

**CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, FACTORES DE RIESGO  
Y DE PROTECCIÓN EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE  
DESPLAZAMIENTO FORZADO CON EDADES ENTRE LOS 12 Y 65  
AÑOS RESIDENTES EN LA CIUDAD DE SAN JUAN DE PASTO  
(Proyecto de grado para optar por el título de Psicólogo)**

**CHRISTIAN CAMILO BENAVIDES ACOSTA  
OSCAR ORLANDO DAVID CEBALLOS**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
SAN JUAN DE PASTO, AGOSTO DE 2009**

**CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, FACTORES DE RIESGO  
Y DE PROTECCIÓN EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE  
DESPLAZAMIENTO FORZADO CON EDADES ENTRE LOS 12 Y 65  
AÑOS RESIDENTES EN LA CIUDAD DE SAN JUAN DE PASTO  
(Proyecto de grado para optar por el título de Psicólogo)**

**CHRISTIAN CAMILO BENAVIDES ACOSTA  
OSCAR ORLANDO DAVID CEBALLOS**

**ASESORA:  
PS. ESP. NUBIA ROCÍO SÁNCHEZ MARTÍNEZ**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PSICOLOGIA  
SAN JUAN DE PASTO, AGOSTO DE 2009**

## DEDICATORIA

*A mi familia por su constante apoyo y a  
Niko por su lealtad y compañía.*

*Christian Camilo Benavides Acosta*

## DEDICATORIA

*A mi familia por su constante apoyo y a la estructura científica de la mente que busca las causas de los fenómenos con la razón a través de la experimentación, la observación y la experiencia para descubrir las leyes científicas que regulan las relaciones. Busca respuesta al por qué suceden las cosas. La razón es la única fuente de conocimiento de la realidad y ésta se expresa en el conocimiento científico. Con la razón y las ciencias es posible el progreso indefinido de la sociedad.*

*Oscar Orlando David Ceballos*

## **AGRADECIMIENTOS**

A todas las personas en situación de desplazamiento que colaboraron en la investigación.

A las Fundaciones Aldea Global y Fundación Social Talitá Kum coinvestigadores de este estudio por sus valiosos aportes y disponibilidad para la realización de esta investigación.

A la Psicóloga Especialista Nubia Rocío Sánchez Martínez asesora de esta investigación por orientarnos y brindarnos su apoyo, además de contribuir a nuestra formación profesional.

A los jurados de esta investigación Claudia Calvache y Leonidas Ortiz por sus observaciones y sugerencias que contribuyeron para enriquecer la investigación.

Al profesor Arsenio Hidalgo por su valiosa colaboración en la parte estadística.

Y a todas las personas que de alguna manera contribuyeron en la realización de este estudio.

## TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO .....	6
LISTA DE TABLAS .....	11
LISTA DE FIGURAS .....	12
TEMA.....	15
RESUMEN.....	15
ABSTRACT.....	16
INTRODUCCIÓN.....	17
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
Justificación .....	22
Objetivo General .....	24
Objetivos Específicos .....	24
MARCO TEÓRICO .....	25
Enfoque Ecológico.....	25
Microsistema .....	25
Mesosistema .....	26
Exosistema.....	26
Macrosistema.....	26
Sustancias Psicoactivas (SPA).....	27
Definición de Sustancias Psicoactivas .....	27
Mecanismos Cerebrales y Sustancias Psicoactivas.....	28
Consumo de Sustancias Psicoactivas.....	29
Definición de Consumo de SPA .....	30
Abuso de SPA.....	30
Dependencia .....	30
Síndrome de abstinencia .....	30
Tolerancia .....	31
Efectos Nocivos del Consumo .....	31
Clasificación de sustancias psicoactivas .....	32

Drogas legales .....	32
Drogas ilegales .....	33
Cocaína.....	33
Bazuco. ....	33
Heroína. ....	34
LSD y ácidos.....	34
Éxtasis. ....	34
Anfetaminas. ....	34
Hongos.....	35
Yagé.....	35
San Pedro. ....	35
Otras clasificaciones .....	36
Drogas Duras. ....	36
Drogas Blandas.....	36
Depresoras. ....	36
Hipnóticos y sedantes. ....	36
Estimulantes.....	36
Alucinógenos.....	36
El Consumo de Sustancias Psicoactivas como un Problema de Salud Pública	37
Prevención Primaria.....	39
Prevención Secundaria .....	40
Prevención Terciaria .....	41
Factores asociados .....	41
Factores de riesgo.....	41
Factores de riesgo a nivel del individuo .....	42
Factores de riesgo familiar, social y comunitario .....	42
Factores de riesgo macro social .....	42
Factores protectores.....	43
Desplazamiento forzado.....	44
Definición de Desplazamiento Forzado.....	44
Modalidades del desplazamiento forzado .....	45
Etapas del Desplazamiento forzado.....	46

Antecedentes generales del Desplazamiento Forzado en Colombia .....	47
Causas y consecuencias del conflicto armado en Colombia.....	49
Algunas consecuencias generales del desplazamiento .....	50
La situación de las mujeres desplazadas en Colombia.....	51
MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL.....	53
Enfoque Ecológico.....	53
Sustancias psicoactivas .....	53
Consumo de SPA.....	53
Abuso de SPA .....	53
Dependencia .....	53
Síndrome de abstinencia.....	54
Tolerancia.....	54
Factor de riesgo.....	54
Factor Protector.....	54
Desplazado.....	54
Salud Pública.....	54
Prevención.....	55
METODOLOGIA .....	56
Paradigma metodológico.....	56
Tipo de Estudio.....	57
Diseño .....	57
Técnicas e instrumentos.....	57
Población.....	58
Muestra .....	59
Procedimiento General.....	61
Plan de Análisis de Datos.....	63
Estadística Descriptiva .....	63



Medidas de Tendencia Central .....	63
Mediana. ....	64
Moda .....	64
Medidas de Dispersión.....	64
Desviación Estándar .....	65
Varianza.....	65
Estadística No Paramétrica .....	65
Ji o Chi Cuadrada .....	66
Regresión Logística.....	66
Programa Estadístico .....	68
Consideraciones deontológicas.....	68
RESULTADOS .....	71
Aplicación de la prueba piloto.....	71
Caracterización de la muestra.....	71
Caracterización Consumo de Cigarrillo .....	78
Caracterización Consumo de Alcohol .....	81
Caracterización Consumo de Tranquilizantes y Anfetaminas .....	84
Caracterización del consumo de Marihuana .....	85
Caracterización del consumo de Otras Sustancias .....	87
Caracterización de Consumo Familiar y Entorno .....	89
Comportamiento bajo los efectos de sustancias psicoactivas.....	91
Factores de riesgo y de protección asociados al consumo de SPA .....	95
Factores de riesgo y de protección asociados al consumo de cigarrillo .....	95
Factores de riesgo asociados al uso de cigarrillo, según análisis bivariado.....	96
Factores de protección asociados al uso de cigarrillo, según análisis bivariado. .....	98
Factores de riesgo y de protección asociados al consumo de alcohol.....	98
Factores de Riesgo Asociados al uso de alcohol, según análisis bivariado.....	99
Factores de protección asociados al uso de alcohol, según análisis bivariado.	99

Factores de riesgo y de protección .....	100
asociados al consumo de tranquilizantes y/o anfetaminas.....	100
Factores de riesgo asociados al uso de Tranquilizantes y/o Anfetaminas, según análisis bivariado.....	100
Factores de protección asociados al uso de Tranquilizantes y/o Anfetaminas, según análisis bivariado. ....	101
Factores de riesgo y de protección asociados al consumo de otras sustancias .....	101
Factores de riesgo al consumo de Otras Sustancias, según análisis bivariado. ....	101
Factores de protección asociados al uso de Otras Sustancias, según análisis bivariado.....	102
DISCUSIÓN.....	103
CONCLUSIONES .....	112
RECOMENDACIONES.....	115
REFERENCIAS .....	118
ANEXO. FORMA FINAL DEL CUESTIONARIO.....	125

## LISTA DE TABLAS

<i>Tabla 1</i> .....	59
<i>Tabla 2</i> .....	96
<i>Tabla 3</i> .....	98
<i>Tabla 4</i> .....	99
<i>Tabla 5</i> .....	99
<i>Tabla 6</i> .....	100
<i>Tabla 7</i> .....	101
<i>Tabla 8</i> .....	101
<i>Tabla 9</i> .....	102

## LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Descripción fases del procedimiento de la investigación .....	62
<i>Figura 2.</i> Distribución porcentual de la muestra según rango de edad. ....	72
<i>Figura 3.</i> Distribución porcentual de la muestra según género. ....	72
<i>Figura 4.</i> Distribución porcentual de la muestra según estado civil.....	73
<i>Figura 5.</i> Distribución porcentual según nivel educativo. ....	73
<i>Figura 6.</i> Distribución Porcentual según ocupación antes del desplazamiento	74
<i>Figura 7.</i> Distribución porcentual según ocupación actual. <b>¡Error! Marcador no definido.</b>	
<i>Figura 8.</i> Distribución porcentual según religión.....	75
<i>Figura 9.</i> Distribución porcentual según carné de salud.....	75
<i>Figura 10.</i> Distribución porcentual según estado de salud. <b>¡Error! Marcador no definido.</b>	76
<i>Figura 11.</i> Distribución porcentual según visita al medico.....	76
<i>Figura 12.</i> Distribución porcentual según visita al profesional de la salud por problemas psicológicos. ....	77
<i>Figura 13.</i> Distribución porcentual según deporte o ejercicio físico..... <b>¡Error! Marcador no definido.</b>	77
<i>Figura 14.</i> Distribución porcentual según rango de edad de inicio de consumo de cigarrillo. ....	78
<i>Figura 15.</i> Distribución porcentual según persona que le ofreció cigarrillos por primera vez.....	78
<i>Figura 16.</i> Distribución porcentual según motivo para iniciar a fumar. ....	79
<i>Figura 17.</i> Distribución porcentual según circunstancias por las que fuma con mayor frecuencia. ....	80
<i>Figura 18.</i> Distribucion porcentual según razon principal por la que no fuma ..	80
<i>Figura 19.</i> Distribución porcentual según edad de inicio consumo de alcohol.	81
<i>Figura 20.</i> Distribución porcentual según persona que le ofreció alcohol por primera vez.....	81

<i>Figura 21.</i> Distribución porcentual según Motivo para iniciar a consumir alcohol .....	82
<i>Figura 22.</i> Distribución porcentual según motivo para consumo de alcohol.....	83
<i>Figura 23.</i> Distribución porcentual según razón principal por la que no consume alcohol.....	83
<i>Figura 24.</i> Distribución porcentual según edad de inicio consumo de Tranquilizantes y anfetaminas.....	84
<i>Figura 25.</i> Distribución porcentual según Motivo para inicio consumo de Tranquilizantes y Anfetaminas. ....	84
<i>Figura 26.</i> Distribución porcentual según Razón principal por la cual no consume Tranquilizantes.....	85
<i>Figura 27.</i> Distribución porcentual según edad de inicio consumo de marihuana.....	85
<i>Figura 28.</i> Distribución porcentual según persona que le ofreció por primera vez Marihuana. ....	86
<i>Figura 29.</i> Distribución porcentual según motivo para inicio consumo de Marihuana. ....	86
<i>Figura 30.</i> Distribución porcentual según razon por la que no consume marihuana. ....	87
<i>Figura 31.</i> Distribución porcentual según edad inicio de consumo de Otras Sustancias.....	87
<i>Figura 32.</i> Distribución porcentual según Persona que le ofreció otras drogas por primera vez. ....	88
<i>Figura 33.</i> Distribución porcentual según motivo para inicio consumo de otras sustancias .....	88
<i>Figura 34.</i> Distribución porcentual según razón por la que no consume otras sustancias. ....	89
<i>Figura 35.</i> Distribucion porcentual según personas que fuman diariamente en casa.....	89

<i>Figura 36.</i> Distribución porcentual según familiares con habito de tomar alcohol diariamente.....	90
<i>Figura 37.</i> Distribución porcentual según personas que consumen marihuana en casa.....	90
<i>Figura 38</i> Distribución porcentual según personas que consumen bazuco en casa. ....	91
<i>Figura 39</i> Distribución porcentual según personas que ha agredido bajo los efectos del alcohol y otras drogas.....	91
<i>Figura 40</i> Distribución porcentual según fue victima o alguien le hizo algo bajo los efectos de las SPA.. ....	92
<i>Figura 41.</i> Distribución porcentual de sitios donde acudirían las personas en situacion de desplazamiento . ....	92
<i>Figura 42.</i> Distribución porcentual según la situación de desplazamiento lo ha hecho vulnerable a consumir SPA . ....	93
<i>Figura 43.</i> Prevalencia de Consumo de SPA antes del desplazamiento .....	94
<i>Figura 44.</i> Prevalencia de consumo actual de SPA. ....	94
<i>Figura 45.</i> Comparación del consumo ante el Desplazamiento. ....	96

## **TEMA**

Características del consumo de sustancias psicoactivas en personas en situación de desplazamiento forzado.

## **RESUMEN**

El consumo de sustancias psicoactivas en personas en situación de desplazamiento es una problemática actual de salud pública. Frente a este fenómeno, el equipo de investigación de la universidad de Nariño a través del laboratorio de medición y evaluación psicológica, la fundación aldea global y la fundación social talitá kum, busca aportar el conocimiento y profundización del consumo de SPA en la población en situación de desplazamiento forzado.

El presente trabajo de grado busca aportar con el estudio de las características del consumo de sustancias psicoactivas e identificar los factores de riesgo y protección en personas en situación de desplazamiento forzado residentes en la ciudad de San Juan de Pasto.

Para la consecución de estos objetivos se construyó un cuestionario estructurado donde se recurre a una metodología descriptiva, la cual permitió realizar un análisis objetivo, válido y confiable, de las características del consumo de SPA en dicha población.

## **ABSTRACT**

The consumption of psychoactive substances in persons in situation of displacement is a current problematic of public health. Opposite to this phenomenon, the equipment of investigation of Nariño University across the Laboratory of Measurement and Psychological Evaluation, Global Village Foundation and the Social Foundation Talitá Kum, seeks to contribute the knowledge and deepening of SPA consumption in the population in situation of forced Displacement

The present work of degree seeks to reach with the study of the characteristics of the consumption of psychoactive substances and to identify the factors of risk and of protection in persons in situation of forced displacement residents in the city of San Juan de Pasto.

For the attainment of these aims a constructed questionnaire was constructed where one resorts to a descriptive methodology, which allowed to realize an objective, valid and reliable analysis, of the characteristics of SPA consumption in the above mentioned population.



## **INTRODUCCIÓN**

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en el país y el Departamento de Nariño tiende a un mayor crecimiento, debido a la realidad social por la que atraviesa el país, enmarcada por el conflicto armado y el narcotráfico.

La realidad social del país ocasiona que grupos o personas entren a formar parte de la población en situación de desplazamiento forzado, ya que se ven obligadas a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia y actividades económicas, de esta manera, este tipo de movilizaciones sociales ocasiona que esta población sea vulnerable frente al consumo de SPA.

Frente a esta problemática, el equipo de investigación de la Universidad de Nariño a través del Laboratorio de Medición y Evaluación Psicológica, la Fundación Aldea Global y la Fundación Social Talitá Kum, busca aportar el conocimiento y profundización del consumo de SPA en la población en situación de Desplazamiento forzado.

El presente trabajo de grado busca aportar a esta investigación con el estudio de las características del consumo de sustancias psicoactivas e identificar los factores asociados a éste en personas en situación de desplazamiento forzado residentes en la ciudad de San Juan de Pasto.

Para la consecución de estos objetivos se construyó un cuestionario estructurado donde se recurre a una metodología descriptiva, la cual permitirá realizar un análisis objetivo, válido y confiable, de las características del consumo de SPA en dicha población.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) es de los más frecuentes y graves problemas de salud pública que enfrenta la sociedad en la actualidad, ya que sus efectos tienen consecuencias negativas precisas en el individuo, pero también afectan a la familia del consumidor, su medio laboral y la comunidad. A nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 2000 millones de personas se ven afectadas por este tipo de sustancias ya sean lícitas o ilícitas. 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%). (García, M. 2007).

Un estudio realizado sobre el consumo de SPA en el país encontró que el consumo alguna vez en la vida de cualquier sustancia ilegal (marihuana, cocaína, bazuco o heroína) fue de 6.5%, casi un millón 700mil Colombianos estimado en más de un millón cien mil hombres (11,4%) y casi 300 mil mujeres (1,9%). (Dirección Nacional de Estupefacientes 2002). Además, según el Estudio Nacional de Salud Mental (2003), los trastornos por uso de sustancias psicoactivas son el tercer trastorno mental más frecuente en la población colombiana.

El Departamento de Nariño no es ajeno a esta problemática, ya que se ha convertido en uno de los espacios de mayor consumo de SPA, por ser una región fronteriza, con una geografía diversa en ambientes, climas, y con diferentes problemáticas sociales, políticas, económicos, entre otros. Según el estudio del Observatorio Departamental de Drogas en Nariño desarrollado entre el 2006 - 2007 con la participación de 64 municipios, el cigarrillo presentó una prevalencia de consumo eventual del 38,5%; el alcohol presentó la más alta prevalencia de consumo 79%, siendo la sustancia más consumida en todo el Departamento; la marihuana presentó una prevalencia del 5,7%. Por último, el consumo eventual de sustancias pesadas (bazuco, cocaína, heroína y bóxer

u otros solventes volátiles) presentó una prevalencia de 3,3%. El consumo de Sintéticas (tranquilizantes, LSD y ácidos, éxtasis y anfetaminas) 2,6% y de sustancias de uso cultural (hongos, yagé, San Pedro) 1,6%.

Teniendo en cuenta estos altos índices relacionados con el consumo de SPA a nivel mundial, nacional y departamental, la principal razón por la que estas sustancias se constituyen en un problema sanitario, no es solo el riesgo de muerte, sino también su relación estrecha con la realidad social por la que atraviesa el país, enmarcada por la producción, tráfico y comercio de drogas ilícitas permitiendo un mayor acceso, y un aumento de la delincuencia, ya que estos procesos son llevados a cabo por civiles y por fuerzas insurgentes irregulares (paramilitares, guerrilla).

A esta realidad se suma el aumento de las acciones armadas y la expansión territorial de los actores armados, relacionado con continuas manifestaciones de degradación del conflicto mediante actos contrarios a los Derechos Humanos y al Derecho Internacional Humanitario, cometidos entre combatientes y por parte de estos contra la población civil indefensa. Schlenker, (2006).

Lo anterior, ocasiona que grupos o personas entren a formar parte de la población en situación de desplazamiento, ya que se ven forzadas a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas (Ley 387 de 1997).

Este tipo de movilizaciones sociales representa un grave problema, ya que trae como consecuencias incremento de la miseria social y pérdida de la calidad de vida, con severas repercusiones en la región, incremento del desempleo, redistribución violenta de la tierra, ineficiencias en la asignación de recursos y los efectos de migraciones masivas y no planificadas a las ciudades, con implicaciones sociales, demográficas, políticas, económicas, y culturales (Rojas, 1999).

De esta manera, la población en situación de Desplazamiento, se constituye en un grupo vulnerable frente al consumo de SPA, con lo cual se incrementa el riesgo de adquisición y transmisión de diversas enfermedades, convirtiéndolos en individuos más proclives a recurrir a actividades delictivas o

violentas (Erazo, 2002), ya que han sufrido durante años la violencia cotidiana, el desmembramiento reciente de sus familias, el resquebrajamiento del tejido social y de la unión familiar; así mismo, estos individuos se ven enfrentados cada día, a buscar el sustento familiar y un techo donde dormir en ciudades inhóspitas. La mayoría de las veces esta población se desplaza de manera colectiva y configura nuevos grupos de población en los municipios receptores, en condiciones de hacinamiento y desprovisión de servicios básicos, ya que se ubican en albergues, en zonas previamente despobladas o en asentamientos subnormales en el área urbana (Ministerio de Salud, 2002). Estas condiciones obstaculizan la posibilidad de autogestionar la satisfacción de sus propias necesidades básicas al tenerse que enfrentar a un diferente medio sociocultural fuera de su lugar de origen (Erazo, J. 2002).

De acuerdo con el Informe de Acción Social, entre los años 1997 y 2008, el número de personas en situación de Desplazamiento en Colombia se estima alrededor de 2.615.100 millones. En Nariño, se estima que las personas desplazadas a 2008, son 100.154 mil (Acción Social, 2008).

El estudio “Análisis de la situación de salud de la población desplazada y de estrato 1 en Medellín” (Ministerio de Salud, 2002) mostró que la frecuencia de consumo actual de cigarrillo entre la población desplazada es de 17.9% y el consumo de alcohol es de un 44.7%. Con respecto a la práctica informada de consumo de otras sustancias psicoactivas, se encontró un mayor consumo de marihuana 7.3% en el total de la población estudiada, seguido por bazuco con el 2.1% y por perico del 1.6%. En Nariño, sin embargo, no se conocen datos ni estimaciones del consumo de sustancias psicoactivas en este tipo de población.

En el Colombia, La Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional (Acción Social), es la entidad creada por el Gobierno Nacional con el fin de canalizar los recursos nacionales e internacionales para ejecutar todos los programas sociales que dependen de la Presidencia de la República y que atienden a poblaciones vulnerables afectadas por la pobreza, el narcotráfico y la violencia. Esta entidad, asume los programas de la Red de Solidaridad Social (RSS)-Atención a Víctimas de la Violencia, Apoyo Integral a la Población Desplazada y Red de Seguridad Alimentaria, entre otros.

Como tal, es igualmente la encargada de coordinar el Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada, SNAIPD, a través de organizaciones no gubernamentales como la fundación Aldea Global, que trabaja con población en situación de desplazamiento en el Departamento de Nariño. Por su parte y teniendo en cuenta la problemática del consumo de SPA en el Departamento, la fundación Talitá Kum, se encarga de trabajar con personas que se han visto afectadas por el consumo de sustancias psicoactivas en la región.

Teniendo en cuenta esta situación, la Universidad de Nariño en coherencia con su visión de “Universidad y Región” busca dar alternativas académicas ante las necesidades de la región, en este caso al consumo de SPA en personas en situación de desplazamiento como consecuencia del conflicto armado en la región. Por esta razón, el Grupo Psicología y Salud y el Laboratorio de Medición y Evaluación Psicológica, a través de procesos académicos y de investigación, buscan por medio de la descripción de elementos empíricos aportar a la explicación de la problemática. En este orden de ideas, la pregunta de investigación se amplía desde el consumo de SPA hasta los factores de riesgo y de protección ya que éstos a través de la función social de las fundaciones, permiten proyectar programas de prevención e intervención a poblaciones vulnerables, en este caso personas en situación de desplazamiento.

### **Formulación del problema**

¿Cuáles son las características del consumo de sustancias psicoactivas y qué factores de riesgo y protección se encuentran asociados a éste en personas en situación de desplazamiento forzado con edades entre los 12 y 65 años residentes en la ciudad de San Juan de Pasto?.

### **Sistematización del problema**

¿Cuál es la prevalencia, sustancias consumidas y patrones de consumo de sustancias psicoactivas en personas en situación de desplazamiento forzado?

¿Cómo se relaciona la situación de desplazamiento forzado de esta población y el consumo de sustancias psicoactivas?

¿Cuáles son los factores de riesgo y de protección desde el modelo ecológico asociados con el consumo de sustancias psicoactivas en personas en situación de desplazamiento forzado?

### **Justificación**

El equipo de investigación de la Universidad de Nariño a través del Laboratorio de Medición y Evaluación Psicológica, la Fundación Aldea Global y la Fundación Social Talitá Kum, busca aportar con esta investigación a las entidades Internacionales, Nacionales y Departamentales, el conocimiento y profundización de la problemática del consumo de SPA, ya que no existen estudios previos ni antecedentes de la relación entre consumo de SPA y la población en situación de Desplazamiento residentes en la ciudad de San Juan de Pasto.

Por otro lado, las duras políticas Internacionales y del Gobierno Colombiano frente a la producción y tráfico de drogas ilícitas, han ocasionado el incremento del consumo interno en el Departamento de Nariño, ya que los grupos ilegales y civiles al no poder exportar el producto, han incrementado el mercado de estupefacientes a nivel interno, haciendo que el nivel de consumo sea mayor, permitiendo que el fenómeno se convierta en una problemática social y de salud pública.

En este sentido, el desarrollo de la presente investigación, se centra en las víctimas del desplazamiento forzado que son parte de una población vulnerable, ya que al llegar a una nueva ciudad, y por la necesidad de conseguir una estabilidad económica y social, muchos de ellos recurren a actos delictivos como el consumo, expendio o tráfico de sustancias psicoactivas. Por esta razón la investigación de este fenómeno se constituye como una fuente de conocimiento y de aporte a través de la descripción de los elementos relacionados con el consumo en personas en situación de desplazamiento.

La investigación busca elaborar un diagnóstico sobre el consumo de SPA en población en situación de desplazamiento, donde se encuentran inmersas variables a considerar como son factores demográficos, prevalencia en grupos étnicos, tendencia al consumo, costo social, relación entre ocupación previa (producción y tráfico) y consumo de SPA ante la situación de desplazamiento, y comportamientos generados alrededor del consumo de

sustancias psicoactivas, de igual forma factores de riesgo y protectores relacionados con el consumo.

De esta manera, la Investigación busca ampliar el conocimiento de la problemática, ya que el grupo Psicología y Salud (del cual el grupo investigador hace parte), ha realizado investigaciones relacionadas con el consumo de SPA, especialmente el consumo de cigarrillo en estudiantes universitarios. Además el grupo ha tenido una amplia experiencia empírica en el trabajo con el modelo ecológico en diferentes investigaciones por ejemplo en el “Análisis de factores de riesgo para suicidio y validación de un modelo de intervención en población juvenil en Nariño” (Sánchez y et al. 2007), y en el estudio titulado: “Elementos para una propuesta de política pública sobre el uso del tiempo como factor protector de la salud mental en jóvenes del Departamento de Nariño (Sánchez, N. & Ojeda, E.). De esta manera, con esta investigación se busca el enriquecimiento de este modelo, ahora aplicado al consumo de SPA y factores asociados en personas en situación de desplazamiento.

De igual forma, el Laboratorio de Medición y Evaluación Psicológica, creado mediante Acuerdo 193A del 1 de Julio de, del H. Consejo Académico de la Universidad de Nariño 2005, tiene una amplia experiencia académica en el desarrollo y liderazgo de procesos de Investigación, a través de la construcción de Cuestionarios e Instrumentos de Medición Psicológica; y junto con la experiencia de las Fundaciones Aldea Global con personas en situación de desplazamiento y la fundación Talitá Kum, con personas relacionadas con el consumo de SPA, constituyen un equipo académico e interdisciplinario que aportan al abordaje de la problemática de manera integral y desde diferentes perspectivas.

En este sentido el desarrollo de la investigación aporta al fortalecimiento del Departamento de Psicología y a la Universidad de Nariño en cuanto a la proyección social en la región; de igual forma este tipo de convenios fortalece las relaciones Interinstitucionales de la Academia con otras organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

Igualmente se busca brindar elementos que orienten a las políticas de salud pública, para que de una mejor manera contribuyan a la promoción de un crecimiento sano, libre de drogas, a la prevención (individual y universal) para

posponer o prevenir el abuso de drogas en los individuos, a partir de la presentación de información específica y actualizada; además, promover el desarrollo de habilidades necesarias que contrarresten el problema de las adicciones, al tratamiento y reinserción social cuando la situación lo amerite, a través de la construcción y evaluación de un proyecto de prevención y atención al consumo de SPA dirigido a población en situación de desplazamiento a cargo de las entidades correspondientes y en esta medida, las acciones conjuntas se verán reflejadas en un mejor vivir para todas las personas en situación de desplazamiento.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Caracterizar el consumo de sustancias psicoactivas e identificar los factores de riesgo y de protección en personas en situación de desplazamiento forzado con edades comprendidas entre los 12 y 65 años residentes en la ciudad de San Juan de Pasto.

### **Objetivos Específicos**

Analizar la prevalencia, las sustancias consumidas y los patrones de consumo de sustancias psicoactivas en personas en situación de desplazamiento.

Identificar la relación entre la situación de desplazamiento forzado y el consumo de sustancias psicoactivas.

Identificar los factores de riesgo asociados con el consumo de sustancias psicoactivas en personas en situación de desplazamiento forzado a partir de las categorías conceptuales del modelo ecológico.

Identificar los factores de protección asociados con el consumo de sustancias psicoactivas en personas en situación de desplazamiento forzado a partir de las categorías conceptuales del modelo ecológico.



## MARCO TEÓRICO

### Enfoque Ecológico

A continuación se expone una corriente teórica que puede resumir y a la vez explicar la complementariedad y complejidad de los sistemas y el individuo.

El Enfoque Ecológico de Urie Bronfenbrenner (1987) hace mención a la multiinfluencia y dependencia a la que el sujeto está sometido, y lo entiende desde esta perspectiva: “la ecología del desarrollo humano comprende el estudio científico de la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, en desarrollo, y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive la persona en desarrollo, en cuanto este proceso se ve afectado por las relaciones que se establecen entre estos entornos, y por los contextos más grandes en los que están incluidos los entornos” (Bronfenbrenner, 1987).

Así que independientemente de la cultura en donde esté inserta la persona, hay una cuestión primordial y que no varía en su importancia entre las culturas, y es la relevancia y determinación que los sistemas poseen en el contexto vital de la persona. Cotidianamente se puede observar una constante en la vida: para poder desenvolverse y vivir óptimamente, se necesita de un otro o unos otros, ya sea en el área de los servicios, trabajo, recreación o intimidad (Tobar, 2007).

A continuación se presenta brevemente algunos de los sistemas con base en la teoría de los sistemas que Bronfenbrenner que bajo un punto de vista ecológico influyen al individuo.

#### ***Microsistema***

Es un patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado, con características físicas y materiales particulares. Así que, el microsistema puede ser descrito por instituciones tales como la familia y la escuela, entre otras, que, de una u otra manera, constituyen el entorno más inmediato del individuo. A su vez, dentro de estos microsistemas estarían presentes los factores de actividad, rol y relación interpersonal del sujeto. A nivel descriptivo, el

microsistema ofrece una perspectiva constitucional del entorno del sujeto, el cual lo sitúa como parte de un todo social organizado. (Bronfenbrenner, 1987)

### ***Mesosistema***

Comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente (por ejemplo, para un niño, las relaciones entre el hogar, la escuela y el grupo de pares del barrio; para un adulto, entre la familia, el trabajo y la vida social). Esto logra comprender un segundo nivel sistémico, constituido por las relaciones intersistémicas, las cuales incidirán efectivamente sobre el contexto vital del sujeto. (Bronfenbrenner, 1987)

### ***Exosistema***

Se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo, o que ven afectados por lo que ocurre en ese entorno (Bronfenbrenner, 1987). Este postulado rescata la importancia de los sistemas que indirectamente influyen en la calidad de vida de la persona.

### ***Macrosistema***

Se refiere a las correspondencias, en forma y contenido, de los sistemas de menor orden (micro, meso y exo) que existen o podrían existir, al nivel de la subcultura o de la cultura en su totalidad, junto con cualquier sistema de creencias o ideología que sustente estas correspondencias (Bronfenbrenner, 1987). Esta afirmación explicita la existencia de una estructura mayor, quizá invisible y que opera por sobre todos los sistemas ya mencionados. Se refiere a las estructuras de poder que rigen a una nación, como también a las ideologías y acciones políticas presentes en un país. Es decir, las acciones y comportamientos individuales siempre estarán determinados por esta estructura eje que actúa en función de normas o leyes que regulan y determinan tales comportamientos (Tobar, 2007).

En definitiva, para Bronfenbrenner, (1987), el desarrollo humano, resulta de la interacción entre el organismo en evolución y el medio, que se realiza en los entornos de vida que configuran un patrón de actividades, roles e interacciones.

## **Sustancias Psicoactivas (SPA)**

### ***Definición de Sustancias Psicoactivas***

Las sustancias psicoactivas se define como “toda sustancia de origen natural o sintético, legal o ilegal que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce cambios en el funcionamiento del sistema nervioso central (SNC) del consumidor y es, además, capaz de generar dependencia, ya sea de tipo psicológica y/o física” (OMS 2006).

Además, según la definición de la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (UNODC) es algo que las personas toman para cambiar su humor, su forma de pensar o de actuar. Algunas de estas sustancias se conocen típicamente como drogas, en tanto que otras como el alcohol y el tabaco, a pesar de su conocida peligrosidad, no se consideran como tales. El término “drogas” también incluye una variedad de sustancias utilizadas con el propósito de tratar enfermedades que son administradas bajo la supervisión de un médico. El uso moderado y controlado de estas sustancias puede producir efectos positivos, entre ellos, el alivio del dolor, la regulación de desórdenes físicos y psicológicos, e inducir estados de gratificación, serenidad e euforia. Lamentablemente, el uso innecesario o excesivo de SPA también puede producir efectos altamente negativos, entre ellos: daño inmediato, o en el largo plazo, a la salud de las personas (tanto físico como psicológico); y resultados negativos tanto para las personas como para la sociedad, a consecuencia de los comportamientos exhibidos por individuos que se encuentran bajo la influencia de estas sustancias y del tráfico de drogas que sustenta la drogadicción entre la población.

Así que el consumo de (SPA), se refiere a todas aquellos compuestos químicos que pueden ejercer una acción sobre el SNC y que tienen la capacidad de producir transformaciones psíquicas, bien sea aumentando o disminuyendo el tono y el funcionamiento, o modificando los estados de

conciencia (Pérez, 1994). Desde los años ochenta, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto esta definición para reemplazar una serie de términos confusos como 'drogas', 'fármacos', 'estupefacientes', entre otros. En ella están incluidas no sólo las sustancias ilegales (como la marihuana, la cocaína, heroína y demás), sino también las sustancias legales como el alcohol, el tabaco, los inhalantes y los medicamentos (García, 2007).

