De acuerdo al sexo de los estudiantes, se observó que la mayoría fueron hombres, con el 63,3% (IC95% 57,6-68,9) del total; la edad promedio de los estudiantes fue de 23 años con una desviación de 5,21 años y según grupos de edad se encontró una mayor participación en quienes tenían entre 20 y 24 años (47,4%).

Los estratos socioeconómicos de la vivienda más frecuentes fueron del 1 al 3, representando estos el 93,5% (833) del total de la muestra. Frente al estado civil se observó que los estudiantes en formación tecnológica del ITM son en un 83,1 % solteros con un (IC95% 78,6-87,4) (Tabla 16).

**Tabla 16. Distribución de frecuencias de los estudiantes en programas tecnológicos ITM según variables sociodemográficas - Medellín, 2016.**

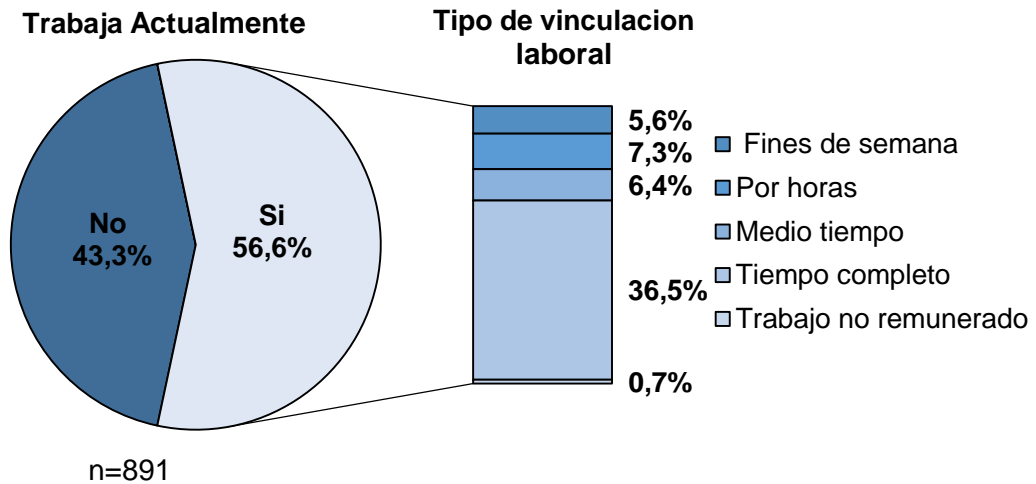
Variable	n=891	%	IC 95 %	
<b>Sexo</b>	Masculino	564	63,3	57,6 - 68,9
	Femenino	327	36,7	31,0 - 42,3
<b>Edad</b>	15 a 19 Años	199	22,3	17,4 - 27,1
	20 a 24 Años	422	47,4	41,5 - 53,1
	24 a 29 Años	163	18,3	13,7 - 22,7
	30 a 34 Años	61	6,8	3,9 - 9,7
	35 a 39 Años	36	4,0	1,7 - 6,3
	40 a 44 Años	6	0,7	0,0 - 5,7
	45 a 49 Años	4	0,4	0,0 - 5,3
<b>Estrato vivienda</b>	1 al 3	833	93,5	90,6 - 96,3
	4 al 6	58	6,5	3,6 - 9,3
<b>Estado Civil</b>	Casado	53	5,9	3,1 - 8,7
	Unión Libre	83	9,3	5,9 - 12,6
	Separado	14	1,6	0,1 - 3,0
	Viudo	1	0,1	0,0 - 4,8
	Soltero	740	83,1	78,6 - 87,4

Al consultar sobre la tenencia de hijos, el 14,4% manifestó tenerlos y de éstos el 12,1 % declaró tener un solo hijo. (Ver figura 4).



**Figura 4. Distribución porcentual de los estudiantes en programas tecnológicos del ITM según número de hijos - Medellín, 2016.**

Al observar las características relacionadas con la variable trabajo se pudo ver que el 56,6% de los estudiantes trabajan actualmente, de éstos el 36,5% lo realiza con una vinculación de tiempo completo, mientras que el 19,3% están vinculados al trabajo por otras modalidades como el trabajo por horas, fines de semana o medio tiempo. (Ver figura 5).

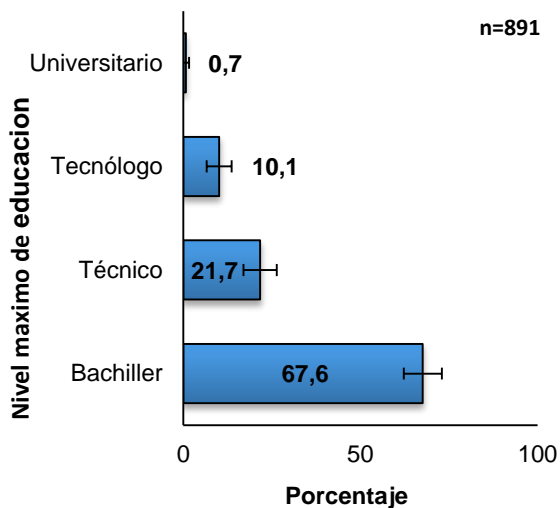


**Figura 5. Distribución porcentual de los estudiantes en programas tecnológicos del ITM según trabajo - Medellín, 2016.**

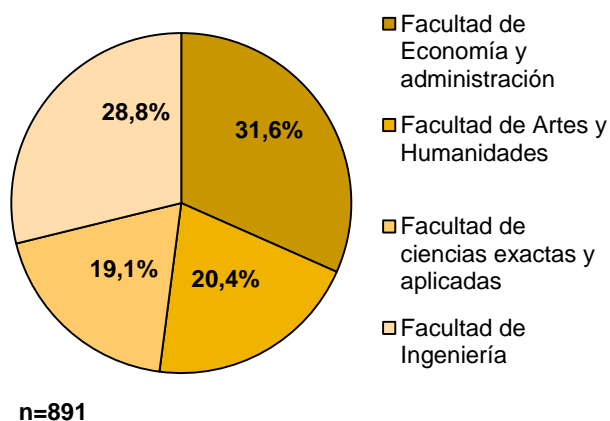


## Características escolares

Al observar el nivel máximo de educación alcanzado por los estudiantes se pudo ver que el 67,6% (n=602; IC95% 62,1-73,0) eran bachilleres y solo el 21,7% (n=193; IC95% 16,8-26,4) alcanzó un estudio técnico. Al observar la facultad que presenta mayor participación de estudiantes fue la de economía y administración con el 31,6%, seguida de la facultad de ingeniería con el 28,8% (Ver figura 6 y 7).

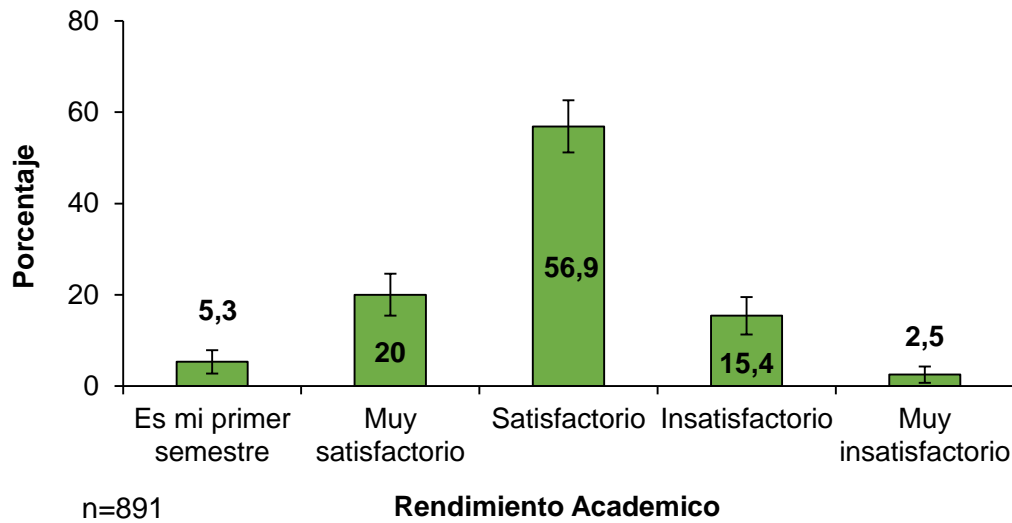


**Figura 6.** Distribución porcentual del nivel máximo de educación de los estudiantes en programas tecnológicos ITM- Medellín, 2016.



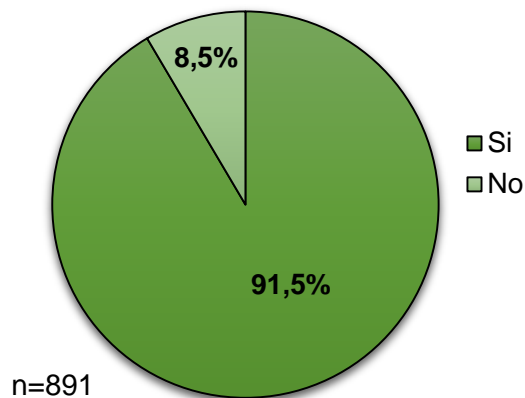
**Figura 7.** Distribución porcentual del área de formación de los estudiantes en programas tecnológicos ITM- Medellín, 2016.

Con respecto a la percepción frente al rendimiento académico de los estudiantes en el semestre anterior, se observó que el 56,9 % (IC95% 51,1-62,6) del total consideraron haber tenido un semestre satisfactorio; cabe resaltar que aproximadamente el 17,7% consideran haber tenido un semestre entre insatisfactorio y muy insatisfactorio (Ver figura 8).



**Figura 8. Distribución porcentual de la percepción del rendimiento académico de los estudiantes en programas tecnológicos ITM- Medellín, 2016.**

Al indagar a los estudiantes sobre si tenían un proyecto de vida para los próximos 5 años el 91,5 % afirma si tenerlo (Figura 9).



**Figura 9. Distribución porcentual del proyecto de vida para los próximos 5 años de los estudiantes en programas tecnológicos ITM- Medellín, 2016.**

### Características familiares

Según las variables familiares, en la tipología familiar el 34,7% (IC95% 29,1-40,2) de los estudiantes pertenecen a familias extensas donde conviven con familiares de 3 generaciones (tíos, abuelos, nietos, hijos, padres, primos, sobrinos, cuñadas,

etc), mientras que el 32,0% (IC95% 26,5-37,4) pertenecen a familias nucleares completas, donde conviven padre, madre e hijos solteros.

Al indagar sobre las relaciones intrafamiliares, clasifican en un nivel bajo e intermedio la unión y apoyo con el 67,9%, la expresión que hace referencia a la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto con un 71,8%, llamando la atención que frente a las dificultades referidas aspectos indeseables, negativos, problemáticos o difíciles que solo el 0,7% considera estar en un nivel alto (ver tabla 17).

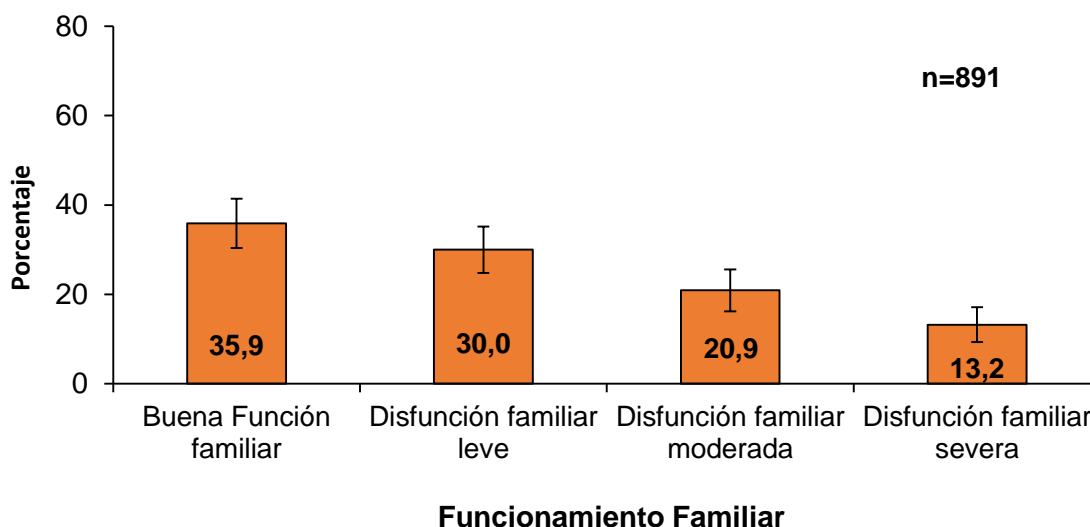
Con respecto a la presencia de conflictos familiares al interior de éstas, el 20,9% (IC95% 16,1- 25,6) de ellos afirmaron que tenerlos.

**Tabla 17. Distribución de frecuencias según variables familiares de los estudiantes en programas tecnológicos ITM- Medellín, 2016.**

Variable		n=891	%	IC 95 %	
<b>Tipología Familiar</b>	Familia nuclear completa	285	<b>32,0</b>	26,5 - 37,4	
	Familia nuclear incompleta	174	19,5	14,9 - 24,1	
	Familia extensa	309	<b>34,7</b>	29,1 - 40,2	
	Familia reconstituida	23	2,6	0,7 - 4,4	
	Familia mixta	76	8,5	5,2 - 11,7	
	Familia con padre visitante	7	0,8	0,0 - 5,9	
	Otro	17	1,9	0,3 - 3,5	
<b>Relaciones Intrafamiliares</b>	<b>Unión y apoyo</b>	bajo	291	32,7	27,2 - 38,1
		Intermedio	314	<b>35,2</b>	29,6 - 40,8
		Alto	286	32,1	26,6 - 37,5
	<b>Expresión</b>	bajo	311	34,9	29,3 - 40,4
		Intermedio	329	<b>36,9</b>	31,3 - 42,5
		Alto	251	28,2	22,9 - 33,4
	<b>Dificultades</b>	bajo	856	<b>96,1</b>	93,8 - 98,3
		Intermedio	29	3,3	1,1 - 5,3
		Alto	6	0,7	0,0 - 5,7
<b>Relaciones familiares conflictivas</b>	Si	186	20,9	16,1 - 25,6	
	No	705	<b>79,1</b>	74,3 - 83,8	

Con respecto a las características relacionadas con el funcionamiento familiar, el 35,9% (IC95% 30,3-41,4) de los estudiantes perciben un buen funcionamiento familiar explicado por la satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros, la transmisión de valores éticos y culturales, la promoción y facilitación del proceso de socialización de sus miembros, el establecimiento y mantenimiento de un equilibrio que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital, el establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales. Por otro lado solo el 13,2% (IC95% 9,2-17,1) considera tener una disfunción familiar severa la cual se refiere a conflictos, mala conducta, y muchas veces el abuso por parte de los miembros

individuales se producen continua y regularmente, lo que lleva a otros miembros a acomodarse a tales acciones (ver figura 10).



**Figura 10. Distribución porcentual del funcionamiento familiar de los estudiantes en programas tecnológicos ITM- Medellín, 2016.**

### **Características de rasgos de personalidad**

Al observar los resultados de la caracterización de las variables de rasgos de personalidad, el neuroticismo en niveles alto y muy alto presentó una frecuencia mayor con un 62,7% donde estos estudiantes son propensos a tener ideas irracionales, a ser menos capaces de controlar sus impulsos y a enfrentarse peor que los demás al estrés.

Con respecto a la extroversión, se presentó un mayor porcentaje en los niveles muy bajo y bajo con el 41,7%, indicando así una baja tendencia a la sociabilidad en los estudiantes, actividad, asertividad, energía y experimentar emociones positivas.

La apertura presentó mayor porcentaje en el nivel intermedio y alto con el 67,1%, evidenciándose así una tendencia creciente a exponerse a experiencias personales y culturales nuevas, viviendo intensamente emociones positivas.

La amabilidad mostró un 57,1 % en el nivel muy bajo y bajo, lo que representa una baja confianza interpersonal y empatía, se asocian con desordenes narcisistas, antisociales y paranoicos de la personalidad en esta población.

La variable de responsabilidad en los niveles bajos y muy bajos presentó el mayor porcentaje con el 56,4%, donde se evidencia que aproximadamente la mitad de la

población carencia de principios morales, pero son menos rigurosos en aplicarlos precisamente porque son más descuidados en luchar por sus objetivos. (Ver tabla 18).

**Tabla 18. Distribución de frecuencias según rasgos de personalidad de los estudiantes en programas tecnológicos ITM- Medellín, 2016.**

Variable		n=891	%	IC 95 %
Neuroticismo	Muy Bajo	7	0,7	0,0 - 5,9
	Bajo	105	11,7	8,0 - 15,5
	Intermedio	220	<b>24,6</b>	19,6 - 29,7
	Alto	401	<b>45,0</b>	39,2 - 50,7
	Muy Alto	158	17,7	13,2 - 22,1
Extroversión	Muy Bajo	105	11,7	8,0 - 15,5
	Bajo	267	<b>29,9</b>	24,6 - 35,2
	Intermedio	313	<b>35,1</b>	29,5 - 40,6
	Alto	171	19,1	14,6 - 23,7
	Muy Alto	35	3,9	1,6 - 6,1
Apertura	Muy Bajo	22	2,47	0,6 - 4,2
	Bajo	200	22,4	17,5 - 27,3
	Intermedio	361	<b>40,5</b>	34,8 - 46,2
	Alto	237	<b>26,6</b>	21,4 - 31,7
	Muy Alto	71	7,9	4,8 - 11,1
Amabilidad	Muy Bajo	145	<b>16,2</b>	11,9 - 20,5
	Bajo	365	<b>40,9</b>	35,2 - 46,6
	Intermedio	250	28,0	22,8 - 33,2
	Alto	117	13,1	9,2 - 17,0
	Muy Alto	14	1,5	0,1 - 3,0
Responsabilidad	Muy Bajo	109	12,2	8,4 - 16,0
	Bajo	394	<b>44,2</b>	38,4 - 50,0
	Intermedio	235	26,3	21,2 - 31,5
	Alto	129	14,4	10,3 - 18,5
	Muy Alto	24	2,6	0,8 - 4,5

## 8.2 Estadísticos descriptivos para las variables cuantitativas en los estudiantes del ITM.

Al observar las variables cuantitativas la edad promedio de los estudiantes es de 23 años con una desviación de 5,2 años. Al indagar a los estudiantes del número de personas con las que viven en casa se obtuvo que en promedio viven con 4 o 5 personas aproximadamente con una desviación de 1,9 personas. Por último el

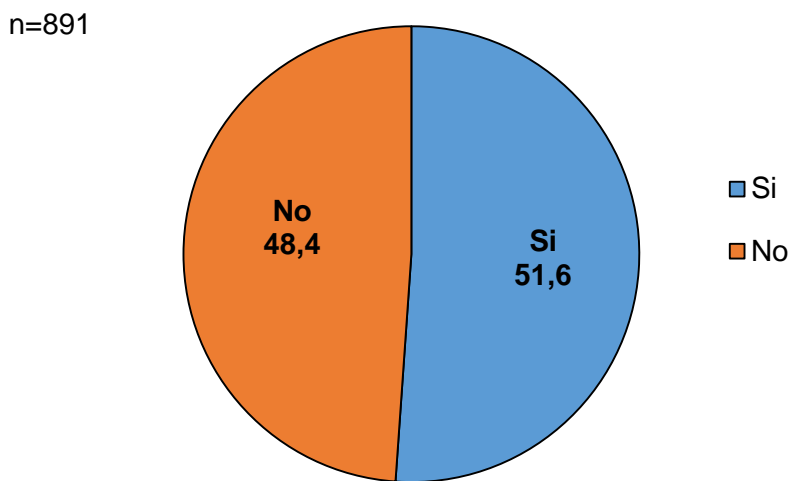
tiempo promedio que llevan consumiendo sustancias psicoactivas es de 14 meses con un desviación de 31,3 meses. (Ver tabla 19)

**Tabla 19. Estadísticos descriptivos para las variables cuantitativas de los estudiantes en programas tecnológicos ITM- Medellín, 2016.**

Estadísticos descriptivos					
Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
Edad	891	16	48	<b>23,3</b>	5,2
Con cuantas personas vives	891	0	20	<b>4,5</b>	1,9
Tiempo de consumo por parte de las estudiantes que afirmaron consumir SPA	885	0	300	<b>14,4</b>	31,3

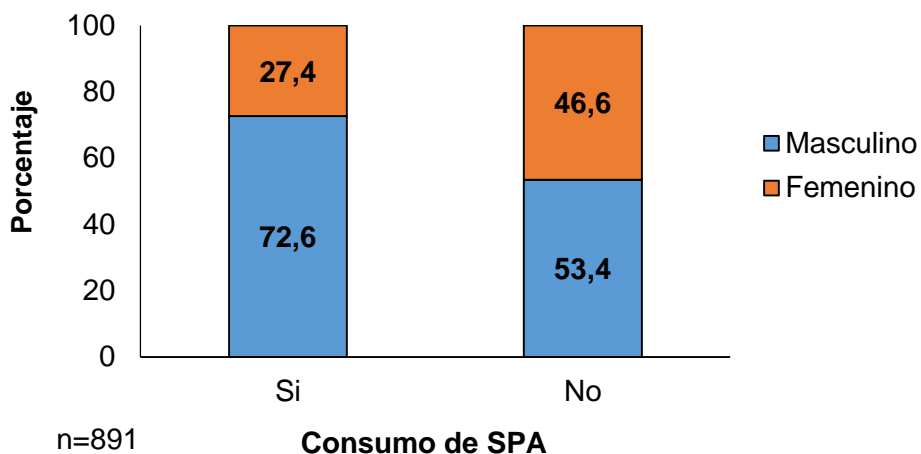
### 8.3 Prevalencias del consumo de sustancias Psicoactivas de los estudiantes en formación tecnológica del ITM-Medellín 2016.

Según la distribución porcentual del gráfico 11 los estudiantes que han consumido alguna sustancia psicoactiva legales o ilegales al menos 1 vez en la vida representan el 51,6% del total.



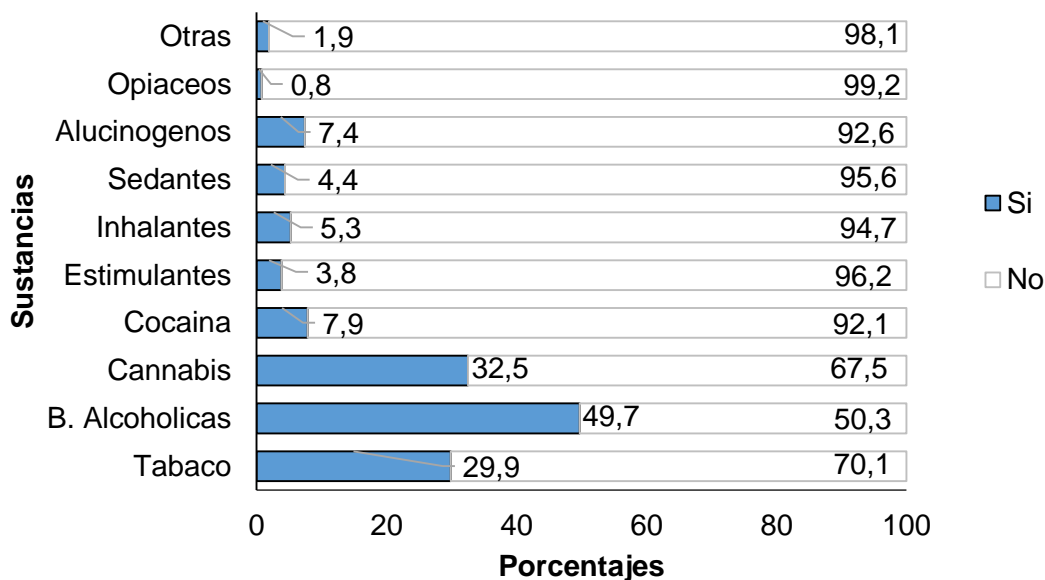
**Figura 11. Distribución porcentual de Consumir alguna vez en la vida, algún tipo de Sustancias psicoactiva por parte de los estudiantes en formación tecnológica ITM-Medellín, 2016.**

Al observar el gráfico 12 el 72,6% de los estudiantes de sexo masculino manifiestan haber consumido alguna sustancia psicoactiva en la vida, en el sexo femenino solo el 27,4 % han consumido alguna sustancia psicoactiva en la vida.



