

EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCION SOBRE LOS FACTORES
DE RIESGO Y PROTECCION AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
EN ESTUDIANTES DE PRIMER SEMESTRE DE LOS PROGRAMAS DE
PREGRADO DE LA UNIVERSIDAD DE NARIÑO, SEDE PASTO.

CÉSAR DELUGÁN ZAMBRANO RODRÍGUEZ

Universidad de Nariño
Facultad de Ciencias Humanas
Programa de Psicología
San Juan de Pasto
2002

EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCION SOBRE LOS FACTORES
DE RIESGO Y PROTECCION AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
EN ESTUDIANTES DE PRIMER SEMESTRE DE LOS PROGRAMAS DE
PREGRADO DE LA UNIVERSIDAD DE NARIÑO, SEDE PASTO.

CÉSAR DELUGÁN ZAMBRANO RODRÍGUEZ

Trabajo presentado como requisito para optar al título de PSICOLOGO.

Asesor

SONIA BETANCOURTH Z.

Universidad de Nariño
Facultad de Ciencias Humanas
Programa de Psicología
San Juan de Pasto
2002

*Lo que a diario somos no es mas que el resultado
de las batallas que al interior de cada uno se suceden,
lejos de la vista, muy dentro de nosotros por lo que
para culminar un paso cargado de tanto significado como el hecho
de despegar hacia un viaje que corre por cuenta propia
se debe contar con la ayuda de personas significantes
sin las cuales resultaría empresa aun mas difícil de
lo que por sí sola es.*

*A mis padres Mauro Z. y Aura Marina R.; y a mis hermanos
Rolando, Diana, Angela y Esteban.*

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mis agradecimientos a las personas que son los directos responsables de que este sueño se haya realizado. A Sonia B. por su infinito apoyo en todos los sentidos. A Elizabeth O. y Margarita Ch. por su amistad. A Evelin por ser la personita que es y por aceptarme como soy, a su mamá Edith por su jovialidad. A mis amigos, ex amigos, familiares, ex familiares y profesores (German B, Orlando E, Lucio y todos los demás) por todo lo que he aprendido de cada uno de ellos, que me hacen lo que ahora soy dejándome ver las cosas de una manera muy particular y única.

NOTA DE ACEPTACION

ASESOR

JURADO A

JURADO B

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE FIGURAS

Lista de tablas	
Resumen.....	2
INTRODUCCION.....	3
Tema.....	7
Planteamiento del problema.....	7
Formulación del problema.....	12
Justificación.....	12
Objetivos.....	16
MARCO TEORICO.....	17
Sustancias Psicoactivas.....	17
Depresores del sistema nervioso central.....	18
Alcohol.....	18
Opiáceos y opioides.....	22
Inhalantes y sustancias volátiles.....	22
Barbitúricos.....	23
Tranquilizantes.....	23
Estimulantes del sistema nervioso central.....	24
Cocaína.....	24
Bazuco.....	25
Cafeína.....	26
Nicotina.....	26
Alucinógenos.....	26

LSD.....	27
Psilobsibina.....	28
Mezcalina.....	28
Yahé.....	28
Sustancias mixtas.....	29
Marihuana.....	29
Extasis.....	29
Consumo de Sustancias Psicoactivas.....	30
Uso de Sustancias Psicoactivas.....	30
Abuso de Sustancias Psicoactivas.....	31
Dependencia.....	31
Síndrome de abstinencia.....	32
Tolerancia.....	33
Los factores de riesgo y protección y consumidor de SPA.....	33
Edad y genero.....	35
Expresión de sentimientos y asertividad.....	36
Factores asociados al ambiente familiar.....	37
Problemas académicos.....	38
Factores asociados al grupo de amigos y a la recreación.....	39
La prevención en psicología.....	42
Prevención primaria.....	43
Prevención secundaria.....	44
Prevención terciaria.....	44
Psicología cognitivo conductual.....	45

Entrenamiento asertivo.....	47
Expresión de sentimientos.....	49
Toma de decisiones.....	51
Modelamiento y juego de roles.....	52
Modelamiento.....	52
Juego de roles.....	53
Autoverbalizaciones.....	54
Autoesquema.....	57
Autoconcepto.....	57
Autoestima.....	57
Autoeficacia.....	57
Dinámica familiar.....	58
Marco de antecedentes.....	60
Misión de la Universidad de Nariño.....	60
Visión de la Universidad de Nariño.....	61
Metodología de la investigación.....	63
Población y muestra.....	63
Instrumento.....	64
Dominio uno.....	65
Dominio dos.....	65
Dominio tres.....	66
Dominio cuatro.....	66
Dominio cinco.....	67
Dominio seis.....	68

Dominio siete.....	68
Dominio ocho.....	69
Análisis de la información.....	69
Variables.....	70
Hipótesis.....	71
RESULTADOS DE LA PREPRUEBA.....	73
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.....	92
Presentación del programa de intervención.....	92
Objetivos.....	94
Sesiones.....	94
Metodología del programa de intervención.....	96
Primera sesión.....	96
Segunda sesión.....	97
Tercera sesión.....	97
Cuarta sesión.....	99
Quinta sesión.....	101
Sexta sesión.....	102
Séptima sesión.....	104
Octava sesión.....	105
Novena sesión.....	106
Décima sesión.....	109
RESULTADOS DE LA POSTPRUEBA.....	111
DISCUSIÓN.....	126
Conclusiones.....	129

Recomendaciones.....	129
REFERENCIAS.....	131
ANEXOS.....	133
Anexo 1.....	134
Anexo 2.....	137

RESUMEN ANALITICO DE INVESTIGACION

TITULO: EFECTOS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ESTUDIANTES DE PRIMER SEMESTRE DE LOS PROGRAMAS DE PREGRADO DE LA UNIVERSIDAD DE NARIÑO, SEDE PASTO¹.

AUTOR.

AUTORES: ZAMBRANO, César²; BETANCOURTH, Sonia³.

Palabras Claves: Sustancias Psicoactivas; Factores de Riesgo; Factores de Protección; Promoción de la salud; Psicología Cognitivo Conductual.

DESCRIPCIÓN:

Para determinar los efectos de un programa de intervención sobre los factores de riesgo y protección ante el consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) en estudiantes de primer semestre de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño en el semestre B de 2001 se empleo una metodología preexperimental con preprueba y postprueba utilizando como instrumento de medición la escala DUSI abreviada para jóvenes el cual evalúa ocho dominios, estos son: conducta, psicológico, social, familiar, académico, amigos, recreación y dependencia. Con la preprueba se logro determinar que los factores que facilitaban la aparición o mantenimiento del uso o abuso de SPA las personas del grupo estudiado comprendían los dominios: conducta, dependencia, académico, psicológico y amigos; así como también que los factores de protección fueron los que corresponden al dominio familiar. Con estos resultados y tomando en cuenta los factores que están incluidos en cada dominio se desarrolló un programa de

¹ Trabajo de Grado.

² Facultad de Ciencias Humanas, Programa de Psicología.

³ Asesor de Trabajo de Grado.

intervención a nivel preventivo que pretendía disminuir los factores que propiciaban el inicio o reincidencia en el consumo de SPA y afianzar los factores que impedían la situación anterior, para lo cual se empleo la terapia cognitivo conductual el programa se organizó en diez sesiones. Después de la aplicación del programa de intervención y teniendo como instrumento de medición se determinó que todos los factores que representaban riesgo para el consumo de SPA en los integrantes de PISPA disminuyeron. Sin embargo el dominio familia aun sigue representando un factor que puede predecir el inicio o reincidencia en el uso de SPA.

FUENTES:

Se consultaron un total de 19 referencias bibliográficas distribuidas así: sobre la clasificación, antecedentes, investigación y tratamiento de las Sustancias Psicoactivas un total de; 4 libros y 4 revistas; sobre la prevención en psicología; 1 libros y 3 revistas; sobre psicología cognitivo conductual 4 libros; 2 tesis de las universidades de Nariño y CES de Medellín; y la cartilla del PDIU de la Universidad de Nariño.

CONTENIDO:

En el marco teórico se encuentra en primer lugar la clasificación de las SPA que más se consumen en Colombia de acuerdo a los efectos que producen tanto en el comportamiento como en la percepción del individuo. Luego se analiza los diferentes niveles de consumo teniendo en cuenta las repercusiones sociales y laborales de este; además de los tipos de dependencia que existen. Posteriormente se estudia la promoción y prevención de la salud visto desde la psicología los cuales permiten una mirada mas amplia de los diferentes niveles de prevención con su respectiva influencia en el diseño y aplicación del programa de intervención. En el siguiente apartado se da una mirada a la psicología cognitiva y a sus diferentes técnicas. A continuación siguen los resultados de la preprueba que dan lugar al diseño del programa de intervencion los cuales tienen unos

resultados que se miran en el ultimo apartado junto con la discusión y las recomendaciones.

CONCLUSIONES:

Los factores de riesgo que se lograron disminuir de manera significativa son aquellos que están comprendidos en los dominios, dependencia, escolar, conducta y social de la escala DUSI, por el contrario los menos influenciados fueron los dominios psicológico y amigos. En cuanto a la aplicación del programa el aspecto mas difícil de trabajar fue el manejo de ideas irracionales. Para próximas investigaciones se recomienda hacer una evaluación de ideas irracionales así como también un contrato conductual y aplicación de text inter sesiones para pasar de un nivel pre experimental a uno cuasi o experimental propiamente dicho.

ANEXOS:

Anexo 1: Promoción del Programa de intervención.

Anexo 2: Cuestionario de la Escala DUSI Abreviada para Jóvenes.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de la muestra según la edad de inicio y la sustancia de inicio. p. 78

Figura 2. Consumo de cigarrillo según sexo. p. 80

Figura 3. Consumo de marihuana según edad. p. 82

Figura 4. Consumo de heroína según edad. p. 93

Figura 5. Consumo de Cigarrillo Teniendo en cuenta Edad. p. 119

Figura 6. Consumo de Marihuana según edad. Postprueba. p. 121

Figura 7. Consumo de Bazuco teniendo en cuenta la edad. p. 123

Figura 8. Consumo de alcohol teniendo en cuenta la edad. p. 126

Figura 9. Consumo de alcohol hasta la embriaguez según la edad. Postprueba. p. 128

Figura 10. Consumo de Alucinógenos teniendo en cuenta la Edad. p. 130

Lista de Tablas

- Tabla 1. Distribución de la muestra según edad y sexo. P. 77
- Tabla 2. Edad de Inicio Según Sexo. P. 79
- Tabla 3. Factores de riesgo y protección para el consumo de cigarrillo. P. 79
- Tabla 4. Consumo de Cigarrillo Según Edad. p. 81
- Tabla 5. Factores de riesgo y protección para el consumo de Marihuana. P. 82
- Tabla 6. Consumo de Marihuana según Sexo p.83
- Tabla 7. Factores de Riesgo y protección para el consumo de Cocaína. P. 84
- Tabla 8. Factores de riesgo y protección para el consumo de Bazuco. P. 85
- Tabla 9. Factores de riesgo y protección para el consumo de Tranquilizantes. P. 85
- Tabla 10. Uso de Tranquilizantes Según Edad. p. 87
- Tabla 11. Uso de Tranquilizantes Según Sexo. P. 87
- Tabla 12. Factores de Riesgo y Protección para el Consumo de Estimulantes. P.88
- Tabla 13. Factores de Riesgo y Protección Para el Consumo de Alcohol. P. 88
- Tabla 14. Consumo de Alcohol Según Edad.p. 90
- Tabla 15. Consumo de Alcohol Según Sexo. P. 90
- Tabla 16. Factores de riesgo y protección para el consumo de alcohol hasta la embriaguez. P. 91
- Tabla 17. Factores de Riesgo y Protección para el Consumo Heroína. P. 92
- Tabla 18. Consumo de heroína según sexo. P. 93
- Tabla 19. Factores de riesgo y protección para el consumo de Alucinógenos. P. 94

- Tabla 20. Factores de riesgo y protección para el consumo de Inhalantes. P. 95
- Tabla 21. Factores de Riesgo y Protección para el Consumo de las Diferentes Sustancias en la Preprueba. P. 95
- Tabla 22. Distribución del grupo según edad y sexo. Postprueba. p. 117
- Tabla 23. Factores de Riesgo y protección para el consumo de cigarrillo. P. 118
- Tabla 24. Consumo de Cigarrillo Teniendo en Cuenta Genero. P. 119
- Tabla 25. Factores de Riesgo y protección para el consumo de Marihuana. P. 120
- Tabla 26. Consumo de Marihuana según sexo. P. 120
- Tabla 27. Factores de Riesgo y protección para el consumo de Cocaína. P. 121
- Tabla 28. Consumo de cocaína según genero. P. 122
- Tabla 29. Factores de Riesgo y protección para el consumo de Bazuco. P. 122
- Tabla 30. Consumo de Bazuco teniendo en cuenta el Genero. P. 123
- Tabla 31. Factores de Riesgo y protección para el consumo de Tranquilizantes. P. 124
- Tabla 32. Factores de Riesgo y protección para el consumo de estimulantes. P. 124
- Tabla 33. Factores de Riesgo y protección para el consumo de Alcohol. P.125
- Tabla 34. Consumo de alcohol teniendo en cuenta el genero. Postprueba. p. 126
- Tabla 35. Factores de Riesgo y protección para el consumo de Alcohol hasta la Embriaguez. P. 127
- Tabla 36. Consumo de Alcohol hasta la Embriaguez teniendo en cuenta el género. p. 128
- Tabla 37. Factores de Riesgo y protección para el consumo de Heroína. P. 129

Tabla 38. Factores de Riesgo y protección para el consumo de Alucinógenos. P.

