

CONSUMO DE DROGAS EN JÓVENES UNIVERSITARIOS Y SU RELACIÓN DE RIESGO Y PROTECCIÓN CON LOS FACTORES PSICOSOCIALES

DELICY CÁCERES*, ISABEL SALAZAR, MARÍA VARELA Y JOSÉ TOVAR
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, CALI

Recibido: Mayo 25 de 2006

Revisado: Junio 2 de 2006

Aceptado: Junio 12 de 2006

ABSTRACT

The paper presents a non-experimental and descriptive research, aimed to identify the use of legal and illegal psychoactive drugs and the psychosocial associated risk and protective factors in a sample of 763 college students from Cali, Colombia. A questionnaire to evaluate the use of 4 illegal drugs, 2 legal drugs and 13 psychosocial factors was designed and validated. It was found that the legal drug with a higher level of consume was alcohol and the illegal drug was marijuana. The results show a significant association of psychosocial risk and protective factors with the use of both legal drugs (alcohol $c^2 = 16,54$, $p = 0,000$; tobacco $c^2 = 39,07$, $p = 0,000$) and the use of all the illegal drugs (marijuana $c^2 = 28,41$, $p = 0,000$; ecstasy $c^2 = 17,04$, $p = 0,000$; opiates $c^2 = 6,77$, $p = 0,034$; and cocaine $c^2 = 8,89$, $p = 0,012$). The associated factors for all drugs are specifically: disruptive behaviors, self-control, beliefs and valuation of PAS and the relation with consumers.

Keywords: Illegal and legal drug use, risk factors, protective factors, youth.

RESUMEN

El artículo presenta una investigación descriptiva y no experimental que identificó el consumo de drogas legales e ilegales y los factores psicosociales de riesgo y de protección relacionados con el consumo. La muestra fue de 763 universitarios de Cali, Colombia. Se diseñó y validó un cuestionario que identifica el consumo de cuatro drogas ilegales, dos legales y 13 factores psicosociales. Se encontró que la droga legal más consumida es el alcohol y la ilegal es la marihuana. Además, se estableció una asociación significativa de los factores psicosociales de riesgo y protección para el consumo de las drogas legales (alcohol $c^2 = 16,54$, $p = 0,000$; tabaco $c^2 = 39,07$, $p = 0,000$) e ilegales (marihuana $c^2 = 28,41$, $p = 0,000$; éxtasis $c^2 = 17,04$, $p = 0,000$; opiáceos $c^2 = 6,77$, $p = 0,034$; y cocaína $c^2 = 8,89$, $p = 0,012$). Se asociaron particularmente para protección y riesgo de consumo con todas las drogas, los factores: comportamientos perturbadores, autocontrol, preconceptos y valoración de las sustancias y relación con consumidores.

Palabras clave: Consumo de drogas ilegales y legales, factores de riesgo, factores de protección, jóvenes.

* Enviar correspondencia a: Delcy Elena Cáceres Pontificia Universidad Javeriana- Calle 18 # 118-250 Vía a Pance, Cali.
Correo electrónico: dcaceres@puj.edu.co

Introducción

En el ámbito mundial y nacional existe la preocupación por el incremento constante del consumo de drogas ilegales y legales entre jóvenes. Según el Informe Mundial de Drogas de la Oficina contra la Droga y el Crimen de la Organización de las Naciones Unidas [UNODC] del 2004, los consumidores de drogas ilegales ascendían a 185 millones de personas. Ese mismo informe, en el año 2005, mostró cómo la cifra se incrementó a 200 millones, lo que significa que el 5% de la población mundial, entre 15 y 64 años, ha consumido drogas ilegales al menos una vez en el último año, teniendo mayor prevalencia la marihuana (4%), las anfetaminas (0,6%), los opiáceos (0,4%), la cocaína (0,3%) y el éxtasis (0,2%).

Respecto a las drogas legales, la Organización Mundial de la Salud -OMS- (2005) asegura que el consumo de alcohol es considerado el tercer factor de riesgo en los países industrializados y el principal en los países en desarrollo. Se estima que los consumidores ascienden a 2000 millones de personas en el mundo; como fenómeno contribuye a más de 60 enfermedades, trastornos y lesiones (cáncer de esófago, cirrosis, crisis epilépticas, homicidios, accidentes de tránsito, entre otros) y está entre los cinco factores de riesgo de accidentes. Por otra parte, el tabaco es consumido por aproximadamente 650 millones de personas en el mundo; uno de cada diez adultos muere por su causa, produciendo cinco millones de muertes al año.

Diferentes estudios realizados en Colombia, muestran un incremento constante en el consumo de drogas, una mayor incidencia a medida que los jóvenes avanzan en su formación y con edades de inicio cada vez más tempranas. En todos los estudios se ha observado que la droga legal más consumida es el alcohol y la ilegal la marihuana (Comisión Nacional de Investigación en Drogas, 2001; Ministerio de Educación, 2006; Ministerio de Protección Social, 2003; Pérez, 1999; UNODC, 2006).

Las drogas, en general, modifican las condiciones físicas o químicas del organismo, mediante una acción directa sobre el sistema nervioso central alterando su estructura y funcionamiento (*World Health Organisation*, WHO, 2002). A su vez, afecta la conciencia del individuo (Pérez, 2000) con efectos en el comportamiento (Parrott, Morian, Moss & Scholey, 2004). La palabra *consumo* describe específicamente el comportamiento de entrar en contacto con la droga, ya sea por vía oral -tragada o masticada-, inyectada, fumada, por absorción anal o vaginal; generalmente, el consumo inicia con bebidas alcohólicas, cigarrillo y marihuana (Salazar, Varela, Cáceres, 2004; Salazar, Varela, Cáceres y Tovar, 2005, 2006).

Becoña y Vázquez (2001), Pérez (1999, 2000) y WHO (2004) coinciden en que el consumo de drogas puede presentarse de modo experimental, social, regular,

intenso y compulsivo, pero un aspecto relevante en los jóvenes es que el consumo puede alternar entre estos modos y no desarrollarse, necesariamente, de manera secuencial hasta la dependencia. Esto puede deberse al poder de la sustancia (tipo, cantidad y frecuencia) para producir los cambios fisicoquímicos cerebrales, así como a las expectativas y los factores de vulnerabilidad personal, las condiciones familiares y sociales en que se realiza el consumo.

Entre los daños ocasionados por el consumo de drogas se cuentan: 1) los efectos crónicos sobre la salud como el daño a ciertos órganos o la aparición de enfermedades; 2) los efectos físicos que ocasiona directamente la sustancia en un período corto de tiempo y, 3) los efectos sociales derivados del consumo, como el daño de las relaciones interpersonales, la pérdida del trabajo, la desintegración familiar, entre otros.

Así como el consumo de estas sustancias ha sido un tema de interés, también se pueden identificar algunos esfuerzos por hallar los factores psicosociales que aumentan o disminuyen, según sea el caso, la probabilidad del consumo de las drogas y de tener las consecuencias adversas que de dicho consumo se derivan (Carballo et al., 2004; Graña & Muñoz, 2000a, b; Martínez, Fuertes, Ramos & Hernández, 2003; Martínez & Robles, 2001; Muñoz & Graña, 2001; Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2001, 2005; Rojas, Salazar, Varela, Cáceres & Tovar, 2005, 2006; Varela, Salazar, Cáceres & Tovar, 2005, 2006). Entre estos factores están:

1. *Autoestima*. Para Gutiérrez-Baro y Aneiros-Riba (1999) tener una autoestima alta puede aumentar la capacidad de la persona para negarse a consumir drogas. Sin embargo, los resultados de las investigaciones son contradictorios y poco concluyentes, asociando también la presencia de una alta autoestima con el consumo de drogas, precisamente porque las personas se sienten confiadas y asumen comportamientos de riesgo como probarlas (Faggiano et al., 2005; Malcolm, 2004; Rojas, 2001).
2. *Alteraciones psicológicas*. La presencia de ansiedad, depresión y estrés están asociados al consumo de drogas, puesto que constituyen una forma fácil y rápida para experimentar sensaciones placenteras, modificar los sentimientos asociados al malestar emocional, reducir los trastornos emocionales, mitigar la tensión y el estrés y afrontar los cambios y presiones del entorno por sus efectos sobre el sistema nervioso (Galaif, Sussman, Chou & Wills, 2003; Gutiérrez-Baro & Aneiros-Riba, 1999; Marmorstein & Iacono, 2003; Shrier, Harris, Kurland & Knight, 2003; Wu, Lu, Sterling & Weisner, 2004).

