

PREVALENCIA DEL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LOS ESTUDIANTES...

**PREVALENCIA DEL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LOS  
ESTUDIANTES DE TERCER A QUINTO SEMESTRE DEL PROGRAMA DE  
PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD SIMON BOLÍVAR EN LA CIUDAD DE  
BARRANQUILLA**

**KAREN BALAGUERA RAMÍREZ**

**ADRIANA VALENZUELA MENCO**

**ANDREA TORRES CASTRO**

**UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR**

**PROGRAMA DE PSICOLOGIA**

**BARRANQUILLA**

**2013**

PREVALENCIA DEL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS...

**PREVALENCIA DEL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LOS  
ESTUDIANTES DE TERCER A QUINTO SEMESTRE DEL PROGRAMA DE  
PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD SIMON BOLÍVAR EN LA CIUDAD DE  
BARRANQUILLA**

**KAREN BALAGUERA RAMÍREZ**

**ADRIANA VALENZUELA Menco**

**ANDREA TORRES CASTRO**

**JOHAN ACOSTA**

**MARTHA CERVANTES**

**Tutores**

**UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR**

**PROGRAMA DE PSICOLOGIA**

**BARRANQUILLA**

**2013**

**PREVALENCIA DEL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LOS  
ESTUDIANTES DE 3 A 5 SEMESTRE DEL PROGRAMA DE PSICOLOGÍA DE LA  
UNIVERSIDAD SIMON BOLÍVAR EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA**



## INDICE

INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN, 1

PLANTEAMIENTO DE LA PREGUNTA PROBLEMA, 5

OBJETIVOS, 7

*Objetivo General, 7*

*Objetivos Específicos, 7*

MARCO TEÓRICO, 8

*Alcohol, 18*

*Tabaco, 23*

*Inhalables, 24*

*Marihuana, 24*

*Cocaína, 25*

*Pasta Básica - Base / Basuco, 26*

*Otras Drogas, 27*

*Síndrome De Dependencia, 30*

*Pautas Para El Diagnóstico, 30*

*Síndrome De Abstinencia, 33*

*Pautas Para El Diagnóstico, 33*

*Trastorno Psicótico, 34*

*Pautas Para El Diagnóstico, 35*

*Síndrome Amnésico, 36*

*Pautas Para El Diagnóstico, 36*

*Test o Pruebas Tipo Screening, 37*

METODOLOGÍA, 39

*Paradigma, 39*

*Tipo De Investigación, 39*

*Diseño, 40*

*Población, 40*

*Muestra, 40*

*Muestreo, 40*

*Instrumento y Técnicas De Recolección, 41*

*Procedimiento, 41*

DEFINICIÓN DE VARIABLES, 43

*Definición Conceptual, 43*

*Definición Operacional, 44*

*Variable De Criterios, 45*

*Variable Demográfica, 45*

*Control De Variables, 46*

RESULTADOS, 47

*Tablas De Frecuencia, 47*

*Tabla No 1, 47*

*Tabla No 2, 48*

*Tabla No 3, 49*

*Frecuencia De Reactivos, 51*

*Tabla No 4, 51*

PREVALENCIA DEL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS...

*Tabla No 5, 52*

*Tabla No 6, 53*

*Tabla No 7, 54*

*Tabla No 8, 55*

*Tabla No 9, 56*

*Tabla No 10, 57*

*Análisis, 58*

*Cruce De Reactivos, 58*

*Tabla No 11, 58*

*Tabla No 12, 59*

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES , 60

ANEXOS, 63

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## INTRODUCCIÓN

Colombia hace una década no contaba con información estadística sobre el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en la población general, lo que traducía una seria limitación para el conocimiento de este fenómeno en lo referente a su magnitud, sus características, su distribución en el territorio nacional y su afectación sobre distintos grupos poblacionales. Esta carencia de información constituía también un problema notorio para la formulación, la evaluación de las políticas públicas en esta materia, así mismo como la evaluación de la población de consumo de estas sustancias.

Previamente en el país se habían realizado dos estudios nacionales de consumo de sustancias psicoactivas, como el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas realizado en 1992 y en 1996; ambos estudios coordinados por la Dirección Nacional de Estupefacientes-DNE. Otros estudios recientes sobre consumo de SPA en Colombia son: la encuesta nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes de 10-24 años realizada en 2001 por el Programa Presidencial RUMBOS; el estudio nacional de salud mental de 2003 realizada por el Ministerio de la Protección Social, y la encuesta nacional sobre consumo de SPA en jóvenes escolares de 12-17 años realizado por el Ministerio de la Protección Social-CICAD/OEA en 2004. Adicionalmente, se deben mencionar otros esfuerzos dirigidos a conocer el consumo de SPA en territorios específicos, como los estudios realizados por el Distrito Capital, las gobernaciones de Antioquia, Nariño y Casanare así como investigaciones cualitativas adelantadas por algunas organizaciones no gubernamentales.

En la actualidad, los medios de comunicación son quienes se encargan de brindar una descripción mínima del panorama, en la cual el consumo de drogas está creciendo en Colombia, lo que genera cierta alarma en la comunidad.

Hoy por hoy en la ciudad de Barranquilla no se ejercen trabajos investigativos de este corte que coloquen como variable la comunidad universitaria, lo cual representa un reto para las instituciones que desconocen la magnitud del fenómeno y la prevalencia del consumo en sus estudiantes. Dicha ciudad sólo ha observado la punta del iceberg, pues la magnitud de consumo se extiende desde las aulas en los colegios a instituciones universitarias, donde el desconocer la prevalencia del consumo hace parte del problema de otros. En los contextos universitarios, la incursión del fenómeno de las drogas se refleja en el ambiente académico de los jóvenes.

Con este documento se presentó un estudio sobre la prevalencia del uso de sustancias psicoactivas tomando como muestra a los estudiantes del programa de psicología de la Universidad Simón Bolívar en la ciudad de Barranquilla. El muestreo utilizado fue de carácter probabilístico, debido a que se caracteriza por conocer la probabilidad de que una unidad particular del universo sea incluida en una muestra, la cual debe ser mayor de cero.

Desde el punto de vista investigativo, ésta se fundamenta en el paradigma empírico analítico siendo una investigación de naturaleza descriptiva cuyo objetivo consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas e intenta indagar, entre otras cosas, elementos asociados al consumidor como: el tipo de drogas utilizadas y la edad de inicio de consumo. Su meta no solo se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables.

## PREVALENCIA DEL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS...

La técnica recolectora a utilizar fueron encuestas, que consistieron en un cuestionario con una serie de preguntas referidas a una o más variables o dimensiones a medir. El contenido de las preguntas es tan variado como los aspectos que pretenda medir. Con el fin de tener mayor rigor en la recolección de los datos, las preguntas fueron precisas, pertinentes y concisas, de tal manera que las respuestas obtenidas tuvieron igualmente estas características.

La intención del proyecto investigativo es poner a disposición de la institución una reflexión organizada a partir de los datos obtenidos acerca de las características del consumo, con el propósito de responder a la pregunta ante el crecimiento de este fenómeno y establecer características y tendencias relacionadas con el tipo de sustancias consumidas, así como otras preguntas relevantes para conocer más sobre este fenómeno social.

Una vez presentado este, se pretende ampliar el horizonte de la investigación realizando actualizaciones que ayuden a la comunidad a identificar posibles puntos de acción que mejoren la calidad de vida de la comunidad bolivariana.



### *Antecedentes*

En el año 2008 según el informe mundial sobre las drogas elaborado por la oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) reporta que 208 millones de personas consumen drogas al menos una vez al año esta cifra representa el 4.9% de la población mundial, la edad de los consumidores radica entre los 15 y 64 años, la sustancia ilegal más difundida es el cannabis, consumido por 165.6 millones de personas, el 3,9 % de la población en el 2007. Las anfetaminas son la segunda droga más usada, al tomarla 24.7 millones de personas, las siguientes sustancias son el grupo de los derivados del opio con 16.5 millones de consumidores, el 0,39 % de la población mundial. La cocaína es consumida por 16 millones de personas, el 0.4 % la población mundial

En Colombia se observa un incremento en el uso de Sustancias Psicoactivas, de acuerdo con las encuestas realizadas a nivel nacional (programa Rumbos 2000) se revela que la prevalencia del consumo es aproximadamente de 4 veces mayor en hombres que en mujeres, y que la proporción de personas consumidoras están entre los 12 y 60 años, donde se observa que la droga más utilizada en un primer momento es alcohol, continuando con la marihuana, bazuco y cocaína que entorpece el desarrollo individual, cognitivo, familiar y social.

En 2009, se realizó el primer estudio sobre consumo de drogas en universitarios con una muestra efectiva de 7.803 en 6 ciudades del país (DROSICAN, 2009). A pesar de ser el primer estudio cabe resaltar algunas de las dificultades halladas. En el estudio de universitarios no se especificó que el consumo se hubiera dado sin prescripción médica y bajo el rótulo de “estimulantes” la pregunta se dirigía a tranquilizantes o benzodiazepinas, según se observa en el instrumento de recolección de información. Estas circunstancias podrían hacer que el consumo de estas sustancias aparezca sobre-registrado.

DROSICAN. (2009). *Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria. Informe Colombia, 2009*. Lima: DROSICAN.

### Justificación

El mundo actual está en continuo movimiento, y así son también muchos de los fenómenos que lo caracterizan. Entre ellos, uno de los más significativos es el del consumo de sustancias psicoactivas. En la sociedad el consumo de sustancias psicoactivas es considerada como un acto tan normal como el uso de aquellas consideradas lícitas, como el cigarrillo y el alcohol. Dado el hecho que son sustancias lícitas, su consumo no es considerado como una enfermedad o “adicción”.

Las sustancias adictivas provocan un refuerzo inmediato que favorece a la continuidad del consumo, y éste se presenta en individuos vulnerables al desarrollo de la adicción como trastorno. Por otra parte las drogas de abuso provocan síntomas emocionales negativos durante la abstinencia con un período de sensibilización y un aprendizaje asociado a estímulos ambientales relacionados con la droga. Todo ello se ha puesto en relación con su efecto sobre otras áreas cerebrales como la amígdala, hipocampo, hipotálamo y algunas regiones del córtex frontal, algunas de ellas implicadas a los circuitos involucrados en la memoria (Cisneros, 2001).

Si bien el consumo frecuente de estas sustancias es considerado como una enfermedad que puede ser curada bajo tratamiento, muchas personas no lo toman como necesario por el hecho de no tratarlo como una enfermedad como tal. Se ha comprobado que este consumo de drogas lícitas hacen parte de los antecedentes presentes en el aumento del consumo de sustancias psicoactivas y muchos de sus consumidores desconocen tanto sus riesgos como el alto nivel de adicción que pueden provocar en sus vidas afectando distintas áreas personales. Este aspecto fue enfatizado por Montse J, miembro de la IREFREA, en su estudio del consumo de sustancias se diferencia significativamente según el propósito por el que se consumen.

Muchos países se han visto afectados por el consumo creciente de drogas lícitas e ilícitas, entre ellas destacan: alcohol, marihuana, clorhidrato de cocaína, pasta base y éxtasis. Dicho problema impacta con mayor fuerza a jóvenes, observándose que cada día, más adolescentes inician el consumo de drogas y muchos de ellos continúan el consumo en forma recurrente, llevando a un aumento progresivo de las tasas de drogadicción.

Frente a la adicción y consumo del alcohol, hay que saber que esto es un problema de todos; es por esto que la sociedad debe ayudar a fortalecer estructuras tales como la familia, el colegio y universidades. Éstas últimas tienen una altísima responsabilidad frente a esta problemática y es por esta razón que son los llamados a liderar acciones y campañas de prevención integral no sólo dentro de su campus universitario, sino también fuera de él.

Una vez ubicados en el campo universitario, los jóvenes se enfrentan a una libertad aparente. Responsabilidad y autonomía universitaria son conceptos que ahora se ven mayormente amenazados por la inseguridad y las formas de compartir, interactuar y vivir el desenfreno que ofrece el entorno. La curiosidad y la experimentación son agentes que motivan a los estudiantes al consumo. Estos dos aspectos fueron destacados en el estudio de las estrategias preventivas en relación al consumo de drogas en niños, niñas y adolescentes, proyecto realizado por SAP-UNICEF en el año 2009.