129

Tabla 39. Consumo de alucinógenos según genero. P 130

Tabla 40. Factores de Riesgo y protección para el consumo de Inhalantes. P. 130

Tabla 41. Factores de Riesgo y Protección para el Consumo de las Diferentes Sustancias. Comparación Preprueba - Postprueba.

Resumen

Para determinar los efectos de un programa de intervención a nivel preventivo sobre los factores de riesgo y protección ante el consumo de Sustancias Psicoactivas en una muestra de 26 estudiantes de primer semestre de la Universidad de Nariño en el semestre B de 2001 se empleó un método pre-experimental con preprueba y postprueba utilizando como instrumento de medición la escala DUSI abreviada para jóvenes el cual evalúa ocho dominios, conducta, psicológico, social, familiar, académico, amigos, recreación y dependencia. Con la preprueba se logro determinar que los factores que facilitaban la aparición o mantenimiento del uso o abuso de SPA las personas del grupo estudiado comprendían los dominios: conducta, dependencia, académico, psicológico y amigos; así como también que los factores de protección fueron los que corresponden al dominio familiar. A partir de estos resultados se diseñó un programa de intervención para disminuir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección basados en la terapia cognitivo conductual, el cual se organizo en 10 sesiones con las cuales se buscó entrenar a los integrantes del grupo en técnicas asertivas, en toma de decisiones y expresión de sentimientos; además se trabajó en temas como la autoestima, manejo de ideas irracionales y dinámica familiar. Con la aplicación de la postprueba se pudo concluir que todos los factores de riesgo disminuyeron; sin embargo el dominio amigos aun sigue representando peligro ante el consumo de SPA.

Summary

To determine the program effects of supervision to a warning level about the danger facts and protection to the drugs consumption in a show to 26 students from the first semester of the University of Nariño in the semester B 2001 we used a pre experimental method with a pretest and post test using as a measuring instrument the DUSI scale shortened to young people which evaluates 8 rules, behaviour, psychological, social, familiar, academic, friends, recreation and dependence. With the pre test we determined about the facts that facilitate the appearance or keeping the use or abuse from SPA the studied group of persons understood the rules, behaviour, dependence, academic, psychological, and friends, also the protection facts were those which belonged to the familiar rule.

From these results we drew an intervention program to decrease the danger facts and to add the protection facts based in the conductive cognitive therapy which was organized in ten meetings training the group members in asserting technicals, assuming verdicts and feelings express.

We also worked themes as self respect, leading irrational ideas and familiar dynamics.

With the application of the post test we could conclude that all danger facts decreased, although, the rule friends goes on representing a danger to the SPA consumption.

INTRODUCCION

El uso de Sustancias Psicoactivas (SPA) para alterar los procesos de pensamiento y percepción en el individuo es muy anterior al predominio de la concepción occidental que actualmente se tiene sobre el tema. Las antiguas culturas daban a las SPA un uso religioso, social y mágico que es muy conocido por parte de la comunidad antropológica y por los profesionales de las ciencias humanas, esto es posible observarlo en los descendientes de algunas culturas antiguas que aun sobreviven y continúan dando a estas sustancias la misma utilidad que sus antepasados (Rebage, 1981). En la sociedad actual estas sustancias ocupan un lugar distinto y sus usos son diferentes; el consumo y comercialización de la mayor parte de sustancias que producen alteraciones sensoriales y perceptivas en el Sistema Nervioso Central (SNC) están penalizadas tanto por leyes nacionales como internacionales, además desde el punto de vista social este fenómeno es considerado como problema de salud pública.

Este fenómeno ha alcanzado en las ultimas décadas una dimensión particular; los problemas individuales, sociales, económicos y legales que se creen causados por el consumo de SPA son cada vezmas graves y preocupan a las instituciones de casi todos los países del mundo. Una muestra de la gravedad de esta situación son los estudios epidemiológicos realizados periódicamente que generalmente muestran un aumento en el consumo de SPA a una edad mas temprana y con un mayor grado de compromiso. Por esta razón muchos países del mundo emplean gran cantidad de recursos económicos y humanos en la prevención y tratamiento de este problema.

En Colombia el *Programa Presidencial Para el Afrontamiento del Consumo de Drogas*, RUMBOS, el ICFES, la Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE), entre otras, son las instituciones encargadas de generar estrategias y mecanismos para hacer frente al consumo de SPA y las consecuencias que de esto se pueden derivar, desde allí se han propuesto estrategias cuya base es la sensibilización y la información con campañas dirigidas tanto a nivel individual como institucional.

Las dependencias que al interior de la Universidad de Nariño han realizado esfuerzos en este sentido son: el CESUN con un estudio epidemiológico realizado en el semestre B de 2001, la decanatura de estudiantes en el periodo A de 2002 con un ciclo de conferencias y la convocatoria a una licitación para la creación de un tipo de publicidad que sensibilice a la comunidad universitaria con respecto al consumo de SPA. Recientemente la facultad de educación esta implementando una metodología en donde sus estudiantes, los cuales se convertirán en educadores, tienen la tarea de generar estrategias desde sus conocimientos y desde los de otras disciplinas para hacer frente a este fenómeno (TEZ, O. comunicación personal, mayo 4 de 2002), entre otras.

La psicología y quienes son sus responsables dentro de la universidad como profesores y estudiantes no deben estar ajenos al problema que representa el consumo de SPA por cuanto desde las diferentes ramas de esta disciplina existe la posibilidad de comprender y hacer frente a este fenómeno. En respuesta a esta responsabilidad social e institucional nació esta investigación, que buscó hacer uso de alguna rama de la psicología que tenga relación dentro de sus postulados e investigaciones con el problema que se desarrollaría. Para los fines de este estudio la psicología cognitivo conductual sería la mas apropiada ya que desde las

teorías que ella ofrece es posible generar métodos y estrategias en pro de los objetivos que plantea esta investigación.

El presente estudio parte de un programa de intervención que estuvo dirigido a estudiantes de primer semestre de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño del semestre B de 2001. Para obtener la muestra se realizó una campaña de promoción en donde se invitaba a los “primíparos” a participar de este programa; se le llamó “PISPA, *solo para primíparos*”. Una vez se obtuvo la muestra se procedió a hacer una evaluación inicial (postprueba) que se realizó con la *Escala del Sistema Interamericano de Datos Uniformes Sobre el consumo de Drogas* SIDUC / SICAD, versión DUSI abreviada para jóvenes, la cual nos permitió medir los factores de riesgo y protección hacia el consumo de SPA que presentan los integrantes de este grupo.

La escala DUSI tiene ocho dominios: conducta, psicológico, social, familiar, académico, amigos, recreación y dependencia; los resultados que se obtuvieron en la primera aplicación de esta escala indicaban que los factores de riesgo predominantes en el grupo estudiado eran los que se encuentran comprendidos en los dominios: amigos, conducta, dependencia y psicológico de la escala. Así mismo se pudo establecer que los factores de protección son los que se encuentran comprendidos en el dominio familia. Teniendo en cuenta estos resultados se elaboró un programa de intervención basado en la terapia cognitivo conductual orientado a disminuir los factores de riesgo y potenciar los factores de protección. Después de la aplicación de la postprueba se pudo establecer que los factores de riesgo que disminuyeron su incidencia en el grupo de personas estudiadas fueron todos los que al comienzo predominaban. Este programa de

intervención proporciona la posibilidad de iniciar la construcción de métodos y estrategias generadas desde las características y necesidades propias de la Universidad de Nariño que permitan la disminución de los factores de riesgo y la potenciación de los factores de protección.

Esta investigación se divide en 6 partes, la primera de ellas es la introducción en donde se encuentran el planteamiento del problema que es la parte que trata de la situación actual del consumo de SPA y se describe brevemente la manera en que se pretende intervenir; la formulación del problema que es la pregunta que se plantea acerca de los efectos que tendrá el programa de intervención; la justificación donde se dan las razones e importancia de esta investigación; posteriormente se plantean tanto el objetivo general como los específicos que pretende alcanzar el presente estudio; por último dentro de la primera parte está el marco teórico el cual habla de los conceptos utilizados.

En la segunda parte se encuentra la metodología que contiene los pasos que se tuvieron en cuenta para la evaluación e interpretación de resultados además del instrumento que fue utilizado para este fin. En esta apartado se encuentra la manera en que se elaboró y aplicó el programa de intervención.

En la tercera parte se encuentran los resultados de la postprueba con su respectivo análisis el cual se hace teniendo en cuenta la sustancia y los factores de riesgo y protección para el uso de la misma. Además es posible analizar el nivel de consumo con respecto a la edad y el sexo.

En la cuarta parte está descrito el programa de intervención, allí se lo presenta, haciendo una descripción general y luego se habla de cada una de las 10 sesiones que componen dicho programa.

La quinta parte de esta investigación esta compuesta por los resultados que se obtuvieron al aplicar la preprueba y su respectivo análisis el cual se realiza de la misma manera que en la primera aplicación de la escala DUSI.

La última parte es la discusión en donde está la evaluación e interpretación los resultados teniendo en cuenta la teoría que se encuentra en el marco teórico; en este apartado también se encuentran las conclusiones y recomendaciones que se dan para tener en cuenta en futuras investigaciones de este tipo.

Tema

Efectos de un programa de intervención sobre los factores de riesgo y protección al consumo de Sustancias Psicoactivas en estudiantes de primer semestre de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño, sede Pasto.

Planteamiento Del Problema

Según un estudio realizado a nivel nacional por el Programa Presidencial para Afrontar el Consumo de drogas, RUMBOS (1999), una conclusión que puede derivarse de los resultados obtenidos para la ciudad de San Juan de Pasto se refiere a la población entre los 15 y 19 años de edad, la cual presenta el nivel mas alto de inicio y reincidencia en el consumo de sustancias psicoactivas, principalmente ilegales (marihuana, bazuco, cocaína éxtasis y heroína), situación que es preocupante para las instituciones de educación superior en el departamento ya que son edades en que las personas ingresan a la universidad; esto implica un alto nivel de riesgo para que los estudiantes de primer semestre de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño puedan iniciar o reincidir en el consumo de estas sustancias. La anterior afirmación encuentra su validez en el promedio de edad en que las personas ingresan a esta institución, la cual

esta entre los 18 y 19 años (Centro de Informática Universidad de Nariño, marzo de 2001) y es posible ubicar dentro del rango de edades entre los 15 y 19 años los cuales RUMBOS considera de mayor riesgo para el inicio en el consumo de sustancias ilegales. Por lo tanto se puede considerar por si sola a la edad como un factor de riesgo debido a que las personas en la ciudad de San Juan de Pasto se inician en el consumo de SPA entre las edades promedio de entrada a la Universidad.

De la población estudiantil que ingresa semestralmente a la Universidad de Nariño el 60% es natural de la ciudad de Pasto y el otro 40% está conformado por aquellos que provienen de distintos municipios del departamento de Nariño y un bajo porcentaje de otros departamentos diferentes a éste (Cauca y Putumayo principalmente).