3. *Comportamientos perturbadores.* Los individuos que presentan este tipo de conducta tienen una mayor vulnerabilidad para desarrollar problemas relacionados con el consumo de drogas (Best et al., 2004; Ernst et al., 2003; Marmorstein & Iacono, 2003; National Institutes of Health, NIH, 2003; Shrier et al., 2003), debido a que existe una predisposición en la persona hacia la inconformidad, un alto grado de impulsividad, desafío a las figuras de autoridad y normas y oposición generalizada produciendo malestar entre las personas con quienes interactúa (Fundación Bulimia, Anorexia y Comedores Compulsivos, BACC, 2003).
 4. *Bajo autocontrol.* Cuando las personas presentan este déficit tienen una mayor vulnerabilidad hacia el consumo de drogas por su incapacidad para controlar el comportamiento por consecuencias a largo plazo y su tendencia a realizar poco esfuerzo personal y obtener satisfacciones inmediatas y placenteras (Benda, 2005; Gutiérrez-Baró & Aneiros-Riba, 1999; Risolidaria, s.f.; Tibbetts & Whittimore, 2002; Wills et al., 2003).
 5. *Déficit en habilidades sociales.* Ocasiona en la persona dificultad para defender sus opiniones y enfrentarse adecuadamente a los demás cuando se trata de rechazar una oferta de consumo de drogas (Barkin, Smith & DuRant, 2002; Beyers, Toumbourou, Catalano, Arthur & Hawkins, 2004).
 6. *Las habilidades emocionales.* Disminuyen la probabilidad de consumir drogas (Myers & Andersen, 1991; Stenbacka, 2000, 2003) ya que permiten resolver los conflictos interpersonales de manera positiva. Incluyen el autoconocimiento, la identificación, la expresión y el manejo de los sentimientos, el control de los impulsos y las gratificaciones demoradas, el manejo del estrés y la ansiedad (Goleman, 1996).
 7. *Las habilidades de afrontamiento y enfrentamiento inadecuadas.* Implican dificultad en enfrentar la decisión de consumir, o no, la sustancia (Risolidaria, s.f.). De igual manera, el consumo de drogas puede ser asumido como una estrategia de afrontamiento del malestar emocional (Huebner et al., 2005; Ngoundo-Mbongue et al., 2005; Shoal, Castaneda & Giancola, 2005).
 8. *Los preconceptos y la valoración de las drogas.* Lleva al consumo cuando existe una baja percepción del riesgo, de sus efectos y sus consecuencias (Chabrol, Massot & Mullet, 2004; Graña & Muñoz, 2000a; Rohsenow, Colby, Martin & Monti, 2005).
 9. *La espiritualidad.* Ha sido relacionada como factor de protección frente al consumo de drogas, previniendo el consumo inicial y facilitando la abstinencia en el proceso de recuperación de la adicción (Avants, Warburton & Margolin, 2001; Stylianou, 2004).
 10. *El maltrato.* Incluye la violencia física, sexual y psicológica, la negligencia y el abandono (OMS, 2002a). Ha sido ampliamente reconocido como un predictor importante del consumo de drogas y sus consecuencias negativas a largo plazo (Bernstein, Stein & Handelsman, 1998; Compton, Thomas, Conway & Colliver, 2005; Mullings, Hartley & Marquart, 2004).
 11. *La disfunción familiar.* Está caracterizada por patrones negativos de educación y crianza, actitud negativa hacia la familia, sistema familiar en crisis o un escenario disfuncional enmarcado por el abuso de alcohol y otras drogas en el hogar. Se ha asociado a los primeros consumos en los adolescentes (Anicama, 2001; Carballo et al., 2004; Dorius, Bahr, Hoffman & Lovelady, 2004; Mckeganey, Mcintosh & Macdonald, 2003; Mcleod et al., 2004; Rojas, 2001; Wu et al., 2004).
 12. *La relación con personas consumidoras.* El grado de presión social que ejercen los consumidores está asociado con el inicio del consumo en los jóvenes (Carballo et al., 2004; Dorius et al., 2004; Eitle, 2005; Gómez & Muñoz, 2000a; Mcleod et al., 2004), debido a que los consumidores tienen sus propias percepciones riesgosas sobre las drogas y mediante los procesos de aprendizaje social influyen en los otros.
 13. *Insatisfacción con las relaciones interpersonales.* Algunos jóvenes atribuyen un alto valor al consumo porque constituye un medio rápido y sencillo de sentirse aceptados por sus iguales (Allen, Porter, McFarland, Marsh & McElhaney, 2005; Risolidaria, s.f.; Rojas, 2001).
- Conociendo estos aspectos, la presente investigación pretende hacer un aporte al estudio de esta problemática en Colombia, a partir de la descripción del consumo de drogas ilegales y legales y la identificación de su posible asociación con factores psicosociales de riesgo y protección entre jóvenes universitarios de la ciudad de Cali.

Método

Tipo de estudio

El estudio fue de modalidad no experimental, de tipo descriptivo (Hernández, Fernández & Baptista, 2003).

Población y muestra

La población estuvo constituida por estudiantes de una universidad privada de Cali a la que asisten jóvenes de estratos socioeconómicos medio y alto. Para determinar la representatividad de la muestra en este contexto, se consideraron los siguientes criterios: probabilidad de

ocurrencia del fenómeno de 0,50, error alfa de 0,05 y nivel de confianza de 95% (el resultado del cálculo fue de 601 estudiantes). Se extrajo una muestra final de 763 estudiantes, mediante muestreo aleatorio simple, constituida por un 46,5% de hombres y 52,4% de mujeres. El promedio de edad fue de 20 años con una desviación típica de 2,27; el 11,9% tenía entre 16 y 17 años; el 63,6% tenía entre 18 y 21 años; y el 24,5% era mayor de 22 años. El 88,9% está soltero, el 3,2% está casado y el 7,9% está separado o viudo. El 48,4% tenía una relación de pareja en el momento de responder al cuestionario. El 82,4% no tenía una ocupación diferente al estudio y las actividades que realizaba en el tiempo de ocio eran: rumbear (52,2%), dormir (51,7%), escuchar música (49,9%), ir a comer (47,9%) y practicar algún deporte (40,3%).

Instrumento

Para la recolección de la información se construyó y validó el *Cuestionario de factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas*, compuesto por 311 ítems divididos en tres aspectos de interés:

- *Aspectos sociodemográficos*. Incluye 10 ítems que identifican el género, la edad, el estado civil, el programa y semestre académico, con quién viven, si tienen pareja y las actividades de ocio.
- *Presencia de consumo de drogas legales*. 24 ítems con opción múltiple de respuesta que evalúan la conducta (frecuencia y forma), las situaciones antecedentes y las consecuencias, en el consumo de alcohol y tabaco.
- *Presencia de consumo de drogas ilegales*. 48 ítems con opción múltiple de respuesta que evalúan la conducta (frecuencia y forma), las situaciones antecedentes y las consecuencias. Se incluyeron las siguientes sustancias: opiáceos (heroína, morfina, metadona, etc.); cocaína (basuco, cocaína, base libre y crack); marihuana y éxtasis y otros alucinógenos (LSD, polvo de ángel, hongos y peyote).
- *Factores psicosociales de riesgo y protección para el consumo de drogas*. 229 ítems con respuesta tipo «sí/no» que miden: alteraciones psicológicas, autoestima, comportamientos perturbadores, maltrato, habilidades de autocontrol, sociales, emocionales, de afrontamiento y enfrentamiento, espiritualidad, preconcepciones y valoración de las drogas, relaciones interpersonales, relaciones con consumidores y funcionamiento familiar.