El uso de drogas afecta la salud y se asocia con conductas de violencia y victimización, afectando la estabilidad de todas las instituciones que conforman la sociedad. En algunos estudios realizados en universidades se observa que un subgrupo de estudiantes con conductas de violencia presentaba una mayor prevalencia, aunque no significativa, de consumo reciente y actual de tabaco y de alcohol, y una prevalencia significativamente mayor de consumo reciente y

actual de marihuana, cocaína y éxtasis, respecto de aquellos estudiantes sin antecedentes de violencia. Al problema del consumo de drogas se debe añadir el problema de la subdeclaración, pues habría un subgrupo altamente vulnerable a la drogadicción y a las conductas de riesgo asociadas que no está siendo abordado por las estrategias de prevención y promoción de la salud.

Estudios realizados por la Universidad Pontificia de Bogotá, describen que el consumo de sustancias psicoactivas se encuentra disparado, a la edad de 14 años los adolescentes se empieza, claro, por las drogas consideradas legales como el cigarrillo y alcohol, para luego iniciarse en otros "mundos" como el consumo de marihuana, inhalables, cocaína, pasta básica, base/basuco, hachís, heroína, entre otras drogas sintéticas. En países como Bolivia, Colombia y Perú merece destacar el uso de inhalables, particularmente en el primero, donde la prevalencia de esa sustancia es de casi 2%, prácticamente igual a la de marihuana.

A través del estudio de la "Caracterización del consumo de drogas en hombres y mujeres de 18 a 44 años en la ciudad de Barranquilla en el año 2007", se logró comprobar que el 41.6% de los barranquilleros presentaron un problema con el alcohol y las drogas, cuyo comportamiento se asocia al de usuarios sociales, siendo los aspectos motivadores el querer divertirse, la sensación de soledad y la curiosidad.

Por otra parte, datos del estudio epidemiológico Andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, en el 2009 revela que en Colombia 13,4% de los estudiantes declara haber consumido alguna sustancia en el último año, cifra que a comparación de los países andinos, es muy alta.

La finalidad de la investigación es identificar los posibles consumidores de sustancias psicoactivas de la Universidad Simón Bolívar, aportando así un porcentaje del uso de sustancias

en los estudiantes y además describe conductas presentadas, las cuales son catalogadas como una enfermedad pública.

### **FORMAULACION DE LA PREGUNTA PROBLEMA**

Indudablemente el consumo de sustancias psicoactivas en el campus de la Universidad como en muchos otros espacios institucionales de naturaleza pública o privada, debe persuadir la preocupación de la institución con respecto a la población consumidora de sustancias al igual éstas deberían ser el centro de atención y el eje orientador para el diseño y ejecución de estrategias de intervención en la población estudiantil.

Los daños a la salud mental y física que se derivan del uso de estas sustancias, así como el deterioro social que generan, deben ser dos variables fundamentales a utilizarse en el proceso de identificación de la población afectada.

Dicho en términos académicos, la interposición de acciones para desincentivar el consumo inicial, minimizar los riesgos de adicción y/o ayudar al adicto a hacer frente al problema, debe ser asumida conceptual y metodológicamente como un problema de salud pública. Obviamente, este abordaje no puede desconocer la intersección que tiene el consumo con el mercado y el tráfico ilegal de estupefacientes y con toda la cohorte de problemas sociales y económicos que se le asocian.

Una investigación de prevalencia no puede ser más indicativa que el consumo de sustancias psicoactivas es un problema social de creciente gravedad y generalización, la cual demanda mayor rigor en su tratamiento. Por lo tanto ahora se puede hablar dentro de este estudio de prevalencia la identificación de una muestra significativa de la población en general, la cual lleva a encontrar la prevalencia directa del consumo, dependencia, describir la relación existente entre el consumo de drogas y las características del entorno de los individuos a evaluar.

Con lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación:

*¿Cuál es la prevalencia del uso de sustancias psicoactivas en los estudiantes de tercero a quinto semestre del programa de Psicología de la Universidad Simón Bolívar de la ciudad de Barranquilla?*

## OBJETIVOS

### *Objetivo General*

Describir la prevalencia y evaluar el uso de drogas en los estudiantes de tercer a quinto semestre del programa de Psicología de la Universidad Simón Bolívar en la ciudad de Barranquilla.

### *Objetivos Específicos*

- Conocer la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes.
- Describir la distribución de consumidores en general teniendo en cuenta la edad y el estrato socio económico.
- Determinar la incidencia del consumo de sustancias psicoactivas en la población.
- Describir la proporción de casos de consumo de sustancias psicoactivas.
- Describir el perfil sociodemográfico de los estudiantes que consumen sustancias psicoactivas.

## MARCO TEÓRICO

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. Las sustancias psicoactivas actúan en el cerebro mediante mecanismos que normalmente existen para regular las funciones de estados de ánimo, pensamientos y motivaciones.

Las sustancias psicoactivas de uso más común son las siguientes: cafeína y estimulantes similares, comúnmente bebidos en forma de café, té y muchos refrescos; nicotina, que actualmente se consume con mayor frecuencia al fumar cigarrillos de tabaco; y bebidas alcohólicas, que vienen en una amplia variedad, incluyendo cerveza, vino y destilados. Puesto que los inhalantes pueden obtenerse fácilmente, se emplean con propósitos psicoactivos por quienes no tienen edad suficiente para lograr un fácil acceso al tabaco, alcohol u otras sustancias psicoactivas.

Aunque hay una clara justificación para que exista un estatus legal aparte de la medicación, es más problemático argumentar cómo distinguir entre sustancias que están bajo control internacional y aquellas que no lo están. Las sustancias que se incluyen en las convenciones internacionales reflejan los conocimientos históricos que tiene cada cultura sobre lo que debe considerarse como especialmente peligroso o ajeno. Por ejemplo, algunos psicofarmacólogos o epidemiólogos sostienen en la actualidad que el alcohol es inherentemente tan peligroso o nocivo como las drogas incluidas en las convenciones internacionales. Además, tal como se discutirá a continuación, la dependencia de la nicotina en el tabaco se asocia con más muertes y problemas de salud que la existente respecto de cualquier otra sustancia psicoactiva. Como se verá en los

capítulos siguientes, los crecientes conocimientos de la neurociencia sobre el uso de sustancias psicoactivas ha subrayado las acciones comunes emprendidas para los tres estatus socio-legales en que se dividen las sustancias.

El uso de estas sustancias se divide en tres categorías, según su estatus socio-legal. En primer lugar, muchas de estas sustancias son utilizadas como medicación. Los sistemas médicos occidentales y de otro tipo han reconocido desde hace mucho la utilidad de estas sustancias como medicación para aliviar el dolor, ayudar al sueño o a la lucidez y aliviar desórdenes del estado de ánimo. Actualmente, la mayoría de las medicaciones psicoactivas están restringidas al uso por prescripción médica, mediante un sistema de recetas. En muchos países, casi una tercera parte de las recetas es para tales medicaciones. Ejemplo de ello es el empleo del estimulante metilfenidato para tratar el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) de la infancia, algunas de las sustancias también se utilizan con frecuencia como “automedicaciones”, para aliviar perturbaciones producidas por desórdenes físicos o mentales o para aliviar los efectos secundarios de otras medicaciones.

Una segunda categoría de uso es su estatus ilegal o ilícito. De conformidad con tres convenciones internacionales, la mayoría de los países se han comprometido a considerar como ilegal el comercio y uso no médico de los opiáceos, cannabis, alucinógenos, cocaína y muchos otros estimulantes, al igual que de los hipnóticos y sedantes. Además de esta lista, los países o jurisdicciones locales muchas ocasiones añaden sus propias sustancias prohibidas, por ejemplo bebidas alcohólicas y varios inhalantes.

A pesar de tales prohibiciones, el uso ilícito de sustancias psicoactivas está muy difundido en numerosas sociedades, particularmente entre adultos jóvenes, casi siempre con el propósito de

disfrutar o beneficiarse de las propiedades psicoactivas de la sustancia. El hecho de que sean ilegales puede añadirles también cierto atractivo, y con ello reforzar la identificación de los usuarios con una subcultura alienada.

La tercera categoría de uso es el consumo legal o lícito, para cualquier propósito que elija su consumidor. Dichos propósitos pueden ser muy variables, y no necesariamente se relacionan con las propiedades psicoactivas de la sustancia. Por ejemplo, una bebida alcohólica puede ser una fuente de nutrientes, para calentar o refrescar el cuerpo, o para aliviar la sed; puede funcionar también para un propósito simbólico en una ronda de brindis o como sacramento. Sin embargo, sea cual sea su propósito, el uso de la sustancia inevitablemente va acompañado de sus propiedades psicoactivas (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Sabemos que en nuestra sociedad el consumo de drogas ha tenido un impacto bastante fuerte, sobre todo si nos referimos a la sociedad juvenil como tal, el uso de estas sustancias ha provocado el incremento de violencia: robos, asaltos, lesiones, suicidios y homicidios y está presente como circunstancia concomitante en las más frecuentes causas de muerte en el grupo de 15-24 años de edad según la Dra. Edith Mirta Serfaty incremento de violencia en jóvenes consumidores de 15 a 24 años, en el 2009.

Las drogas están involucradas en los delitos, en formas de corrupción, en la mentira, en los atentados contra la propiedad, generando una modalidad de vida que ha distorsionado los valores de nuestra sociedad, influyendo en la juventud. Los trastornos biológicos, psicológicos y sociales involucrados en el consumo y sus efectos en la salud de la población, generan mayores costos en la atención profesional e inciden en el ausentismo escolar y laboral.

Si bien estas sustancias pueden ser consumidas en personas de cualquier edad, su utilización por la población adolescente y joven ha generado una lógica preocupación en la sociedad. Varios autores han señalado a la población adolescente como mucho más consumidora de sustancias psicoactivas que la adulta. Si se toma el consumo de marihuana como ejemplo, los menores duplican, triplican o más el consumo de los mayores. En Francia el consumo de esta sustancia entre los adolescentes fue del 18,8% y entre los adultos 4,4%.

En el Reino Unido de Gran Bretaña se detectó el consumo en el 21% de los adolescentes y en el 9% de los adultos. Esta situación igualmente fue observada en EE.UU. 21,8% y 4,8% respectivamente. En Argentina, el Centro de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, en sus estudios sobre consumo de sustancias en varones de 18 años, en varias regiones del país, ha encontrado que las edades de comienzo de los consumos más frecuentes fueron a los 14 años para el tabaco y alcohol, de 16 años con marihuana y cocaína.

Respecto a la incidencia (casos nuevos de consumidores) en 1993, en un estudio efectuado en EE.UU., por la Epidemiological Catchment Area (ECA), donde se pone de manifiesto que los nuevos casos se presentan en su gran mayoría, en el segmento 18-29 años.

Como se observa, a través de los años el porcentaje de consumidores activos no solamente ha aumentado sino que también se ha ido expandiendo a lo largo del mundo, causando problemas a nivel de relaciones inter e intra-personales y también a nivel cerebral. El estudio de las consecuencias en consumidores de larga duración ha ido evolucionando en cuanto a la utilización de baterías de test neuropsicológicos más amplias y orientadas al estudio de ciertas zonas cerebrales (por ejemplo, el uso de test de detección de alteraciones frontales), la aplicación

de las nuevas técnicas de neuroimagen (PET) y otras técnicas de evaluación (por ejemplo, potenciales evocados), así como en una mejor planificación en el desarrollo de los estudios.

Todo ello ha conducido a la aparición de nuevos datos, más sólidos y concluyentes, en torno a este debate. De los estudios clínicos que describen las consecuencias del cannabis, destacamos los de Kolansky y Moore (1972), que observan un cuadro caracterizado por apatía, pobre ajuste psicosocial, déficits de memoria y atención e indiferencia entre los consumidores de larga duración.

Dichos autores relacionan la intensidad del cuadro con la duración e intensidad del consumo: a mayor consumo, mayor déficit y mayor tiempo de abstinencia para la reversión completa del trastorno. Resultados parecidos son descritos por Tennant y Groesbeck (1972). Pero ambos estudios carecen de grupos control para comparar sus datos. Los estudios llevados a cabo en más recientemente están más focalizados hacia áreas específicas de disfunciones cognitivas, como estudio de habilidades verbales y lógico-analíticas, capacidad de abstracción, psicomotricidad y memoria (Tunving y cols., 1988; Lundqvist, 1995).