Por los antecedentes históricos de cada zona y la variedad en la parte climática, económica, y de creencias que posee el departamento de Nariño daría lugar a pensar que esta situación implica una diferencia en las formas de pensar, sentir y sobre todo actuar de las personas que provienen de otras partes del departamento, en este caso un actuar frente a las sustancias psicoactivas, esto no es así, según un estudio realizado por Gómez y cols, (2000) se encontró gran similitud entre los resultados de esta investigación y los obtenidos por RUMBOS, tanto en la edad de inicio como en los factores de riesgo que a estos se pueden asociar para las personas entre 15 y 19 años. Las investigaciones mencionadas anteriormente utilizaron un mismo instrumento de medición, la *Escala del Sistema Interamericano de Datos Uniformes Sobre el Consumo de Drogas SIDUC/SICAD*, en su versión DUSI abreviada para jóvenes. Esta es una escala internacional que

permite medir tanto los factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas como el grado en que las personas lo hacen, entre los factores asociados al consumo se encuentran la calidad de las relaciones familiares, relaciones con el grupo de pares, ajuste y rendimiento escolar, habilidades para relacionarse con los demás, autocontrol e irritabilidad del individuo, entre otros. Los cuales se miden en ocho dominios; conducta, psicológico, social, familiar, académico, amigos, recreación y dependencia los cuales serán descritos en el apartado dedicado al instrumento.

Si se analiza desde un punto de vista epidemiológico los problemas de salud mental y salud física son multicausales, esto quiere decir que no es tan solo un evento o circunstancia la que determina la aparición de determinado padecimiento; es el resultado de una multiplicidad de circunstancias y de la interrelación entre ellas. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF], el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior [ICFES] y La Dirección Nacional de Estupefacientes [DNE (1994, p. 4) afirman al respecto de este tema: aplicando el modelo epidemiológico se ha encontrado que los problemas de salud no corresponden a una sola causa sino que se producen por una serie de eventos, los cuales se entremezclan con diferentes fuerzas modificando la probabilidad de que se presente un problema.

Siguiendo con el modelo epidemiológico de salud física y mental se considera que existen factores de riesgo y factores de protección, los primeros son una serie de eventos o circunstancias que facilitan la aparición de determinada enfermedad, los últimos son factores que pueden evitar la aparición de la misma; en el caso de esta investigación los factores de riesgo son aquellas circunstancias sociales,

psicológicas y familiares que propician el consumo de SPA en los estudiantes de primer semestre de la Universidad de Nariño y los factores de protección aquellas que impiden el consumo de SPA. Estos factores se pueden analizar desde diferentes puntos de vista. Desde el punto de vista familiar: el manejo de la autoridad por parte de los padres, la dinámica familiar, la comunicación, entre otras; desde el punto de vista educativo: el modelo de disciplina, ajuste y desempeño escolar, preparación de los maestros, entre otras; desde el punto de vista individual: el nivel de tolerancia a la frustración, nivel de asertividad, influencia de los amigos, estado de ánimo, la calidad de la autoestima uso del tiempo libre, entre otras. Existen factores socioculturales y económicos que también inciden en el consumo de SPA; desde el punto de vista económico se puede analizar con relación a la oferta y la demanda, de las grandes divisas que genera, desde el punto de vista social: el nivel escolar, el desplazamiento y las actitudes hacia el consumo (ICFES y cols, 1994). Los anteriores son factores que pueden incidir en el consumo de SPA, de manera que lo propicien o lo detengan, lo cual depende de la manera en que se encuentren actuando sobre la persona. Se convierten en factores de riesgo si su presencia e interrelación con otros factores hacen posible el consumo de SPA. Por ejemplo, si es una persona que pertenece a una familia donde existe un manejo de disciplina autoritario y además el individuo presenta baja tolerancia a la frustración pueden considerarse como predictores de una conducta de consumo. Por el contrario si es una persona que tiene una buena expresión de sentimientos y maneja estrategias adecuadas en toma de decisiones estos se convierten en factores de protección.

Sin embargo en relación con las SPA todas las personas presentan a la vez tanto factores de riesgo como de protección y existe una combinación muy diversa en cada uno de ellos, razón por la cual esta investigación buscó averiguar tanto los factores que propician como los que previenen el consumo y actuar sobre ellos (este tema se analiza detalladamente en el apartado: factores de riesgo). Como se puede observar el fenómeno es complejo, sin embargo es necesario abrir el camino para que se investigue sobre el tema a nivel nacional y regional. La presente investigación es una manera de abordar la problemática que representa el consumo de SPA a nivel institucional.

Una de las tareas que se planteó en la presente investigación es cuantificar la exposición a factores de riesgo para el consumo tales como: edad y género, conducta y estado emocional, comportamiento social y recreación, factores asociados a la familia, aspecto académico, factores asociados a los “pares problema”, además de determinar cuales son y con que frecuencia se consumen determinadas SPA por parte de los estudiantes de primer semestre de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño estudiados en esta investigación.

El principal objetivo de esta investigación fue implementar un programa de prevención dirigido a disminuir los factores de riesgo y potenciar los factores de protección. El programa de intervención que aquí se presenta fue creado teniendo en cuenta los factores de riesgo y protección que según la aplicación de la escala DUSI tenían mayor predominio, en su orden fueron: conducta, amigos, dependencia y psicológico para los factores de riesgo y familia para los factores de protección. Este programa se desarrolló a través de las técnicas que la terapia

cognitivo conductual proporciona como la terapia asertiva, expresión de sentimientos y toma de decisiones, los cuales se trabajaron a través de herramientas tales como actividades lúdicas, juego de roles, moldeamiento, modelamiento, imaginación expresión artística y salidas de campo. Esta investigación llevó, entonces, a crear un programa que tuvo en cuenta las necesidades propias de la población, específicamente del grupo estudiado, el cual estuvo dirigido a proporcionar al estudiante herramientas comportamentales y cognitivas que le permitan disminuir la incidencia que tienen los factores de riesgo sobre él potenciando los factores de protección de tal manera que interactue en su medio familiar, social y laboral sin necesidad de acudir al uso de SPA “(...para soportar el malestar que produce la cultura y la vida misma” (Gómez, 2000, p. 7). Los efectos que este programa de intervención tuvo sobre la actitud hacia el consumo de SPA de los estudiantes se verificó a través de una pre y post prueba que se realizó a través de la escala DUSI abreviada para jóvenes como ya se mencionó anteriormente en este apartado.

En lo que respecta a los factores de riesgo se buscó disminuir la incidencia de estos y reforzar los factores de protección en los estudiantes de primer semestre de los programas de pregrado de la universidad de Nariño, de acuerdo a los resultados obtenidos con la aplicación de la escala DUSI, interviniendo, desde la psicología cognitivo conductual, sobre el nivel personal, familiar y social que el análisis de resultados, de la aplicación de esta escala determinó.

Formulación del Problema

¿Cuales son los efectos de un programa de prevención sobre los factores de riesgo y protección al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de

primer semestre de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño, sede Pasto?.

Justificación

El problema al que se enfrentan los profesionales del área de la salud tanto médica como mental, al tratar a una persona con problemas de uso, abuso o dependencia a SPA, es tan conocido para la comunidad de especialistas como para la comunidad en general, Donald A. Moses y Robert E. Burger reconocen este inconveniente de la siguiente manera:

El aspecto de la terapia para el adicto a las drogas al que se ha hecho mayor publicidad es el fracaso notorio que han experimentado todas las disciplinas. Ya sea que el individuo haya sido tratado por sistemas psiquiátricos clásicos o mediante técnicas mas nuevas y complicadas halladas en los conceptos de colectividad terapéutica, la tasa de éxito ha sido notablemente baja (p.163).

Todo este fracaso se presenta a pesar del amplio conocimiento que se tiene desde las neurociencias, desde los diferentes puntos de vista de la psicología, la antropología y la filosofía entre otras ciencias, a pesar también del conocimiento de las consecuencias físicas colaterales como también de la amplia teoría que se ha estructurado acerca del tema y de las posibles formas de tratamiento, con todo esto se tiene muy pocas o ninguna probabilidad de curación.

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 (Corporación

Colombiana para la prevención del alcoholismo y la Farmacodependencia SURGIR.).

El problema que implica para la persona y para la sociedad misma la dependencia a las sustancias psicoactivas va desde el orden de lo psicológico (individual), familiar, social, económico hasta lo legal. Lo psicológico se manifiesta según RUMBOS (1999) en que:

Me afecta como individuo porque entorpece mi desarrollo integral, es decir, que se van sucediendo cambios en mis valores, hábitos, costumbres, objetivos y metas en lo que pienso, creo y hago. La droga empieza a formar parte de mi vida cotidiana, hasta el punto en que me crea necesidad de consumirla y me genera ansiedad, depresión y agresividad si no la tengo a mi lado” (p. 7).

Como se puede observar la dependencia genera problemas a nivel emocional y social, ya que la persona se vuelve irritable, de humor variable, apartada del contacto social, es susceptible de entrar en estados de depresión graves (con todos los criterios que menciona el DSM IV para un episodio depresivo mayor) así como también la persona puede tener algunas consecuencias a nivel físico y psíquico, tales como taquicardia, sudoración, temblor en las manos, alucinaciones, visiones, delirios entre otros. Estos últimos síntomas son consecuencias directas del *síndrome de abstinencia*, que se presenta cuando existe dependencia física a alguna sustancia y la persona cesa su consumo de manera repentina. El abuso o dependencia tiene consecuencias a nivel de la salud física. Se conoce que estas personas enferman con mayor frecuencia debido a que tienen mayor propensión a adquirir infecciones, estar involucrados en accidentes de tránsito, en problemas de agresión física por riñas, entre otras (Sanchez y cols, 1996). Dentro del abuso o

dependencia, es de conocimiento general las consecuencias que esto genera a nivel familiar, donde hay un deterioro en las relaciones entre la persona que abusa o es dependiente a las SPA y su familia.

Esta es una situación donde todos se ven claramente afectados; el dependiente por que “no tiene control” sobre problema y la familia que tiene una sensación subjetiva de impotencia ante esta problemática, se presentan tensiones y discusiones que desembocan en un deterioro en las relaciones intrafamiliares (“Las Drogas un Problema Educativo”, P. 106).

La dependencia genera dificultades con las normas legales, el individuo dependiente, ante la necesidad imperante de consumir la sustancia y cantidad, que le satisface, puede optar por cometer actos delictuosos en el intento por conseguirla, también bajo los efectos de esta puede agredir a terceros o hacer daño a la propiedad privada entre otras.

De las consecuencias que se desprenden del abuso o dependencia en el aspecto legal, se puede afirmar que se debe invertir en salud y en seguridad ciudadana, para cubrir las repercusiones que a este nivel se dan. Problemas que no son exclusivamente ocasionados por personas que presentan dependencia sino también por aquellos que hacen uso indebido o consumen ocasionalmente SPA, de esta manera se generan problemas de inseguridad y de violencia, entre otras. Lo cual implica un gasto considerable de recursos económicos para el estado.

Por las dificultades que se tiene, tanto con el tratamiento de personas dependientes a SPA como con aquellas que hacen un uso indebido y las múltiples consecuencias que esto genera a nivel psicológico (individual), social, familiar,

legal y económico, se confirma la importancia de prevenir el consumo y la reincidencia en el uso de SPA implementando el programa a nivel preventivo que en esta investigación se diseñó y aplicó, previo a una evaluación lo cual permitió desarrollar dicho programa a partir de las características específicas de la población hacia la cual estaba dirigido, en el caso de este trabajo de grado, a los estudiantes de primer semestre de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño en su sede Pasto.

Se creyó indispensable aplicar el programa de prevención teniendo en cuenta los factores de riesgo y protección hacia el consumo de SPA en estudiantes de primer semestre de los programas de pregrado de la universidad de Nariño, debido a que la población hacia la cual se dirige presentó características que la hacen altamente vulnerable, lo anterior en un comienzo estuvo basado en el factor de riesgo que constituye la edad, cuyo promedio de entrada a la universidad de Nariño (18 a 19 años) está dentro del grupo de más alto riesgo en el inicio y reincidencia en el consumo de sustancias ilegales (15-19 años), para la ciudad de San Juan de pasto (RUMBOS, 2000); posteriormente se fundamentó en los resultados que se obtuvieron con la aplicación de la escala DUSI los cuales determinaron factores de riesgo los dominios amigos, conducta, dependencia y psicológico de la escala. Cabe resaltar que en la Universidad de Nariño sede Pasto no se ha realizado un programa de prevención del consumo de sustancias psicoactivas de carácter psicológico pensado desde la multifactorialidad del individuo por lo tanto son necesarias investigaciones de este tipo, las cuales pretendan actuar directamente sobre las personas teniendo en cuenta la parte cognitiva, afectiva y conductual que la hacen única y diferente a las demás.