Procedimiento

Se revisaron escalas validadas en el mundo para evaluar factores de riesgo y protección en el consumo de drogas y se construyó el cuestionario. La validez de contenido se obtuvo a través de panel de expertos y la consistencia

interna se calculó con el *alpha* de Cronbach (0,906; $p < 0,05$).

Antes de diligenciar el cuestionario, los sujetos fueron informados sobre la confidencialidad de sus respuestas. La recolección de información se llevó a cabo durante dos meses de manera grupal y autoaplicada.

La *caracterización del consumo de drogas ilegales y legales* se realizó a partir del tipo de interacción que el sujeto había tenido con la sustancia: *nunca ha consumido* (el comportamiento no se había presentado a lo largo de la vida), *consume actualmente* (el comportamiento se ha presentado y mantenido por lo menos durante el último mes) y *consumió antes y actualmente no*, 'consumo histórico' (en alguna ocasión pasada hubo consumo de las sustancias, pero no se ha presentado en los últimos 30 días).

Por otra parte, los *factores psicosociales* se clasificaron como *de riesgo o de protección*. De acuerdo con la respuesta del joven, a cada ítem se le asignó un valor de uno o cero. Un joven con un puntaje igual o mayor al percentil 75% se consideró 'expuesto a riesgo' y si obtenía un puntaje inferior o igual al percentil 25% se evaluó con un 'efecto protector'.

Para el análisis de resultados se utilizó el *Statistical Package for Social Sciences* [SPSS] versión 13.0 para Windows. Se realizaron tablas de distribución de frecuencias simples para las variables sociodemográficas y la caracterización del consumo. La asociación entre los factores psicosociales de manera global e independiente y el consumo de las diferentes sustancias se realizó mediante tablas de contingencia y pruebas Chi cuadrado (χ^2), considerando una significancia menor o igual a 0,05.

Resultados

1. Características del consumo de drogas ilegales y legales

La distribución del consumo de drogas fue la siguiente: alcohol (74,5%), tabaco (33,2%), marihuana (7,1%), éxtasis (1,8%), opiáceos (1,5%) y cocaína (0,9%).

El consumo de alcohol se inicia en promedio en la mayoría de los jóvenes entre los 12 y 17 años (84,3%), un 8,8% reportó hacerlo desde antes de los 12 años; con una mediana global de 14,93 años. El alcohol es la sustancia más consumida entre los universitarios: el 97,4% lo ha tomado al menos una vez en su vida, y de éstos, el 74,5% mantiene el consumo. El 52% de los consumidores son mujeres; el 50,8% tiene entre 18 y 20 años y el 39% tiene entre 21 y 25 años. Las bebidas alcohólicas que más consumen son la cerveza (88,5%), el aguardiente (86,2%) y el vino (74,7%); y lo hacen en bares (78,1%), discotecas (76,7%), casas de amigos (65,4%) y en su propia casa (43,1%); en eventos como la rumba (83%), las reuniones sociales (62,9%) y las

celebraciones (62,8%), en las que están en compañía de amigos (92,7%), familiares (37,2%) y la pareja (34,1%). En el 61,2% de los casos, los amigos son los que les han pedido que consuman alcohol. El límite para el consumo de alcohol es para el 78,9% 'sentir un efecto placentero o deseado', el 11,5% dice no 'tener límite' y el 9,6% consume hasta sentir malestar o tener un efecto desagradable. El 28,3% dicen no haber tenido ninguna consecuencia por consumir alcohol; el 26,7% identificó cambios en su estado de ánimo; el 25,6% informa que tuvo conflictos o rupturas de relaciones con personas significativas (padres, amigos y pareja); el 22,9% asegura que socializa con otras personas; y el 15,1% se sintió mal consigo mismo.

El consumo de tabaco inicia entre los 12 y los 17 años (82%); y en edades inferiores a los 12 años un 5,3%; con una mediana de inicio del consumo de 15,27 años. Entre los que consumen actualmente (33,2%), el 61,3% de ellos son hombres; el 55,6% tiene entre 18 y 20 años. Se encontró que son más los que nunca han consumido (41,3%), que aquellos que lo hacen en el presente. Además, el 35,6% consumió alguna vez tabaco pero ahora no. Las situaciones en las que se consume en mayor medida son los eventos sociales: la rumba (42,7%), las reuniones con amigos y compañeros (25,6%) y las celebraciones (22%). Este comportamiento se produce en el 48,6% de los casos en compañía de amigos, aunque, también se realiza en solitario (26,9%); y el 42,7% afirma que no ha tenido presión para consumirlo. Los lugares en los que se presenta mayor consumo son los bares (41,2%), las discotecas (40,2%), la universidad (32,2%), las casas de sus amigos (31,7%) y en la propia casa (19,9%). El 64,4% de los estudiantes afirma que consume tabaco hasta «sentir un efecto placentero o deseado»; el 20,1% afirma no «tener límite» y el 15,6% consume hasta sentir malestar o tener un efecto desagradable. El 28,3% de los jóvenes menciona que el consumo no le ha traído ninguna consecuencia, sólo el 8,3% afirma que 'le ha hecho daño' o ha tenido problemas médicos (6,2%). El 16,6% de los individuos informa sobre la obtención de efectos placenteros o positivos a nivel emocional (sentir placer, 6,8%; sentirse a gusto consigo mismo, 5,5%; y modificar su estado de ánimo, 4,3%).

Respecto a la marihuana, el 82% de los consumidores reportó haber iniciado el consumo entre los 12 y 17 años y antes de los 12 años un 5,3%; la mediana de inicio del consumo fue de 16,45 años. El 23,2% de los estudiantes de la muestra ha consumido alguna vez o consume actualmente; el 31% de ellos continúa haciéndolo. El consumo actual se presenta en mayor proporción en los hombres (67,3%); es superior entre los mayores de 18 años (96%) y solteros (98%). La forma de consumo para el 100% es fumada, en comidas

(34,2%) y en forma de hashish (12,4%). Se consume en momentos de diversión con los amigos (47,3%) y en reuniones sociales (31,4%). Los lugares de mayor consumo son las casas de amigos (58,6%), los parques (44,4%) y los autos (35,5%). El 39,1% reconoce que ha sido presionado por sus iguales para consumir. El 50,9% dice no haber tenido ninguna consecuencia negativa por hacerlo, y entre quienes perciben algún tipo de consecuencia por el consumo, el 26% reporta sentir placer, el 21% sentirse mal consigo mismo y el 19,5% afirma que la marihuana modifica su estado de ánimo.

Con respecto al consumo de éxtasis y otros alucinógenos, el 70,2% informó que inició entre los 12 y 18 años, el 26,3% cuando tenía entre 19 y 21 años y el 3,5% restante después de los 22 años; con una mediana de inicio del consumo a los 12,27 años. El 4,4% de la muestra total ha consumido alguna vez o consume actualmente éxtasis, LSD, polvo de ángel, hongos o peyote. El 72,9% de los que tienen historia de consumo (del 4,4% total), dijeron no hacerlo actualmente y el 27,1% restante continúa teniendo la práctica; son en su mayoría hombres (69,2%). El 100% de los consumidores están solteros y son mayores de 18 años. La forma de consumo es en pastillas (97,9%), inhalada (25%) y absorbida por la piel (10,4%). El mayor consumo se produce en discotecas (75%) y en el 100% de los casos en compañía de los amigos. El 35,4% de los que ha consumido reporta presión de los iguales para hacerlo. Respecto a las consecuencias del consumo de éxtasis, el 27,1% dice no haber tenido ninguna; mientras que el 39,6% menciona sentir placer, el 27,1% reporta que modifica su estado de ánimo y el 16,7% que aumenta las sensaciones.