Se conoce que en los adolescentes el aumento de consumo de sustancias psicoactivas es muchísimo más grande y en este influyen diferentes factores que son conocidos por todos pero a los que a su vez, nos hacemos los de oídos sordos y en muchas ocasiones no incitamos a un cambio, sabiendo que cualquier persona que nos rodee puede padecer de este fenómeno como lo son las drogas.

Siguiendo con los postulados de la Dra. Edith Mirta Serfaty “Consumo de tabaco y alcohol. Centro de investigaciones Epidemiológicas-Academia Nacional de Medicina en el año 1991” quién realiza unos buenos aportes sobre la juventud, se encuentra que la expresión adolescencia

deriva de la combinación del prefijo latino “ad” que significa nutrir, crecer y el radical del mismo origen “ul”, con quien forma la palabra “adules” y su derivado “adolescents” que significa “el que está creciendo”.

En las sociedades primitivas en donde la aptitud de supervivencia del individuo y de la especie sólo exige la capacidad de reproducción y la habilidad para la caza, pesca y recolección, la adolescencia dura el tiempo de la pubertad y se pasa rápidamente de la infancia a la adultez. Por el contrario, en las sociedades desarrolladas se requiere más tiempo para crear habilidades y trasvasar la cultura. El producto final que es el adulto se concreta a una edad más avanzada.

La adolescencia implica importantes cambios físicos, psíquicos y sociales, los cuales se dan con tal rapidez, que ha llevado a llamarla “el segundo nacimiento”. Lo que ocurra en este período, quedará grabado e incorporado en forma indeleble. Los cambios psicológicos son variados y se condensan en la expresión “búsqueda de la identidad”. Los esquemas más o menos firmes y seguros de la segunda infancia, generalmente aceptados de manera pasiva y sin cuestionamientos, comienzan a ser discutidos. Se relajan las anteriores estructuras y se penetra en un terreno pantanoso, confuso e inseguro, en donde tanto puede primar una postura como la contraria, casi siempre en posiciones extremistas y dogmáticas, por ser éstas las que brindan mayor seguridad.

Todo es bueno, o todo es malo, todo blanco o todo negro. La tolerancia no es un atributo de la adolescencia, sí lo es de los adultos. Los cambios sociales ocurren simultáneamente con los físicos y psicológicos. Implican su inclusión en un mundo más amplio, en donde se debilitan los mecanismos protectores del medio familiar. La influencia de los valores de los adultos en esta

etapa es fuerte. La adscripción ingenua a los valores teóricos que exalta la sociedad, es útil y necesaria para la formación de las bases éticas del futuro adulto.

El adolescente se desplaza lentamente de su grupo familiar hacia su grupo de pares, comenzando éstos a tener fundamental importancia en el desarrollo madurativo, por el cual cada uno de los padres debe tener en cuenta que el proceso de infundirle unos buenos valores y unas buenas bases, a lo largo de nuestra vida no sabremos como en realidad enfrentarnos a las diferentes situaciones que se nos presenten. Las drogas hoy en día, son como una prueba de fuego. Si bien es cierto, necesitamos de personas que nos apoyen y quienes mejores para esto que nuestros padres. Existen muchos jóvenes-adolescentes que empiezan la actividad universitaria desde una temprana edad, por lo cual se puede ver que están mucho más vulnerables a tocar las puertas de este mundo tan oscuro como lo es la drogadicción. Además que sabemos que es algo de lo que nadie puede esconderse, es una puerta que ha sido abierta a través de los años y que hoy en día es muy difícil escaparse puesto que estamos viviendo en la cumbre de esta.

Según López C (S.A), decana del Colegio Oficial de Psicólogos de las Palmas dice: “El consumo de sustancias psicoactivas puede asociarse a una variedad de consecuencias negativas, incluyendo así un aumento de riesgos de consumo de drogas años más tardes, fracasos escolares e irresponsabilidad, que puedan poner al adolescente en riesgos de accidentes, violencias, relaciones sexuales no planificadas e inseguras, así como suicidios”.

El consumo de sustancias psicoactivas por los adolescentes universitarios está ampliamente reconocido como un problema social y de salud pública, el cual está asociado con las tres principales causas de muerte entre los adolescentes: (accidentes especialmente en coches, suicidios y homicidios). También se sabe que la experimentación con alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas durante la adolescencia, es común sabemos que la mayoría de

adolescentes solamente experimenta con cualquier tipo de sustancias a su vez también puede continuar consumiéndola ocasionalmente, sin ningún tipo de problema significativos, en cambio otros desarrollaran dependencia moviéndose hacia drogas más peligrosas causándose daños así mismo.

Un ejemplo en relación con el tabaco que los jóvenes que lo consumen corren el riesgo de adicción a la nicotina. Las personas que comienzan a edades tempranas a fumar tienen más dificultades para dejar el hábito, tienden a convertirse en fumadores regulares y así también la mayoría de veces tienden a contraer enfermedades por este tipo de hábitos. El cual también es citado por la misma autora.

Peruga, en su estudio del consumo de sustancias adictivas en las Américas dice: “consumo de sustancias adictivas constituye una amenaza obvia para la salud pública, muchos gobiernos están lejos de adoptar medidas contundentes para reducir su consumo”. En algunos casos se debe a una subestimación del problema, en otros casos a cierta resignación frente a la dificultad que entraña su abordaje. En el caso de las drogas ilegales ha habido énfasis en las intervenciones para reducir la oferta en detrimento de las intervenciones para reducir la demanda, especialmente las que implican al sector salud. En el caso de las drogas legales, como el tabaco y el alcohol, muchos gobiernos dudan en actuar por temor a que el control de dichas sustancias tenga consecuencias económicas y políticas indeseables (Peruga, 2002).

Según un estudio mental realizado en Colombia en el año 2003, muestra que la prevalencia de vida de trastornos por sustancias es de 10.6% donde se encuentra que el alcohol es el principal problema ya que la prevalencia de vida para alcohol es de 6.7% y esto nos indica que uno de cada 15 colombianos abusa del alcohol. Al abuso de alcohol le sigue en importancia la

dependencia a esta sustancia con una prevalencia de 2.3%. Igual que el abuso, la dependencia al alcohol es 15 veces mayor en hombres que en mujeres. Le siguen en importancia la dependencia a la nicotina con una prevalencia de vida de 1.6%, siendo seis veces mayor en hombres que en mujeres (prevalencias de 2.9% y 0.5% respectivamente). Cada una de cada 100 personas abusa de sustancias y aproximadamente una de cada 200 tiene dependencia a éstas. El problema global del consumo de sustancias psicoactivas se observa fundamentalmente en el sexo masculino: ocho de cada 40 hombres comparado con una de cada 40 mujeres. Cuando se analiza el uso de drogas, el de mayor prevalencia de vida es la marihuana con un 11.1%, seguida de la cocaína con 3.7% y tranquilizantes 2.6%.

Al analizar por grupos de edad el uso alguna vez en la vida de sustancia psicoactivas, se observa que tres de cada 20 personas entre los 18 y 29 años de edad, seis de cada 50 entre los 30 y 44 años de edad y siete de cada 50 entre los 45 y 59 años de edad han consumido drogas. En cuanto al abuso de drogas, este es mayor en el grupo de edad de 18 a 29 años (1.4%), disminuye a la mitad en el grupo de 30-44 años y se incrementa nuevamente en el grupo de 45-59 años. Si se analiza simultáneamente abuso/dependencia tenemos que dos de cada 90 personas entre 18 y 29 años de edad tienen estos dos problemas y una de cada 70 de las personas entre 30 y 44 años y una de cada 90 entre los 45-59 años, suman requisitos para ambos diagnósticos. Según este estudio las personas que pueden sufrir problemas con el abuso del alcohol, son aquellas personas que anteriormente han tenido adicciones a sustancias como el cigarrillo, con antecedentes de enfermedades mentales o de haber sufrido algún trauma durante su infancia, matrimonio, vida personal, laboral etc.

El reconocimiento de las drogas sintéticas es muy variable entre los países y según las sustancias. Por ejemplo, mientras que 70% de los estudiantes de Colombia reconocen al éxtasis

como una droga de síntesis, un 41% de los de Bolivia la reconocen como tal. En todos los casos es la droga sintética de mayor reconocimiento en todos los países. En Bolivia, Ecuador y Perú le siguen el LSD; en Colombia, en cambio, las anfetaminas y sus derivados.

En Colombia 23,4% de los estudiantes declaran conocer a alguien en su universidad que usa algún tipo de drogas sintéticas, cifra que baja a 13,3% en Bolivia, 12% en Perú y 10,3% en Ecuador. En todos los países el éxtasis es la droga de mayor uso, según lo informado por los estudiantes. En general los porcentajes son algo mayores cuando los estudiantes refieren a amigos que consumen alguna droga sintética.

Con relación a la percepción que los estudiantes tienen sobre los riesgos asociados al uso de drogas sintéticas, 30% de los universitarios de Bolivia y 40% en los otros países andinos percibe gran riesgo frente al uso experimental de drogas sintéticas, llegando a cerca de 50% en Bolivia, 60% en Ecuador y 70% en Colombia y Perú para la percepción de gran riesgo en el uso frecuente de estas drogas. En todos los países de la CAN la mayor percepción de gran riesgo se da para el éxtasis.

La percepción sobre lo fácil que sería conseguir éxtasis es variable entre los países. Mientras que 11% de los estudiantes de Bolivia piensa que les sería fácil conseguir esta droga, 29% manifiesta lo mismo en Colombia, 21% en Perú y 15% en Ecuador.

Con relación a la oferta de la sustancia, 11,6% de los encuestados de Colombia reconoce haber recibido oferta de alguna droga sintética en el transcurso del último año, ya sea para comprar o probar, porcentaje que baja a menos de la mitad en los otros tres países.

El mayor porcentaje es para éxtasis en los cuatro países. En cuanto al uso de drogas sintéticas y, consecuentes con los resultados anteriores, alrededor de 1,6% de los estudiantes de Bolivia, Ecuador y Perú declaran haberlas usado alguna vez en la vida, porcentaje que llega a 4,6% entre los estudiantes de Colombia. En Colombia, Ecuador y Perú aparece el éxtasis como la sustancia de mayor uso, a diferencia de Bolivia donde lo son las anfetaminas. Las prevalencias de uso reciente van desde 0,2% entre los estudiantes de Bolivia 0,3% en Perú, casi 0,4% en Ecuador y alrededor de 1,6% en Colombia.

### ***Alcohol***

El alcohol es la droga de mayor consumo entre los jóvenes universitarios andinos. Más de 90% de los estudiantes de Colombia y Perú, y alrededor de 75% en Bolivia y Ecuador, declara haber consumido alcohol al menos una vez en la vida. Respecto del consumo del último mes o uso actual, se observa que 32% de los estudiantes de Bolivia, 38% de Ecuador, 46% de Perú y 60% de Colombia declaran haber consumido en dicho periodo.

- En todos los países estudiados existe un mayor uso de alcohol entre los hombres.
- La edad mediana de inicio es de 15 años en Colombia, 16 años Perú y 17 años en Bolivia y Ecuador.
- La percepción de gran riesgo del uso frecuente de alcohol es bastante alta en todos los países, pues supera el 73%.
- Se utilizó el instrumento AUDIT [1] para estudiar el uso en riesgo y perjudicial de alcohol, así como para detectar a estudiantes con posibles signos de dependencia alcohólica.
- Entre los consumidores de alcohol del último año, aproximadamente un tercio de los estudiantes de Bolivia, Colombia y Ecuador, y 21% en Perú, califica como consumidor que

presenta riesgo o uso perjudicial de alcohol, siendo el mayor porcentaje entre los hombres en todos los países.

- Por otra parte, cuando se evalúa los signos de dependencia, se observa que casi el 8% de los universitarios de Perú 10,5% de Bolivia, 12% de Colombia y 16% en Ecuador, que declaran haber consumido alcohol en el último año, pueden ser considerados con signos de dependencia.