Objetivos

Objetivo General

Determinar los efectos de un programa de prevención sobre los factores de riesgo y protección del consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de primer semestre de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño, sede Pasto.

Objetivos Específicos

1. Identificar los factores de riesgo y protección asociados al consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de primer semestre de los programas de la Universidad de Nariño en la sede Pasto, a partir de la escala DUSI (Drug Use Screening Inventory), abreviada para jóvenes.
2. Diseñar un programa de prevención psicológica teniendo en cuenta los factores de riesgo y protección que se identifiquen en los estudiantes de primer semestre de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño, tras la aplicación de la escala DUSI abreviada para jóvenes.
3. Evaluar los efectos del programa de intervención a nivel preventivo en los estudiantes de primer semestre de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño, sede Pasto a través de la escala DUSI abreviada para jóvenes.

MARCO TEORICO

Sustancias Psicoactivas (SPA)

Son todas aquellas sustancias que al ser introducidas al organismo actúan sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) produciendo cambios en la percepción, en la conducta y/o las emociones de la persona que las ha consumido, estas

sustancias pueden ser administradas de manera oral, nasal o intravenosa. Para Bacca S. (1996, p. 18). "son sustancias que ejercen su acción sobre el sistema nervioso central y tienen la capacidad de producir transformaciones, bien sea aumentando o disminuyendo su nivel de funcionamiento, o bien modificando los estados de conciencia". Los efectos que produce una SPA varían de acuerdo a la cantidad, calidad y naturaleza de esta. Según la clasificación de RUMBOS existen 4 tipos de SPA: (a) estimulantes, los cuales aumentan el funcionamiento del SNC; (b) depresores, los cual disminuyen la respuesta del SNC; (c) alucinógenos, los cuales producen "experiencias perceptuales para la cual no existe un estímulo (ver, oír, sentir, olfatear cosas que no están ahí)" (RUMBOS 1999, p. 13) y (d) sustancias mixtas, las cuales combinan los efectos de dos o mas de las SPA mencionas anteriormente. Mas adelante en este apartado se estudiaran los diferentes tipos de SPA.

Hasta mediados de la década anterior se utilizaba la palabra "droga" para designar tanto a los fármacos que tienen uso medico como a las sustancias que se consideran ilegales como la cocaína, marihuana, heroína, entre otras; dejando por fuera a aquellas que son socialmente aceptadas como la nicotina, el alcohol, la cafeína, los medicamentos, entre otros. Hoy en día es mas aceptado el termino "Sustancias Psicoactivas" por cuanto abarca tanto las sustancias que se consideran legales, como las ilegales además de los medicamentos. RUMBOS (1999) dice que la utilización del concepto "sustancias psicoactivas" en lugar de la palabra droga se debe a que "es una palabra mas precisa que "droga", pues esta incluye a los medicamentos debidamente formulados" (p 13) así como también a las sustancias de uso legal que actúan sobre el SNC y que pueden llegar a

generar dependencia. Para esta investigación se acoge la idea de RUMBOS en el sentido de que se utiliza el término Sustancias Psicoactivas en lugar del término “droga” debido a que es menos ambigua.

En general las sustancias psicoactivas se caracterizan por que actúan sobre el SNC sin importar como sean administradas o como se introduzcan al organismo siendo capaces de modificar el comportamiento. Para Rebage (1981) las SPA actúan sobre los centros nerviosos que se encargan de controlar la parte comportamental, emocional y perceptual de las personas produciendo una serie de manifestaciones subjetivas determinadas fundamentalmente por la cantidad y calidad de sustancia ingerida. A continuación se hará una descripción de las SPA mas conocidas y utilizadas las cuales se han clasificado de acuerdo a los efectos que producen. Esta clasificación se encuentra en la mayor parte de los textos especializados con algunas variaciones no estructurales ni de fondo, en lo posible estos conceptos se unificarán (Bacca, 1996; RUMBOS, 1999; Rebage, 1981, Entre otros).

Las sustancias psicoactivas según sus efectos se dividen en:

- Depresores del Sistema Nervioso Central
- Estimulantes del Sistema Nervioso Central
- Alucinógenos y
- Sustancias mixtas

Depresores del Sistema Nervioso Central

Estas sustancias actúan sobre el SNC disminuyendo su nivel de funcionamiento, es decir hacen mas lenta la manera en que procesa la

información y reacciona ante los diferentes estímulos dando una sensación de calma, relajación, paz interior, entre otros. Entre ellos se encuentra:

- Alcohol
- Opiáceos
- Inhalantes y sustancias volátiles
- Barbitúricos (diazepán, Activan, Ecuamil, etc).
- Tranquilizantes menores

El Alcohol

Es la SPA mas aceptada por la sociedad actual y al mismo tiempo la mas antigua de la que se tenga historia, su consumo se remonta a seis mil años antes de Cristo, según Gomez O. (2000) esta sustancia es la de mayor consumo tanto a nivel nacional como departamental. El alcohol es un producto natural que resulta durante el proceso químico de la fermentación de los alimentos o frutas que contienen azúcar como la caña de azúcar, uva, remolacha, granos, entre otros; o durante la destilación. Las bebidas alcohólicas contienen sustancias químicas que se añaden para darles color, sabor o aroma (Rebage, 1981). En el proceso de fermentación se obtienen bebidas como la cerveza, el vino, guarapo, entre otras los cuales presentan una concentración de alcohol entre el 4% y 30% mientras que las bebidas destiladas como el aguardiente, whisky, vodka, entre otros que tienen un nivel de concentración del 40% al 65% (El alcohol y el alcoholismo, 1995).

El alcohol al ser ingerido pasa del estomago al torrente sanguíneo de donde inicia su camino hacia el SNC en donde produce sus efectos, los cuales varían de

acuerdo a una multiplicidad de factores tales como el nivel de alcohol en la sangre (cantidad que se ha consumido), la capacidad para metabolizarlo que tenga la persona, de cuanto tiempo a permanecido ingiriéndolo como también de la personalidad del individuo. Según Bacca S. (1996) existen algunos efectos del consumo de alcohol que se pueden catalogar como generales. Estos son:

- Disminución de autocontrol: Entendida como la capacidad cada vez mas inestable, en sentido inversamente proporcional al consumo de alcohol, de actuar, expresar los deseos y sentimientos de una manera socialmente aceptada. A mayor consumo de alcohol menor capacidad de autocontrol; la persona puede tornarse agresiva, expresar gran afecto, asistir a lugares que no son seguros. En términos generales decir y hacer cosas que socialmente se consideran inapropiadas.
- Impedimento para los procesos superiores: razonamiento, juicio, análisis. Tiene que ver con la toma de decisiones; los elementos que se tienen en cuenta para tomar decisiones son sobrevalorados o subvalorados en lo que tiene que ver con el dinero, el amor, la familia, entre otros. Las personas que se encuentran bajo el efecto del alcohol pueden, por ejemplo, juzgar fácilmente una mirada como una ofensa o una insinuación amorosa llegando a expresar el razonamiento que se haya hecho de la situación de una manera socialmente inapropiada.
- Disminución de inhibiciones emocionales: los acontecimientos del pasado o los mas recientes generan emociones que son expresados en un lugar y ante personas “adecuados”. Estas emociones son exteriorizadas de forma

proporcional a los acontecimientos, bajo los efectos del alcohol las personas tienden a ser más emotivas en el sentido de que expresan marcada tristeza, alegría, ira, amor, entre otras, con facilidad y ante personas que no necesariamente son los causantes de estas.

- Sensación de bienestar y expansividad: Las personas la perciben como un alejamiento de las preocupaciones cotidianas.
- Alteración de la percepción: Tiene que ver con todas las anteriores en el sentido de que los acontecimientos y circunstancias son evaluadas por la persona en forma subvalorada o sobrevalorada. Por ejemplo: la sensación de peligro disminuye, así una situación que normalmente se evalúa como peligrosa, bajo los efectos del alcohol no lo será.
- Alteración de la coordinación psicomotora: Se caracteriza por la disminución tanto de la motricidad fina como del equilibrio para desplazarse.
- Alteración de la sensibilidad al dolor y al frío: Siendo el alcohol un depresor del SNC tiene la capacidad de disminuir la sensibilidad tanto al dolor como al frío (p. 51).

Opiáceos y Opioides:

Son aquellas sustancias que se derivan del opio, planta que pertenece a la familia de las amapolas cuyos efectos y propiedades son conocidas desde hace 2500 años, desde esa época hasta hace unas décadas se utilizaban como somnífero o analgésico. Según Rebage (1981) existen dos tipos de sustancias que se derivan del opio: las naturales conocidas como opiáceos entre las cuales se encuentran la morfina, la codeína y la tebaina; y las sustancias sintéticas

conocidas como opioides entre las cuales se encuentran la heroína, la meperidina y la metadona. Estas sustancias tienen su acción principalmente sobre los centros de percepción del dolor disminuyendo la respuesta del SNC hacia el dolor. Se utilizan principalmente como droga contra la ansiedad, anticonvulsionante y contra trastornos del sueño. Una utilización excesiva de esta sustancia puede producir la muerte

Inhalantes y Sustancias volátiles

Son sustancias producidas industrialmente que al entrar en contacto con el aire desprenden sus propiedades químicas las cuales pueden ser respiradas y producen efectos sobre el SNC, los cuales se asemejan a la embriaguez alcohólica o los que produce el consumo de analgésicos, a largo plazo se produce en el consumidor consecuencias neurológicas irreversibles: “arritmias cardíacas fatales y muerte por asfixia; y sobre todo graves daños neurológicos de carácter irreversible: daño al nervio óptico, imposibilidad para caminar en forma estable, pérdida de la audición y pérdida de las principales funciones intelectuales” (RUMBOS, 1999 p. 27). Entre las sustancias volátiles más conocidos esta los alifáticos (gasolina), las cetonas, los fluorocarbonados, los alógenos, las cetonas, entre otros los cuales se consumen por inhalación directa.

Los consumidores de estas sustancias presentan unas características particulares; son niños y adolescentes entre los 5 y 16 años de edad (Bacca, 1996), el sexo masculino es el de mayor prevalencia en el consumo de esta sustancia, el nivel socio económico es bajo y se presenta con mayor frecuencia en las ciudades (Rebage, 1981).

Barbitúricos

Son sustancias que disminuyen la actividad del SNC y que suelen usarse para controlar la ansiedad e inducir el sueño, es por esto que son llamados hipnóticos según RUMBOS (1999) son derivados del ácido barbitúrico entre los cuales existe el seconal, el nembutal y las benzodiazepinas.

En dosis bajas sus efectos son parecidos al de los ansiolíticos, en dosis muy altas se presentan síntomas similares a los de la intoxicación con alcohol: euforia, incapacidad para coordinar las ideas y de articular el lenguaje, pérdida del equilibrio. Con dosis mayores hay pérdida de conciencia y posteriormente la muerte que generalmente se produce por un paro respiratorio (Bacca, 1996).

Los barbitúricos son sustancias adictivas después de un tiempo considerable de consumirlas.

Tranquilizantes Menores

Se utilizan para combatir el insomnio, reducir la tensión, la irritabilidad, para inducir estados de relajación y para tratar algunos casos de ansiedad por lo cual se denominan ansiolíticos, “entre ellos están: Diazepan, Valium, Librium, Activan, etc.” (Bacca S, 1996, p. 71) los cuales son sus nombres comerciales; al combinarse con alcohol pueden resultar muy peligrosos, pueden ocasionar fácilmente la muerte. Estas sustancias producen gran dependencia y tolerancia. Se ha observado que al dejar de consumirla abruptamente produce síndrome de abstinencia con síntomas tales como ansiedad, agitación, insomnio, convulsiones, fenómenos delirantes e incluso la muerte (RUMBOS, 1999). Según Bacca S. (1996) son las mujeres las principales consumidoras de esta SPA.

Estimulantes del Sistema Nervioso Central

Son sustancias que al actuar sobre el SNC aumentan o que proporcionan la impresión de aumentar la capacidad psicológica y física de la persona que la consume, entre estos se encuentran:

- La Cocaína
- El Bazuco
- Las anfetaminas
- La Cafeína y
- Tabaco.