Los opiáceos y sus derivados (heroína, opio, morfina, metadona o codeína) han sido consumidos por el 4,3% de la muestra. Fueron consumidos por primera vez cuando tenían entre 12 y 17 años por el 61,5% y por un 2,6% antes de los 12 años, con una mediana de 16,62 años. El 67% de ellos tiene historia de consumo; mientras que el 33% restante continúa consumiéndolos. En el grupo de los que dejaron de consumir la mayoría son hombres (86,4%), mientras que en los que nunca lo han hecho es un poco mayor la proporción de mujeres (54,4%). El consumo actual se presenta en igual proporción entre hombres y mujeres (50%), principalmente en los mayores de 18 años (70%) y en los solteros (89%). El 100% lo hacen fumando, el 69,7% de forma aspirada, el 48,5% de forma tragada y el 12% a través de la piel o de manera inyectada. Las principales situaciones en las que se consumen son las fiestas (60%), las celebraciones (27,3%), las reuniones sociales (21,2%) y durante las relaciones sexuales (21,2%). Para un 27,3%, el consumo puede darse 'en cualquier

momento'. Entre los lugares de consumo están las discotecas (54,5%), las casas de amigos (51,5%), los parques (42,4%), los bares (33,3%) y los autos (33,3%). El 33,3% de los que han consumido ha sido presionado por los iguales para consumir. Entre los consumidores, el 45,5% dice no haber tenido ninguna consecuencia por su comportamiento; quienes perciben algún tipo de consecuencia por el consumo reportan sentir placer (33,3%), modificar el estado de ánimo (21,2%), aumentar las sensaciones (21,2%) y sentirse mal consigo mismo (21,2%).

El inicio del consumo de cocaína y sus derivados (basuco, cocaína, base libre o crack) aparece en mayor porcentaje entre los 12 y los 18 años (74,4%) y un 2,3% reporta haberlo hecho antes de los 12 años; con una mediana en el consumo inicial de 15,86 años. El consumo actual y pasado fue reportado por el 4,3% de la muestra. El 78,8% (del 4,3%) tiene historia de consumo y el 21,2% restante continúa haciéndolo. Se presenta en mayor proporción en los hombres (66,7%); el 100% de los consumidores son solteros y mayores de edad. El 100% lo han consumido inhalado; sin embargo el 39,4% expresaron haberlo hecho en algunas ocasiones también de forma fumada, el 30,3% de forma tragada y el 12% a través de la piel o inyectada. Es consumida en eventos sociales (100%) en compañía de amigos, principalmente en discotecas (69,7%), casas de amigos (66,7%), bares (48,5%) y parques (33,3%). El 33,3% ha sido presionado por sus amigos para consumir. En cuanto a las consecuencias del consumo, el 42,4% dice no haber tenido ninguna; mientras que otros reportan sentir placer (33,3%), modificación del estado de ánimo (30,3%), sentirse mal con ellos mismos (30,3%) y hacerse daño (27,3%).

2. Asociación entre factores psicosociales de riesgo y protección y el consumo de drogas

Las tablas 1 y 2 describen la proporción de jóvenes en protección y en riesgo para el consumo de drogas, por la presencia o ausencia de los factores psicosociales. Además, incluyen los valores *Chi cuadrado* y la significancia resultante de la asociación entre cada una de las sustancias legales (Tabla 1) e ilegales (Tabla 2) con cada uno de los factores psicosociales, así como de manera global.

Los factores psicosociales y los factores psicológicos evaluados, de manera global, están relacionados significativamente con el consumo de todas las sustancias legales e ilegales, actuando como protectores o productores de riesgo para el consumo, de manera diferencial.

Los factores sociales globalmente se asociaron significativamente con el tabaco, la marihuana, el éxtasis y los opiáceos. En contraste, no se presentó relación con el alcohol y la cocaína.

En el caso de las variables que conforman el factor psicológico, *los comportamientos perturbadores, las habilidades de autocontrol, los preconceptos y la valoración de las drogas* se relacionaron significativamente para la protección y riesgo del consumo, con todas las drogas (legales e ilegales). *El maltrato*, tan solo se asoció significativamente con el consumo de marihuana y los opiáceos. *La espiritualidad y las alteraciones psicológicas* se relacionaron, únicamente y de manera importante, con el alcohol y el tabaco.

Entre los factores sociales, se encontró asociación significativa de la variable *relación con personas consumidoras* para riesgo o protección del consumo de las cuatro drogas ilegales y la variable *relaciones interpersonales* se relacionó solamente con el consumo de tabaco y cigarrillo.

Discusión

En la muestra seleccionada se encontró asociación significativa global entre los factores psicosociales y psicológicos evaluados y el consumo de todas las drogas ilegales y legales y, de manera independiente, con algunas variables que conforman los factores psicológicos y sociales. Los factores sociales globales, se relacionaron significativamente con el consumo de tabaco, marihuana, éxtasis y opiáceos, pero no con el alcohol y la cocaína.

La presente investigación encontró que el alcohol es la droga más consumida entre los jóvenes, confirmando los hallazgos de estudios realizados en los últimos años en Colombia y el mundo (Becona & Vázquez, 2001; OMS, 2005; Plan Nacional sobre Drogas, 1997) incluyendo población universitaria (Fenzel, 2005; Higgins & Marcum, 2005; Parrott et al., 2004; Salazar & Arrivillaga, 2004) corroborando la permanencia del riesgo en los países en desarrollo y sus consecuentes efectos negativos en los ámbitos sociales, económicos y de salud.

Una situación similar se presenta con el tabaco, dado que hay un elevado número de consumidores en el mundo y ocupa el segundo lugar de consumo (OMS, 2005), al igual que en el presente estudio. A pesar del número de muertes que se presenta entre los adultos por su causa y especialmente entre los hombres (WHO, 2003), es evidente la baja percepción de las consecuencias negativas del tabaco en la salud del consumidor y de las personas que están a su alrededor como fumadores pasivos, debido a que la exposición al humo ajeno produce diversos tipos de cáncer (Accortt et al., 2005; Parrott et al., 2004; Paskett et al., 2005) y enfermedades del cerebro y cardiovasculares, las cuales han tenido un crecimiento acelerado en los últimos años (WHO, 2003). Sólo algunos universitarios informan haber tenido problemas médicos, no mencionan efectos negativos debidos al incremento de los niveles de nicotina en sangre y por el contrario, destacan consecuencias como la

TABLA 1. PROPORCIÓN DE SUJETOS Y NIVELES DE ASOCIACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE DROGAS LEGALES Y LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

	Alcohol				Tabaco			
	Sujetos en protección	Sujetos en riesgo	χ^2	P	Sujetos en protección	Sujetos en riesgo	χ^2	P
<i>Factores psicosociales</i>	57,2%	42,8%	16,54	0,000	57,1%	42,9%	39,07	0,000
<i>Factores psicológicos</i>	54,6%	45,4%	14,68	0,001	54,6%	45,4%	30,51	0,000
Alteraciones psicológicas	64,9%	35,1%	1,01	0,602	63,8%	36,2%	9,29	0,010
Autoestima	89,1%	10,9%	1,63	0,442	88,6%	11,4%	3,80	0,149
Comportamientos perturbadores	81,1%	18,9%	9,93	0,007	80,7%	19,3%	34,00	0,000
Maltrato	89,7%	10,3%	0,28	0,868	89,1%	10,9%	0,68	0,712
Habilidades de autocontrol	23,6%	76,4%	17,3	0,000	24,5%	75,5%	20,26	0,000
Habilidades sociales	57,6%	42,4%	0,80	0,669	59,2%	40,8%	2,40	0,300
Habilidades emocionales	26,0%	74,0%	2,04	0,360	26,4%	73,6%	0,21	0,900
Habilidades de afrontamiento y enfrentamiento	58,1%	41,9%	1,07	0,583	58,2%	41,8%	6,70	0,035
Espiritualidad	44,2%	55,8%	13,9	0,001	43,7%	56,3%	13,77	0,001
Preconceptos y valoración de las SPA	67,4%	32,6%	36,62	0,000	66,3%	33,8%	74,27	0,000
<i>Factores sociales</i>	71,5%	28,5%	4,42	0,109	71,4%	28,6%	6,53	0,038
Relación con personas consumidoras	57,3%	42,7%	17,96	0,000	56,7%	43,3%	28,04	0,000
Relaciones interpersonales	56,3%	43,7%	2,44	0,295	56,2%	43,8%	7,46	0,024
Funcionamiento familiar	81,2%	18,8%	2,54	0,280	81,1%	18,9%	1,35	0,507