En este orden de ideas, diferentes sustancias psicoactivas tienen diferentes formas de actuar en el cerebro para producir sus efectos. Se unen a diferentes receptores y pueden aumentar o disminuir la actividad de las neuronas a través de varios mecanismos diferentes. En consecuencia, tienen diferentes efectos conductuales, diferentes ritmos de aparición de la tolerancia, diferentes síntomas de abstinencia y diferentes efectos a corto y a largo plazo. No obstante, las sustancias psicoactivas comparten características similares en la forma de alterar regiones cerebrales implicadas en la motivación, y esta es una característica trascendente en las teorías sobre el desarrollo de la dependencia (Organización Mundial de la Salud, 2006). A continuación se hará una descripción de cómo actúan las SPA en el cerebro.

### ***Mecanismos Cerebrales y Sustancias Psicoactivas***

En el cerebro la comunicación tiene lugar entre células individuales las neuronas, que se comunican entre si a través de mensajeros químicos liberados en las sinapsis. Para comunicar el mensaje desde el botón terminal de un axón a la neurona siguiente hay que cruzar un espacio, conocido como sinapsis o hendidura sináptica. Cuando se excita una neurona, esta envía una señal eléctrica desde el cuerpo celular, a lo largo de un proceso alargado, llamado axón, que puede ser relativamente corto cuando conecta con neuronas cercanas, o muy largo cuando se comunica con otras regiones cerebrales. La neurona que envía el mensaje, la neurona presináptica, libera mensajeros químicos hacia la neurona receptora, postsináptica. Estas sustancias químicas, llamadas neurotransmisores, tienen estructuras y funciones específicas, y el tipo de neurotransmisor liberado depende del tipo de neurona. Entre los neurotransmisores mejor estudiados que son importantes en lo que respecta a las sustancias psicoactivas se encuentran la dopamina, la serotonina, la

noradrenalina, el ácido (aminobutírico (GABA), el glutamato y los opioides endógenos (OMS 2006).

El cerebro contiene docenas de tipos diferentes de mensajeros químicos. Cada neurotransmisor específico se une a un receptor específico, la unión del neurotransmisor al receptor puede producir varios cambios diferentes en la membrana postsináptica. Los receptores se denominan según el tipo de neurotransmisor al que se unen preferentemente (Por ejemplo, los receptores de dopamina y los receptores de serotonina). También hay muchos subtipos de cada tipo de receptor (OMS 2006).

Así que, las sustancias psicoactivas pueden simular los efectos de los neurotransmisores naturales, o endógenos, o interferir la función cerebral normal, bloqueándola, o alterando el almacenamiento, la liberación y la eliminación de los neurotransmisores. Un mecanismo importante a través del cual actúan las sustancias psicoactivas consiste en el bloqueo de la recaptación del neurotransmisor tras su liberación por la terminación presináptica. La recaptación es un mecanismo normal mediante el cual el transmisor es eliminado de la sinapsis por la membrana presináptica. El bloqueo de la recaptación exagera los efectos normales del neurotransmisor. Las sustancias psicoactivas que se unen a los receptores y aumentan su función se conocen como agonistas, mientras que aquellas cuya unión al receptor bloquea la función normal se conocen como antagonistas (OMS 2006).

Hasta aquí se ha descrito los mecanismos cerebrales cuando se consume SPA, ahora se tratarán la dependencia, además, de los aspectos que se refieren a los diferentes niveles de consumo.

### ***Consumo de Sustancias Psicoactivas***

Los conceptos: consumo, abuso y dependencia difieren entre sí tanto por la frecuencia con que la sustancia es administrada como por la cantidad que se consume y el deterioro social o laboral que la persona puede alcanzar además de las consecuencias físicas y psicológicas que esto puede generar; por lo tanto es necesario distinguir las tres formas de consumo. Dentro de la dependencia la cual puede ser psicológica y/o física se presentan fenómenos como la tolerancia y síndrome de abstinencia.

***Definición de Consumo de SPA***

Se define como el uso de la sustancia por la persona sin que esto implique algún deterioro en el área familiar, social o laboral, además se define “como la utilización de una sustancia cualquiera con fines diversos: nutricionistas, recreativos, terapéuticos, religiosos o sociales. Lo cual no deteriora el bienestar del individuo o del grupo” Cols (1996), además este nivel de consumo es simple ya que son episodios ocasionales en donde en individuo no alcanza la intoxicación con las SPA.

***Abuso de SPA***

El abuso de drogas se puede definir como el uso auto-administrado de cualquier droga en una manera que se desvía de los patrones sociales y médicos aprobados al interior de una cultura dada. El mal uso de drogas incluye aquellas sustancias que afectan el SNC. Lo que exactamente constituye el abuso lo define la sociedad y es un criterio variable, no solo de cultura en cultura, sino también al interior de una cultura con el paso del tiempo (Edelstein, 2004).

Además implica que la persona consuma sustancias para modificar su estado de ánimo de manera que pueda ser perjudicial para su salud o que pueda resultar ilegal, sin embargo, esto no implica dependencia de algún tipo.

***Dependencia***

Es la tendencia al abuso de una determinada sustancia, por la búsqueda de sus efectos. Es un estado psíquico, y algunas veces físico, que resulta de la interacción entre un organismo vivo y una droga, caracterizada por el comportamiento y otras respuestas, que siempre incluyen una compulsión a tomar la droga de forma continua o periódica, para experimentar sus efectos psíquicos y, algunas veces, para evitar el malestar de su ausencia. Así que, es un trastorno cerebral, tanto como cualquier otra enfermedad neurológica o psiquiátrica (OMS 2006).

***Síndrome de abstinencia***

Es el conjunto de reacciones físicas y psicológicas que ocurren cuando una persona con adicción a una sustancia (alcohol, cigarro o u otras drogas)

deja de consumirla abruptamente. Aunque los síntomas varían en forma e intensidad de acuerdo con el producto empleado y el tiempo que lleva desarrollándose la dependencia, en todos los casos se deben a que se ha alterado el funcionamiento normal del sistema nervioso (OMS 2006).

### ***Tolerancia***

Se refiere a la forma en que cada organismo se adapta al uso repetido de una determinada sustancia y la necesidad de consumir más droga para conseguir el mismo efecto y mantenerlo (OMS 2006). Es algo muy propio de cada persona que depende de muchas variables personales como el estado de salud y la carga genética. Además, es variable por lo que si se pasa mucho tiempo sin consumir una droga que antes se consumía habitualmente, es de esperar que el efecto sobre el organismo sea más intenso y más rápido

Así que, las personas consumen sustancias psicoactivas porque esperan beneficiarse de su consumo, incluido el social, sea obteniendo placer o evitando el dolor. Pero el consumo también es potencialmente nocivo, sea a corto plazo o a largo plazo.

### ***Efectos Nocivos del Consumo***

***Efectos a corto plazo.*** En el caso de los opioides y el alcohol destacan las sobredosis. También se incluyen en esta categoría las muertes debidas a los efectos sobre la coordinación física, la concentración y el juicio en circunstancias en las que estas cualidades son necesarias, grupo en el que destacan las muertes por conducir bajo los efectos del alcohol o de otras drogas, pero también se incluyen otros accidentes, los suicidios y, al menos en el caso del alcohol, las agresiones (OMS, 2004).

***Efectos crónicos.*** En el caso del alcohol, esto incluye la cirrosis hepática y otras enfermedades; en el caso del tabaco consumido en forma de cigarrillos, el cáncer de pulmón, el enfisema y otras enfermedades crónicas. Debido al uso compartido de agujas, el consumo de heroína inyectada constituye un importante medio de transmisión de agentes infecciosos, como el VIH y en varios países los virus de las hepatitis B y C (OMS, 2004).

***Efectos nocivos.*** Comprenden las consecuencias sociales adversas del consumo de sustancias, esto es, problemas sociales agudos, como la ruptura

súbita de relaciones o los arrestos, y el incumplimiento de las obligaciones laborales y familiares” (OMS, 2004).

En este orden de ideas el consumo y la dependencia de sustancias admiten una carga para los individuos y las sociedades en todo el mundo. Los diversos problemas sanitarios y sociales asociados al consumo y a la dependencia de tabaco, alcohol y sustancias ilícitas requieren una mayor atención por parte de la salud pública, y son necesarias las respuestas políticas apropiadas para abordar estos problemas en diferentes sociedades. El Informe de la OMS sobre la Salud en el 2002, señaló que el 8,9% de la carga total de morbilidad se debe al consumo de sustancias psicoactivas. El informe reveló que, en 2000, el tabaco supuso un 4,1% de la carga de morbilidad, el alcohol un 4%, y las drogas ilícitas un 0,8%. Gran parte de la carga de morbilidad atribuible al consumo y a la dependencia de sustancias es el resultado de una amplia gama de problemas sanitarios y sociales, entre ellos el VIH/ SIDA.

### ***Clasificación de sustancias psicoactivas***

Según el Observatorio Departamental de Drogas de Nariño 2006-2007 las SPA se clasifican en:

#### ***Drogas legales***

Esta categoría abarca el alcohol, el cigarrillo (nicotina), los tranquilizantes y las sustancias inhalables.

***Las bebidas alcohólicas.*** “Constituyen la droga de consumo más común, la que mayor número de adictos genera y la que mayor número de problemas sociales desencadena. Las bebidas alcohólicas provienen de procesos de fermentación y destilación, en los que se consigue el etanol como sustancia activa. Goza de gran aceptación social y su abuso o alcoholismo que se define como el uso de que causan daño al individuo o a la sociedad o ambos; conlleva a situaciones de violencia y de maltrato intrafamiliar, irresponsabilidad laboral, pérdidas económicas y desempleo, crímenes accidentes entre otras muchas” (Observatorio Departamental de Drogas de Nariño 2006-2007).

***El cigarrillo.*** “Tiene como sustancia activa la nicotina, sustancia conocida por sus elevados niveles de toxicidad y adicción; no se conoce que



produzca disfunciones psicológicas y sociales, pero sí genera graves daños orgánicos”(Observatorio Departamental de Drogas de Nariño 2006-2007).

**Tranquilizantes.** “Medicamentos que se obtienen bajo prescripción médica, están normatizados y son de cómodo acceso; afectan el sistema nervioso central disminuyendo su actividad. Producen distorsiones en las percepciones de tiempo y de espacio, afectan la capacidad de conducir, generan diferentes niveles de dependencia como el síndrome de abstinencia” (Observatorio Departamental de Drogas de Nariño 2006-2007).

**Inhalables.** “Aquí se asocian las sustancias químicas de producción industrial, de venta abierta lo que facilita su adquisición y su consumo, ingeridas para producir efectos parecidos a la embriaguez. Los efectos que ocasionan son: retardo de las funciones corporales, atenuación de hambre, el frío o la sed. Causa daños en los pulmones, en el cerebro, el hígado y el corazón y en casos de intoxicación crónica ocasiona trastornos epilépticos” (Observatorio Departamental de Drogas de Nariño 2006-2007).

### **Drogas ilegales**

**Marihuana.** “Es la más conocida de las sustancias psicoactivas; la preparación de la marihuana no requiere ningún tipo de procedimiento, simplemente las hojas secas de la planta se fuman en forma de cigarrillo o en pipa. La sustancia activa la constituye el 9-delta-tetrahidrocannabinol, su consumo produce retardos en los tiempos de reacción ante estímulos visuales y auditivos, altera la percepción del tiempo y hace torpe la coordinación” (Observatorio Departamental de Drogas de Nariño 2006-2007).

**Cocaína.** “Se obtiene después de procesar las hojas secas de la coca, a través de procesos químicos para convertirse en alcaloide, que la convierte en muy peligrosa y por ende haciendo nocivo su consumo. Se la emplea como estimulante” (Observatorio Departamental de Drogas de Nariño 2006-2007).

**Bazuco.** “Subproducto derivado del proceso de obtención de la cocaína, esta compuesto por ácidos sulfúricos, gasolina éter, metanos, y bases alcalinas. Produce adicción, altera el funcionamiento psíquico, destruye vínculos sociales y familiares, es una droga socialmente rechazada, aspecto que lleva a las personas que la consumen a aislarse y reaccionar de forma

agresiva, asumiendo conductas criminales” (Observatorio Departamental de Drogas de Nariño 2006-2007).

**Heroína.** “En Colombia se extrae de la amapola, posee alta capacidad de producir dependencia, la falta de su consumo genera graves crisis de abstinencia. Sus efectos duran entre 6 y 12 horas (depende de la dosis) y consisten sobre todo en una sensación de placidez y relajación muy intensos. Así mismo produce un marcado empobrecimiento emocional, alteraciones en la concentración, atención, memoria, estreñimiento y contracción pupilar” (Observatorio Departamental de Drogas de Nariño 2006-2007).

**LSD y ácidos.** “El LSD es 'Dietilamida del Acido Lisérgico', una droga alucinógena o psicodélica que se extrae químicamente del cornezuelo del centeno. Se vende en forma de minúsculos sellos con diferentes formas y colores. En la calle también se le llama 'tripi' o 'ácido'. El uso de LSD puede producir graves alteraciones mentales como estados de paranoia, alucinosis, esquizofrenia, ansiedad extrema o ataques de pánico. El uso frecuente produce cambios drásticos en la personalidad del individuo que influyen negativamente en su desarrollo posterior” (Observatorio Departamental de Drogas de Nariño 2006-2007).

**Éxtasis.** “Es una sustancia estimulante, ilegal y considerada como droga dura por su peligrosidad. Es llamada droga de diseño porque es hecha en laboratorios. Su presentación es en tabletas, cápsulas o polvo. Se consume vía oral, por inhalaciones e inyecciones. Con su consumo inicialmente hay sensación estimulante intensa, tranquilidad, hipersensibilidad sensorial, incrementa autoconfianza y comunicación, desinhibe, dilata pupila, incrementa la presión arterial, provoca náuseas, vértigo, falta de coordinación corporal. Con altas dosis, se presenta ansiedad, pánico, confusión, insomnio, psicosis, alucinaciones visuales y auditivas. Cuando los efectos decaen aparece el agotamiento, la fatiga, la sensación de inquietud y depresión que pueden durar varios días” (Observatorio Departamental de Drogas de Nariño 2006-2007).

**Anfetaminas.** “Las anfetaminas son un tipo de droga que estimulan el Sistema Nervioso Central. Se presentan en forma de pastillas o cápsulas de diferente forma y color. Su consumo produce sensaciones de alerta, confianza y aumenta los niveles de energía y autoestima. Hace desaparecer la sensación de hambre (peligrosamente son utilizadas para bajar de peso) e inhiben el

sueño. A veces se usan como estimulante químico para mejorar el rendimiento en una tarea o actividad concreta de forma artificial, sin embargo, la energía alcanzada es ficticia y puede poner al organismo en un sobreesfuerzo. Las vías de administración son orales, fumada e inyectada. El riesgo de dependencia y adicción es tan alto como el de la cocaína, ya que sus niveles de tolerancia son bajos, requiriendo cada vez una mayor dosis para conseguir el mismo efecto” (Observatorio Departamental de Drogas de Nariño 2006-2007).

**Hongos.** “Las plantas y hongos alucinógenos son aquellas cuyos principios activos tienen la propiedad de distorsionar la percepción, produciendo alucinaciones. Una enorme variedad de plantas y hongos alucinógenos ha venido siendo utilizada por diferentes tribus y civilizaciones desde tiempos ancestrales. Estas sustancias provocan en general sensaciones de euforia, hilaridad y signos fisiológicos como el aumento del ritmo cardíaco, de la presión sanguínea y del tamaño de la pupila ocular. Los efectos aparecen en forma más temprana que los del LSD, alrededor de media hora después de haberlas consumido, y tienen una duración menor: de 4 a 9 horas” (Observatorio Departamental de Drogas de Nariño 2006-2007).

**Yagé.** “Es una liana o enredadera de las selvas de Sudamérica. El brebaje es de color café, olor madera, sabor extremadamente amargo y seco, tiene propiedades psicotrópicas que afectan directamente a la conciencia, o la capacidad de explicar el entorno, el tiempo y la propia percepción del cuerpo. Mentalmente puede producir un estado de conciencia muy lúcido y visiones que los instruidos pueden interpretar o vivenciar. El derecho a uso de esta planta, considerada una medicina sagrada por las cosmovisiones y tradiciones ancestrales de los pueblos originarios de las selvas sudamericanas, está exclusivamente limitado a aquellos hombres que han recibido las instrucciones para su adecuada administración” (Observatorio Departamental de Drogas de Nariño 2006-2007).

**San Pedro.** “Sustancia de uso cultural que se encuentra en América del Sur, su forma de consumo es por vía oral. Su alcaloide principal es la mescalina que puede activar una sicosis latente (enfermedad mental caracterizada por delirios o alucinaciones, como la esquizofrenia o la paranoia), es decir, que hasta antes de consumir sus síntomas no se hayan manifestado en la persona, alucinaciones de miedos extremos y estados de embriaguez

súbita, incluso días o semanas después de su ingesta" (Observatorio Departamental de Drogas de Nariño 2006-2007).

### **Otras clasificaciones**

Por su parte, González (2008) postula otra clasificación de las SPA: drogas Duras y Blandas:

**Drogas Duras.** Las drogas "duras", son aquellas que provocan una dependencia física y psicosocial, es decir, que alteran el comportamiento psíquico y social del adicto, como el opio y sus derivados, el alcohol, las anfetaminas y los barbitúricos.

**Drogas Blandas.** Son las que crean únicamente una dependencia psicosocial, entre las que se encuentran los derivados del cáñamo, como el hachís o la marihuana, la cocaína, el ácido lisérgico, más conocido como LSD, así como también el tabaco.

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

Otras divisiones de las drogas psicoactivas según la Secretaría Nacional Antidrogas (SENAD 2006) son:

**Depresoras.** Disminuyen u obstaculizan la actividad del sistema nervioso central. Dentro de estos están: .Opiáceos: opio, morfina, heroína, metadona, bebidas alcohólicas: vino, cerveza, ginebra, etc.

**Hipnóticos y sedantes.** Donde se encuentran los somníferos y tranquilizantes, que a su vez se clasifican en: tranquilizantes menores: Diazepan (Valium), Chordiazepoxide (Librium); y tranquilizantes mayores: Phenothiazinas (Largactil), Thioridazine (Mellarel), Thifluoperazine (Stelazine)

**Estimulantes.** Aumentan la actividad del sistema nervioso central. Estas se clasifican a su vez en dos grupos: Mayores: anfetaminas, cocaína. Y Menores: café, té, cacao, tabaco (nicotina).

**Alucinógenos.** Actúan sobre el sistema nervioso central produciendo alteraciones que causan alucinaciones, pérdida del contacto con la realidad, ansiedad y desorientación, alteran la percepción, es decir modifican el nivel de

conciencia y diferentes sensaciones (visuales, auditivas, etc.). Entre estas están: Alucinógenos: LSD, mescalina. Cannabis: marihuana, hachís.

Por ultimo las Drogas de diseño: como el éxtasis, y el eva. Y los Inhalantes como los disolventes, pegamentos, popper, entre otros.

### ***El Consumo de Sustancias Psicoactivas como un Problema de Salud Pública***

Según Terris (1992, citado por Morales Calatayud, sin dato) la salud publica es la “ciencia y arte de prevenir las dolencias y discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como lesiones; educar al individuo en higiene personal , organizar los servicios para el diagnostico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud”(p.61); con base en esta definición el consumo de sustancias psicoactivas se considera un grave problema de salud pública nacional y mundial, que repercute tanto en el sector social, económico, político como indudablemente en el de salud (Organización Mundial de la Salud, 1996).

Las sustancias psicoactivas afectan de diferentes maneras el organismo, sobre todo el sistema nervioso central alterando el estado de ánimo, la conducta y las percepciones. Además, producen dependencia y adicción. El consumidor se enfrenta a varias fases que pueden ir desde ser algo ocasional hasta la dependencia total de ellas. Así sea un consumo esporádico el riesgo de caer en la adicción siempre está allí por eso no hay que subestimar ninguna de estas sustancias así sean socialmente aceptadas. Se debe tener en cuenta que aparte de las consecuencias físicas y psicológicas que conllevan el consumo de sustancias psicoactivas también está el riesgo al que se exponen las personas que los rodean. Según la OMS, una de las principales causas de muerte entre los adultos jóvenes son los accidentes de tránsito ocasionados por manejar bajo efectos del alcohol, de igual forma, estudios múltiples han demostrado que el cigarrillo es la principal causa de cáncer de pulmón y los fumadores pasivos también se ven afectados por los efectos nocivos del humo.

Por su parte, dependiendo de la clasificación de la sustancia (depresoras, estimulantes o alucinógenos) pueden llevar a sus consumidores a un estado de letargo, excitación o distorsión de la realidad peligrosa para ellos y para las personas cercanas Rojas, (2008). Por ultimo, Según el Estudio Nacional de Salud Mental (2003), los trastornos por uso de sustancias psicoactivas son el tercer trastorno mental más frecuente en la población colombiana y se presentan con mayor frecuencia en los hombres.

Es así como a través de la Política Nacional Para La Reducción Del Consumo De Sustancias Psicoactivas y su Impacto (Ministerio de la Protección Social), se establecen políticas públicas dirigidas a ofrecer una respuesta integrada, participativa, co-responsable, efectiva y eficaz frente al consumo de sustancias psicoactivas y su impacto, a partir de un marco común de referencia ético, filosófico, conceptual, operativo y de gestión. A través del diseño de programas de prevención, atención y reestablecimiento de las personas afectadas por este fenómeno. Es en este punto donde se justifica la presente investigación como punto de partida para la ejecución de acciones preventivas frente al consumo de sustancias psicoactivas, especialmente en población desplazada ya que un eje estratégico de la política Nacional consiste en Ejercer mayor control sobre los factores macro sociales, micro sociales y personales que incrementan la vulnerabilidad al consumo de SPA.

Es importante aclarar que la prevención no involucra la erradicación del consumo, pero si implica una disminución en las probabilidades de que éste se presente.

Tradicionalmente en salud pública se ha hablado de prevención como un área de investigación-acción, esta es definida como el conjunto de medidas socio sanitarias que tiene como objetivo proteger y preservar la salud (Canda, 2000, p.260).

Dentro del campo teórico-practico de la prevención, se ha utilizado la terminología de prevención primaria, secundaria y terciaria para definir los niveles de prevención, esta división ha sido revisada y varios autores proponen conceptos alternativos al hablar de niveles de prevención citando así cada uno de estos como: preventivo, interventivo y rehabilitativo (Caplan, 1993, citado por Sanmartín, 1999); para efectos de la presente investigación se ha considerado importante el aporte que se hace desde la misma en la

estructuración de futuros programas de prevención, tanto a nivel primario o preventivo como a nivel secundario o interventiva; y por último a un nivel terciario o de rehabilitación. Lo anterior teniendo en cuenta la descripción de los factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo de SPA en personas en situación de desplazamiento.

### ***Prevención Primaria***

La prevención primaria abarca todas aquellas técnicas y programas ejecutados y dirigidos a evitar la ocurrencia de una enfermedad o suceso perjudicial para un individuo o comunidad.

En salud mental, la prevención primaria está dirigida a reducir la incidencia de una determinada psicopatología (Canda, 2000, p.261); por incidencia se hace referencia al número de nuevos casos de una enfermedad, diagnosticados durante un periodo de tiempo (Cruz, 2003, p.6).

El objetivo primordial de la prevención primaria es el de conservar la salud del individuo a través de la promoción de la misma; así como intervenir en poblaciones asintomáticas, independientemente de que se hallen en situación de riesgo o no (Cortes et al. 2004, p.88). La prevención primaria, es, estrictamente hablando, la única y verdadera estrategia preventiva, la cual para su aplicación se tiene en cuenta aspectos como objetivo de la intervención y de la población a la cual van dirigidas las actuaciones, en este caso personas en situación de desplazamiento.

***Prevención Primaria Individual.*** Este tipo de prevención es proactiva, y está centrada en el sujeto antes de que manifieste una determinada patología y sin que éste presente características específicas que lo hagan vulnerable de padecerla (Cortes et al. 2004, p.88).

***Prevención Primaria Universal.*** Este tipo de prevención al igual que el anterior, es proactiva, y está centrada en el contexto. Tiene como objetivo la acción preventiva sobre diversos aspectos del ambiente o contexto sociomaterial en el cual interactúan y habitan los sujetos (Cortes et al. 2004, p.88), con este tipo de intervención se pretende evitar la exposición de los individuos a los factores de riesgo ambientales relacionados con una problemática determinada.

Esta forma de prevención es ideal para la estructuración de programas con base en los resultados de la identificación de los factores de riesgo ambiental, relacionados con el consumo de SPA en personas en situación de desplazamiento.

**Prevención Primaria Selectiva Individual.** Este es un tipo de prevención reactiva y se centra en el sujeto, su objetivo es intervenir sobre individuos que aún no presentan una problemática determinada, pero se encuentran en una situación de alto riesgo (Cornes et al. 2004, p.88), es decir, esta forma de prevención busca anticiparse a la aparición de los problemas para que, si llegan a producirse, los individuos estén preparados; lo que se pretende entonces es desarrollar individuos competentes para afrontar las situaciones de riesgo que puedan manifestarse.

En este orden de ideas, puede afirmarse que el cuestionario es un medio indispensable para detectar aquellos individuos con altos niveles de consumo, y de esta forma proporcionarles factores protectores frente al mismo, a través de este tipo de prevención.

**Prevención Primaria Selectiva Universal.** Este tipo de prevención es reactiva, y se centra en el contexto, agrupa aquellas estrategias que se levantan a cabo sobre los sistemas o contextos sociomateriales en los cuales se encuentran los individuos (Cornes et al. 2004, p.89), es decir lo que se hace es actuar de una forma selectiva sobre las variables ambientales que se relacionan con un incremento del riesgo.

### **Prevención Secundaria**

La prevención secundaria hace referencia a aquellas actuaciones dirigidas a reducir o limitar el daño de una determinada enfermedad o cualquier problema social (Cruz, 2003, p.6), en la práctica hace alusión a todas aquellas técnicas y programas que ponen énfasis en la detección temprana y tratamiento oportuno de las primeras manifestaciones de una situación problemática, con el fin de dar una respuesta rápida y evitar que esta situación llegue a desarrollarse en toda su intensidad y se cronifique (Morris, 2003, p.12).

Por tratarse de intervención sobre las apariciones de una situación problema éste tipo de prevención es por principio reactiva, dependiendo de la población a la cual van dirigidas las actuaciones (individual o grupal).



***Prevención Secundaria Centrada en el Sujeto.*** Su meta es intervenir sobre individuos que empiezan a manifestar ciertos síntomas, pero aún no presentan un problema determinado (Cornes et al. 2004, p.89).

***Prevención Secundaria Centrada en el Contexto.*** En este caso, la meta de la intervención no son prioritariamente los individuos, sino el contexto sociomaterial en el cual viven (Cornes et al. 2004, p.89), se trataría entonces de mejorar el clima social en el que se desenvuelve una persona, fomentar su red de apoyo social, eliminar las tensiones sociales, mejorar las condiciones de vida, etc.

### ***Prevención Terciaria***

Se refiere a todas aquellas Intervenciones dirigidas a mejorar las capacidades físicas, psicológicas y sociales de las personas que sufren o han sufrido un determinado trastorno para lograr que puedan desarrollar una vida lo mas normalizada posible (Cornes y col, 2004,, p.89), hoy en día este tipo de prevención se incluye bajo la denominación de rehabilitación psicosocial o física dado que la acción rehabilitadora busca recuperar las capacidades y competencias perdidas o “deficientes” después de haber padecido una patología, o haber sido expuesto a una situación problema (Cruz, 2003, p.6).

## **Factores asociados**

### ***Factores de riesgo***

Factor de riesgo se define como un conjunto de factores que se relacionan con la probabilidad de aparición de un fenómeno o una conducta que afecta negativamente a una persona, grupo o comunidad (Canda, 2000 p. 72).

En este orden de ideas, según Clayton (1992) entiende por factor de riesgo “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)”.

De esta manera existen diversos factores que pueden estar interviniendo combinadamente en la incursión o no de conductas de riesgo relacionadas con el consumo de SPA por parte de una persona. Desde este punto de vista, la

conducta de riesgo es multifactorial, es decir, no es producto de una causa en particular, sino que responde a un conjunto de factores interdependientes entre sí.

De acuerdo con Florenzano (2005) existen factores de riesgo relacionados con el consumo de SPA:

***Factores de riesgo a nivel del individuo***

Entre los que se encuentran: a) De personalidad tales como inseguridad, timidez, impulsividad, dificultades en la interacción social o baja tolerancia a la frustración; a) Rasgos genéticos; c) Creencias y actitudes que favorecen el consumo de drogas; d) Escaso desarrollo de habilidades sociales e interpersonales; e) Factores biográficos tales como situaciones personales de vida (crisis, separación, pérdida o duelo)

***Factores de riesgo familiar, social y comunitario***

Entre estos se encuentran: a) Influencias del entorno familiar y social a nivel local; b) problemas de desintegración familiar e incomunicación en las relaciones familiares; c) Las características de personalidad de los padres que configuran estilos parentales muy permisivos o muy autoritarios; d) Influencia de compañeros y amigos, de los grupos juveniles; e) Características de la comunidad y el colegio; f) Las leyes respecto del tráfico y consumo y la disponibilidad de alcohol o drogas en el barrio o comunidad.

***Factores de riesgo macro social***

A nivel Macrosocial, los factores de riesgo son: a) Influencias socioeconómicas (opción laboral), políticas y legales; b) La publicidad respecto del alcohol; C) Los modelos sociales que aparecen en los medios masivos de comunicación social y las actitudes y creencias que comunican (publicidad directa o indirecta, criterios de responsabilidad); d) Los patrones culturales que favorecen el consumo; e) La disponibilidad de drogas y alcohol; f) El precio y las leyes que regulan el expendio; g) El tráfico y consumo de alcohol y drogas; h) Zonas de producción, incremento de zonas de producción, facilidad de comercialización; i) Relación entre conflicto armado y narcotráfico; j) Políticas internacionales de no comercialización.

### **Factores protectores**

Factor protector se define como aquellos recursos personales, sociales e institucionales que promueven el desarrollo exitoso o que disminuyen el riesgo de que surja un desarrollo alterado Florenzano (2005).

En este orden de ideas Según Clayton (1992) entiende por factor de protección en relación al consumo de SPA como “un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental, que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas”.

Desde este punto de vista, los factores de protección también presentan la característica de multifactorial, es decir, no son producto de una causa en particular, sino que responden a un conjunto de factores interdependientes entre sí, De acuerdo Florenzano(2005) algunos de estos son: a) Una relación emocional estable por lo menos con un padre u otro adulto significativo; b) Redes sociales existentes tanto dentro como fuera de la familia: parientes, vecinos, profesores, religiosos, pares; c) Clima educativo abierto, positivo, orientador, con normas y valores claros; d) Modelos sociales que valoren el enfrentamiento positivo de los problemas, representados por los padres, hermanos, profesores o amigos; e) Balance adecuado entre responsabilidades sociales y expectativas de logro (por ejemplo, en el cuidado de parientes enfermos, de rendimiento escolar); f) Competencias cognitivas (nivel intelectual promedio, destrezas de comunicación, empatía, capacidades de planificación realista); g) Características temperamentales que favorezcan el enfrentamiento efectivo (flexibilidad, orientación optimista a los problemas, capacidad de reflexionar y controlar los impulsos, capacidades verbales adecuadas para comunicarse); h) Experiencias de auto/eficacia, con locus de control interno, confianza en sí mismo, y autoconcepto positivo; i) Actitud proactiva frente a situaciones estresantes; j) Experiencia de sentido y significado de la propia vida (fe, religión, ideología, coherencia valórica).

## **Desplazamiento forzado**

### ***Definición de Desplazamiento Forzado***

El Desplazamiento Forzado Interno es la manera como internacionalmente se ha nombrado una forma particular de éxodo: aquella que ocurre dentro de las fronteras del territorio nacional y que está motivada por desastres naturales o por diversas formas de persecución, amenaza o agresiones que atentan contra la integridad de las personas. De esta manera, el desplazamiento se considera como un fenómeno mundial ligado desde hace décadas especialmente a conflictos internos y guerras civiles (Villa. M, 2006).

El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), definió a las personas desplazadas como aquellos individuos o grupos que: “Se han visto forzadas u obligadas a escapar o huir de su hogar o de su lugar de residencia habitual, en particular como resultado o para evitar los efectos de un conflicto armado, de situaciones de violencia generalizada, de violaciones de los derechos humanos o de catástrofes naturales o provocadas por el ser humano, y que no han cruzado una frontera estatal internacionalmente reconocida” (ACNUR, 1998).

De esta manera, el problema del desplazamiento forzoso es un problema de interés mundial, se estima que en el mundo existen entre 20 a 25 millones de refugiados internos. La Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES, 1999) afirma que “el desplazamiento forzado es la mas flagrante violación de los derechos humanos en los últimos tiempos (p.10).

Por su parte, el Gobierno Colombiano, ha definido al Desplazado como “toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas, con ocasión de cualquiera de las siguientes situaciones: Conflicto armado interno, disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los Derechos Humanos, infracciones al Derecho Internacional Humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores que puedan alterar o alteren drásticamente el orden público” (Ley 387 de 1997).

A través de esta Ley, se empiezan a gestar las acciones pertinentes para su atención por parte del Estado, reconociendo al desplazamiento forzado como: a) una problemática que podría afectar a cualquier persona sin distinción de raza, género, edad, condición económica o social, b) las personas en situación de desplazamiento provienen de diferentes regiones, poseen costumbres diferentes y se encuentran en etapas de desarrollo distintas, c) existe ante el desplazamiento una serie de consecuencias físicas, culturales y psicológicas que de forma directa afectan a la población en situación de desplazamiento y de forma indirecta a la población receptora (Red de Solidaridad Social, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados ACNUR, Opción Legal, 2000).

El desplazamiento forzado en Colombia se ha venido convirtiendo en un fenómeno extremadamente complejo, dentro del cual coexisten múltiples causalidades y múltiples modalidades de afectación de la población civil. Según el Ministerio de Protección Social, el número de personas en situación de desplazamiento en Colombia asciende: 2.500.962 (Acción Social 1999-Abril 30 2008); 2.853.445 (Codhes 1999-Julio 2007); y 4.075.580 (Conferencia Episcopal Codhes 1985-junio 2007). Además las personas en situación de Desplazamiento distribuidas según el sexo corresponde a: Hombres: 51,60% y Mujeres: 48,40%

### ***Modalidades del desplazamiento forzado***

Como relata Meertens (citado por Cubides y Domínguez, 1999), el desplazamiento interno en Colombia cobro auge a partir del año 1988, sobre todo en zonas donde se presentaron luchas campesinas en el pasado, enfrentamientos entre guerrilla y ejército, compra de tierra por narcotraficantes y llegada de paramilitares a “limpiar” la región. En este orden de ideas, se puede decir que las clases de desplazamiento forzado son:

**Desplazamientos colectivos.** Se presentaron durante la ola de asesinatos, masacres, desapariciones y bombardeos de zonas campesinas en los años 80. Ante las expectativas de pacificación, las comunidades desplazadas seguían una dinámica repetitiva de éxodo-retorno-éxodo.