La Cocaína

El clorhidrato de cocaína es una sustancia que se extrae de las hojas de un arbusto, esta fue utilizada por los indígenas precolombinos en rituales religiosos. Después de ser sintetizada a mediados del siglo XIX se empleó tanto para anestesia local como para casos de depresión y alcoholismo principalmente. Según RUMBOS (1999) después de tres a cinco minutos de haber sido absorbida por la nariz produce disminución de inhibiciones sociales, sensación de placer, intensificación del estado de ánimo, en algunas personas puede ocasionar euforia, cambios en los niveles de atención: se vuelve más receptivo (hipervigilancia), con mayor capacidad de reacción, además la persona tiene la impresión de ser más competente, capaz, además disminuye el hambre, fatiga y sed. Cuando las dosis son bajas produce aceleración de los procesos de pensamiento ("Las drogas un problema educativo").

Sus efectos secundarios van desde periodos de agitación y ansiedad, hasta temblor en las manos.

El Bazuco

El bazuco se obtiene del residuo que deja el procesamiento de la cocaína su sabor es amargo, tiene un color grisáceo o café. Esta sustancia puede ser fumada o inhalada y sus efectos son muy cortos por lo cual genera adicción, debido a que se debe consumir constantemente para que sus efectos perduren y no sufrir los efectos secundario o un síndrome de abstinencia. Sus primeros efectos son: Excitación, alteraciones súbitas del estado de animo, hipervigilancia, hiperactividad, falta de apetito, insomnio. Los efectos secundarios se caracterizan por síntomas como: fuerte angustia, entumecimiento de la boca, sudoración, palpitaciones, rigidez muscular, temblor en las extremidades, dolor de cabeza, deseos continuos de orinar y defecar. Gómez y cosl (1999) esta es la segunda SPA ilegal mas consumida en el departamento de Nariño.

Anfetaminas

Son los estimulantes mas importantes, estos engloban las aminas sintéticas análogas a la adrenalina, hormona segregada por el cuerpo humano la cual mantiene los estados de vigilia y alerta. Aun cuando hay varias clases de aminas los efectos que producen son similares y son comparables por los que se consigue con la cocaína pero este tarda mas tiempo en aparecer (de una a tres horas); la sensibilidad general aumenta, disminuye la fatiga y el hambre, y aparece una sensación general que muchos describen como bienestar.

A largo plazo puede producir desnutrición y algún tipo de daños en la piel por la descompensación de vitaminas ("Las drogas un problema educativo").

Cafeína

Esta sustancia se encuentra en el café, en el te, en algunos jarabes para la tos, en la aspirina, en la cola y en el cacao. Aunque es una sustancia que produce bajos niveles de activación psicológica o física, el exceso en su consumo puede resultar perjudicial para la salud. Puede ocasionar trastornos de sueño, “nerviosismo”, temblor en las manos como también aumento en la producción de orina y azúcar en la sangre y disminución de apetito (RUMBOS, 1999).

Nicotina

Sustancia que se encuentra en el tabaco, su consumo se remonta a la época prehispánica. Los efectos que produce en la persona que lo consume son parecidos a los de la cafeína pero no produce problemas de sueño; mejora el proceso de la información y produce una sensación de bienestar, Bacca S. (1996) la considera un estimulante secundario por cuanto los efectos que produce son apenas perceptibles para el consumidor. Según el autor mencionado anteriormente las principales consecuencias se generan a nivel de la salud física por cuanto es el causante del 85% de los casos de cáncer de pulmón, además se lo relaciona con el incremento en el riesgo de adquirir cáncer de laringe, boca y estomago; también se asocia a problemas cardiovasculares como hipertensión y ataques cardiacos.

Alucinógenos

Los alucinógenos, timoanalépticos o psicodélicos son sustancias que modifican radicalmente tanto la percepción del tiempo, del espacio como de si mismo, produciendo ilusiones y alucinaciones con los subsecuentes cambios en el estado de animo y el comportamiento. Todo depende de la calidad y cantidad de droga

que se consuma además del tipo de personalidad del individuo. Entre las principales alteraciones psíquicas están: De la percepción, parestesias: sensación de hormigueo como si muchos insectos le caminaran por todo el cuerpo. Alucinaciones, Pseudo alucinaciones: cuando estas se presentan pero la persona se da cuenta de que son un efecto de la SPA, Senestecias: Cuando una percepción que pertenece a un órgano se traslada a otro, como ver olores o sentir colores, disturbios en la percepción espacio tiempo como si este se pasara mas rápido o lento de lo normal. También se presentan alteraciones a nivel intelectual como en la perturbación de la atención, en cuanto a que no se puede fijar la atención en otra cosa que no sea la experiencia que se está viviendo, perturbación del pensamiento y de la palabra: no se tiene coherencia lógica, se habla con frases sin sentido (Bacca, 1996).

Entre las principales sustancias alucinógenas se encuentran:

- El LSD
- La Psilobsibina
- La Mezcalina o peyote y
- El Yahé.

El LSD

Es la abreviatura de ácido lisérgico que procede del cornezuelo del centeno basta 1 microgramo (0.000001gr) para producir los efectos que se conocen de esta sustancia. Produce un cambio de humor, una alteración de la noción del tiempo, de la percepción visual y auditiva; se sufren fenómenos de despersonalización acompañadas de diferentes alucinaciones presentándose en

algunas ocasiones reacciones de pánico ("Las drogas un problema educativo"). Según RUMBOS (1999) esta sustancia no es adictiva y como todos los alucinógenos, no tienen uso terapéutico alguno.

Psilopsibina

Entre los consumidores se conoce como "Hongos mágicos" crece en terrenos pantanosos o en los pastizales, entre los indígenas mexicanos se utiliza en los rituales sagrados y es conocido como "carne de los dioses". Según Rebage D. (1985) las personas que usan LSD no pueden diferenciar entre esta SPA y los hongos, los efectos de estas sustancias son similares.

Mezcalina

Es un cactus típico de la región desértica de México y se llama peyote de este se extrae la mezcalina. Los aztecas cortaban el botón de este cactus lo ponían a secar y luego lo consumían. Los efectos duran entre cinco y doce horas y se caracterizan por: intensificación de colores y formas, estado de euforia, disminución de la capacidad para realizar tareas ordinarias, pérdida de interés y motivaciones, modificación de la imagen corporal. En la parte física se dilata la pupila y la temperatura aumenta (Baca, 1996). Según Rebage D. (1981) el efecto de Mezcalina es 4 veces mayor que el producido por el LSD.

Yahé

Ampliamente difundido en las selvas colombianas es el producto de la mezcla de varias plantas. Entre los indígenas solo se emplea en circunstancias especiales son asociadas a ceremonias de carácter religioso. Según RUMBOS (1999) "en Colombia ha surgido en los últimos años un consumo urbano, generalmente bajo

la supervisión de indígenas pero se cree que esta situación encuentra su explicación en la curiosidad de las personas y como parte de la “moda” (p. 41).

Sustancias Mixtas

Este nombre se emplea para describir SPA cuyas características y efectos no correspondan a ninguna de las que hasta aquí se han descrito pero que los combinan.

A pesar de que existe una proliferación de sustancias sintéticas que poseen estas características únicamente se hablara de las que se encuentran disponibles en Colombia de acuerdo a la clasificación que hace RUMBOS (1999).

La Marihuana

Es la SPA ilegal mas consumida en Colombia esta se extrae de la hoja de la cannabis sativa, la resina y el aceite de cannabis, su principio activo es el THC (Tetrahydrocannabinol). Este es consumido en comidas, bebidas y en forma de cigarro.

Sus efectos son: aumento de la sensibilidad, aparecen sensaciones de euforia, relajación, alteraciones del sentido de identidad y risa injustificada. Es la sustancia ilegal mas consumida en Colombia (“Las drogas un problema educativo”). En dosis altas produce efectos muy similares a los alucinógenos.

Extasis

En abreviatura MDMA (metilendioximetanfetamina), es una sustancia sintética que tiene propiedades estimulantes similares a las anfetaminas y algunas vagamente alucinógenas similares a la mezcalina.

Con dosis entre los 75 y 150 miligramos el éxtasis produce tres clases básicas de efectos: una alteración de la percepción, una alteración de la afectividad por lo

cual se la ha calificado como “la droga del amor” y una alteración en las vivencias del yo entendida como la “adquisición” de una personalidad diferente a la habitual; mas “favorable” para la persona que la consume. (RUMBOS 1999).

Según RUMBOS (1999 p. 42) “el éxtasis no produce una dependencia física y es básicamente un droga de discoteca”. Sin embargo el grado de posibilidad para que esta sustancia produzca dependencia psicológica es elevado.

Hasta aquí se han descrito las SPA mas utilizadas en Colombia; se dio una clasificación según sus efectos y su procesamiento, en el próximo capítulo se trataran las clases de dependencia además de los aspectos que se refieren a los diferentes niveles de consumo.

Consumo de Sustancias Psicoactivas

Los conceptos: uso, abuso y dependencia de SPA difieren entre si 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 consecuencia psíquicas y físicas que esto puede generar; por lo tanto es necesario distinguir entre estas tres formas de consumo. Dentro de la dependencia la cual puede ser psicológica y/o física se presentan fenómenos como la tolerancia, tolerancia negativa, síndrome de abstinencia los cuales se miran mas adelante.

Uso de SPA

O consumo simple como también se lo conoce es aquel en donde el individuo utiliza la sustancia sin que esto implique algún deterioro en el área familiar, social o laboral; según ICBF y cols (1994, p. 3) “se define como la utilización de una sustancia cualquiera con fines diversos: nutricionales, recreativos, terapéuticos,

religiosos o sociales, la cual no deteriora el bienestar del individuo o del grupo". Sanches y cols(1996) define este nivel de consumo como simple ya que son episodios ocasionales en donde la persona casi siempre no alcanza la intoxicación con la SPA, si esto ocurre no implica dificultades en el área social, laboral o familiar y se da entre intervalos prolongados de tiempo tiempo.

Abuso de SPA

Implica que la persona consuma alguna sustancia para modificar su estado de ánimo de manera que puede ser perjudicial para su salud o que pueda resultar ilegal sin embargo esto no implica dependencia de algún tipo, las personas que abusan de algún tipo de sustancia pueden llegar a ocasionar accidentes de tránsito o de problemas de agresión sin ser dependientes a esta.

Este concepto incluye los siguientes criterios: el "*uso mal adaptativo*, que causa impedimento o malestar clínicamente significativo; *uso recurrente* que resulta de la incapacidad de la persona para responder ante obligaciones mayores ante la escuela, trabajo o familia; uso recurrente de una sustancia en situaciones en las que es *físicamente peligroso*. Pueden existir problemas legales relacionados con el uso recurrente de SPA, aun así la persona continua con esta conducta de consumo; de igual manera puede ocurrir en la parte social; es probable que el individuo llegue a tener problemas interpersonales persistentes o recurrentes como riñas, robos, entre otros, que son causados o exacerbados por los efectos de las SPA que consume (RUMBOS, 1999, p. 13).

Dependencia

Antes conocida como adicción, vicio o toxicomanía. Puede ser tanto física como psicológica. La *dependencia física* es la acomodación que el organismo

hace después de un uso continuado de alguna sustancia y que resulta en un estado fisiológico en donde se tiene la necesidad imperiosa de consumir la sustancia para evitar el malestar físico como mareo, vomito, insomnio, delirios, entre otros que sucede cuando se deja de consumir la SPA de abstinencia, la *dependencia psicológica* es la resultante de los efectos mismos de la sustancia; la sensación de bienestar, desinhibición, mayor capacidad mental, las alucinaciones, entre otras. Es la necesidad de volver a experimentar los efectos de la SPA lo que caracteriza a la dependencia psicológica; algunos autores como Carlos Javier Bacca S. (1996) piensan que este concepto es equivalente al de “habito” debido a que se caracteriza por la “necesidad imperiosa de consumir determinada SPA con el fin de producirse una sensación de satisfacción y (es) un impulso que lleva a utilizarla continuamente para evitar malestar y/o experimentar placer” (p. 21). (Bacca, 1996).