**Figura 12. Distribución porcentual del Consumo de SPA según sexo de los estudiantes en programas tecnológicos ITM- Medellín, 2016.**

Al observar la figura 12 donde se muestra la distribución porcentual de consumir alguna sustancia psicoactiva a lo largo de la vida según el tipo de sustancias que consumen los estudiantes, se encontró mayor consumo de bebidas alcohólicas con el 49,7%, cannabis 32,5% y tabaco con el 29,9% cada uno de los porcentajes en relación con el total.



**Figura 13. Distribución porcentual del tipo de sustancias que han consumido a lo largo de la vida los estudiantes en formación tecnológica ITM-Medellín, 2016.**

La prevalencia de consumo en los últimos 3 meses que se presentó en los estudiantes, mostró mayor porcentaje en las sustancias bebidas alcohólicas, cannabis y tabaco. En el caso del tabaco los estudiantes manifiestan tener un consumo mayor a 3 meses en un 12,7% del total, 4,7% de ellos declaran consumir tabaco a diario.

La prevalencia de consumo más alta se presenta en las bebidas alcohólicas donde el 19,9% de los estudiantes expresan consumir en los últimos 3 meses una o dos veces bebidas alcohólicas, es importante resaltar que un 9,9 % de los estudiantes consumen bebidas alcohólicas a diario.

El consumo de cannabis presenta una prevalencia del 15,8 % donde su consumo es mayor a 3 meses. (Ver tabla 20)

**Tabla 20. Prevalencia de consumo de SPA de los estudiantes en formación tecnológica ITM - Medellín, 2016.**

Sustancia	Diario %	Semanal %	Mensual %	Una o dos veces %	mayor a 3 meses %	No ha consumido en la vida %
Tabaco	<b>4,7</b>	<b>2,0</b>	2,6	<b>7,5</b>	<b>12,7</b>	70,3
B. Alcohólicas	<b>9,9</b>	<b>10,0</b>	<b>15,3</b>	<b>19,9</b>	<b>4,2</b>	50,5
Cannabis	1,9	1,9	<b>3,8</b>	<b>8,3</b>	<b>15,8</b>	67,6
Cocaína	0,2	0,2	1,0	2,1	<b>4,4</b>	92,1
Estimulantes	0,2	0,2	0,1	1,7	1,8	96,2
Inhalantes	0,1	0,1	0,6	1,9	2,7	94,7
Sedantes	0,1	0,1	0,3	1,8	2,0	95,6
Alucinógenos	0,0	0,0	0,3	2,7	4,4	92,6
Opiáceos	0,1	0,1	0,0	0,3	0,3	99,2
Otras	0,1	0,1	0,1	0,8	0,8	98,1

La prevalencia de consumo en los últimos 3 meses por sentir un fuerte deseo o ansias de consumir alguna sustancia psicoactiva, presentó mayor porcentaje en las bebidas alcohólicas, cannabis y tabaco.

En el caso del tabaco los estudiantes manifiestan tener un consumo mayor a 3 meses en un 18,9% del total, mientras que el 3,9% declaran consumir tabaco una o dos veces en el último trimestre.

La prevalencia de consumo más alta se presenta en las bebidas alcohólicas donde el 22,2% de los estudiantes expresan sentir ansias o deseos de consumo por un



tiempo mayores a 3 meses, es importante resaltar que un 6,3 % de los estudiantes sienten ansias y deseos de consumo a diario.

Las ansias y deseos de consumir cannabis presentan una prevalencia del 21,8 % por un tiempo mayor a 3 meses. (Ver tabla 21)

**Tabla 21. Prevalencia de los estudiantes en formación tecnológica Medellín-ITM de sentir un fuerte deseo o ansias de consumir SPA, 2016.**

Sustancia	Diario %	Semanal %	Mensual %	Una o dos veces %	mayor a 3 meses %	No ha consumido en la vida %
<b>Tabaco</b>	1,2	1,2	1,3	<b>3,9</b>	<b>18,9</b>	70,3
<b>B. Alcohólicas</b>	<b>6,3</b>	<b>6,3</b>	<b>5,8</b>	<b>14,6</b>	<b>22,2</b>	50,5
<b>Cannabis</b>	<b>2,0</b>	<b>2,0</b>	<b>1,3</b>	<b>5,4</b>	<b>21,8</b>	67,6
<b>Cocaína</b>	0,1	0,1	1,0	0,6	5,9	92,1
<b>Estimulantes</b>	0,1	0,1	0,1	0,2	3,4	96,2
<b>Inhalantes</b>	0,2	0,2	0,1	1,0	3,9	94,7
<b>Sedantes</b>	0,1	0,1	0,0	1,2	2,9	95,6
<b>Alucinógenos</b>	0,0	0,0	0,2	1,1	6,1	92,6
<b>Opiáceos</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	99,2
<b>Otras</b>	0,2	0,1	0,1	0,4	1,2	98,1

El consumo de sustancias psicoactivas ha causado problemas de salud, sociales, legales, o económicos en los últimos 3 meses a los estudiantes del ITM, presentando mayor porcentaje en las bebidas alcohólicas, cannabis y tabaco.

El tabaco ha conllevado al 26,0% de los estudiantes a tener problemas de salud, sociales, legales o económicos en un tiempo mayor a 3 meses. La prevalencia más alta se presenta en las bebidas alcohólicas donde el 40,6% de los estudiantes manifiestan tener estas dificultades en un tiempo mayor a 3 meses.

Los problemas de salud, sociales, legales o económicos que se presentan por el consumo de cannabis muestran una prevalencia del 29,1 % donde su frecuencia es mayor a 3 meses. (Ver tabla 22).

**Tabla 22. Prevalencia de los estudiantes en formación tecnológica del ITM con problemas de salud, sociales, legales, o económicos causados por el consumo de SPA, 2016.**

Sustancia	Diario %	Semanal %	Mensual %	Una o dos veces %	mayor a 3 meses %	No ha consumido en la vida %
Tabaco	0,4	0,4	0,6	2,1	26,0	70,3
B. Alcohólicas	1,0	1,0	2,1	5,7	40,6	50,5
Cannabis	0,1	0,1	0,9	2,0	29,1	67,6
Cocaína	0,2	0,1	0,3	0,4	6,8	92,1
Estimulantes	0,1	0,1	0,0	0,0	3,6	96,2
Inhalantes	0,0	0,0	0,0	0,2	4,9	94,7
Sedantes	0,0	0,0	0,0	0,2	4,0	95,6
Alucinógenos	0,0	0,0	0,0	0,3	7,0	92,6
Opiáceos	0,1	0,1	0,0	0,0	0,7	99,2
Otras	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	98,1

La prevalencia de dejar de hacer lo que habitualmente se espera de los estudiantes del ITM en los últimos 3 meses, fue más evidente en las sustancias bebidas alcohólicas, cannabis y tabaco. El tabaco ha conllevado al 24,7% de los estudiantes del ITM a dejar de realizar lo que normalmente se espera de ellos en un tiempo mayor a 3 meses.

La prevalencia de no hacer lo que se espera de los estudiantes, presentó mayores porcentajes en las bebidas alcohólicas donde el 37,6% manifiestan tener estos problemas en un tiempo mayor a 3 meses. Por otro lado, el consumo de cannabis muestra una prevalencia del 26,2 % donde su frecuencia es mayor a 3 meses. (Ver tabla 23).

**Tabla 23. Prevalencia de los estudiantes en formación tecnológica del ITM por dejar de hacer lo que habitualmente se esperaba a causa del consumo de SPA, 2016.**

Sustancia	Diario %	Semanal %	Mensual %	Una o dos veces %	mayor a 3 meses %	No ha consumido en la vida %
Tabaco	0,8	0,9	1,1	1,1	24,7	70,3
B. Alcohólicas	1,1	1,2	2,7	6,7	37,6	50,5
Cannabis	0,8	0,9	1,0	2,9	26,2	67,6
Cocaína	0,1	0,2	0,7	0,2	6,3	92,1
Estimulantes	0,0	0,0	0,1	0,1	3,4	96,2
Inhalantes	0,1	0,1	0,4	0,1	4,4	94,7
Sedantes	0,3	0,3	0,1	0,2	3,6	95,6
Alucinógenos	0,2	0,1	0,1	0,4	6,4	92,6
Opiáceos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	99,2
Otras	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	98,1

Al indagar sobre la preocupación por los hábitos de consumo de los estudiantes por parte de un amigo, familiar o alguien más, se encontró que las prevalencias más significativas eran las de quienes consumen bebidas alcohólicas, tabaco y cannabis.

El 33,7 % de los estudiantes manifiesta que nunca amigos, familiares o alguien más se ha preocupado por su hábito de consumir alcohol, mientras que el 8,5 % manifiesta que sí se han preocupado por su hábito de consumir alcohol, pero en los últimos 3 meses.

En el caso del tabaco 19,4% y el cannabis 22,8%, declararon que nunca nadie se ha preocupado por su hábito de consumir estas sustancias, mientras que el 6,5% de los estudiantes contaron que al menos un familiar, amigo o alguien más se ha preocupado por su hábito de consumir tabaco en el último trimestre (Ver tabla 24).

**Tabla 24. Preocupación por los hábitos de consumo de los estudiantes en formación tecnológica por parte de un amigo, familiar o alguien más, ITM-Medellín, 2016.**

Sustancia	NO, Nunca %	Si, en los últimos 3 meses %	Sí, pero no en los últimos 3 meses %
Tabaco	19,4	6,5	3,8
B. Alcohólicas	33,7	8,5	7,3
Cannabis	22,8	4,6	5,1
Cocaína	5,8	1,3	0,7
Estimulantes	3,3	0,2	0,3
Inhalantes	3,9	0,7	0,7
Sedantes	3,7	0,4	0,2
Alucinógenos	6,4	0,6	0,4
Opiáceos	0,8	0,0	0,0
Otras	1,9	0,0	0,0

Al indagar a los estudiantes sobre la intención de reducir o eliminar alguna vez el consumo de alguna sustancia psicoactiva, se hallaron prevalencias significativas en el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y cannabis.

La intención de los estudiantes de eliminar o reducir el consumo de bebidas alcohólicas, presentó una prevalencia del 27,0%, indicando que nunca lo han intentado, el 14,8% declararon haberlo intentado en los últimos 3 meses.

Para el caso del cannabis 14,5% y el tabaco 9,8% de los estudiantes manifestaron nunca haber intentado reducir o eliminar el consumo de estas sustancias, mientras

que para el caso del tabaco el 12,8% de los estudiantes indicaron la intención de reducir o eliminar el consumo de esta sustancia en el último trimestre.

El tabaco con el 7,1%, las bebidas alcohólicas con el 7,5% y el cannabis con el 8,0%, son sustancias que los estudiantes han tenido la intención de reducir o eliminar alguna vez, pero no en los últimos 3 meses (Ver tabla 25).

**Tabla 25. Intención de los estudiantes en formación tecnológica ITM-Medellín 2016, en reducir o eliminar alguna vez el consumo de SPA.**

Sustancia	NO, Nunca %	Si, en los últimos 3 meses %	Sí, pero no en los últimos 3 meses %
Tabaco	9,8	12,8	7,1
B. Alcohólicas	27,0	14,8	7,5
Cannabis	14,5	9,9	8,0
Cocaína	2,8	3,5	1,6
Estimulantes	1,8	1,3	0,7
Inhalantes	1,7	1,9	1,7
Sedantes	2,5	1,2	0,7
Alucinógenos	3,6	2,4	1,5
Opiáceos	0,2	0,2	0,3
Otras	1,1	0,2	0,6

La prevalencia de consumir alguna vez drogas por vía inyectada, presentó mayor porcentaje en las sustancias de tabaco, cannabis y bebidas alcohólicas, donde los estudiantes manifiestan en un 29,4% para tabaco, en un 32,2% para cannabis y en un 49,0% para bebidas alcohólicas nunca haber utilizado este método para consumir las sustancias en mención (Ver tabla 26)

**Tabla 26. Prevalencia de consumo de al menos una vez de droga por vía inyectada por parte de los estudiantes en formación tecnológica ITM-Medellín, 2016.**

Sustancia	NO, Nunca %	Si, en los últimos 3 meses %	Sí, pero no en los últimos 3 meses %
Tabaco	<b>29,4</b>	<b>0,3</b>	0,0
<b>B. Alcohólicas</b>	<b>49,0</b>	<b>0,4</b>	0,0
Cannabis	<b>32,2</b>	<b>0,2</b>	0,0
Cocaína	7,9	0,0	0,0
Estimulantes	3,6	0,1	0,1
Inhalantes	5,2	0,1	0,0
Sedantes	4,3	0,1	0,0
Alucinógenos	7,3	0,0	0,1
Opiáceos	0,3	0,1	<b>0,3</b>
Otras	1,9	0,0	0,0

En la tabla 27, se observa el nivel de riesgos de las diferentes sustancias psicoactivas de los estudiantes del ITM, donde el 48,4% que se muestran en cada una de las sustancias hace alusión a las personas que no presenta nivel de riesgo de consumo a lo largo de la vida. Las sustancias con mayor porcentaje con riesgo bajo son los opiáceos con el 50,8% y otras sustancias con el 49,8%, al hablar de riesgo bajo son las personas que consumen muy poco alguna sustancia o que nunca han consumido esta sustancia, pero si otras diferentes y pueden estar expuestos, actualmente no se enfrentan con esos problemas dado que sus hábitos actuales de consumo tienen un riesgo bajo de desarrollarlos. El riesgo moderado presentó mayor porcentaje en el cannabis 32,4%, tabaco 29,7% y bebidas alcohólicas 12,5%, donde el continuar el consumo a este ritmo indica una probabilidad de futuros problemas de salud y de otro tipo, entre ellos la probabilidad de dependencia. El riesgo aumenta en los usuarios que tienen un historial de problemas por el uso de sustancias y dependencia. En ninguna de las sustancias se obtuvieron puntuaciones de nivel alto, evidenciando que no existe una dependencia de esas sustancias y probablemente no esté teniendo problemas de salud, sociales, económicos, legales y en las relaciones personales, como resultado del consumo de sustancias. Además, los usuarios que en promedio se han inyectado drogas en los últimos tres meses más de cuatro veces al mes, también tienen probabilidad de estar en alto riesgo, lo cual no aplica para los resultados de este estudio.

**Tabla 27. Distribución porcentual de los estudiantes matriculados en programas tecnológicos del ITM que consumen sustancias psicoactivas según nivel de riesgo. Medellín, 2016.**

Sustancias Psicoactivas	Ningún riesgo		Riesgo bajo		Riesgo moderado		Riesgo alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Tabaco</b>	431	48.4	195	21.9	265	29.7	0	0.0
<b>Bebidas alcohólicas</b>	431	48.4	349	39.2	111	12.5	0	0.0
<b>Cannabis</b>	431	48.4	171	19.2	289	32.4	0	0.0
<b>Cocaína</b>	431	48.4	390	43.8	70	7.9	0	0.0
<b>Estimulantes</b>	431	48.4	426	47.8	34	3.8	0	0.0
<b>Inhalantes</b>	431	48.4	413	46.4	47	5.3	0	0.0
<b>Sedantes</b>	431	48.4	421	47.3	39	4.4	0	0.0
<b>Alucinógenos</b>	431	48.4	394	44.2	66	7.4	0	0.0
<b>Opiáceos</b>	431	48.4	453	50.8	7	0.8	0	0.0
<b>Otras</b>	431	48.4	444	49.8	16	1.8	0	0.0

#### **8.4 Descripción de las características relacionadas con condiciones sociodemográficas, escolares, familiares y de personalidad en los en los estudiantes en formación tecnológica y el consumo de SPA. ITM - Medellín, 2016.**

Las variables sociodemográficas, escolares, familiares y de personalidad se analizaron a través de la prueba Chi cuadrado de asociación determinando si cada una las variables cualitativas tenían relación con el consumir alguna sustancia psicoactiva, considerando aquellas cuyo valor de significación de p fue menor a 0,05.

##### **Sociodemográficas**

La prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en hombres es 1,3 veces a la reportada por las mujeres, estas diferencias fueron estadísticamente significativas ( $\chi^2=35,8$ ;  $p=0,00$ ) lo que puede significar que las posibilidades de consumir SPA frente a no consumirla, si es hombre es dos veces ( $OR= 2,3$ ) frente a las mujeres (Ver tabla 28).

Los jóvenes con edad entre 18 y 24 años presentan mayor prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas ( $\chi^2=6,7$ ;  $p=0,00$ ) que aquellos que tienen 25 años o más y quienes tienen de 15 a 17 años. En este caso el consumo de sustancias

psicoactivas de un joven con edad ente 18 y 24 años es 2,9 veces el riesgo frente a los jóvenes que tienen de 15 a 17 años (Ver tabla 28).

La prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes que no tienen hijos es 0,5 veces a la reportada por los estudiantes que sí los tienen, estas diferencias fueron estadísticamente significativas ( $\chi^2=5,3$ ;  $p=0,02$ ) lo que puede significar que las posibilidades de consumir SPA frente a no consumirla, si no se tiene hijos es de aproximadamente una vez (OR= 1,5) frente a los que tiene hijos (Ver tabla 28).

Las variables que se relacionaron fueron: sexo, edad, estado civil, tiene hijos (Ver tabla 28).

**Tabla 28. Descripción de las características relacionadas con condiciones sociodemográficas en los estudiantes en formación tecnológica y el consumo de SPA. ITM-Medellín, 2016**

Variables	Categorías	Consumo de SPA			OR	IC 95% OR	Chi cuadrado	Valor p
		Si	No	Total				
<b>Sexo</b>	<b>Hombre</b>	334	230	564	2,3	1,7-3,1	35,8	<b>0,00</b>
	<b>Mujer</b>	126	201	327	1			
<b>Edad</b>	<b>15 a 17 años</b>	8	19	27	1			
	<b>18 a 24 años</b>	327	267	594	2,9	1,2-6,7	6,7	<b>0,00</b>
	<b>25 a 44 años</b>	124	142	266	2,0	0,9-4,9	2,8	0,09
	<b>45 años o más</b>	1	3	4	0,7	0,1-8,8	0,03	0,84
<b>Estrato</b>	<b>1 al 3</b>	423	410	833	0,5	0,3-1,0	3,67	0,06
	<b>4 al 6</b>	37	21	58	1			
<b>Estado Civil</b>	<b>Casado</b>	15	38	53	0,3	0,2-0,6	12,31	<b>0,00</b>
	<b>Unión Libre</b>	46	37	83	1,0	0,7-1,7	0,14	0,70
	<b>Separado</b>	5	9	14	0,4	0,1-1,5	1,69	0,19
	<b>Viudo</b>	0	1	1	""	""	""	""
	<b>Soltero</b>	394	346	740	1			
<b>Tiene Hijos</b>	<b>No</b>	405	356	761	1,5	1,1-2,2	5,3	<b>0,02</b>
	<b>Si</b>	55	75	130	1			
<b>Trabaja actualmente</b>	<b>Si</b>	277	249	526	1,1	0,8-1,4	0,5	0,45
	<b>No</b>	183	182	365	1			
<b>Proyecto de vida últimos 5 años</b>	<b>No</b>	45	31	76	1,4	0,9-2,2	1,9	0,16
	<b>Si</b>	415	400	815	1			

## **Escolares.**

Los estudiantes que pertenecen a los programas académicos de diseño industrial, construcción de acabados arquitectónicos, gestión administrativa y producción, presentan menor prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas ( $\text{Chi}^2=8,75$ ;  $p=0,00$ ), ( $\text{Chi}^2=4,66$ ;  $p=0,03$ ), ( $\text{Chi}^2=5,75$ ;  $p=0,01$ ), ( $\text{Chi}^2=4,56$ ;  $p=0,00$ ) respectivamente, frente aquellos que estudian telecomunicaciones. En este caso el consumo de sustancias psicoactivas de un estudiante de diseño industrial es 0,75 veces inferior al riesgo frente a un estudiante matriculado en el programa de telecomunicaciones; mientras que un estudiante de construcción de acabados arquitectónicos presentan un riesgo inferior de 0,32 veces frente a un estudiante de telecomunicaciones; por último el riesgo de consumo de SPA de un estudiante matriculado en gestión administrativa es 0,59 veces inferior frente a un estudiante de telecomunicaciones. (Ver tabla 29).

Los jóvenes con rendimiento académico insatisfactorio presentan mayor prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas ( $\text{Chi}^2=9,67$ ;  $p=0,00$ ) que aquellos que tienen un rendimiento académico muy satisfactorio. En este caso el consumo de sustancias psicoactivas de un joven con rendimiento académico insatisfactorio es 2,04 veces el riesgo frente a los jóvenes que tienen rendimiento académico muy satisfactorio (Ver tabla 29).

Los estudiantes que pertenecen a las facultades de economía y administración, artes y humanidades y ciencias exactas y aplicadas presentan menor prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas ( $\text{Chi}^2=5,38$ ;  $p=0,02$ ), ( $\text{Chi}^2=12,23$ ;  $p=0,00$ ), ( $\text{Chi}^2=4,93$ ;  $p=0,02$ ) respectivamente, frente aquellos que pertenecen a la facultad de ingeniería. En este caso el consumo de sustancias psicoactivas de un estudiante de la facultad de economía y administración es 0,34 veces inferior, frente a un estudiante de la facultad de ingeniería; mientras que un estudiante de la facultad de artes y humanidades presentan un riesgo de consumo inferior de 0,50 veces frente a un estudiante matriculado en la facultad de ingeniería; por último el riesgo de consumo de SPA de un estudiante matriculado en la facultad de ciencias exactas y aplicadas es 0,36 veces inferior frente a un estudiante de la facultad de ingeniería (Ver tabla 29).

Las variables que se relacionaron fueron: rendimiento académico, área de formación, programa académico (Ver tabla 29).



Tabla 29. Descripción de las características relacionadas con condiciones escolares en los estudiantes en formación tecnológica y el consumo de SPA. ITM-Medellín, 2016.

Variables	Categorías	Consumo de SPA			OR	IC 95% OR	Chi cuadrado	Valor p
		Si	No	Total				
Nivel de educación	Técnico	89	104	193	0,72	0,52-1,00	3,62	0,06
	Tecnólogo	44	46	90	0,81	0,52-1,27	0,81	0,36
	Universitario	2	4	6	0,42	0,07-2,34	1,01	0,31
	Bachiller	325	277	602	1			
Programa Académico	Análisis de costos y presupuesto	59	37	96	0,92	0,45-1,88	0,04	0,83
	Calidad	20	17	37	0,68	0,28-1,62	0,74	0,38
	Construcción de acabados arquitectónicos	53	65	118	0,47	0,23-0,93	4,66	<b>0,03</b>
	Diseño Industrial	43	70	113	0,35	0,17-0,71	8,75	<b>0,00</b>
	Electromecánica	24	22	46	0,63	0,27-1,43	1,19	0,27
	Electrónica	35	16	51	1,27	0,55-2,90	0,32	0,57
	Gestión Administrativa	35	49	84	0,41	0,20-0,85	5,77	<b>0,01</b>
	Informática	36	33	69	0,63	0,29-1,33	1,43	0,23
	Musical							
	Mantenimiento de equipos biomédicos	31	21	52	0,85	0,38-1,91	0,14	0,70
	Producción	28	37	65	0,43	0,20-0,94	4,56	<b>0,03</b>
	Sistemas de información	65	46	111	0,82	0,41-1,64	0,31	0,57
	Telecomunicacion es	31	18	49	1			
Área de formación	Facultad de Economía y administración	142	140	282	0,66	0,47-0,93	5,38	<b>0,02</b>
	Facultad de Artes y Humanidades	79	103	182	0,50	0,34-0,74	12,23	<b>0,00</b>
	Facultad de ciencias exactas y aplicadas	84	86	170	0,64	0,43-0,95	4,93	<b>0,02</b>
	Facultad de Ingeniería	155	102	257	1			
Rendimiento académico	Es mi primer semestre	17	30	47	0,71	0,36-1,38	1,02	0,31
	Satisfactorio	267	240	507	1,39	0,98-1,96	3,61	0,057
	Insatisfactorio	85	52	137	2,04	1,30-3,22	9,67	<b>0,001</b>
	Muy insatisfactorio	12	10	22	1,50	0,61-3,66	0,81	0,36
	Muy satisfactorio	79	99	178	1			

## **Familiares.**

La prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en las familias de tipología extensa es 0,31 veces inferior a la reportada por las familias nucleares completas ( $\chi^2=4,97$ ;  $p=0,02$ ) lo que puede significar que las posibilidades de consumir SPA frente a no consumirla, si pertenece a familia de tipología extensa es inferior en 0,7 veces (OR= 0,69) frente a las familias nucleares completas (Ver tabla 30).