**Desplazamiento individual o familiar.** En el que las familias huyen silenciosamente y buscan refugio cada uno por su cuenta,

Desplazamiento intra e interurbano de familias dispersas. Se da en la ciudad, los actores violentos establecen su dominio en un sector provocando desplazamiento en las familias de barrio a barrio o a ciudades mas grandes. Es muy frecuente, incluso, que las familias afectadas sean víctimas en este caso de un segundo desplazamiento forzado (Forero. E, 2003).

Éxodo masivo con características de movilización política. Se movilizan colectividades para presionar con su masiva presencia al gobierno para buscar soluciones a sus conflictos.

Desde hace unos años, han surgido nuevas modalidades en las que la población residente ya no es desplazada, sino que se ve obligada por el respectivo actor armado a vincularse de manera forzada a los procesos productivos ilegales, sin posibilidades de salir de la zona para proteger su vida, integridad y libertad.

Una mención aparte merece el tema de los desplazamientos de la fuerza de trabajo vinculada a cultivos ilícitos (trabajadores denominados “raspachines”) generados por la erradicación de los mismos, la mayoría de las veces mediante aspersión aérea. En muchas regiones, resulta prácticamente imposible deslindar el desplazamiento producto del conflicto del desplazamiento generado por la fumigación (Forero. E, 2003).

Pero también es muy importante destacar los desplazamientos asociados a los procesos de apropiación y concentración de la propiedad de la tierra. Estos pueden ser promovidos por personas o actores con un interés económico (entre los cuales al menos se ha identificado a los grandes narcotraficantes) que operan a través de grupos de acción privados, o por los mismos actores armados que obligan a los campesinos a abandonar tierras y cultivos (Forero. E, 2003).

### ***Etapas del Desplazamiento forzado***

Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2002), las etapas por las que han pasado los desplazados que llegan a la ciudad son:

Etapas de salida. Las personas en situación de desplazamiento sienten miedo, rencor y rabia frente a lo sucedido. El sufrimiento al que han sido sometidos se expresa con dificultad, pero en una fase muy superior este aflora con sentimientos de odio y profundo dolor.

Etapa de Llegada. Hay incertidumbre aunque esperanzas de ser acogidos por parientes, amigos o conocidos. Transcurre un proceso en donde el anonimato y el ocultamiento disfrazan una “culpa” que no se tiene pero que se les atribuye. Buscan en este proceso acomodarse para resolver necesidades insatisfechas de vivienda para alojarse, comida y estudio para sus hijos. Recorren espacios acompañados por familiares o amigos en busca de ayuda Institucional y empiezan a conocer la ciudad con todas sus dificultades y problemas.

Si la dispersión del desplazado es una condición del anonimato y se pierde el principio de comunidad y de pertenencia, se inicia otro, el de la solidaridad inmediata, para evitar el aislamiento. Surge el señalamiento por su condición y con ello el resentimiento que empieza a tener su curso perfilándose el odio y la rabia por su situación, en algunos casos esto desemboca en huidas, en el abandono de los hombres a su núcleo familiar, en el que dejan a las mujeres solas. Algunas mujeres abandonan a sus hijos/as y los dejan al cuidado de parientes o amigos para efectuar actividades diversas: prostitución, servicio doméstico, ventas ambulantes, entre otras.

Etapa de la consolidación de la llegada. Es muy traumática por cuanto la intolerancia, la exclusión e inequidad del grueso de los pobladores urbanos se hacen manifiestos de allí los resentimientos y las culpabilidades, el conflicto familiar intergeneracional se acelera y las pesadillas en los hijos/as son frecuentes.

### ***Antecedentes generales del Desplazamiento Forzado en Colombia***

El desplazamiento forzado por la violencia solo en las últimas décadas viene adquiriendo un importante valor para las naciones del mundo. La costumbre de los grupos armados en contienda de amenazar y expulsar a población no combatientes de sus zonas habituales de residencia, es tan antigua como los conflictos bélicos (CODHES y UNICEF. 1999).

En este sentido, según Medellín (2003), actualmente, muchas personas no combatientes, civiles indefensos, han sido expulsados de sus lugares de residencia por actores armados. Estos desplazamientos hacia nuevas zonas han dado origen a diversos procesos de reestructuración territorial, cultural y política en diversas partes del mundo.

La conciencia frente al fenómeno del refugio, entendido como, toda persona que se encuentra fuera de su país de origen y que no puede regresar a él como consecuencia de un temor fundado de persecución por motivos de raza, religión o nacionalidad, por sus opiniones políticas o su pertenencia a un grupo social; se ha venido desarrollando a partir de la Convención de Ginebra, cuando se establece en el año de 1951 el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). Sin embargo, el reconocimiento del desplazamiento forzado es un proceso lento, por que algunos gobiernos se resisten a aceptar fácilmente que en su interior exista población civil que se desplaza obligada por un conflicto interno en donde uno de los protagonistas combatientes son las mismas fuerzas del Estado.

Durante el siglo XX, el desplazamiento forzado continua alimentando el proceso de ordenamiento regional sobre todo a partir de: a) la conformación de las guerrillas liberales que surgen como reacción a la persecución política iniciada por el gobierno conservador (1946 – 1953), b) el asesinato del candidato Liberal a la presidencia de Colombia Jorge Eliécer Gaitán, el 9 de Abril de 1948 dando origen a una revuelta popular conocida como el “Bogotazo”, y c) a un periodo largo de violencia liberal – conservadora que dejo un saldo de cerca de 300 mil muertos y mas de dos millones de personas que tuvieron que huir de sus lugares de vivienda (Gutiérrez. A, Ortega. A 2005).

De igual forma, el narcotráfico impuso en muchas regiones del país, reglas de convivencia ante la ausencia del Estado, provocando un aumento significativo del fenómeno del desplazamiento. Para el año de 1997, por lo menos 4 millones de hectáreas eran propiedad de narcotraficantes que realizaban alianzas con paramilitares para contener a la guerrilla, mientras que en otras zonas =, el sistema tributario que la guerrilla impuso a estas actividades le sirvió para financiarse (Gutiérrez. A, Ortega. A 2005).

Los conflictos bélicos ligados a intereses de apropiación y explotación económica, así como de control militar (para el trafico de armas y de narcóticos) de territorios claramente delimitados por los combatientes, han modelado la geografía colombiana a través del tiempo.



A partir de lo anterior, todas las guerras, conflictos regionales y locales, tuvieron como consecuencia, innumerables procesos de desplazamiento de poblaciones en busca de seguridad hacia zonas no ocupadas del país.

En la última década, el desplazamiento forzado ha crecido al igual que su reconocimiento, permitiendo la adopción de los avances internacionales en el tema y labores de ONGs colombianas y extranjeras para visibilizarlo y pedir atención del Estado, quien ha ampliado la conciencia en políticas públicas paralelamente al incremento de este fenómeno, especialmente en nuestro Departamento.

### ***Causas y consecuencias del conflicto armado en Colombia***

A lo largo de la revisión histórica del desplazamiento, Colombia se ha visto envuelta en un proceso violento de configuración del terreno por parte de colectividades humanas. Los conflictos bélicos asociados a intereses de apropiación y explotación económica, así como del control militar con diferentes propósitos han modificado la cultura, economía, y hasta la propia ideología de la población inmersa en estas transformaciones basadas en la expulsión violenta de comunidades negras, indígenas, colonos, campesinos y más recientemente, de habitantes de zonas marginadas de grandes ciudades (CODHES y UNICEF. 1999).

En este sentido y teniendo en cuenta la complejidad del fenómeno, Meertens (referenciada por Cubides y Domínguez (1999), afirma que las reiteradas políticas del Estado Colombiano que se han ido plegando a los intereses foráneos de una apertura económica, una privatización, la formación de zonas de libre explotación y comercio en manos de multinacionales así como la apropiación de tierras que históricamente y por tradición han ocupado las poblaciones, al igual que los intereses de un mercado global que tiene capital foráneo, junto con la producción y comercio de drogas ilícitas, que se apoya en fuerzas insurgentes irregulares (paramilitares, guerrilla), son la causas más significativas del desplazamiento forzado interno.

Como consecuencia de este conflicto, se ha producido la pérdida de tierras y territorios ancestrales, así, como sus formas de vida tradicionales que se ven afectadas y con ellas; los procesos organizativos, la desintegración de las relaciones de identidad étnica-culturales, la destrucción del medio ambiente,

y por ende la persecución y hechos atentatorios contra la integridad personal que causan miedo, rabia y dolor cuya respuesta es el éxodo violento que los conduce a la miseria, al abandono, al hambre, a la pérdida de la autoestima y lo que mas los ha identificado, sus relaciones de parentesco familiar.

Al aumento de las acciones armadas y la expansión territorial de los actores armados, se han sumado también continuas manifestaciones de degradación del conflicto mediante actos contrarios a los Derechos Humanos y al Derecho Internacional Humanitario, cometidos entre combatientes y por parte de estos contra la población civil indefensa. Masacres, asesinatos, secuestros, desapariciones forzadas, reclutamiento de menores de edad y uso de armas de efectos indiscriminados, entre otros, se han convertido en el repertorio de la guerra (Defensoría del Pueblo, 2004).

### ***Algunas consecuencias generales del desplazamiento***

Como señala la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S). (2002), los conflictos armados dejan grandes consecuencias en la estructura social de un país, por eso se dice que estos hechos son el tipo de catástrofe (causada por el ser humano) mas devastadora y aborrecible, pues produce efectos complejos que tienen serias implicaciones políticas, económicas, sociales, legales y sanitarias. La O.P.S (2002), inclusive hace énfasis en sus efectos culturales y conductuales, así como secuelas como la pobreza generalizada, escases de alimentos y agua potable, destrucción ambiental, deterioro de las formas de vida locales, desintegración de las familias, desarraigo y trastornos psicológicos de diversa índole.

Woo (2006) dice, que el grado de vulnerabilidad de las familias en situación de desplazamiento se hace mas profundo y adquiere características de cronicidad toda vez que al enfrentarse a las nuevas condiciones de vida, estas intervienen directamente acentuando el estado de vulnerabilidad en todos los aspectos del orden vital de las familias cuando las necesidades básicas de supervivencia hasta la garantía de condiciones dignas de vivienda, educación, trabajo y salud, entre otras no han sido subsanadas de manera integral, oportuna y suficiente.

De igual forma, Rodríguez (2004), afirma que una de las principales consecuencias del desplazamiento es el desarraigo puesto que las personas

establecen relaciones estrechas con su entorno, con el desplazamiento se produce un cambio de contexto, que provoca en las personas pérdidas de referentes que conforman el arraigo y la pertenencia.

### ***La situación de las mujeres desplazadas en Colombia***

El desplazamiento forzado es un fenómeno más en la historia de violencia, discriminación y exclusión social contra las mujeres en Colombia. Se estima que el 47% de la población internamente desplazada esta conformada por mujeres. El 44% de ellas son menores de edad CODHES y UNICEF. (2003).

Una de las principales consecuencias del desplazamiento interno forzado según ACNUR (2006), es que las mujeres se ven obligadas a ejercer la jefatura del hogar al perder su pareja. Pero no sólo es por la pérdida física (muerte, desaparición forzada, secuestro) que las mujeres deben asumir este nuevo rol. También se debe a la imposibilidad física económica o emocional de los hombres para seguir cumpliendo con su papel tradicional de proveedores principales del grupo familiar.

Las mujeres en situación de desplazamiento, se reconocen como sobrevivientes de una tragedia y perciben en su interior una serie de habilidades que no poseen los varones. Gracias a estas, pueden transformar su situación y superar la incertidumbre que genera el desplazamiento y recuperar cierta estabilidad para desarrollar sus roles como madres, compañeras, líderes, y como agentes productivas de la sociedad. Esto deriva en una actitud de protección y de supervivencia que se sobrepone a la adversidad que acompaña la situación de desplazamiento (ACNUR, 2006).

Una vez la mujer se enfrenta a dicha situación, se transforman temporalmente en proveedoras, generadoras de ingresos para ellas y sus familias y en agentes participativas. Continúan ejerciendo su rol tradicional, pero lo modifican asumiendo transitoriamente o en forma permanente múltiples responsabilidades que responden a la necesidad urgente de sobrevivir. Las mujeres en situación de desplazamiento asumen en un alto porcentaje la jefatura del hogar sin garantías institucionales para ello. De acuerdo a la red de solidaridad Social, cuatro de cada diez familias desplazadas tiene jefatura femenina, porcentaje que supera la cifra de jefatura femenina en población no

desplazada, la cual según el último censo DANE alcanza un 28.1% (ACNUR, 2006).

Las posibilidades de alguna ocupación remunerada se les presentan en la mayoría de los casos en aéreas como el trabajo domestico, el sector informal (ventas ambulantes) e incluso en la prostitución.

Woo (2006) afirma que las familias desplazadas, mono parentales por lo general con jefatura femenina, tiene menos posibilidades de gestión y los niños y jóvenes se ven obligados a ocuparse en labores domesticas y en trabajos informales para generar ingresos, o están en riesgo a la delincuencia común y al consumo de sustancias ilegales.

“Los efectos del desplazamiento forzado presentan rupturas y pérdidas más fuertes para las mujeres que para los hombres. Sin embargo, en el contexto urbano, el desempleo suele afectar más duramente a los hombres que a las mujeres. Mujeres y hombres buscan de manera diferenciada apoyo en su entorno: los hombres en la asistencia por parte de entidades gubernamentales, mientras que las mujeres desarrollan un sentido más práctico para garantizar la supervivencia de la familia. Frente a un retorno que no garantiza la seguridad personal, ni el acceso al empleo o a la propiedad, las mujeres desplazadas suelen preferir la integración urbana” (ACNUR, 2006).

El impacto sobre la niñez es definitivamente dramático, sólo el 40% han continuado sus estudios, y sólo el 10% ha terminado el bachillerato. Además, 1.225.000 han tenido serios problemas de salud sin haber obtenido atención médica. Uno de los problemas más serios es el reclutamiento forzado de menores, según Human Rights Watch, se estima que alrededor de 11,000 niños y niñas han sido reclutados por los grupos armados, y que uno de cada cuatro guerrilleros o paramilitares es menor de edad (Forero. E, 2003).

## **MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL**

### **Enfoque Ecológico**

Se refiere a la “ecología del desarrollo humano que comprende el estudio científico de la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, en desarrollo, y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive la persona en desarrollo, en cuanto este proceso se ve afectado por las relaciones que se establecen entre estos entornos, y por los contextos más grandes en los que están incluidos los entornos”

### **Sustancias psicoactivas**

Se define como “toda sustancia de origen natural o sintético, legal o ilegal que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce cambios en el funcionamiento del sistema nervioso central (SNC) del consumidor y es, además, capaz de generar dependencia, ya sea de tipo psicológica y/o física”.

### **Consumo de SPA**

Se define como la persona que utiliza la sustancia sin que esto implique algún deterioro en el área familiar, social o laboral, además se define “como la utilización de una sustancia cualquiera con fines diversos: nutricionistas, recreativos, terapéuticos, religiosos o sociales.

### **Abuso de SPA**

El abuso de drogas se puede definir como el uso auto-administrado de cualquier droga en una manera que se desvía de los patrones sociales y médicos aprobados al interior de una cultura dada.

### **Dependencia**

Es la tendencia al abuso de una determinada sustancia, por la búsqueda de sus efectos. Es un estado psíquico, y algunas veces físico, que resulta de la interacción entre un organismo vivo y una droga, caracterizada por el comportamiento y otras respuestas, que siempre incluyen una compulsión a tomar la droga de forma continua o periódica, para experimentar sus efectos psíquicos y, algunas veces, para evitar el malestar de su ausencia.

### **Síndrome de abstinencia**

Es el conjunto de reacciones físicas y psicológicas que ocurren cuando una persona con adicción a una sustancia (alcohol, cigarro o u otras drogas) deja de consumirla abruptamente.

### **Tolerancia**

Se refiere a la forma en que cada organismo se adapta al uso repetido de una determinada sustancia y la necesidad de consumir más droga para conseguir el mismo efecto y mantenerlo.

### **Factor de riesgo**

Es “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)”.

### **Factor Protector**

Es “un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental, que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas”.

### **Desplazado**

“Toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas, con ocasión de cualquiera de las siguientes situaciones: Conflicto armado interno, disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los Derechos Humanos, infracciones al Derecho Internacional Humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores que puedan alterar o alteren drásticamente el orden público”.

### **Salud Pública**

“ciencia y arte de prevenir las dolencias y discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y eficiencia física y mental, mediante esfuerzos

organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como lesiones; educar al individuo en higiene personal , organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud”.

### **Prevención**

Es el conjunto de medidas socio sanitarias que tiene como objetivo proteger y preservar la salud.

## METODOLOGIA

### Paradigma metodológico

La presente investigación tomó como base el enfoque empírico analítico que se describe a continuación:

El enfoque empírico analítico es resultado de la manera como el hombre ha buscado formas de construir conocimiento. Descartes afirmaba que la visión de la realidad no puede basarse en una explicación extraña a la que la propia razón puede aceptar. En síntesis, los racionalistas no aceptaban explicaciones de la realidad que la mentalidad humana no pudiera entender (Álvarez, 1996, p.8).

Siguiendo a Álvarez, “a finales del siglo XVII, surge otro movimiento filosófico, el empirismo. Los empiristas creían que todo conocimiento, incluidas las ideas, era obtenido por el contacto del hombre con el medio que lo rodea, dando prioridad a la observación sobre el razonamiento” (1996, p.9).

De acuerdo con el mismo autor, el positivismo surge en el primer tercio del siglo XIX, como una reacción frente al empirismo. Los positivistas creían que el conocimiento surge a partir de la observación y de ésta se podrían crear leyes generales; eran por tanto, inductivistas (Ascary y Peña, 2006).

Luego como resultado de las discusiones entre empiristas y positivistas nace un nuevo positivismo. De acuerdo con Álvarez (1996), el neopositivismo asume que hay una realidad que nuestros sentidos perciben, acepta que la inducción es a veces prematura, aunque considera que el hombre es capaz de conocer la realidad del mundo que lo rodea. Una de sus aportaciones más importantes es la inducción probabilística, de gran arraigo en la actualidad; ésta, tiene dos supuestos fundamentales: a) si una hipótesis es verificada en diversas circunstancias y si además se cumplen predicciones basándonos en ella, la probabilidad de que sea cierta es alta; y b) la probabilidad de una hipótesis aumenta si acumulamos evidencia a su favor.

Por lo tanto, la investigación cuantitativa tiene sus bases en el paradigma positivista y neopositivista. De acuerdo con Álvarez (1996), las investigaciones cuantitativas, a través de la observación o la experimentación, parten de hipótesis que se mantiene mientras no puedan ser refutadas. A partir de varias hipótesis demostradas se forman teorías que explican algunos



aspectos de la realidad. En este sentido, en una investigación cuantitativa se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables, en este caso características del consumo de SPA en personas en situación de Desplazamiento.

### **Tipo de Estudio**

En la investigación se propuso un estudio de carácter Descriptivo, tomando como referencia la clasificación de Hernández, Fernández y Baptista (1998, p.60), puesto que este tipo de estudios miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar, es así como desde su punto de vista describir es medir. Teniendo en cuenta lo anterior, en la presente investigación se describen las características del consumo de SPA y los factores asociados en personas en situación de Desplazamiento con edades comprendidas entre 12 a 65 años de edad.

Conjuntamente a las estrategias formuladas dentro de los parámetros de la investigación descriptiva, es indispensable tomar elementos de otros tipos de investigación como la investigación correlacional, ya que este tipo de estudios tienen como propósito medir dos a más conceptos o variables en un contexto en particular, en este caso consumo de SPA y factores de riesgo y protección en personas en situación de desplazamiento, para pretender ver si están o no relacionadas en los mismos sujetos, para después medir su correlación Hernández et al. (1998, p. 63).

### **Diseño**

El diseño de esta investigación es Transversal, ya que se busca describir el estado de una variable o fenómeno, evaluándolo en un momento determinado en el tiempo Hernández et al. (1998, p.106). Así, se aplicará el cuestionario de consumo de sustancias psicoactivas y de factores asociados en un único momento a cada persona.

### **Técnicas e instrumentos**

Para cumplir con los objetivos planteados en la presente investigación, y teniendo en cuenta que no existe un instrumento que mida el consumo de SPA en personas en situación de desplazamiento, se construyó un cuestionario

estructurado donde se tiene una idea clara de la diversidad de posibles respuestas que se desean obtener. Para esto, se requiere una redacción precisa de las preguntas que se plantean en un orden fijo y que lleven al entrevistado a elegir una o varias opciones que se le presenten.

Además, con este método de plantear preguntas se obtiene varias ventajas. En primer lugar, los entrevistados pueden resolver por si mismos el cuestionario, lo cual significa que ahorrarán tiempo al investigador tanto en la entrevista como en el traslado al lugar donde viven. En segundo lugar, un formato estándar reduce al máximo el efecto que la manera de plantear las preguntas tiene en el entrevistado y en sus respuestas. Sin tal verificación, cualquier diferencia encontrada entre las respuestas de las personas, podría deberse a como se formuló la pregunta más que a cualquier diferencia inherente entre los entrevistados. Una tercera ventaja radica en que las respuestas pueden cuantificarse de inmediato (Clark, 2002, p. 6).

El cuestionario está compuesto por preguntas abiertas y cerradas, la primera parte del cuestionario está conformada por un consentimiento informado, seguido por las instrucciones donde se aclara la forma de responder a las preguntas (marcar con X "equis" en la casilla donde corresponda, o escribir en el espacio correspondiente). El cuestionario está compuesto por diferentes variables agrupadas en aspectos generales como son: Información sociodemográfica, información de salud, información sobre consumo de sustancias psicoactivas, donde se encuentra el consumo de cigarrillo, consumo de alcohol, consumo de tranquilizantes y anfetaminas, consumo de marihuana y otras sustancias. Se finaliza con preguntas relacionadas con el comportamiento bajo los efectos de sustancias psicoactivas, consumo familiar y entorno. Las preguntas relacionadas con los factores de riesgo y protección se encuentran inmersas en todo el cuestionario (Apéndice).

### **Población**

La población con la que se efectuó la investigación está conformada por los miembros de las familias registradas como desplazadas de la violencia en la Fundación Aldea Global que residen en el Municipio de San Juan de Pasto, con edades comprendidas entre los 12 y 65 años de edad. Los datos de la población se describen en la Tabla 1.

Tabla 1 Datos de la Población

Género y Edad	Población
Masculino 13-18	129
Femenino 13-18	137
Masculino 19-25	147
Femenino 19-25	172
Masculino 26-45	273
Femenino 26-45	329
Masculino 46-60	72
Femenino 46-60	88
Masculino 61 +	40
Femenino 61+	45

### Muestra

La muestra poblacional en un primer momento estaba encaminada a ser de tipo probabilístico es decir que cada uno de los elementos muestrales tuviera la misma probabilidad de ser escogidos pues se obtuvo delimitando las características de la población y el tamaño de la muestra de la siguiente manera:

La población estaba integrada por 1432 personas cuyas edades oscilan entre los 12 y 65 años de edad registradas como desplazadas en la Fundación Aldea Global. El tamaño de la muestra se determinó tomando como base la anterior información donde se discrimina la cifra de personas desplazadas.

Para estimar el tamaño de la muestra se recurrió a la siguiente ecuación.

$$n = \frac{NZ^2PQ}{(N-1)e^2 + Z^2PQ}$$

donde:

$n$ : tamaño de la muestra

$N$ : tamaño de la población.

$Z$ : factor de confiabilidad; en este caso se utilizara una confiabilidad del 95% entonces  $Z= 1.96$

$P$ : proporción de la población en situación de desplazamiento forzado con ciertas características; generalmente el valor de  $p$  no se conoce con exactitud, por lo tanto será igual a 0.5 que produce el máximo tamaño de la muestra.

$Q$ :  $1- P$

$PQ= 0.25$

$e$ : es el error estadístico máximo de estimación; se le asigna el valor de 0.06 (6%).

De esta manera, se estimó el tamaño de la muestra que equivale a 303 sujetos.

Además este muestreo era de tipo probabilístico estratificado que consistía en dividir la población en subpoblaciones o estratos y se seleccionaba una muestra para cada estrato. Para lo anterior se tuvo en cuenta dos variables de estratificación: género y edad.

Teniendo en cuenta que el plan inicial de muestreo era de 303 personas, pero debido a que a población está en continua movilidad en el territorio nacional dadas las características propias del desplazamiento forzado, ésto impidió localizar a cada persona que había sido elegida para la investigación. Por esta razón, se decidió emplear otra metodología de muestreo el cual es de tipo no probabilístico donde se tomó como referencia la selección intencionada o muestreo de conveniencia, ésta consiste en la elección por métodos no aleatorios de una muestra cuyas características sean similares a las de la población objetivo. En este tipo de muestreos la “representatividad” la determina el investigador de modo subjetivo.

De esta manera el muestreo poblacional quedó conformado por 175 personas en situación de desplazamiento con edades comprendidas entre los 12 y 65 años de edad.

### **Procedimiento General**

En la Figura 1, se muestra el procedimiento que se siguió para la construcción del cuestionario. La investigación se organizó en seis fases así: a) revisión teórica; se definieron conceptos como el consumo de SPA, desplazamiento forzado, enfoque ecológico y factores de riesgo y factores protectores; b) determinación de la estructura del cuestionario: donde se determinó la justificación, finalidad y uso del cuestionario, atributo, contenido, formato de ítem y de cuestionario, estandarización, constructores, usuarios del cuestionario y usuarios de resultados, población objetivo, momento de estandarización, y aplicación; c) aplicación del instrumento final: construcción de ítems, análisis cualitativo de los ítems, prueba Piloto (Valoración de claridad del lenguaje con la población), corrección de ítems, y diseño del Instrumento Final; d) aplicación del instrumento final: selección de la muestra, elaboración del cronograma de aplicación para la aplicación del instrumento; e) Análisis de la Información y descripción del consumo de SPA: en esta fase, se hizo la descripción del consumo de SPA en personas en situación de desplazamiento y la descripción de los factores protectores y de riesgo en la misma población; f) elaboración y publicación del informe final.

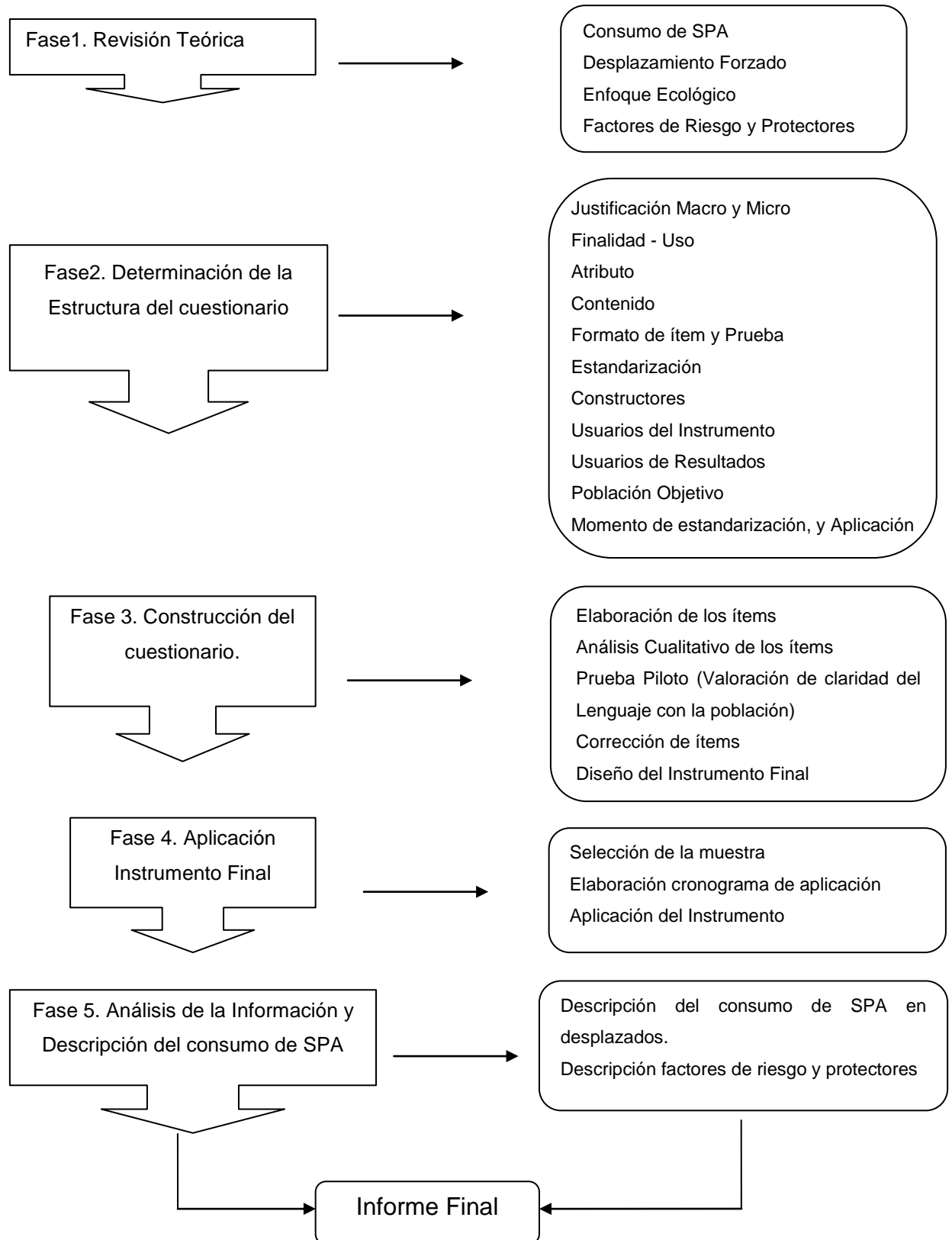


Figura 1. Descripción fases del procedimiento de la investigación

## **Plan de Análisis de Datos**

Para la obtención de las estimaciones, se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS). Estos datos fueron analizados e interpretados con base en la estadística descriptiva (medidas de tendencia central y medidas de dispersión), de igual forma, se tomaron conceptos de la estadística no paramétrica como la Ji cuadrada y la regresión logística (ODDS RATIO) que es una de las herramientas estadísticas con mejor capacidad para el análisis de datos en investigación, ya que, es un modelo utilizado para la predicción de probabilidad de ocurrencia de un evento con el uso de variables aleatorias divididas en categorías.

### ***Estadística Descriptiva***

En esta investigación para organizar, analizar e interpretar los datos se recurrió a las herramientas metodológicas y procedimentales proporcionadas por la estadística Descriptiva. Por esta razón se define de manera somera los conceptos básicos de la estadística descriptiva.

Siguiendo a Wayne (1982) se define estadística como: “conceptos y técnicas que se emplean en la recopilación, organización, resumen, análisis, interpretación y comunicación de información numérica” (p.12). La estadística descriptiva es una parte de la estadística que se dedica a analizar y representar los datos. Este análisis es fundamental en todo estudio. Algunas de las técnicas empleadas en este primer análisis de los datos son medidas de tendencia central para ver en qué medida los datos se agrupan y medidas de variabilidad para ver cómo se dispersan los datos en torno a un valor central.

### ***Medidas de Tendencia Central***

“Las Medidas de Tendencia Central son puntos en una distribución, es decir los valores medios o centrales de ésta. Las principales medidas de tendencia central son tres: media, mediana y moda. El nivel de medición de la variable determina cuál es la medida de tendencia central apropiada” Hernández et al. (1998) p. 425.

**Media.** De acuerdo con Hernández et al. (1998), la media es la medida de tendencia central más utilizada y puede definirse como el promedio aritmético de una distribución; se simboliza como  $\bar{X}$ , y es la suma de todos los valores dividida entre el número de casos. Es una medida solamente aplicable a mediciones por intervalos o de razón. Carece de sentido para variables medidas en un nivel nominal u ordinal. Su fórmula es:

$$\bar{X} = \Sigma X / n$$

**Mediana.** De acuerdo con Wayne (1982) la mediana es aquel valor que se encuentra a la mitad de una muestra o población cuyos valores están ordenados en orden de magnitud. Si el número de valores es impar, la mediana es igual al valor de la mitad. De esta manera, la mediana refleja la posición intermedia de la distribución. Es la medida de tendencia central propia de los niveles de medición ordinal, por intervalos y de razón, de igual forma es particularmente útil cuando hay valores extremos en la distribución. Hernández, Fernández y Baptista. (2006) p. 427. \_su formula es:

$$N+1/2$$

**Moda.** Según Wayne (1982) la moda es el valor de la variable que tenga mayor frecuencia absoluta, la que más se repite. Por su propia definición, la moda no es única, pues puede haber dos o mas valores de la variable que tengan la misma frecuencia siendo esta máxima. En cuyo caso tendremos una distribución bimodal o polimodal según el caso.

### ***Medidas de Dispersión***

Una medida de tendencia central sola no proporciona generalmente una descripción satisfactoria de un conjunto de datos. Para analizar los datos, con frecuencia también es necesaria una medida de la manera en que los valores individuales se desvían del promedio. A estas clases de medidas se las conoce como medidas de variabilidad. La variabilidad tiene como sinónimo la



dispersión. (Wayne, 1982). Las medidas de variabilidad más utilizadas son: rango, desviación estándar y varianza.

**Rango.** También llamado recorrido, es la diferencia entre la puntuación mayor y la puntuación menor, e indica el número de unidades en la escala de medición que se necesitan para incluir los valores máximo y mínimo. Se calcula así  $X_M - X_m$  (puntuación mayor, menos puntuación menor). Hernández et al. (1998).