Para (Kessel & Walton, 1991) el alcohol que se bebe se llama alcohol etílico y proviene de la fermentación de azúcares que tiene lugar en la naturaleza específicamente en las plantas, como la cerveza de la cebada, el vino de las uvas y la sidra de las manzanas. Esta fermentación contiene pocos grados de alcohol a diferencia de las bebidas blancas cuya extracción de alcohol se realiza por medio del proceso de destilación. El promedio de grados de alcohol en estas sustancias es de 40%. Existen algunas bebidas que son el resultado de mezclas de fermentación y destilación por ejemplo el Jerez es un vino que se le agrega coñac para obtener un porcentaje del 20% de alcohol.

Los efectos alcohólicos dependen de la cantidad de alcohol consumido y no de la coloración, el sabor o cualquier de sus otros componentes. Según la graduación, el alcohol produce efecto en la boca, esófago, estómago y parte superior de los intestinos, por ejemplo en la boca queda una sensación de ardor y desde el estómago hasta los intestinos el alcohol se incorpora al flujo sanguíneo entrando rápidamente en los tejidos u fluidos del cuerpo, este se destruye por oxidación especialmente en el hígado y finalmente se descompone en dióxido de carbono y agua.

La intoxicación o embriaguez que sufre el organismo se debe a la acción sobre el sistema nervioso y cambios en otros lugares del cuerpo. El ritmo cardíaco aumenta y es por esto que se produce una sensación de calor y rubor en la piel. Aumenta la producción de la orina como

consecuencia de la cantidad de líquido que se bebe, pero también porque el alcohol influye en la glándula pituitaria que es la que controla la formación de orina. Aunque el alcohol es una fuente de energía, esta no puede usarse eficientemente debido a los efectos intoxicantes en el organismo (Kessel y Walton 1991).

Existe la creencia que el alcohol es afrodisíaco y estimula la función sexual, sin embargo está demostrado que el alcohol reduce la potencia sexual. Lo que puede llegar a suceder es que en una persona tímida estimule el deseo y disminuya la inhibición, los miedos y los escrúpulos. Otra característica del consumo de alcohol es que reduce la actividad del sistema nervioso y aturde como un anestésico, una persona puede caerse estando ebrio y no siente el dolor o no se da cuenta que está lastimado; otro efecto a nivel de consciencia es la reducción de poder refrenarse, es decir, la capacidad de ser prudentes, de callar, de inhibir las acciones o deseos que se adoptan para relacionarse, en una palabra la capacidad de ser asertivos socialmente. Cuando se retira el freno que normalmente se pone sobre los Factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes universitarios 10 impulsos o instintivos, aparece una conducta imprudente y estos impulsos se expresan con fuerza. El solitario se convierte en gregario, el tímido se vuelve locuaz, el temeroso se muestra arriesgado, etc.

Generalmente el bebedor social no va más allá de donde él cree que debe ir, la atmósfera se torna estimulante y puede llegar a ser contagiosa para quienes no beben; para ellos la alegría y el buen humor es similar a los que están bebiendo de modo que pueden compartir el estado de bienestar de los demás; pero puede ocurrir lo contrario experimentando sensaciones de ira, tristeza, agresividad y despertando al otro día con sentimientos de culpa, asombro o vergüenza por haber actuado de manera negligente durante el estado anterior. Un efecto de la bebida dentro

de un ámbito social es que las características individuales disminuyen y predominan las conductas de grupo.

“Cuanto más se bebe más se pierden las facultades y el juicio y en consecuencia menos se aprecia la disminución de las habilidades.” Con solo una copa que se ingiera, la sangre adquiere niveles de alcohol los cuales aumentan cuanto más se beba y más torpes o poco asertivos se ven. En 1993 se dio a conocer que el 81% de la población colombiana se embriaga y que la edad más frecuente de inicio de consumo eran los 15 años de edad; en 1998 se encontró que aproximadamente el 90% de los escolares de secundaria de diferentes sectores de Bogotá consumía algún tipo de bebida alcohólica (aguardiente, vino, cerveza, etc.) dentro de sus celebraciones. La sustancia alcohólica es percibida dentro de las sociedades como un elemento que ayuda a desinhibir y por ende a socializar a los individuos, facilitando conductas que difícilmente se llevaría a cabo “normalmente”. Lo anterior es más importante que los efectos nocivos tanto a nivel social como individual (Álvarez, y Velasco, 2002).

El alcohol produce diferentes tipos de daños en el corto plazo (en el mismo momento que se bebe) y en el largo plazo (progresivamente a través de los años). Fundamentalmente, es una droga depresora que torna lento el funcionamiento del sistema nervioso central. En el caso de los jóvenes generalmente tiene efecto en el corto plazo, que afectan:

- La corteza cerebral alojando los criterios morales y el control de la conducta. Se caracteriza por la euforia y el relajamiento de frenos sociales, que permiten cierta audacia en el acto o palabras.
- Así mismo cuando la intoxicación progresa después al nivel subcortical, el llanto y el sueño son característicos, aunque la persona deje de beber, el organismo sigue absorbiendo. Las

actitudes descontroladas llegan a la violencia física o a las actitudes suicidas. Y por último cuando se deprime el cerebro vegetativo, la persona entra en coma y el organismo puede hacer un paro respiratorio.

➤ Otro de los organismos afectados es el hígado donde se dice que cuando el individuo ingiere alcohol este llega al hígado por la sangre. Y hace que se comporte como un laboratorio químico para desactivar las toxinas del organismo propio.

El alcoholismo es un tipo de drogodependencia. Hay dos tipos de dependencia en esta adicción: la física y la psicológica. La dependencia física se revela por sí misma, cuando se interrumpe la ingesta de alcohol, con síntomas muy claros como la tolerancia, cada vez mayor, al alcohol y enfermedades asociadas a su consumo.

El efecto directo del alcohol en el sistema nervioso es la depresión, como resultado de la disminución de la actividad, la ansiedad, tensión e inhibiciones. Incluso un pequeño nivel de alcohol dentro del cuerpo enlentece las reacciones. La concentración y el juicio empiezan a empeorar. En cantidades excesivas, el alcohol produce una intoxicación y envenenamiento.

El alcohol también afecta a otros sistemas corporales. Puede aparecer una irritación del tracto gastrointestinal con erosiones en las paredes del estómago debidas a las náuseas y vómitos. Las vitaminas no se absorben bien, y esto ocasiona deficiencias nutricionales en los alcohólicos de larga evolución. También ocasiona problemas en el hígado (cirrosis hepática). El sistema cardiovascular se ve afectado por cardiopatías. También puede aparecer una alteración sexual causando una disfunción en la erección del pene en el hombre y una desaparición de la menstruación en la mujer. El consumo de alcohol durante el embarazo puede causar problemas en el desarrollo del feto, produciendo el llamado síndrome fetal del alcohol.

El desarrollo de la dependencia del alcohol puede ocurrir entre los 5 y 25 años siguiendo una progresión. Primero se desarrolla la tolerancia alcohol. Esto ocurre en personas que son capaces de consumir una gran cantidad de alcohol antes de que se noten los efectos adversos. Después de la tolerancia aparecerán los lapsus de memoria. Más tarde aparece la falta del control de beber, y la persona afectada no puede permanecer sin beber, lo necesita para desarrollar su vida diaria.

El problema más serio de los bebedores son las complicaciones físicas y mentales. Algunas personas son capaces de conseguir un control sobre su dependencia en las fases tempranas antes de la total pérdida del control. No hay una causa definida del alcoholismo pero hay factores que pueden jugar un papel en su desarrollo. Es más probable el desencadenamiento de un alcoholismo en las personas con algún familiar alcohólico que en otras que no lo tienen. No se conoce la razón, que puede encontrarse en anomalías genéticas o bioquímicas.

Entre los factores psicológicos se incluyen: la necesidad de consuelo para la ansiedad, conflictos en las relaciones personales, baja estima personal, etc. Los factores sociales incluyen: la facilidad de consumo de alcohol, la aceptación social del consumo de alcohol, estilos de vida de stress, etc. La incidencia en la dependencia del alcohol está aumentando. Las estadísticas varían pero aproximadamente un 7% de adultos en Europa están afectados.

### ***Tabaco***

Su uso actual es bastante similar en los cuatro países, con cifras que van desde 20% en Bolivia a 23,3% en Perú, con una cifra de uso mayor entre los hombres en todos los países. La edad promedio de inicio en el tabaco se ubica entre los 15 años en Colombia y 16 en los otros países.

A pesar de su uso bastante extendido, 78% de universitarios en Bolivia y 84% en Ecuador perciben un gran riesgo frente al consumo frecuente de tabaco, cifras que en Bolivia, Colombia y Perú son superiores entre las mujeres que entre los hombres. En Ecuador se observa una mayor percepción, aunque leve, de riesgo entre los hombres.

### ***Inhalables***

En todos los países hay una importante declaración de uso de inhalables alguna vez en la vida, desde 2,6% en Ecuador a 5,3% en Bolivia; 6,2% en Colombia y 3,8% en Perú.

Respecto a la prevalencia del último año, las cifras de inhalables son 1,9% en Bolivia, 1,4% en Colombia, 0,8% en Ecuador y 1,7% en Perú. Es importante destacar que junto con la marihuana, la cocaína, el éxtasis y LSD, los inhalables completan un cuadro de mayor riesgo por magnitud de consumo, frente a las demás drogas ilícitas entre los universitarios.

La edad de inicio promedio es de 15 años en Bolivia, Ecuador y Perú y de 18 años en Colombia.

### ***Marihuana***

En cuanto a otras drogas ilícitas (más allá de las sintéticas), el estudio revela que la droga de mayor uso entre los estudiantes universitarios de los cuatro países de la CAN es la marihuana, pero con cifras muy variables entre ellos. En efecto, mientras que en Colombia 26,7% de estudiantes declara haberla usado alguna vez en la vida, en Bolivia 7,6% lo hizo; 9% en Perú y 11,5% en Ecuador. En todos los países hay mayor uso de marihuana entre los hombres. En cuanto a las prevalencias de último año, 2% de los estudiantes ha usado marihuana en forma reciente en Bolivia, 11,5% en Colombia, 4,7% en Ecuador y 3,2% en Perú.

La edad promedio del primer uso de marihuana es de aproximadamente 18 años entre los universitarios de los cuatro países andinos. La percepción de gran riesgo del uso experimental de marihuana (consumir una o dos veces) es manifestada por 31,7% de los entrevistados en Colombia, cifra inferior al resto de los países donde es aproximadamente 40%. En cambio, cuando se consulta sobre el uso frecuente de esta droga, el gran riesgo aumenta en los cuatro países y es percibido por 71,3% de los universitarios de Colombia, hasta 83% en Bolivia.

Entre los consumidores de marihuana del último año, se observa que 35,6% de los estudiantes de Ecuador califican para los criterios de abuso (22,8%) o dependencia (12,9%), siendo la mayor cifra. Le sigue Bolivia con 32,6% y Colombia con 25,5%.

En Colombia el 60% de los estudiantes declara que les resultaría fácil conseguir marihuana, cifras que se reducen casi a la mitad en los otros tres países, con porcentajes entre 31% y 35%. Por otra parte, 27,1% de los estudiantes colombianos reportan haber recibido ofertas de marihuana durante el último año, ya sea para probar o comprar, cifra que se reduce a menos de la mitad (12%) cuando se refiere a la oferta durante el último mes en dicho país. De la misma forma que respecto de facilidad de acceso, el porcentaje de estudiantes que declaran haber recibido oferta de drogas es muy inferior en los otros tres países.

### ***Cocaína***

El uso de cocaína alguna vez en la vida es declarado por 6,4% de los estudiantes de Colombia, cifra que se reduce a menos de la mitad en los otros tres países: 1,4% en Bolivia y 2,3% en Ecuador y Perú. Para los otros dos indicadores, consumo de último año y último mes, la situación es la misma, pero con cifras menores. Es así como 0,2% de los estudiantes ha

consumido cocaína en el último año en Bolivia; 2,5% en Colombia; 0,6% en Ecuador y 0,5% en Perú.

La edad de inicio del consumo de cocaína en universitarios muestra que 50% de los consumidores lo hizo por primera vez a los 18 años o menos (mediana) en Bolivia y Colombia, y dos años más tarde en Ecuador y Perú.