TABLA 2. PROPORCIÓN DE SUJETOS Y NIVELES DE ASOCIACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES Y LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

	Marihuana			Éxtasis			Opiáceos			Cocaína						
	Sujetos en protección	Sujetos en riesgo	χ^2	p	Sujetos en protección	Sujetos en riesgo	χ^2	p	Sujetos en protección	Sujetos en riesgo	χ^2	p				
Factores psicosociales	58,9%	41,1%	28,41	0,000	57,6%	42,4%	17,04	0,000	57,4%	42,6%	6,77	0,034	57,9%	42,1%	8,89	0,012
Psicológicos	55,8%	44,2%	28,36	0,000	54,7%	45,3%	13,52	0,001	54,3%	45,7%	7,64	0,022	54,9%	45,1%	8,41	0,015
Alteraciones psicológicas	65,2%	34,8%	4,98	0,083	64,9%	35,1%	4,36	0,113	64,7%	35,3%	0,018	0,991	64,8%	35,2%	1,91	0,383
Autoestima	88,3%	11,7%	5,29	0,071	88,3%	11,7%	1,25	0,535	88,2%	11,8%	2,65	0,265	88,4%	11,6%	1,59	0,452
Comportamientos perturbadores	82,6%	17,4%	42,58	0,000	81,6%	18,4%	34,45	0,000	81,2%	18,8%	12,66	0,002	81,6%	18,4%	30,84	0,000
Maltrato	88,9%	11,1%	6,76	0,034	89,3%	10,7%	2,27	0,322	89,3%	10,77%	9,50	0,009	88,9%	11,1%	2,19	0,334
Habilidades de autocontrol	24,6%	75,4%	10,66	0,005	24,3%	75,7%	11,44	0,003	24,2%	75,8%	7,17	0,028	24,3%	75,7%	6,58	0,037
Habilidades sociales	58,7%	41,3%	3,67	0,160	58,4%	41,6%	4,52	0,104	58,7%	41,3%	5,41	0,067	58,3%	41,7%	1,32	0,517
Habilidades emocionales	26,8%	73,2%	2,01	0,365	26,2%	73,8%	2,42	0,298	26,0%	74,0%	0,41	0,812	26,4%	73,6%	1,97	0,373
Habilidades de afrontamiento y enfrentamiento	59,3%	40,7%	0,15	0,925	58,6%	41,4%	3,90	0,143	58,5%	41,5%	3,94	0,139	58,9%	41,1%	1,31	0,519
Espiritualidad	44,0%	56,0%	1,68	0,431	43,5%	56,5%	0,77	0,681	43,8%	56,2%	3,84	0,147	44,1%	55,9%	1,04	0,592
Preconceptos y valoración de las SPA	68,1%	31,9%	112,90	0,000	67,2%	32,8%	45,04	0,000	66,6%	33,4%	18,90	0,000	67,2%	32,8%	37,78	0,000
Sociales	72,4%	27,6%	10,16	0,006	72,0%	28,0%	10,37	0,006	71,7%	28,3%	11,66	0,003	72,0%	28,0%	1,48	0,478
Relación con personas consumidoras	58,4%	41,6%	39,97	0,000	57,8%	42,2%	18,68	0,000	57,6%	42,4%	0,609	0,000	58,0%	42,0%	17,41	0,000
Relaciones interpersonales	56,9%	43,1%	2,65	0,265	56,4%	43,6%	5,39	0,068	56,5%	43,5%	0,609	0,737	56,7%	43,3%	2,80	0,246
Funcionamiento familiar	81,5%	18,5%	2,36	0,307	81,0%	19,0%	2,31	0,315	80,9%	19,1%	2,364	0,307	80,9%	19,1%	0,37	0,828

obtención de efectos positivos a nivel emocional, tras el consumo de esta sustancia.

Se observó en la investigación un bajo nivel de consumo de drogas ilegales (10,9%) al compararlas con las legales. Sin embargo, las cifras deberían ser consideradas como relevantes debido a las consecuencias que tienen estas drogas sobre el organismo, sus altos niveles de dependencia física y psicológica, sus efectos en la calidad de vida de las personas y la tendencia acelerada del consumo entre los jóvenes, en el mundo (OMS, 2002b, 2005; Pérez, 2000; UNODC, 2004, 2005).

La droga ilegal más consumida por los jóvenes es la marihuana, lo que respalda los hallazgos de algunos estudios e informes mundiales (McLeod et al., 2004; Turner, Russell & Brown, 2003; UNODC, 2004, 2005; U.S. Department of Health and Human Services, 2003) y específicamente en Colombia (Comisión Nacional de Investigación en Drogas, 2001; Ministerio de Educación, 2006; Ministerio de Protección Social, 2003; Pérez, 1999; UNODC, 2006). Esta situación podría relacionarse con la valoración que los jóvenes hacen de la sustancia, pues la asumen como la menos nociva al contrastarla con las demás drogas ilegales. Incluso, en algunos casos le atribuyen propiedades curativas, la consideran una sustancia natural capaz de aumentar las sensaciones y poco o nada adictiva (Chabrol et al., 2004). Los alucinógenos sintéticos como el éxtasis y el LSD, al igual que los opiáceos, son consumidos en un porcentaje menor, ocupando el segundo y tercer lugar entre las drogas ilegales evaluadas. Los resultados del estudio muestran un bajo consumo de cocaína y sus derivados, confirmando los hallazgos de Bachman, Honston y O'Malley (1990), pero diferenciándose de las cifras que aparecen en el Informe UNODC del año 2005, en donde el éxtasis es la sustancia ilegal de menor consumo.

De manera similar a las sustancias legales, se da una baja percepción de consecuencias negativas en el consumo de drogas ilegales entre los consumidores, colocándolos en un riesgo mayor (Novak, Reardon & Buka, 2002; Salazar & Arrivillaga, 2004; Sim, Jordan-Green, Lee, Wolfman & Jahangiri, 2005) ya que le dan mayor valor a las sensaciones placenteras y a los cambios en el estado de ánimo. Además, clasifican algunas sustancias como menos peligrosas y ellos mismos se atribuyen una mayor capacidad de control sobre el consumo cuando se hace de manera ocasional o recreativa, tal y como lo afirman McLeod et al. (2004); Turner et al. (2003); UNODC (2004, 2005) y U.S. Department of Health and Human Services (2003). Esto podría explicar que la droga ilegal más consumida sea la marihuana, respaldando los resultados de otros estudios.

A diferencia del alcohol, en donde las mujeres aparecen con un 2% superior de consumo, se encontró

una mayor utilización de tabaco y de las drogas ilegales en los hombres. Sin embargo, el porcentaje de mujeres consumidoras es alto y en algunos casos (opiáceos) igual que el de los hombres (Patton et al., 2002; Turner, Russell & Brown, 2003). Según el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y la Promoción de la Salud (2005) y la presente investigación, es menor la diferencia entre los géneros con relación al consumo, convirtiéndose en una situación crítica, teniendo en cuenta que las mujeres son la base del desarrollo social y económico de los países.

En todas las sustancias ilegales y legales es mayor el porcentaje de mujeres que nunca han consumido drogas. Sin embargo, entre el grupo de personas que ha abandonado el consumo es mayor el porcentaje de hombres, con excepción del alcohol en donde son las mujeres quienes han dejado de hacerlo en mayor medida.