Los jóvenes con relaciones conflictivas en la familia presentan mayor prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas ( $\chi^2=4,57$ ;  $p=0,03$ ) que aquellos que no presenta dificultades. En este caso el consumo de sustancias psicoactivas de un joven con conflictos familiares es 1,42 veces (OR= 1,42) el riesgo frente a los jóvenes que no presentan conflictos (Ver tabla 30).

La prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes con relaciones intrafamiliares de unión y apoyo bajo es 0,78 veces a la reportada por los estudiantes con relaciones intrafamiliares de unión y apoyo altas, estas diferencias fueron estadísticamente significativas ( $\chi^2=11,90$ ;  $p=0,00$ ) lo que puede significar que las posibilidades de consumir SPA frente a no consumirla, por parte de los estudiantes con relaciones intrafamiliares de unión y apoyo baja es de aproximadamente 2 veces (OR= 1,78) el riesgo frente a los estudiantes que presentan relaciones intrafamiliares de unión y apoyo altas (Ver tabla 30).

Los estudiantes con disfunción familiar severa presentan mayor prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas ( $\chi^2=9,09$ ;  $p=0,00$ ) que aquellos estudiantes con buen funcionamiento familiar. En este caso el consumo de sustancias psicoactivas de un estudiante con disfunción familiar severa es 2 veces (OR= 1,93) el riesgo frente a los estudiantes con buen funcionamiento familiar. (Ver tabla 30).

La prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes con relaciones intrafamiliares de expresión bajas es 0,66 veces a la reportada por los estudiantes con relaciones intrafamiliares de expresión alta, estas diferencias son estadísticamente significativas ( $\chi^2=8,89$ ;  $p=0,02$ ) lo que puede significar que las posibilidades de consumir SPA frente a no consumirla, por parte de los estudiantes con relaciones intrafamiliares de expresión baja es aproximadamente 2 veces (OR= 1,66) el riesgo frente a los estudiantes que presentan relaciones intrafamiliares de expresión altas (Ver tabla 30).

Las variables que se relacionaron fueron: tipología familiar, relaciones familiares conflictivas, unión y apoyo, expresión y funcionamiento familiar (Ver tabla 30).

Tabla 30. Descripción de las características relacionadas con condiciones familiares en los estudiantes en formación tecnológica y el consumo de SPA. ITM-Medellín, 2016.

Variables	Categorías	Consumo de SPA			OR	IC 95% OR	Chi cuadrado	Valor p	
		Si	No	Total					
Tipología Familiar	Familia nuclear incompleta	93	81	174	0,92	0,63-1,34	0,17	0,67	
	Familia extensa	143	166	309	0,69	0,50-0,95	4,97	<b>0,02</b>	
	Familia reconstituida	15	8	23	1,50	0,61-3,66	0,82	0,36	
	Familia mixta	41	35	76	0,94	0,56-1,56	0,05	0,81	
	Familia con padre visitante	4	3	7	1,07	0,23-4,87	0,008	0,92	
	Otro	6	11	17	0,43	0,15-1,21	2,62	0,10	
	Familia nuclear completa	158	127	285	1				
Relaciones familiares conflictivas	Si	109	77	186	1,42	1,02-1,97	4,57	<b>0,03</b>	
	No	351	354	705	1				
Relaciones Intrafamiliares	Unión y apoyo	bajo	171	120	291	1,78	1,28-2,48	11,90	<b>0,000</b>
		Intermedio	162	152	314	1,33	0,96-1,84	3,09	0,07
		Alto	127	159	286	1			
	Expresión	bajo	183	128	311	1,66	1,18-2,32	8,89	<b>0,002</b>
		Intermedio	161	168	329	1,11	0,80-1,54	0,42	0,51
		Alto	116	135	251	1			
	Dificultad	Alto	4	2	6	1,87	0,34-10,2	0,53	0,46
		Intermedio	14	15	29	0,87	0,41-1,83	0,12	0,72
		bajo	442	414	856	1			
Funcionamiento familiar	Disfunción familiar leve	142	125	267	1,35	0,97-1,87	3,32	0,06	
	Disfunción familiar moderada	99	87	186	1,35	0,94-1,94	2,72	0,09	
	Disfunción familiar severa	73	45	118	1,93	1,25-2,97	9,09	<b>0,00</b>	
	Buena Función familiar	146	174	320	1				
Con cuantas personas vives	Ninguna	1	0	1					
	De 3 a 5 personas	344	295	639	1,16	0,70-1,92	0,36	0,54	
	Más de 5 personas	79	99	178	0,79	0,45-1,39	0,62	0,42	
	De 1 a 2 personas	34	34	68	1				

## **Personalidad**

La prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes con neuroticismo bajo es 0,40 veces inferior a la reportada por los estudiantes con neuroticismo muy alto ( $\chi^2=3,97$ ;  $p=0,04$ ) lo que puede significar que las posibilidades de consumir SPA frente a no consumirla, en estudiantes con neuroticismo bajo es 0,60 veces (OR= 0,60) frente a los estudiantes con neuroticismo muy alto (Ver tabla 31).

Los jóvenes con amabilidad muy baja presentan mayor prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas ( $\chi^2=4,91$ ;  $p=0,02$ ) que aquellos que presentan amabilidad muy alta. El consumo de sustancias psicoactivas de un joven con amabilidad muy baja es 3,64 veces el riesgo frente a los jóvenes que presentan amabilidad muy alta (Ver tabla 31).

Las variables que se relacionaron fueron: Amabilidad y Neuroticismo (Ver tabla 31).

Tabla 31. Descripción de las características relacionadas con rasgos de personalidad en los estudiantes en formación tecnológica y el consumo de SPA. ITM-Medellín, 2016.

Variables	Categorías	Consumo de SPA			OR	IC 95% OR	Chi cuadrado	Valor p	
		Si	No	Total					
Personalidad	Neuroticismo	Muy Bajo	2	5	7	0,36	0,06-1,91	1,54	0,21
		Bajo	42	63	105	0,60	0,36-0,99	3,97	<b>0,04</b>
		Intermedio	107	113	220	0,85	0,56-1,28	0,55	0,45
		Alto	226	175	401	1,16	0,80-1,68	0,67	0,41
		Muy Alto	83	75	158	1			
	Extroversión	Muy Bajo	43	62	105	0,73	0,34-1,58	0,62	0,43
		Bajo	142	125	267	1,2	0,59-2,43	0,26	0,60
		Intermedio	162	151	313	1,13	0,56-2,28	0,12	0,72
		Alto	96	75	171	1,35	0,65-2,80	0,67	0,41
		Muy Alto	17	18	35	1			
	Apertura	Muy Bajo	10	12	22	0,54	0,20-1,42	1,56	0,21
		Bajo	102	98	200	0,67	0,39-1,17	1,92	0,16
		Intermedio	184	177	361	0,67	0,40-1,13	2,19	0,13
		Alto	121	116	237	0,67	0,39-1,16	1,98	0,15
		Muy Alto	43	28	71	1			
	Amabilidad	Muy Bajo	86	59	145	3,64	1,09-12,17	4,91	<b>0,02</b>
		Bajo	199	166	365	2,99	0,92-9,73	3,65	0,056
		Intermedio	115	135	250	2,12	0,65-6,97	1,62	0,20
		Alto	56	61	117	2,29	0,68-7,73	1,87	0,17
		Muy Alto	4	10	14	1			
Responsabilidad	Muy Bajo	59	50	109	1,39	0,57-3,38	0,54	0,46	
	Bajo	206	188	394	1,29	0,56-2,96	0,37	0,53	
	Intermedio	121	114	235	1,25	0,54-2,91	0,27	0,59	
	Alto	63	66	129	1,12	0,47-2,70	0,07	0,78	
	Muy Alto	11	13	24	1				

## **Posible asociación de consumo de sustancias psicoactivas con las variables sociodemográficas, escolares, familiar y de personalidad de los estudiantes en formación tecnológica de ITM-Medellín 2016.**

Dentro del análisis de regresión logística se consideró como variable dependiente el consumo de sustancias psicoactivas, de acuerdo a las categorías: 0: “No” y 1: “Sí”, cuya frecuencia fue de 48,0% (431) y 51,6% (460) respectivamente. A través de la prueba Chi cuadrado de asociación se determinó si cada una de las variables cualitativas tenían relación con el consumir alguna sustancia psicoactiva, es decir, aquellas cuyo valor de significación de  $p$  fue menor a 0,05.

Con el valor de  $p$  también se aplicó el criterio de Hosmer y Lemeshow ( $p < 0,25$ ), quedando como candidatas para ingresar al modelo las siguientes variables: sexo, edad, estrato, estado civil, tiene hijos, proyecto de vida, nivel de educación, programa académico, área de formación, rendimiento académico, tipología familiar, relaciones familiares conflictivas, relaciones intrafamiliares de unión y apoyo, expresión, funcionamiento familiar, neuroticismo, apertura y amabilidad. (Tablas 28, 29, 30, y 31)

### **8.5 Regresión logística para el consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes en formación tecnológica ITM - Medellín, 2016.**

Al seleccionar el subconjunto de variables independientes que más información aportaron sobre la probabilidad de pertenecer a cualquier de los dos grupos de consumo de sustancias psicoactivas, (aplicando el método Stepwise), las variables que resultaron estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) se consideran como alternativas para tener en cuenta en un estudio analítico como presuntas variables que expliquen el consumir sustancias psicoactivas, las cuales fueron: sexo masculino (OR=2,97; IC95% 2,11- 4,17), estado civil casado (OR=0,43 ; IC95% 0,22- 0,85) grupo de edad entre los 18 a 24 años (OR=2,72; IC95% 1,09 - 6,74), expresión baja (OR=1,63; IC95% 1,12- 2,39), programa académico de diseño industrial (OR=0,40; IC95% 0,19- 0,84) (Tabla 32).

Tabla 32. Regresión logística para el consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes en formación tecnológica ITM - Medellín, 2016.

Modulo	Variable	Categoría	B	E.T.	Wald	gl	Valor de P	OR	I.C. 95% para EXP(B)	
									Inferior	Superior
Sociodemográficos	Sexo	Hombre	1,09	0,17	38,98	1	<b>0,00</b>	2,97	2,11	4,19
		Soltero			7,91	4	0,10			
	Estado Civil	Casado	-0,84	0,35	5,95	1	<b>0,01</b>	0,43	0,22	0,85
		Unión Libre	0,19	0,26	0,52	1	0,47	1,21	0,73	2,01
		Separado	-0,56	0,61	0,85	1	0,36	0,57	0,17	1,88
	Estrato	Viudo	-21,76	40192,97	0,00	1	1,00	0,00	0,00	.
		1 al 3	-0,73	0,31	5,55	1	<b>0,02</b>	0,48	0,26	0,88
	Edad	15 a 17 años			8,01	3	0,05			
		18 a 24 años	1,00	0,46	4,64	1	<b>0,03</b>	2,72	1,09	6,74
		25 a 44 años	0,68	0,48	1,97	1	0,16	1,97	0,76	5,08
45 años o más		-0,24	1,32	0,03	1	0,86	0,79	0,06	10,53	
Familiares	Expresión	Alto			8,16	2	0,02			
		Bajo	0,49	0,19	6,38	1	<b>0,01</b>	1,63	1,12	2,39
		Intermedio	0,08	0,19	0,18	1	0,67	1,08	0,75	1,56
Escolar	Programa académico	Telecomunicaciones			32,48	11	0,00			
		Análisis de costos y presupuesto	0,37	0,39	0,89	1	0,35	1,45	0,67	3,13
		Calidad	0,03	0,47	0,00	1	0,95	1,03	0,41	2,61
		Construcción de acabados arquitectónicos	-0,73	0,37	3,87	1	0,05	0,48	0,23	1,00
		Diseño Industrial	-0,92	0,38	5,94	1	<b>0,01</b>	0,40	0,19	0,84
		Electromecánica	-0,66	0,44	2,27	1	0,13	0,51	0,22	1,22
		Electrónica	0,08	0,45	0,03	1	0,86	1,08	0,45	2,60
		Gestión Administrativa	-0,36	0,40	0,81	1	0,37	0,70	0,32	1,52
		Informática Musical	-0,75	0,41	3,37	1	0,07	0,47	0,21	1,05
		Mantenimiento de equipos biomédicos	0,03	0,43	0,00	1	0,95	1,03	0,44	2,40
Producción	-0,79	0,41	3,63	1	0,06	0,46	0,20	1,02		
Sistemas de información	-0,22	0,37	0,36	1	0,55	0,80	0,38	1,67		
Personalidad	Amabilidad	Muy alto			8,72	4	0,07			
		Muy bajo	1,20	0,68	3,13	1	<b>0,03</b>	9,32	0,88	12,55
		Bajo	0,83	0,66	1,60	1	0,21	2,30	0,63	8,38
		Intermedio	0,57	0,66	0,74	1	0,39	1,76	0,48	6,42
		Alto	0,67	0,67	0,99	1	0,32	1,95	0,52	7,27
Constante			-1,38	0,90	2,35	1	0,13	0,25		

Prueba de bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow: Chi cuadrado= 6,571 (p=0,584); R cuadrado de Nagelkerke= 0,168

En la tabla 32 se muestra que al estar controlado el efecto de las otras variables incluidas en el modelo, consumir alguna sustancias psicoactiva a lo largo de la vida es aproximadamente, 3 veces mayor en los hombre frente a las mujer; es similar ser casado a estar soltero; es similar estar en el estrato socioeconómico 1 al 3 frente a los estratos 4 al 6; es 3 veces mayor pertenecer al grupo de edad de 18 a 24 años con relación a los de 15 a 17 años; es 2 veces mayor tener expresión baja frente a los que la tienen alta; es similar estar en el programa académico de diseño industrial o al de telecomunicaciones.

La significación estadística de cada OR es corroborada por los intervalos de confianza del 95% los cuales no pasan por el 1. Según la prueba de bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow, este modelo es adecuado, debido a que las probabilidades observadas son iguales a las probabilidades esperadas ( $p=0,584$ ).

Entre tanto, de acuerdo al estadístico de Nagelkerke la variabilidad del consumir alguna sustancia psicoactiva a lo largo de la vida es explicada por el sexo, la edad, el estrato, el estado civil, la expresión baja, el programa académico y la amabilidad en un 16,8 %. El 83,2 % es explicado por otras variables.



## 9. Discusión.

Para contextualizar la discusión se parte de los contenidos teóricos donde se expresa que el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) se ha incrementado considerablemente en el mundo representando un problema de salud pública (1), las características familiares se consideran uno de los principales factores de riesgos que pueden conllevar al consumo de SPA en adolescentes (14). Por otro lado, los factores relacionados con los rasgos de personalidad de los adolescentes, son tendencia en la búsqueda de experiencias nuevas al daño, así como la dependencia para encontrar una recompensa asociándose con un mayor riesgo de consumo de sustancias (11).

El creciente volumen de consumidores adolescentes y los tipos de sustancias que se producen, son situaciones que desbordan la capacidad de los Estados para hacerle frente a esta situación, los cuales exigen la formulación e implementación de políticas que propendan por el desarrollo de acciones de prevención para minimizar los riesgos potenciales, principalmente de la niñez y la adolescencia (1). El objetivo principal de este estudio es explorar la relación del consumo de sustancias psicoactivas con las características sociodemográficas, familiares y de personalidad en estudiantes de un centro de formación tecnológica de carácter público ITM donde se encontraron los siguientes hallazgos.

Frente a las características sociodemográficas la participación en el estudio fue mayor en el sexo masculino con el 63,3%; y un 47,4 % de los estudiantes se encontraban entre los 20 a 24 años de edad; el 93,5% de los estudiantes pertenecen a los estratos 1,2 y 3 y el 83,1% son solteros. El 56,9% de los estudiantes consideran tener un semestre académico anterior satisfactorio; mientras el 56,6 % manifestaron que tenían un trabajo, donde el 36,6 % lo hacen bajo la modalidad de tiempo completo.

Diferentes investigaciones, realizadas en varios países para conocer los hábitos de la población juvenil en relación con el consumo de SPA, señalan que un elevado porcentaje de los adolescentes y jóvenes ha tenido contacto con estas sustancias, especialmente con el tabaco, el alcohol y el cannabis tal cual como lo muestra esta investigación. Estos consumos son realizados en grupo y en espacios públicos. En cualquier caso, este tipo de prácticas por parte de los adolescentes se vinculan cada vez con mayor intensidad a problemas personales, familiares y sociales(112).

La caracterización familiar de esta investigación evidenció que el 34,7% de los estudiantes presenta una tipología familiar extensa donde conviven con familiares de 3 generaciones (tíos, abuelos, nietos, hijos, padres, primos, sobrinos, cuñadas, etc), el tipo de familia nuclear sería la más preparada para afrontar los cambios en

cada fase de su ciclo vital mientras que otros patrones familiares o tipologías se asociarían con la aparición de diversos problemas durante la adolescencia, entre ellas el consumo de sustancias psicoactivas(112) (113).

Con respecto a las características relacionadas con el funcionamiento familiar, el 35,9% de los estudiantes perciben un buen funcionamiento familiar explicado por la satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros, la transmisión de valores éticos y culturales, la promoción y facilitación del proceso de socialización de sus miembros, el establecimiento y mantenimiento de un equilibrio que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital y el establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales. Por otro lado el 13,2% considera tener una disfunción familiar severa la cual hace referencia a conflictos, mala conducta, y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se producen continua y regularmente, lo que lleva a otros miembros a acomodarse a tales acciones, esta estructura familiar influye en la percepción que tiene el adolescente sobre el grado de funcionalidad de su familia, como también en la vulnerabilidad en el consumo de sustancias psicoactivas(112) (113).

En este estudio las relaciones intrafamiliares medidas por la escala de evaluación de relaciones intrafamiliares ERI se clasifican en un nivel bajo e intermedio, la unión y apoyo con el 67,9%, evidenciando una tendencia negativa al interior de la familia para realizar actividades en conjunto, de convivencia, falta de solidaridad, de apoyo mutuamente y de pertenencia con el sistema familiar. La dimensión de expresión presentó el 71,8% en los niveles bajo e intermedio, por tanto, la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto se encuentra en declive.

La dimensión de dificultades presentó en los estudiantes del ITM un porcentaje del 0,7% en un nivel alto, resultando curioso que los estudiantes manifiesten en esta dimensión que no poseen dificultades, aspectos indeseables, negativos o problemáticos mientras en las dimensiones de unión- apoyo y expresión presentan condiciones negativas, lo que conlleva a inducir que los estudiantes no ven como un problema o dificultad la falta de convivencia, solidaridad, apoyo, comunicación y respeto en el hogar. Sin embargo, el 20,9% de los estudiantes afirmaron tener conflictos familiares al interior de la familia.

En un estudio realizado en México en la ciudad de Obregón denominado relación entre los factores familiares de riesgo y la conducta antisocial de los adolescentes en el año 2016, se utilizó el instrumento ERI en población escolarizada, evidenciando en la dimensión de unión y apoyo que el 72,4% se encontraban en un nivel alto mostrado una tendencia positiva a realizar actividades en grupo y apoyo constante, mientras que la dimensión de expresión también obtuvo su mayor

porcentaje en el nivel alto con el 73%, donde claramente se ve una excelente comunicación verbal, observándose así diferencias marcadas con respecto al estudio realizado en el ITM. Por otro lado la dimensión de dificultades en ambos estudios presentaron valores similares, donde el nivel bajo y medio obtuvo un porcentaje del 94,2% para este estudio y del 99,4% para los estudiantes del ITM observando así la poca presencia en ambos estudios de situaciones problemáticas o caóticas en las familias(114).

Los resultados obtenidos en el estudio de la relación entre factores de personalidad, la autopercepción de la salud y la calidad de vida en personas mayores en España para el año 2011 en adultos mayores, mostro con respecto a los factores de personalidad en el grupo de estudio puntuaciones altas en la escala neuroticismo, bajo en la escala de extraversión, apertura y Responsabilidad y media en la escala amabilidad(115). Mientras en nuestro estudio los puntajes obtenidos frente a los rasgos de personalidad muestran puntuación alta para el neuroticismo, bajas en la escala de amabilidad y responsabilidad, y medias en las escalas de extroversión y apertura. No podemos saber, dado que no es un estudio longitudinal, si las puntuaciones obtenidas por los sujetos en las diferentes escalas son las mismas pasados los años, pero los resultados, sí concuerdan, con diversas investigaciones que indican que los sujetos en edad adulto mayor tienden a ser más introvertidos, menos activos y con escasa necesidad de buscar emociones, además de ser menos abiertos a experiencias e incluso a no dar demasiada importancia a los sentimientos. Mientras que los sujetos con edades jóvenes e inicio de adultez presentan un grado considerable de extroversión, más activos y con ganas de buscar emociones y nuevas experiencias. Los grupos que puntúa alto en neuroticismo nos pueden estar indicando no solo perturbaciones emocionales tales como la ansiedad, ira o melancolía, sino también personas que son propensas a tener ideas irracionales, a ser menos capaces de controlar sus impulsos o a enfrentarse peor a situaciones estresantes. Por su parte, una puntuación baja en responsabilidad nos está hablando de dificultades a la hora del autocontrol, así como de una deficiente planificación, organización y ejecución de las tareas, dentro de las facetas de la responsabilidad señalaremos como relevante aquella que se refiere a la competencia de los sujetos, una puntuación baja nos presenta unos sujetos que tienen una opinión pobre de sus habilidades, baja autoestima y locus de control externo(115).

De los estudiantes matriculados en formación tecnológica en el ITM para el año 2016, el 51,6% manifiestan haber consumido algún tipo de sustancia psicoactiva alguna vez en su vida, donde el 72,6% de ellos pertenecen al sexo masculino y solo el 27,4 % al sexo femenino. En el estudio de caracterización de la salud mental mediante cinco indicadores básicos, nivel de riesgo suicida, depresión, consumo de sustancias psicoactivas, funcionamiento familiar, vulnerabilidad a estresores sociales de la población escolar de Copacabana-Antioquia 2010, se estudió la población escolarizada entre los 11 y 19 años de edad donde se pudo establecer una prevalencia del 59,6 % de consumir sustancias psicoactivas alguna

vez en la vida es decir seis de cada 10 adolescentes, donde el 54,5% eran de sexo femenino y el 45,5% del sexo masculino(116).

En el marco teórico se informó sobre las diferentes clasificaciones del consumo de sustancias psicoactivas, para este estudio se hace énfasis en la clasificación de las sustancias psicoactivas según su efecto planteada por la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC, donde se clasifican como depresores, estimulantes, alucinógenos y mixtos.

Los estimulantes que fueron parte de este estudio fueron el tabaco/cigarrillo, cocaína y anfetaminas. Según el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en población Escolar Colombia – 2011, de los estudiantes encuestados el 24,3% declararon haber consumido tabaco/cigarrillo alguna vez en la vida(67); la prevalencia nacional del estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia para el año 2008 realizado por la CIDAD y la ONUDC evidenció una prevalencia de 45% de consumo de tabaco al menos una vez en la vida, al comparar con esta investigación se observa que el consumo de tabaco y cigarrillo presenta una prevalencia del 29,9% alguna vez en la vida, siendo mucho mayor que la reflejada en la población escolar, pero inferior con relación a la prevalencia Nacional de 2008(14).

El estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en 2008, mostró una prevalencia del 2,8% de consumo de cocaína alguna vez en la vida, mientras que el consumo de cocaína en los estudiantes del ITM presenta una prevalencia mucho mayor con el 7,9%(117).

En un estudio efectuado en Bogotá por Roldán y Valencia en el año 1988 con estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional, sobre consumo de drogas, se reportan bajos consumos de anfetaminas (0,7%) y entre las razones de consumo declaradas no estaba la mejoría en los procesos de aprendizaje. En otro estudio realizado por Urrego en el año 2001, también en la ciudad de Bogotá con estudiantes de especialidades Médicas, se reportó mayor consumo de metilfenidato, sobre todo entre los estudiantes de medicina con una frecuencia de 13,3%, Un estudio realizado por Acevedo y col efectuado en el año 2009 en la ciudad de Manizales con estudiantes de la Universidad de Manizales, demostró que la facultad de mayor consumo de anfetaminas para mejorar rendimiento académico era la de medicina con un 42,3%. En el estudio prevalencia y factores asociados al consumo de anfetaminas, en estudiantes del programa de medicina de la universidad de Manizales 2010 se observó una prevalencia global del 12% donde usaron estimulantes para mejorar rendimiento académico. Para este estudio la prevalencia de estimulantes tipo anfetamina fue del 3,8% de consumo alguna vez en la vida, siendo inferior a la presentada en los estudios anteriores de los años 2001, 2009 y 2010(118).