La percepción de gran riesgo frente al uso experimental muestra cifras cercanas al 60% en Colombia, 53% en Bolivia, 56% en Ecuador y 54% en Perú. Sin embargo, frente al uso frecuente los estudiantes de Perú, en mayor proporción, son los que perciben un gran riesgo con 92%, aunque con leves diferencias respecto de los otros países: 88% en Bolivia, 90% en Colombia y 85% en Ecuador.

Entre los estudiantes peruanos que consumieron cocaína en el último año 26,8% clasifican en la condición de abuso o dependiente, cifra que llega al 33% entre los estudiantes de Bolivia, 37% en Colombia y 66,4% en Ecuador. Mientras que en Bolivia, Colombia y Perú predominan los casos clasificados con signos de dependencia, en Ecuador predominan los estudiantes considerados en la categoría de abuso de cocaína.

En Colombia el 30% de los entrevistados declara que les resultaría fácil conseguir cocaína, cifra que baja a 23,5% en Perú, 18,3% en Bolivia y 14% en Ecuador. Por otra parte, 11,1% de universitarios colombianos reconoce que le han ofrecido cocaína durante el último año, ya sea para comprar o probar, también con claras diferencias con los otros países, ya que las cifras bajan a una tercera parte, incluso menos: 3,1% en Bolivia, 4% en Ecuador y 4,3% en Perú.

***Pasta Básica - Base / Basuco***

En Bolivia el 0,3% de los estudiantes universitarios declaran haber consumido esta droga al menos una vez en la vida, cifra que asciende a 0,9% entre los estudiantes de Colombia, 1,5% en Ecuador y 0,7% en Perú. Las prevalencias de último año presentan marcas parejas de 0,03% en Bolivia y Perú y de 0,3% en Colombia y Ecuador.

La percepción de gran riesgo del uso experimental de esta droga varía entre 56,3% en Bolivia a 66,7% en Colombia. La percepción de gran riesgo de uso frecuente aumenta en forma importante con cifras cercanas al 81% en Bolivia y Ecuador, hasta 90% entre los estudiantes de Perú.

En Perú un 14,1% de los universitarios consideran que es fácil conseguir pasta base/básica o basuco, cifra que desciende a 8,5% en Bolivia y Ecuador y llega a 18,3% en Colombia. Por otra parte, cerca de un 4% de los estudiantes de Colombia y 0,9% de Bolivia declaran haber recibido ofertas para comprar o probar esta droga en el último año.

### ***Otras Drogas***

Las cifras de prevalencia de vida indican que los universitarios han experimentado alguna vez en la vida con drogas distintas a las antes mencionadas, tales como hachís con 0,2% en Bolivia, 0,9% en Colombia y 0,4% en Ecuador y Perú; o bien con alucinógenos con prevalencias de vida de 0,5%, 2,4%, 0,7% y 0,6% en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú respectivamente. Las prevalencias de último año o consumo reciente para las mismas sustancias psicoactivas son triviales.

En Bolivia un 4% de los universitarios declara haber consumido alguna sustancia ilícita en el último año, cifra que sube a 13,4% en los estudiantes de Colombia y es de 5,7% entre los universitarios de Ecuador y de 5% entre los universitarios de Perú. En todos los países la droga

de mayor consumo es la marihuana. Sin embargo, hay situaciones que merecen ser destacadas, en primer lugar está lo relacionado con el uso de drogas sintéticas, principal objetivo del estudio: puesto que 1,6% de los estudiantes de Colombia declara haber usado alguna de estas drogas en el último año, porcentaje que se reduce a 0,2% en Bolivia, 0,3% en Perú y 0,4% en Ecuador.

Lo segundo es el caso de Bolivia, donde 2% de los estudiantes ha consumido alguna droga diferente a marihuana, en el último año. Por contraste, está el caso de Colombia donde el uso de una droga diferente a marihuana sólo está presente en menos de 2% de los estudiantes, frente a 11,5% para marihuana.

En países como Bolivia, Colombia y Perú merece destacar el uso de inhalables, particularmente en el primero, donde la prevalencia de esa sustancia es de casi 2%, prácticamente igual a la de marihuana (DROSICAN 2009).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría APA, en su establecimiento de criterios diagnósticos de los trastornos mentales establece ciertos para la dependencia de sustancias. Un patrón des adaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

- 1) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
  - a. una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
  - b. el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

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

Especificar si:

- ✓ Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2).
- ✓ Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si no se cumplen los puntos 1 y 2).

Codificación del curso de la dependencia en el quinto dígito:

- ✓ 0 Remisión total temprana.
- ✓ 0 Remisión parcial temprana.
- ✓ 0 Remisión total sostenida.
- ✓ 0 Remisión parcial sostenida.
- ✓ 2 En terapéutica con agonistas.
- ✓ 1 En entorno controlado.
- ✓ 4 Leve/moderado/grave.

Dentro de los trastornos relacionados con el alcohol (por consumo (dependencia o abuso), se pueden presentar trastornos por intoxicación, abstinencia, delirium, amnésico, psicótico, de ansiedad, del ánimo, del sueño o sexual inducido por alcohol.

### ***Síndrome De Dependencia***

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicótropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

### ***Pautas Para El Diagnóstico***

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia (ver F1x.3, F1x.4) cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia.

Una característica esencial del síndrome de dependencia es que deben estar presentes el consumo de una sustancia o el deseo de consumirla. La conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia. Este requisito diagnóstico excluye a los enfermos quirúrgicos que reciben opiáceos para alivio del dolor y que pueden presentar síntomas de un estado de abstinencia a opiáceos cuando no se les proporciona la sustancia, pero que no tienen deseo de continuar tomando la misma.

El síndrome de dependencia puede presentarse a una sustancia específica (por ejemplo, tabaco y diazepam), para una clase de sustancias (por ejemplo, opiáceos) o para un espectro más amplio de sustancias diferentes (como en el caso de los individuos que sienten la compulsión a consumir por lo general cualquier tipo de sustancias disponibles y en los que se presentan inquietud, agitación o síntomas somáticos de un estado de abstinencia, al verse privados de las sustancias).

Incluye:

- Alcoholismo crónico.
- Dipsomanía.
- Adicción a fármacos.

El diagnóstico de síndrome de dependencia se puede especificar más con los siguientes códigos de cinco caracteres:

- F1x.20 En la actualidad en abstinencia.
- F1 x.21 En la actualidad en abstinencia en un medio protegido (hospital, comunidad terapéutica, prisión, etc.).

- F1x.22 En la actualidad en un régimen clínico de mantenimiento o sustitución supervisado (por ejemplo, con metadona, con chicles o parches de nicotina) (dependencia controlada).
- F1x.23 En la actualidad en abstinencia con tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes (por ejemplo, disulfiram o naltrexona).
- F1x.24 Con consumo actual de la sustancia (dependencia activa).
- F1x.25 Con consumo continuo.
- F1x.26 Con consumo episódico (dipsomanía).

### ***Síndrome De Abstinencia***

Conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y están relacionados con el tipo de la sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones.

### ***Pautas Para El Diagnóstico***

El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de la presencia del síndrome de dependencia (véase F1x.2), por lo cual este diagnóstico también debe ser tomado en consideración.

Los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos (por ejemplo ansiedad, depresión o trastornos del sueño) son también rasgos

frecuentes de la abstinencia. Es característico que los enfermos cuenten que los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecen cuando vuelven a consumir la sustancia.

Los síntomas del síndrome de abstinencia pueden inducirse por estímulos condicionados o aprendidos, aun en la ausencia de un uso previo inmediato de la sustancia. En estos casos el diagnóstico de síndrome de abstinencia sólo se hará si lo requiere su gravedad.

El diagnóstico de síndrome de abstinencia puede concretarse más con un quinto carácter:

- F1x.30 No complicado.
- F1x.31 Con convulsiones.
- F1x.4 Síndrome de abstinencia con delirium.
- Trastorno en el que un síndrome de abstinencia (ver F1x.3) se complica con un delirium (ver las pautas de F05.-).

Los síntomas prodrómicos típicos son insomnio, temblores y miedo. A veces el comienzo está precedido por convulsiones de abstinencia. La tríada clásica de síntomas consiste en obnubilación de la conciencia y estado confusional, alucinaciones e ilusiones vividas en cualquier modalidad sensorial y temblor intenso. Pueden aparecer también ideas delirantes, agitación, insomnio, inversión del ciclo sueño-vigilia y síntomas de excitación del sistema nervioso vegetativo.

Excluye: Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas (F05.-).

El diagnóstico de síndrome de abstinencia con delirium puede concretarse más con cinco caracteres:

- F1x.40 Sin convulsiones.
- F1x.41 Con convulsiones.

### ***Trastorno Psicótico***

Trastorno que normalmente se presenta acompañando al consumo de una sustancia o inmediatamente después de él, caracterizado por alucinaciones (auditivas, pero que afectan a menudo a más de una modalidad sensorial), falsos reconocimientos, ideas delirantes o de referencia (a menudo de naturaleza paranoide o de persecución), trastornos psicomotores (excitación, estupor) y estados emocionales anormales, que van desde el miedo intenso hasta el éxtasis. Suele haber claridad del sensorio, aunque puede estar presente un cierto grado de obnubilación de la conciencia, que no llega al grado de un estado confusional grave. Lo característico es que el trastorno se resuelva parcialmente en un mes y de un modo completo en seis meses.

### ***Pautas Para El Diagnóstico***

Trastornos psicóticos que se presentan durante el consumo de una droga o inmediatamente después de él (por lo general dentro de las primeras 48 horas), siempre y cuando no sean una manifestación de un síndrome de abstinencia con delirium (ver F1x.4) o de comienzo tardío. Los trastornos psicóticos de comienzo tardío (comienzo después de dos semanas de consumo de la sustancia) pueden aparecer, pero deben codificarse como F1x.7.

Los síntomas son variados, ya que están en función de la sustancia y de la personalidad del consumidor. En el caso de las sustancias estimulantes, como la cocaína y las anfetaminas, estos trastornos psicóticos se presentan por lo general tras consumos prolongados o a dosis altas de la sustancia. Incluye:

- Alucinosis alcohólica.
- Celotipia alcohólica.

- Paranoia alcohólica.
- Psicosis alcohólica sin especificación.

El diagnóstico de trastorno psicótico puede concretarse más con cinco caracteres:

- ✓ F1x.50 Ésquizofreniforme.
- ✓ F1x.51 Con predominio de las ideas delirantes.
- ✓ F1x.52 Con predominio de las alucinaciones (incluye la alucinosis alcohólica).
- ✓ F1x.53 Con predominio de síntomas polimorfos.
- ✓ F1x.54 Con predominio de síntomas depresivos.
- ✓ F1x.55 Con predominio de síntomas maníacos.
- ✓ F1x.56 Trastorno psicótico mixto.

### ***Síndrome Amnésico***

Síndrome en el cual hay un deterioro notable y persistente de la memoria para hechos recientes y la memoria remota se afecta en algunas ocasiones, mientras que está conservada la capacidad de evocar recuerdos inmediatos.

También suelen estar presentes un trastorno del sentido del tiempo, con dificultades para ordenar cronológicamente acontecimientos del pasado y una disminución de la capacidad para aprender nuevas cosas. Puede ser marcada la presencia de confabulaciones, aunque no siempre están presentes. El resto de las funciones cognoscitivas suele estar relativamente bien conservadas.

### ***Pautas Para El Diagnóstico***

- a) Trastorno de memoria para hechos recientes (aprendizaje de material nuevo), trastorno del sentido del tiempo (alteración de la capacidad para ordenar cronológicamente los acontecimientos del pasado, aglutinación de acontecimientos repetidos en uno solo, etc.).
- b) Ausencia de alteración de la evocación de recuerdos inmediatos, menor alteración de la conciencia y en general de las funciones cognoscitivas.
- c) Antecedentes o la presencia objetiva de consumo crónico (y a dosis particularmente altas) de alcohol u otras sustancias psicótropas.

### ***Test o Pruebas Tipo Screening***

Existen muchos cuestionarios y test que pueden ser aplicados a los pacientes. Las preguntas de estos cuestionarios son acerca de la cantidad y la frecuencia de consumo.