Síndrome de abstinencia

Este resulta de suspender repentinamente el consumo de alguna sustancia después de un uso continuo y prolongado, en donde la persona depende psicológica y físicamente de la SPA, Sánchez (1996 p. 7) dice que “se refiere al conjunto de molestias que experimenta un usuario que suspende el consumo de SPA” entre los cuales se encuentran: un malestar subjetivo caracterizado por depresión, ansiedad, llanto fácil como también vomito, mareo, temblor o en el caso de algunas SPA como la heroína la muerte, el síndrome de abstinencia característico de los analgésicos son bostezos, lagrimeo, fiebre, entre otros; en el caso del alcohol se pueden presentar delirio o convulsiones (RUMBOS, 1999) por presentar algunos ejemplos. En términos generales una persona al ser

dependiente psicológica y/o físicamente de una SPA presentará una serie de molestias físicas y/o psicológicas cuando deje de consumir de manera repentina la sustancia de la cual depende.

Tolerancia

Es la necesidad que experimenta el consumidor de SPA de administrarse cada vez mayor cantidad de la sustancia que generalmente consume para experimentar los efectos que consiguió al comienzo de su uso. Es decir que la sustancia produce cada vez un menor efecto sobre el SNC del individuo, según Hyman Steven (1998 Internet, p. 1) "... es un estado en el que una dosis constante de droga produce una menor respuesta con el tiempo o un estado en el que se requiere mayor dosis de la droga para alcanzar un mismo efecto"; lo cual se denomina *tolerancia positiva*, esto puede ser a causa de un mayor capacidad de metabolizar una determinada sustancia (adaptaciones farmacocinéticas) o una menor respuesta entre la electroquímica del cerebro y las características químicas de la sustancia (adaptaciones farmacodinámicas). Lo contrario, es decir la necesidad cada vez menor en la cantidad de una SPA para lograr los efectos que se desean se denomina *tolerancia negativa*.

Los Factores de Riesgo y Protección y El consumidor de SPA

En el apartado anterior se trató el tema del uso, abuso, tolerancia, y síndrome de abstinencia, los cuales se catalogan según el nivel de consumo, y la clase de dependencia que tenga la persona a una sustancia determinada. Es decir se hablo de las características del consumo de las SPA.

A pesar de conocer dichas características esto no es suficiente para comprender el fenómeno del uso de SPA. Es necesario volver la mirada hacia el

consumidor, es decir al individuo como tal, con los factores orgánicos, sociales, psicológicos y ambientales que lo afectan. Si se tiene en cuenta que, según Rebage (1981) “La teoría mas aceptada relativa a los fenómenos psicológicos implicados [en el consumo y posterior]⁴ adicción, supone que solo individuos con problemas de personalidad o personas sometidas a diversas presiones sociales o ambientales se vuelven adictos” (p. 5); entonces las personas que acuden a las sustancias que producen estados alterados de conciencia tienen unas características que los hacen especialmente propensos para llegar a ellas. Estas características son el resultado de la interacción de una multiplicidad de factores, que la psicología de la prevención de la salud ha llamado: *factores de riesgo*.

Teniendo en cuenta la perspectiva anteriormente mencionada, los factores de riesgo son una multiplicidad de eventos que se entremezclan aumentando la probabilidad de que un problema de salud mental o física se presente (ICFES y otros, 1994);. Para el presente estudio los factores de riesgo son características, socioculturales, familiares e individuales que incrementan las condiciones para el consumo de SPA. Existen también los factores de protección que son las circunstancias sociales, familiares o ambientales que disminuyen la probabilidad de que una enfermedad se presente; se habla aquí de los factores que impiden el consumo de SPA. Al respecto de los factores de riesgo y protección Gómez (2000) dice que: “Estas condiciones se interrelacionan, ninguna de ellas es predominante, ni por ella sola puede explicar el fenómeno” (p. 10).

⁴ La nota es nuestra.

Son estos factores de riesgo y protección, entonces, los que nos darán cuenta de las probabilidades que tiene una persona para llegar al uso, abuso y posterior dependencia a una o mas SPA o por el contrario prevenirlo. El análisis de los factores de riesgo y protección sirvió para conseguir uno de los fines que se propuso esta investigación, como fue; crear un programa de prevención. Por estas razones se miran en el siguiente apartado, los factores como: Edad y genero; problemas en la expresión de sentimientos; ambiente familiar; problemas académicos; grupo de amigos y factores asociados al uso del tiempo libre, los cuales han demostrado tener relación con el inicio, mantenimiento o prevención de una conducta de consumo de SPA (Lopera Jaramillo y cols, 1996), es decir pueden ser predictores de un futuro uso de sustancias si aun nos las ha utilizado o como indicador de una conducta de consumo si ya se ha iniciado en el uso de SPA.

Edad y Género:

Se considera que de alguna manera pertenecer a uno u otro genero puede convertirse en un factor que predecirse la aparición del fenómeno que estamos investigando. Estos factores intervienen en la probabilidad de inicio o reincidencia en el consumo de SPA debido a que en el sexo masculino ha existido una tendencia a usar o abusar de las SPA de una manera considerablemente mayor que en el femenino como lo demuestran estudios realizados por Kandel y Davis en 1992; Antony y Cols en 1994. Aunque en investigaciones recientes se ha observado una tendencia hacia el aumento del consumo de SPA en las mujeres; aun son los hombres los que presentan el nivel de consumo mas elevado en comparación al sexo femenino. (Lopera y cols, 1999). En cuanto a la edad de

inicio se ha encontrado que las personas consumen SPA a una edad mas temprana, así lo demuestran algunos estudios como los realizados por el ICFES y otros en 1994, en donde se encontró que la edad promedio para el inicio en el consumo de SPA se ubico entre los 12 y 14 años, Torres y Montoya en 1996 establecieron que el rango de edad promedio en el que las personas comenzaban el uso de SPA, para ese año, estaba comprendido entre los 10 y 12 años. Para 1999 RUMBOS, estableció que el consumo de SPA por primera vez; se realizaba en edades comprendidas entre los 8 y 10 años. En este sondeo epidemiológico se llevo, también, a la conclusión de que las edades mas propensas para iniciar una conducta de consumo están entre los 15 y 19 años. Esto significa que pertenecer al sexo masculino y ser adolescente son factores que pueden predecir el consumo de SPA es decir se convierten en factores de riesgo.

Expresión de Sentimientos y Asertividad

La expresión de sentimientos se refiere a la capacidad que tiene el individuo para comunicar sus emociones tales como amor, odio, angustia, felicidad y sus intermedios; así como también de expresar sus necesidades. La asertividad se refiere las estrategias que tiene la persona para hacer respetar y ejercer los derechos propios; derechos como: derecho a decir no, a opinar, a realizar una petición, a reconocer las propias capacidades, a que ser respetado entre otros.

Según Risso W. (1992) existen tres estilos para la expresión de sentimientos que son: el estilo pasivo, el estilo agresivo y el estilo asertivo. En el estilo pasivo la persona no suele expresar sus sentimientos por lo tanto no solo permite que violen sus derechos sino que además no los ejerce; evita las discusiones o ser cuestionado pues tiene una gran necesidad de aprobación y teme ser rechazado.

El estilo agresivo es lo opuesto. Estas personas suelen expresar sus ideas, creencias o sentimientos de una manera honesta, pero inapropiada violando los derechos de los otros, son personas irritables llegando incluso a la agresión física en procura de lo que desea. La aserción, retomando nuestra definición, es un punto intermedio en donde el mensaje principal es “yo pienso” o “yo siento” sin ser agresivo. La aserción implica respeto y no sumisión..

La necesidad de aprobación que tienen las personas con estilos pasivos 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. Para Risso (1992, p. 144) 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”

Por otro lado según Lopera y cols (1999) las personas con una expresión de sentimientos de tipo agresivo se deben analizar “...dentro del contexto de los trastornos de personalidad antisocial y por esta razón, estos comportamientos agresivos pueden predecir un consumo posterior de SPA...” (p. 59).

Factores Asociados al Ambiente familiar

La forma en que los padres manejan la autoridad, la comunicación, la manera de resolver los conflictos, establecen expectativas de sus hijos y expresan el afecto pueden convertirse en factores que refuercen, mantengan o extingan

patrones de conducta y pensamiento de un individuo, para los intereses de nuestra investigación, una conducta de consumo, ya que es en la familia donde se estructura la personalidad y las estrategias para solucionar los problemas y con ello manejar la frustración, se piensa que es desde allí de donde una persona obtendrá las herramientas necesarias para evitar el consumo de SPA. Una de las mejores maneras "...para que un niño no se drogue es preparar a la persona para la frustración, puesto que así el individuo tendrá mejores recursos frente a las frustraciones que inevitablemente le presentará la vida" (Las drogas un Problema Educativo, p. 105).

Si el ambiente familiar no le genera la suficiente satisfacción al individuo, si es un ambiente agresivo y existen carencias afectivas significativas esto va a desencadenar, si el ambiente social lo permite, un consumo de SPA que le van a permitir al individuo obtener una sensación de autocontrol, seguridad y cohesión con un grupo. "Consumir [una sustancia psicoactiva] alivia la tensión y la angustia por los problemas que se pueda tener... [evita la frustración y refuerza el consumo, la SPA le permite escapar a los problemas] y en muchos casos supone la adhesión al grupo social" (Cuando y como se genera el consumo de Drogas).

En los últimos 20 años se han realizado estudios en los cuales se muestra la importancia del medio familiar en la génesis del consumo de SPA.

Los factores de riesgo que se refieren al ambiente familiar son:

- Padres punitivos
- Conflictos familiares
- Ausencia de figuras de autoridad

- Consumo familiar de SPA
- Relaciones familiares que estimulan la dependencia
- Limitada participación de los padres en la formación de los hijos. (ICBF y otros, 1994)

Estos factores pueden interactuar con otros, los cuales se han nombrado en apartados diferentes a este, y constituirse en un predictor del comienzo en el uso de SPA.

Problemas Académicos

El hecho de que la persona se encuentre estudiando y tenga un desempeño académico dentro del promedio se puede constituir en un factor de protección para el uso de SPA ya que se ha encontrado una correlación alta entre el hecho de encontrarse estudiando y no iniciar o mantener una conducta de consumo de SPA). Por el contrario, el ausentismo escolar y el bajo rendimiento académico se asocian al consumo de sustancias, y se han llegado a proponer como parte de los indicadores de alarma para detectar jóvenes en alto riesgo de uso o abuso de drogas (Lopera y cols, 1999).

Se debe tener en cuenta que el fracaso escolar puede hacer pensar a la persona que no es capaz de responder a las exigencias del medio, lo cual puede generar altos niveles de ansiedad y frustración.

Factores Asociados al Grupo de Amigos y a la Recreación

Los factores asociados con los pares (grupo de iguales) incluyen el uso de sustancias por los mejores amigos y actitudes hacia el consumo. Lo anterior puede operar a través del modelamiento hacia el uso (cuando alguien significativo

para el grupo utiliza sustancias, los demás lo imitan y el premia esa conducta), tolerancia hacia el consumo, el compartir estos comportamientos sin ningún tipo de rechazo hacia este hecho y, el mas directo: que los pares sean los inductores, al ofrecer la droga o ejercer presión para su uso (Lopera y cols,1999).

Para tener una mejor comprensión de la influencia del anterior factor de riesgo que constituyen el grupo de amigos obsérvese el apartado dedicado a la autoestima y toma de decisiones.

La recreación es un factor que puede predecir el uso o abuso de SPA ya que en estudios recientes se ha llegado a demostrar la relación que existe entre el poca participación en actividades recreativas y el consumo de SPA. (Lopera y cols, 1999).

Autoestima y Toma de Decisiones en el Consumo SPA

Es importante tener en cuenta la relación que existente entre la presión por parte del grupo de amigos de autoestima y consumo de SPA, según Estrella Romero y otros (1995), “Una baja autoestima en la familia y en el colegio, son indicadores de muchos campos de desempeño individual, puede actuar como motivadora de la iniciación o el progreso en el consumo de drogas...” una baja autoestima puede rimar con la proposición hecha por Kaplan la cual se refiere a que los individuos siempre tienden a recuperar esa autoestima perdida en los grupos convencionales, como el hogar o la escuela, es decir sus padres o las personas con la cuales se relaciona comúnmente, acudiendo a grupos referenciales alternativos, como un grupo de pares (amigos), donde el consumo de sustancias recupera la 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, hacen que la persona no se sienta aceptada, convirtiéndose, así, en presa fácil de las sustancias psicoactivas. Es posible que este individuo consuma SPA como parte de su estrategia para ser aceptado por el grupo (Autoestima y consumo de sustancias psicoactivas p. 56).