Otra de las clasificaciones del consumo de sustancia psicoactivas según su efecto es los depresores, donde se encuentra el alcohol, el cannabis, los inhalantes y tranquilizantes.

El Estudio Nacional de Consumo de Sustancia Psicoactivas del año 2008 presentó una prevalencia de consumo de alcohol del 40%, Mientras que en Lima-Perú el estudio de Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes mostró una prevalencia de consumo de alcohol del 42,2%(119).

El informe de uso de drogas de las Américas de la CICAD para el año 2015 evidenció una amplia gama de hábitos de consumo de alcohol. En cinco países de Sudamérica y el Caribe, más del 75% de los estudiantes secundarios han consumido alcohol en algún momento de su vida, hay una amplia gama de rangos de prevalencia del consumo de alcohol entre los estudiantes de secundaria en Sudamérica, desde menos de un 20% a casi un 70%. Más del 50% de los estudiantes de secundaria en Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Chile, Colombia, Dominica, Granada, Paraguay, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname y Uruguay han consumido alcohol durante el último año oscilando entre el 40% y 50%(12). En nuestro estudio las prevalencias de consumo de alcohol de alguna vez en la vida son del 49,7%, mientras que la prevalencia de consumo en los últimos 3 meses de haber consumido una o dos veces una bebida alcohólica fue del 19,9%(7).

El alcohol representa uno de los riesgos más importantes para la salud, en países con ingresos bajos y medios, ayudando a la incidencia de enfermedades y siendo la causa principal de más de 60 tipos de enfermedades y traumatismo, donde también causa diversos problemas sociales y guarda una estrecha relación con la violencia doméstica, la delincuencia y las conductas delictivas(116). El 60% de los estudiantes universitarios en Brasil y Colombia consumen alcohol en los últimos 30 días, mientras que en el ITM es de solo el 15,3 % en el último mes.

Según la CICAD el país de mayor prevalencia en la vida de consumo de cannabis es Chile con el 28%. Para la población universitaria se obtiene prevalencias de consumo de cannabis en 7 países entre ellos Colombia, Chile, Uruguay, Argentina y Brasil que oscilan entre 6 y 31%. Según el Estudio Nacional de 2008 Colombia presentaba una prevalencia de consumo de cannabis de al menos una vez en la vida del 8%. Según un análisis del patrón de consumo de cannabis en estudiantes universitarios para el año 2006 la prevalencia de consumo de sustancias de cannabis fue del 8,5% en comparación con este estudio la prevalecía que se presentó fue del 32,4% evidenciando así valores superiores a los normales donde se percibe que la curiosidad, la sensación de sentir nuevas emociones, la diversión y la influencia de los grupos sociales conllevan al aumento desmedido del consumo de esta sustancia(120).

Con el fin de disminuir la ansiedad los tranquilizantes se han convertido en una de las sustancias consumidas por los jóvenes universitarios, La prevalencia de vida de consumo de psicofármacos tranquilizantes sin indicación médica en Perú para el año 2009 fue del 7.1% y de estimulantes 6.3% a nivel nacional, mientras que este estudio presentó prevalencias bajas de consumo a lo largo de la vida, donde las prevalencias de tranquilizantes fue de 3,8%(121).

Los inhalantes son drogas que causan efectos depresores parecidos a la embriaguez, donde las consecuencias de la adicción pueden conllevar a alteraciones de la inteligencia, daños cerebrales y falta de atención, los estudiantes del ITM presentan una prevalencia de consumo de inhalantes en la vida del 5,3%, mientras que el país que presenta la prevalencia más alta en Sudamérica es Brasil con el 15,3% tal cual lo evidencia el Estudio de Salud Mental y medición de 5 indicadores en Copacabana para el año 2010(116).

Otra de las clasificaciones atribuidas al consumo de sustancias Psicoactivas según su efecto son el uso de droga inhalantes, donde según el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas para el año 2013 indicó que 0.7% de las personas de la muestra ha consumido estas sustancias alguna vez en la vida; de ellas, 0.2% lo hizo en el último año y 0.1% en el último mes. Para este estudio el consumo de inhalantes presenta una prevalencia en la vida del 5,3% y 0,6% para el último mes, cifras mucho más altas en comparación con las nacionales(117).

Sobre el nivel de riesgo relacionado con el consumo de sustancias en este estudio se observó que las sustancias con mayor riesgo bajo son los opiáceos con el 50,8% y otras sustancias con el 49,8%, estos usuarios deben recibir el tratamiento normal para el cual asistieron a la consulta médica, y ser informados de sus puntuaciones, se debe felicitar a los usuarios que tienen riesgo bajo o son abstemios y alentarlos a seguir así. El riesgo moderado mostró para el cannabis 32,4%, tabaco 29,7% y bebidas alcohólicas 12,5%, donde estos usuarios deben recibir una intervención breve con una duración de tres a 15 minutos. La intervención breve consiste en proporcionar retroalimentación por medio de la tarjeta de reporte de retroalimentación empleando una estructura simple de entrevista motivacional, resultando ser eficaz para que los usuarios reduzcan considerablemente el consumo de sustancias. La tarjeta brinda consejo e información, y se entrega al usuario para que la lleve a su casa como recordatorio de lo que se conversó. En este estudio no se presentaron niveles de riesgo alto lo cual no requiere una intervención breve, de presentarse esta situación no es viable reducir o eliminar el consumo con una sola intervención, en este caso, la intervención breve puede ser útil para alentar a los usuarios a tener una evaluación clínica detallada y tratamiento adecuado especializado, donde estos servicios pueden ser proporcionados por profesionales de la salud dentro de la atención primaria de salud o por un especialista para el tratamiento de drogas y alcohol(103).

El Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas Factores de Riesgo y Factores Protectores de Castellanos y Paya, evidencio en España que el 40% de los padres de adolescentes prefiere no ahondar en cuestiones complicadas para no enfrentarse a los hijos en las situaciones diarias incluido el ocio. Esta pasividad es un factor de riesgo de primer orden para llegar al consumo, resulta interesante en este estudio que los padres o amigos nunca se preocupan por los hábitos de consumo de los estudiantes, presentándose prevalencias del 19,4% para el tabaco, 33,7 para el alcohol y 22,8 para el cannabis, mientras que la sobreprotección de los hijos es otro fenómeno cada vez más frecuente, quizá producido porque muchos padres no están todo el tiempo que quisieran con ellos por razones de trabajo, aunque es oportuno recordar que importa más la calidad del tiempo dedicado que la cantidad(122).

En EE.UU. muchos adolescentes han abandonado el consumo de marihuana que ha bajado del 42% al 37% en 6 años y del éxtasis que del 12% bajó al 9% siendo reemplazados por analgésicos y otros medicamentos que encuentran en el botiquín de su casa. Se estima que 4.3 millones consumen de esta forma. En este estudio los estudiantes han intentado reducir o eliminar el consumo de marihuana-cannabis con prevalencias de 9,9% en los últimos 3 meses y nunca han intentado alejarse del consumo del cannabis con el 14,5%(123).

Dentro de los resultados obtenidos en este estudio los estudiantes manifestaron un fuerte deseo o ansiedad de consumo con prevalencias de 14,3% para alcohol, 5,4% para cannabis y 3,9% para tabaco. El estudio de afrontamiento de la ansiedad en la drogodependencia enfatiza que la ansiedad juega un cierto papel en las motivaciones de las personas que realizan conductas consumatorias para mejorar su estado de ánimo o alcanzar su nivel de activación óptimo. Estas personas presentan niveles más altos de ansiedad, valoran la posibilidad de dejar de emitir su respuesta consumatorias como una amenaza y presentan déficits en su capacidad de afrontamiento. Por todo ello, estos sujetos mostrarán una menor intención de dejar de consumir. Cuando tal consumo cesa de repente, se suele producir el síndrome de abstinencia donde aparece la ansiedad, como emoción negativa, con alta activación fisiológica, elevado malestar subjetivo, e inquietud motora. Una vez pasado el síndrome de abstinencia los ex-drogodependientes politoxicómanos siguen mostrando niveles más altos de ansiedad que los grupos de control(123).

Los datos obtenidos en esta investigación permiten identificar que muchos de los factores relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, pueden ocasionar problemas de salud, sociales, legales y económicos, donde se presentan prevalencias de 40,6% por bebidas alcohólicas y 29,1% por consumo de cannabis influyendo sobre todo las consecuencias que estas traen en los ámbitos social, familiar y personal.

El consumo de drogas por vía inyectable evidenció en este estudio una prevalencia del 0,3% para los opiáceos y del 0,4 % para el alcohol, prevalencias relativamente bajas que evidencian el trabajo planteado por la OMS en avance en la consecución de la meta fijada en la Declaración Política sobre el VIH y el SIDA al objeto de reducir en un 50% la transmisión del VIH entre los consumidores de drogas inyectables para 2015. La transmisión de enfermedades infecciosas como el VIH y la hepatitis C y los casos de sobredosis no son más que algunos de los factores de riesgo que hacen que el nivel de mortalidad entre los consumidores de drogas inyectables sea casi 15 veces superior al que normalmente cabría esperar entre personas de la misma edad y sexo en la población general(7).

Los principales motivos por los cuales los estudiantes de Instituto Tecnológico Metropolitano ITM inician el consumo de SPA, tiene que ver con el poco interés de los padres en las actividades que realizan sus hijos permitiendo que las influencias sociales los lleven aún consumo ya sea por curiosidad, diversión o para disminuir preocupaciones. Resultados que se asemejan a los expuestos en el estudio de CARISMA realizado en el año 2011, donde las principales razones de inicio en el consumo son: la curiosidad, la diversión, la posibilidad de relajarse y sentirse incluido en un grupo de amigo(124).

Existen varios factores asociados al consumo de estas sustancias encontradas en diferentes estudios y de las cuales se tiene un conocimiento experimental; en esta investigación se encontró que el factor con mayor asociación es pertenecer al sexo masculino (OR=2,97; IC95% 2,11- 4,17) es decir que por cada 3 hombres que consumen sustancias psicoactivas hay un mujer, otro factor de mayor asociación es la edad donde pertenecer al grupo de edad entre los 18 a 24 años (OR=2,72; IC95% 1,09 - 6,74), es 3 veces mayor en riesgo de consumir con relación al grupo de los 15 a 17 años, por ultimo tener una expresión baja en las relaciones intrafamiliares representa un factor de asociado donde se presentan 2 estudiantes frente a uno con expresión alta, donde la expresión es la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto. En un estudio realizado en Jamundí Valle-Colombia en el año 2016 donde se evaluaron los factores relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas se presentaron resultados diferentes con relación a este estudio, donde las asociaciones más significativas con el consumo de SPA fueron: tener disfunción familiar grave (OR = 7,32; intervalo de confianza del 95% [IC95%], 1,74-30,76), cursar el grado 11 (OR = 14,6; IC95%, 2,37-89,74) y tener amigos que consumen (OR = 3,12; IC95%, 2,49-10,38)(125).

En cuanto a factores asociados al consumo en un estudio denominado factores psicosociales relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de secundaria realizado por Camacho se encontró que existe una relación entre el consumo de estas sustancias y la edad del sujeto, notándose un incremento en la proporción de consumidores a medida que aumentaba el rango de



edad y el grande escolar, presentándose un mayor porcentaje de consumidores en el rango de edad comprendido entre los 16 y los 18 años y en los grados décimo y once. Esto conduce al adolescente a un distanciamiento con respecto a los padres y a otros adultos, en una búsqueda de caminos propios. Muchos son los factores que pueden relacionarse con el consumo de SPA, uno muy importante es la familia. Numerosas investigaciones realizadas sobre características de los usuarios de SPA muestran que en la mayoría de los casos se presentan problemas familiares como la falta de atención por parte de los padres, las discusiones frecuentes, un control familiar pobre, falta de incentivos por hacer bien las cosas, conflictos familiares y poca expresión de cariño(126).

En concordancia con lo descrito anteriormente, en la investigación del ITM se encontró que una baja frecuencia de expresiones de afecto positiva hacia los jóvenes llevando al poco control por parte de los padres sobre los lugares que frecuentan sus hijos y el no sentirse muy satisfecho con la situación familiar son factores que se encuentran relacionados con el consumo de SPA(126).

Las características encontradas en el estudio con el ITM que no representan un factor de riesgo son el estado civil, el estrato socioeconómico y el programa académico, donde es lo mismo estar soltero que casado, estar en estratos socioeconómicos altos o bajos, o pertenecer al programa académico de diseño industrial con relación a cualquier otro. Los factores protectores que se presentaron en el estudio fueron las edades entre los 15 y 17 años, tener una expresión alta y pertenecer al sexo femenino.

La variabilidad del consumir alguna sustancia psicoactiva a lo largo de la vida en este estudio es explicada por el sexo, la edad, el estrato, el estado civil, la expresión baja, el programa académico y la amabilidad en un 16,8 %.

## **10. Conclusiones.**

El trabajo de grado realizado aporta información valiosa para el Instituto Tecnológico Metropolitano donde se evidencia la situación y estado del consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes en formación tecnológica, estableciendo un diagnóstico para la creación políticas públicas y planes de prevención de consumo de SPA a nivel de población universitaria.

El consumo de sustancias psicoactivas no puede convertirse en una preocupación exclusiva de las instituciones de educación superior a nivel local, sino también debe ser abordada como prioridad de los diferentes sectores políticos, económicos educativo y cultural, al igual que en diferentes regiones del departamento de Antioquia y a nivel nacional.

Se debe partir de la creación e intervención de actividades y acciones sensibilizadoras que vinculen el aporte de todos los sectores en la planificación y desarrollo de programas de intervención en busca de mejorar la calidad de vida de esta población.

La investigación permite ver la importancia de la familia en la evolución de los adolescentes, donde la influencia del comportamiento y funcionamiento del hogar se ve reflejado en las acciones del estudiante. Por otro lado, se identifican factores de riesgo de consumo de SPA como el sexo y la edad los cuales deben fomentar la creación y planificación de intervenciones más oportunas en busca de crear acciones de prevención y promoción orientadas a la reducción del daño en los estudiantes partiendo de los ámbitos personales y familiares.

Es importante destacar la influencia de las sustancias psicoactivas como el alcohol, tabaco y cannabis, sustancias más consumidas por los hombres, donde a mayor grado de educación escolar y mayor grupo de edad se hace más creciente el consumo, lo que puede vincularse con las celebraciones, triunfos, derrotas y en todas las expresiones de la vida cotidiana, resulta preocupante ya que el consumo de esta sustancia es la base para llegar a la dependencia o el consumo de otras drogas de tipo ilegal.

Se evidencia que los principales factores que influyen en el ámbito familiar es presentar una expresión intrafamiliar baja, al igual que pertenecer al sexo masculino y estar en el grupo de edad entre los 18 y 24 años considerándose un factor que influye en los adolescentes para consumir sustancias psicoactivas.

## 11. Limitaciones.

- Dentro del desarrollo de la investigación se contempló el trabajo con estudiantes únicamente en formación tecnológica del ITM, pero esta muestra no representa la totalidad de los estudiantes matriculados en los programas profesionales, técnicas o posgrados, por tanto, se debe tener mucho cuidado con la generalización de las problemáticas encontradas en las instalaciones del ITM.
- Se puede considerar como limitación en esta investigación el contenido de la información, debido a que los estudiantes por temor a expresar su situación de consumo pueden incurrir en no brindar información o no dar datos conforme con sus consumos generando un subregistro, dejando de lado la verdadera realidad de la población de estudio.
- A partir de esta investigación surge la necesidad de desarrollar futuros estudios que permitan observar las problemáticas encontradas sobre el consumo de SPA en la población general del ITM, siempre y cuando se cuente con un músculo financiero que permita la cobertura del total de la población (recomendación).

## 12. Referencias.

1. Organización Mundial de la Salud - OMS, Organización de los Estados Americanos - OEA, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas -CICAD. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas [Internet] [consultado 23 abr 2016] Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000896cnt-2016\\_10\\_neurociencia-consumo-dependencia-sustancias-psicoactivas.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000896cnt-2016_10_neurociencia-consumo-dependencia-sustancias-psicoactivas.pdf)
2. Espada J, Griffin K, Botvin G, Méndez X, Espada J, Griffin K. Adolescentes: consumo de alcohol y otras drogas. *Revista papeles del sicologo*. 2003;23:9–17.
3. Becoña E. Los adolescentes y el consumo de drogas. *Revista papeles del sicologo*. 2000;(77):25–32.
4. Carmona J, Tobón F, Jaramillo J, Areiza Y. El suicidio en la pubertad y la adolescencia. Un abordaje desde la psicología social. *Rev Latinoam Psicol* [Internet]. 2012;44:191–3. [Consultado 24 abr 2016] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80524058019>
5. Agudelo M. Familia y prevalencia de depresión e ideación suicida en niños y adolescentes del municipio de medellín [Internet] [consultado 23 abr 2016] Disponible en: [http://www.comfenalcoantioquia.com/Portals/descargables/pdf/Investigacion\\_familias\\_prevalencia\\_suicidio.pdf](http://www.comfenalcoantioquia.com/Portals/descargables/pdf/Investigacion_familias_prevalencia_suicidio.pdf).
6. Departamento Nacional de Planeación. Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014. 2010. [Internet] [Consultado 26 abr 2016] Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/PND/Bases%20PND%202010-2014%20Versi%C3%B3n%205%2014-04-2011%20completo.pdf>.
7. Oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito. Informe mundial sobre las drogas 2015 [Internet]. [Consultado 29 abr 2016] Disponible en: [www.unodc.org/documents/data-and-.../WDR\\_2012\\_Spanish\\_web.pdf?](http://www.unodc.org/documents/data-and-.../WDR_2012_Spanish_web.pdf?)
8. Oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito. Informe mundial sobre las drogas 2014. [Internet]. [Consultado 29 abr 2016] Disponible en: [www.unodc.org/documents/wdr2014/V1403603\\_spanish.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr2014/V1403603_spanish.pdf)
9. Niño C. Narcotráfico, política de drogas y debilidad institucional en América Latina 2012 [Internet]. [Consultado 29 abr 2016] Disponible en: [http://web.isanet.org/Web/Conferences/FLACSO-ISA\\_BuenosAires\\_2014/Archive/ff29862c-9d76-4c07-b5af-28d044537fd9.pdf](http://web.isanet.org/Web/Conferences/FLACSO-ISA_BuenosAires_2014/Archive/ff29862c-9d76-4c07-b5af-28d044537fd9.pdf)
10. Alcántara A, Cuétara C, Pérez J, Pulido M. Consumo de drogas y alcohol en universidades privadas de dos ciudades mexicanas. *Rev. Psicol y Salud* [internet]. Enero 2011.21 (1):39–46. [Consultado 30 abr 2016] Disponible en: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-21-1/21-1/Ariel-Alcantara-Eguren.pdf>

11. Rodriguez H, Simich L, Strike C, Brands B, Giesbrecht N, Khenti A. Policonsumo simultáneo de drogas en estudiantes de pregrado del área de la salud en una universidad, León - Nicaragua [Internet]. Texto contexto enferm. [Internet] 2012;21:79–86. [Consultado 30 abr 2016] Disponible en: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84866996299&partnerID=40&md5=2bbf7d937925d3936b8dcfa416d34192>
12. Comisión Interamericana del Control de Abuso Drogas – CICAD. Informe sobre uso de drogas en las Américas 2015. [Internet]. [Consultado 30 abr 2016] Disponible en: [www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3209](http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3209)
13. Tice P. Behavioral Health Trends in the United States : Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health Results from the 2014.National Survey on Drug Use and Health. [Internet]. 2014.2:1-113. [Consultado 2 Jun 2016] Disponible en: <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FRR1-2014/NSDUH-FRR1-2014.pdf>
14. Colombia.Ministerio de la Protección Social. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia-2008 [Internet]. Dirección Nacional de Estupefacientes Bogotá; 2009. [Consultado 3 Jun 2016] Disponible en: [https://www.unodc.org/documents/colombia/.../Estudio\\_de\\_Consumo\\_UNODC.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/.../Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf)
15. McCabe, Boyd M. Race/ethnicity and gender differences in drug use and abuse among college students. J Ethn Subst Abuse [Internet]. 2007;6(2):75–95. [Consultado 3 Jun 2016] Disponible en:[http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J233v06n02\\_06](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J233v06n02_06)
16. Lopez G, Arau B. Use of psychoactive substances by adolescents : current panorama. Rev. Bras. Psiquiatr [Internet]. 2013; vol(35): 51–61. [Consultado 6 Jun 2016] Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462013000500007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462013000500007)
17. Trivelloni M. Zani P. Consumo de sustancias psicoactivas en los contextos recreativos entre estudiantes universitarios en Colombia.Rev. cienci. salud [Internet]. 2012;10:69–86. [Consultado 6 Jun 2016] Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/2029>.
18. Leza J, Lizaso I. drogodependencias, farmacología, patología, psicología, legislación. Ed 2. Alicante España:editorial medica panamericana; 2003.
19. Rodríguez J. Familia y drogas: aspectos psicosociales. Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades [Internet]. Enero 2003; 8(1): 143-163. [Consultado 6 Jun 2016] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/654/65413105.pdf>.
20. Córdova A, Rodríguez S. Características de resiliencia en jóvenes usuarios y no usuarios de drogas. Rev. Intercont. Psicol. Educ [Internet]. 2005;7(2):101–22. [Consultado 22 Jun 2016] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80270207>

21. Monckton P, Pedrão L. Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. *Rev Lat Am Enfermagem*. [Internet] 2011;19:738–45. [Consultado 22 Jun 2016] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421968010>
22. Muñoz M, Gallego C, Wartski C, Álvarez L. Familia y consumo de sustancias psicoactivas: una búsqueda de lo ausente. *Index de Enferm* [Internet]. 2012 Sep;21(3):136–40. [Consultado 22 Jun 2016] Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962012000200006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000200006)
23. Florenzano U, Sotomayor C, Otava T. Estudio comparativo del rol de la socialización familiar y factores de personalidad en las farmacodependencias juveniles. *Rev Chil pediatr* [Internet]. 2001 May;72(3):219–33. [Consultado 16 Mar 2016] Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062001000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062001000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
24. Rol D. Psicología y relaciones interpersonales. *Papeles del Psicólogo*.2003; 4:455–64.
25. Secretaria Seccional de Salud de Antioquia. Mortalidad por causa externa por Subregiones/municipio 2005-2010 [Internet]. [Consultado 23 Mar 2016] Disponible en: <https://www.dssa.gov.co/index.php/estadisticas/mortalidad>
26. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas CICAD. Sistema interamericano de datos uniformes 2011 [Internet]. [Consultado 24 Sep 2016] Disponible en: [http://www.cicad.oas.org/oid/protocols/1\\_PROTOCOLO\\_Encuesta\\_Hogares\\_Julio\\_2011.pdf](http://www.cicad.oas.org/oid/protocols/1_PROTOCOLO_Encuesta_Hogares_Julio_2011.pdf)
27. Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas [Internet]. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo; 1994. [Consultado 08 Sep 2016] Disponible en: [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)
28. Martín M, Ladero J, Lizasoain I. Conceptos fundamentales en drogodependencia. en: Leza J, Lizaso I. *Drogodependencias: Farmacología, patología, psicología, legislación*. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2009.1–24.
29. Organización Mundial de la Salud OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2002 -educir el riesgo y promover una vida sana [Internet]. 2002; 165 p. [Consultado 18 Jul 2016] Disponible en:[http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf?ua=1).
30. Lakarra S, López M. Bases biológicas, psicológicas y socioculturales. en: *Tratado SET de Trastornos Adictivos*.España: Ed. Médica Panamericana; 2006:1–13.