El test FAST (Fast Alcohol Screening Test) es un cuestionario desarrollado para ser utilizado en salas de emergencia o espacios muy ocupados con el fin de detectar personas o pacientes que poseen un consumo de alto riesgo de alcohol. Esta corta prueba fue desarrollada a partir del cuestionario Audit de rastreo con el fin de aplicar cuatro preguntas que señalen de manera rápida y eficaz a estas personas que están en la zona de riesgo. Consta de 2 preguntas acerca de la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas y de 2 preguntas más para detectar los riesgos de alcoholismo.

El test Cage/Deta está dividido en 4 apartados de preguntas para detectar un consumo nocivo o de riesgo. Aunque es un cuestionario corto y sencillo responde a la realidad del consumo. Se caracteriza por la sensibilidad de los reactivos respecto a la descripción del consumo. Del desarrollo de este test se realizó la modificación para el Screening de drogas (CAGE\_AID) el

cual también se caracteriza por su brevedad. El cuestionario CAGE fue originalmente desarrollado por Ewing y Rouse en 1968 para detectar bebedores rutinarios.

En 1974, Mayfield publicó el primer estudio de validación y posteriormente su fiabilidad y validez ha sido bien documentada en diferentes medios (hospital, otras áreas clínicas...) y poblaciones. Representa, por tanto, un método eficaz de Screening en el abuso de alcohol.

El test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) elaborado por la Organización Mundial de la Salud. Consta de diez preguntas acerca de los diferentes tipos de consumo de alcohol. Este test es el más utilizado en Medicina General. Por lo general, los médicos sólo plantean las tres primeras preguntas de este test a los pacientes. Sin embargo en su aplicación completa para fines investigativos permite, detectar a bebedores excesivos y problemas relacionados con el alcohol en el año previo.

Teen Adiction Severity Index (T-ASI) es una entrevista semiestructurada que fue diseñada para proporcionar una importante información sobre aspectos de la vida del paciente que contribuyen a su abuso de sustancias y/o síndrome de dependencia. La aplicación de un instrumento como este permitiría el desarrollo de un perfil de la población para su uso posterior en la investigación y la futura intervención de la población afectada.

## METODOLOGÍA

### **Tipo y nivel de investigación**

**Tipo de estudio:** Observacional ya que se registro la presencia de un fenómeno en un contexto y tiempo determinado, sin que el investigador interviniera modificando las condiciones en que este se da.

**Nivel:** Descriptivo-explorar la presencias del uso y abuso de sustancias mediante la utilización de herramientas de valoración estadísticas, el diligenciamiento de encuestas validas y confiable para esta población.

**Diseño:** Se trata de un estudio trasversal, porque la recolección de los datos y la aplicación del instrumento se realizara en un solo momento,

### **Población**

#### **Población y Muestra**

#### **Población de referencia**

Todos los estudiantes de la universidad Simón Bolívar pertenecientes a los semestre 1 a 9 del programa de psicología de la Sede –Barranquilla.

#### **Población Objetivo**

Todos los estudiantes Matriculados en l programa de psicoliga pertenecientes a los semestre de 3 a 5 y que asistentes a la institución en las sedes de la ciudad de Barranquilla al momento de iniciarse la ejecución de la propuesta.

**Criterios de inclusión**

- Residentes en el Área Metropolitana de la Ciudad de Barranquilla
- Edades comprendidas entre 18 y 60 años de edad

**Criterios de Exclusión**

- Tener un trastorno emocional
- Tener un trastorno psiquiátrico
- No aceptación de ingreso al estudio
- No firma del Consentimiento Informado
- Deserción al Estudio

**Muestra*****Diseño de la muestra******Tamaño de la muestra***

La muestra disponible es 147 de estudiantes participantes en el procesos de evaluación que estaría dentro del rango que permitiría establecer diferencias significativas entre las variables con mayor diferencia de promedios y menor variabilidad; tanto del uso, abuso y dependencia de alcohol.

***Selección de la muestra***

El modo de selección fue no probabilística, por conveniencia intencional donde los sujetos se escogen de acuerdo con una elección cuidadosa y controlada a través de criterios de inclusión.

El procedimiento junto con la definición de los criterios de inclusión en el estudio se desarrolló atendiendo las consideraciones que se relacionan a continuación. Como primera medida se

visitaron los salones de clases se informo acerca de la investigación y se invito a participar a aquellos estudiantes que voluntariamente accedieron a diligenciar la encuesta (AUDIT)

### ***Paradigma***

La investigación fue de tipo empírico-analítico ya que permite observar a través de la experiencia de los estudiantes consumidores de sustancias psicoactivas, las características provenientes como afectación de decisiones, aumento de robo, manifestación de vulnerabilidad y emociones negativas que serán ampliadas en el marco teórico, a su vez también nos permite observar y analizar el comportamiento y desenvolvimiento en la población escogida.

El paradigma empírico–analítico es un tipo de interés técnico y práctico para una investigación. A través de este paradigma podemos observar, medir y verificar todo evento o fenómeno que se pretenda estudiar. (Sampieri, 2003). Para esta investigación fue elegido este paradigma ya que por medio de él se puede observar, verificar, cuantificar el evento que se pretende estudiar, para así poder arrojar posibles respuestas a determinados interrogantes.

### ***Tipo de investigación***

#### ***Diseño***

La intencionalidad de este tipo de investigación descriptivo es especificar en detalle los componentes y estructura de los fenómenos; generalmente, corresponde a estudios con los que se describe la evolución de las variables durante un período de tiempo determinado, o aquellos en los que se hacen estimaciones sobre los efectos de una variable independiente sobre un grupo poblacional.

El objetivo de la investigación descriptiva consistió en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no sólo se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables.

### ***Población***

La población de la presente investigación fueron los estudiantes del programa de Psicología que se encuentren matriculados al inicio de la investigación de la Universidad Simón Bolívar, la cual se encuentra ubicada en la carrera 59 No. 59 – 92 de la ciudad de Barranquilla.

### ***Muestra***

La muestra estuvo conformada por los estudiantes del programa de psicología de tercer a quinto semestre de la Universidad.

### ***Muestreo***

Para llevar a cabo el estudio sobre el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de la Universidad Simón Bolívar de la ciudad de Barranquilla se realizó un muestreo probabilístico, el cual consistió en calcular la probabilidad asociada a cada una de las muestras que es posible extraer de una determinada población, cada elemento poblacional posee una probabilidad conocida de pertenecer a la muestra. Este tipo de muestreo por estar basado en la teoría de la probabilidad permite obtener una idea sobre el grado de representatividad de una muestra.

Por tanto, sólo él proporciona una base adecuada para inducir las propiedades de una población a partir de una muestra. Este tipo de muestreo es el que vamos a considerar nosotros en todo momento. Se caracteriza por conocer la probabilidad de que una unidad particular del universo sea incluida en una muestra, dicha probabilidad es mayor de cero.

### ***Instrumento y técnicas de recolección***

El objetivo del uso de este tipo de test es identificar aquellas personas que tienen consumos peligrosos o nocivos de alcohol en un estadio inicial, antes de que aparezcan serios daños o dependencia, para poner así en marcha seguidamente un plan que permita desarrollar herramientas de intervención para reducir el consumo hasta niveles sin riesgo y evitar la patología biopsicosocial asociada.

El AUDIT DE RASTREO es un cuestionario sencillo compuesto por 10 ítems o reactivos que exploran cantidad y frecuencia de consumo, conductas dependientes y problemas relacionados con el alcohol. Cada ítem tiene cinco posibilidades de respuesta que puntúan entre 0 y 4, excepto los ítems 9 y 10 en los cuales sólo existen tres posibilidades que puntuarían 0-2-4. Dicho cuestionario se mostró fiable y válido en distintos países para la detección de consumos de riesgo y consumos nocivos de alcohol (7), (8), con dos puntuaciones como mejor punto de corte la puntuación de 8 y 10.

### ***Procedimiento***

Para la realización de esta investigación se aplicó el test AUDIT de rastreo el cual cumple con sus reactivos la recolección de datos indispensables para la medición de los niveles de ABUSO, CONSUMO Y DEPENDENCIA, basándose principalmente el estudio en la medición del alcohol se tiene en cuenta entonces marcadores del test que miden el consumo de riesgo, consumo perjudicial o dependencia de la población que compone la muestra seleccionada. Ayudándonos a identificar así, cual es la población afectada por este fenómeno del consumo de SPA en el programa de psicología de la Universidad Simón Bolívar.

## DEFINICIÓN DE VARIABLES

### Definición Conceptual

#### *Prevalencia*

Un estudio de prevalencia es aquel en el que se examinan las relaciones entre las enfermedades o entre las características relacionadas con la salud y otras variables de interés, del modo en que existen en una población y momento determinados.

La presencia o ausencia de la enfermedad y de las otras variables (o, si son de tipo cuantitativo, su nivel) se determinan en cada miembro de la población estudiada o en una muestra representativa en un momento dado. Este también puede ser también analítico cuando se examinan las variables de interés en subgrupos de sujetos, pudiendo estudiarse hipótesis causales o de asociación. Sin embargo este tipo de modelo de investigación sólo permite probar hipótesis simples, por ejemplo, si el promedio de una característica difiere de un valor estándar conocido o del de otra población. También permite la comparación entre grupos, o de un mismo grupo en diferentes momentos, como por ejemplo en años o periodos diferentes. Un ejemplo de estudio de prevalencia en referencia a sustancias psicoactivas, fue realizado por (Bravo, Pablo; Bravo, Sonia; Porras, Beatriz; 2005).

La mayor prevalencia de sustancia psicoactivas se encontró en suicidios del (47.8%) seguido por homicidios (35.2%). En el año 2000 fue mayor la prevalencia de psicotrópicos. La frecuencia alcoholemia fue similar en los otros años del estudio excepto en 1999. Se identificó que la cocaína en 21% de los análisis y fue similar en todos los grupos de edad menores de 45 años. De las personas que consumieron cocaína 58.3% también consumieron marihuana y 37.5% alcohol. La marihuana se identificó en 14.2% y solo se presentó en estudiantes universitarios y

homicidios. De las personas a las que se les encontró marihuana, 87.5% tuvieron un hallazgo de cocaína y 18.8% de alcohol. Es llamativa la gran variedad de sustancias encontradas en suicidios el 47.4% entre las cuales se encontró marihuana, haze, ansiolíticos y las muertes por accidentes de tráfico.

### ***Definición Operacional***

En la definición operacional de esta investigación se precisa describir cada uno de los aspectos que rodean el curso que presenta un estudio de prevalencia, puesto que la variable investigativa del tema a estudiar se basa en este tipo de estudio.

### **Operacionalización de las variables**

- **Variables Demográficas**

<b>Nombre de la Variable</b>	<b>Descripción</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Nivel de Medición</b>	<b>Valores</b>
<b>Edad</b>	Edad cumplida en años	Cuantitativa	Razón	17 -40 años
<b>E.S.E</b>	Estrato socioeconómico según recibos de servicios públicos del lugar de residencia del	Cualitativa	Ordinal	1 Bajo 2 Medio Bajo 3 Medio 4 Medio Alto 5 Alto

	paciente			
<b>Escolaridad</b>	Escolaridad niño	Cuantitativa	Razón	3 4 5 semestre
<b>Genero</b>	Sexo	Cualitativa	Nominal	1. Masculino 2. Femenino

*Variable De Criterios*

<b>Nombre de Variable</b>	<b>Descripción</b>	<b>Nivel de Medición</b>	<b>Valores</b>
Estatus	Presenta o no presenta adicción según los criterios del DSM-IV.	Nominal	0. Control 1. Afectado

*Variable Demográfica*

<b>Nombre</b>	<b>Descripción</b>	<b>Nominal / Nivel de medición</b>	<b>Valores</b>
<b>Edad</b>	Permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Cuantitativa	17 - 40
<b>Estrato Socioeconómico</b>	Forma de estratificación social basada en las remuneraciones que reciben o	Cuantitativa	1.2.3.4.5.6..

	los impuestos que pagan las personas.		
<b>Escolaridad</b>	Conjunto de las enseñanzas y cursos que se imparten a los estudiantes en los establecimientos por parte de los docentes.	Nominal	3,4,5 semestre
<b>Género</b>	Sexo.	Nominal	1. Femenino 2. Masculino

### *Control De Variables*

	<b>¿QUÉ?</b>	<b>¿CÓMO?</b>	<b>¿POR QUÉ?</b>
<b>En los sujetos</b>	Estudiantes de la Universidad Simón Bolívar de la ciudad de Barranquilla, pertenecientes al programa de psicología.	Seleccionando a estudiantes de los semestres 3, 4 y 5 del programa de psicología.	El interés del estudio es conocer la prevalencia del uso de sustancias psicoactivas entre esta población.
<b>El ambiente</b>	Lugar	Solicitando un permiso a las directivas y a la Universidad Simón Bolívar	Para facilitar el acceso a la población y que estos a su vez puedan

		de Barranquilla	ser el objeto de estudio.
<b>Instrumento</b>	Validez y confiabilidad.	Seleccionando un instrumento de reconocida validez y confiabilidad, según los objetivos del estudio.	Esto incrementa la confiabilidad y validez de los resultados que arroje la encuesta aplicada, para escoger de manera acertada a los estudiantes que hacen parte de la población consumidora.