Se encontró un menor consumo actual de drogas ilegales y legales en los universitarios menores de edad y la más alta proporción de consumo histórico y actual en los de mayor edad. Sin embargo, el inicio del consumo en los dos tipos de sustancias (legales e ilegales) aparece antes de los 18 años, corroborando los hallazgos de Becoña y Vázquez (2001); Fenzel (2005) y Oman et al. (2004). Esto último, nos lleva a considerar la importancia de implementar programas preventivos desde los primeros años de escolaridad, centrados en las características del consumo y los factores psicosociales más determinantes, como se precisará más adelante.

Los resultados revelan, además, que el consumo de las sustancias legales e ilegales tiene un importante componente social (Parrott et al., 2004). El uso de las sustancias se relaciona con actividades de ocio, diversión y eventos sociales, en las cuales otras personas han participado en la provocación del comportamiento de consumo. Sólo el consumo de tabaco se presenta también cuando están solos.

La presencia de *comportamientos perturbadores* parece estar asociada con el consumo de todas las drogas (Fundación BACC, 2003; Graña & Muñoz, 2000b; Kuperman et al., 2001; Marmorstein & Iacono, 2003; Shrier, et al., 2003). La ausencia en el repertorio conductual de los indicadores que corresponden a los trastornos de conducta, el déficit de atención con hiperactividad, la conducta antisocial y el comportamiento desafiante parece constituir un elemento protector en los jóvenes, porque se asocia con características de baja impulsividad, una mayor tolerancia a la frustración y mejor aceptación de la norma. Con respecto al consumo, quienes logran una mayor autorregulación tienen una menor vulnerabilidad, evitan exponerse a situaciones de riesgo o pueden presentar un consumo exploratorio y esporádico y no avanzar hacia la dependencia.

La presencia o ausencia de preconceptos y valoraciones positivas sobre las drogas facilita el riesgo o protección de consumo, respectivamente, según se observó en el estudio. Al respecto, Graña y Muñoz (2000b) y Marsden et al. (2005) hallaron que las personas pueden tener una gran variabilidad de opiniones y posiciones frente a las drogas, pero es probable que aquellas ideas que son más favorables coloquen en riesgo a las personas, puesto que se incurre más fácilmente en actitudes relacionadas con el poco conocimiento de estas sustancias y se minimizan los efectos que puedan tener, como sucede en el caso de la marihuana, el alcohol y el cigarrillo. Relacionar el consumo de drogas con efectos como el aumento de sensaciones placenteras, mayor facilidad para la expresión de opiniones y sentimientos, aceptación por parte de sus iguales, mejor rendimiento académico, laboral o deportivo y aumento de la creatividad, favorece no sólo el consumo experimental de una droga, sino también el uso regular de ella. Esto sumado a la baja percepción de riesgo y de consecuencias negativas en sus propias experiencias, se convierte en un importante factor de mantenimiento del comportamiento de consumo de drogas ilegales y legales (Becoña & Vázquez, 2001; Butters, 2004). Ahora por el contrario, si un joven percibe una droga como un riesgo y valora su consumo como peligroso, la probabilidad de convertirse en consumidor o de pasar a consumos compulsivos o intensos será mucho menor (Bachman et al., 1990). Esto se refleja en sustancias como los opiáceos y la coca, percibidos como más nocivos que las demás drogas y consumidas en menor cantidad.

Los resultados sobre el déficit en habilidades de autocontrol como factor de riesgo para consumir drogas ilegales y legales, apoyan lo encontrado en otros estudios (Benda, 2005; Gutiérrez-Baró & Aneiros-Riba, 1999; Risolidaria, s.f., Tibbetts & Whittimore, 2002; Wills et al., 2003). Centrarse en sí mismo, tener un bajo control emocional, preferir las tareas físicas a las mentales (Higgins & Marcum, 2005), la dificultad para reflexionar acerca de las consecuencias de las propias acciones, la sensibilidad al refuerzo y la gratificación inmediata y los estilos atribucionales de carácter externo y global se asocian frecuentemente con el mantenimiento del comportamiento de consumo de drogas.

La asociación estadística significativa entre el maltrato y el consumo de las sustancias marihuana y opiáceos se observa también en otros estudios (Bernstein et al., 1998; Compton et al., 2005; Mullings et al., 2004). Es importante tener presente la ausencia de relación importante con las demás drogas legales e ilegales teniendo en cuenta que el maltrato (entre los que se incluye la negligencia) predispone a alteraciones emocionales y trastornos del comportamiento y estos, a

su vez, se asocian con el consumo de drogas. Se confirman los hallazgos de Bernstein et al., 1998, quien sólo encontró relación entre el maltrato y algunas drogas.

Respecto a los factores sociales, los resultados mostraron que la *ausencia o presencia de relación con personas consumidoras* es el principal factor que actúa como protector o riesgo frente al consumo de todas las sustancias ilegales y legales. Graña y Muñoz (2001a) y Parrott et al. (2004) coinciden en plantear que uno de los mejores predictores del consumo de tabaco y alcohol es el hecho de tener amigos que los consuman y que exista un efecto protector en los casos en que haya desaprobación del consumo por parte de los iguales (Bachman, Houston & O'Malley, 1990; Butters, 2004; Jaccard, Blanton & Dodge, 2005). En el presente estudio se observó que esta variable es relevante tanto para las drogas legales como para las ilegales.

Los demás factores psicológicos y sociales evaluados en el estudio parecen no estar fuertemente asociados al consumo de drogas ilegales y legales, pero es probable que se requieran más estudios para confirmar o no la asociación de factores como el funcionamiento familiar y las relaciones interpersonales con el consumo (Anicama, 2001; Allen, Porter, McFarland, Marsh & McElhaney, 2005; Carballo et al., 2004; Dorius et al., 2004; Mckeganey et al., 2003; Mcleod et al., 2004; Risolidaria, s.f; Rojas, 2001; Wu et al., 2004).

El artículo incluyó, en resumen, una descripción del consumo de drogas en un grupo de universitarios, así como la asociación de este comportamiento con aquellos factores individuales y sociales que, en casos específicos, muestran una tendencia a proteger o a poner en riesgo a los jóvenes con relación al consumo de drogas legales e ilegales. Sin duda, un importante reto para los investigadores es replicar la investigación, con el propósito de corroborar o refutar los hallazgos, o continuar con estudios más específicos que permitan establecer relaciones de tipo causal. Ahora, al analizar las situaciones y características del consumo descritas, se establece la importancia de realizar programas de prevención del consumo de drogas y la promoción de la salud en las instituciones educativas en todos los niveles de formación (primaria, secundaria y terciaria o superior), en donde se tenga en cuenta información precisa y efectiva sobre los efectos del consumo, facilitando la percepción del riesgo y la vulnerabilidad personal que incremente la valoración negativa de las sustancias; el manejo del tiempo de ocio; el desarrollo de habilidades sociales, de autocontrol, de afrontamiento y enfrentamiento, de manejo y seguimiento de alteraciones psicológicas y de los comportamientos y las emociones perturbadores.

Agradecimientos

Los autores expresan su gratitud al grupo de investigación Psicología, Salud y Calidad de Vida por el apoyo en la realización del estudio y a la Pontificia Universidad Javeriana, sede Cali, por su financiación.