31. Velasco R. Las adicciones: Manual para maestros y padres. Ed Trillas [Internet]. 2003;281. [Consultado 18 Jul 2016] Disponible en: <https://contralasadicciones.files.wordpress.com/2012/01/leer-mc3a1s8.pdf>
32. Lorenzo P. Drogodependencias, Farmacologías, Patologías, Psicología, Legislación. Ed 3. Alicante España:editorial medica panamericana; 2009.
33. Caudevilla F. Drogas : Conceptos Generales, epidemiología y valoración del consumo [Internet]. 2013. [Consultado 18 Jul 2016] Disponible en <http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/tallerdrogas/Curso%20Drogodependencias/Drogas,%20conceptos%20generales,%20epidemiologia%20y%20valoracion%20del%20consumo.pdf>
34. Rossi P. Las drogas y los adolescentes: Lo que los padres deben saber sobre las adicciones. España: Editorial Tebar; 2008. 304.
35. Álvarez M, Gómez L, Velásquez J, Ramírez C, Tirado A, Vargas A. Diagnóstico, tratamiento e intervención de las personas consumidoras de drogas. Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana; 2010. 69.
36. Fernández J, Ramos A. Cannabis. en: Tratado SET de Trastornos Adictivos. España: Ed. Médica Panamericana; 2006 p. 222–327.
37. López R. Bases bioquímicas y moleculares de la adicción a opiáceos. en: Tratado SET de Trastornos Adictivos. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2006. 222–41.
38. Leza J, Moro M. Opiodes I. Dependencia: Síndrome de abstinencia. en: Drogodependencias: Farmacología, patología, psicología, legislación. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2009. 129–41.
39. Moro M, Leza J. Farmacología. Intoxicación aguda. en: Drogodependencias: Farmacología, patología, psicología, legislación. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.; 2009. 107–26.
40. Terleira A, Vargas E. Sustancias volátiles. en: Drogodependencias: Farmacología, patología, psicología, legislación. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2009. 373–83.
41. Flores A. Cocaína: bases biológicas de la dependencia de Cocaína. en: Tratado SET de Trastornos Adictivos. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2006. 242–51.
42. Vallejo J, Leal C. Tratado de psiquiatría. España: Ars Médica [Internet]; 2005. 1135. [Consultado 22 Jun 2016] Disponible en: <http://www.sicapacitacion.com/librospsicologia/Tratado%20de%20Psiquiatria%20-%20copia.pdf>
43. Zapata M, Segura A. Consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados del departamento de Antioquia, investigación comparativa 2003-2007: nuevas tendencias y comportamientos sociales asociados. Medellín: Comité Departamental de Prevención en Drogas de Antioquia 2007. 123 p.

44. García B, Martínez S, García P. Alucinógenos, Anfetaminas y Drogas de Síntesis: epidemiología, clínica y tratamiento. en: Tratado SET de Trastornos Adictivos. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2006.188–93.
45. Work Group on Substance Use Disorders, Kleber H, Weiss R, Anton R, Rounsaville B, George T, et al. Treatment of patients with substance use disorders, second edition. en: American Psychiatric Association Practice Guidelines for the treatment of psychiatric disorders. EEUU:American Psychiatric Pub [Internet]; 2006. [Consultado 25 Jun 2016] Disponible en: <http://psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.books.9780890426760>
46. Laespada T, Iraurgi L, Aróstegi E. Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV. Instituto Deusto de Drogodependencias (Universidad de Deusto) [Internet]; 2004. [Consultado 25 Oct 2016] Disponible en: [http://www.izenpe.com/s154812/es/contenidos/informacion/publicaciones\\_ovd\\_inf\\_txostena/es\\_9033/adjuntos/informe\\_txostena14.pdf](http://www.izenpe.com/s154812/es/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_inf_txostena/es_9033/adjuntos/informe_txostena14.pdf)
47. Castellanos P, Martínez F. Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: los determinantes sociales. Acta odontologica colombiana [Internet].1998;141–53. [Consultado 25 Oct 2016] Disponible en: [http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/48758/pdf\\_13](http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/48758/pdf_13)
48. Fernández L. Fundamentos psicosociales de las drogodependencias: prevención y tratamiento. en: Drogodependencias: Farmacología Patología Psicología Legislación. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2009. 27–62.
49. Cloninger S. Teorías de la personalidad. 2002[Internet]. [Consultado 28 Oct 2016] Disponible en: <https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/teorias-de-la-personalidad-susan-cloninger.pdf>.
50. Organización Psicoactiva. Diccionario de términos psicológicos. [Consultado 28 Sep 2016] Disponible en:[www.PsicoActiva.com](http://www.PsicoActiva.com). 2013.
51. Centro de estudios de psicología - Gauss. Diccionario de términos de psicología [Internet]. [Consultado 28 Sep 2016] Disponible en: <https://www.psicoactiva.com/diccio/diccionario-de-psicologia.htm>
52. Paniagua G. Definición de personalidad: Conceptos de personalidad segun varios autores [Internet]. [Consultado 28 Sep 2016] Disponible en: <https://psicologosenlinea.net/45-definicion-de-personalidad-conceptos-de-personalidad-segun-varios-autores-kotler-allport-freud-y-eysenk.html>
53. Bustamante E. La drogadicción: como salir de la oscuridad: prevención, causas, consecuencias y tratamiento. Bogotá, Colombia : Intermedio Editores; 2004. 249 p.
54. Dávila Y. Características de la familia: Una vsión sistemíaca. en: jaramillo M, Salgado F, Guillen J, Cordero C. Sistemas familiares. Cuenca- Ecuador: Univerdidad del Azuay. 2005;35–52. [Internet] [Consultado 28 Sep 2016]



- Disponible en: <http://uazuay.edu.ec/publicaciones/Sistemas%20Familiares.pdf>
55. Quintero A. Diccionario especializado en familia y género. Rev. Interam [Internet]. 2007;29(2):61-78. [Consultado 28 Sep 2016] Disponible en: [http://eprints.rclis.org/8983/1/EI\\_diccionario.pdf](http://eprints.rclis.org/8983/1/EI_diccionario.pdf)
  56. Becoña E. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Ministerio del Interior; 2002. 480 p. [Internet] [Consultado 28 Abr 2016] Disponible en: [www.emcdda.europa.eu/.../att\\_93972\\_ES\\_Bases%20Científicas%20Para%20La%20Pr](http://www.emcdda.europa.eu/.../att_93972_ES_Bases%20Científicas%20Para%20La%20Pr)
  57. Minuchin S. Families and Family Therapy. EEUU: Harvard University Press; 1974. 288 p.
  58. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile 2005 [Internet]. [Consultado 02 Ago 2016] Disponible en: [http://www.senda.gob.cl/media/estudios/PE/2005\\_Sexto\\_EstudioEscolar.pdf](http://www.senda.gob.cl/media/estudios/PE/2005_Sexto_EstudioEscolar.pdf)
  59. Gilman A, Hardman J, Limbird L. Las Bases farmacológicas de la terapéutica. Colombia: McGraw-Hill Interamericana [Internet]; 2003. 2150 p. [Consultado 22 Ago 2016] Disponible en: <https://oncouasd.files.wordpress.com/2015/06/goodman-farmacologia.pdf>
  60. Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas CEDRO. Estudio sobre drogas en universitarios de Lima. 2009. [Internet] [Consultado 14 Ago 2016] Disponible en: [http://www.devida.gob.pe/wp-content/uploads/2015/02/I\\_Estudio\\_Lima\\_Callao\\_completo.pdf](http://www.devida.gob.pe/wp-content/uploads/2015/02/I_Estudio_Lima_Callao_completo.pdf).
  61. Pérez J, Valderrama J, Cervera G, Rubio G. Tratado S.E.T. de Trastornos Adictivos. Ed. Médica Panamericana; 2006. 616 p.
  62. Consejo Nacional de México contra las Adicciones. Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida. 2008. [Internet] [Consultado 14 Nov 2016] Disponible en: [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva\\_vida/nv1e\\_prevencion.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/nv1e_prevencion.pdf).
  63. Peruga A, Rincón A, Selin H. El consumo de sustancias adictivas en las Américas. Rev dicciones [Internet]. 2002;14(2):227–38. [Consultado 22 sep 2016] Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/505/500>.
  64. Comunidad andina. II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria Informe Regional , 2012. [Internet] [Consultado 05 Ago 2016] Disponible en: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/modPublicaciones/pdf/CO03542012-ii-estudio-epidemiologico-andino-sobre-consumo-drogas-poblacion-universitaria-informe-colombia-2012-.pdf>.
  65. Ministerio de justicia, Observatorio de Drogas de Colombia. Situación del consumo 2015. [Internet] [Consultado 08 Ago 2016] Disponible en:

<http://www.odc.gov.co/problematika-drogas/consumo-drogas/situacion-consumo>

66. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 Tomo I. 2015. 384 p. [Internet] [Consultado 19 Ago 2016] Disponible en: [http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Encuesta\\_Nacional\\_de\\_Salud\\_Mental\\_Tomo\\_I.pdf](http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Encuesta_Nacional_de_Salud_Mental_Tomo_I.pdf)
67. Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en poblacion escolar colombia - 2011. 2011;172 [Internet]. [Consultado 21 Ago 2016] Disponible en: [https://www.unodc.org/documents/colombia/2013/septiembre/Estudio\\_Poblacion\\_Escolar\\_2011.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2013/septiembre/Estudio_Poblacion_Escolar_2011.pdf)
68. Comité departamental de prevención en drogas. Prevalencia de consumo de sustancias Psicoactivas y factores asociados: Resultados de la investigación en jóvenes escolarizados del Departamento de Antioquia 2003. 2003. 1-86. [Internet] [Consultado 21 Ago 2016] Disponible en: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/locales/C0031052003-prevalencia-consumo-de-sustancias-psicoactivas-factores-asociados.pdf>
69. Gobernacion de Antioquia. Situación del consumo de drogas en Antioquia. 2014 [Internet] [Consultado 2 Sep 2016] Disponible en: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/modPublicaciones/pdf/CO03951213-suispa-consumo-drogas-antioquia-preliminar.pdf>
70. Zambrano H, Morales C, Fernández D. Estudio de sustancias psicoactivas en Medellín, area metropolitana y resto de Antioquia 2009. 2009;1–79. [Internet] [Consultado 23 Sep 2016] Disponible en: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/locales/C0031052009-estudio-consumo-sustancias-psicoactivas-medellin-area-metropolitana-resto-antioquia-2009.pdf>
71. Sinisterra M, Cruz P. Teorías de la personalidad: Un análisis histórico del concepto y su medición. Psychol Av la Discip [Internet]. 2009;3(2):81–107. [Consultado 28 Sep 2016] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297225531007.pdf>
72. Boeree G. Teóricos De La Personalidad. 2006. 366 p. [Internet] [Consultado 22 Oct 2016]. Disponible en: <https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/teoricos-de-la-personalidad-george-boeree.pdf>
73. Costa P, McCrae R. Neo-Pi-R. EEUU: Odesa; 2008. p 13.
74. González M, Espada P, Riquelme G. Asociación entre rasgos de personalidad y consumo de sustancias en adolescentes españoles. Rev. Adicciones [Internet]. 2016;28(2):108–15. [Consultado 12 Oct 2016] Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/777/733>

75. Fantin M. Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados. *Rev. Adicciones* [Internet]. 2006;18(3):285–92. [Consultado 19 Oct 2016] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=49110205>
76. Bergen HA, Martin G, Roeger L, Allison S. Perceived academic performance and alcohol, tobacco and marijuana use: Longitudinal relationships in young community adolescents. *Addict Behav* [Internet]. 2005;30(8):1563–73. [Consultado 19 Oct 2016] Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460305000407?np=y&npKey=0c6027929e97aeada05d8b8e524ea621472cd1aaad7387f5f2956e0c1180fbc6>
77. Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. *Constitucion Politica de colombia 1991*. Bogota: Corte Constitucional. 1991.
78. Gómez E, Villa J. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris* [Internet]. 2014;10(1):11–20. [Consultado 12 Oct 2016] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>.
79. Gutierrez E. “ Funcionamiento Familiar: su relación con La percepción de Seguridad de los adolescentes , Y el desarrollo de conductas de riesgo en salud ”. Chile: Universidad austral de Chile; 2007. [Internet] [Consultado 01 Oct 2016] Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmf954f/sources/fmf954f.pdf>
80. Leticia B, Díaz A. Caracterizacion de las familias en Colombia ICBF. 2012. [Internet] [Consultado 03 Oct 2016] Disponible en: [http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/IntranetICBF/macroproses/misionales/familias/i/Caracterizaci%C3%B3n%20de%20Familias%20\(Doc%20Final-Rev%20%20ACTUALIZACION%20MA.pdf](http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/IntranetICBF/macroproses/misionales/familias/i/Caracterizaci%C3%B3n%20de%20Familias%20(Doc%20Final-Rev%20%20ACTUALIZACION%20MA.pdf)
81. Hidalgo A, Salazar C. Vulnerabilidad y adaptabilidad a la variabilidad climática en diversos sistemas - Cundinamarca[Internet]. 2016. [Consultado 08 Oct 2016] Disponible en: [http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/bitstream/11158/548/1/Documento\\_Tesis\\_de\\_maestr%C3%ADa\\_en\\_Agroforesteria\\_Tropical\\_Jonhy\\_Hidalgo.pdf](http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/bitstream/11158/548/1/Documento_Tesis_de_maestr%C3%ADa_en_Agroforesteria_Tropical_Jonhy_Hidalgo.pdf).
82. Villegas M. Factores de Adaptabilidad o Vulnerabilidad Familiar frente a las crisis y su relación con la adherencia de pacientes Adolescentes al tratamiento de Cirugía Bariátrica del Centro de Tratamiento Integral de la obesidad de Punta Arenas[Internet]. Chile: Instituto de terapia familiar de punta arenas; 2015. [Consultado 22 Oct 2016] Disponible en: [http://www.interfam.cl/media/archivo/2015-10-08/T\\_Arias\\_Villegas.pdf](http://www.interfam.cl/media/archivo/2015-10-08/T_Arias_Villegas.pdf)
83. Hernandez A. Familia y Adolescencia: Indicadores de Salud Manual de Aplicación de Instrumentos[Internet]. 1996. 1 - 45 p. [Consultado 22 Oct 2016] Disponible en: <http://www.rehueong.com.ar/sites/default/files/Familia%20y%20Adolescencia%20Indicadores%20de%20Salud.pdf>
84. Musitu G, Jiménez T, Murgui S. Funcionamiento familiar, autoestima y

- consumo de sustancias en adolescentes: Un modelo de mediación. Salud Publica Mex[Internet]. 2007;49(1):3–10. [Consultado 02 Nov 2016] Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49n1/a02v49n1.pdf>
85. Organización de las naciones unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. [Internet] [Consultado 10 Ago 2016] Disponible en: [http://www.hchr.org.co/documentoseinformes/documentos/carceles/1\\_Universales/B%E1sicos/1\\_Generales\\_DH/1\\_Declaracion\\_Universal\\_DH.pdf](http://www.hchr.org.co/documentoseinformes/documentos/carceles/1_Universales/B%E1sicos/1_Generales_DH/1_Declaracion_Universal_DH.pdf)
  86. International Drug Policy Consortium. Guía sobre políticas de drogas [Internet]. ed 2. Portugal: Atombowl .2012;142. [Consultado 12 Ago 2016] Disponible en: [http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento\\_institucional/planesNacionales/docs/Guia\\_politicas\\_drogas\\_SPA.pdf](http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/planesNacionales/docs/Guia_politicas_drogas_SPA.pdf)
  87. Naciones Unidas. Convención Única De 1961. 1972. [Internet] [Consultado 15 Sep 2016] Disponible en: [https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention\\_1961\\_es.pdf](https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention_1961_es.pdf).
  88. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño. 1989 [Internet]. [Consultado 15 Sep 2016] Disponible en: [https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CDN\\_06.pdf](https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CDN_06.pdf).
  89. Colombia. El Congreso. Ley 30 De 1986 Por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes y se dictan otras disposiciones. Bogota : El congreso; Enero 31 1989. [Internet] [Consultado 16 Sep 2016] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=2774>
  90. Colombia. Minjusticia. Decreto numero 3788 de Diciembre 31 de 1986, por el cual se reglamenta la Ley 30 de 1986 o Estatuto Nacional de Estupefacientes. Bogota:Minjusticia;1986. [Internet] [Consultado 26 Sep 2016] Disponible en: <http://suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/1536927>.
  91. Colombia. El Congreso. Ley 124 DE 1994, por la cual se prohíbe el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad y se dictan otras disposiciones. Bogota: El congreso;1994. [Internet] [Consultado 26 Sep 2016] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=291>
  92. Colombia. Gobierno Nacional de la República. Decreto 1108 DE 1994, Por el cual se sistematizan, coordinan y reglamentan algunas disposiciones en relación con el porte y consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas. Bogota: El Gobierno Nacional de la Republica ;2015. [Internet] [Consultado 26 Sep 2016] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=6966>
  93. Colombia. El Congreso. Ley 599 de 2000 por el cual se expide el código penal. Diario Oficial, .44097 (24 de julio del 2000).
  94. Colombia. El Congreso. Ley 745 DE 2002 Por la cual se tipifica como contravención el consumo y porte de dosis personal de estupefacientes o sustancias que produzcan dependencia, con peligro para los menores de edad

- y la familia. Bogota:El congreso; 2002. [Internet] [Consultado 18 Sep 2016] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=14166>
95. Colombia.El Congreso. Ley 1098 de 2006 Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. Bogota:El congreso ; 2007. [Internet] [Consultado 22 Sep 2016] Disponible en: [http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley\\_1098\\_2006.htm](http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1098_2006.htm)
  96. Colombia. Ministerio De La Protección Social. Decreto 3039 Plan Nacional Salud Publica 2007.Bogota: El Ministerio De La Protección Social ; 2007. [Internet] [Consultado 17 Sep 2016] Disponible en: [http://www.ins.gov.co/normatividad/Normatividad/DECRETO\\_3039\\_2007\\_Plan\\_Nacional\\_SP\\_2007-2010.pdf](http://www.ins.gov.co/normatividad/Normatividad/DECRETO_3039_2007_Plan_Nacional_SP_2007-2010.pdf)
  97. Colombia. Ministerio de la proteccion Social. Resolucion 1956 de 2008 por medio de la cual se adoptan medidas en relacion al consumo de cigarrillo y tabaco. Bogota: El Ministerio De La Protección Social ;2008. [Internet] [Consultado 17 Sep 2016] Disponible en:[http://proinapsa.uis.edu.co/redcups/Biblioteca/Humo%20de%20Segunda%20Mano/Resolucion\\_1956\\_de\\_2008.pdf](http://proinapsa.uis.edu.co/redcups/Biblioteca/Humo%20de%20Segunda%20Mano/Resolucion_1956_de_2008.pdf)
  98. Colombia. Ministerio de la protección social. Decreto 120 de 2010 Por el cual se adoptan medidas en relación con el consumo de alcohol. Bogota: El ministerio ;2010. [Internet] [Consultado 19 Sep 2016] Disponible en: [http://saludocupacional.univalle.edu.co/Decreto\\_120\\_2010\\_consumo\\_alcohol.pdf](http://saludocupacional.univalle.edu.co/Decreto_120_2010_consumo_alcohol.pdf)
  99. Observatorio Interamericano de Drogas OEA/CICAD. Sistema interamericano de datos uniformes: protocolo de estudio sobre drogas en estudiante de la educación de niveles superiores [Internet]. 2010. [Consultado 18 Sep 2016] Disponible en: <http://www.siamisderechos.org/banco/todo/ATT1305998082.pdf>
  100. Ministerio de Educación Nacional de Colombia. Sistema Educativo Colombiano. 2015. [Internet] [Consultado 13 Abr 2016] Disponible en: <http://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-233839.html>
  101. Ministerio de Educación Nacional República de Colombia. CNA - El sistema de educación superior de Colombia. [Internet] [Consultado 29 Abr 2016] Disponible en: <http://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-231238.html>
  102. Bienestar Universitario. Instituto Tecnológico Metropolitano [Internet]. 2015. [Consultado 29 Abr 2016] Disponible en: <http://www.itm.edu.co/en/institucion/planeacion-2/>
  103. Organización Mundial de la Salud. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) - Manual para uso en la atención primaria. 2011. [Internet] [Consultado 20 Abr 2016] Disponible en: [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist\\_screening\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf)
  104. Alvarado J. Introducción a la clínica. Bogota: Pontificia Universidad

- Javeriana; 2003. 514 p.
105. Forero L, Avendaño M, Duarte Z, Campo A. Internal Consistency and Factorial Analysis of Family Functioning APGAR Scale in Middle School Students. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2006;35(1):23–9. [Consultado 5 Mar 2016] Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502006000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502006000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
  106. Garavito C, Pinilla M, Barrios A, Gomez M, Vasquez R. *Protocolo para el bordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud*. Bogotá: Pro-offset Editorial S.A; 2008. 138 p.
  107. Ariza L, Durán M, Cubillos Z, Arias A. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2006;(1):23–9.
  108. Rivera M, Andrade P. Escala de evaluación de las relaciones intrafamiliares (E.R.I). *Uaricha Rev Psicol*. 2010;14:12–29.
  109. Vásquez G. Relaciones entre vínculos de apego, factores de personalidad y logro académico de las estudiantes de grado undécimo de un centro educativo femenino de la ciudad de Bogotá [Internet]. Manizales: Universidad de Manizales CINDE; 2013. [Consultado 5 Nov 2016] Disponible en: [http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/6789/1186/Guana\\_Vasquez\\_Andrea\\_Liliana\\_2009.pdf?sequence=1](http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/6789/1186/Guana_Vasquez_Andrea_Liliana_2009.pdf?sequence=1)
  110. Ramos F, Astorga CM, Manga D. The Spanish Norms of the NEO Five-Factor Inventory: New Data and Analyses for its Improvement. *International Journal of Psychology* [Internet]. 2004;4(3):639–48. [Consultado 8 Nov 2016] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/560/56040311.pdf>
  111. Rodríguez H. La ética en los sistemas de información. 1997. 17–36. [Internet] [Consultado 10 Nov 2016] Disponible en: [http://www.oocities.org/mx/academia\\_entorno/eli2.pdf](http://www.oocities.org/mx/academia_entorno/eli2.pdf)
  112. Duque G, Ramos J. La estructura y la dinámica familiar asociadas a la vulnerabilidad hacia el consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de 10º y 11º jornada de la tarde tarde en la Institución Educativa Alfonso Araujo Cotes de Valledupar [Internet]. Valledupar: Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD); 2012;1–100. [Consultado 15 Oct 2016] Disponible en: <http://stadium.unad.edu.co/preview/UNAD.php?url=/bitstream/10596/2271/1/36622314.pdf>
  113. Agudelo M, Estrada P. Cultura de prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en la familia. *Rev Trab Soc UN* [Internet]. 2012;14:79–92. [Consultado 15 Oct 2016] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4378125.pdf>
  114. Ávila E, Ochoa E, Hernández A. Relación entre los factores familiares de riesgo y la conducta antisocial de los adolescentes. *Revista UACJ* [Internet]

- 2016;(59):20–30. [Consultado 20 Oct 2016] Disponible en: <http://revistas.uacj.mx/ojs/index.php/culcyt/article/viewFile/1261/1090>
115. González J, Delgado M. Estudio de la relación entre factores de personalidad, la autopercepción de la salud y la calidad de vida en personas mayores. *Rev. Psicol.* [Internet]. 2011;1–23. [Consultado 20 Oct 2016] Disponible en: <http://studylib.es/doc/7356790/estudio-de-la-relaci%C3%B3n-entre-factores-de-personalidad--la>
  116. Paniagua R, Valencia L, Trujillo JC, Gonzalez C, Zapata C. Caracterización de la salud mental mediante cinco indicadores básicos, nivel de riesgo suicida, depresión, consumo de sustancias psicoactivas, funcionamiento familiar, vulnerabilidad a estresores sociales de la población escolar de Copacabana-Antioquia 20. Editoriales L. Vieco S.A.S, editor. Medellín-Colombia; 2014.
  117. Gobierno Nacional de Colombia. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2013. [Internet] [Consultado 20 Oct 2016] Disponible en: [https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio\\_de\\_Consumo\\_UNODC.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf).
  118. Barón L, Botero K, Castaño J, Castillo M, Díaz J, Echeverría J, et al. Prevalencia Y Factores Asociados Al Consumo De Anfetaminas, En Estudiantes Del Programa De Medicina De La Universidad De Manizales (Colombia), 2010. *Rev Fac Med Univ Manizales* [Internet]. 2011;59(3):201–14. [Consultado 23 Oct 2016] Disponible en: [http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/6789/874/con%20anfeta%20fac%20med%20um%20\(en%20columnas\).pdf?sequence=1](http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/6789/874/con%20anfeta%20fac%20med%20um%20(en%20columnas).pdf?sequence=1)
  119. Salazar E, Ugarte M, Vasquez L, Loaiza J. Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima. *Rev. invest. UNMSM.* [Internet] 2004;65(3):179–87. [Consultado 28 Oct 2016] Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/1389>.
  120. Font S, Gras M. Análisis del patrón de consumo de cannabis en estudiantes universitarios. *rev. adicciones* [Internet]. 2006;18(4):337–44. [Consultado 26 Oct 2016] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122815004>
  121. Mori E, Baltazar G. Consumo de psicofármacos estimulantes y tranquilizantes sin indicación médica y factores psicosociales asociados en la población escolar adolescente del Perú, 2009. *Rev. Perú. epidemiol* [Internet]. 2012;15(3):1–5. [Consultado 25 Oct 2016] Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v15\\_n3/pdf/a06v15n3.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v15_n3/pdf/a06v15n3.pdf).
  122. Payá B, Castellanos G. Consumo de sustancias. Factores de riesgo y factores protectores. [Internet] [Consultado 2 Nov 2016] Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Consumo%20de%20sustancias.pdf>
  123. Canol A. El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. An

- Psicol [Internet]. 1994;10(2):145–56. [Consultado 3 Nov 2016] Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=2744820>\n<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2744820&orden=171361&info=link>
124. Dirección Seccional de Salud de Antioquia, Universidad CES. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados: resultados de la investigación en jóvenes escolarizados del departamento de Antioquia. 2003;84–6. [Internet] [Consultado 10 Nov 2016] Disponible en: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/locales/C0031052003-prevalencia-consumo-de-sustancias-psicoactivas-factores-asociados.pdf>
125. Espinosa K, Hernández M, Cassiani C, Cubides A. Factores relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en una institución educativa de Jamundí Valle, Colombia. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2015;45(1):2–7. [Consultado 12 Nov 2016] Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745015001006>
126. Camacho I. Factores psicosociales relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes des. Cuad Hispanoam Psicol [Internet]. 2005;5 (1):41–6. [Consultado 12 Nov 2016] Disponible en: [http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos\\_hispanoamericanos\\_psicologia/volumen5\\_numero1/articulo\\_3.pdf](http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen5_numero1/articulo_3.pdf)
127. Colombia. Ministerio de salud. Resolución número 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: invima; (Oct. 4 1993).