**Desviación Estándar.** O típica, de acuerdo con Hernández et al. (1998), p. 359, es el promedio de desviación de las puntuaciones con respecto a la media; esta unidad se expresa en las unidades originales de medición de la distribución. Se interpreta en relación con la media. Cuanto mayor sea la dispersión de los datos alrededor de la media, mayor será la desviación estándar. Se simboliza con:  $s$  o la sigma minúscula y su fórmula esencial es.

$$S = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2}{n - 1}}$$

**Varianza.** Es la desviación estándar elevada al cuadrado. Es un concepto estadístico muy importante, ya que muchas pruebas cuantitativas se fundamentan en él. Diversos métodos estadísticos parten de la descomposición de la varianza. Sin embargo con fines descriptivos se utiliza preferentemente la desviación estándar.

### **Estadística No Paramétrica**

Para realizar análisis no paramétricos debe partirse de las siguientes consideraciones: a) la mayoría de estos análisis no requieren de presupuestos acerca de la forma de la distribución poblacional. Aceptan distribuciones no normales. b) las variables necesariamente deben estar medidas en un nivel por intervalos o de razón, pueden analizarse datos nominales u ordinales. De hecho si se quiere aplicar análisis no paramétricos a datos por intervalos o

razón, estos deben de ser reducidos a categorías discretas (a unas cuantas). Las variables deben ser categóricas Hernández et al. (1998) p. 407.

Los métodos o pruebas estadísticas no paramétricas más utilizadas son: los coeficientes de correlación e independencia para tabulaciones cruzadas, los coeficientes de correlación por rangos ordenados de Spearman y Kendall y la Ji cuadrada Hernández et al. (1998) p.407.

Para efectos de la presente investigación, se expondrá brevemente esta última.

### ***Ji o Chi Cuadrada***

Es una prueba estadística para evaluar hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas Hernández et al. (1998) p.408.

La distribución chi-cuadrado tiene muchas aplicaciones en estadística inferencial, por ejemplo en el test chi-cuadrado y en la estimación de varianzas. Está también involucrada en el problema de estimar la media de una población normalmente distribuida y en el problema de estimar la pendiente de una recta de regresión lineal, a través de su papel en la distribución t de Student. Y participa en todos los problemas de análisis de varianza, por su papel en la distribución F de Snedecor, que es la distribución del cociente de dos variables aleatorias de distribuciones chi-cuadrado e independientes (enciclopedie.com).

### **Regresión Logística**

Las regularidades observadas entre fenómenos que llevan a la asociación entre variables, tienen una cierta probabilidad de ser regidos por el azar, es necesario entonces establecer de una manera sistemática, cual es el grado de certeza de algún hallazgo que “de hecho” corresponda a la realidad. Esta medida la da, el llamado valor p (p-value) o nivel de significancia estadística, que de una manera intuitiva, nos indica la probabilidad de que los resultados encontrados no se deban al azar o la casualidad. Cuando la información analizada se realiza sobre la muestra de una población, es necesaria la determinación de este valor, el cual según los estándares

científicos aceptables, debe estar por debajo de 0.05 para alcanzar resultados estadísticamente significativos.

Con las consideraciones anteriores, se identifican los factores de riesgo y de protección asociados al consumo de SPA lícitas e ilícitas en personas en situación de desplazamiento residentes en la ciudad de San Juan de Pasto, a través del análisis bivariado que, a través de la asociación de variables nos permite obtener los factores estadísticamente más significativos, asociados con el consumo de alcohol, tabaco, marihuana y otras sustancias (pesadas, sintéticas y de uso cultural).

La identificación de factores o variables asociados con el consumo de SPA, se logra en torno a un concepto epidemiológico fundamental: *riesgo*.

El riesgo es el correspondiente epidemiológico del concepto matemático de probabilidad, por lo tanto, para el presente estudio el riesgo se define como la probabilidad de que, determinado grupo consuma más o menos determinado tipo de sustancia frente a otros grupos poblacionales.

Un factor de protección es el atributo de un grupo con menor incidencia a usar determinada droga lícita o ilícita en relación con otros grupos. La determinación de un factor de riesgo depende de un indicador específico que mide la fuerza de asociación, la medida de asociación es el llamado Odds ratio (razón de ventajas o disparidad) ó estimación del riesgo relativo. Un  $OR > 1$  nos identifica un factor de riesgo, un  $OR < 1$  un factor protector,  $OR = 1$  descartaría la asociación entre el factor y determinado evento.

Una vez identificados los factores de riesgo y de protección, en esta investigación éstos son ubicados en cada uno de los sistemas que conforman el modelo Ecológico (microsistema, mesosistema y macrosistema) lo anterior como parte de una mayor comprensión y análisis de la información recolectada.

## **Programa Estadístico**

El análisis de los datos se realizó utilizando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS por sus iniciales en inglés). Este paquete estadístico es la suite estadística más accesible en el mundo utilizado por organizaciones comerciales, gubernamentales o académicas para solucionar negocios y problemas de investigación. SPSS Statistics ofrece un amplio rango de procedimientos estadísticos para el análisis básico incluyendo: recuentos, tablas de contingencia, conglomerados, estadísticos descriptivos, análisis de factores, regresión lineal, análisis de conglomerados y regresión ordinal. Una vez completado el análisis, podrá incluir datos en su base de datos con el “Asistente para exportar a bases de datos”. Para una mayor capacidad de análisis SPSS cuenta con una gran variedad de módulos como SPSS Regression y SPSS Advanced Statistics que se centran en el análisis de los datos. Además, se pueden generar fácilmente los gráficos más utilizados como SPLOMs (diagramas de dispersión matriciales), histogramas y pirámides poblacionales, con el “Generador de gráficos” (SPSS. 2008).

## **Consideraciones deontológicas**

Teniendo en cuenta que la Psicología es una ciencia sustentada en la investigación, el equipo investigador toma como referencia la Ley 1090 de 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, y se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Para llevar a cabo la presente investigación, se tienen en cuenta las siguientes disposiciones:

Del título II, “Disposiciones Generales”, se toma en cuenta el artículo 2 de los principios generales como el de Confidencialidad: donde “los psicólogos mantendrán suficientemente informados a los usuarios tanto del propósito como de la naturaleza de las valoraciones, de las intervenciones educativas o de los procedimientos de entrenamiento y reconocerán la libertad de participación que tienen los usuarios, estudiantes o participantes de una investigación”. Y el principio de Investigación con participantes humanos: donde la “decisión de acometer una investigación descansa sobre el juicio que

hace cada psicólogo sobre cómo contribuir mejor al desarrollo de la Psicología y al bienestar humano. Tomada la decisión, para desarrollar la investigación el psicólogo considera las diferentes alternativas hacia las cuales puede dirigir los esfuerzos y los recursos. Sobre la base de esta consideración, el psicólogo aborda la investigación respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participan y con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humanos” (Ley 1090 de 2006).

Del Título III “De la actividad profesional del psicólogo” donde se “considera ejercicio de la profesión de psicólogo toda actividad de enseñanza, aplicación e indicación del conocimiento psicológico y de sus técnicas específicas en: a) Diseño, ejecución y dirección de investigación científica, disciplinaria o interdisciplinaria, destinada al desarrollo, generación o aplicación del conocimiento que contribuya a la comprensión y aplicación de su objeto de estudio y a la implementación de su quehacer profesional, desde la perspectiva de las ciencias naturales y sociales” (Ley 1090 de 2006).

Del Capítulo VI del “uso del material psicotécnico”, se toma en cuenta el Artículo 46. “Cuando el psicólogo construye o estandariza tests psicológicos, inventarios, listados de chequeo, u otros instrumentos técnicos, debe utilizar los procedimientos científicos debidamente comprobados. Dichos tests deben cumplir con las normas propias para la construcción de instrumentos, estandarización, validez y confiabilidad (Ley 1090 de 2006).

Por último del Capítulo VII “De La Investigación Científica, La Propiedad Intelectual y Las Publicaciones”, se toma en cuenta: Artículo 49. “Los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización. Artículo 50. Los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes; Artículo 51. Es preciso evitar en lo posible el recurso de la

información incompleta o encubierta; Artículo 52. En los casos de menores de edad y personas incapacitadas, el consentimiento respectivo deberá firmarlo el representante legal del participante; Artículo 55. Los profesionales que adelanten investigaciones de carácter científico deberán abstenerse de aceptar presiones o condiciones que limiten la objetividad de su criterio u obedezcan a intereses que ocasionen distorsiones o que pretendan darle uso indebido a los hallazgos” (Ley 1090 de 2006).

## **RESULTADOS**

### **Aplicación de la prueba piloto**

Se aplicó la prueba piloto a 25 personas en situación de desplazamiento forzado con el fin de determinar la claridad del vocabulario en los ítems que conforman el cuestionario. Una vez aplicada la prueba piloto, y después del análisis cualitativo, el cuestionario final quedó conformado por 125 ítems.

Posteriormente, se procedió a aplicar el cuestionario al total de la muestra de la población objeto de estudio, que en un principio era de 303 personas como resultado del muestreo probabilístico, pero por disponibilidad de la población que está en continua movilidad en el territorio nacional dadas las características propias del desplazamiento forzado, ésto impidió localizar a cada persona que había sido elegida para la investigación. Por esta razón se hizo un muestreo no probabilístico por conveniencia dando como resultado de la muestra 175 personas en situación de desplazamiento forzado con edades comprendidas entre 12 a 65 años residentes en el Municipio de San Juan de Pasto a quienes se les aplicó el cuestionario final.

### **Caracterización de la muestra**

Para obtener los resultados del análisis estadístico, las edades de los participantes se agruparon en 5 categorías. La participación porcentual de estos grupos se detalla en la Figura 2 así: a. El grupo de 12 a 18 años, representa el 29% de participación en la investigación; b. Los de 19 a 25 años representan el 27% ; c. El grupo entre 26 a 45 años tuvo la mayor participación en la investigación con 39% d. El grupo de 46 a 60 años representa el 4%; y finalmente el grupo de 61 años y más tuvo una participación del 1%.

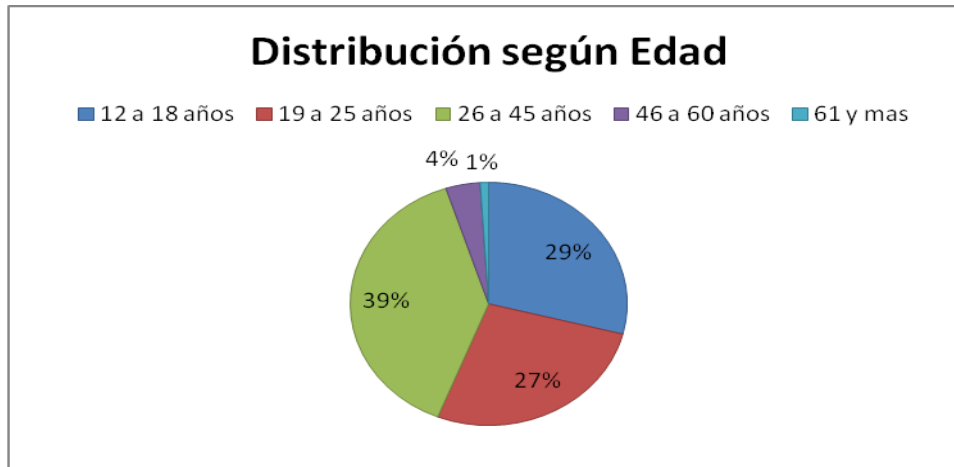


Figura 2. Distribución porcentual de la muestra según rango de edad.

En la Figura 3 se detalla que, el 68% de la muestra corresponde al género femenino y el 32% al género masculino.

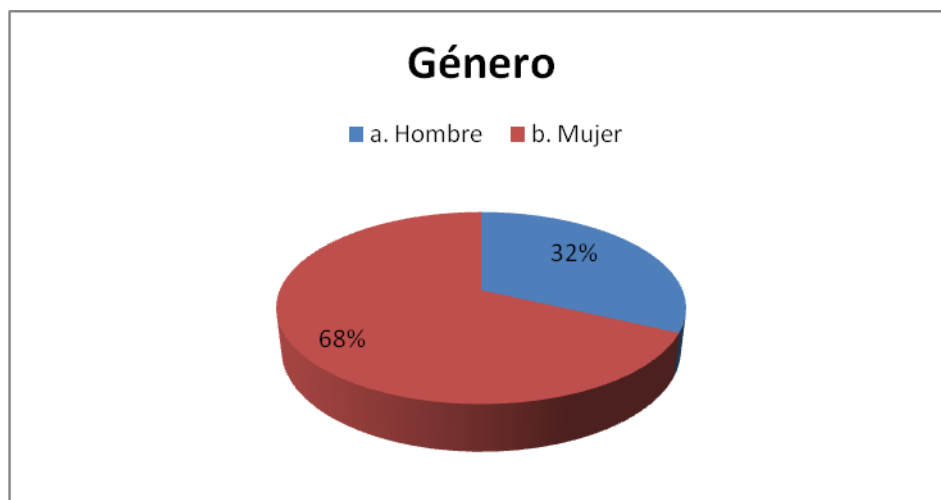
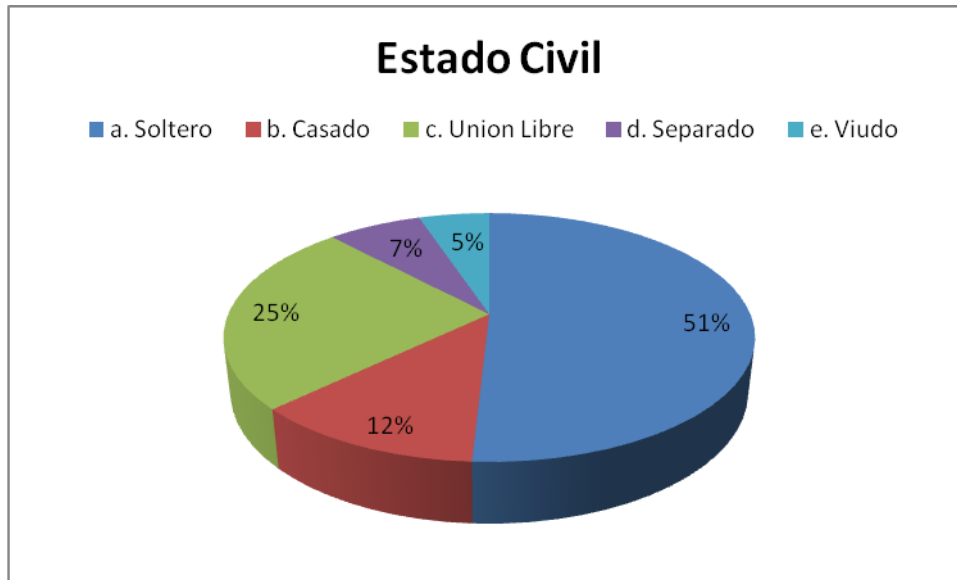


Figura 3. Distribución porcentual de la muestra según género.

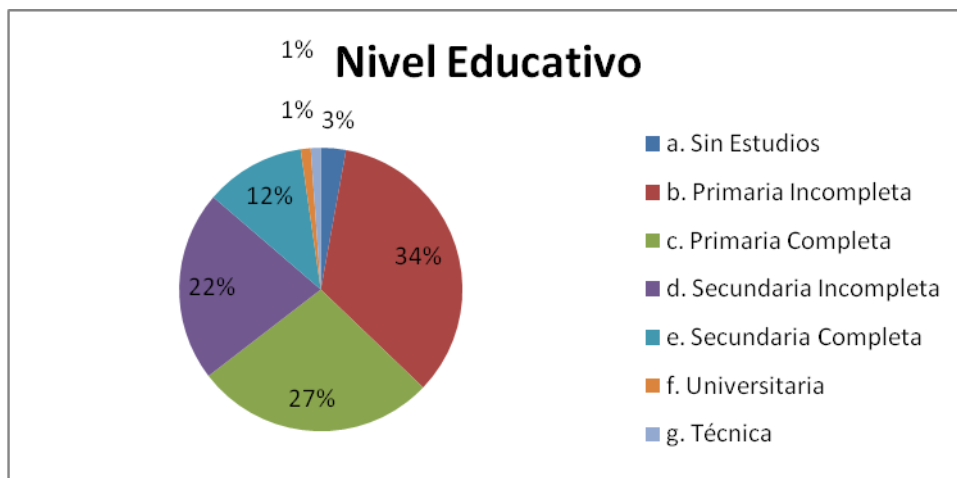
En la Figura 4 se detalla que el 51% de la muestra se declara soltera; el 25% manifiesta que convive en unión libre; el 12% dice que esta casado; el 7% se encuentra separado y finalmente el 5% manifiesta que es viudo.





*Figura 4.* Distribución porcentual de la muestra según estado civil.

En la Figura 5 se observa que, el 34% de la muestra tiene como nivel educativo primaria incompleta; el 27% manifiesta haber alcanzado la primaria completa; el 22% se encuentra con la secundaria incompleta; el 12% manifiesta tener la secundaria completa; el 3% no tiene ningún nivel de estudios y finalmente el 2% de la muestra tiene estudios universitarios o técnicos.



*Figura 5.* Distribución porcentual según nivel educativo.

En la Figura 6 se observa que la 57% de la muestra trabajaba antes del desplazamiento, el 35% estudiaba; el 7% manifiesta que no trabajaba y el 1% eran pensionados.

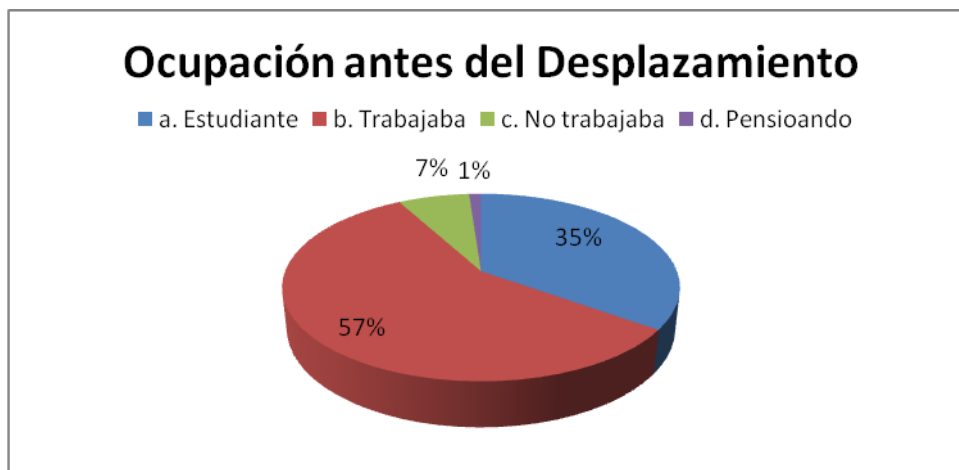


Figura 6. Distribución Porcentual según ocupación antes del desplazamiento

En la Figura 7 se observa que el 32% de la muestra actualmente es estudiante; el 28% trabaja; el 25% no trabaja y finalmente el 15% de la muestra actualmente esta buscando trabajo.

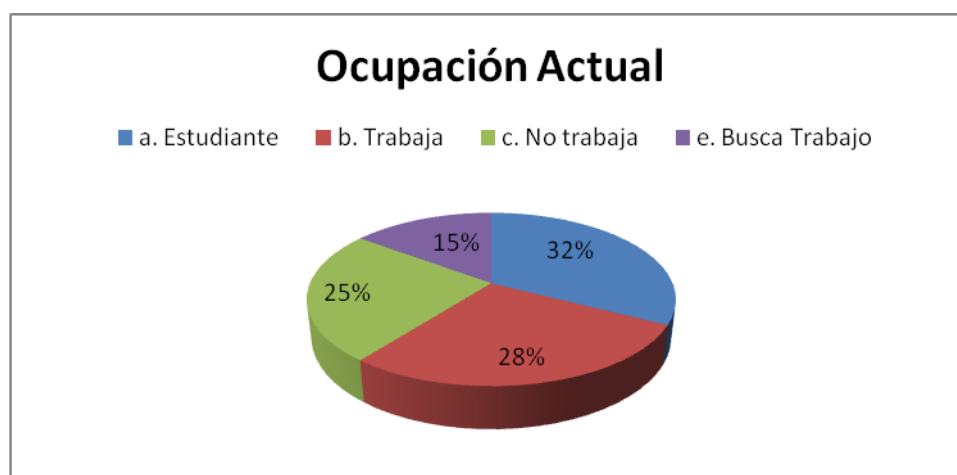
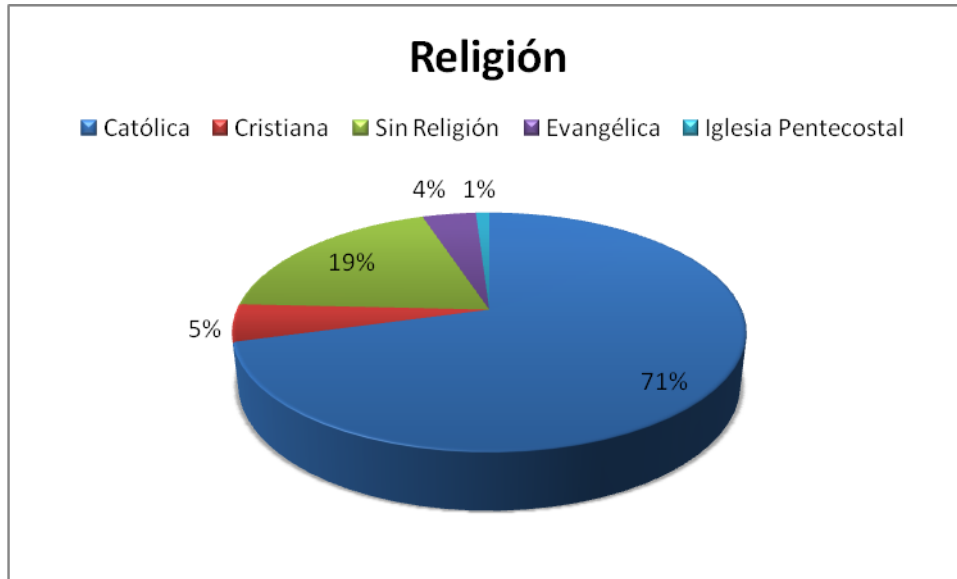


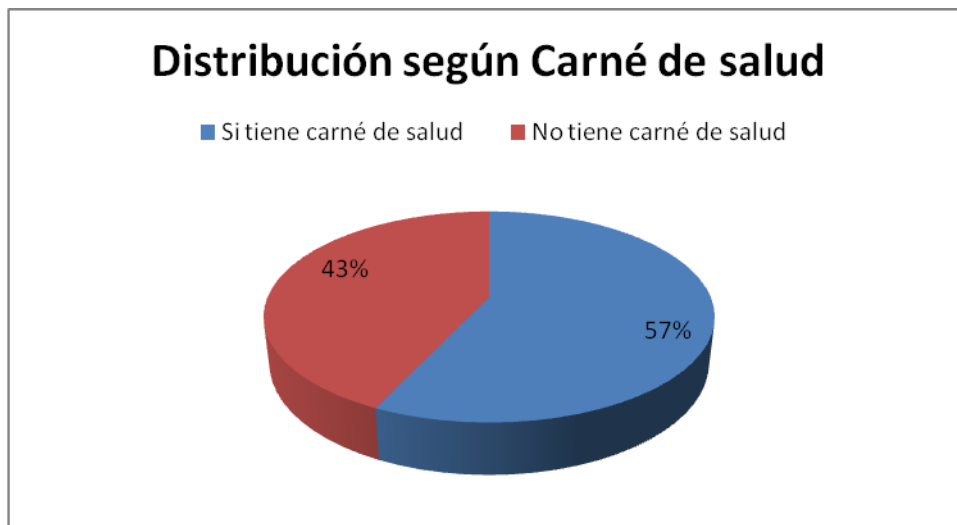
Figura 7. Distribución porcentual según ocupación actual.

En la Figura 8 se evidencia que el 71% de la muestra pertenece a la religión católica; el 19% no posee religión; el 5% tiene religión cristiana; el 4% es evangélica; el 1% pertenece a la iglesia Pentecostal y finalmente el 1% concierne a la Iglesia Ministerial de Jesucristo.



*Figura 8.* Distribución porcentual según religión.

En la Figura 9 se observa que el 57% de la muestra tiene carné de salud y el 43% no posee carné de salud.



*Figura 9.* Distribución porcentual según carné de salud.

En la Figura 10 se observa que el 54% de la muestra afirma tener un estado de salud regular; el 36% sostiene que su estado de salud es bueno; un 8% dice que su estado de salud es malo y finalmente el 1% asevera estar con un estado de salud muy malo.

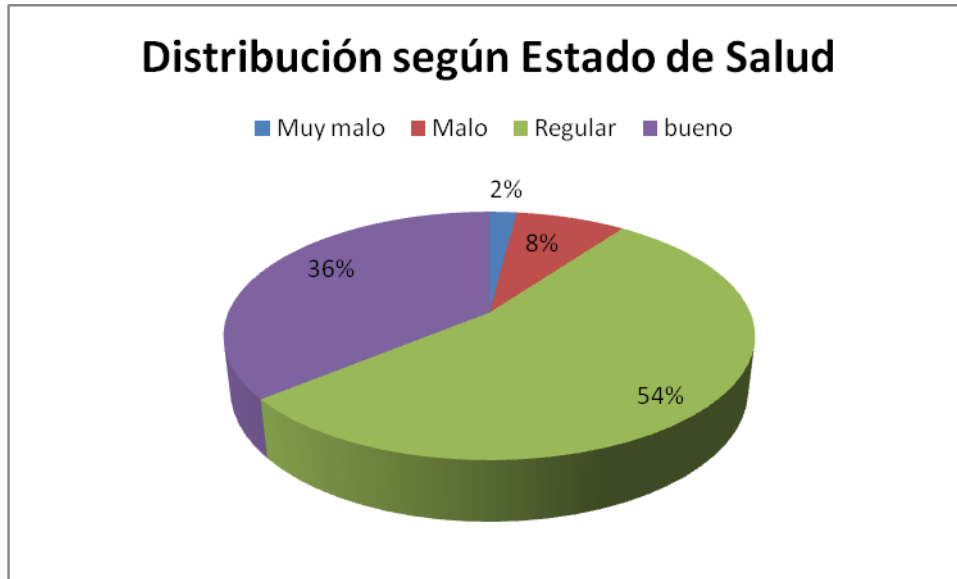


Figura 10. Distribución porcentual según estado de salud.

En la Figura 11 se observa que el 48% de la muestra a visitado al medico; el 43% no a visitado al profesional de la salud por problemas físicos y finalmente el 9% nunca a visitado al medico.

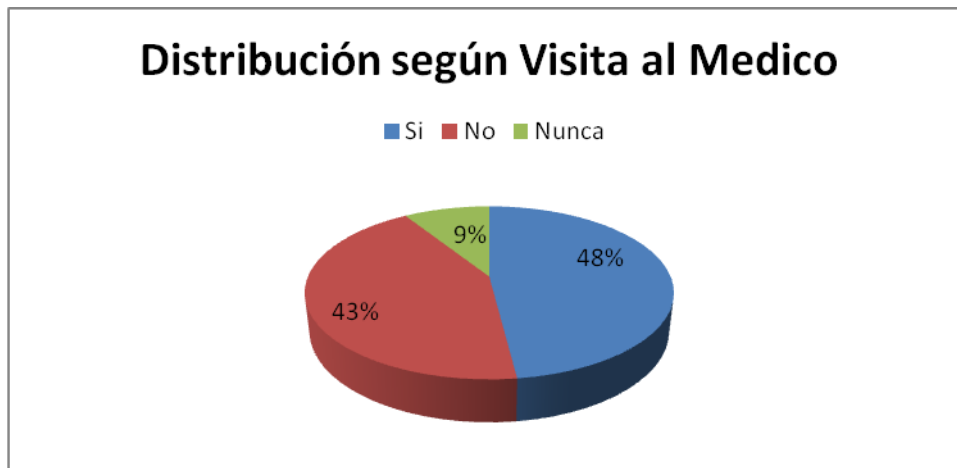


Figura 11. Distribución porcentual según visita al medico

En la Figura 12 se observa que el 54% de la muestra no visita al profesional de la salud por problemas psicológicos; el 37% a visitado al psicólogo y un 9% nunca lo visitado.



*Figura 12.* Distribución porcentual según visita al profesional de la salud por problemas psicológicos.

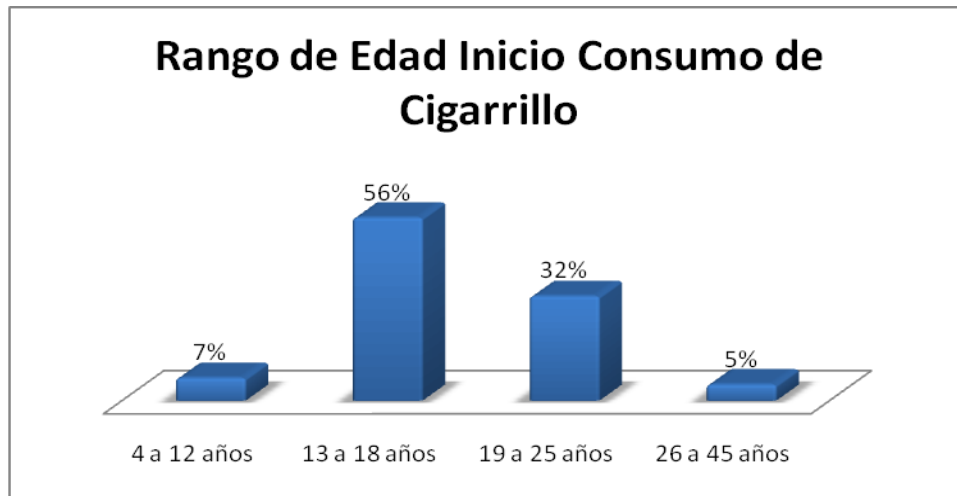
En la Figura 13 se evidencia que el 36% de la muestra no realiza ejercicio físico; el 22% lo realiza ocasionalmente en el mes; el 23% más de una vez a la semana y finalmente el 19% realiza ejercicio una vez a la semana.



*Figura 13.* Distribución porcentual según deporte o ejercicio físico.

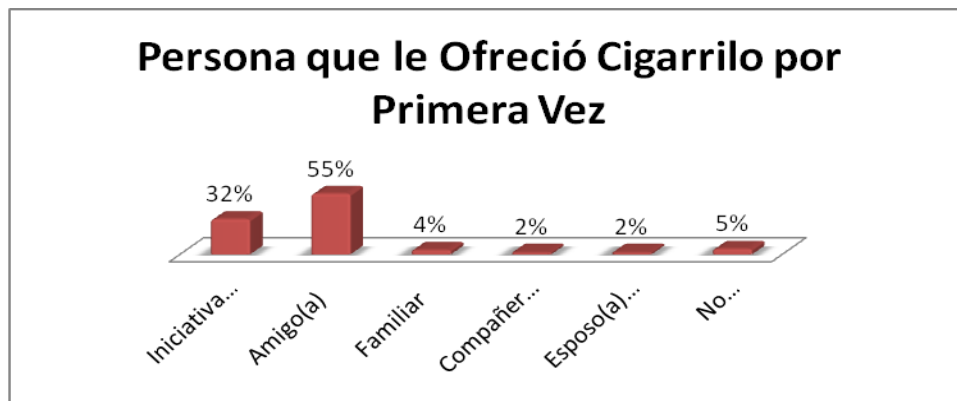
### **Caracterización Consumo de Cigarrillo**

De acuerdo con la Figura 14, el periodo de edad en el que predomina el inicio para el uso del cigarrillo es de los 13 a 18 años con 56%, seguido del periodo de edad de 19 a 25 con un 32%, de 4 a 12 años con un 7% y finalmente un 5% de 26 a 45 años.



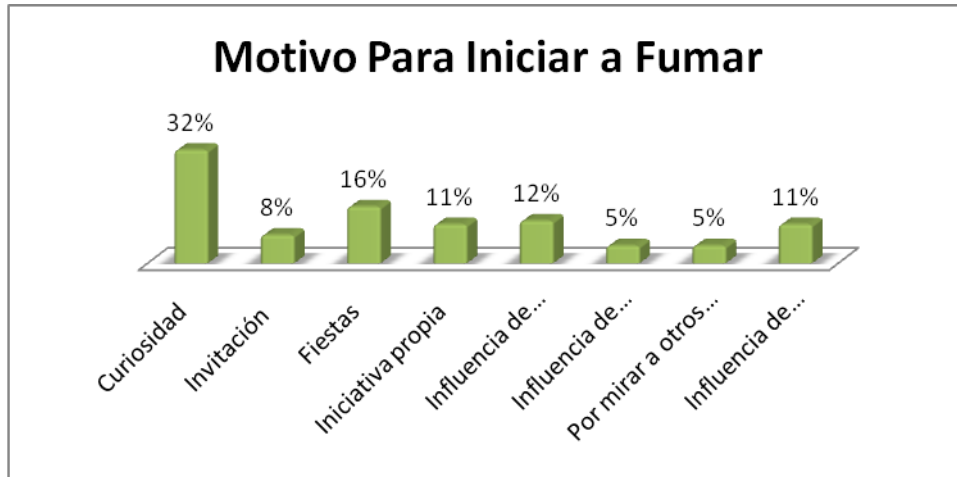
*Figura 14.* Distribución porcentual según rango de edad de inicio de consumo de cigarrillo.

En cuanto a la persona que le ofreció cigarrillo por primera vez, en la Figura 15 se observa que con un 55% un amigo le ofreció cigarrillos por primera vez, seguido por iniciativa propia con un 32%, familiar 4%, No recuerda 5% y por último por la pareja y el compañero de trabajo con un 2%.