Referencias

- Accortt, N., Waterbor, J., Beall, C. & Howard, G. (2005). Cancer incidence among a cohort of smokeless tobacco users (United States). *Cancer Causes & Control*, 16, 1107.
- Allen, J. P., Porter, M. R., McFarland, F. C., Marsh, P. & McElhaney, K. B. (2005). The two faces of adolescents' success with peers: Adolescent popularity, social adaptation, and deviant behavior. *Child Development*, 76, 747-760.
- Anicama, J. (2001). Impacto de los factores de riesgo y factores protectores en el desarrollo de la conducta adictiva. En A. Zabaleta (Dir.), *Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en la juventud*. Perú: Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas, CEDRO.
- Avants, S., Warburton, L. & Margolin, A. (2001). Spiritual and religious support in recovery from addiction among HIV-positive injection drug users. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33, 39-45.
- Bachman, J., Honston, L. & O'Malley, P. (1990). Explaining the recent decline in cocaine use among young adults: further evidence that perceived risks and disapproval lead to reduced drug use. *Journal of Health and Human Social Behavior*, 31, 173-184.
- Barkin, S. L., Smith, K. S. & DuRant, R. H. (2002). Social skills and attitudes associated with substance use behaviors among young adolescents. *The Journal of Adolescent Health*, 30, 448-454.
- Becoña, E. & Vázquez, F. (2001). Consumo problemático de sustancias. En V. Caballo (Dir.), *Manual de psicopatología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales*. Madrid: Siglo XXI.
- Benda, B. B. (2005). The robustness of self-control in relation to form of delinquency. *Youth & Society*, 36, 418-444.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A. & Handelsman, L. (1998). Predicting personality pathology among adult patients with substance use disorders: Effects of childhood maltreatment. *Addictive behaviors*, 23, 855-868.
- Best, D., Manning, V., Gossop, M., Witton, J., Floyd, K., Rawaf, S. et al. (2004). Adolescent psychological health problems and delinquency among volatile substance users in a school sample in South London. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 11, 473-482.
- Beyers, J. M., Toumbourou, J. W., Catalano, R. F., Arthur, M. W. & Hawkins, J. D. (2004). A cross-national comparison of risk and protective factors for adolescent substance use: the United States and Australia. *The Journal of adolescent health*, 35, 3-16.
- Butters, J. E. (2004). The impact of peers and social disapproval on high-risk cannabis use: Gender differences and implications for drug education. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 11, 381-390.
- Carballo, J. L., García, O., Secades, R., Fernández, J. R., García, E., Erraste, J. M. et al. (2004) Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 16, 674-679.
- Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y la Promoción de la Salud (2005). *Encuesta mundial sobre el tabaquismo en jóvenes (Global Youth Tobacco Survey, GYTS)*. Recuperado el 10 de Noviembre de 2005, de http://www.cdc.gov/tobacco/global/GYTS_Spanish.htm.
- Chabrol, H., Massot, E. & Mullet, E. (2004). Factor structure of cannabis related beliefs in adolescents. *Addictive behaviors*, 29, 929-933.
- Comisión Nacional de Investigación en Drogas. (2001). *Encuesta nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes de 10 a 24 años*, 1-104. Recuperado en mayo 6 de 2006 de <http://w3.nuevosrumbos.org/documentos/Encuesta%202001.pdf>.
- Compton, W. M., Thomas, Y. F., Conway, K. P. & Colliver, J. D. (2005). Developments in the epidemiology of drug use and drug use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1494-1502.
- Dorius, C., Bahr, S., Hoffman, J. & Lovelady, E. (2004). Parenting practices as moderators of the relationship between peers and marijuana use. *Journal of Marriage and Family*, 66, 163.
- Eftekhari, A. F., Turner, A. P. & Larimer, M. E. (2004). Anger expression, coping, and substance use in adolescent offenders. *Addictive Behaviors*, 29, 1001-1008.
- Eitle, D. (2005). The moderating effects of peer substance use on the family structure-adolescent substance use association: Quantity versus quality of parenting. *Addictive Behaviors*, 30, 963-980.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F. D., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A. & Lemma, P. (2005). School-based prevention for illicit drugs' use. *The*

- Cochrane database of systematic reviews*, 2, CD003020.
- Fenzel, L. (2005). Multivariate analyses of predictors of heavy episodic drinking and drinking-related problems among college students. *Journal of College Student Development Washington*, 46, 126-140.
- Fundación bulimia, anorexia y comedores compulsivos. (2003). Causas y factores de riesgo del consumo de alcohol. Recuperado el 13 de abril de 2004, de <http://www.camporenacimiento.com/adiccion/causas.htm>.
- Galaif, E., Sussman, S., Chou, C. & Wills, A. (2003). Longitudinal relations among depression, stress and coping in high risk youth. *Journal of youth and adolescence*, 32, 243-258.
- Goleman, D. (1996). La inteligencia emocional. Argentina: Javier Vergara.
- Gómez, J. & Muñoz, M. (2000a). Factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de iguales para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología conductual*, 8, 19-32.
- Graña, J. & Muñoz, M. (2000a). Factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de iguales para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología conductual*, 8, 19-32.
- Graña, J. & Muñoz, M. (2000b). Factores psicológicos de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología conductual*, 8, 249-269.
- Gutierrez-Baró, E. & Aneiros-Riba, R. (1999). *Toxicomanías y adolescencia: Realidades y consecuencias*. La Habana: Clínica del adolescente.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México, D.F.: McGraw-Hill.
- Higgins, G. & Marcum, C. (2005). Can the theory of planned behaviour mediate the effects of low self-control on alcohol use? *Collage Student Journal*, 39, 90-103.
- Huebner, A. J., Shettler, L., Matheson, J. L., Meszaros, P. S. Piercy, F. P. & Davis, S. D. (2005). Factors associated with former smokers among female adolescents in rural Virginia. *Addictive Behaviors*, 30, 167-173.
- Jaccard, J., Blanton, H. & Dodge, T. (2005). Peer influences on risk behavior: an analysis of the effects of a close friend. *Developmental Psychology*, 41, 135-147.
- Kuperman, S., Schlosser, S., Kramer, J., Bucholz, K., Hesselbrock, V., Reich, T. & Reich, W. (2001). Developmental sequence from disruptive behavior diagnosis to adolescent alcohol dependence. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 2022-2026.
- Malcolm, B. (2004). Evaluating the Effects of Self-Esteem on Substance Abuse among Homeless Men. *Journal of Alcohol y Drug Education*, 48, 39-61.
- Marmorstein, N. R. & Iacono, W. G. (2003). Major depression and conduct disorder in a twin sample: gender, functioning, and risk for future psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 225-233.
- Marsden, J., Boys, A., Farrell, M., Stillwell, G., Hutchings, K., Hillebrand, J. et al. (2005). Personal and social correlates of alcohol consumption among mid-adolescents. *The British Journal of Developmental Psychology*, 23, 427-450.
- Martínez, J., Fuertes, A., Ramos, M. & Hernández, A., (2003). Consumo de drogas en la adolescencia: Importancia del afecto y la supervisión parental. *Psicothema*, 15, 161-166.
- Martínez, J. & Robles, L. (2001). Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Psicothema*, 13, 222-228.
- Mckeganey, N., Mcintosh, J. & Macdonald, F. (2003). Young people's experience of illegal drug use in the family. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 10, 169-184.
- Mcleod, J., Oakes, R., Copello, A., Crome, I., Egger, M., Hickman, M. et al. (2004). Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: A systematic review of longitudinal, general population studies. *The Lancet*, 363, 1579-1588.
- Ministerio de Educación, República de Colombia. (2006). *El 80 por ciento de los estudiantes en Colombia consume alcohol y el 46 por ciento, tabaco*. Recuperado el 11 de mayo de 2006 de <http://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/fo-article-98340.pdf>.
- Ministerio de la Protección Social, República de Colombia. (2003). Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Recuperado el 11 de mayo de 2006 de: http://www.abacolombia.org.co/bv/clinica/estudio_salud_mental_colombia.pdf.
- Mullings, J. L., Hartley, D. J. & Marquart, J. W. (2004). Exploring the relationship between alcohol use, childhood maltreatment, and treatment needs among female prisoners. *Substance Use y Misuse*, 39, 277-305.
- Muñoz, M. & Graña, J. (2001). Factores familiares de riesgo y protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13, 87-94.