## 13. Anexos.

### 13.1 Anexo 1. Diccionario de datos.

El diccionario de datos es un conjunto de metadatos que contiene las características lógicas y puntuales de los datos que se van a utilizar en el sistema que se programa, incluyendo nombre, descripción, alias, contenido y organización. El diccionario guarda los detalles y descripciones de todos estos elementos.

A continuación, se describe el diccionario de datos del estudio “Consumo de Sustancias psicoactivas y su relación con características sociodemográficas, familiares y de personalidad en estudiantes de un centro de formación tecnológica de carácter público – Instituto Tecnológico Metropolitano (ITM) Medellín, 2016”.

Módulo 1: Aspectos sociodemográficos						
#	Variable	Nombre corto	Descripción	Naturaleza	Nivel de Medición	Categorías
1	Identificación persona	ID	Es el número consecutivo que se le asigna a cada registro de la persona con el fin de controlar la información y conservar el anonimato de los participantes	Cuantitativa	Escala	Numérico
2	Sexo	Sexo	El sexo es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, y hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética.	Cualitativa	Nominal	1=Masculino 2=Femenino
3	Edad	Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo, donde se cuenta en años cumplidos	Cuantitativa	Escala	Numérico
4	Estrato socioeconómico	Estrato	Nivel de clasificación de la población con características similares en cuanto a grado de riqueza y calidad de vida, determinado de manera directa mediante las condiciones físicas de las viviendas y su localización, utilizando la	Cualitativa	Ordinal	1=1 2=2 3=3 4=4 5=5

			metodología establecida por Planeación Nacional			6=6
5	Estado Civil	E_Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas	Cualitativa	Nominal	1=casado 2=Unión Libre 3=Separado 4=Viudo 5=Soltero
6	Tiene hijos	T_Hijos	Variable que hace alusión a la procreación de un hombre o una mujer en el transcurso de la vida.	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No
7	Cuantos hijos tiene	N_hijos	Variable categórica del número de hijos que ha tenido en el transcurso de la vida, <b>Es importante tener en cuenta que esta variable aplica si en la pregunta anterior contesto que SI tenía hijos.</b>	Cualitativa	Ordinal	0=0 1=1 2=2 3=3 4=más de 3
8	Programa Académico al que pertenece	P_Acad	s el conjunto de cursos básicos, profesionales y complementarios, y actividades teóricas, prácticas y teórico prácticas integradas armónicamente mediante la interrelación de profesores, alumnos y recursos instrumentales tendientes a lograr una formación en determinadas áreas del conocimiento, donde para el ITM se tuvo en cuenta solo programas de formación tecnológico	Cualitativa	Nominal	1=Análisis de costos y presupuesto 3=Calidad 4=Construcción de acabados arquitectónicos 5=Diseño Industrial 6=Electromecánica 7=Electrónica 8=Gestión Administrativa 9=Informática Musical 10=Mantenimiento de equipos biomédicos 11= Producción 12= Sistemas de Información 13=Telecomunicaciones
9	Área de Formación	A_Form	Son el conjunto de los saberes relacionados con lo cultural, lo social, lo político, lo económico, lo científico, lo tecnológico, etc., que conforman las distintas Áreas Académicas y Asignaturas, cuya asimilación y apropiación	Cualitativa	Nominal	1=Facultad de Economía y Administración 2=Facultad de artes y Humanidades

			por los alumnos es considerada esencial para su desarrollo y socialización.			3= Facultad de ciencias exactas y aplicadas 4=Facultad de ingeniería
10	Nivel Máximo de Educación	N_Edu	Etapa de formación educativa alcanzada de un individuo. El cual al finalizar se le otorga un certificado de acreditación del nivel en cuestión.	Cualitativa	Ordinal	1=Bachiller 2=Técnico Incompleto 3= Técnico completo 4=Tecnólogo Incompleto 5=Tecnólogo completo 6=Universitario incompleto 7= universitario completo
11	Trabaja	Trabaja	Persona que presta servicios que son retribuidos por otra persona, a la cual el trabajador se encuentra subordinado, pudiendo ser una persona en particular, una empresa o también una institución.	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No
12	Tipo de vinculación Laboral	T_Vinc	Es el tipo de vínculo con el cual la persona desempeña su condición laboral, en cuanto a tiempo y otros factores relacionados. <b>Esta pregunta aplica en el momento de responder en la pregunta anterior que si trabajaba.</b>	Cualitativa	Nominal	1= todos los fines de semana 2= Trabajo por horas 3=Trabajo medio tiempo 4=trabajo tiempo completo 5= trabajo no remunerado
13	Rendimiento académico semestre anterior	R_Acad	Es la capacidad, logro de los objetivos y aprendizajes que posee el alumno o estudiante en la Institución educativa.	Cualitativa	Ordinal	1=Es mi primer semestre 2=muy satisfactorio 3=Satisfactorio 4=Insatisfactorio 5= Muy insatisfactorio
14	Tiene proyecto de vida para los últimos	P_Vida	Es el plan que una persona se traza a fin de conseguir un objetivo. El proyecto da coherencia a la vida de una persona en sus diversas facetas y marca un determinado estilo,	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No

	5 años		en el obrar, en las relaciones, en el modo de verla vida para un periodo de 5 últimos años.			
--	--------	--	---	--	--	--

Módulo 2 = Factores Familiares							
#	Variable	Nombre corto	Descripción	Naturaleza	Nivel de Medición	Categoría	
15	Con cuantas personas vives	P_Vives_#	Permite determinar el número de personas con las cuales habitan y conviven bajo el mismo hogar	Cuantitativa	Escala	Numérico	
16	Con quien vives	Madre	Variables que permiten el cálculo de la tipología familiar dependiendo de las personas con las cuales habitan bajo el mismo techo.	Cualitativa	Nominal	0=No 1=Si	
17		Padre		Cualitativa	Nominal	0=No 1=Si	
18		Pareja de padre		P_Padre	Cualitativa	Nominal	0=No 1=Si
19		Pareja de Madre		P_Madre	Cualitativa	Nominal	0=No 1=Si
20		Hermanos		Hermano	Cualitativa	Nominal	0=No 1=Si
21		Abuelos		Abuelo	Cualitativa	Nominal	0=No 1=Si
22		Tíos		Tío	Cualitativa	Nominal	0=No 1=Si
23		Cónyuge		cónyuge	Cualitativa	Nominal	0=No 1=Si
24		Hijos		Hijo	Cualitativa	Nominal	0=No 1=Si
25		Otras		otras	Cualitativa	Nominal	0=No 1=Si
26	Familia Nuclear Completa	FLIA_NCC	Aquellas donde conviven los padres biológicos o adoptivos y los hijos solteros.	Cualitativa	Nominal	0=No 1=Si	
27	Familia Nuclear Incompleta	FLIA_NCI	Aquella donde conviven los hijos	Cualitativa	Nominal	0=No	

			y uno de los padres biológicos o adoptivos, quien es el jefe o cabeza de la familia. Otra forma es aquella donde solo viven los hermanos, hijos de los mismos padres, fallecidos o totalmente ausentes, de modo que alguno de los hermanos asume el papel paterno o materno frente a los demás.			1=Si
28	Familia Extensa	FLIA_EXT	Donde conviven personas de tres generaciones(abuelo, padres, hijos, nietos) o de relaciones de parentesco con el adolescente, distintas a las de padre, madre o hermano, tales como tío, primo, sobrino, cuñado, etc	Cualitativa	Nominal	0=No 1=Si
29	Familia Reconstituida	FLIA_REC	Donde conviven la madre o el padre, separados o divorciados, con los hijos de una o más uniones anteriores y su nuevo compañero o compañera.	Cualitativa	Nominal	0=No 1=Si
30	Familia Mixta	FLIA_MIX	Donde conviven un padre y una madre con hijos de uniones anteriores a los dos, y, en algunos casos, con hijos concebidos en esa unión actual.	Cualitativa	Nominal	0=No 1=Si
31	Familia con padre Visitante	FLIA_PV	Son una variante de las familias incompletas en cuanto el padre no vive con la familia, pero socialmente no es una familia incompleta, porque el cumple con las funciones de esposo y padre y tiene los privilegios y las atribuciones del jefe de familia. Comúnmente esta forma de familia existe en culturas donde se acepta que el hombre	Cualitativa	Nominal	0=No 1=Si

			mantenga una relación con dos o más compañeras con hijos.				
32		OTRO_TF	Otro tipo de familia diferente a las descritas anteriormente, un caso en particular es el vivir solo.	Cualitativa	Nominal	0=No 1=Si	
33	Tipología Familiar	T_Fliar	La tipología familiar es clasificación de la familia considerada una unidad básica de la sociedad donde dos o más adultos con o sin niños o también un adulto con niños tienen el compromiso de nutrirse emocional o físicamente y deciden compartir recursos tales como tiempo espacio y dinero. "Los miembros de la familia frecuentemente funcionan en un lugar donde hay sensación de hogar"	Cualitativa	Nominal	1=Nuclear completa 2=Nuclear incompleta 3=Familia extensa 4=Familia reconstruida 5=Familia Mixta 6=Familia con Padre Visitante 7=Otro	
34	Son frecuentes las relaciones familiares conflictivas	R_Flia_conf	Hogares donde existen frecuentemente discusiones o conflictos de diferentes índoles en las relaciones familiares que se presentan	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No	
35	Evaluación de las relaciones intrafamiliares	Los miembros de la familia acostumbran hacer cosas juntas.	ERI_P1	Las preguntas relacionadas no permiten conocer cómo funcionan las familias en los estudiantes de educación superior, con base en la experiencia y opinión que tienes sobre sus propias familias, este	Cualitativa	Ordinal	1=Totalmente en desacuerdo 2=En desacuerdo 3=Neutral 4=De acuerdo 5=Totalmente de acuerdo

36		Mis padres me animan a expresar abiertamente mis puntos de vista.	ERI_P2	instrumento evalúa las relaciones intrafamiliares y permitirán calcular las escalas de unión y apoyo, expresión y dificultades.	Cualitativa	Ordinal	1=Totalmente en desacuerdo 2=En desacuerdo 3=Neutral 4=De acuerdo 5=Totalmente de acuerdo
37		En mi familia, nadie se preocupa por los sentimientos de los demás.	ERI_P3		Cualitativa	Ordinal	1=Totalmente en desacuerdo 2=En desacuerdo 3=Neutral 4=De acuerdo 5=Totalmente de acuerdo
38		Mi familia es cálida y nos brinda apoyo.	ERI_P4		Cualitativa	Ordinal	1=Totalmente en desacuerdo 2=En desacuerdo 3=Neutral 4=De acuerdo 5=Totalmente de acuerdo
39		En nuestra familia es importante para todos expresar nuestras opiniones.	ERI_P5		Cualitativa	Ordinal	1=Totalmente en desacuerdo 2=En desacuerdo 3=Neutral 4=De acuerdo 5=Totalmente de acuerdo
40		La atmósfera de mi familia usualmente es desagradable.	ERI_P6		Cualitativa	Ordinal	1=Totalmente en desacuerdo 2=En desacuerdo 3=Neutral 4=De acuerdo 5=Totalmente de acuerdo
41		Nuestra	ERI_P7		Cualitativa	Ordinal	1=Totalmente en

		familia acostumbra hacer actividades en conjunto.					desacuerdo 2=En desacuerdo 3=Neutral 4=De acuerdo 5=Totalmente de acuerdo
42		Mi familia me escucha.	ERI_P8		Cualitativa	Ordinal	1=Totalmente en desacuerdo 2=En desacuerdo 3=Neutral 4=De acuerdo 5=Totalmente de acuerdo
43		Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia.	ERI_P9		Cualitativa	Ordinal	1=Totalmente en desacuerdo 2=En desacuerdo 3=Neutral 4=De acuerdo 5=Totalmente de acuerdo
44		Los miembros de la familia de verdad nos ayudamos y apoyamos unos a otros.	ERI_P10		Cualitativa	Ordinal	1=Totalmente en desacuerdo 2=En desacuerdo 3=Neutral 4=De acuerdo 5=Totalmente de acuerdo
45		En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño.	ERI_P11		Cualitativa	Ordinal	1=Totalmente en desacuerdo 2=En desacuerdo 3=Neutral 4=De acuerdo 5=Totalmente de acuerdo
46		Los conflictos en mi familia nunca se resuelven.	ERI_P12		Cualitativa	Ordinal	1=Totalmente en desacuerdo 2=En desacuerdo 3=Neutral



							4=De acuerdo 5=Totalmente de acuerdo
47	Calculo ERI	Unión y Apoyo	U_Apoyo	Es la tendencia de la familia de realizar actividades en conjunto, de convivir y de apoyarse mutuamente. Se asocia con un sentido de solidaridad y de pertenencia con el sistema familiar.	Cualitativa	Ordinal	1=Bajo 2=Intermedio 3=Alto
48		Expresión	Expresión	Se refiere a la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto.	Cualitativa	Ordinal	1=Bajo 2=Intermedio 3=Alto
49		Dificultades	Dificultad	Esta dimensión evalúa los aspectos de la relaciones intrafamiliares considerados ya sea por el individuo, o por la sociedad como indeseables, negativos, problemáticos o difíciles. Permite identificar el grado de percepción de "conflicto" dentro de una familia.	Cualitativa	Ordinal	1=Bajo 2=Intermedio 3=Alto
50	APGAR Familiar	Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad	APGAR_P1	Estas preguntas permiten medir el funcionamiento familiar. Es un instrumento para evaluar el funcionamiento sistémico en la familia, Los parámetros del APGAR se delinearón sobre la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de ésta, permitiendo observar los	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=Casi siempre 4=Siempre
51		Me satisface la participación que mi familia me brinda y permite	APGAR_P2		Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=Casi siempre 4=Siempre

52		Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.	APGAR_P3	componentes de recursos, participación, afecto, adaptación, ganancia o crecimiento.	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=Casi siempre 4=Siempre
53		Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.	APGAR_P4		Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=Casi siempre 4=Siempre
54		Me satisface como compartimos en mi familia: el tiempo para estudiar juntos, los espacios en la casa y el dinero.	APGAR_P5		Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=Casi siempre 4=Siempre
55	Suma APGAR Familiar		S_APGAR	Es la suma de las preguntas anteriores, según los puntajes adquiridos en las respuestas de cada pregunta.	Cuantitativa	Escala	Sumatoria
56	Funcionamiento Familiar		F_Falia	Son las escalas o categorías que se generan de APGAR familiar, después de generar la sumatoria se clasifica según el puntaje estimado. El funcionamiento familiar es, por concepto, el	Cualitativa	Ordinal	1= Buena Función 2=Disfunción familiar leve 3=Disfunción Familiar moderada 4=Disfunción Familiar

			conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia.			Severa
--	--	--	--	--	--	--------

<b>Módulo 3= consumo de SPA</b>							
<b>#</b>	<b>Variable</b>	<b>Nombre corto</b>	<b>Descripción</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Nivel de Medición</b>	<b>Categoría</b>	
57	Ha consumido alguna vez en su vida algún tipo de drogas	Consumo	Se refieren a su experiencia sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias a lo largo de la vida. Estas sustancias se pueden fumar, ingerir, inhalar o inyectar. Algunas de estas sustancias pueden ser recetadas por un médico (como las anfetaminas, los sedantes, los analgésicos).	Cualitativa	Nominal	0=No 1=Si	
58	Hace cuanto tiempo que consume drogas	T_consumo	Si respondió en la pregunta anterior que ha consumido algún tipo de sustancia, en esta pregunta se interroga sobre el tiempo que lleva consumiendo alguna droga.	Cuantitativa	Escala	Numérico (meses)	
59	Que sustancia ha consumido alguna vez a lo largo de la vida	Tabaco	Esta variable permite indagar sobre el consumo de alguna de las sustancias relacionadas a lo largo de la vida, donde posteriormente ayudara a calcular la prevalencia de consumo en la vida para cada una de las categorías o sustancias presentes.	Cualitativa	Nominal	0=No 1=Si	
60		Bebidas Alcohólicas		alcohol_p1	Cualitativa	Nominal	0=No 1=Si
61		Cannabis		Can_p1	Cualitativa	Nominal	0=No 1=Si
62		Cocaína		Coca_p1	Cualitativa	Nominal	0=No 1=Si

63		Estimulantes de tipo anfetamina	Estimu_p1		Cualitativa	Nominal	0=No 1=Si
64		Inhalantes	Inha_p1		Cualitativa	Nominal	0=No 1=Si
65		Sedantes o pastillas para dormir	Seda_p1		Cualitativa	Nominal	0=No 1=Si
66		Alucinógenos	Alu_p1		Cualitativa	Nominal	0=No 1=Si
67		Opiáceos	Opi_p1		Cualitativa	Nominal	0=No 1=Si
68		Otras	Otra_p1		Cualitativa	Nominal	0=No 1=Si
69	En los últimos tres meses ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)?	Tabaco	Taba_p2	Podemos determinar a partir de la pregunta indagada la proporción o prevalencia de consumo de las sustancia en mención para los últimos tres meses, esta variable en conclusión permite observar la prevalencia de consumo en el último periodo de tiempo (trimestre)	Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario
70		Bebidas Alcohólicas	alcohol_p2		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario
71		Cannabis	Can_p2		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca

							2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario
72		Cocaína	Coca_p2		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario
73		Estimulantes de tipo anfetamina	Estimu_p2		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario
74		Inhalantes	Inha_p2		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario
75		Sedantes o pastillas para dormir	Seda_p2		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario
76		Alucinógenos	Alu_p2		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la

							vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario
77		Opiáceos	Opi_p2		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario
78		Otras	Otra_p2		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario
79	En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?	Tabaco	Taba_p3	La ansiedad es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas, donde esta pregunta o variable nos permite ver la frecuencia de las ansias o ansiedad por consumir alguna de las sustancias en mención en los últimos e meses.	Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario
80		Bebidas Alcohólicas	alcohol_p3		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario

81		Cannabis	Can_p3		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario
82		Cocaína	Coca_p3		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario
83		Estimulantes de tipo anfetamina	Estimu_p3		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario
84		Inhalantes	Inha_p3		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario
85		Sedantes o pastillas para dormir	Seda_p3		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual

							4=Semanal 5=Diario
86		Alucinógenos	Alu_p3		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario
87		Opiáceos	Opi_p3		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario
88		Otras	Otra_p3		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario
89	En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Tabaco	Taba_p4	El consumo de sustancia puede conllevar a diferentes problemas de salud, sociales, legales o económicos si su uso se realiza de una manera inadecuada, la frecuencia del consumo se constituye en un factor de riesgo para adquirir un conflicto o problema en la vida cotidiana, la variable en mención evalúa la frecuencia de estos problemas en los	Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario
90		Bebidas Alcohólicas	alcohol_p4		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca



				últimos 3 meses al consumir alguna de las sustancias en mención.			2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario
91		Cannabis	Can_p4		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario
92		Cocaína	Coca_p4		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario
93		Estimulantes de tipo anfetamina	Estimu_p4		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario
94		Inhalantes	Inha_p4		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario
95		Sedantes o pastillas para	Seda_p4	Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la	

		dormir					vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario
96		Alucinógenos	Alu_p4		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario
97		Opiáceos	Opi_p4		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario
98		Otras	Otra_p4		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario
99	En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga,	Tabaco	Taba_p5	El consumo de sustancias puede afectar el desempeño normal de las personas en sus labores cotidianas, esta variable, quiere indagar sobre si dejas de hacer lo que usualmente haces o se esperaba de ti por estar	Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario

100	segunda droga, etc.)?	Bebidas Alcohólicas	alcohol_p5	consumiendo algún tipo de droga en los últimos 3 meses.	Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario
101		Cannabis	Can_p5		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario
102		Cocaína	Coca_p5		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario
103		Estimulantes de tipo anfetamina	Estimu_p5		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario
104		Inhalantes	Inha_p5		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual

							4=Semanal 5=Diario
105		Sedantes o pastillas para dormir	Seda_p5		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario
106		Alucinógenos	Alu_p5		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario
107		Opiáceos	Opi_p5		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario
108		Otras	Otra_p5		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=Nunca 2=Una o dos veces 3=Mensual 4=Semanal 5=Diario
109	Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez	Tabaco	Taba_p6	Al estar inmerso en el consumo de alguna sustancia, pueden existir personas a tu alrededor	Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida

	han mostrado preocupación por sus hábitos de consumo (primera droga, Segunda droga, etc.)			que se preocupen por ese hábito tuyo, esta variable nos permite observar si alguna vez un amigo, familiar o alguien más se ha preocupado por tu prácticas de consumir alguna sustancia en mención.			1=No, Nunca 2=Si, en los últimos 3 meses 3=Si, pero no en los últimos 3 meses
110		Bebidas Alcohólicas	alcohol_p6		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=No, Nunca 2=Si, en los últimos 3 meses 3=Si, pero no en los últimos 3 meses
111		Cannabis	Can_p6		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=No, Nunca 2=Si, en los últimos 3 meses 3=Si, pero no en los últimos 3 meses
112		Cocaína	Coca_p6		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=No, Nunca 2=Si, en los últimos 3 meses 3=Si, pero no en los últimos 3 meses
113		Estimulantes de tipo anfetamina	Estimu_p6		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=No, Nunca 2=Si, en los últimos

							3 meses 3=Si, pero no en los últimos 3 meses
114		Inhalantes	Inha_p6		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=No, Nunca 2=Si, en los últimos 3 meses 3=Si, pero no en los últimos 3 meses
115		Sedantes o pastillas para dormir	Seda_p6		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=No, Nunca 2=Si, en los últimos 3 meses 3=Si, pero no en los últimos 3 meses
116		Alucinógenos	Alu_p6		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=No, Nunca 2=Si, en los últimos 3 meses 3=Si, pero no en los últimos 3 meses
117		Opiáceos	Opi_p6		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=No, Nunca 2=Si, en los últimos 3 meses 3=Si, pero no en

							los últimos 3 meses
118		Otras	Otra_p6		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=No, Nunca 2=Si, en los últimos 3 meses 3=Si, pero no en los últimos 3 meses
119	Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) y no lo ha logrado	Tabaco	Taba_p7	Reducir o eliminar el consumo de sustancias es una tarea difícil o complicada debido a que en muchas ocasiones ya se encuentra en una adicción, Esta variable evalúa la intencionalidad de reducir o eliminar el consumo de las drogas en su vida, ya sea por voluntad propia o por ayuda de otras personas y profesionales.	Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=No, Nunca 2=Si, en los últimos 3 meses 3=Si, pero no en los últimos 3 meses
120		Bebidas Alcohólicas	alcohol_p7		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=No, Nunca 2=Si, en los últimos 3 meses 3=Si, pero no en los últimos 3 meses
121		Cannabis	Can_p7		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=No, Nunca 2=Si, en los últimos 3 meses 3=Si, pero no en los últimos 3 meses