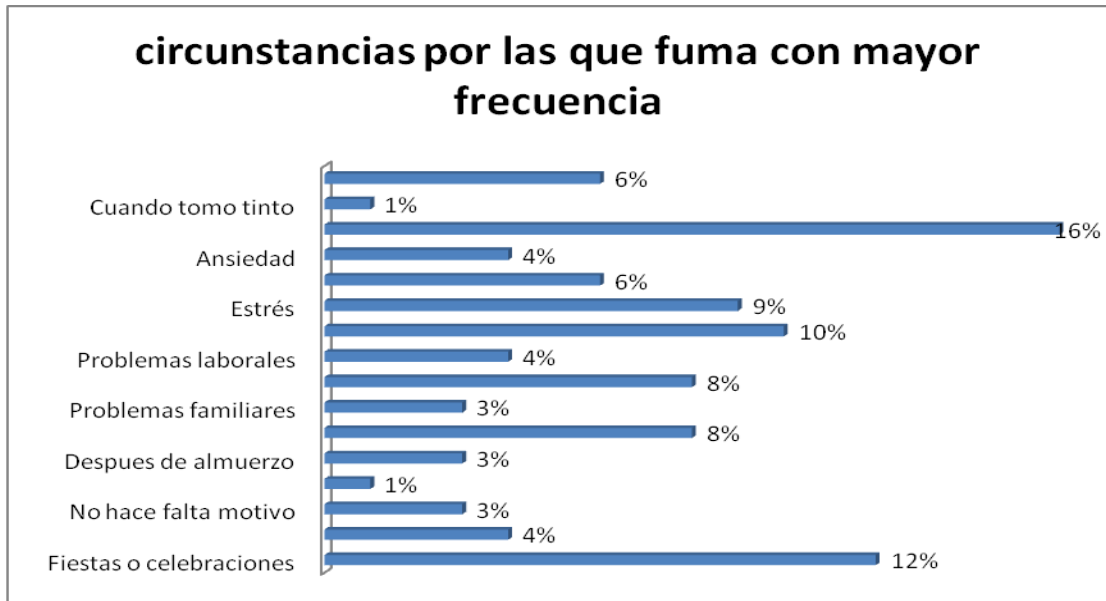
*Figura 15.* Distribución porcentual según persona que le ofreció cigarrillos por primera vez.

En la Figura 16 se observa que el principal motivo para iniciar a fumar es la curiosidad 32%, seguido por fiestas 16%, amigos 12%, influencia de la familia 11% junto con la iniciativa propia 11%, por invitación 8%, y por ultimo por influencia de la pareja y por mirar a otros fumar con un 5%.



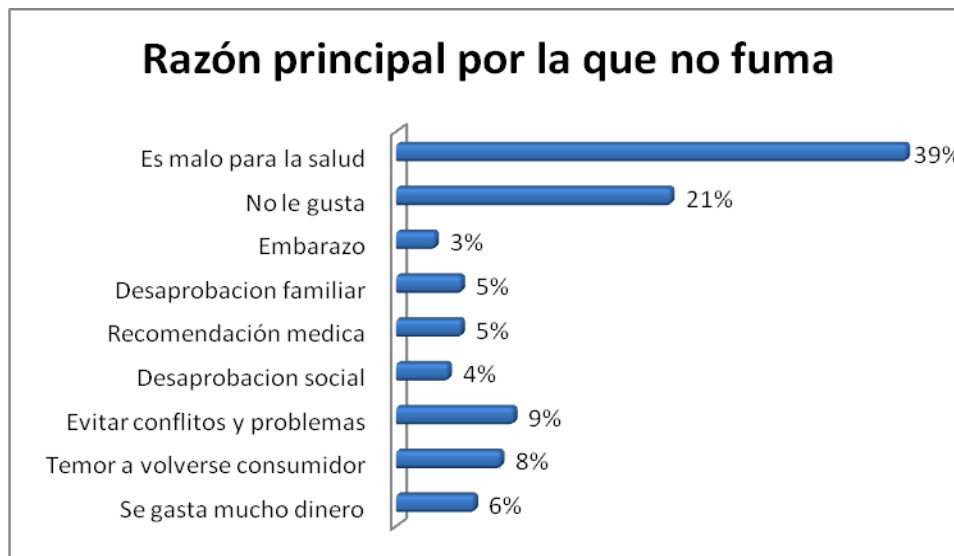
*Figura 16.* Distribución porcentual según motivo para iniciar a fumar.

En la Figura 17 se evidencia que la depresión o tristeza es la circunstancia por la que fuman con mayor frecuencia con el 16%, entre las mayores proporciones de circunstancias que llevan a fumar se encuentran fiestas o celebraciones con el 12%, seguido de la situación cuando hace frío, un 9% lo hace por estrés, un 8% lo hace por problemas económicos y de pareja, un 6% fuma por angustia y por ver a otros fumar. El 4% lo hacen por ansiedad, iniciativa propia y por problemas laborales, mientras que el 3% fuma sin tener motivo y por problemas familiares y después de almorzar o cenar, finalmente un 1% lo hacen cuando tienen hambre o cuando se toman un tinto.



*Figura 17.* Distribución porcentual según circunstancias por las que fuma con mayor frecuencia.

En la Figura 18 se observa que del total de la muestra analizada, el 39%, no fuma por razones de salud, un 21% declara que no le gusta, el 9% no fuma por evitar conflictos y problemas, el 8% por temor a volverse consumidor, mientras que un 6% por que se gasta mucho dinero. Un 5% no fuma por recomendación medica y por desaprobacion familiar, un 4% por desaprobación social, y finalmente un 3% por embarazo.



*Figura 18.* Distribucion porcentual según razon principal por la que no fuma



### Caracterización Consumo de Alcohol

De acuerdo con la Figura 19, el periodo de edad en el que predomina el inicio para el consumo de alcohol es de los 13 a 18 años con 54%, seguido del periodo de edad de 19 a 25 con un 34%, de 4 a 12 años con un 8%, de 26 a 45 con un 2% y finalmente un 2% de 46 a 60 años.

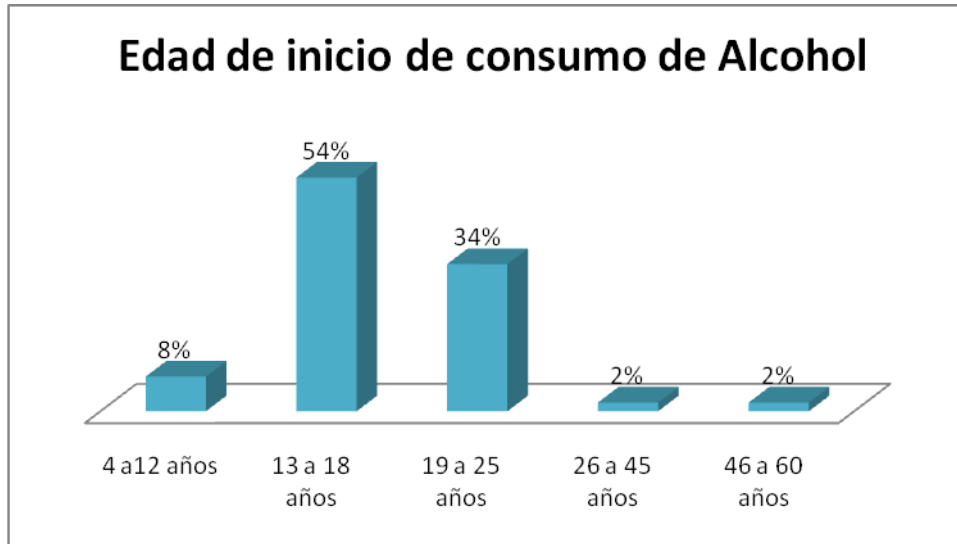


Figura 19. Distribución porcentual según edad de inicio de consumo de Alcohol.

En cuanto a la persona que le ofreció alcohol por primera vez, en la Figura 20 se observa que al 51% de las personas les ofreció alcohol por primera vez un amigo, seguido por familiar 17%, iniciativa propia 15%, esposo(a) 4%, vendedor 3%, compañero de estudio 2%, compañero de trabajo 2%, desconocido 1% y finalmente un 5% no recuerda.



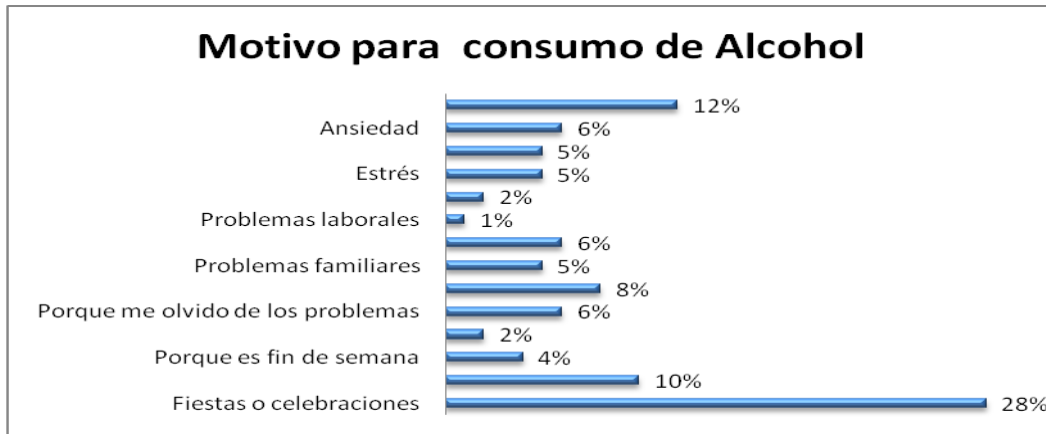
*Figura 20.* Distribución porcentual según Persona que le ofreció Alcohol por primera vez.

En la Figura 21 se observa que el motivo para iniciar a consumir alcohol es en fiestas con el 32%, seguido por curiosidad con el 18%, invitación con el 18%, iniciativa propia con el 11%, influencia de amigos con el 11%, influencia de pareja con el 4%, influencia de familia el 3% y finalmente por mirar a otros tomar con el 3%.



*Figura 21.* Distribución porcentual según Motivo para iniciar a consumir alcohol

En cuanto al motivo para consumir alcohol, en la Figura 22 se observa que el 28% de las personas consumen alcohol en fiestas y celebraciones, seguido del 12% que lo hace por depresión y tristeza, el 10% influencia de amigos, el 8% problemas de pareja, el 6% ansiedad, 6% problemas económicos, otro 6% para olvidarse de los problemas, el 5% angustia, el 5% estrés, otro 5% por problemas familiares, un 4% por que es fin de semana, el 2% porque se siente bien, el otro 2% no hace falta motivo, y finalmente por problemas laborales el 1%.



*Figura 22.* Distribución porcentual según motivo para consumo de alcohol.

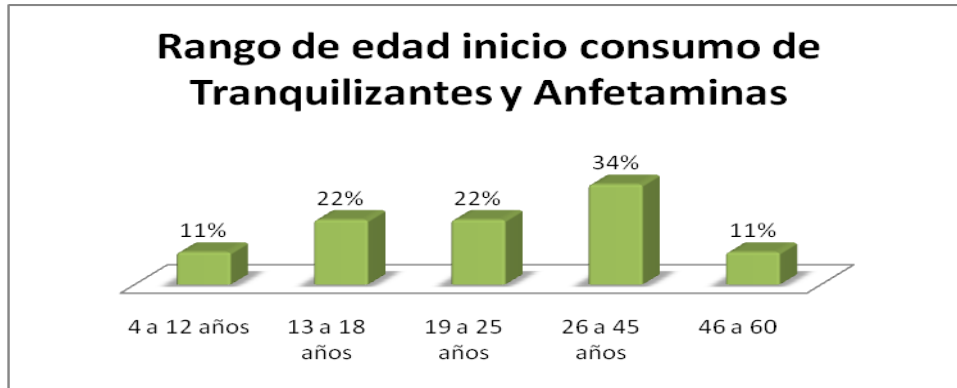
En la Figura 23 se observa que la principal razón por la que no consumen alcohol las personas en situación de desplazamiento es por que es malo para la salud con un 42%, seguido del 21% por que no le gusto(a), el 8% temor a volverse consumidor, el 8% evitar conflictos y problemas, otro 8% es muy costoso, el 5% desaprobación familiar, el 2% desaprobación social, el 1% recomendación médica y finalmente el 1% no a dejado de tomar.



*Figura 23.* Distribución porcentual según razón principal por la que no consume alcohol.

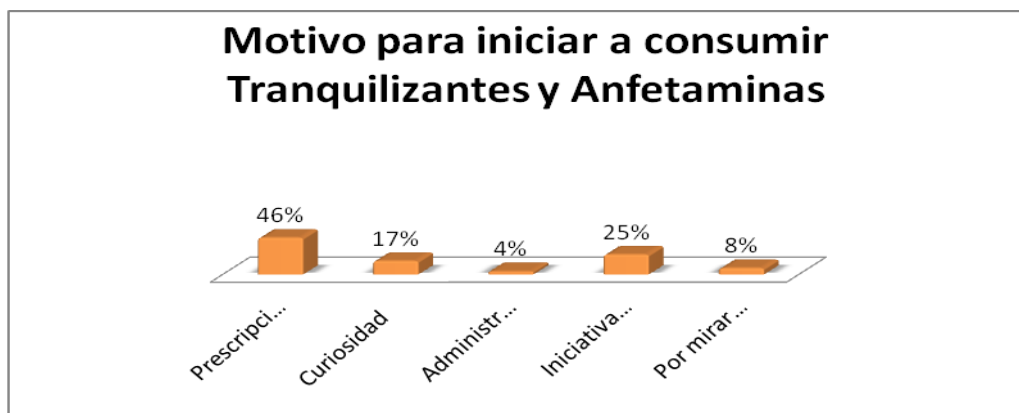
### Caracterización Consumo de Tranquilizantes y Anfetaminas

En la Figura 24 se observa que la edad de inicio en el consumo de Tranquilizantes y Anfetaminas es de los 26 a 45 años con un 34%, seguido de los 13 a 18 años con el 22%, de los 19 a 25 años con el 22%, de los 4 a 12 años con el 11% y finalmente de los 46 a 60 años con el 11%.



*Figura 24.* Distribución porcentual según edad de inicio consumo de Tranquilizantes y anfetaminas.

En la Figura 25 se evidencia que el inicio para el consumo de Tranquilizantes y Anfetaminas es por prescripción médica con un 46%, seguido de iniciativa propia con 25%, con 17% curiosidad, con un 8% por mirar a otros consumir y finalmente administradas por otras personas el 4%.



*Figura 25.* Distribución porcentual según Motivo para inicio consumo de Tranquilizantes y Anfetaminas.

La Figura 26 permite evidenciar que la razón principal por la cual no consumen Tranquilizantes y Anfetaminas es por el daño a la salud con el 38%,

el 19% no le gusta, al 11% teme volverse consumidor, el 9% por desaprobación familiar, el 8% evitar conflictos y problemas, el 6% desaprobación social, el 4% recomendación medica, el 3% no consume porque es costoso y finalmente el 2% por embarazo.



Figura 26. Distribución porcentual según Razón principal por la cual no consume Tranquilizantes.

### Caracterización del consumo de Marihuana

En la Figura 27 se observa que el 72% de las personas inician el consumo de marihuana de los 13 a 18 años, el 14% de los 19 a 25 y finalmente el otro 14% de los 26 a 45 años.

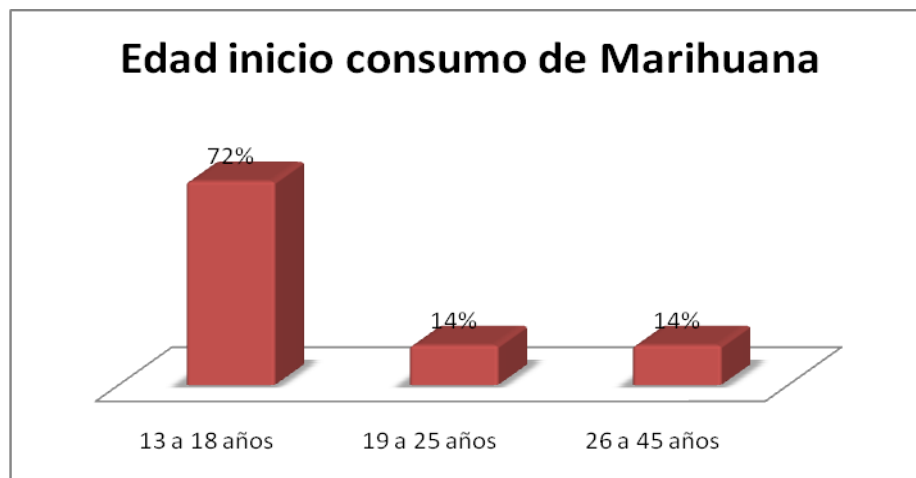
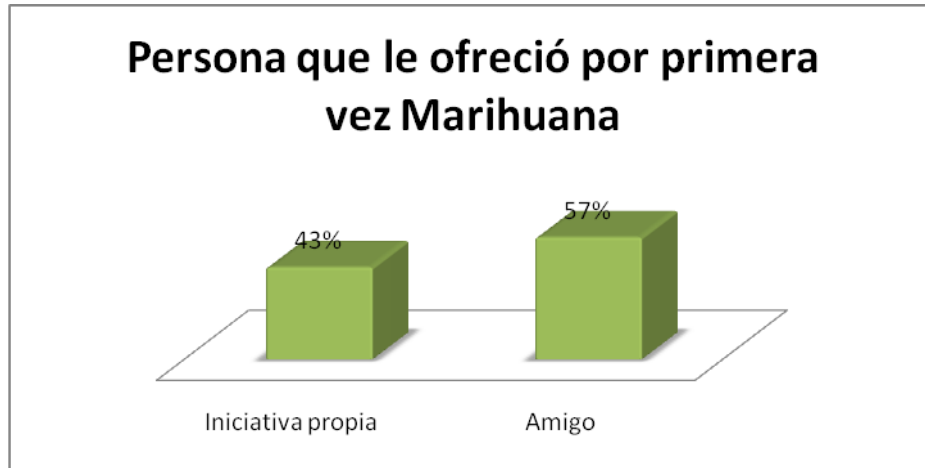


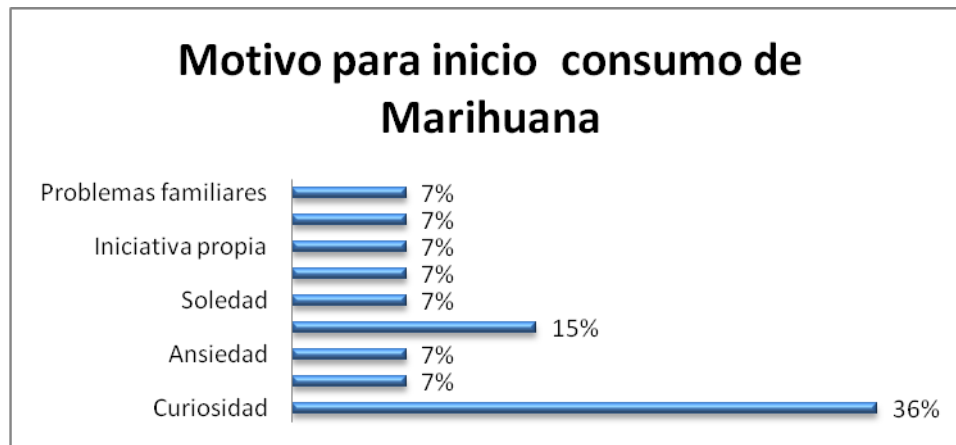
Figura 27. Distribución porcentual según edad de inicio consumo de Marihuana.

En la Figura 28 se observa que al 57% de las personas le ofreció Marihuana por primera vez un amigo, seguido de la iniciativa propia con un 43%.



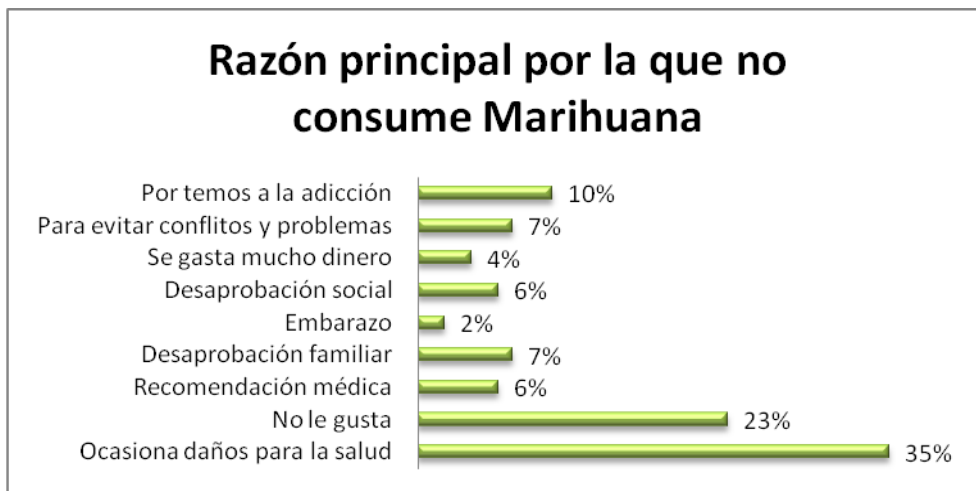
*Figura 28.* Distribución porcentual según persona que le ofreció por primera vez Marihuana.

En la Figura 29 se evidencia que el motivo de inicio de consumo de Marihuana es la curiosidad con el 36%, con el 15% la influencia de amigos, seguido de problemas familiares, depresión o tristeza, iniciativa propia, problemas económicos, soledad, ansiedad y angustia cada uno con el 7%.



*Figura 29.* Distribución porcentual según motivo para inicio consumo de Marihuana.

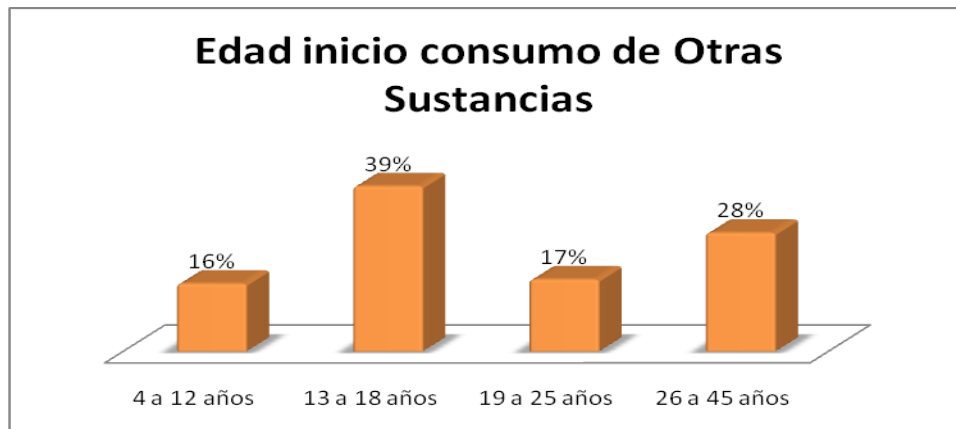
En la Figura 30 se observa que la razón principal por la que no consumen Marihuana las personas es por que ocasiona daños a la salud con un 35%, seguido por que no le gusta con le 23%, el 10% por temor a la adicción, el 7% para evitar conflictos y problemas, el otro 7% por desaprobación familiar, el 6% por desaprobación social, el 6% por recomendación médica, el 4% se gasta mucho dinero y finalmente el 2% por embarazo.



*Figura 30.* Distribución porcentual según razon por la que no consume marihuana.

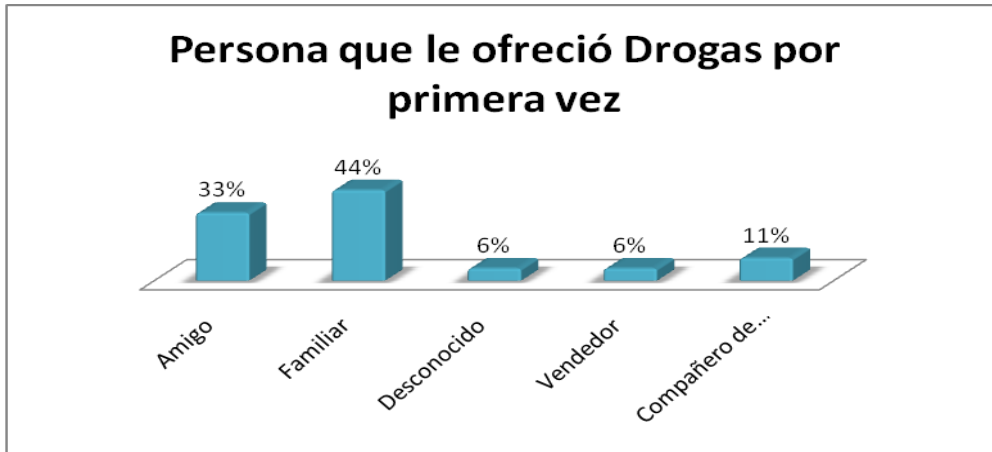
### Caracterización del consumo de Otras Sustancias

En la Figura 31 se evidencia que la edad de inicio de consumo de otras suatancias es de los 13 a 18 años con el 39%, seguido de los 26 a 45 años con el 28%, el 17% de los 19 a 25 años y finalmente el 16% de los 4 a 12 años.



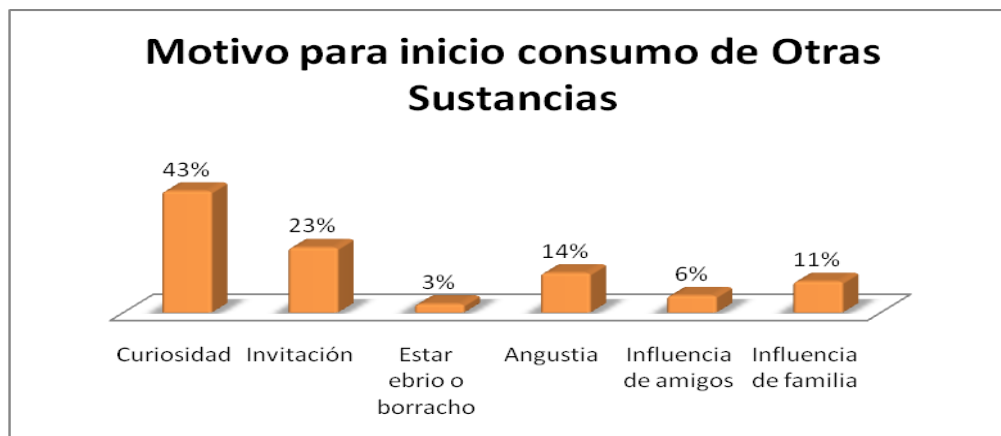
*Figura 31.* Distribución porcentual según edad inicio de consumo de Otras Sustancias.

En la Figura 32 se observa que al 44% de las personas les ofrecieron otras sustancias los familiares, seguido de los amigos con el 33%, el 11% compañeros de estudio, el 6% vendedor y finalmente con el 6% desconocido.



*Figura 32.* Distribución porcentual según Persona que le ofreció otras drogas por primera vez.

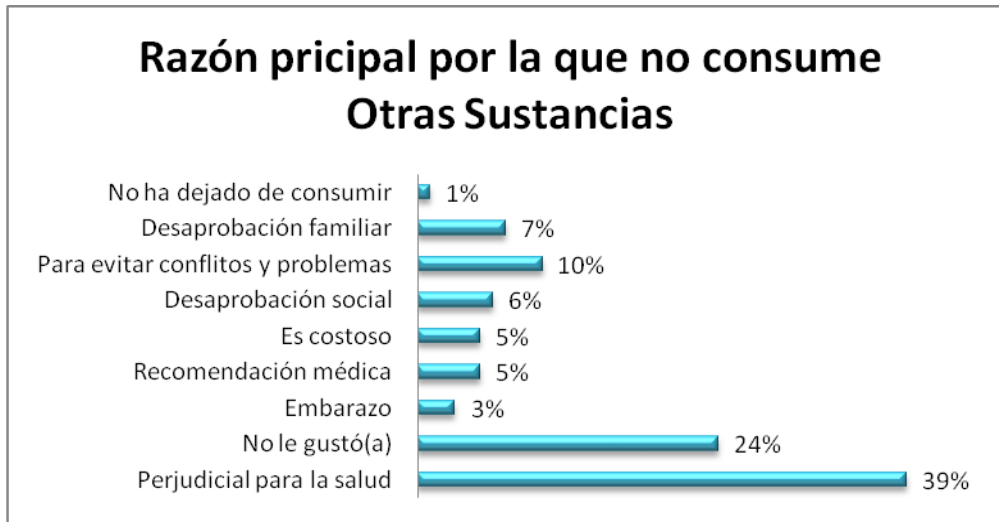
En la Figura 33 se observa que el 43% de las personas inician el consumo de otras sustancias por curiosidad, seguido de invitación con el 23%, el 14% por angustia, el 11% influencia de familia; el 6% influencia de amigos y finalmente el 3% por estar ebrio o borracho.



*Figura 33.* Distribución porcentual según Motivo para inicio consumo de otras sustancias.



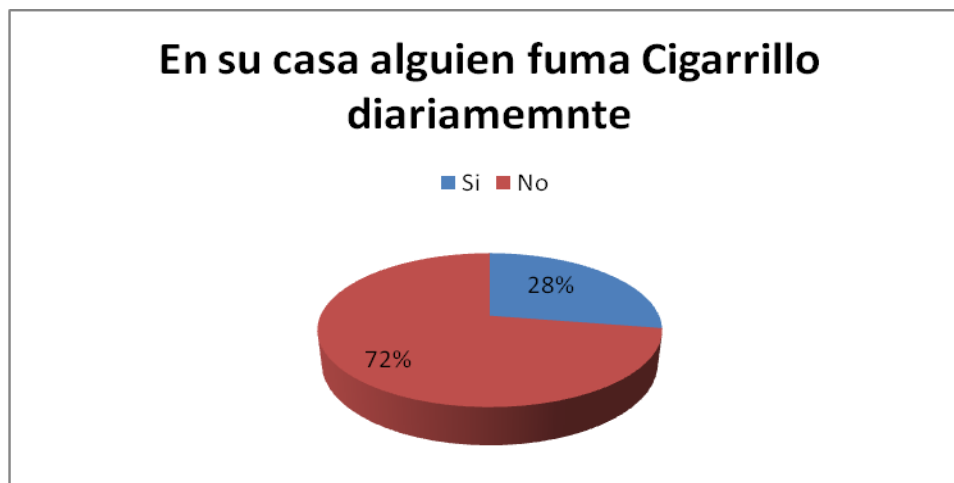
En la Figura 34 se evidencia que el 39% de las personas no consume Otras Sustancias porque consideran que es perjudicial para la salud, seguido del 24% porque no le gusta, el 10% para evitar conflictos y problemas, el 7% por desaprobación familiar, el 6% por desaprobación social, el 5% por recomendación médica, otro 5% porque es costoso, el 3% por embarazo y finalmente el 1% no ha dejado de consumir



*Figura 34.* Distribución porcentual según razón por la que no consume Otras Sustancias.

### Caracterización de Consumo Familiar y Entorno

La Figura 35 muestra que el 28% de la muestra analizada tiene en su casa a alguien que tiene el hábito de fumar diariamente, mientras que el 72% no vive con personas que fumen diariamente.



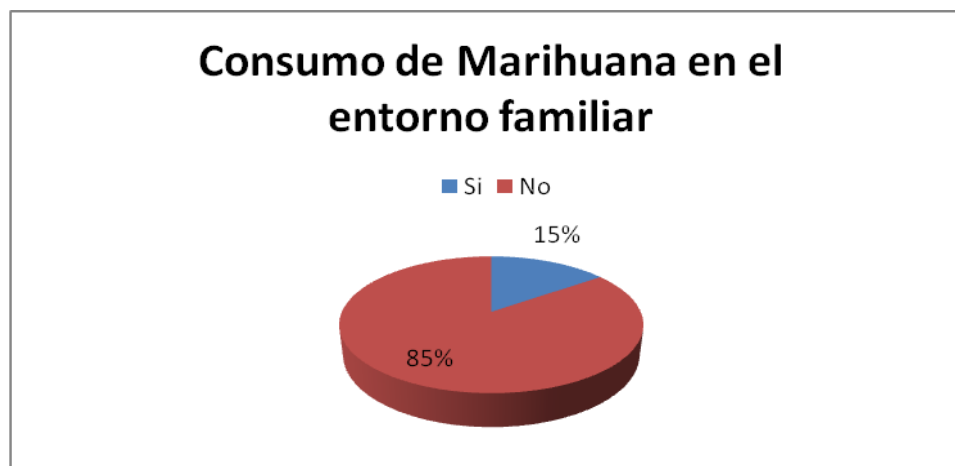
*Figura 35.* Distribucion porcentual según personas que fuman diariamente en casa.

En la Figura 36 se observa que del total de la muestra analizada el 12% revela que en su casa si existen familiares que tienen la costumbre de tomar alcohol diariamente, y el otro 72% responden que en sus hogares no hay consumidores cotidianos de alcohol.



*Figura 36.* Distribucion porcentual de familiares con hábito de tomar diariamente alcohol en casa.

En la Figura 37 se observa que según la muestra investigada, el 15% tiene familiares o personas que viven en la misma casa que consumen marihuana, el otro 85% responden que en sus casas no hay personas que consuman marihuana.



*Figura 37.* Distribucion porcentual según personas que consumen marihuana en casa.

En la Figura 38 se observa que el 3% de la muestra investigada responde que tiene familiares que consumen basuco, y el 97% responden que en sus casas no hay personas que consuman esta sustancia.

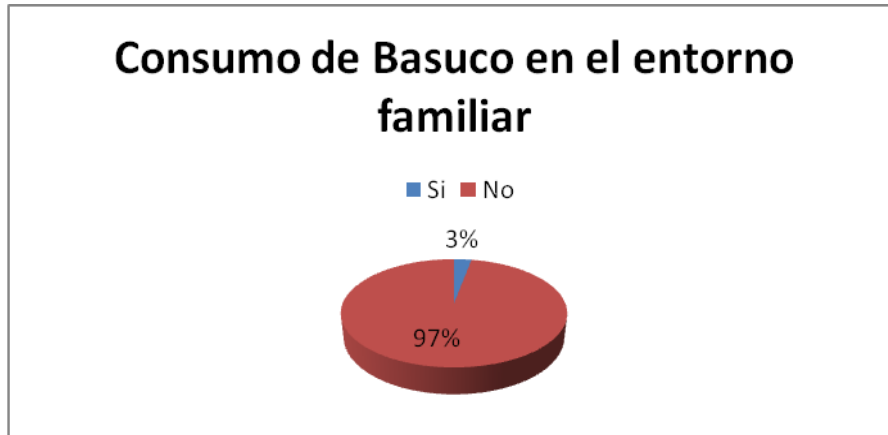


Figura 38. Distribución porcentual según personas que consumen Basuco en casa.