### **Procedimiento**

Se Procedió con el cumplimiento de los requisitos de la selección de la muestra,. A los participantes en el estudio se les aplicara una tarea diseñada para determinar el uso de alcohol en la población perteneciente al programa de psicología de la Universidad Simón Bolívar. Esta evaluación consta de un reactivo tipo likert para establecer la severidad del consumo de alcohol (1) sesión de 20 minutos.

La información se diligencio en una base de datos en Microsoft Excel, los datos se manejaron de manera confidencial asignándole un código que los identifico para garantizar el principio de confidencialidad, la información fue exportada a un computador para ser procesada usando programa SPSS 18.0 que realiza en forma automatizada los análisis de la variables pertenecientes al estudio.

**Plan de análisis Estadístico**

La información se maneja de manera confidencial, esta será digitalizada en una base de datos en Microsoft Excel. En la muestra se analizaron las respuestas emitidas por los estudiantes en las tareas del test AUDIT para establecer las comparaciones en cuanto a los puntajes totales y por niveles de la escala el grupo de estudio.

En las características demográficas tales como: edad, sexo, estrato socioeconómico, se empleó un análisis descriptivo para calcular la frecuencia absoluta y relativa, al igual que medidas de tendencia central (media) y porcentajes de acuerdo con las variables de estudio y con su naturaleza.

La confiabilidad del estudio lo brindó el control del error tipo I por tal razón se utilizará un nivel de significación  $\alpha=0.05$ . El procesamiento y análisis estadístico de la información se realizará con el software estadístico SPSS 18 para Windows

**RESULTADOS**

Variable	N=147 X (DE)		
Edad	17 - 40		
Escolaridad	3,8 (0,59)		
Estrato Socio Económico	3,18 (1,09)		
Genero	147		
Masculino	23		

**Tabla No 1.** Características demográficas de la Muestra de 147 estudiantes de ambos sexos de 17 a 39 años de edad del programa de psicología de la Universidad Simón Bolívar sede Barranquilla 2013.

Femenino	124		
----------	-----	--	--

<b>VARIABLES</b>	<b>N</b>	<b>X</b>	<b>S.D</b>
<b>Edad</b>	147	20,0	3,084
<b>Semestre</b>	147	3,8	0,597
<b>Género</b>		1,8	0,365
Masculino	23		
Femenino	124		
<b>ESE</b>	147	2,63	0,967

X= media

Std. Desviation = Desviación Estándar

N=muestra

Datos pertenecientes a la muestra de 147 estudiantes de ambos géneros del programa de psicología de la Universidad Simón Bolívar en la ciudad de Barranquilla. Estos datos presentan la distribución por género donde el sexo femenino tiene un porcentaje 84,4 % de la población y el masculino 15,6%. El estrato socioeconómico está representado por una media de 2,63, y describe una desviación estándar de ,967.

**Tabla No 2.**

Datos de frecuencia en la que se especifica el número de personas, y el semestre correspondiente a los estudiantes del programa de psicología a los que se les aplicó el instrumento test AUDIT DE RASTREO.

		<b>GÉNERO</b>		
		<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	<b>TOTAL</b>
<b>SEMESTRE</b>	<b>Tercero</b>	5	33	38
	<b>Cuarto</b>	15	77	92
	<b>Quinto</b>	3	14	17
<b>TOTAL</b>		23	124	147

La población evaluada del programa de psicología de la Universidad Simón Bolívar está representada por un 15,6% de hombres y un 84,4% de mujeres.

**Tabla No 3.**

Datos de frecuencia en la que se especifica el estrato socioeconómico, y la edad que se encuentran los estudiantes de tercero a quinto semestre de la universidad Simón Bolívar.

	ESTRATO SOCIOECONÓMICO						TOTAL	
	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Cinco	Seis		
EDAD	17	1	2	1	0	0	0	4
	18	4	14	19	4	0	1	42
	19	5	12	17	6	0	0	40
	20	4	6	8	5	1	0	24
	21	2	4	5	1	0	0	12
	22	2	1	2	0	1	0	6
	23	0	2	1	2	0	0	5
	24	0	1	3	0	0	0	4
	25	1	1	0	1	0	0	3
	26	0	0	0	1	0	0	1
	27	0	0	1	0	0	0	1
	29	0	0	2	0	0	0	2
	31	0	1	0	0	0	0	1
	34	0	0	1	0	0	0	1
	39	0	0	1	0	0	0	1
TOTAL		19	44	61	20	2	1	147

El 2,7% de la población tiene 17 años, el 28,6% de la población tiene 18 años, el 27,2% de la población tiene 19 años, el 16,3% de la población tiene 20 años, el 8,2% de la población tiene 21 años, el 4,1% de la población tiene 22 años, el 3,4% de la población tiene 23 años, el 2,7% de la población tiene 24 años, el 2% de la población tiene 25 años, el 0,7% de la población tiene 26 años, el 0,7% de la población tiene 27 años, el 1,4% de la población tiene 29 años, el 0,7% de la población tiene 31 años, el 0,7% de la población tiene 34 años, el 0,7% de la población tiene 39 años.

El 12,9% de la población pertenece al estrato socioeconómico uno, el 29,9% de la población pertenece al estrato socioeconómico dos, el 41,5% de la población pertenece al estrato socioeconómico tres, el 13,6% de la población pertenece al estrato socioeconómico cuatro, el 1,4% de la población pertenece al estrato socioeconómico cinco, el 0,7% de la población pertenece al estrato socioeconómico seis.

***Frecuencia De Reactivos******Tabla No 4.***

Reactivos pertenecientes a la escala AUDIT de rastreo en las que se mide la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas en un día normal en 147 estudiantes del programa de psicología.

<b>BALNORDIA</b>	<b>Fr</b>	<b>P</b>	<b>Pv</b>	<b>Pi</b>
1 o 2	100	68,0	68,0	68,0
3 o 4	17	11,6	11,6	79,6
5 o 6	10	6,8	6,8	86,4
7 o 9	18	12,2	12,2	98,6
10 o mas	2	1,4	1,4	100,0
Total	147	100,0	100,0	

Fr= Frecuencia

P= Porcentaje

Pv= Porcentaje válido

Pi= Porcentaje acumulado

El 68% de la población consume una o dos bebidas alcohólicas en un día de consumo normal; el 12% de la población consume tres o cuatro bebidas alcohólicas en un día de consumo normal; el 7% de la población consume cinco o seis bebidas alcohólicas en un día de consumo normal, el 12% de la población consume siete a nueve bebidas alcohólicas en un día de consumo normal, el 1% de la población consume diez o más bebidas alcohólicas en un día de consumo normal.

**Tabla No 5.**

Reactivos pertenecientes a la escala AUDIT de rastreo en las que se mide la frecuencia con la que con que toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día de consumo.

<b>F6ALOCS</b>	<b>Fr</b>	<b>P</b>	<b>Pv</b>	<b>Pi</b>
Nunca	95	64,6	64,6	64,6
Menos de 1 vez al mes	33	22,4	22,4	87,1
Una vez al mes	15	10,2	10,2	97,3
Una vez a la semana	4	2,7	2,7	100,0
<b>TOTAL</b>	147	100,0	100,0	

Fr=Frecuencia

P= Porcentaje

Pv= Porcentaje válido

Pi = Porcentaje acumulado

El 65% de la población nunca toma seis o más bebidas alcohólicas en un solo día, el 22% la población toma menos de una vez al mes seis o más bebidas alcohólicas en un solo día, el 10% la población toma una vez al mes seis o más bebidas alcohólicas en un solo día, el 3% la población toma una vez a la semana seis o más bebidas alcohólicas en un solo día.

**Tabla No 6.**

Reactivos pertenecientes a la escala AUDIT de rastreo en las que se mide la frecuencia con la que la población fue incapaz de parar de beber una vez había empezado.

<b>PARBBEM</b>	<b>Fr</b>	<b>P</b>	<b>Pv</b>	<b>Pi</b>
Nunca	119	81,0	81,0	81,0
Menos de 1 vez al mes	19	12,9	12,9	93,9
Una vez al mes	7	4,8	4,8	98,6
A diario	2	1,4	1,4	100,0
<b>TOTAL</b>	147	100,0	100,0	

Fr=Frecuencia

P= Porcentaje

Pv= Porcentaje válido

Pi = Porcentaje acumulado

El 13% de la población menos de una vez al mes ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado, el 5% de la población una vez al mes ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado, el 1% de la población a diario ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado.

**Tabla No 7.**

Reactivos pertenecientes a la escala AUDIT de rastreo en las que se mide la frecuencia en el curso del último año en donde los estudiantes del programa de psicología no pueden hacer lo que esperaban de sí mismo por que habían bebido.

<b>HACBBA</b>	<b>Fr</b>	<b>P</b>	<b>Pv</b>	<b>Pi</b>
Nunca	124	84,4	84,4	84,4
Menos de 1 vez al mes	22	15,0	15,0	99,3
Una vez al mes	1	,7	,7	100,0
<b>TOTAL</b>	147	100,0	100,0	

Fr=Frecuencia

P= Porcentaje

Pv= Porcentaje válido

Pi = Porcentaje acumulado

El 15% de la población en el curso del último año, no pudo hacer lo que esperaban de sí mismos por que habían bebido, el 7% de la población no pudo hacer lo que esperaban de su mismos porque había bebido, mientras el 84% de la población si pudo hacer lo que esperaba de sí mismo.

**Tabla No 8.**

Reactivos pertenecientes a la escala AUDIT de rastreo en las que se mide la frecuencia en el curso del último año en donde los estudiantes del programa de psicología tienen sentimientos de culpa o remordimiento luego de haber bebido.

<b>SENTCULBB</b>	<b>Fr</b>	<b>P</b>	<b>Pv</b>	<b>Pi</b>
Nunca	121	82,3	82,3	82,3
Menos de 1 vez al mes	21	14,3	14,3	96,6
Una vez al mes	3	2,0	2,0	98,6
Una vez a la semana	1	,7	,7	99,3
A diario	1	,7	,7	100,0
<b>TOTAL</b>	147	100,0	100,0	

Fr=Frecuencia

P= Porcentaje

Pv= Porcentaje válido

Pi = Porcentaje acumulado

El 14% de la población ha tenido sentimiento de culpa o remordimiento menos de una vez al mes después de haber bebido, el 2% de la población ha presentado sentimiento de culpa o remordimiento después de haber bebido al menos una vez al mes, el 1% de la población ha tenido sentimientos de culpa o remordimiento una vez a la semana después de haber bebido, mientras que un 1% de la población presenta sentimientos de culpa o remordimiento a diario después de haber bebido.

**Tabla No 9.**

Reactivos pertenecientes a la escala AUDIT de rastreo en las que se mide la frecuencia en el curso del último año en donde los estudiantes del programa de psicología no han podido recordar lo que paso el día anterior porque había estado bebiendo.

	<b>RECNOCANT</b>	<b>Fr</b>	<b>P</b>	<b>Pv</b>	<b>Pi</b>
	Nunca	130	88,4	88,4	88,4
	Menos de 1 vez al mes	13	8,8	8,8	97,3
	Una vez al mes	3	2,0	2,0	99,3
	A diario	1	,7	,7	100,0
	<b>TOTAL</b>	147	100,0	100,0	

Fr=Frecuencia  
P= Porcentaje  
Pv= Porcentaje  
Pi = Porcentaje acumulado

válido

El 9% de la población menos de una vez al mes no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo, el 2% de la población una vez al mes no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo, mientras el 1% de la población no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo.