122		Cocaína	Coca_p7		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=No, Nunca 2=Si, en los últimos 3 meses 3=Si, pero no en los últimos 3 meses
123		Estimulantes de tipo anfetamina	Estimu_p7		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=No, Nunca 2=Si, en los últimos 3 meses 3=Si, pero no en los últimos 3 meses
124		Inhalantes	Inha_p7		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=No, Nunca 2=Si, en los últimos 3 meses 3=Si, pero no en los últimos 3 meses
125		Sedantes o pastillas para dormir	Seda_p7		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=No, Nunca 2=Si, en los últimos 3 meses 3=Si, pero no en los últimos 3 meses
126		Alucinógenos	Alu_p7		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la



							vida 1=No, Nunca 2=Si, en los últimos 3 meses 3=Si, pero no en los últimos 3 meses
127		Opiáceos	Opi_p7		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=No, Nunca 2=Si, en los últimos 3 meses 3=Si, pero no en los últimos 3 meses
128		Otras	Otra_p7		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=No, Nunca 2=Si, en los últimos 3 meses 3=Si, pero no en los últimos 3 meses
129	Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada (solo las que consumió sin receta médica)	Tabaco	Taba_p8	Las drogas suministradas por vía inyectadas suelen ser más poderosas en los efectos que causan en las personas, esta pregunta desea observar la prevalencia de consumo de las drogas en mención alguna vez en la vida.	Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=No, Nunca 2=Si, en los últimos 3 meses 3=Si, pero no en los últimos 3 meses
130		Bebidas Alcohólicas	alcohol_p8		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=No, Nunca

							2=Si, en los últimos 3 meses 3=Si, pero no en los últimos 3 meses
131		Cannabis	Can_p8		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=No, Nunca 2=Si, en los últimos 3 meses 3=Si, pero no en los últimos 3 meses
132		Cocaína	Coca_p8		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=No, Nunca 2=Si, en los últimos 3 meses 3=Si, pero no en los últimos 3 meses
133		Estimulantes de tipo anfetamina	Estimu_p8		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=No, Nunca 2=Si, en los últimos 3 meses 3=Si, pero no en los últimos 3 meses
134		Inhalantes	Inha_p8		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=No, Nunca 2=Si, en los últimos 3 meses

							3=Si, pero no en los últimos 3 meses
135		Sedantes o pastillas para dormir	Seda_p8		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=No, Nunca 2=Si, en los últimos 3 meses 3=Si, pero no en los últimos 3 meses
136		Alucinógenos	Alu_p8		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=No, Nunca 2=Si, en los últimos 3 meses 3=Si, pero no en los últimos 3 meses
137		Opiáceos	Opi_p8		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=No, Nunca 2=Si, en los últimos 3 meses 3=Si, pero no en los últimos 3 meses
138		Otras	Otra_p8		Cualitativa	Ordinal	0=No ha consumido en la vida 1=No, Nunca 2=Si, en los últimos 3 meses 3=Si, pero no en los últimos 3

							meses
139	Sumatoria	Tabaco	Taba_sum	Variable que contiene la sumatoria de cada puntaje del instrumento ASSIST para esta sustancia en específico	Cuantitativa	Escala	Numérica
140		Bebidas Alcohólicas	Alcohol_sum	Variable que contiene la sumatoria de cada puntaje del instrumento ASSIST para esta sustancia en específico	Cuantitativa	Escala	Numérica
141		Cannabis	Can_sum	Variable que contiene la sumatoria de cada puntaje del instrumento ASSIST para esta sustancia en específico	Cuantitativa	Escala	Numérica
142		Cocaína	Coca_sum	Variable que contiene la sumatoria de cada puntaje del instrumento ASSIST para esta sustancia en específico	Cuantitativa	Escala	Numérica
143		Estimulantes de tipo anfetamina	Estimu_sum	Variable que contiene la sumatoria de cada puntaje del instrumento ASSIST para esta sustancia en específico	Cuantitativa	Escala	Numérica
144		Inhalantes	Inha_sum	Variable que contiene la sumatoria de cada puntaje del instrumento ASSIST para esta sustancia en específico	Cuantitativa	Escala	Numérica
145		Sedantes o pastillas para dormir	Seda_sum	Variable que contiene la sumatoria de cada puntaje del instrumento ASSIST para esta sustancia en específico	Cuantitativa	Escala	Numérica
146		Alucinógenos	Alu_sum	Variable que contiene la sumatoria de cada puntaje del instrumento ASSIST para esta sustancia en específico	Cuantitativa	Escala	Numérica
147		Opiáceos	Opi_sum	Variable que contiene la sumatoria de cada puntaje del instrumento ASSIST para esta sustancia en específico	Cuantitativa	Escala	Numérica

148		Otras	Otra_sum	Variable que contiene la sumatoria de cada puntaje del instrumento ASSIST para esta sustancia en específico	Cuantitativa	Escala	Numérica
149	Riesgo y tratamiento	Tabaco	Taba	Nos permite ver el nivel de riesgo y el tratamiento para cada sustancia que se consume teniendo en cuenta que esta se consume de varias formas, siendo la principal por combustión produciendo humo. Su particular contenido en nicotina la hace muy adictiva.	Cualitativa	Ordinal	0=ningún riesgo 1=Riesgo bajo (no intervención) 2=riesgo moderado (recibe intervención breve) 3=Riesgo alta (tratamiento intensivo)
150		Bebidas Alcohólicas	Alcohol	Nos permite ver el nivel de riesgo y el tratamiento para cada sustancia que se consume teniendo en cuenta que esta es una liquido embriagante que puede traer repercusiones para la salud	Cualitativa	Ordinal	0=ningún riesgo 1=Riesgo bajo (no intervención) 2=riesgo moderado (recibe intervención breve) 3=Riesgo alta (tratamiento intensivo)
151		Cannabis	Can	Nos permite ver el nivel de riesgo y el tratamiento para cada sustancia que se consume teniendo en cuenta que esta es una planta con cuya resina, hojas y flores se elaboran las sustancias psicoactivas más conocidas (hachís y marihuana) y más utilizadas entre las drogas ilegales.	Cualitativa	Ordinal	0=ningún riesgo 1=Riesgo bajo (no intervención) 2=riesgo moderado (recibe intervención breve) 3=Riesgo alta (tratamiento intensivo)
152		Cocaína	Coca	Nos permite ver el nivel de riesgo y el tratamiento para cada sustancia que se consume teniendo en cuenta	Cualitativa	Ordinal	0=ningún riesgo 1=Riesgo bajo (no intervención) 2=riesgo moderado

				que es un estimulante extremadamente adictivo que afecta directamente al cerebro.			(recibe intervención breve) 3=Riesgo alta (tratamiento intensivo)
153		Estimulantes de tipo anfetamina	Estimu	Nos permite ver el nivel de riesgo y el tratamiento para cada sustancia que se consume teniendo en cuenta que en general, es una droga que aumenta los niveles de actividad motriz y cognitiva, refuerza la vigilia, el estado de alerta y la atención.	Cualitativa	Ordinal	0=ningún riesgo 1=Riesgo bajo (no intervención) 2=riesgo moderado (recibe intervención breve) 3=Riesgo alta (tratamiento intensivo)
154		Inhalantes	Inha	Nos permite ver el nivel de riesgo y el tratamiento para cada sustancia que se consume teniendo en cuenta que son sustancias volátiles que producen vapores químicos que pueden ser inhalados para provocar un efecto psicoactivo o un estado de alteración mental	Cualitativa	Ordinal	0=ningún riesgo 1=Riesgo bajo (no intervención) 2=riesgo moderado (recibe intervención breve) 3=Riesgo alta (tratamiento intensivo)
155		Sedantes o pastillas para dormir	Seda	Nos permite ver el nivel de riesgo y el tratamiento para cada sustancia que se consume teniendo en cuenta que es una sustancia química que deprime el sistema nervioso central, resultando en efectos potenciadores o contradictorios entre: calma, relajación, reducción de la ansiedad, adormecimiento, reducción de la respiración, habla trabada, euforia, disminución del juicio crítico.	Cualitativa	Ordinal	0=ningún riesgo 1=Riesgo bajo (no intervención) 2=riesgo moderado (recibe intervención breve) 3=Riesgo alta (tratamiento intensivo)

156		Alucinógenos	Alu	Nos permite ver el nivel de riesgo y el tratamiento para cada sustancia que se consume teniendo en cuenta que causan alteraciones profundas en la percepción de la realidad del consumidor. Bajo su influencia, las personas ven imágenes, oyen sonidos y sienten sensaciones muy distintas a las propias	Cualitativa	Ordinal	0=ningún riesgo 1=Riesgo bajo (no intervención) 2=riesgo moderado (recibe intervención breve) 3=Riesgo alta (tratamiento intensivo)
157		Opiáceos	Opi	Nos permite ver el nivel de riesgo y el tratamiento para cada sustancia que se consume teniendo en cuenta que son drogas con mayor poder adictivo, debido a que entran en el cerebro rápidamente y causan efectos de analgésica, somnolencia, cambios del estado de ánimo, depresión respiratoria, náusea, vómito, miosis y cambios conductuales.	Cualitativa	Ordinal	0=ningún riesgo 1=Riesgo bajo (no intervención) 2=riesgo moderado (recibe intervención breve) 3=Riesgo alta (tratamiento intensivo)
158		Otras	Otra	Nos permite ver el nivel de riesgo y el tratamiento para cada sustancia que se consume teniendo en cuenta otras no clasificadas en las anteriores variables	Cualitativa	Ordinal	0=ningún riesgo 1=Riesgo bajo (no intervención) 2=riesgo moderado (recibe intervención breve) 3=Riesgo alta (tratamiento intensivo)

<b>Módulo 4= Rasgos de Personalidad</b>						
<b>#</b>	<b>Variable</b>	<b>Nombre corto</b>	<b>Descripción</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Nivel de medición</b>	<b>Categorías</b>
159	A menudo me siento inferior a los demás.	Per_p1	Pregunta que ayuda a calcular la escala de Neuroticismo	Cualitativa	Ordinal	0=totalmente desacuerdo 1=en desacuerdo 2=Neutral 3=De acuerdo 4=totalmente de acuerdo
160	Soy una persona alegre y animosa.	Per_p2	Pregunta que ayuda a calcular la escala de extroversión	Cualitativa	Ordinal	0=totalmente desacuerdo 1=en desacuerdo 2=Neutral 3=De acuerdo 4=totalmente de acuerdo
161	A veces cuando leo una poesía o contemplo una obra de arte, siento una profunda emoción o excitación.	Per_p3	Pregunta que ayuda a calcular la escala de apertura a la experiencia	Cualitativa	Ordinal	0=totalmente desacuerdo 1=en desacuerdo 2=Neutral 3=De acuerdo 4=totalmente de acuerdo
162	Tiendo a pensar lo mejor de la gente.	Per_p4	Pregunta que ayuda a calcular la escala de amabilidad	Cualitativa	Ordinal	0=totalmente desacuerdo 1=en desacuerdo 2=Neutral 3=De acuerdo 4=totalmente de acuerdo
163	Parece que nunca soy capaz de organizarme.	Per_p5	Pregunta que ayuda a calcular la escala de responsabilidad	Cualitativa	Ordinal	4=totalmente desacuerdo 3=en desacuerdo 2=Neutral 1=De acuerdo 0=totalmente de acuerdo
164	Rara vez me siento con miedo o ansioso.	Per_p6	Pregunta que ayuda a calcular la escala de Neuroticismo	Cualitativa	Ordinal	4=totalmente desacuerdo 3=en desacuerdo 2=Neutral 1=De acuerdo 0=totalmente de acuerdo
165	Disfruto mucho hablando con la	Per_p7	Pregunta que ayuda a calcular la escala de extroversión	Cualitativa	Ordinal	0=totalmente desacuerdo 1=en desacuerdo



	gente.					2=Neutral 3=De acuerdo 4=totamente de acuerdo
166	La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí.	Per_p8	Pregunta que ayuda a calcular la escala de apertura a la experiencia	Cualitativa	Ordinal	4=totamente desacuerdo 3=en desacuerdo 2=Neutral 1=De acuerdo 0=totamente de acuerdo
167	A veces intimidado o adulo a la gente para que haga lo que yo quiero.	Per_p9	Pregunta que ayuda a calcular la escala de amabilidad	Cualitativa	Ordinal	4=totamente desacuerdo 3=en desacuerdo 2=Neutral 1=De acuerdo 0=totamente de acuerdo
168	Tengo unos objetivos claros y me esfuerzo por alcanzarlos de forma ordenada.	Per_p10	Pregunta que ayuda a calcular la escala de responsabilidad	Cualitativa	Ordinal	0=totamente desacuerdo 1=en desacuerdo 2=Neutral 3=De acuerdo 4=totamente de acuerdo
169	A veces me vienen a la mente pensamientos aterradores.	Per_p11	Pregunta que ayuda a calcular la escala de Neuroticismo	Cualitativa	Ordinal	0=totamente desacuerdo 1=en desacuerdo 2=Neutral 3=De acuerdo 4=totamente de acuerdo
170	Disfruto en las fiestas en las que hay mucha gente.	Per_p12	Pregunta que ayuda a calcular la escala de extroversión	Cualitativa	Ordinal	0=totamente desacuerdo 1=en desacuerdo 2=Neutral 3=De acuerdo 4=totamente de acuerdo
171	Tengo una gran variedad de intereses intelectuales.	Per_p13	Pregunta que ayuda a calcular la escala de apertura a la experiencia	Cualitativa	Ordinal	0=totamente desacuerdo 1=en desacuerdo 2=Neutral 3=De acuerdo 4=totamente de acuerdo
172	A veces consigo con artimañas que la gente haga lo que yo quiero.	Per_p14	Pregunta que ayuda a calcular la escala de amabilidad	Cualitativa	Ordinal	4=totamente desacuerdo 3=en desacuerdo 2=Neutral 1=De acuerdo 0=totamente de acuerdo

173	Trabajo mucho para conseguir mis metas.	Per_p15	Pregunta que ayuda a calcular la escala de responsabilidad	Cualitativa	Ordinal	0=totalmente desacuerdo 1=en desacuerdo 2=Neutral 3=De acuerdo 4=totalmente de acuerdo
174	A veces me parece que no valgo absolutamente nada.	Per_p16	Pregunta que ayuda a calcular la escala de Neuroticismo	Cualitativa	Ordinal	0=totalmente desacuerdo 1=en desacuerdo 2=Neutral 3=De acuerdo 4=totalmente de acuerdo
175	No me considero especialmente a legre.	Per_p17	Pregunta que ayuda a calcular la escala de extroversión	Cualitativa	Ordinal	4=totalmente desacuerdo 3=en desacuerdo 2=Neutral 1=De acuerdo 0=totalmente de acuerdo
176	Me despiertan la curiosidad las formas que encuentro en el arte y en la naturaleza.	Per_p18	Pregunta que ayuda a calcular la escala de apertura a la experiencia	Cualitativa	Ordinal	0=totalmente desacuerdo 1=en desacuerdo 2=Neutral 3=De acuerdo 4=totalmente de acuerdo
177	Si alguien empieza a pelearse conmigo, yo también estoy dispuesto a pelear.	Per_p19	Pregunta que ayuda a calcular la escala de amabilidad	Cualitativa	Ordinal	4=totalmente desacuerdo 3=en desacuerdo 2=Neutral 1=De acuerdo 0=totalmente de acuerdo
178	Tengo mucha auto-disciplina.	Per_p20	Pregunta que ayuda a calcular la escala de responsabilidad	Cualitativa	Ordinal	0=totalmente desacuerdo 1=en desacuerdo 2=Neutral 3=De acuerdo 4=totalmente de acuerdo
179	A veces las cosas me parecen demasiado sombrías y sin esperanza.	Per_p21	Pregunta que ayuda a calcular la escala de Neuroticismo	Cualitativa	Ordinal	0=totalmente desacuerdo 1=en desacuerdo 2=Neutral 3=De acuerdo 4=totalmente de acuerdo

180	Me gusta tener mucha gente alrededor.	Per_p22	Pregunta que ayuda a calcular la escala de extroversión	Cualitativa	Ordinal	0=totalmente desacuerdo 1=en desacuerdo 2=Neutral 3=De acuerdo 4=totalmente de acuerdo
181	Encuentro aburridas las discusiones filosóficas.	Per_p23	Pregunta que ayuda a calcular la escala de apertura a la experiencia	Cualitativa	Ordinal	4=totalmente desacuerdo 3=en desacuerdo 2=Neutral 1=De acuerdo 0=totalmente de acuerdo
182	Cuando me han ofendido, lo que intento es perdonar y olvidar.	Per_p24	Pregunta que ayuda a calcular la escala de amabilidad	Cualitativa	Ordinal	0=totalmente desacuerdo 1=en desacuerdo 2=Neutral 3=De acuerdo 4=totalmente de acuerdo
183	Antes de emprender una acción, siempre considero sus consecuencias.	Per_p25	Pregunta que ayuda a calcular la escala de responsabilidad	Cualitativa	Ordinal	0=totalmente desacuerdo 1=en desacuerdo 2=Neutral 3=De acuerdo 4=totalmente de acuerdo
184	Cuando estoy bajo un fuerte estrés, a veces siento que me voy a desmoronar.	Per_p26	Pregunta que ayuda a calcular la escala de Neuroticismo	Cualitativa	Ordinal	0=totalmente desacuerdo 1=en desacuerdo 2=Neutral 3=De acuerdo 4=totalmente de acuerdo
185	No soy tan vivo ni tan animado como otras personas.	Per_p27	Pregunta que ayuda a calcular la escala de extroversión	Cualitativa	Ordinal	4=totalmente desacuerdo 3=en desacuerdo 2=Neutral 1=De acuerdo 0=totalmente de acuerdo
186	Tengo mucha fantasía.	Per_p28	Pregunta que ayuda a calcular la escala de apertura a la experiencia	Cualitativa	Ordinal	0=totalmente desacuerdo 1=en desacuerdo 2=Neutral 3=De acuerdo 4=totalmente de acuerdo
187	Mi primera reacción es confiar en la	Per_p29	Pregunta que ayuda a calcular la escala de amabilidad	Cualitativa	Ordinal	0=totalmente desacuerdo 1=en desacuerdo 2=Neutral

	gente.					3=De acuerdo 4=totamente de acuerdo
188	Trato de hacer mis tareas con cuidado, para que no haya que hacerlas otra vez.	Per_p30	Pregunta que ayuda a calcular la escala de responsabilidad	Cualitativa	Ordinal	0=totamente desacuerdo 1=en desacuerdo 2=Neutral 3=De acuerdo 4=totamente de acuerdo
189	A menudo me siento tenso e inquieto.	Per_p31	Pregunta que ayuda a calcular la escala de Neuroticismo	Cualitativa	Ordinal	0=totamente desacuerdo 1=en desacuerdo 2=Neutral 3=De acuerdo 4=totamente de acuerdo
190	Soy una persona muy activa.	Per_p32	Pregunta que ayuda a calcular la escala de extroversión	Cualitativa	Ordinal	0=totamente desacuerdo 1=en desacuerdo 2=Neutral 3=De acuerdo 4=totamente de acuerdo
191	Me gusta concentrarme en un sueño o fantasía y, dejándolo crecer y desarrollarse, explorar todas sus posibilidades.	Per_p33	Pregunta que ayuda a calcular la escala de apertura a la experiencia	Cualitativa	Ordinal	0=totamente desacuerdo 1=en desacuerdo 2=Neutral 3=De acuerdo 4=totamente de acuerdo
192	Algunas personas piensan de mí que soy frío y calculador.	Per_p34	Pregunta que ayuda a calcular la escala de amabilidad	Cualitativa	Ordinal	4=totamente desacuerdo 3=en desacuerdo 2=Neutral 1=De acuerdo 0=totamente de acuerdo
193	Me esfuerzo por llegar a la perfección en todo lo que hago.	Per_p35	Pregunta que ayuda a calcular la escala de responsabilidad	Cualitativa	Ordinal	0=totamente desacuerdo 1=en desacuerdo 2=Neutral 3=De acuerdo 4=totamente de acuerdo
194	A veces me he sentido amargado y resentido.	Per_p36	Pregunta que ayuda a calcular la escala de Neuroticismo	Cualitativa	Ordinal	0=totamente desacuerdo 1=en desacuerdo 2=Neutral

						3=De acuerdo 4=totamente de acuerdo
195	En reuniones, por lo general prefiero que hablen otros.	Per_p37	Pregunta que ayuda a calcular la escala de extroversión	Cualitativa	Ordinal	4=totamente desacuerdo 3=en desacuerdo 2=Neutral 1=De acuerdo 0=totamente de acuerdo
196	Tengo poco interés en andar pensando sobre la naturaleza del universo o de la condición humana.	Per_p38	Pregunta que ayuda a calcular la escala de apertura a la experiencia	Cualitativa	Ordinal	4=totamente desacuerdo 3=en desacuerdo 2=Neutral 1=De acuerdo 0=totamente de acuerdo
197	Tengo mucha fe en la naturaleza humana.	Per_p39	Pregunta que ayuda a calcular la escala de amabilidad	Cualitativa	Ordinal	0=totamente desacuerdo 1=en desacuerdo 2=Neutral 3=De acuerdo 4=totamente de acuerdo
198	Soy eficiente y eficaz en mi trabajo.	Per_p40	Pregunta que ayuda a calcular la escala de responsabilidad	Cualitativa	Ordinal	0=totamente desacuerdo 1=en desacuerdo 2=Neutral 3=De acuerdo 4=totamente de acuerdo
199	Soy bastante estable emocionalmente.	Per_p41	Pregunta que ayuda a calcular la escala de Neuroticismo	Cualitativa	Ordinal	4=totamente desacuerdo 3=en desacuerdo 2=Neutral 1=De acuerdo 0=totamente de acuerdo
200	Huyo de las multitudes.	Per_p42	Pregunta que ayuda a calcular la escala de extroversión	Cualitativa	Ordinal	4=totamente desacuerdo 3=en desacuerdo 2=Neutral 1=De acuerdo 0=totamente de acuerdo
201	A veces pierdo el interés cuando la gente habla de cuestiones muy	Per_p43	Pregunta que ayuda a calcular la escala de apertura a la experiencia	Cualitativa	Ordinal	4=totamente desacuerdo 3=en desacuerdo 2=Neutral 1=De acuerdo

	abstractas y teóricas.					0=totamente de acuerdo
202	Trato de ser humilde.	Per_p44	Pregunta que ayuda a calcular la escala de amabilidad	Cualitativa	Ordinal	0=totamente desacuerdo 1=en desacuerdo 2=Neutral 3=De acuerdo 4=totamente de acuerdo
203	Soy una persona productiva, que siempre termina su trabajo.	Per_p45	Pregunta que ayuda a calcular la escala de responsabilidad	Cualitativa	Ordinal	0=totamente desacuerdo 1=en desacuerdo 2=Neutral 3=De acuerdo 4=totamente de acuerdo
204	Rara vez estoy triste o deprimido.	Per_p46	Pregunta que ayuda a calcular la escala de Neuroticismo	Cualitativa	Ordinal	4=totamente desacuerdo 3=en desacuerdo 2=Neutral 1=De acuerdo 0=totamente de acuerdo
205	A veces rebose felicidad.	Per_p47	Pregunta que ayuda a calcular la escala de extroversión	Cualitativa	Ordinal	0=totamente desacuerdo 1=en desacuerdo 2=Neutral 3=De acuerdo 4=totamente de acuerdo
206	Experimento una gran variedad de emociones o sentimientos.	Per_p48	Pregunta que ayuda a calcular la escala de apertura a la experiencia	Cualitativa	Ordinal	0=totamente desacuerdo 1=en desacuerdo 2=Neutral 3=De acuerdo 4=totamente de acuerdo
207	Creo que la mayoría de la gente con la que trato es honrada y fidedigna.	Per_p49	Pregunta que ayuda a calcular la escala de amabilidad	Cualitativa	Ordinal	0=totamente desacuerdo 1=en desacuerdo 2=Neutral 3=De acuerdo 4=totamente de acuerdo
208	En ocasiones primero actúo y luego pienso.	Per_p50	Pregunta que ayuda a calcular la escala de responsabilidad	Cualitativa	Ordinal	4=totamente desacuerdo 3=en desacuerdo 2=Neutral 1=De acuerdo 0=totamente de acuerdo