Como podemos observar el grupo, y mas concretamente el grupo de pares (amigos), donde se interrelaciona el individuo, es donde se genera la mayor parte de la problemática del consumo de sustancias "...por falta de comunicación afectiva en su hogar, por sentirse incapaces para enfrentar sus problemas... o por que consideran que las drogas les permiten ser aceptados socialmente..." (Autoestima y consumo de sustancias psicoactivas). Una u otra de las anteriores situaciones pueden presentarse en una persona y llegar a constituirse en un "caldo de cultivo", un factor de riesgo, donde llegar al consumo de SPA es mas probable. No importa donde se encuentre el individuo siempre esta interactuando socialmente y la mayor parte del tiempo, sobre todo los adolescentes y adultos jóvenes, con su grupo de iguales desde donde se puede ejercer presión, para conseguir que un miembro realice acciones que son fundamentales para que éste sea aceptado. La presión que ejerce el grupo sobre una persona es un factor determinante en el consumo de SPA, y se presenta con mucha frecuencia. Por lo tanto es con el grupo y desde el grupo, desde donde se deben implementar y crear estrategias para combatir el consumo, rigiéndose a las características que éstas puedan tener.

Como ya se mencionó en el apartado anterior el ambiente familiar es trasdental en el momento en que una persona entra en contacto con las SPA.

Según Donald A. Moses y otros; a pesar de las fuertes influencias sociológicas y del grupo de pares que actúan sobre el adolescente, el tipo de personalidad que se vuelve hacia las drogas, “se adquiere desde el nacimiento” en el contexto de una familia. Las pautas de crianza y el manejo de la autoridad que hayan utilizado los padres determinaran las futuras estrategias de afrontamiento y solución de problemas que harán parte de su repertorio comportamental que lo vincularan o alejaran del uso indebido de SPA. Estos autores consideran que los incesantes cambios a que esta sujeta la familia se ha reflejado en una lamentable inestabilidad de la relación entre padres e hijos, con sus correspondientes problemas emocionales. (Moses, 1981). En búsqueda de esa afectividad perdida, como consecuencia de la inestabilidad de la relación entre padres e hijos, es como el individuo llega al grupo de iguales, donde se convierte en presa fácil de las drogas, debido a la necesidad de aceptación y pertenencia.

Factores Asociados a la Recreación

Cuando el individuo toma parte en actividades recreativas como fiestas familiares, paseos, viajes o celebraciones esta propenso a consumir SPA socialmente aceptadas como alcohol o cigarrillo, “asociados a las actividades de recreación, se ha comportado como factor de riesgo y predictor de uso de otras sustancias y de abuso o dependencia... El consumo de alcohol y cigarrillo, 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” (Lopera y cols, 1999, p. 70). El entorno determina una actitud hacia el consumo de SPA que además se encarga de reforzar.

Promoción y Prevención en Psicología

La promoción de la salud son un serie de acciones que buscan en las personas de una comunidad el aumento del cuidado de la salud física y mental. Para ello se trabaja en la educación de los miembros del grupo en lo que tiene que ver con la adquisición de conductas que permitan el mantenimiento de la estabilidad física y psicológica. Para la Organización Panamericana de la Salud (1996) existen tres desafíos con respecto a la promoción y prevención de la salud estos son: (a) *Reducir las desigualdades*; facilitando el acceso de todas las personas al sistema de salud sin importar sus situación económica o la ubicación geográfica. (b) *Incrementar el esfuerzo preventivo*; para ello se debe identificar los factores que causan un fenómeno y en seguida reducir o eliminar dichos factores. Y (c) *Incrementar la capacidad de afrontamiento de las personas*, entrenándolas en técnicas que le permiten disminuir, manejar o impedir la aparición la enfermedad con el objeto de combatir los efectos sociales o individuales de las enfermedades crónicas como el abuso de SPA, el estrés, la obesidad, entre otras. La Organización Panamericana de la Salud plantea también que los retos de la promoción de la salud pueden cumplirse a partir de tres estrategias, las cuales son: (a) estimular el autocuidado de los individuos para conservar su salud, lo que significa la adopción de elecciones saludables, (b) estimular la ayuda mutua entre personas que presentan o pueden desarrollar algún tipo de enfermedad, un ejemplo de esto son los alcohólicos anónimos (A.A.) y (c) la creación de las condiciones o entornos que favorecen la salud Al analizar etimológicamente la palabra prevenir significa *antes de venir*, se trata de actuar para que un determinado problema no aparezca o por lo menos disminuir sus consecuencias.

Las dos primeras son las que se tienen en cuenta para esta investigación por considerar que es posible desde la psicología generar comportamientos de autocuidado y de ayuda mutua con respecto al consumo de SPA en los integrantes de PISPA pero no podemos mejorar el entorno social, político o ambiental de ellos.

Según Cepeda y cols (1990): "Prevenir es ejecutar una serie de acciones para que un acontecimiento indeseable no se produzca. Prevenir es algo que se desea hacer cuando identificamos hechos que de aparecer serian dañinos, molestos, perjudiciales o simplemente atentatorios contra la felicidad o armonía interna y externa" (p. 69).

Desde la psicología de la prevención en salud, el trabajo de prevención en el uso y abuso de SPA, es un proceso que se lleva a cabo a nivel individual y de grupos cuya relación con las SPA se establece al interior de una estructura socialmente determinada. Esta estructura produce una cultura que permite e impide el consumo. Según Surgir (1996) la prevención es una acción que se anticipa a un evento no deseado, en este caso el uso, abuso o dependencia a las SPA, y para ello requiere prever, anticiparse para evitar, controlar o disminuir el hecho.

La prevención se puede realizar en tres niveles primario cuando el fenómeno aun no ha ocurrido y se pretende que este no aparezca, secundario, cuando el fenómeno ha ocurrido pero esta en su etapa inicial y se pretende desaparecer y el terciario donde el fenómeno ha tenido lugar durante un tiempo considerable y se pretenden controlar sus efectos. A continuación se estudia cada uno de ellos detenidamente.

Prevención Primaria

En el caso que nos ocupa, la prevención primaria se encamina a disminuir al máximo la probabilidad de que los estudiantes de primer semestre de los programas de pregrado de la universidad de Nariño que hacen parte de esta investigación y aun no han consumido ningún tipo de SPA, las lleguen a usar.

Proteger la población, erradicando los factores que pueden predecir la aparición de la patología es el objetivo de la prevención a nivel primario.

Para hacer posible la prevención de un fenómeno es necesario anticiparse y para ello se debe estudiar la población en la cual se desea trabajar y que por lo general es la que se considera mas vulnerable, para esto se debe contar con un instrumento de medición que permita hacer una cualificación de los factores de riesgo y protección y/o del nivel de consumo, esto depende de la naturaleza de la investigación. El estudio se realiza con el fin de confirmar o descartar la hipótesis planteada a la vez que determina la incidencia de una problemática en determinada población. El instrumento que se escoja debe hacer posible la medición de la severidad del problema y/o de los factores que lo propician. Según Bacca S. (1998, p. 11) “La prevención primaria va dirigida a la población que aun no esta en riesgo de enfermar” para esta investigación se refiere a las personas que no presentan nivel alguno de consumo.

Prevención Secundaria

Son una serie de acciones que se llevan a cabo cuando un fenómeno ya ha aparecido, pero se encuentra en estados en los que aun es posible controlar los efectos que puede generar y hasta eliminarlos, según Bacca S. (1996) “se refiere a la detección de casos ya enfermos pero en estados iniciales del la enfermedad”

(p. 11). Para el caso de esta investigación se refiere a personas del grupo estudiado que ya han tenido contacto con las SPA, en esta circunstancia los propósitos del programa de prevención se centran en que estas persona no lleguen al abuso o se conviertan en dependientes al consumo de SPA.

Prevención Terciaria

Tiene que ver con la atención de la enfermedad en estados avanzados y crónicos de la misma y se trata de minimizar las consecuencias que genera la presencia del problema. En el consumo de SPA se refiere a la rehabilitación de los farmacodependientes o dependientes al consumo de SPA que presenta algún deterioro social, laboral o familiar y en los cuales se pretende disminuir las consecuencias que le generan a nivel psicológico, social, familiar y laboral.

Según la sugerencia que Sanchez M (1998) hace para realizar un programa preventivo sin importar el nivel al que vaya dirigido, se deben seguir los 3 siguientes pasos: (a) se debe hacer un estudio de la situación para conocer las características propias de la población, de esta manera es posible tener una idea de como se puede proceder; (b) una vez se conozca la situación y las características que rodean la problemática de la población se procede a diseñar un programa de intervención que debe poseer una temática y una metodología bien definidas; y (c) se debe realizar el presupuesto y buscar las fuentes que financiaran el programa de intervención a nivel preventivo.

En el siguiente capítulo se estudiarán los métodos e instrumentos de la psicología con que los que se trabajó en esta investigación y más precisamente el programa de intervención que se aplicó a una muestra de los estudiantes de

primer semestre de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño en el semestre B del 2001.

Psicología Cognitivo Conductual

Es una rama de la psicología que nace cuando se utilizan los conceptos e investigaciones del enfoque cognitivo unido a las teorías e investigaciones del enfoque comportamental con el fin de cambiar los pensamientos disfuncionales logrando una mejoría en las conductas desadaptativas del individuo. A continuación se analizan brevemente cada una de las anteriores por separado. Para el enfoque conductual tanto el comportamiento normal como el anormal es aprendido y es resultado de la historia de eventos o circunstancias que aumentan la probabilidad de que una conducta se repita (Refuerzos) es así como Feldman R. (1994, p. 474) afirma: "las personas que exhiben un comportamiento anormal, no han aprendido las habilidades necesarias para enfrentar los problemas de la vida cotidiana, o bien, han adquirido habilidades y patrones erróneos que se conservan por algún tipo de reforzamiento". En el mismo apartado este autor anota que se puede modificar los comportamientos aprendiendo unos nuevos y mas adaptativos.

La psicología cognitiva se centra en el estudio de los procesos mentales superiores, lo cual incluye la manera como las personas conocen y comprenden en mundo, como procesan la información, como elaboran juicios, como toman decisiones, como describen su conocimiento y comprenden a los demás.

Con todo lo anterior la psicología cognitivo conductual le da gran importancia tanto a los procesos mentales superiores como al comportamiento en si. Para

esta rama de la psicología los procesos de pensamiento del individuo se dan de acuerdo a la historia de aprendizajes y refuerzos tanto verbales como no verbales que haya tenido durante su vida, y son los procesos de pensamiento los que generan las conductas, ya sean estas adaptativas o no (“normales” o “anormales”). Un tipo de pensamiento inadecuado es el dicotómico en donde el sujeto analiza los acontecimientos de manera polarizada, o algo es absolutamente bueno o absolutamente malo, no existe punto intermedio; está también el tipo de pensamiento catastrófico o de premonición en donde se predice el futuro de manera negativa; entre otros. Continuando con la idea anterior para Risso W. (1992) los estímulos externos operan en el individuo y producen *actitudes* las cuales son respuestas que se dan en tres niveles: cognitivo, autonómico y motor; la *respuesta cognitiva* se refiere a los procesos de pensamiento, el cual esta mediado por el conocimiento relativamente estable de si mismo, de los demás y del mundo, que ha adquirido el individuo a lo largo de su historia personal y social, esta respuesta se da en imágenes y pensamientos; *la respuesta autonómica* se refiere a las consecuencia visceral o sensaciones subjetivas como ira, miedo, amor, odio, entre otras. Por ultimo ocurre la *respuesta motora* la cual puede ser verbal y no verbal, ejemplo de esta ultima es un gesto facial o evitar una situación (Risso, W.).