**Tabla No 10.**

Reactivos pertenecientes a la escala AUDIT de rastreo en las que se mide la frecuencia en el curso del último año en donde los estudiantes del programa de psicología no han podido recordar lo que paso el día anterior porque había estado bebiendo.

<b>PRECBBAL</b>	<b>Fr</b>	<b>P</b>	<b>Pv</b>	<b>Pi</b>
No	134	91	91	91,2
Sí, pero no en el último año	6	5	5	95,2
Si, durante el último año	7	4	4	100
Total	147	100	100	

Fr=Frecuencia

P= Porcentaje

Pv= Porcentaje válido

Pi = Porcentaje acumulado

El 91% de la población afirma que ningún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber. Mientras que al 4% de la población durante el último año algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber.

*Análisis**Cruce De Reactivos**Tabla No 11.*

Corresponde a la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas y a la distribución de esta frecuencia acorde al semestre que cursan los estudiantes del programa de psicología de tercer a quinto semestre de la Universidad Simón Bolívar.

SEMESTRE	FRECONSB				TOTAL
	Nunca	Menos de 1 al mes	2 o 3 al mes	2 o 3 veces por semana	
Tercero	16	18	4	0	38
Cuarto	27	47	17	1	92
Quinto	8	7	2	0	17
<b>TOTAL</b>	51	72	23	1	147

Dentro del análisis del resultado de los reactivos se resalta que la frecuencia de consumo, se da en su mayoría en los estudiantes de cuarto semestre menos de una vez al mes.

**Tabla No 12.**

Corresponde a la descripción de la cantidad de bebidas alcohólicas en un día normal de consumo y a su frecuencia en los estudiantes del programa de psicología de la Universidad Simón Bolívar.

<b>SEMESTRE</b>	<b>BALNORDIA</b>					<b>TOTAL</b>
	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7 o 9	10 o mas	
Tercero	32	3	2	1	0	38
Cuarto	54	12	8	16	2	92
Quinto	14	2	0	1	0	17
<b>TOTAL</b>	100	17	10	18	2	147

En la población encuestada se observa que prevalece en el cuarto semestre una consumición de 7 a 9 bebidas alcohólicas en un día normal de consumo.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los datos demográficos descritos en los resultados de la investigación demuestran que hay un mayor número de población femenina el cual hace que predomine un bajo riesgo de consumo de alcohol en la población, teniendo en cuenta que el valor de corte de la puntuación del AUDIT puede variar ligeramente dependiendo de los patrones de consumo del país, el contenido de alcohol de las bebidas habituales, y el tipo de programa de Screening. Sin embargo, que este fenómeno se presente no exime a la población de la presencia de un consumo de riesgo, perjudicial o un síndrome de dependencia en cualquiera de los dos géneros estudiados.

Debido a que la población se caracteriza por encontrarse en edades entre diecisiete y treinta y nueve años, se puede observar en los resultados la prevalencia del consumo, según la escala de clasificación AUDIT (REFERENCIA) es decir, que existen hábitos de consumo de bebidas alcohólicas no en altas cantidades.

Aunque al momento de realizar la calificación y el análisis de la población se ha obtenido un puntaje menor a 8 en la mayoría de la población, no se deja de tener en cuenta la existencia de un consumo que aunque prudente o nulo pueda llegar a un nivel de riesgo bajo en la población. Teniendo en cuenta la puntuación que se elige de corte, se puede afirmar que si tomamos el 8 como punto de corte para la detección de consumos de riesgo, se observó una sensibilidad del 97% y una especificidad del 78% (media de los seis países participantes). En cuanto al diagnóstico de dependencia del alcohol, un 99% de los alcohólicos obtuvieron puntuaciones de 8 o más. (G, Sole, & Cfarran, 1999)

A nivel de intervención de esta población que puntúa bajo en este tipo de escala ubicada en la zona 1a del nivel de riesgo puntúa de 0 a 7, aunque no se requiere intervención alguna para muchos individuos la educación sobre el alcohol es apropiada por varios motivos: contribuye a la concienciación, general de los riesgos del alcohol en la comunidad; puede servir como una medida preventiva, podría ser eficaz para las personas que han minimizado el grado de su consumo y podría recordarles a sí mismos, sus problemas pasados relacionados al consumo perjudicial y a una zona en la que se desarrolla un síndrome de dependencia a esta sustancia.

Cuando se observa un consumo de riesgo se habla entonces de una puntuación que fluctúa entre 8 a 15 puntos en el instrumento aplicado, encontrándose este tipo de población en una zona dos del nivel de riesgo. Ese nivel de consumo de alcohol se caracteriza por encontrarse encima de las pautas establecidas. Aunque las pautas de consumo varían de país a país; los datos sugieren que los riesgos que se encuentran relacionados con el alcohol, aumentan significativamente cuando el consumo es superior o equivalente a dos bebidas. Es importante reconocer que en esta zona se pueden encontrar personas que experimentan cualquier tipo de daño y dependencia a la sustancia.

La zona de riesgo tres, en el cual las puntuaciones se encuentran en un rango de 16 a 19 puntos, sugiriendo un consumo perjudicial o dependiente, ya que está causando daño al bebedor, que a su vez puede estar presentando en ese grado, síntomas visibles de dependencia a las sustancias. La manera de intervenir a estas personas puede manejarse por medio de la combinación de terapia breve, seguida de un consejo simple y una monitorización continuada, es decir, se recomienda un abordaje clínico más completo.

Abordando el ámbito educativo y clínico por el que se tratan estos consumidores, se puede entonces recomendar, el apoyo del programa del bienestar universitario; con el objetivo de brindar acompañamiento al estudiante independientemente de la zona de riesgo en que se encuentre.

Este trabajo podrá servir para abrir puertas a futuras investigaciones; también para desarrollar programas institucionales que sean aplicables a cualquier espacio académico que lo requiera. Favoreciendo el nivel académico, relaciones interpersonales y desenvolvimiento de los estudiantes en cualquier entorno.

Además, es un tema de gran importancia para los investigadores como profesionales de la psicología apropiarse de conocimientos, técnicas y estrategias científicas para aplicarlas en campo terapéutico, ya que es una de las herramientas más utilizadas en el campo de la psicología.

Para la continuidad de este trabajo se recomienda la construcción de un instrumento que ayude al igual que el test Audit utilizado a medir reactivos que faciliten la descripción del fenómeno en la población. Una referencia de instrumento que podría ser de gran ayuda a futuras generaciones que deseen seguir esta línea de investigación es el Teen Adiction severity index (T-ASI), la cual es una entrevista semiestructurada que fue diseñada para proporcionar una importante información sobre aspectos de la vida del paciente puede que contribuyen a su abuso de sustancias y / o síndrome de dependencia. La construcción de un instrumento como este permitiría el desarrollo de un perfil de la población para su uso posterior en la investigación y la futura intervención de la población afectada.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aizipiri, J., Barbado, A., Cañones, A., & Camacho, F. (2002). *Trastornos por sustancias de abuso y otras drogodependencias*. Grupo de Habilidades en Salud Mental de la SEGM, 814-823.

Albarracín, M., & Muñoz, L. (2008). *Factores asociados al consumo de alcohol en los estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria*. Obtenido de Scielo: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172948272008000100007&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172948272008000100007&script=sci_abstract)

Alvarado, M., & Garmendia, G. S. (21 de Noviembre de 2009). *Validez y confidencialidad de la versión chilena de Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*. Recuperado el 15 de Noviembre de 2013, de Scielo: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872009001100008&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872009001100008&script=sci_arttext&tlng=en)

Anderson P, G. A. (2008). *Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas*. O.P.S.; O.M.S.

Asociación Estadounidense de Psiquiatría (1994). *Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (4a. ed.). Washington, DC, EE. UU.: Autor.

Babor, T., & Higgins, J. (Octubre de 2013). *Intervención Breve Para el Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol*. Obtenido de WHO/MSD/MSB/01.6b: [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/en/BImanualSpanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/BImanualSpanish.pdf)

Bravo, A., Bravo, S., & Porras, B. (2005). *Estudio de prevalencia de sustancias Psicoactivas*. Colombia Médica, Vol 36, N° 3.

Brodey, B., McMullin, D., Kaminer, Y., & Winters, K. (2008). *Psychometric Characteristics of the Teen Addiction Severity Index- Two (- ASI2)*. Substance Abuse, 29, 19 - 32.

Cisneros, C. (2001). *Neurobiología de las adicciones*. Psiquiatría Biológica, 62-71.

Contel, M., Gual, A., & Colom, J. (1999). *Traducción y Validación de Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT)*. Adicciones, 337- 347.

Corominas, M., Roncero, C., Bruguera, E., & Casas, M. (2007). *Sistema Dopaminergico y las adicciones*. Revista de neurología, 23 - 31.

Cuadrado, A. I. (2008). *Genética de las adicciones*. Adicciones. Vol. 20, 103-110.

Díaz, C. L. (s.f.). *Consumo asociado a consecuencias personales negativas*. Colegio Oficial de Psicólogos.

Epidemiological Catchment Area. (1993). *Incidencia en el consumo de SPA*.

Feil, J., Sheppard, D., & Fitzgerald, P. (2010). *Compulsive drug seeking and the role of frontostriatal mechanisms in regulating inhibitory control*. Neurosci Biobehav Rev. , 248 -275.

Fernández, E. (2006). *Neurobiología de la adicción a psicoestimulantes*. Revista de Neurología, 147 - 154.

Gobierno Nacional De La Republica de Colombia, Dirección Nacional de Estupefacientes. (2008). *Estudio nacional de sustancias psicoactivas en Colombia*.

Gonzales, J., Zoranis, L., & López, L. (Julio de 2011). *Caracterización del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de una institución*. Obtenido de

<http://biblioteca2.funandi.edu.co/bitstream/123456789/333/1/Caracterizaci%C3%B3n%20del%20consumo%20de%20sustancias%20psicoactivas0001.pdf>

Haro, G., Cervera, G., Martínez, J., & Pérez, M. (2003). *Tratamientos farmacológicos de la dependencia de sustancias desde una perspectiva neurocientífica*. Conductas adictivas, 205 - 219. Valencia, Valencia, España: Actas Españolas de Psiquiatría.

Kaminer, Y., Wagner, E., Plummer, B., & Sefier, R. (1993). *Validation of the Teen Addiction Severity Index (T-ASI): Pliminary Findings*. American Journal on Addictions, 2, 250 - 254.

Kessel, N; Walton, H. (1991). *Alcoholismo: Como prevenirlo para evitar sus consecuencias*. Ed. Paidós.

Kokkevi, A. (1995). *European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence*. European Addiction Research, 208- 210.

Kolansky H, Moore. (1972). *Toxic Effects of Chronic Marihuana use*. Journal of American Journal Association, 222, 35- 41.

Leff, P. & Anton, B. (2003). *Aspectos farmacológicos y genéticos del fenómeno adictivo*. Liberaddictus, No. 75.

Notas de teoría y metodología de la investigación (28 de mayo de 2013): [www.funlam.edu.co/administracion.modulo/NIVEL06/teoriaymetodologiadelainvestigacion.pdf](http://www.funlam.edu.co/administracion.modulo/NIVEL06/teoriaymetodologiadelainvestigacion.pdf).

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington, D.C: Biblioteca Sede OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (1996). Asamblea de Salud Mundial. OPS / OMS. Washington.

Peruga, A., Rincón, A., & Selin, H. (2002). *Estudio del consumo de sustancias adictivas en las américas*. Adicciones, Vol 14. 227 / 238.

Psiquiatría, A. E. (1994). *Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Washington D.C, EE.UU.

Salud, O. M. (2004). *Neurodependencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington D.C: Biblioteca sede OPS.

Shayesta, D., & Kopec, J. (2007). *The CAGE Questionnaire for Alcohol Misuse: A Review of Reliability and Validity Studies*. Clin Inves Med, 30, 33- 41.

Tunving, Lundqvist, Cols. (1995). *Estudio de habilidades verbales y lógico-analíticas, capacidad de abstracción, psicomotricidad y memoria*.