- Myers, D. P. & Andersen, A. R. (1991). Adolescent addiction. Assessment and identification. *Journal of Pediatric Health Care*, 5, 86-93.
- National Institutes of Health. (2003). *Severe childhood ADHD may predict alcohol, substance abuse problems in teen years*. Recuperado el 30 de agosto de 2003, de <http://www.nih.gov/news/pr/aug2003/niaaa-17.htm>.
- Ngoundo-Mbongue, T. B., Niezborala, M., Sulem, P., Briant-Vincens, D., Bancarel, Y., Jansou, P., et al. (2005). Psychoactive drug consumption: Performance-enhancing behaviour and pharmacodependence in workers. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 14, 81-89.
- Novak, S. P., Reardon, S. F. & Buka, S. L. (2002). How beliefs about substance use differ by socio-demographic characteristics, individual experiences, and neighborhood environments among urban adolescents. *Journal of Drug Education*, 32, 319-341.
- Oficina contra la droga y el crimen de la Organización de las Naciones Unidas - UNODC. (2004). *World Drug Report 2004*. Recuperado el 20 de septiembre de 2005, de http://www.unodc.org/unodc/en/world_drug_report_2004.html.
- Oficina contra la droga y el crimen de la Organización de las Naciones Unidas - UNODC. (2005). *World Drug Report 2005*. Recuperado el 20 de septiembre de 2005, de http://www.unodc.org/unodc/en/world_drug_report.html.
- Oficina contra la droga y el crimen de la Organización de las Naciones Unidas (2006). *UNODC Colombia. Programa antidrogas*. Recuperado 5 de mayo de 2006 de http://www.unodc.org/colombia/es/drug_programme.html.
- Oman, R., Vesely, S., Aspy, C., McLeroy, K., Rodine, S. & Marshall, L. (2004). The potential protective effect of youth assets on adolescent alcohol and drug use. *American Journal of Public Health*, 94, 1425-1430.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2002a). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Recuperado el 17 de octubre 17 de 2004, de http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/Abstract%20spanish.pdf.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2002b). *The World Health Report*. Recuperado el 17 de octubre de 2003, de <http://www.who.int/whr/2002/download/en/>.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2005). *Problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol. Informe de la Secretaría en la 58ª asamblea mundial de la salud*. Recuperado el 19 de agosto de 2005, de http://www.who.int/substance_abuse/report_by_secretariat_wha_58_public_health_problems_alcohol_spanish.pdf.
- Organización Panamericana de la Salud. (2001). *Por una juventud sin tabaco. Adquisición de habilidades para una vida saludable*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Desarrollo sostenible y salud ambiental. Control y manejo del riesgo*. Recuperado el 25 de noviembre de 2005, de <http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/evalua.htm>.
- Parrott, A. Morian, A. Moss, M. & Scholey, A. (2004). *Understanding drugs and behaviour*. England: John Wiley & Sons, Inc.
- Paskett, E., Reeves, K., Pineau, B., Albert, P., Caan, B., Hasson, M. et al. (2005). The association between cigarette smoking and colorectal polyp recurrence. *Cancer Causes & Control*, 16, 1021.
- Patton, G., Coffey, C., Carlin, J., Degenhardt, L., Lynskey, M. & Hall, W. (2002) Cannabis use and mental health in young people: Cohort study. *British Medical Journal*, 325, 1195-1198.
- Pérez, A. (1999). *Pilas con las drogas. Programa Presidencial Rumbos*. Santa Fe de Bogotá: Sáenz.
- Pérez, A. (2000). *El libro de las drogas*. Santa Fe de Bogotá: Editorial Carrera 7ª.
- Plan Nacional sobre Drogas. (1997). *Encuesta domiciliaria sobre el uso de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- Risolidaria.org. (s.f). Factores de riesgo y factores de protección. Recuperado en septiembre de 2004 de: http://www.risolidaria.org/canales/canal_drogadiccion/7_fenomeno/fenomeno1.htm.
- Rohsenow, D. J., Colby, S. M., Martin, R. A. & Monti, P. M. (2005). Nicotine and other substance interaction expectancies questionnaire: Relationship of expectancies to substance use. *Addictive Behaviors*, 30, 629-641.
- Rojas, M. (2001). Factores de riesgo y de protección que han sido identificados en adolescentes consumidores de SPA. En: A. Zabaleta. (Dir.), *Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en la juventud*. Perú: Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas, CEDRO.
- Salazar, I. C. & Arrivillaga, M. (2004). El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas como parte del

- estilo de vida de los jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 74-89.
- Salazar, I. C., Cáceres, D. E. & Varela, M. T. (2004). Identificación de factores de riesgo y de protección para el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en jóvenes. En V. E. Caballo, S. Anguiano y L. Reynoso (Dir.), *Memorias IV Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud* (pp. 90), Iztacala: Pax México.
- Salazar, I. C., Varela, M. T., Cáceres, D. E. & Tovar, J. R. (2005, diciembre). Análisis de factores de protección y de riesgo para el consumo alcohol y tabaco en jóvenes. En M. E. Ortiz (Presidente), *Psicología de la salud y adicciones*. Simposio realizado en el III Congreso Latinoamericano de Psicología Clínica y de la Salud, La Habana, Cuba.
- Salazar, I. C., Varela, M. T., Cáceres, D. & Tovar, J. (2006). El consumo de alcohol y tabaco en jóvenes colombianos: factores psicosociales de riesgo y protección. *Psicología conductual*, 14, 77-101.
- Shoal, G. D., Castaneda, J. O. & Giancola, P. R. (2005). Worry moderates the relation between negative affectivity and affect-related substance use in adolescent males: A prospective study of maladaptive emotional self-regulation. *Personality & Individual Differences*, 38, 475-485.
- Shrier, L. A., Harris, S. K., Kurland, M. & Knight, J. R. (2003). Substance use problems and associated psychiatric symptoms among adolescents in primary care. *Pediatrics*, 111, 699-705.
- Sim, T., Jordan-Green, L., Lee, J., Wolfman, J. & Jahangiri, A. (2005). Psychosocial correlates of recreational ecstasy use among college students. *Journal of American College Health*, 54, 25-34.
- Stenbacka, M. (2000). The role of competence factors in reducing the future risk of drug use among young Swedish men. *Addiction*, 95, 1573-1581.
- Stenbacka, M. (2003). Problematic alcohol and cannabis use in adolescence-risk of serious adult substance abuse? *Drug and Alcohol Reviews*, 22, 277-286.
- Stylianou, S. (2004). The Role of Religiosity in the Opposition to Drug Use. *International Journal of Offender Therapy y Comparative Criminology*, 48, 429-448.
- Tibbetts, S. G. & Whittimore, J. N. (2002). The interactive effects of low self-control and commitment to school on substance abuse among college students. *Psychological reports*, 90, 327-337.
- Turner, C., Russell, A. & Brown, W. (2003). Prevalence of illicit drug use in young Australian women, patterns of use and associated risk factors. *Addiction*, 98, 1419-1426.
- U.S. Department of Health and Human Services (2003). *2003 National Survey on Drug Use y Health: Results*. Recuperado el 20 de junio 20 de 2005, de <http://www.oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>.
- Varela, M. T., Salazar, I. C., Cáceres, D. E. & Tovar, J. R. (2005, diciembre). Análisis de factores de riesgo y de protección para el consumo de SPA ilegales en jóvenes. En M. E. Ortiz (Presidente), *Psicología de la salud y adicciones*. Simposio realizado en el III Congreso Latinoamericano de Psicología Clínica y de la Salud, La Habana, Cuba.
- Varela, M. T., Salazar, I. C., Cáceres, D. & Tovar, J. Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: factores psicosociales asociados. Manuscrito en evaluación para publicación.
- Wills, T. A., Gibbons, F. X., Gerrard, M., Murry, V. M. & Brody, G. H. (2003). Family communication and religiosity related to substance use and sexual behavior in early adolescence: A test for pathways through self-control and prototype perceptions. *Psychology of addictive*, 17, 312-323.
- World Health Organization. (2002). *The World Health Report*. Recuperado el 25 de Octubre de 2003, de: http://www.who.int/whr/2002/media_centre/en/index.html.
- World Health Organization. (2003). *The world health report: Shaping the future*. Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2004). Global status report on alcohol 2004. Recuperado el 13 de noviembre de 2005, de http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol/en/index.html.
- Wu, N., Lu, Y., Sterling, S. & Weisner, C. (2004). Family environment factors and substance abuse severity in an HMO adolescent population. *Clinical Pediatrics*, 43, 323-333.