### Comportamiento bajo los efectos de sustancias psicoactivas

En la Figura 39 se observa que el 81% de las personas nunca ha agredido a otros bajo el efecto de las SPA; el 6% ha agredido a los amigos; el 4% a su pareja; el 6% a un miembro de la familia; el 3% un desconocido y finalmente un 2% ha agredido a un compañero de trabajo bajo los efectos del las SPA.

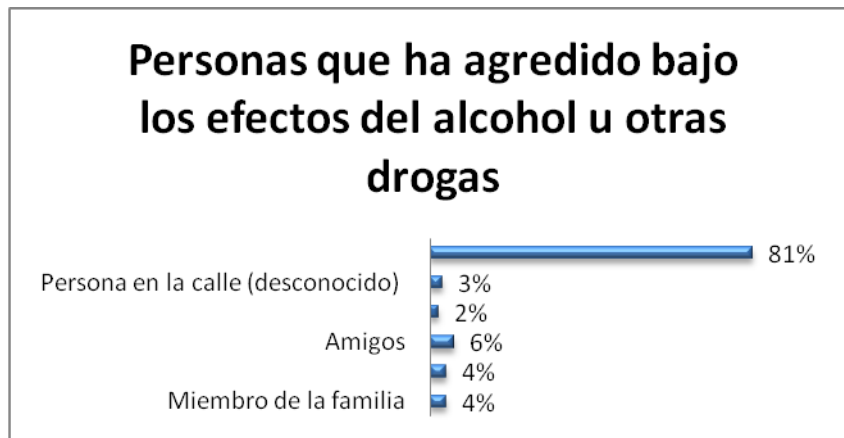
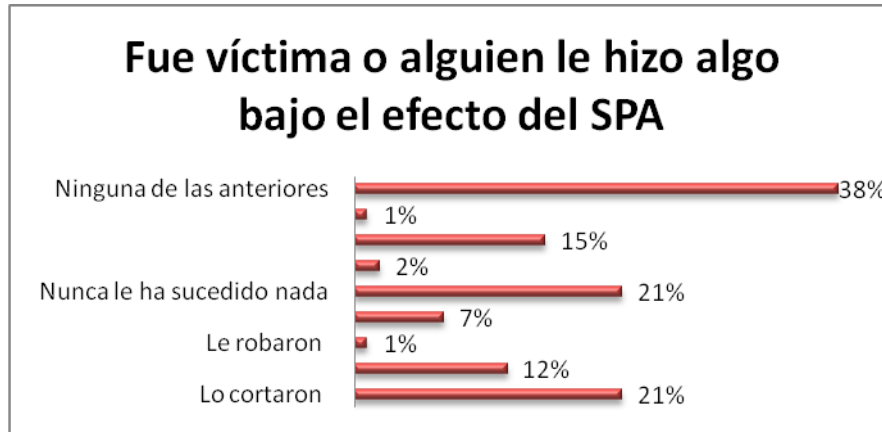


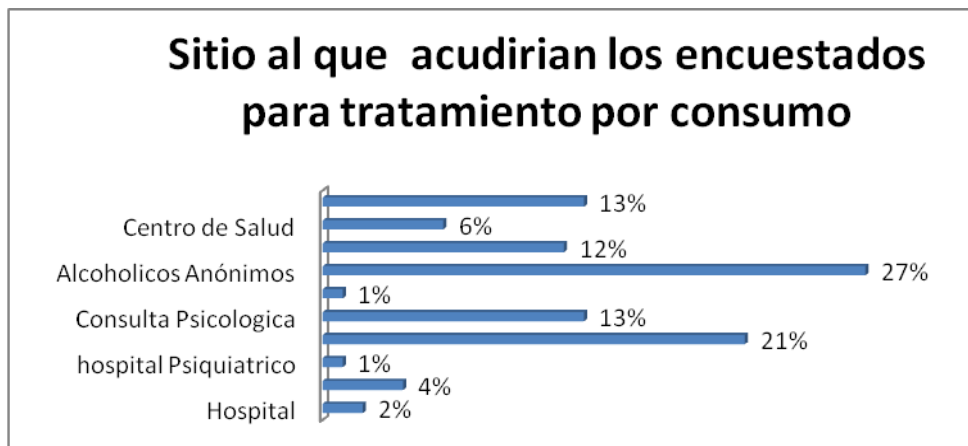
Figura 39. Distribución porcentual según personas que ha agredido bajo los efectos del alcohol u otras drogas.

En la Figura 40 se evidencia que el 38% de las personas nunca fue víctima o alguien le hizo algo bajo el efecto del SPA; al 21% lo cortaron; al 15% lo insultaron o agredieron verbalmente; al 12% lo golpearon; al 7% lo amenazaron con un arma; al 2% le tiraron algo; al 1% le robaron y finalmente al 1% lo forzaron a tener relaciones sexuales.



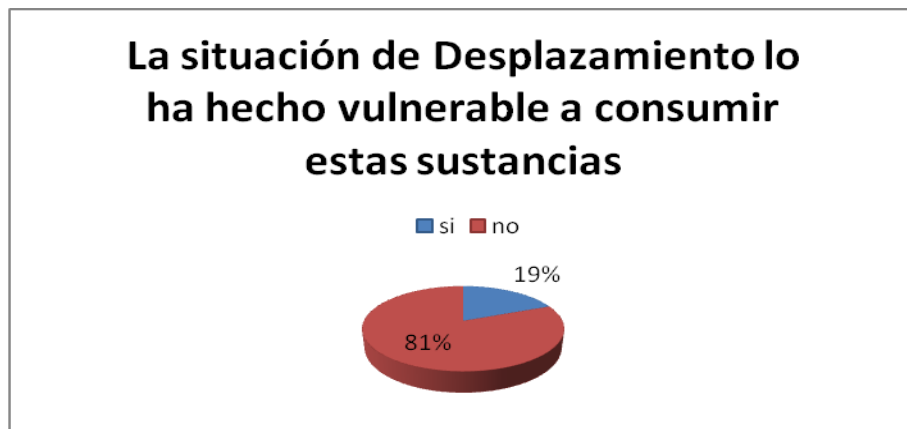
*Figura 40.* Distribución porcentual según fue víctima o alguien le hizo algo bajo el efecto de las SPA.

Como lo muestra la Figura 41, las mayores proporciones de sitios escogidos por la muestra para acudir en caso de presentarse problemas propios o de conocidos por consumo de alcohol u otra SPA aparecen en Alcohólicos Anónimos con 27%, un 21% acudiría a un centro de rehabilitación, el 13% acudiría a consulta psicológica y otro 13% a consultorio médico, con el 4,5% se sitúan quienes se refugiarían en Fundaciones, el 6% en centros de salud, el 4% lo haría en la iglesia y por último un 1% acudiría a un Hospital Psiquiátrico y otro 1% a una clínica privada.



*Figura 41.* Distribución porcentual de sitios donde acudirían las personas en situación de desplazamiento por problemas propios o de conocidos en el consumo de SPA.

Como lo muestra la Figura 42, el 81% de la muestra opina que la situación de desplazamiento no lo a hecho vulnerable a consumir SPA; en tanto el 19 % de la población dice que esta situación si lo ha hecho vulnerable al consumo de estas sustancias.

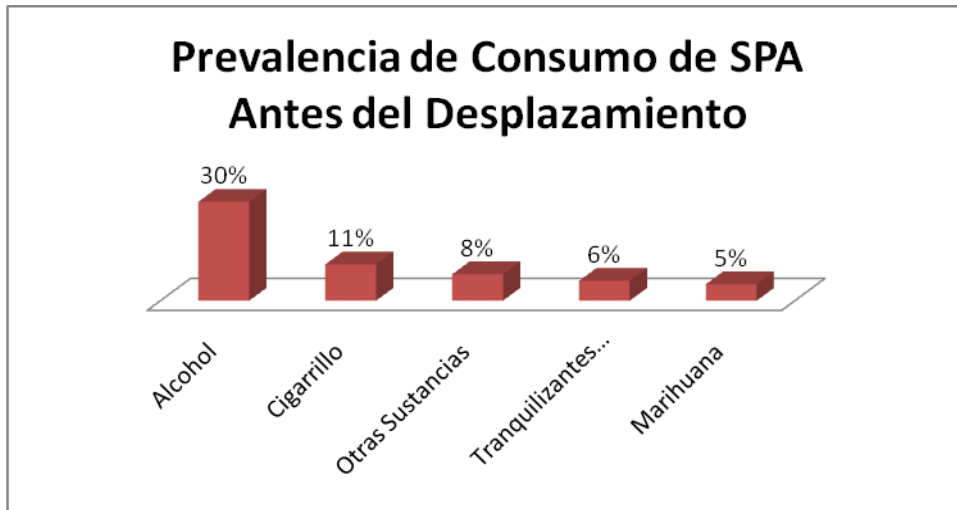


*Figura 42.* Distribución porcentual sobre la situación de desplazamiento lo ha hecho vulnerable a consumir SPA.

### **Prevalencia de consumo de SPA lícitas e ilícitas**

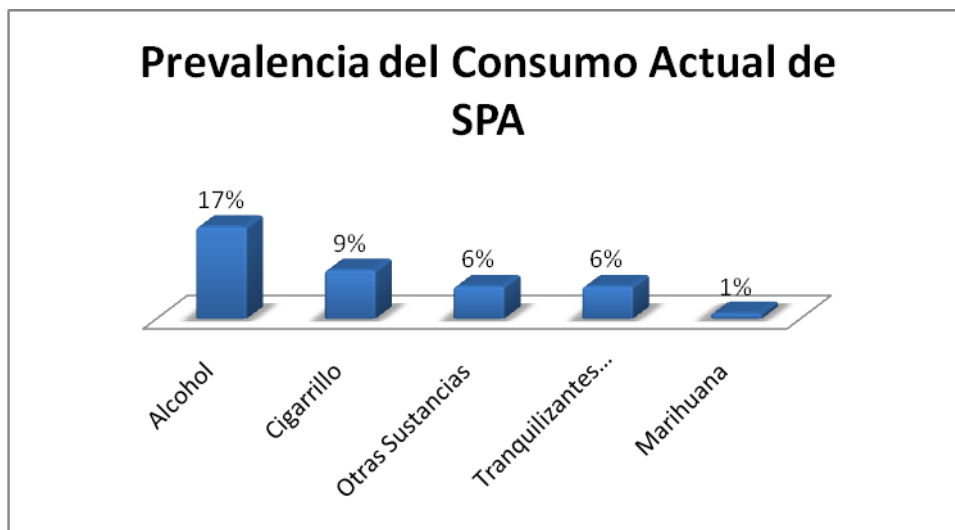
En la Figura 43 se presenta la prevalencia de consumo de SPA antes del desplazamiento forzado.

La prevalencia de consumo de SPA antes del desplazamiento es en su orden: Alcohol 30%, Cigarrillo 11%, Otras sustancias 8%, Tranquilizantes y/o anfetaminas 6% y Marihuana 5%.



*Figura 43.* Prevalencia de Consumo de SPA antes del desplazamiento.

En la Figura 44 se evidencia la prevalencia de consumo actual (en el momento de la aplicación del cuestionario) de SPA en personas en situación de desplazamiento. Se observa la prevalencia de consumo actual de SPA que fue en su orden: Alcohol 17%, cigarrillo 9%, Tranquilizantes y/o anfetaminas 6%, Otras sustancias 6% y por ultimo la marihuana con un 1%.



*Figura 44.* Prevalencia de consumo actual de SPA.

En la Figura 45 se evidencia la prevalencia del consumo de SPA antes del desplazamiento en comparación con el consumo actual. En la figura se observa la prevalencia de consumo de alcohol antes del desplazamiento con el 30% y el consumo actual del 17% respectivamente; el consumo de cigarrillo

antes del desplazamiento presentó un 11% y el consumo actual 9%; el consumo de otras sustancias antes del desplazamiento 8% y el consumo actual 6%; el consumo de tranquilizantes y anfetaminas antes del desplazamiento 6% y el consumo actual 6% y finalmente el consumo de marihuana antes del desplazamiento 5% y el consumo actual 1%.

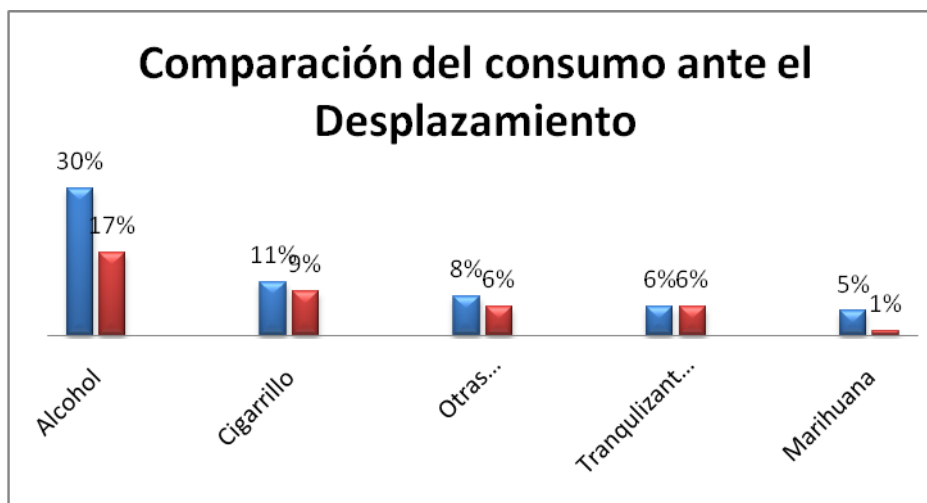


Figura 45. Comparación del consumo ante el Desplazamiento.

### **Factores de riesgo y de protección asociados al consumo de SPA**

#### ***Factores de riesgo y de protección asociados al consumo de cigarrillo***

Se realizó el análisis estadístico aplicando la prueba Chi-Cuadrado la cual permitió, la asociación de variables. En la Tabla 2 se aprecian los resultados del análisis bivariado de consumo de cigarrillo a través del método de regresión logística determinando que, el modelo más explicativo para el uso de cigarrillo en personas en situación de desplazamiento residentes en la ciudad de San Juan de Pasto, es el que incluye los factores de riesgo de: género, contacto con alguna cadena de producción ilegal, motivo para iniciar a fumar y circunstancias bajo las cuales fuma con mayor frecuencia.

En tal sentido, el análisis reveló en el factor de género con alto nivel de significancia estadística ( $P= 0.010$ ,  $OR= 4.094$ ) que los hombres tienen 4.09 más probabilidades de fumar frente a las mujeres.

Las personas que han tenido contacto con alguna cadena de producción ilegal (OR= 3.8 P= 0.012) tienen 3.8 más probabilidades de consumir cigarrillo. En el factor motivo para iniciar a fumar, el análisis demostró con un alto nivel de significancia estadística ( $p= 0.001$  OR= 12.97) que las personas que fuman por la influencia de los amigos, tienen más probabilidades de consumir cigarrillo que los que lo hacen por iniciativa propia (OR= 8.9), por invitación (OR= 7.4), asistir a fiestas (OR= 5.01), y por curiosidad (OR= 4.364).

Otros grupos que presentan probabilidades de consumo habitual de cigarrillo frente a sus correspondientes son, problemas de pareja (OR= 94.800), problemas económicos (OR= 94.800), depresión (OR= 64.5), angustia (OR= 52.667), fiestas o celebraciones (OR= 52.00).

En cuanto a los sistemas que conforman el modelo ecológico, los factores de riesgo que se ubican al nivel de Microsistema son: género, curiosidad, iniciativa propia, angustia, depresión y estrés. En el nivel de Mesosistema: contacto con alguna cadena de producción ilegal, fiestas, influencia de amigos e invitación; y a nivel de macrosistema: únicamente lo referente a problemas económicos.

*Tabla 2*

Factores de riesgo asociados al uso de cigarrillo, según análisis bivariado.

Factor de riesgo asociados al consumo de cigarrillo		P- VALUE	O.R.	(IC – 95%)	Sistema Modelo Ecológico
Género	Masculino	0.010	4.094	1,406	Microsistema
	Femenino			11,919	
Contacto con alguna cadena de producción ilegal	Si	0.012	3.825	1,338	Mesosistema
	No			10,938	
	Curiosidad	0.015	4.364	1,336 14,248	Microsistema
Motivo para Iniciar a Fumar	Fiestas	0.031	5.011	1,156 21,713	Mesosistema
	Influencia de amigos	0.001	12.917	2,867 58,190	Mesosistema
	Iniciativa	0.007	8.942	1,805	Microsistema



	propia			44,307	
	Invitación	0.036	7.429	1,144	Mesosistema
				48,242	
	Angustia	0.001	52.667	5,449	Microsistema
				509,036	
	Depresión	0.000	64,583	15,648	Microsistema
				266,544	
	Después del almuerzo	0.013	22.571	1,925	Microsistema
				264,694	
	Estres	0.000	47.100	8,407	Microsistema
				263,887	
	Fiestas o celebraciones	0.000	52.000	11,543	Mesosistema
				234,251	
	Frio	0.000	61.056	11,054	Microsistema
				337,249	
	Iniciativa propia	0.003	36.462	3,538	Microsistema
				375,784	
	Mirar a otros	0.001	52.667	5,449	Mesosistema
				509,036	
	Problemas de pareja	0.000	94.800	10,385	Mesosistema
				865,355	
	Problemas economicos	0.000	94,800	10,385	Macrosistema
				865,355	

Circunstancias bajo las cuales fuma con mayor frecuencia

En la Tabla 3 se evidencia los factores de Protección con un alto nivel de significancia estadística  $p= 0.000$  y un  $OR= .124$  (osea menor que 1), ya que las personas que no consumen cigarrillo por la creencia *es malo para la salud* tienen menos incidencia de fumar que los demás, de igual forma las personas que respondieron *No le gusta* ( $OR= .085$ ) tienen menos incidencia de fumar, lo cual permite evidenciar las anteriores creencias como factores protectores con relación al consumo de SPA.

En cuanto a los sistemas que conforman el modelo ecológico, los factores de protección que se ubican al nivel de Microsistema son las correspondientes a las razones por las cuales no fuma: es malo para la salud y no le gusta.

Tabla 3

Factores de protección asociados al uso de cigarrillo, según análisis bivariado.

Factor de Protección Asociado al consumo De cigarrillo.		P- VALUE	O.R.	(IC – 95%)	Sistema Modelo Ecológico
Razones por las cuales no fuma	Malo para la salud	0.000	.124	.040 .380	Microsistema
	No le gusta	0.018	.085	.011 .0657	Microsistema

### ***Factores de riesgo y de protección asociados al consumo de alcohol***

En la Tabla 4 se observan los resultados del análisis bivariado de consumo de alcohol a través del método de regresión logística determinando que lo más explicativo para el consumo habitual de licor en personas en situación de desplazamiento, es el que, incluye los factores de riesgo de: visita al medico, motivos para iniciar a tomar licor, y motivos para consumir Licor.

Los grupos que presentan probabilidades de consumo habitual de alcohol frente a sus correspondientes son: las personas que presentan problemas económicos tienen 23.2 mas posibilidades de consumir alcohol (P= 0.006 OR=23.200), ansiedad (P= 0.024 OR= 8.308), influencia de amigos (P=0.005 OR=7.396), depresión (P=0.002 OR= 7.357) fiestas y celebraciones (P=0.000 OR= 7.222) las personas que consumen licor por ver a otros consumir (OR= 5.500), influencia de amigos (OR= 0.005 OR= 3.553) ,fiestas (P=0.0012 OR=2.839). Y por último las personas que no visitan al medico tienen 2.4 mas posibilidades de consumir alcohol (P= 0.036 OR= 2.4).

En cuanto a los sistemas que conforman el modelo ecológico, los factores de riesgo que se ubican al nivel de Microsistema son: visita al medico, ansiedad y depresión; a nivel del mesosistema: fiestas, influencia de amigos, y por mirar a otros tomar; y a nivel del macrosistema únicamente se encuentran los problemas económicos.

Tabla 4

Factores de Riesgo Asociados al uso de alcohol, según análisis bivariado.

Factor de riesgo asociados al consumo alcohol		P- VALUE	O.R.	(IC – 95%)	Sistema Modelo Ecológico
Visita la Médico y Consumo de Alcohol		0.036	2.434	1,059 5,597	Microsistema
Motivos para iniciar a tomar licor	Fiestas	0.012	2.839	1,258 6,409	Mesosistema
	Influencia de Amigos	0.016	3.553	1.262 10.007	Mesosistema
	Por mirar a otros tomar	0.043	5.500	1.052 28.752	Mesosistema
Motivos para Consumir Licor	Ansiedad	0.024	8.308	1.323 52.168	Microsistema
	Depresión	0.002	7.357	2.074 26.091	Microsistema
	Fiestas y Celebraciones	0.000	7.222	2.841 18.358	Mesosistema
	Influencia de Amigos	0.005	7.396	1.853 29.519	Mesosistema
	Problemas Económicos	0.006	23.200	2.490 216.196	Macrosistema

En la Tabla 5 se evidencian los factores de Protección con un alto nivel de significancia estadística  $p= 0.003$  y un  $OR= .234$  (osea menor que 1), ya que las personas que no consumen alcohol por la creencia: *es malo para la salud* tienen menos incidencia de consumir licor que los demás ( $OR= .234$ ). Lo anterior ubicándose al nivel de microsistema.

Tabla 5

Factores de protección asociados al uso de alcohol, según análisis bivariado.

Factor de protección asociados al consumo de alcohol		P- VALUE	O.R.	(IC – 95%)	Sistema Modelo Ecológico
Razones por las cuales No	Malo para la salud	0.003	.234	.090 .608	Microsistema

---

 Consume Licor
 

---

### **Factores de riesgo y de protección**

#### **asociados al consumo de tranquilizantes y/o anfetaminas**

En la Tabla 6 el análisis revela con alta significación estadística (P 0.001) que, tienen 23.1 más probabilidad de consumo quienes la iniciativa propia fue motivo para iniciar a consumir tranquilizantes y/o anfetaminas (O.R 23.143). Otros grupos que presentan probabilidades de consumo habitual frente a sus correspondientes son: la curiosidad con alta significación estadística (P 0.005) y con (O.R 20.375); prescripción médica (P 0.000) y con (O.R 15.048), y por ultimo la visita al medico (P0.052) y con (OR= 4.800).

En cuanto a los sistemas que conforman el modelo ecológico, los factores de riesgo que se ubican al nivel de Microsistema son: visita al medico, curiosidad, iniciativa propia, y a nivel del mesosistema: prescripción medica.

*Tabla 6*

Factores de riesgo asociados al uso de Tranquilizantes y/o Anfetaminas, según análisis bivariado.

Factor de riesgo asociado al consumo de tranquilizantes y/o anfetaminas		P- VALUE	O.R.	(IC – 95%)	Sistema Modelo Ecológico
Visita al Médico y consumo de Tranquilizantes y Anfetaminas	No visita	0.052	4.800	.989	Microsistema
	Si visita			23.92	
Motivo para iniciar a consumir estas sustancias	Curiosidad	0.005	20.375	2.534	Microsistema
	Iniciativa propia	0.001	23.143	3.941	Microsistema
	Prescripción médica	0.000	15.048	135.890	Mesosistema
				3.445	
				65.731	

En la Tabla 7 se observa que la variable es malo para la salud es un factor de protección con alta significación estadística (P 0.001), y una (O.R 0.032) ubicándose al nivel del microsistema.

*Tabla 7*

Factores de protección asociados al uso de Tranquilizantes y/o Anfetaminas, según análisis bivariado.

Factor de protección asociado al consumo de tranquilizantes y/o anfetaminas	P- VALUE	O.R.	(IC – 95%)	Sistema Modelo Ecológico	
Motivo para iniciar a consumir esta(s) sustancia(s)	Es malo para la salud	0.001	0.032	0.004 0.264	Microsistema

***Factores de riesgo y de protección asociados al consumo de otras sustancias***

En la Tabla 8 se evidencia con alta significación estadística (P=0.000) que la curiosidad es un factor de riesgo con una (O.R 90.286), es decir las personas que presentan curiosidad tienen 90.2 mas probabilidades de consumir otras sustancias que los demás; otros factores de riesgo identificados son: la influencia de la familia con (P 0.000) y una (O.R 70.286), la invitación con (P 0.000) y una (O.R 54.000), la influencia de amigos con (P 0.046) y una (O.R 18.222), y por ultimo la angustia con (P= 0.008 OR= 13.500).

En cuanto a los sistemas que conforman el modelo ecológico, los factores de riesgo que se ubican al nivel de Microsistema son: la angustia, y curiosidad; a nivel de mesosistema: influencia de amigos, influencia de la familia y por último invitación.

*Tabla 8*

Factores de riesgo al consumo de Otras Sustancias, según análisis bivariado.

Factor de riesgo asociado al consumo de otras sustancias	P- VALUE	O.R.	(IC – 95%)	Sistema Modelo
--	----------	------	------------	----------------

					Ecológico
Motivo para iniciar a consumir estas sustancias	Angustia	0.008	13.500	1.970 92.532	Microsistema
	Curiosidad	0.000	90.286	16.094 506,492	Microsistema
	Influencia de amigos	0.046	18.222	1.052 315.612	Mesosistema
	Influencia de familia	0.000	70.286	6.465 764.185	Mesosistema
	Invitación	0.000	54.000	10.009 291.327	Mesosistema

En la Tabla 9 se muestra que la variable *malo para la salud* es factor protector con alta significación estadística (P 0.011) y una (O.R 0.179), igualmente la variable *no le gusta* es factor protector con (P 0.038) y una (O.R 0.110). Los anteriores se ubican al nivel de Microsistema.

Tabla 9

Factores de protección asociados al uso de Otras Sustancias, según análisis bivariado.

Factor de protección asociado al consumo de otras sustancias		P- VALUE	O.R.	(IC – 95%)	Sistema Modelo Ecológico
Razón principal por la que no consume estas sustancias	Malo para la salud	0.011	0.179	0.048 0.671	Microsistema
	No le gusta(o)	0.038	0.110	0.14 0.886	Microsistema

## DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta los altos índices relacionados con el consumo de SPA a nivel mundial, nacional y departamental, la principal razón por la que estas sustancias se constituyen en un problema sanitario, no es solo el riesgo de muerte, sino también su relación estrecha con la realidad social por la que atraviesa el país, enmarcada por la producción, tráfico y comercio de drogas ilícitas permitiendo un mayor acceso. A esta realidad se suma el aumento de las acciones armadas y la expansión territorial de los actores armados, relacionado con continuas manifestaciones de degradación del conflicto mediante actos contrarios a los Derechos Humanos.

Lo anterior, ocasiona que grupos o personas entren a formar parte de la población en situación de desplazamiento, ya que se ven forzadas a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas (Ley 387 de 1997).

De esta manera, este tipo de movilizaciones sociales ocasiona que la población en situación de desplazamiento, se constituya en un grupo vulnerable frente a condiciones como la miseria social, pérdida de la calidad de vida, enfermedades, delincuencia y al consumo de SPA.

Teniendo en cuenta esta situación, la presente investigación se orientó a describir el consumo de SPA y factores de riesgo y protección asociados en las personas en situación de desplazamiento para lo cual se diseñó un cuestionario que inicialmente sería aplicado después de un muestro probabilístico a 303 personas, pero debido a que la población está en continua movilidad en el territorio nacional dadas las características propias del desplazamiento forzado, esto impidió localizar a cada persona que había sido elegida para la investigación. Por esta razón, se decidió emplear otra metodología de muestreo el cual es de tipo no probabilístico donde se tomó como referencia la selección intencionada o muestreo de conveniencia.

De esta manera el muestreo poblacional quedó conformado por 175 personas en situación de desplazamiento con edades comprendidas entre los 12 y 65 años de edad.

Una vez obtenida la muestra de la población a la que se aplicó el cuestionario final se discutió como hipótesis al inicio del estudio que la prevalencia de consumo de SPA en la población objeto de estudio se incrementaría después del desplazamiento, pero los resultados estadísticos mostraron que hay un descenso en la prevalencia de consumo de las diferentes sustancias después del desplazamiento.

Según los hallazgos del presente estudio, la prevalencia de consumo de alcohol antes del desplazamiento de un 30% frente a la prevalencia de consumo actual de 17%, evidencia una disminución en el consumo de un 13%. En cuanto al consumo de cigarrillo la prevalencia de consumo antes del desplazamiento fue de 11% y la prevalencia de consumo actual de 9% encontrándose una disminución del consumo en un 2%.

La prevalencia de consumo de otras sustancias antes del desplazamiento es de 8%, y la prevalencia de consumo actual de 6%, lo anterior refleja al igual que el cigarrillo una disminución en el consumo de 2%.

En cuanto a la prevalencia de consumo de marihuana antes del desplazamiento 5%, y la prevalencia de consumo actual 1% se observa una disminución en el consumo de un 4%.

Por otro lado, la prevalencia de consumo de tranquilizantes y/o anfetaminas antes del desplazamiento y actualmente se mantuvo en un 6%, indicando que a diferencia del alcohol, cigarrillo, otras sustancias y marihuana cuyas prevalencias de consumo disminuyeron, el porcentaje de prevalencia de consumo de tranquilizantes y/o anfetaminas no presenta variación.

Es importante tener en cuenta que los porcentajes de prevalencia de consumo de alcohol y de marihuana son los que más disminuyen proporcionalmente en un 13% y 4% respectivamente.

Teniendo en cuenta que en general la prevalencia de consumo de SPA disminuyó, la población participante se constituye en un grupo vulnerable frente al consumo de SPA, con lo cual se incrementa también el riesgo de



adquisición y transmisión de enfermedades, convirtiéndose en individuos más proclives a recurrir a actividades delictivas o violentas (Erazo, 2002)

Si bien la descripción y análisis de índices de prevalencias aportan a la comprensión del fenómeno de estudio, también lo hace y en gran medida la identificación de factores de riesgo y de protección asociados al consumo de SPA en personas en situación de desplazamiento, y es más teniendo en cuenta la literatura científica propia de la psicología de la salud donde son cada vez más frecuentes las referencias a la utilidad del marco ecológico propuesto por Bronfenbrenner utilizado además como contexto de planeación en el desarrollo de programas de prevención y promoción en salud que incorporan factores del contexto socio cultural y no solo factores individuales.

Teniendo en cuenta el alcance del modelo ecológico en la comprensión del fenómeno de estudio, los factores de riesgo y de protección identificados se ubican en los diferentes sistemas que componen el modelo ecológico permitiendo así formular algunas explicaciones acerca de los resultados de esta investigación basándose en posturas teóricas de investigadores expertos en el tema y en los resultados de otros estudios sobre variables relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas.

En este sentido, los factores de riesgo identificados al nivel de microsistema entendido como un patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado teniendo en cuenta las características particulares de cada ser humano, se encontró que el género masculino es un factor de riesgo para el consumo de cigarrillo. Lo anterior se respalda en que la mayor parte de las investigaciones que han indagado este aspecto en estudios epidemiológicos, concluyen que el grado de consumo de drogas ilícitas recae en el género masculino es decir los hombres muestran mayor riesgo de consumo de SPA en comparación con las mujeres. (Perotto y Valdivieso, 1994).

Otro factor de riesgo identificado a nivel de microsistema tiene que ver con la *Iniciativa propia* y la *curiosidad* como razones por las cuales consumen o iniciaron el consumo de cigarrillo, alcohol, y otras sustancias las personas en situación de desplazamiento. Lo anterior se relaciona con lo propuesto por

Florenzano (2005) quien afirma que a nivel individual existen factores de riesgo relacionados con el consumo de SPA como son rasgos de personalidad tales como inseguridad, timidez, impulsividad, entre otros, que aumentan la probabilidad de consumo en la población.

La angustia y depresión son otros factores de riesgo identificados a nivel del microsistema ya que hacen parte de los factores interpersonales de cada persona. Los hallazgos de Segal et al. (1986) guardan relación con los factores de riesgo identificados en el presente estudio; en efecto, el autor y su equipo luego de trabajar con más de 3,000 participantes, encontraron tres factores en la iniciación del consumo: la reducción de la tensión, el efecto de la droga y la relación con los pares. En lo que refiere a la reducción de la tensión, esta incluía razones como: “aliviar la ansiedad o la tensión”, “para sobrellevar sentimientos de abandono o depresión”, y “alejarse de problemas”. Teniendo en cuenta esta información se puede deducir que las personas experimentan con determinadas SPA en un intento de enfrentar o manejar la experiencia subjetiva de sus estados afectivos como la ansiedad o la depresión.

Lo anterior se explica por lo expuesto por la O.P.S (2002), donde se hace énfasis en los efectos culturales y conductuales del desplazamiento, así como secuelas como la pobreza generalizada, escasez de alimentos y agua potable, destrucción ambiental, deterioro de las formas de vida locales, desintegración de las familias, desarraigo y trastornos psicológicos de diversa índole entre ellos ansiedad y depresión.

En el mesosistema, el análisis estadístico demostró que las fiestas se constituyen en factor de riesgo para el consumo de cigarrillo y alcohol en la población objeto de estudio. Según Lopera y cols, (1999), el individuo al tomar parte en actividades recreativas como fiestas familiares, paseos, viajes o celebraciones esta propenso a consumir SPA socialmente aceptadas como alcohol y cigarrillo, “asociados a las actividades de recreación, se ha comportado como factor de riesgo y predictor de uso de otras sustancias y de abuso y dependencia el consumo de alcohol y cigarrillo, ya que es una practica social ampliamente aceptada en la familia y otros grupos, siendo así que muchas actividades recreativas siempre se acompañan de un consumo

permisivo, que son ambientes propicios, para el inicio del consumo de estas y otras sustancias mas fuertes” (p.70). De esta manera, el entorno en el que se desenvuelve el individuo, determina una actitud hacia el consumo de SPA que además se encarga de reforzarlo.

Otro factor de riesgo identificado en la presente investigación en el mesosistema es la influencia de amigos, según Riso (1992), la necesidad de aprobación que tienen las personas con estilos pasivos al momento de expresar sentimientos hace que la presión hacia el consumo de SPA que ejercen el grupo de pares tenga un resultado positivo, es decir son fácilmente conducidos hacia el consumo por parte de sus amigos. Estas personas tienen muy pocas probabilidades de estructurar una conducta de oposición ya que temen ser rechazados y para decir “no” deberán reconocer sus derechos y de esta posibilidad es de la que precisamente carecen. El mismo autor señala que las personas con estilos pasivos de expresión de sentimientos: “suelen ceder a las demandas de las otras personas pensando que sus derechos son menos importantes” (p.144).