209	A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento.	Per_p51	Pregunta que ayuda a calcular la escala de Neuroticismo	Cualitativa	Ordinal	0=totalmente desacuerdo 1=en desacuerdo 2=Neutral 3=De acuerdo 4=totalmente de acuerdo
210	Me gusta estar donde está la acción.	Per_p52	Pregunta que ayuda a calcular la escala de extroversión	Cualitativa	Ordinal	0=totalmente desacuerdo 1=en desacuerdo 2=Neutral 3=De acuerdo 4=totalmente de acuerdo
211	Con frecuencia pruebo comidas nuevas o de otros países.	Per_p53	Pregunta que ayuda a calcular la escala de apertura a la experiencia	Cualitativa	Ordinal	0=totalmente desacuerdo 1=en desacuerdo 2=Neutral 3=De acuerdo 4=totalmente de acuerdo
212	Puedo ser sarcástico y mordaz si es necesario.	Per_p54	Pregunta que ayuda a calcular la escala de amabilidad	Cualitativa	Ordinal	4=totalmente desacuerdo 3=en desacuerdo 2=Neutral 1=De acuerdo 0=totalmente de acuerdo
213	Hay tantas pequeñas cosas que hacer que a veces lo que hago es no atender a ninguna.	Per_p55	Pregunta que ayuda a calcular la escala de responsabilidad	Cualitativa	Ordinal	4=totalmente desacuerdo 3=en desacuerdo 2=Neutral 1=De acuerdo 0=totalmente de acuerdo
214	Es difícil que yo pierda los estribos.	Per_p56	Pregunta que ayuda a calcular la escala de Neuroticismo	Cualitativa	Ordinal	4=totalmente desacuerdo 3=en desacuerdo 2=Neutral 1=De acuerdo 0=totalmente de acuerdo
215	No me gusta mucho charlar con la gente.	Per_p57	Pregunta que ayuda a calcular la escala de extroversión	Cualitativa	Ordinal	4=totalmente desacuerdo 3=en desacuerdo 2=Neutral 1=De acuerdo 0=totalmente de acuerdo

216	Rara vez experimento emociones fuertes.	Per_p58	Pregunta que ayuda a calcular la escala de apertura a la experiencia	Cualitativa	Ordinal	4=totalmente desacuerdo 3=en desacuerdo 2=Neutral 1=De acuerdo 0=totalmente de acuerdo
217	Los mendigos no me inspiran simpatía.	Per_p59	Pregunta que ayuda a calcular la escala de amabilidad	Cualitativa	Ordinal	4=totalmente desacuerdo 3=en desacuerdo 2=Neutral 1=De acuerdo 0=totalmente de acuerdo
218	Muchas veces no preparo de antemano lo que tengo que hacer.	Per_p60	Pregunta que ayuda a calcular la escala de responsabilidad	Cualitativa	Ordinal	4=totalmente desacuerdo 3=en desacuerdo 2=Neutral 1=De acuerdo 0=totalmente de acuerdo
219	Suma Neuroticismo	S_Neu	Suma para hallar la escala de Neuroticismo que es la tendencia a experimentar emociones negativas y vulnerabilidad al estrés.	Cuantitativa	Escala	Numérica
220	Suma Extroversión	S_Ext	Suma para hallar la escala de extroversión que es Sociabilidad, actividad, asertividad, energía, tendencia a experimentar emociones positivas.	Cuantitativa	Escala	Numérica
221	Suma Apertura	S_Ape	Suma para hallar la escala de apertura que es tendencia a exponerse a experiencias personales y culturales nuevas, a vivir intensamente emociones positivas.	Cuantitativa	Escala	Numérica
222	Suma Amabilidad	S_Ama	Suma para hallar la escala de amabilidad que es Altruismo, confianza interpersonal, simpatía, empatía.	Cuantitativa	Escala	Numérica
223	Suma Responsabilidad	S_Res	Suma para hallar la escala de responsabilidad que es la voluntad de logro, planificación, escrupulosidad, perseverancia.	Cuantitativa	Escala	Numérica
224	Neuroticismo	Neuro	Tendencia a experimentar emociones negativas y vulnerabilidad al estrés.	Cualitativa	Ordinal	1=Muy bajo 2=Bajo



						3=Medio 4=Alto 5=Muy Alto
225	Extroversión	Extro	Extroversión que es Sociabilidad, actividad, asertividad, energía, tendencia a experimentar emociones positivas.	Cualitativa	Ordinal	1=Muy bajo 2=Bajo 3=Medio 4=Alto 5=Muy Alto
226	Apertura	Apert	Tendencia a exponerse a experiencias personales y culturales nuevas, a vivir intensamente emociones positivas.	Cualitativa	Ordinal	1=Muy bajo 2=Bajo 3=Medio 4=Alto 5=Muy Alto
227	Amabilidad	Amabi	Altruismo, confianza interpersonal, simpatía, empatía.	Cuantitativa	Ordinal	1=Muy bajo 2=Bajo 3=Medio 4=Alto 5=Muy Alto
228	Responsabilidad	Respo	La voluntad de logro, planificación, escrupulosidad, perseverancia.	Cuantitativa	Ordinal	1=Muy bajo 2=Bajo 3=Medio 4=Alto 5=Muy Alto

## 13.2 Anexo 2. Ruta de atención en salud.

### Corporación Surgir



#### Centros de Escucha y Zonas de Orientación Escolar

Esta oferta es Gratuita

##### ¿Qué es?

Es una propuesta basada en el modelo de inclusión social del consumidor de sustancias psicoactivas, que promueve la escucha activa, la mediación, la organización y la capacitación de niñas, niños, jóvenes y adultos de manera que se puedan establecer redes de apoyo y opciones más saludables para sus proyectos de vida.

##### ¿Para qué te sirve?

Estos centros de escucha son una oportunidad para conversar, escuchar y recibir ayuda en temas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. Son útiles para encontrar una forma de afrontar las dificultades y así retomar el control en las capacidades de decisión.

##### ¿Cómo acceder?

Si quieres participar debes llamar al teléfono 511 11 33 para conocer la ubicación del lugar de atención más cercano a tu hogar, lugar de trabajo o estudio.

Los Centros de Escucha se realizan en las comunas Santa Cruz, Doce de Octubre, Robledo, Villa Hermosa, La Candelaria, La América, San Javier, Poblado y Belén, que incluyen barrios como Santa Cruz, Doce de Octubre, El Pinal, Colón, Nuevos Conquistadores y Altavista, entre otros.

Las Zonas de Orientación Escolar se ubican en las instituciones educativas Ciro Mendía, Tomás Carrasquilla # 2, El Pinal, Lola González, Ramón Giraldo Ceballos, Héctor Abad Gómez (sede Placita de Flórez) y Darío Londoño.

También puedes escribir al correo electrónico: [info@corporacionsurgir.org](mailto:info@corporacionsurgir.org) o visitar la Corporación Surgir en la calle 55 N° 45-30.

##### Requisitos:

El único requisito para acceder o visitar los Centros de Escucha y las Zonas de Orientación Escolar es tener la disposición para escuchar y dialogar con profesionales expertos en los temas de juventud, para encontrar opciones más sanas de desarrollar tu proyecto de vida, enfrentando las dificultades que puedas tener con el consumo de sustancias psicoactivas.

##### Información de contacto:

**Teléfono:** 511 11 33.

**Correo electrónico:** [info@corporacionsurgir.org](mailto:info@corporacionsurgir.org)

**Dirección:** calle 55 #45-30

Mayor información aquí

Vigente hasta 31/12/2015

Corporación Surgir - Comunicaciones

Nit

Sitio web

Es una entidad

890984181-6

<http://www.corporacionsurgir.org>

Privada

## CONOCE TUS DERECHOS

- Recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental.
- Recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con tu estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración probable y beneficios que se espera, así como sus riesgos y secuelas, de los hechos o situaciones causantes de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social.
- Recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia y avances científicos en salud mental.
- Que las intervenciones sean las menos restrictivas de las libertades individuales de acuerdo a la ley vigente.
- Tener un proceso psicosocioplúvico, con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno y obtener resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida.
- Recibir educación a nivel individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado.
- Recibir incapacidad laboral, en los términos y condiciones dispuestos por el profesional de la salud tratante, garantizando la recuperación en la salud de la persona.
- No ser discriminado o estigmatizado por sufrir o tener una problemática que afecta la salud mental.
- Recibir o rechazar ayuda espiritual o religiosa de acuerdo con tus

creencias.

- Acozorar y mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de tu trastorno mental.
- Recibir el medicamento que requiera siempre con fines terapéuticos o diagnósticos.
- Exigir que sea tenido en cuenta el consentimiento informado para recibir el tratamiento.
- No ser sometido a ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin un consentimiento informado.
- La confiabilidad de la información relacionada con el proceso de atención y respetar la intimidad de otras personas.
- Reintegrarse a la familia y comunidad.
- Ser tratado sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, posición económica o posición social.
- Reclamar cuando no le encuentres satisfecho con la calidad de los servicios ofrecidos, de igual manera a realizar una sugerencia o felicitación al personal, hospital o servicio de salud.
- Elegir libremente al profesional tratante o a la institución, dentro de lo disponible en el lugar y momento dado.
- Reclamar cuando no le encuentres satisfecho con la calidad de los servicios ofrecidos, de igual manera a realizar una sugerencia o felicitación al personal, hospital o servicio de salud.
- Solicitar copia de la Historia Clínica cuando los amerite.
- Tener una segunda opinión calificada sobre tu condición médica (incluye diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento).
- Ser informado sobre los costos de la atención en salud.



## CONOCE TUS DEBERES

- Presentar los documentos de identificación y los correspondientes a tu seguridad social en salud actualizados.
- Suministrar información veraz, clara y completa sobre tu estado de salud e informar al equipo de profesionales y especialistas sobre las alteraciones que se presentan al respecto.
- Seguir el plan de tratamiento y las cuidados e instrucciones que se brindan para tu bienestar físico y psicológico (tomar los medicamentos en dosis y horarios recomendados) y acatar las disposiciones preventivas (hábitos de vida saludables) para minimizar factores de riesgo.
- Obrar en todo respeto y digno al personal de la Institución Prestadora de Servicios (IPS).
- Usar y hacer uso racional de los recursos, instalaciones y la dotación de las entidades, así como de los servicios que se le ofrecen.
- Cancelar cuando así corresponde los pagos y cuotas moderadoras que se generen en la atención de salud.
- Catalizar por el conducto regular sus reclamos y sugerencias.
- Tu familia debe asistir puntualmente a las distintas actividades que se lebrn en la institución para ella en el tratamiento (clases, reuniones, grupos, etc.).
- Cumplir las normas y actuar de buena fe dentro del sistema de salud.
- Cumplir de manera responsable con las recomendaciones de los profesionales de salud que lo atienden.
- Cancelar oportunamente las citas cuando pueda asistir.



Si no quedaste a gusto con el servicio, comunícate con la oficina de quejas y reclamos de tu EPS, y si así no le sientas satisficcho, ponte en contacto con:

**Personería de Medellín:**  
Dirección: Centro Cultural Plaza de Libertad Carrera 53A No. 42 - 101, contiguo al Centro Administrativo La Aljorra - Medellín, Colombia. Tel: 3849991. Fax: 3811887  
E-mail: [info@personeriamedellin.gov.co](mailto:info@personeriamedellin.gov.co)  
Sitio Web: <http://www.personeriamedellin.gov.co/>

**Supersalud:** Centro de atención al usuario Medellín,  
Dirección: Calle 29 No. 46-87, Centro Comercial Punto Clave - Local 141,  
Teléfono: 4817000 ext.53001.  
Línea Gratuita Nacional: 018000613789.  
Sitio Web: [www.supersalud.gov.co](http://www.supersalud.gov.co)

**Línea Única de Atención a la Ciudadanía:**  
Teléfono: 4444 144 - 01800041144  
Correo electrónico: [atencion.ciudadana@medellin.gov.co](mailto:atencion.ciudadana@medellin.gov.co)  
Página Web: [www.medellin.gov.co](http://www.medellin.gov.co)  
Horario de Atención: Lunes a Jueves de 7:30 a.m. a 12:30 p.m. y de 1:30 p.m. a 5:30 p.m.; Viernes de 7:30 a.m. a 12:30 p.m. y de 1:30 p.m. a 4:30 p.m.

**Gobernación de Antioquia**  
Horario de lunes a viernes de 8:00 am a 11:45 am y de 1:30 pm a 5:00 pm.)  
Línea de Atención a la ciudadanía: 08000 419000 - 409 9000  
Correo: [gobernacionantioquia@antioquia.gov.co](mailto:gobernacionantioquia@antioquia.gov.co)

Secretaría de Salud de Medellín  
[www.medellin.gov.co/salud](http://www.medellin.gov.co/salud)  
[secre.salud@medellin.gov.co](mailto:secre.salud@medellin.gov.co)  
Línea Amiga en Salud 444 44 48

Medellín ciudad saludable | [facebook.com/saludmedellin](https://www.facebook.com/saludmedellin) | [@saludmedellin](https://twitter.com/saludmedellin)

## CIUDAD SALUDABLE

### ¡ENRÚTATE!

Conoce los derechos, deberes y la ruta para acceder a los servicios de atención en farmacodependencia y salud mental



Proyecto de Prevención del Primer Consumo de Sustancias Psicoactivas  
Secretaría de Salud del Municipio de Medellín

Proyecto Medellín gana libro de adherentes



Medellín todos por la vida



## A TENER EN CUENTA

- Orden de servicios o autorización: Es la que le da la EPS autorizando el servicio a recibir.
- Remisión (Acto Médico 3): Es la solicitud del médico general y/o especialistas para consulta o tratamiento.
- Para cualquier tipo de atención siempre requiere llevar y presentar el documento de identidad (Cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad, denuncia de pérdida del documento o carnets si está en trámite).
- Recibir llevar los órdenes de las citas y de ser el caso, las autorizaciones (procura mantener una copia en casa, como soporte en caso de pérdida de algún documento).
- Cuando las citas requieren autorización, consulta los tiempos establecidos en la EPS para esto, así como el seguro y trámites en el momento de esperar la autorización.
- En caso de tener una historia clínica de una atención anterior por consumo de sustancias psicoactivas, preséntala en el momento de la cita con el Médico Especialista.
- PORTABILIDAD: La portabilidad es la garantía de la accesibilidad a los servicios de salud, en cualquier municipio del territorio nacional, para todo afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud que entregue del municipio domicilio de afiliación o de aquel donde habitualmente recibe los servicios de salud, en el marco de las reglas previstas en el Decreto 1853 del 2 de agosto de 2015.

Si usted se trasladó de lugar de residencia a otro municipio, consulta en las oficinas de su EPS prestatora, cuál es la red de IPS donde pueda recibir el servicio, esto le ayudará a agilizar en caso de requerir una atención médica.

## EN CASO DE QUE LA PERSONA QUE CONSUME SUSTANCIAS PSICOACTIVAS NO ACEPTE AYUDA O ATENCIÓN

- Es importante que quien se vea afectado consulte (familia generalmente), inicialmente pida orientación por parte de un profesional en psicología de su EPS, para el manejo de la situación.
- Tener presente que si existe un movimiento en la familia (aunque no sea de quien consume) los datos también servirán el cambio y esto podrá impulsar el asunto a bucear ayuda.
- Solicitar información y/o orientación en la Línea 444 44 48. Línea Amiga de asesoría, orientación y apoyo psicoemocional de la Secretaría de Salud del Municipio de Medellín.



Cuando tengas identificada la problemática de consumo de sustancias psicoactivas, esta es la ruta que puedes seguir para la atención y/o acceso a los servicios de farmacodependencia y/o salud mental:

**1 SOLICITA CITA CON EL MÉDICO GENERAL.** En esta cita es importante que comentes el real motivo de consulta (consumo de sustancias psicoactivas (drogas)), y ser sincero (o) con la información, para que realice la registración. El médico general evaluará la condición del usuario para luego realizar la respectiva remisión a Médico Especialista. **Te entregará la remisión.**

**2 LLEVA LA REMISIÓN A TU EPS.** La orden entregada por el médico general, debe ser llevada al Punto de Atención de Entrega de Autorizaciones de la EPS a la que estás afiliado con el fin de solicitar la autorización de consulta con Médico Especialista en Psiquiatría, Farmacodependencia o toxicología.

**3 AUTORIZACIÓN DEL SERVICIO:** En el momento que tengas la **AUTORIZACIÓN** por escrito, debes solicitar cita en los lugares (IPS) con los cuales la EPS tenga establecido el servicio (Esta información aparece en la autorización).  
**IMPORTANTE:** Estas órdenes tienen una vigencia, de no tenerla y estar a la cita en los tiempos allí establecidos, debes renovar la autorización.

**4 CITA CON EL ESPECIALISTA.** En esta cita el Especialista definirá el tipo de tratamiento, los exámenes y valoraciones médicos requeridas y notificará la respectiva remisión al centro de atención especializado en farmacodependencia o salud mental, con el cual la EPS tenga convenio.

**5 AUTORIZACIÓN DEL SERVICIO:** En el momento que tengas la **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO** por escrito, debes solicitar cita en los lugares (IPS) con los cuales la EPS tenga establecido el servicio (Esta información aparece en la autorización).

**6 LLEVA LA REMISIÓN DE TRATAMIENTO AUTORIZADA AL CENTRO ESPECIALIZADO EN FARMACODEPENDENCIA O SALUD MENTAL.** Cuando tengas la **remisión** autorizada, debes hacerte llegar al centro de farmacodependencia o salud mental al cual te remite la EPS, allí programar la cita y hacer para el ingreso del usuario.

EPS: Empresa Prestadora de Servicios de Salud.  
IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud (Hospital, Centros de Salud).

# RUTA DE ACCESO A SERVICIOS EN FARMACODEPENDENCIA

**13.3 Anexo 3: Distribucion porcentual de las variables multicategóricas que fueron transformadas en variable Dummies en los estudiantes de formación tecnológica del ITM-Medellín, 2016.**

<b>Variables</b>	<b>Categorías</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Casado</b>	Si	53	5,95
	No	838	94,05
<b>Unión Libre</b>	Si	83	9,32
	No	808	90,68
<b>Separado</b>	Si	14	1,57
	No	877	98,43
<b>Viudo</b>	Si	1	0,11
	No	890	99,89
<b>Soltero</b>	Si	740	83,05
	No	151	16,95
<b>15 a 17 Años</b>	15 a 17 años	27	3,03
	mayor de 17 años	864	96,97
<b>18 a 24 Años</b>	de 18 a 24 años	594	66,67
	mayor de 24 y menor de 18 años	297	33,33
<b>25 a 45 años</b>	25 a 45 Años	266	29,85
	menores de 25 años y mayores de 45 años	625	70,15
<b>45 Años o mas</b>	45 años o mas	4	0,45
	Menos de 45 años	887	99,55
<b>Alta</b>	Alta	251	28,17
	Bajo e intermedio	640	71,83
<b>Baja</b>	Baja	311	34,90
	Alta e Intermedio	580	65,10
<b>Intermedio</b>	Intermedio	329	36,92
	Bajo y Alto	562	63,08
<b>Amabilidad muy alta</b>	Muy alto	14	1,57
	Muy bajo, bajo, intermedio y alto	877	98,43
<b>Amabilidad muy bajo</b>	Muy bajo	145	16,27
	Muy alto, bajo, intermedio y alto	746	83,73
<b>Amabilidad Bajo</b>	Bajo	365	40,97
	Muy bajo, muy alto, intermedio y alto	526	59,03
<b>Amabilidad Intermedio</b>	Intermedio	250	28,06
	Alto, muy alto, muy bajo, bajo	641	71,94
<b>Amabilidad Alta</b>	Alto	117	13,13

	Muy alto, muy bajo, bajo, intermedio	774	86,87
<b>Telecomunicaciones</b>	Telecomunicaciones	49	5,50
	otra	842	94,50
<b>Análisis de costo y presupuesto</b>	Análisis de costo y presupuesto	96	10,77
	otra	795	89,23
<b>Calidad</b>	Calidad	37	4,15
	otra	854	95,85
<b>Construcción de acabados arquitectónicos</b>	Construcción de acabados arquitectónicos	118	13,24
	otra	773	86,76
<b>Diseño industrial</b>	Diseño industrial	113	12,68
	otra	778	87,32
<b>Electromecánica</b>	Electromecánica	46	5,16
	otra	845	94,84
<b>Electrónica</b>	Electrónica	51	5,72
	otra	840	94,28
<b>Gestión Administrativa</b>	Gestión administrativa	84	9,43
	otra	807	90,57
<b>Informática Musical</b>	Informática Musical	69	7,74
	otra	822	92,26
<b>Mantenimiento de equipos biomédicos</b>	Mantenimiento de equipos biomédicos	52	5,84
	otra	839	94,16
<b>Producción</b>	Producción	65	7,30
	otra	826	92,70
<b>Sistemas de información</b>	Sistemas de información	111	12,46
	otra	780	87,54

### 13.4 Anexo 4: Resultados de la tolerancia en modelos de regresión logística

Variable dependiente	Variables independientes	R <sup>2</sup> de Nagelkerke	Tolerancia = 1-R <sup>2</sup>
Sexo	Estrato, Estado civil, Expresión, Amabilidad, Grupo de edad, Programa académico	0,315	0,685
Estrato	Sexo, Estado civil, Expresión, Amabilidad, Grupo de edad, Programa académico	0,082	0,918
casado	Sexo, Estrato, Expresión, Amabilidad, Grupo de edad, Programa académico	0,217	0,783
Unión Libre	Sexo, Estrato, Expresión, Amabilidad, Grupo de edad, Programa académico	0,111	0,889
Separado	Sexo, Estrato, Expresión, Amabilidad, Grupo de edad, Programa académico	0,325	0,675
viudo	Sexo, Estrato, Expresión, Amabilidad, Grupo de edad, Programa académico	0,000	1,000
Soltero	Sexo, Estrato, Expresión, Amabilidad, Grupo de edad, Programa académico	0,231	0,769
15 a 17 años	Sexo, Estrato, Estado civil, Expresión, Amabilidad, Programa académico	0,048	0,952
18 a 24 años	Sexo, Estrato, Estado civil, Expresión, Amabilidad, Programa académico	0,245	0,755
25 a 44 años	Sexo, Estrato, Estado civil, Expresión, Amabilidad, Programa académico	0,277	0,723
Más de 45 años	Sexo, Estrato, Estado civil, Expresión, Amabilidad, Programa académico	0,161	0,839
Expresión alta	Sexo, Estrato, Estado civil, Amabilidad, Grupo de edad, Programa académico	0,132	0,868
Expresión baja	Sexo, Estrato, Estado civil, Amabilidad, Grupo de edad, Programa académico	0,072	0,928
Expresión Intermedia	Sexo, Estrato, Estado civil, Amabilidad, Grupo de edad, Programa académico	0,030	0,970
Amabilidad muy alta	Sexo, Estrato, Estado civil, Expresión, Grupo de edad, Programa académico	0,168	0,832
Amabilidad muy baja	Sexo, Estrato, Estado civil, Expresión, Grupo de edad, Programa académico	0,115	0,885
Amabilidad baja	Sexo, Estrato, Estado civil, Expresión, Grupo de edad, Programa académico	0,063	0,937
Amabilidad intermedia	Sexo, Estrato, Estado civil, Expresión, Grupo de edad, Programa académico	0,021	0,979
Amabilidad Alta	Sexo, Estrato, Estado civil, Expresión, Grupo de edad, Programa académico	0,125	0,875
Telecomunicaciones	Sexo, Estrato, Estado civil, Expresión, Amabilidad, Grupo de edad	0,021	0,979
Análisis de costos y presupuesto	Sexo, Estrato, Estado civil, Expresión, Amabilidad, Grupo de edad	0,095	0,905
Calidad	Sexo, Estrato, Estado civil, Expresión, Amabilidad, Grupo de edad	0,039	0,961
Construcción de acabados arquitectónicos	Sexo, Estrato, Estado civil, Expresión, Amabilidad, Grupo de edad	0,014	0,986

Diseño industrial	Sexo, Estrato, Estado civil, Expresión, Amabilidad, Grupo de edad	0,066	0,934
Electromecánica	Sexo, Estrato, Estado civil, Expresión, Amabilidad, Grupo de edad	0,143	0,857
Electrónica	Sexo, Estrato, Estado civil, Expresión, Amabilidad, Grupo de edad	0,075	0,925
Gestión administrativa	Sexo, Estrato, Estado civil, Expresión, Amabilidad, Grupo de edad	0,115	0,885
Informática musical	Sexo, Estrato, Estado civil, Expresión, Amabilidad, Grupo de edad	0,112	0,888
Mantenimiento de equipos biomédicos	Sexo, Estrato, Estado civil, Expresión, Amabilidad, Grupo de edad	0,000	1,000
Producción	Sexo, Estrato, Estado civil, Expresión, Amabilidad, Grupo de edad	0,027	0,973
Sistemas de información	Sexo, Estrato, Estado civil, Expresión, Amabilidad, Grupo de edad	0,090	0,910