De igual manera, es importante tener en cuenta la relación que existe por parte de la presión de grupos de amigos, autoestima y consumo de SPA ya que una baja autoestima puede guardar coherencia con la proposición hecha por Kaplan (2003) la cual se refiere a que “los individuos siempre tienden a recuperar esa autoestima perdida en los grupo convencionales, como el hogar, la escuela, es decir sus padres o las personas con las cuales se relaciona comúnmente, acudiendo a grupos referenciales alternativos, como un grupo de pares, donde con el consumo de sustancias recuperan el autoestima perdida debido a que este grupo brinda la aceptación que el sujeto “no ha recibido” de su grupo social o familiar. Cuando la familia o la escuela no brindan una adecuada satisfacción personal, hace que la persona no se sienta aceptada, convirtiéndose, así en presa fácil de las SPA” (p. 56). De esta manera, es posible que una persona consuma SPA como parte de su estrategia para ser aceptado por el grupo y es mas si en este caso hace parte de una población vulnerable donde al llegar a una población receptora tiene que enfrentarse y adaptarse a una nueva cultura por medio del establecimiento de nuevas

relaciones interpersonales para así sentirse aceptado al hacer parte de un grupo.

Por otra parte mirar a otros consumir como factor de riesgo para el consumo de SPA, como se evidenció en esta investigación, se respalda con estudios desarrollados por Fernández del Valle y Bravo (2000), donde evaluaron los tipos de influencia social en adolescentes con relación a conductas riesgosas. Los investigadores consideran que la influencia normativa u obediencia y la imitación o modelado, son factores importantes en la comprensión de los factores en la iniciación del consumo de SPA.

Según Lopera y cols, (1999) el modelamiento hacia el uso de SPA (es decir cuando alguien significativo para el grupo utiliza sustancias los demás lo imitan y él premia esa conducta), al igual que la tolerancia hacia el consumo, el compartir estos comportamientos sin ningún tipo de rechazo hacia este hecho y, que los pares sean los inductores, al ofrecer la droga o ejercer presión para su uso, aumentan la probabilidad de consumo de SPA entre la población objeto de estudio y de esta manera se demuestra la importancia del nivel del mesosistema especialmente la relación con pares a la hora de comprender la influencia que tienen los sistemas que rodean al individuo al momento de desempeñarse en su medio a través de conductas que en este caso resultan ser riesgosas para el consumo de SPA.

Así como el grupo de pares juega un papel influyente en el desarrollo del individuo, la familia también cumple un rol fundamental en el ciclo vital de la persona, entregándole un marco de referencia respecto de valores, principios y creencias que éste abrigará y/o modificará a lo largo de la vida, y sobre todo constituye el núcleo central y primario del desarrollo afectivo y social de la persona. Así como la familia influye de manera positiva, según Rojas (2001), existen factores como los patrones negativos de educación y crianza, actitud negativa hacia la familia dentro de un sistema familiar en crisis o con un escenario disfuncional enmarcado por la vulnerabilidad biológica por el abuso de alcohol y otras drogas, que forman parte del abanico de factores de riesgo asociados a los primeros consumos de SPA y otras conductas riesgosas en

adolescentes y personas adultas y en este caso en personas en situación de desplazamiento forzado.

Lo anterior encuentra explicación en Woo (2006), quien afirma que el grado de vulnerabilidad de las familias en situación de desplazamiento se hace mas profundo y adquiere características de cronicidad toda vez que al enfrentarse a las nuevas condiciones de vida, estas intervienen directamente acentuando el estado de vulnerabilidad en todos los aspectos del orden vital de las familias cuando las necesidades básicas de supervivencia hasta la garantía de condiciones dignas de vivienda, educación, trabajo y salud, entre otras no han sido subsanadas de manera integral, oportuna y suficiente.

Por otra parte, el tener contacto con alguna cadena de producción ilegal es un factor de riesgo identificado en el mesosistema para la población en este estudio, pero igualmente asociado al macrosistema ya que la escasa aplicación de leyes que regulan el expendio, tráfico y consumo de alcohol y otras drogas, como de otro tipo de conductas de riesgo tales como la violencia y delincuencia, favorece la oferta, disponibilidad, acceso y oportunidad de incurrir en estas conductas Dryfoos (1992).

En cuanto a los factores de riesgo identificados en el macrosistema (es decir ideología, cultura, normas, y leyes que rigen a una nación), el único factor estadísticamente significativo es el referente a problemas económicos. Este resultado se respalda con lo expuesto por Florenzano (2005) para quien los patrones culturales que favorecen el consumo de SPA y que no se alejan de la realidad social por la que atraviesa el país son: la disponibilidad de drogas y alcohol; el precio y las leyes que regulan el expendio; el tráfico y consumo de alcohol y drogas; zonas de producción, incremento de zonas de producción, facilidad de comercialización; relación entre conflicto armado y narcotráfico; y las políticas internacionales de no comercialización.

Según el mismo autor, la presencia de factores de riesgo socio-económico, “incrementan la probabilidad del consumo de sustancias especialmente entre los grupos más deprimidos”, en este caso personas en situación de desplazamiento lo que se ha ligado a un aumento del consumo cuando se tienen pocas perspectivas de desarrollo personal futuro. Lo anterior

se podría explicar desde los planteamientos de Rodríguez (2004), quien afirma que una de las principales consecuencias del desplazamiento es el desarraigo puesto que las personas establecen relaciones estrechas con su entorno, con el desplazamiento se produce un cambio de contexto, que provoca en las personas pérdidas de referentes que conforman el arraigo y la pertenencia.

En este contexto, es importante destacar como las acciones y comportamientos individuales siempre estarán determinados por esta estructura eje (macrosistema) que actúa en función de normas o leyes que regulan y determinan tales comportamientos en este caso el consumo o acceso a las SPA (Tobar, 2007).

En cuanto a los factores protectores identificados en el modelo ecológico, los que presentaron mayor significancia estadística fueron los correspondientes a razones por las cuales no consume “no me gusta” y “es malo para la salud”, factores que se ubican en el microsistema, es decir que el hecho de tener cogniciones en torno al cuidado de la propia salud, reduce la probabilidad de consumir SPA en las personas en situación de desplazamiento.

Lo anterior se apoya en los postulados de modelos cognitivos en salud como el modelo de creencias en salud (MCS) cuyos planteamientos expuestos por Flórez (2007) citando a Moreno & Gil( 2003) y Sheeeran & Abraham (1995), hacen referencia a que las creencias individuales se proponen como el lazo ideal que une a los factores sociales externos relativamente fijos e inmodificables (en este caso la situación de desplazamiento, el tráfico, comercialización y consumo de SPA), con la probabilidad de ejecutar un determinado comportamiento saludable. De esta manera las creencias “no me gusta” y “es malo para la salud” hacen referencia a las evaluaciones que la persona hace sobre diferentes eventos, evaluaciones que determinan al final que una conducta saludable resulte mas o menos atractiva para la persona es este caso abstenerse de consumir SPA a pesar de tener espacios de acceso Flórez (2007).

En este sentido, y según Rojas (2001), la posibilidad de establecer autoestima y auto concepto adecuados, basados en logros, cumplimiento y reconocimiento de responsabilidades, oportunidades de desarrollar destrezas

sociales, cognitivas y emocionales para enfrentar problemas, tomar decisiones y prever consecuencias, incrementar el locus de control interno (esto es reconocer en sí mismo la posibilidad de transformar circunstancias de modo que respondan a sus necesidades, preservación y aspiraciones) son factores personales protectores que pueden ser fomentados y que se vinculan con el desarrollo de la resiliencia y de estrategias de afrontamiento que les permita a las personas en situación de desplazamiento sobrellevar la situación por la que están atravesando teniendo en cuenta prioridades como el mantenimiento de la salud física y mental.

## CONCLUSIONES

A través de procesos académicos y de investigación la Universidad de Nariño en coherencia con su visión de “Universidad y Región” da alternativas académicas ante las necesidades de la región, en este caso al consumo de SPA en personas en situación de desplazamiento como consecuencia del conflicto armado en la región. Por esta razón, buscan por medio de la descripción de elementos empíricos aportar a la explicación de esta problemática.

En el desarrollo de la investigación se elaboró un diagnóstico sobre el consumo de SPA en población en situación de desplazamiento ubicada en la ciudad de San Juan de Pasto, donde se encuentran inmersas variables a considerar como son factores demográficos, prevalencia en grupos étnicos, tendencia al consumo, costo social, y consumo de SPA ante la situación de desplazamiento, y comportamientos generados alrededor del consumo de sustancias psicoactivas, de igual forma factores de riesgo y protectores relacionados con el consumo identificados y organizados con base en el modelo ecológico.

Estos hallazgos son coherentes con otras investigaciones desarrolladas en el país a cargo de instituciones como la Dirección Nacional de Estupefacientes en el 2002, el Estudio Nacional de Salud Mental en el año 2003, donde se encontró que los trastornos por uso de sustancias psicoactivas son el tercer trastorno mental más frecuente en la población colombiana. Así como también el estudio titulado: “Análisis de la situación de salud de la población desplazada y de estrato 1 en Medellín” llevado a cabo por el Ministerio de Salud en el 2002.

A nivel regional la presente investigación guarda relación con el estudio desarrollado por el Observatorio Departamental de Drogas en Nariño desarrollado entre el 2006 – 2007, con la participación de todos los municipios cuyo fin era caracterizar el consumo de SPA en todo el Departamento de Nariño.

Además, con esta investigación se aporta a las entidades internacionales, nacionales y departamentales, el conocimiento y



profundización de la problemática del consumo de SPA, ya que no existen estudios previos ni antecedentes de la relación entre consumo de SPA y la población en situación de desplazamiento residentes en la ciudad de San Juan de Pasto.

De esta manera, la presente investigación amplía el conocimiento de la problemática, consecuente con los objetivos del Programa de Psicología de la Universidad de Nariño los cuales apoyan el bienestar y desarrollo psicológico de los individuos, grupos y comunidades de la región haciendo énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad,

Además contribuye al desarrollo de la investigación dentro de los grupos investigativos con los cuales cuenta el programa, ya que el grupo Psicología y Salud (del cual el grupo investigador hace parte), ha realizado investigaciones relacionadas con el consumo de SPA, especialmente el consumo de cigarrillo en estudiantes universitarios. Igualmente el grupo ha tenido una amplia experiencia empírica en el trabajo con el modelo ecológico en diferentes investigaciones por ejemplo en el “Análisis de factores de riesgo para suicidio y validación de un modelo de intervención en población juvenil en Nariño” (Sánchez y et al. 2007), y en el estudio titulado: “Elementos para una propuesta de política pública sobre el uso del tiempo como factor protector de la salud mental en jóvenes del Departamento de Nariño (Sánchez, N. & Ojeda, E.). De esta manera, con esta investigación se enriquece este modelo, ahora aplicado al consumo de SPA, factores protectores y de riesgo en personas en situación de desplazamiento.

Así mismo, brinda elementos que orienten a las políticas de salud pública, para que de una mejor manera contribuyan a la promoción de un crecimiento sano, libre de drogas, a la prevención (individual y universal) para posponer o prevenir el abuso de drogas en los individuos, a partir de la presentación de información específica y actualizada; además, promover el desarrollo de habilidades necesarias que contrarresten el problema de las adicciones, al tratamiento y reinserción social cuando la situación lo amerite, a través de la construcción y evaluación de un proyecto de prevención y atención al consumo de SPA dirigido a población en situación de

desplazamiento a cargo de las entidades correspondientes y en esta medida, las acciones conjuntas se verán reflejadas en un mejor vivir para todas las personas en situación de desplazamiento.

El presente estudio enmarcado en un convenio interinstitucional entre la Universidad de Nariño desde el Laboratorio de Medición y Evaluación Psicológica y el Grupo Psicología y Salud junto con la Fundación Aldea Global y La Fundación Social Talitá Kum, permiten crear espacios estratégicos para la construcción de conocimiento psicológico y social, para investigar e intervenir ante problemáticas propias de la región, en este caso el consumo de SPA en personas en situación de desplazamiento forzado. Por esta razón se resalta la importancia de seguir adelantando investigaciones desde el campo de la psicología de la salud, que permitan posteriormente apuntar a la construcción de modelos de interpretación de procesos de salud - enfermedad que hagan un aporte a la modificación comportamental, cognitiva, afectiva y social en los individuos. Los modelos de la psicología de la salud aportan elementos para intervenir hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, por tanto se trata de modelos con mayores posibilidades de intervención, ya que no se centran solo en el tratamiento y la rehabilitación.

## RECOMENDACIONES

Al finalizar el presente estudio es necesario destacar las siguientes recomendaciones surgidas a partir del análisis de los resultados por parte de los investigadores, además de los aportes recogidos de la socialización que se hizo de la investigación a los representantes de las fundaciones participantes de la investigación, de igual forma de la socialización realizada por los investigadores a funcionarios de la Secretaria de Salud Municipal. Lo anterior permite dar pautas para optimizar las acciones a ejecutar, además de la elaboración de futuras investigaciones sobre el tema.

Para futuras investigaciones de este tipo, se recomienda evaluar a una muestra estadísticamente significativa de las personas en situación de desplazamiento que llegan a la ciudad de Pasto para conocer sus características y los factores de riesgo y de protección ante el consumo de SPA y de esta manera se puedan generalizar los resultados. Lo anterior permite orientar programas de prevención y de promoción hacia toda la población en situación de desplazamiento.

Teniendo en cuenta que los factores de protección identificados para el consumo de SPA están relacionados con cogniciones, es necesario para posteriores estudios que tengan las mismas características hacer mayor énfasis en este aspecto a través de la aplicación de cuestionarios o pruebas psicológicas orientadas a identificar de manera más amplia y detallada creencias con respecto al consumo de SPA y de esta manera orientar estrategias destacando el papel que desempeñan los profesionales de la salud mental para la promoción (mantenimiento de los factores protectores) o la prevención (reestructuración de creencias o ideas riesgosas para el consumo).

Por otra parte, la realización de estudios profundos en los núcleos familiares, facilitan el fortalecimiento de los conocimientos sobre pautas de crianza, manejo de autoridad, comunicación, modelos y su incidencia en el consumo de SPA con el fin de extender la aplicación de programas de prevención o promoción de hábitos saludables.

Desde la arista de la “presión de pares”, se sugieren desarrollar investigaciones para explorar la dinámica interna de grupos donde se incorpora

el uso de SPA como actividad principal, dado que parecería que no es tanto el grupo que va tras el individuo, sino que éste, al desear experimentar con sustancias, se relaciona con grupos de consumidores. Por tanto, parece que existe un elemento de decisión personal de incorporarse al grupo.

Es importante tener en cuenta que una persona que consume SPA nunca va a saber cuando llega a convertirse en dependiente, por lo tanto es mejor actuar en el nivel inicial evitando el consumo o reincidencia en el consumo, así se disminuye la probabilidad que estas personas tienen para abusar de las SPA o para convertirse en dependientes SURGIR (2006).

Para lograr lo anterior, se recurre a la prevención primaria, que en el caso de las SPA se orientaría a disminuir al máximo la probabilidad de que adolescentes y adultos consuman sustancias psicoactivas, disminuyendo al máximo los factores de riesgo de dicho consumo después de su conocimiento y estudio. Por su parte la prevención secundaria estaría dirigida hacia personas que ya hayan tenido contacto con el consumo de SPA. En este caso la anticipación permite conocer profundamente la situación actual en la que se encuentra el grupo y realizar un pronóstico de lo que probablemente les puede ocurrir en adelante si no se interviene sobre el problema. A partir de esto se diseñan y proponen alternativas de acción, información y orientación completa para afrontar el problema así como para disminuir y eliminar el riesgo existente.

Los programas de prevención y promoción en salud resultan insuficientes, y a la larga podría ser inoperantes, si no incorporan las dimensiones social e histórico cultural en la planeación de sus acciones. Por esta razón el marco del modelo ecológico propuesto por Bronfrenbrenner y aplicado en esta investigación constituye un contexto de trabajo adecuado para plantear factores propios de los diversos niveles (microsistema, mesosistema y macrosistema) incorporándolos en una práctica efectiva en procesos orientados a la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades y disfunciones .

Por consiguiente, las intervenciones de alta calidad deben ser intervenciones multinivel. Por eso la psicología no puede limitarse a tomar en cuenta las intervenciones en el nivel individual sino también las intervenciones

en contextos de gran relevancia (mesosistema) como por ejemplo las interacciones entre la familia y el grupo de pares, o la familia y el trabajo. Así como también a nivel de la cultura, organización social, sistemas de creencias y estilos de vida (macrosistema).

Todo lo anterior hace que el desempeño de la psicología en el campo de la prevención y de la promoción sea, como lo afirma Tones (2002), citado por Flórez (2007) editor de la revista científica *Health Education Research*, un verdadero “reto para radicales”. Para responder a este reto los profesionales de la psicología deben acudir a los mejores elementos que proponen los diversos modelos conceptuales como el modelo ecológico para la investigación y para la educación en salud en general y los modelos psicológicos para la prevención/promoción en particular, a fin de que la contradicción entre *hacer* y *no hacer*, se decida de la mejor manera posible a favor del cambio activo y de una mejor calidad de vida para las personas en situación de desplazamiento.

## REFERENCIAS

Acción social Subdirección de Atención a Población Desplazada  
Registro Único de Población Desplazada – RUPD Fuente: SIPOD - Fecha de  
Corte: Julio 31 de 2008

Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación  
Internacional (Acción Social) 2008. [En Internet] Disponible en:  
[http://www.accionsocial.gov.co/contenido/contenido.aspx?catID=3&conID=544  
&pagID=820](http://www.accionsocial.gov.co/contenido/contenido.aspx?catID=3&conID=544&pagID=820). [2008, Octubre]

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR,  
1998).

Álvarez, R. (1996). Salud Pública y Medicina Preventiva. 2da. Edición.  
México: Manual Moderno.

Ascary, A. y Peña, j. (2006). Aprendiendo y aplicando la Investigación en  
Psicología. México: Editorial Trillas.

Bronfenbrenner, U.; “La ecología del desarrollo humano”; Ediciones  
Piados; Barcelona; España; 1987.

Brown, F. (1980). Principios de la medición en psicología y educación.

Canda Moreno, F. (2000). Diccionario de pedagogía y psicología.  
Madrid: Cultural S.A.

Canda, F. (2000). Diccionario de Pedagogía y Psicología. Madrid:  
Cultural S.A.

Clark, T. (2002). Investigación Cuantitativa en Psicología. 2da. Edición.  
México: Impresora y Editora Rodríguez.

CODHES, UNICEF (1999). Un país que huye: Desplazamiento y  
violencia en una nación fragmentada. Colombia: Autores.

Comisión Andina de Juristas. Panorama de los derechos humanos y del  
derecho humanitario en Colombia. Informe de avance sobre 1999. Evolución de  
las políticas públicas para la atención al fenómeno del desplazamiento forzado  
por la violencia. Bogotá: marzo de 2000, p. 42-50.

Cornes, J.M Fernández Ríos, L. Arauxo, A. y Pedrejón, C. (2004).  
Ciencia de la prevención: fundamentos y perspectivas. Implicaciones en

Psicología. Revista Psiquiátrica Facultad de Medicina. (Santiago de Compostela) Vol. 17.

Cortés, R. Chamorro, M. 2008. Análisis Psicométrico de una Prueba Para Medir creencias sobre el consumo de cigarrillo (CPB) basado en el modelo de Proceso de Adopción de Precauciones (PAP) y en el modelo cognitivo de Beck, en estudiantes de pregrado de la Universidad de Nariño. Trabajo de Grado, Programa de Psicología. San Juan de Pasto; Universidad de Nariño.

Cruz Maldonado, M. (2003). Medicina Preventiva. Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Departamento de Medicina Preventiva. División de Estudios de Pregrado. Vol. 17. México

Diana, U. 2001. Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes de Especialidades Médicas, Bogotá. Rev. Salud pública. [Online]. Ene. /abr. 2002, vol.4, no.1 [citado 26 Agosto 2008], p.59-73. [En Internet] Disponible en: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642002000100004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642002000100004&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0124-0064. [2008, Octubre]

Distribución Chi Cuadrada. [En Internet] Disponible en: [http://encyclopedie-es.snyke.com/articles/distribucion\\_chi\\_cuadrada.html](http://encyclopedie-es.snyke.com/articles/distribucion_chi_cuadrada.html). [2008, Octubre].

Dryfoos, J.G. Adolescents at Risk: Prevalence and Prevention, Londres: Oxford University Press, 1990.pp. 1-280. En: Florenzano, R. "El adolescente y sus conductas de riesgo"

Edelstein, F. (2004). Marketing Social para la prevención frente al abuso de drogas en adolescentes. [En Internet] Disponible en: [http://www.isalud.org/htm/site/documentos/19\\_Archivo\\_Edelstein%20Resumen.pdf](http://www.isalud.org/htm/site/documentos/19_Archivo_Edelstein%20Resumen.pdf). [2008, Octubre]

Erazo, J. y cols. "Diversas causas y costos del desplazamiento: quién los compensa? ". Referenciado por Análisis de la Situación de Salud de la Población desplazada y de estrato 1 en Medellín, 2002. [En Internet] Disponible en:<http://www.disasterinfo.net/desplazados/informes/ops/perfilmedellin2003/perfilmed01>) [2008, Octubre].

Florenzano, R. (2005) El adolescente y sus conductas de riesgo. [En Internet] Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082007000200001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082007000200001&script=sci_arttext) - 50k -[2008, Octubre].

Florez, L. (2007). Psicología Social de la Salud. Promoción y Prevención. Editorial Manual Moderno. Bogotá. (2007).

Forero E. (Septiembre 22 2003) El Desplazamiento Interno Forzado en Colombia [En Internet] Disponible en: [http://www.ideaspaz.org/eventos/download/edgar\\_forero.pdf](http://www.ideaspaz.org/eventos/download/edgar_forero.pdf). [2008, Octubre]

García, M. (2007). Consumo De Psicoactivos En Colombia: Situación Actual. [En Internet] Disponible en: [http://www.elportaldelasalud.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=88&Itemid=29&limit=1&limitstart=2](http://www.elportaldelasalud.com/index.php?option=com_content&task=view&id=88&Itemid=29&limit=1&limitstart=2) [2008, Octubre].

Gonzales, J. (2008). Drogas de Adicción Clasificación, Tipos y Efectos. [En Internet] Disponible en: <http://74.125.113.104/search?q=cache:Rq2b-DLp5qYJ:www.forodeseguridad.com/artic/discipl/4099.htm+drogas+blandas+y+duras&hl=es&ct=clnk&cd=5> (Octubre, 2008).

Gutiérrez, A. & Ortega, A. (2005). Noción de Si Mismo – Real e Ideal- en madres en situación de desplazamiento forzado. Trabajo de Grado, Programa de Psicología. San Juan de Pasto; Universidad de Nariño.

Hernández, R., Fernández, G. y Baptista P. (1998) Metodología de la Investigación. 2da edición. México: Mc Graw Hill.

Hernández, R., Fernández, G. y Baptista P. (2006) Metodología de la Investigación. 4ta edición. México: Mc Graw Hill.

Hintermann, B. 2007. Jefa de la delegación del CICR en Colombia 29-08- Reportaje [En Internet] Disponible en: <http://www.icrc.org/Web/spa/sitespa0.nsf/html/colombia-feature-290807>. [2008, Octubre]

Kaplan ,R. (2003). Autoestima y consumo de sustancias Psicoactivas. Pag. 56.



Ley 387 de 1997. T i t u l o I “Del Desplazado y de la Responsabilidad del Estado”. [En Internet] Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/legislacion/Ley387de1997.pdf>. [2008, Octubre].

Ley 1090 de 2006. “Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, y se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones”. Ministerio de la Protección Social. [En Internet] Disponible en: [www.colpsic.org.co/resources/Ley1090-06.pdf](http://www.colpsic.org.co/resources/Ley1090-06.pdf) . [2008, Octubre].

Medellín, F. (2003). El Desplazamiento forzado en Colombia. Colombia: Red de promotores y Derechos Humanos y Defensoría del pueblo.

México: Manual Moderno.

Ministerio de la Protección Social Política Nacional para la Reducción del Consumo de SPA y su Impacto Resumen Ejecutivo [En Internet] Disponible en: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/documentos/Resumen%20Ejecutivo%20PNRCSPA.pdf>. [2008, Octubre]

Ministerio de la Protección Social. Política Nacional para la Reducción del Consumo de SPA y su Impacto Resumen Ejecutivo [En Internet] Disponible en: [http://w3.nuevosrumbos.org/documentos/PNRCspa\\_Resumen\\_Ejecutivo.pdf](http://w3.nuevosrumbos.org/documentos/PNRCspa_Resumen_Ejecutivo.pdf) . [2008, Octubre]

Ministerio de Salud (2002). República de Colombia, Dirección General para el Desarrollo de Servicios de Salud., El desplazamiento en Colombia, Documento Técnico, Pág. 1 Referenciado por Análisis de la Situación de Salud de la Población desplazada y de estrato 1 en Medellín, 2002. [En Internet] Disponible en: <http://www.disasterinfo.net/desplazados/informes/ops/perfilmedellin2003/perfilmed01>). [2008, Octubre]

Observatorio Departamental De Drogas De Nariño. Consumo De Drogas Lícitas E Ilícitas En El Departamento De Nariño Año 2006 – 2007. Investigación Cuantitativa.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultural (UNESCO). Recursos efectivos en salud escolar [En Internet] Disponible en: <http://portal.unesco.org/education/es/ev.php->

URL\_ID=36643&URL\_DO=DO\_TOPIC&URL\_SECTION=201.html. [2008, Octubre]

Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS / Facultad Nacional de Salud Pública / Facultad de Medicina / Universidad de Antioquia.)

Organización Panamericana de la Salud (O.P.S). (Eds.) (2002). Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Washington, D.C.: Autor. Defensoría del pueblo (2004). Desplazamiento forzado en Colombia: Autores.

Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS). [En Internet] Disponible en: <http://www.spss.com/es/>. [2008, Octubre].

Pérez, A. (1994). Sustancias psicoactivas: historia del consumo en Colombia. Bogotá D.C [En Internet] Disponible en: [http://www.elportaldelasalud.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=88&Itemid=29&limit=1&limitstart=2](http://www.elportaldelasalud.com/index.php?option=com_content&task=view&id=88&Itemid=29&limit=1&limitstart=2) [2008, Octubre]

Perotto, PC y Valdivieso, L. El riesgo de ser joven. Investigación: Factores protectores y de riesgo en el consumo de drogas, Serie Científica No. 1. La Paz: CESE. 1994.

Política Nacional Para La Reducción Del Consumo De Sustancias Psicoactivas Y Su Impacto. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Bogotá. (2007) [En Internet] Disponible en: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/documentos/Resumen%20Ejecutivo%20PNRCSPA.pdf>. [2008, Octubre]

Red de Solidaridad Social, Alto Comisionado De las Naciones Unidas para los Refugiados ACNUR, Opción Legal. (2000). Guía de Atención Humanitaria para los Desplazados Forzados. Bogotá D.C.

Restrepo, M. 2002. Dirección Nacional de Estupeficientes. [En Internet] Disponible en: [C:/Documents%20and%20Settings/Laboratorio%20M.E.P/Mis%20documentos/proyecto%20consumo%20de%20spa/consumo%20spa%20marco%20teorico.htm](http://C:/Documents%20and%20Settings/Laboratorio%20M.E.P/Mis%20documentos/proyecto%20consumo%20de%20spa/consumo%20spa%20marco%20teorico.htm). [2008, Octubre]

Risso, W. (1992). Entrenamiento Asertivo; Aspectos Conceptuales, evaluativos y de intervención. Bogotá.

Rodríguez, M. (2004). Resiliencia: otra forma de ver la adversidad. Bogotá. Facultad de Teología.

Rojas, E. 1999. Director Consultoría para el Desplazamiento Forzado y los Derechos Humanos (Codhes) Un País que Huye: Desplazamiento y Violencia en una Nación Fragmentada es una compilación de los boletines de la Consultoría para el Desplazamiento Forzado y los Derechos Humanos (CODHES), publicados entre el 20 de agosto y el 15 de febrero de Este libro fue editado en mayo de 1999 con el apoyo de UNICEF-Colombia. ISBN:958-96052-6-5 [En Internet] Disponible en: <http://www.derechos.org/nizkor/colombia/libros/despl/sisdes.html>. [2008, Octubre]

Rojas, J. (2008). Sustancias psicoactivas: placer que destruye. SALUD MENTAL EN CARTAGENA. Periódico "EL UNIVERSAL" Cartagena de indias – Colombia. Sábado, 25 de octubre de 2008.

Rojas, V. Adolescencia y resiliencia. Un comportamiento de riesgo: El consumo de drogas psicoactivas. Psicoactiva 2001, (16): 37-63

Sánchez, N. & Ojeda, E. Elementos para una propuesta de política publica sobre el uso del tiempo como factor protector de la salud mental en jóvenes del departamento de Nariño. Revista Universidad y Salud No.1.

Sánchez y et al. 2007. Análisis de factores de riesgo para suicidio y validación de un modelo de intervención en población juvenil en Nariño. Avance para Colciencias.

Sanmartín, J. (1999). Estudios sobre la violencia. Primera edición. Madrid: Ariel.

Schlenker, J & Iturralde, M (2006). El uso del discurso de los derechos humanos por parte de los actores armados en Colombia: ¿ Humanización del conflicto o estrategia de guerra? [En Internet] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/anpol/v19n56/v19n56a02.pdf>. [Octubre, 2008].

SURGIR. Pensar y construir la prevención Manual No. 2 Corporación Colombiana para la prevención de alcoholismo y la Farmacodependencia. 2006.

Tobar, R. (2007). Los Sistemas [En Internet] Disponible en: [http://revistainfieri.blogspot.com/2007\\_06\\_01\\_archive.html](http://revistainfieri.blogspot.com/2007_06_01_archive.html). [2008, Octubre]

Villa, M. (2006) Desplazamiento forzado en Colombia El miedo: un eje transversal del éxodo y de la lucha por la ciudadanía [En Internet] Disponible en: <http://www.idea.org/eventos/download/.pdf> [2008, Octubre]

Wayne, W.D. (1982). Estadística con Aplicaciones a las Ciencias Sociales y la Educación. México: Mc Graw Hill.

Woo, L. (2006). Implicaciones psicosociales del Desplazamiento forzado. [En Internet] Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados>. [Octubre 23, 2008].

**ANEXO. FORMA FINAL DEL CUESTIONARIO**



Fundación Aldea Global



Fundación Talitá Kum



Universidad de Nariño

## CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO RESIDENTES EN LA CIUDAD DE SAN JUAN DE PASTO

### Encuesta

Esta es una encuesta diseñada y aplicada en el convenio entre la Fundación Aldea Global, la Fundación Talitá Kum y la Universidad de Nariño, con el objetivo de recolectar información sobre consumo de drogas en población en situación de Desplazamiento residentes en la ciudad de San Juan de Pasto. Este Instrumento será parte de un documento de investigación, que contribuya y permita a los diferentes estamentos gubernamentales y no Gubernamentales, desarrollar programas de promoción, prevención, evaluación y tratamiento de esta problemática de Salud pública.

Las respuestas suministradas serán anónimas, es decir, que no tendrán ningún dato que permita reconocer quien lo respondió. De igual forma, serán manejados bajo el secreto profesional y del Investigador. Por ultimo, las publicaciones que surjan de esta investigación hablarán solamente de cifras globales y en ningún caso se identificará a alguno de sus participantes.

Si su decisión es la de **NO** participar, en la investigación por favor devuelva la hoja a quien se la entregó. Si su decisión es la de **SI** participar en la investigación, lea las Instrucciones:

### Instrucciones

A continuación encontrará varias preguntas relacionadas con su vida actual y antes del desplazamiento, en las preguntas tendrá que marcar con una o varias "equis" X donde se lo indiquen. También tendrá que completar información en los espacios correspondientes. Recuerde que este cuestionario es anónimo, por eso le pedimos que responda de la forma mas honesta posible. **Muchas gracias por su colaboración.**

### INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA:

1) Municipio de Procedencia: \_\_\_\_\_ Zona:  Rural  Urbana

2) Tan pronto llegó a la ciudad donde se ubicó?

Lugar (Marque con X)		Zona (Marque con X)		Espacios disponibles para usted y su familia			
Casa de amigo	<input type="checkbox"/>	Rural	<input type="checkbox"/>	No. Habitaciones		Exclusivas	Compartidas
Casa de familiar	<input type="checkbox"/>	Urbana	<input type="checkbox"/>	Cocina	Exclusiva	Compartida	No disponible
Arriendo	<input type="checkbox"/>	Municipio		Baño	Exclusiva	Compartida	No disponible
Albergue	<input type="checkbox"/>	Departamento		Patio	Exclusiva	Compartida	No disponible
Calle	<input type="checkbox"/>			Sala	Exclusiva	Compartida	No disponible
Otro ¿Cuál?	<input type="checkbox"/>			Comedor	Exclusiva	Compartida	No disponible

3) Lugar actual de vivienda (si se ha cambiado de lugar)

Lugar (Marque con X)		Zona (Marque con X)		Espacios disponibles para usted y su familia			
Casa de amigo	<input type="checkbox"/>	Rural	<input type="checkbox"/>	No. Habitaciones		Exclusivas	Compartidas
Casa de familiar	<input type="checkbox"/>	Urbana	<input type="checkbox"/>	Cocina	Exclusiva	Compartida	No disponible
Arriendo	<input type="checkbox"/>	Municipio		Baño	Exclusiva	Compartida	No disponible
Albergue	<input type="checkbox"/>	Departamento		Patio	Exclusiva	Compartida	No disponible
Calle	<input type="checkbox"/>			Sala	Exclusiva	Compartida	No disponible
Otro ¿Cuál?	<input type="checkbox"/>			Comedor	Exclusiva	Compartida	No disponible

4) Tiempo que lleva en la ciudad: \_\_\_\_\_

5) Declarante: SI  No

Por favor marque con una X la(s) respuesta(s)

6) Género: Hombre  Mujer

7. Edad: \_\_\_\_\_ años

**8) Estado Civil:**

Soltero(a)	Casado(a)	Unión Libre	Separado(a)	Viudo(a)
------------	-----------	-------------	-------------	----------

**9. Nivel Educativo:**

Sin Estudios	Secundaria Completa
Primaria Incompleta	Universitaria
Primaria Completa	Técnica
Secundaria Incompleta	Otros ¿cuales?

**10. A que grupo étnico pertenece?**

Mestizo	indígena	Afrodescendiente	Otro. ¿Cual?
---------	----------	------------------	--------------

**11. Ocupación antes del Desplazamiento**

Estudiante	No trabajaba	Pensionado	Buscaba Trabajo
Trabajaba	¿Dónde?	¿Que actividad desarrollaba?	

Si usted estaba trabajando:

¿En su ocupación laboral ha tenido contacto con alguna cadena de producción ilegal de drogas?	Si	¿Qué tipo de contacto?	Siembra	Transporte
	No		Cosecha	Comercialización
			Transformación	Expendio

**12. Ocupación Actual**

Estudiante	No trabaja	Pensionado	Busca Trabajo
Trabaja	¿Dónde?	¿Que actividad desarrolla?	

**13. Estrato del lugar donde actualmente vive:**

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

**14. Ingresos familiares diferente a la ayuda humanitaria**

Mensual (Aproximadamente)	\$	Fuente de ingresos
---------------------------	----	--------------------

**15. Pertenece a alguna religión**

NO	SI	¿Cuál?
----	----	--------

**16. ¿Es usted el Jefe de Hogar? Es decir, ¿la persona que aporta el mayor ingreso al hogar?**

SI	NO
----	----

**INFORMACIÓN DE SALUD****17. Usted tiene carné de salud**

SI	NO
----	----

**18. ¿Cómo calificaría usted su estado de salud general durante los últimos 6 meses?**

Muy Malo	Malo	Regular	Bueno
----------	------	---------	-------

**19. ¿Ha visitado usted, algún profesional de la salud por problemas físicos en el último mes, año o alguna vez en su vida?**

Si	No	Nunca
----	----	-------

**20. ¿Ha visitado usted, algún profesional de la salud por problemas de angustia, relaciones personales, depresión, tristeza u otros similares en el último mes, año o alguna vez en su vida?**

Si	No	Nunca
----	----	-------

**21. ¿Realiza usted., algún deporte o ejercicio físico?**

Si, más de una vez a la semana	Si, ocasionalmente en el mes
Si, una vez a la semana	No, nunca

**III. INFORMACIÓN SOBRE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS****CONSUMO DE TABACO O CIGARRILLO**

22. ¿Ha fumado usted, cigarrillos alguna vez en su vida?

Si	
No	

23. Fuma actualmente

Si	
No	

24. Fumaba antes del desplazamiento

Si	
No	

SI CONTESTÓ SI A LA PREGUNTA 22, A LA 23 O A LA 24 CONTINÚE EN LA PREGUNTA 25, SI CONTESTÓ NO A LAS TRES PREGUNTAS, PASE A LA PREGUNTA 39

25. ¿Cuántos cigarrillos fumaba antes del desplazamiento?

Diarios	1 a 5	6 a 10	Más de 11	
Semanales	1 a 5	6 a 10	Más de 11	
Mensuales	1 a 5	6 a 10	Más de 11	
Anuales	1 a 5	6 a 10	Más de 11	

26. ¿Cuántos cigarrillos fuma actualmente?

Diarios	1 a 5	6 a 10	Más de 11	
Semanales	1 a 5	6 a 10	Más de 11	
Mensuales	1 a 5	6 a 10	Más de 11	
Anuales	1 a 5	6 a 10	Más de 11	

27. ¿Cuándo fue la primera vez que usted fumó cigarrillos?

En este mes		Hace más de un año	
Hace más de un mes		No recuerda	
Hace más de seis meses			

28. ¿Qué edad tenía cuando fumó cigarrillos por primera vez?

4 a 12 años	13 a 18	19 a 25	26 a 45	46 a 60	61 y más	
-------------	---------	---------	---------	---------	----------	--

29. ¿Qué persona le ofreció cigarrillo por primera vez?

Iniciativa propia	Desconocido	Esposo(a) o pareja	
Amigo(a)	Vendedor	Compañero(a) de estudio	
Familiar	Compañero(a) de trabajo	No recuerdo	
Otro ¿Cuál?			

30. ¿Cuál fue el motivo para iniciar a fumar?

Curiosidad	Iniciativa Propia	Por mirar a otros tomar	
Invitación	Influencia de amigos	Influencia de la familia	
Fiestas	Influencia de la pareja	Otros ¿Cuál?	

31. ¿Cuándo fue la última vez que fumó cigarrillos?

En las ultimas 24 horas	Hace un mes	Hace una semana	Hace mas de 6 meses	
-------------------------	-------------	-----------------	---------------------	--

Si no ha fumado durante los últimos treinta días, por favor pase a la pregunta 37

32. ¿Con qué frecuencia fuma usted cigarrillos? (sólo para los que declaran fumar durante este mes)

Todos los días	
Los fines de semana	
Algunos días de la semana	
Ocasionalmente en el mes	

33. ¿Cuántos cigarrillos diarios ha fumado usted en este mes?



1 a 5		6 a 10		Más de 11	
-------	--	--------	--	-----------	--

## 34. ¿Bajo qué circunstancias usted fuma con mayor frecuencia?

Cuando hace frío		Problemas de pareja		Iniciativa Propia	
Cuando veo a otros fumar		Problemas familiares		Estrés	
Cuando tomo tinto		Problemas económicos		Angustia	
Después de almuerzo o Cena		Problemas laborales		Ansiedad	
Cuando tengo hambre		Fiestas o celebraciones		Otras ¿Cuáles?	
Depresión/tristeza		No hace falta motivo			

## 35. ¿Alguna vez ha intentado o ha dejado de fumar?

Si		No	
----	--	----	--

## 36. ¿Ha consumido cigarrillo a pesar de que tenía la intención de no hacerlo?

Si		No	
----	--	----	--

## 37. Usted piensa que dejar de fumar puede ser:

Muy fácil		Fácil		Difícil		Muy Difícil		Imposible		No sabe	
-----------	--	-------	--	---------	--	-------------	--	-----------	--	---------	--

## 38. ¿Qué tan fácil o difícil es conseguir cigarrillo?

Muy fácil		Fácil		Difícil		Muy Difícil		Imposible		No sabe	
-----------	--	-------	--	---------	--	-------------	--	-----------	--	---------	--

## 39. ¿Cuál es la razón principal por la cual Usted no fuma? (solo para los que no han fumado)

Es malo para la salud		Recomendación médica		Porque se gasta mucho dinero	
No le gusto/a		Desaprobación social		No ha dejado de fumar	
Embarazo		Evitar conflictos y problemas		Otra	
Desaprobación familiar		Temor a volverse consumidor			
¿Cuál?					

**CONSUMO DE ALCOHOL**

Por favor marque con una x la respuesta según su caso.

40. ¿Ha tomado usted alcohol, (aguardiente, cerveza, chicha, vino, champaña, chapil, alcohol puro, u otros licores) alguna vez en su vida?

SI		NO	
----	--	----	--

41. ¿Consume alcohol actualmente?

SI		NO	
----	--	----	--

42. ¿Consumía licor antes del desplazamiento?

SI		NO	
----	--	----	--

SI CONTESTÓ SI A LA PREGUNTA 40, A LA 41 O A LA 42 CONTINÚE CON LA PREGUNTA 43, SI CONTESTÓ NO A LAS TRES PREGUNTAS, PASE A LA PREGUNTA 58

## 43. ¿Con que frecuencia, cantidad y tipo de licor consumía antes del desplazamiento?

**TD:** TODOS LOS DÍAS. **FS:** FINES DE SEMANA **OM:** OCASIONALMENTE EN EL MES **OA:** OCASIONALMENTE EN EL AÑO.

Tipo de licor	Frecuencia				Cantidad			
	TD	FS	OM	OA	1 a 5	6 a 10	11 o más	
Aguardiente								Copas o Tragos
Champaña								
Chapil								
Alcohol puro								
Cerveza								Vasos o Botellas
Vino								
Chicha								

## 44. ¿Con que frecuencia, cantidad y tipo de licor consume actualmente?

**TD:** TODOS LOS DÍAS. **FS:** FINES DE SEMANA **OM:** OCASIONALMENTE EN EL MES **OA:** OCASIONALMENTE EN EL AÑO

Tipo de licor	Frecuencia				Cantidad			
Aguardiente	TD	FS	OM	OA	1 a 5	6 a 10	11 o más	Copas o Tragos
Champaña	TD	FS	OM	OA	1 a 5	6 a 10	11 o más	
Chapil	TD	FS	OM	OA	1 a 5	6 a 10	11 o más	
Alcohol puro	TD	FS	OM	OA	1 a 5	6 a 10	11 o más	
Cerveza	TD	FS	OM	OA	1 a 5	6 a 10	11 o más	Vasos o Botellas
Vino	TD	FS	OM	OA	1 a 5	6 a 10	11 o más	
Chicha	TD	FS	OM	OA	1 a 5	6 a 10	11 o más	

## 45. ¿Cuándo fue la primera vez que consumió licor?

En este mes	Hace más de seis meses	Hace más de un mes	Hace más de un año
-------------	------------------------	--------------------	--------------------

## 46. ¿Qué edad tenía cuando tomó licor por primera vez?

4 a 12 años	13 a 18	19 a 25	26 a 45	46 a 60	61 y más
-------------	---------	---------	---------	---------	----------

## 47. ¿Qué persona le ofreció licor por primera vez?

Iniciativa propia	Desconocido	Esposo(a) o pareja
Amigo(a)	Vendedor(a)	Compañero(a) de estudio
Familiar	Compañero(a) de trabajo	No recuerda
Otro ¿Cuál?		

## 48. ¿Cuál fue el motivo para iniciar a tomar licor?

Curiosidad	Iniciativa Propia	Por mirar a otros tomar
Invitación	Influencia de amigos	Influencia de la familia
Fiestas	Influencia de la pareja	Otros ¿Cuál?

## 49. ¿Cuándo fue la última vez que consumió licor?

En este mes	Hace más de seis meses	Hace más de un mes	Hace más de un año
-------------	------------------------	--------------------	--------------------

## SI NO HA CONSUMIDO DURANTE ESTE MES, PASE A LA PREGUNTA. 55

## 50. ¿Con qué frecuencia Usted ha tomado licor en el ultimo mes?

Todos los días o casi todos los días	Algunos días de la semana	Los fines de semana
--------------------------------------	---------------------------	---------------------

## 51. ¿Con qué personas toma licor con mayor frecuencia?

Amigos	Vecinos	Desconocidos	Compañeros de trabajo
Solo	Pareja	Familiares	Otros ¿cual?

## 52. ¿Qué lo motiva a Usted a consumir licor?

Fiestas o celebraciones	Problemas de pareja	Estrés
Influencia de amigos	Problemas familiares	Angustia
Porque es fin de semana	Problemas económicos	Ansiedad
Porque me siento bien	Problemas laborales	Depresión/tristeza
Porque me olvido de los problemas	No hace falta motivo	
Otras ¿Cuáles?		

## 53. ¿Alguna vez ha intentado o ha dejado de tomar?

Si	No
----	----

## 54. ¿Ha consumido licor, a pesar de que tenía la intención de no hacerlo?

Si	No
----	----

55. Usted piensa que dejar de consumir alcohol puede ser:

Muy fácil		Fácil		Difícil		Muy Difícil		Imposible		No sabe	
-----------	--	-------	--	---------	--	-------------	--	-----------	--	---------	--

56. ¿Qué tan fácil o difícil es conseguir alcohol?

Muy fácil		Fácil		Difícil		Muy Difícil		Imposible		No sabe	
-----------	--	-------	--	---------	--	-------------	--	-----------	--	---------	--

57. Marque con una X la respuesta según su caso

Preguntas	SI	NO
Ha habido problemas entre usted y su pareja a causa del trago		
Ha perdido amigos/as, o parejas por causa del trago		
Ha tenido ganas de disminuir lo que toma		
Le ocurre en ocasiones que sin darse cuenta, termina tomando más de lo que desea		
Le ha ocurrido que al despertar después de haber bebido la noche anterior, no se acuerde de lo que pasó		
Ha dejado de hacer actividades que a usted le gusten por el trago		
Pasa más tiempo que antes en recuperarse de los efectos del trago		
Ha incumplido con sus obligaciones en la familia, trabajo o estudio por el trago		
Ha tenido algún tipo de problemas legales por causa del trago (accidentes de tránsito, detenciones, lesiones personales, otras)		
Ha golpeado a alguien por efectos del trago		
Ha peleado con alguien (amigos, pareja, desconocidos) en estado de embriaguez		
Se ha sentido triste después de tomar		
Ha tenido sentimientos de culpa		
Ha tenido problemas de salud		
Ha tenido cambios en el estado de animo		
Ha tenido cambios en su aspecto físico		

58. ¿Cuál es la razón principal por la cual usted no toma licor? (solo para los que no han consumido licor)

Es malo para la salud	Es muy costoso	Evitar conflictos y problemas	No ha dejado de tomar	
Desaprobación familiar	No le gusto/a	Temor a volverse consumidor		
Embarazo	Desaprobación social	Recomendación médica	Otra	
¿Cuál?				

#### CONSUMO DE TRANQUILIZANTES Y ANFETAMINAS

POR FAVOR MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA SEGÚN SU CASO.

59. ¿De las siguientes sustancias, que se encuentran en el listado, cuál o cuáles ha consumido usted, alguna vez en su vida?

(Marque con una X la(s) respuesta(s) adecuada(s))

Antidepresivos		Tranquilizantes		Ninguna	
Otra ¿Cuáles?					

60. ¿Consumo actualmente?

SI		NO		¿Cuál(s)?	
----	--	----	--	-----------	--

61. ¿Consumía tranquilizantes y/o anfetaminas antes del desplazamiento?

Si		No	
----	--	----	--

SI CONTESTÓ SI A LA PREGUNTA 59, A LA 60 O A LA 61 CONTINÚE CON LA PREGUNTA 62, SI CONTESTÓ NO A LAS TRES PREGUNTAS, PASE A LA PREGUNTA 69.

62. ¿Con qué frecuencia consumía estas drogas antes del desplazamiento?

Todos los días o casi todos los días		Ocasionalmente en el mes	
--------------------------------------	--	--------------------------	--

Los fines de semana		Ocasionalmente en el año	
---------------------	--	--------------------------	--

**63. ¿Con que frecuencia consume estas drogas actualmente?**

Todos los días o casi todos los días		Algunos días de la semana	
Los fines de semana		Ocasionalmente en el mes	

**64. ¿Cómo conseguía la(s) drogas?**

Con receta medica		Desconocido		Por amigos o vecinos	
Por venta libre en droguerías		Otros ¿Cuáles?			

**65. ¿Cuándo fue la primera vez que usted consumió estas drogas?**

En este mes		Hace más de seis meses		Hace más de un mes		Hace más de un año	
-------------	--	------------------------	--	--------------------	--	--------------------	--

**66. ¿Qué edad tenía cuándo consumió esta clase de drogas?**

4 a 12 años		13 a 18		19 a 25		26 a 45		46 a 60		61 y más	
-------------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	----------	--

**67. ¿Cuál fue el motivo para iniciar a consumir estas drogas?**

Prescripción medica		Iniciativa Propia		Por mirar a otros consumir	
Curiosidad		Influencia de amigos		Influencia de la familia	
Invitación		Influencia de la pareja		Otro ¿cuál?	
Administradas por otra persona(s)					

**68. ¿Cuándo fué la última vez que consumió estas drogas?**

En este mes		Hace más de seis meses		Hace más de un mes		Hace más de un año	
-------------	--	------------------------	--	--------------------	--	--------------------	--

**69. ¿Cuál es la razón principal por la cual usted no consume esta(s) sustancia(s)? (solo para los que no han consumido)**

Es malo para la salud		Es muy costoso		Evitar conflictos y problemas		Recomendación médica	
Desaprobación familiar		No le gusta		Temor a volverse consumidor		Embarazo	
Desaprobación social		Otra ¿Cuál?					

**CONSUMO DE MARIHUANA (Para contestar, marque con una X la respuesta adecuada.**

**70. ¿Ha probado Usted, marihuana alguna vez en su vida?**

SI		NO	
----	--	----	--

**71. Consume marihuana actualmente?**

SI		NO	
----	--	----	--

**72. ¿Cuántos cigarrillos de marihuana fumaba antes del desplazamiento?**

Diarios	1 a 5	6 a 10	Más de 11
Semanales	1 a 5	6 a 10	Más de 11
Mensuales	1 a 5	6 a 10	Más de 11
Anuales	1 a 5	6 a 10	Más de 11

**73. ¿Cuántos cigarrillos de marihuana fuma actualmente?**

Diarios	1 a 5	6 a 10	Más de 11
Semanales	1 a 5	6 a 10	Más de 11
Mensuales	1 a 5	6 a 10	Más de 11
Anuales	1 a 5	6 a 10	Más de 11

**74. ¿Cuándo fue la primera vez que usted probó la marihuana?**

En este mes	Hace más de seis meses	Hace más de un mes	Hace más de un año
-------------	------------------------	--------------------	--------------------

**75. ¿Qué edad tenía cuándo consumió marihuana por primera vez?**

4 a 12 años	13 a 18	19 a 25	26 a 45	46 a 60	61 y más
-------------	---------	---------	---------	---------	----------

**76. ¿Qué persona le ofreció marihuana por primera vez?**

Iniciativa propia	Desconocido	Esposo o pareja
Amigo	Vendedor	Compañero de estudio
Familiar	Compañero de trabajo	Otro ¿Cuál?

**77. ¿Cuál fue el motivo para iniciar a consumir marihuana?**

Curiosidad	Influencia de amigos	Iniciativa propia
Invitación	Influencia de la pareja	Por mirar a otros fumar marihuana
Fiestas	Influencia de la familia	Depresión o tristeza
Estar ebrio o borracho	Soledad	Problemas familiares
Angustia	Problemas económicos	Otros ¿Cuáles?
Ansiedad	Problemas de pareja	

**78. ¿Cuántas veces en su vida ha consumido usted Marihuana?**

De 1 a 5 veces	De 6 a 10 veces	Más de 11 veces
----------------	-----------------	-----------------

**79. ¿Cuándo fue la última vez que usted consumió marihuana?**

En este mes	Hace más de seis meses	Hace más de un mes	Hace más de un año
-------------	------------------------	--------------------	--------------------

**SI NO HA CONSUMIDO MARIHUANA EN ESTE MES PASE A LA PREGUNTA 89.****80. ¿Con qué frecuencia ha consumido marihuana en este mes?**

Todos los días o casi todos los días	Algunos días de la semana
Los fines de semana	Ocasionalmente en el mes

**81. ¿Cuántos cigarrillos de marihuana consume usted al mes? Número de cigarrillos \_\_\_\_\_****82. ¿Alguna vez ha intentado o ha dejado de fumar marihuana?**

Si	No
----	----

**83. ¿Y actualmente ha vuelto a consumir marihuana regularmente o de vez en cuando, después de haber dejado de hacerlo?**

No	<input type="checkbox"/>	¿Por qué?
Si	<input type="checkbox"/>	¿Por que?

**84. Frente a cada pregunta marque con X según su caso**

Pregunta	SI	NO
¿Ha sentido un deseo tan grande de consumir marihuana que no pudo resistir o pensar en nada más?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha consumido marihuana a pesar de que tenía la intención de no hacerlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha terminado consumiendo marihuana en mayores cantidades de lo que usted pensó?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha observado que, para obtener el mismo efecto con la marihuana ha consumido mayor cantidad que antes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha dejado de hacer actividades de diversión, o actividades que a Usted le gustan, por el consumo de marihuana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Pasa más tiempo que antes para recuperarse de los efectos del consumo de marihuana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha continuado consumiendo marihuana a pesar de que le ocasione problemas de salud física, emocionales o nerviosos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Consumir marihuana le genera incumplimiento de obligaciones en el trabajo, casa o en el lugar de estudio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha continuado consumiendo marihuana a pesar de tener problemas frecuentes en su trabajo, casa o lugar de estudio, causados por la marihuana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido problemas legales por el consumo de marihuana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez consumió marihuana para eliminar problemas o para evitar que se presentaran?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**85. ¿Ha presentado alguno de los siguientes problemas cuando suspende o disminuye el consumo de marihuana?**

Ansiedad, inquietud, irritabilidad	<input type="checkbox"/>	Dolor muscular	<input type="checkbox"/>
Transpiración, fiebre	<input type="checkbox"/>	Temblor	<input type="checkbox"/>
Problemas de concentración	<input type="checkbox"/>	Bostezos	<input type="checkbox"/>
Falta de apetito	<input type="checkbox"/>	Diarreas, dolor de estómago	<input type="checkbox"/>
Depresión o Tristeza	<input type="checkbox"/>	Taquicardia	<input type="checkbox"/>
Fatiga, somnolencia, debilidad	<input type="checkbox"/>	Lagrimo, rinitis (mucosidad)	<input type="checkbox"/>
Ataques de pánico	<input type="checkbox"/>	Náuseas, vómitos	<input type="checkbox"/>
Problemas para dormir	<input type="checkbox"/>	Ver, oír o sentir cosas inexistentes	<input type="checkbox"/>

**86. ¿Qué sensación tiene usted mientras consume marihuana?**

Bienestar	<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	Malestar Físico	<input type="checkbox"/>	Tristeza	<input type="checkbox"/>
Tranquilidad	<input type="checkbox"/>	Alegría	<input type="checkbox"/>	Cansancio	<input type="checkbox"/>	Otro ¿Cuál?	<input type="checkbox"/>

**87. ¿Qué sensación tiene usted después de consumir marihuana?**

Bienestar	<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	Malestar Físico	<input type="checkbox"/>	Tristeza	<input type="checkbox"/>
Tranquilidad	<input type="checkbox"/>	Alegría	<input type="checkbox"/>	Cansancio	<input type="checkbox"/>	Otro ¿Cuál?	<input type="checkbox"/>

**88. ¿Qué problemas le ha ocasionado consumir marihuana,? (marque con una X la respuesta adecuada)**

Problemas en el trabajo	<input type="checkbox"/>	Problemas en los estudios	<input type="checkbox"/>	Problemas policiales o legales	<input type="checkbox"/>
Problemas con la pareja	<input type="checkbox"/>	Problemas con la familia	<input type="checkbox"/>	Problemas por accidentes de tránsito	<input type="checkbox"/>
Conflictos con los amigos	<input type="checkbox"/>	Problemas económicos	<input type="checkbox"/>	Ninguno	<input type="checkbox"/>
Problemas con la salud	<input type="checkbox"/>	Riñas o peleas	<input type="checkbox"/>	Otros. Especifique	<input type="checkbox"/>

**89. ¿Qué tan fácil o difícil es conseguir marihuana?**

Muy fácil	<input type="checkbox"/>	Fácil	<input type="checkbox"/>	Difícil	<input type="checkbox"/>	Muy Difícil	<input type="checkbox"/>	Imposible	<input type="checkbox"/>	No sabe	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	-------	--------------------------	---------	--------------------------	-------------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------	--------------------------

**90. Usted piensa que dejar de fumar marihuana puede ser:**

Muy fácil	<input type="checkbox"/>	Fácil	<input type="checkbox"/>	Difícil	<input type="checkbox"/>	Muy Difícil	<input type="checkbox"/>	Imposible	<input type="checkbox"/>	No sabe	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	-------	--------------------------	---------	--------------------------	-------------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------	--------------------------

91. ¿Cuál es la principal razón por la que usted no consume marihuana? (solo para los que no han consumido)

Ocasiona daños a la salud	Embarazo	Por temor a la adicción	
No le gusta	Desaprobación Social	Otra ¿Cuál?	
Recomendación médica	Se gasta mucho dinero		
Desaprobación familiar	Para evitar conflictos y problemas		

#### OTRAS SUSTANCIAS

92. ¿De las siguientes sustancias, que se encuentran en el listado, cuál o cuáles ha consumido usted, alguna vez en su vida? (Marque con una X la(s) respuesta(s) adecuada(s))

Bazuco	Heroína	San Pedro	
Cocaína	LSD y ácidos	Bóxer u otro solvente volátil (éter, bencina, parafina)	
Yagé	Éxtasis	Perico(a)	
Popper	Hongos	Morfina, petidina o similares	
Ninguna	Otra ¿cuál?		

SI NUNCA HA CONSUMIDO ALGUNA DE LAS ANTERIORES SUSTANCIAS, PASE A PREGUNTA 110.

93. Consume alguna(s) de estas sustancias actualmente?

SI	NO	¿Cuáles?	
----	----	----------	--

94. ¿Con qué frecuencia consumía ésta(s) sustancia(s) antes del desplazamiento?

Todos los días o casi todos los días		Algunos días de la semana	
Los fines de semana		Ocasionalmente en el mes	

95. ¿Con qué frecuencia consume ésta(s) sustancia(s) actualmente?

Todos los días o casi todos los días		Algunos días de la semana	
Los fines de semana		Ocasionalmente en el mes	

96. ¿Cuándo fue la primera vez que usted probó ésta sustancia o sustancias?

En este mes		Hace más de seis meses	
Hace más de un mes		Hace más de un año	

97. ¿Qué edad tenía cuando probó ésta sustancia(s) por primera vez?

4 a 12 años	13 a 18	19 a 25	26 a 45	46 a 60	61 y más
-------------	---------	---------	---------	---------	----------

98. ¿Qué persona le ofreció drogas por primera vez?

Amigo	Desconocido	Compañero de trabajo	Iniciativa propia
Familiar	Vendedor	Compañero de estudio	Esposo o pareja
Otro ¿Cuál?			

99. ¿Cuál fué el motivo para iniciar a consumir esta(s) sustancia(s)?

Curiosidad	Influencia de amigos	Iniciativa propia
Invitación	Influencia de la pareja	Por mirar a otros fumar marihuana
Fiestas	Influencia de la familia	Depresión o tristeza
Estar ebrio o borracho	Soledad	Problemas familiares
Angustia	Problemas económicos	Otros ¿Cuáles?
Ansiedad	Problemas de pareja	

100. ¿Cuántas veces en su vida ha consumido usted ésta sustancia o sustancias?

1 a 5 veces	6 a 10 veces	11 o mas veces	
-------------	--------------	----------------	--

**101. ¿Cuándo fue la última vez que usted consumió ésta(s) sustancia(s)?**

En este mes	Hace más de seis meses	Hace más de un mes	Hace más de un año
-------------	------------------------	--------------------	--------------------

**SI NO HA CONSUMIDO EN LOS ULTIMOS 30 DIAS PASE A PREGUNTA 108.****102. ¿Ha consumido ésta(s) sustancia(s) en los últimos 30 días?**

Todos los días o casi todos los días	Algunos días de la semana
Los fines de semana	Ocasionalmente en el mes
¿Cual(es)?	

**103. ¿Alguna vez dejó de consumir esta(s) sustancia(s)?**

No	¿Por qué?
Si	¿Por cuánto tiempo dejó o ha dejado de consumir?
	¿Por qué?

**104. ¿Y actualmente ha vuelto a consumir ésta sustancia o alguna de estas sustancias regularmente después de haber dejado de hacerlo?**

SI	NO
----	----

**105. Marque con X al frente de cada pregunta según sea su caso:**

Pregunta	SI	NO
¿Ha consumido esta(s) sustancia(s) a pesar de que tenía la intención de no hacerlo?		
¿Ha terminado consumiendo esta(s) sustancia(s) en mayores cantidades de lo que usted pensó?		
¿Ha observado que, para obtener el mismo efecto con esta(s) sustancia(s) ha consumido mayor cantidad que antes?		
¿Ha notado que la misma cantidad de esta(s) sustancia(s) tiene menos efecto en Usted que antes?		
¿Ha dejado de hacer actividades de diversión, o actividades que a Usted le gustan, por el consumo de esta(s) sustancia(s)?		
¿Pasa más tiempo que antes para recuperarse de los efectos del consumo de esta(s) sustancia(s)?		
¿Ha continuado consumiendo esta(s) sustancia(s) a pesar de que le ocasione problemas de salud física, emocionales o nerviosos?		
¿Alguna vez consumió esta(s) sustancia(s) para eliminar o para evitar que se presentaran?		

**106. ¿Ha presentado alguno de los siguientes problemas cuando suspende o disminuye el consumo de estas sustancias?**

Transpiración, fiebre	Dolor muscular	Náuseas, vómitos	Ver, oír o sentir cosas inexistentes
Problemas de concentración	Temblor	Depresión o Tristeza	Lagrimo, rinitis (mucosidad)
Diarreas, dolor de estómago	Bostezos	Ataques de pánico	Ansiedad, inquietud, irritabilidad
Problemas para dormir	Taquicardia	Falta de apetito	Fatiga, somnolencia, debilidad

**107. ¿Ha tenido alguno o algunos de los siguientes problemas por consumir esta(s) sustancia(s)**

Problemas en el trabajo	Problemas en el estudio
Conflictos con la pareja	Problemas con la familia
Conflictos con los amigos	Problemas con la salud
Problemas policiales o legales	Problemas económicos
Problemas por accidentes de tránsito	Riñas o peleas
Ninguno	Otros ¿Cuál?

**108. ¿Qué tan fácil o difícil es conseguir marihuana?**



Muy fácil	Fácil	Difícil	Muy Difícil	Imposible	No sabe
-----------	-------	---------	-------------	-----------	---------

109. Usted piensa que dejar de fumar marihuana puede ser:

Muy fácil	Fácil	Difícil	Muy Difícil	Imposible	No sabe
-----------	-------	---------	-------------	-----------	---------

110. ¿Cuál es la razón principal por la nunca consumió esta(s) sustancia (s)? (solo para los que no han consumido)

Perjudica la salud	Recomendación Médica	Para evitar conflictos y problemas
No le gustó (a)	Es costoso	Desaprobación Familiar
Embarazo	Desaprobación Social	No ha dejado de consumir
Otros ¿Cuál?		

#### COMPORTAMIENTO BAJO LOS EFECTOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

111. ¿Bajo los efectos del alcohol o alguna droga ha hecho lo siguiente? (Marque con una X la(s) respuesta(s))

Hecho	Frecuencia				
	Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces	Más de tres veces
Amenazó con un arma					
Golpeó con un arma o disparó					
Cortó con un cuchillo					
Atracar					
Ha robado algo					
Se ha agredido a si mismo					
Ha intentado quitarse la vida					
Insultó o agredió verbalmente a alguien					
Alguna vez forzó a tener relaciones sexuales					
Ninguna de las anteriores					

112. ¿A qué persona o personas ha agredido bajo los efectos del alcohol u otras drogas?

Miembro de la familia	Compañero de trabajo o estudio
A su pareja	Persona en la calle (desconocido)
Amigos	Ninguna de las anteriores
Otros. (Especifique)	

113. ¿Alguna vez en su vida, alguien le hizo o fue víctima de lo siguiente estando bajo el efecto de estas sustancias?

Lo cortaron	Lo amenazaron con un arma	Lo insultaron o agredieron verbalmente
Lo golpearon	Nunca le ha sucedido nada	Lo forzaron a tener relaciones sexuales
Le robaron	Le tiraron algo	Ninguna de las anteriores
Otro ¿Cuál?		

114. ¿En qué lugar o sitio fue víctima de la agresión?

En la casa	En el sitio de trabajo o estudio	Lugar de origen	Nunca he sido víctima
En la calle	En un lugar de diversión	Lugar de llegada	Otro sitio ¿Cuál?

#### CONSUMO FAMILIAR Y ENTORNO

115. ¿Y en su casa, Usted conoce, alguien que tenga el hábito de fumar diariamente?

No	Si	¿Quién?
----	----	---------

116. ¿Cuántos miembros de su familia fuman cigarrillos aunque sólo sea de vez en cuando? Número de personas \_\_\_\_\_

117. ¿Cuántos cigarrillos fuman diariamente en promedio?

Número de cigarrillos	No recuerda
-----------------------	-------------

118. ¿En su casa, y hasta donde usted conoce, alguien tiene la costumbre de tomar alcohol diariamente, aunque sea sólo un Vaso o una copa?

Si		No		No responde	
----	--	----	--	-------------	--

119. ¿En su casa, usted conoce, alguien que use o consuma alguna de estas drogas?

Marihuana	Si	No	Bazuco	Si	No	Cocaína	Si	No
Otras drogas	Si	No	¿Cuáles?					

120. Hasta donde Usted conoce, ¿alguno de sus amigos cercanos, o sea aquellos con los que usted se ve frecuentemente, consume alguna de estas drogas?

Marihuana	Si	No	Bazuco	Si	No	Cocaína	Si	No
Otras drogas	Si	No	¿Cuáles?					

121. Hasta donde usted conoce, ¿alguno de sus compañeros de trabajo o de estudio (aquellos con los que se ve todos los días), consume alguna de estas drogas?

Marihuana	Si	No	Bazuco	Si	No	Cocaína	Si	No
Otras drogas	Si	No	¿Cuáles?					

122. ¿Dónde acudiría si usted o alguno de sus familiares, amigos o personas cercanas, tuviera algún problema de alcohol o drogas? (SEÑALE SOLO UNA)

Consultorio Medico		Alcohólicos Anónimos.		Centro de rehabilitación		Iglesia	
Centro de Salud		Clínica privada		Hospital psiquiátrico		Hospital	
Fundaciones		Consulta Psicológica		Otro ¿Cuál?			

123. ¿Cuál cree usted que es el nivel de riesgo que corre una persona que hace alguna de estas cosas?

Sucesos	No corre riesgo	Corre riesgo leve	Corre riesgo moderado	Corre riesgo alto	No sabe	¿Por qué?
Fuma una o más de una cajetilla de cigarrillos al día						
Toma cinco o más tragos diariamente						
Fuma marihuana una vez al mes						
Fuma marihuana una o dos veces por semana						
Usa cocaína o pasta base una vez al mes						

124. ¿Cuándo fue la última vez que a usted le ofrecieron alguna de las drogas que aparecen a continuación?

Drogas	En los últimos 30 días	Hace más de un mes	Hace más de 6 meses	Hace más de un año	Nunca le han ofrecido	¿Dónde?
Alcohol						
Cigarrillo						
Cigarrillo						
Bazuco						
Cocaína						
Otras drogas						

125. ¿Cree que la situación de desplazamiento lo ha hecho vulnerable a consumir este tipo de sustancias?

Si		No		¿Por qué?
----	--	----	--	-----------

¡¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!