La psicología cognitivo conductual hace uso de una serie de técnicas que han sido comprobadas experimentalmente y son el resultado de diversos estudios. Estas técnicas de intervención tienen como objetivo cambiar las ideas que se consideran erradas o irracionales las cuales son el resultado de un proceso de pensamiento inadecuado. Las respuestas autonómicas son fácilmente percibidas

por el individuo y le dan idea de que algo anda bien o mal, entonces “cuando los procesos de pensamiento se dan de manera inadecuada las personas experimentan respuestas autonómicas desagradables las cuales a su vez intervienen en el comportamiento global” (Risso, W. 1992, p.). Teniendo en cuenta lo anterior el trabajo terapéutico consiste en analizar con el paciente o con el grupo los tipos de pensamiento que ellos utilizan de manera habitual, proponiendo uno nuevo y más adaptativo mejorando las respuestas autónomas y por consiguiente las conductas. Según Rimm y Masters (1993, p. 451) “La psicología cognitiva se interesa especialmente en los procesos del pensamiento, por ello un método cognitivo tiende a modificar los sentimientos y las acciones a través de una influencia sobre los patrones de pensamiento”.

Debido a la cantidad de técnicas y estrategias que existen en la terapia cognitivo conductual se estudiarán únicamente las que fueron utilizadas para esta investigación; son: entrenamiento asertivo, expresión de sentimientos, toma de decisiones, juego de roles y modelamiento.

Entrenamiento Asertivo

El entrenamiento asertivo es una técnica que consiste en dar al grupo o al paciente una serie de estrategias que le permitan defender sus derechos, hacer peticiones, expresar sus deseos y sentimientos de manera personalmente satisfactoria y socialmente efectiva. Según Rimm y Masters (1993(p. 101) “la conducta asertiva es la conducta interpersonal que implica la expresión honesta y relativamente correcta de los sentimientos”. Una persona asertiva es aquella que puede actuar teniendo en cuenta sus intereses más importantes, defendiéndose sin ansiedad inapropiada, expresando cómodamente sentimientos honestos o

ejerciendo derechos personales, como el derecho a estar triste, contento o a opinar, entre otros, sin negar los derechos de los otros. En términos simples, el entrenamiento asertivo abarca todo procedimiento terapéutico tendiente a incrementar la capacidad del cliente para adoptar el tipo de conductas anteriormente mencionadas. A continuación se hace una diferencia entre las conductas pasivas, agresivas y asertivas. Para Risso W (1992) la verdadera conducta asertiva se da cuando la persona logra conductas de oposición; estas conductas se encuentran determinadas por la capacidad, estructurada que se adquiere cuando se logra diferenciar entre sumisión, agresión y aserción. El *sumiso* o no asertivo, es una persona que no suele expresar sus sentimientos por lo tanto no solo permite que violen sus derechos sino que además no los ejerce. Los componentes verbales son deficientes: tono de voz inflexión, volumen de voz bajo, con poca expresión facial. Si la ansiedad se incrementa la voz aparece temblorosa razón por la cual prefiere el silencio.

La persona *agresiva* es lo opuesto. Estas personas suelen expresar sus ideas, creencias o sentimientos de una manera honesta, pero inapropiada violando los derechos de los otros. Su tono de voz es irónico, la mirada desafiante su contenido verbal esta conformado por frases peyorativas, degradantes, dominantes o irrespetuosas, en procura de lo que desea. La *aserción*, es un punto intermedio donde el mensaje principal es “yo pienso” o “yo siento” sin ser agresivo. La aserción implica respeto y no sumisión. Reconocer los derechos propios y organizar la conducta.

El entrenamiento asertivo se utiliza cuando se comprueba que la persona posee ansiedad interpersonal que se puede relacionar con su incapacidad para expresar

los sentimientos, hacer respetar y ejercer sus derechos de manera socialmente efectiva y personal mente satisfactoria como es el caso de los tipos de comportamiento pasivo o agresivo, anteriormente mencionados.

La ansiedad que provocan algunos intercambios sociales para el individuo tienen características de anticipación por lo tanto, la persona que tiene déficit en asertividad puede presentar conductas de evitación a situaciones específicas como consecuencia de tal ansiedad, llegando a desconocer sus derechos. En este sentido Wolpe (1976) planteo que la conducta asertiva es un inhibidor de ansiedad ya que es muy similar a la relajación muscular profunda en sus efectos.

Para intervenir en personas que tienen déficit en asertividad se hace uso de estrategias que permiten practicar las herramientas verbales y no verbales que pueden ser utilizadas para que los individuos hagan uso de sus derechos y expresen de manera satisfactoria y socialmente efectiva sus deseos y necesidades.

Las estrategias que generalmente se emplean en la terapia cognitivo conductual para implementar y practicar tanto las conductas asertivas, como la expresión de sentimientos y toma de decisiones son el juego de roles o role playing y el modelamiento.

Expresión de Sentimientos

Como ya se mencionó en el apartado de terapia cognitiva, los eventos o situaciones que le suceden a diario al individuo generan en él *actitudes*, las cuales son respuestas en los niveles cognitivo, autonómico y conductual. Las respuestas autonómicas o sensaciones subjetivas como ira, amor, vergüenza, impotencia, desesperación entre otras. La expresión de sentimientos se basa en el supuesto

de que “al expresar los sentimientos se libera de manera importante la ansiedad que generan los acontecimientos o situaciones de la vida diaria” (Rimm y Masters, 1993, p.). Si una persona acaba de recibir un llamado de atención por parte de su jefe esta situación suscitará uno o varios pensamientos como: “soy incapaz” o “esto es injusto”, estos pensamientos a su vez generan una respuesta autonómica con sentimientos subjetivos tales como miedo, desesperanza, tristeza, ira, odio, entre otras.

En la presente investigación se toman los 5 pasos básicos que Uribe R. (1999) describe en su artículo “Aprendizaje Estructurado de Habilidades Sociales” los cuales se utilizan para lograr que una persona o grupo exprese de manera satisfactoria sus sentimientos.

1. Centre la atención en lo que esta sucediendo en su cuerpo.
2. Averigüe que situación o evento lo hizo sentirse en esa forma.
3. Decida que esta sintiendo. Las posibilidades son: alegría, tristeza, mal humor, “nerviosismo, preocupación, susto” (ansiedad), confusión, frustración, entre otras.
4. Piense en las diferentes formas de expresar su sentimiento y escoja una. Considere las alternativas socialmente viables tales como: hablar acerca del sentimiento, alejarse de la situación, demorar la acción. Considere como, cuando y donde es propicio expresar el sentimiento.
5. Una vez ha encontrado la manera, el lugar, la situación adecuada, exprese su sentimiento.

Toma de Decisiones

La importancia de saber tomar una decisión radica en que estas tienen consecuencias a corto, mediano o largo plazo dependiendo de su importancia, una decisión que se puede calificar de “poco importante” como decidir a que hora levantarse, puede ocasionar dificultades si ese día se ha optado por hacerlo tarde y esto ocasiona una llamada de atención en el trabajo. Lo anterior permite observar que muchas veces se toman decisiones de manera mecánica, sin pensar en los riesgos o consecuencias que puedan tener. En el caso de las sustancias psicoactivas es mucho más trascendental el tomar una decisión que sea el resultado del análisis y no de las circunstancias momentáneas, el azar o la curiosidad. Para esta investigación se retoman los pasos estructurados que tanto Sánchez M. (1996) como Uribe R. (1999) ha propuesto y que según su experiencia resultan útiles a la hora de tomar determinaciones. Los pasos son coincidentes en cada uno de los autores mencionados. Estos son:

Definir. Es importante identificar claramente la situación frente a la que se va a actuar. Piense en el problema que requiere que usted tome una decisión.

Deliberar. Debe considerar varias posibles alternativas estudiando diferentes puntos de vista. Piense en las posibles decisiones que podría tomar para ello es necesario recoger información precisa preguntando a otros leyendo u observando. Genere un cierto número de posibles alternativas, evite una conclusión prematura.

Juzgar. Luego de recolectar la información sobre las posibles alternativas deben analizarse las diferentes posibilidades, sopesando los aspectos tanto positivos como negativos de las posibles decisiones a corto, mediano y largo plazo. Este procedimiento necesariamente supone organizar por prioridad las

decisiones, de la que mas le beneficie a la que menos le favorezca; reconsidere sus posibles decisiones con la información que ha recogido.

Activar. Implica la toma de decisión en sí misma y los elementos que se requieren para ejecutarla. Teniendo en cuenta los pasos anteriores tome una decisión y póngala en practica.

Modelamiento y Juego de Roles.

Dentro de la terapia cognitivo conductual dirigida tanto a individuos como a grupos se utilizan técnicas como el entrenamiento asertivo, expresión de sentimientos y toma de decisiones las cuales ya se estudiaron anteriormente. Estas ultimas se combinan con herramientas como el *Modelamiento y Juego de Roles* buscando obtener mejores resultados en la terapia.

Modelamiento. Uno de los primeros psicólogos que estudio el modelamiento fue Bandura A, (1977) según él una gran parte del aprendizaje humano se basa en el aprendizaje observacional, al que define como un “aprendizaje a través de las observaciones del comportamiento de otra persona que es un modelo” [el subrayado es nuestro]; el ejemplo clásico que da Bandura es el de unos niños que observan una película en la cual un adulto golpea un muñeco de metro y medio de alto. Posteriormente se le da la oportunidad a los niños de jugar con el muñeco obteniendo como resultado un comportamiento igual al del modelo.

En la actualidad este postulado ha sido empleado en la terapia individual y de grupos; desde el punto de vista del terapeuta, consiste en ejecutar una conducta junto con el componente verbal y no verbal para que esta sea adoptada por el paciente o por el grupo.

Para el desarrollo del programa de intervención se tuvo en cuenta la definición y los postulados que sobre el modelamiento hace Risso W (1992, p. 96): “el modelamiento consiste en que el terapeuta o el modelo ejecute la conducta adecuada para que el sujeto la imite. Generalmente el modelo se centra en los elementos o componentes particulares de la respuesta deficitaria. Por ejemplo: “su volumen de voz fue pobre. Debemos incrementarlo un poco. Concentre su atención solamente en mi volumen de voz” (ejecución del modelo). “Bien ahora inténtelo usted”. ”.

Esta herramienta de la psicología permite que los pacientes adquieran de manera mas rápida y duradera los pensamientos y conductas que pueden ser mas apropiados para determinado caso, esto es posible ya que el grupo o la persona observan el reflejo de sus respuestas cognitivas, autónomas y comportamentales; teniendo la oportunidad de calificarlas, analizando un posible cambio en ellas. Según Rimm y Masters (1993, p. 146) “es mas probable que la observación de la conducta de un modelo en situaciones diversas facilite la *adopción* de conductas socialmente apropiadas, es posible también que el modelamiento conduzca a la desinhibición de conductas que el cliente ha evitado a causa del miedo o la ansiedad”.

Juego de Roles. El juego de roles consiste en actuar una situación como si esta sucediera realmente, esta técnica permite que el grupo se ubique de manera imaginada en un tiempo, lugar y circunstancia especifica representando tanto las emociones como las conductas que se presentarían bajo esas condiciones las cuales se consideran necesarias para trabajar en terapia. El papel del terapeuta consiste en ubicar de manera imaginaria a las personas en el lugar, el tiempo y la

circunstancia determinada. Además debe reflejar los sentimientos y conductas inapropiadas modelando las que se consideren necesarias, según el consenso del grupo y el terapeuta. Para Risso W (1992 p. 94) el juego de roles “implica representar un papel en una situación artificial (prefabricada) como si esta fuera real, de tal forma que la conducta ejecutada se asemeje lo mas posible al conducta real”. Mas adelante en mismo apartado este autor afirma que existen tres tipos de representaciones; (a) Reproducir la propia conducta, (b) Invertir los roles y (c) ensayar lo aprendido; estas se retoman para la presente investigación. Risso W da ejemplos sobre los tipos de representación según el punto de vista del terapeuta.

Las instrucciones dadas por el terapeuta varían en cada uno de los tres caso.

1. Reproducción de su propia conducta: “compórtese como lo haría en la situación original. Yo representare el papel de...”
2. Reproducción de las conductas de otra persona, invertir los roles: “invirtamos ahora los roles, yo le demostrare cual fue su comportamiento y usted representará el papel que yo acabe de realizar”.
3. Ensayar lo aprendido: “trate de ejecutar de nuevo su conducta pero retomando las recomendaciones que le hice” o “ensayemos varias veces la conducta para que se reafirmen los logros”. (Risso W).

Autoverbalizaciones

Es la respuesta cognitiva o el proceso de pensamiento que se da antes o después de un evento, es una verbalización que para las personas tiene la sensación de dialogo interno, esta califica el desempeño del individuo en el nivel social, individual, interpersonal, laboral, escolar, afectivo, entre otros. Como ya se

menciono en el apartado de psicología cognitiva los pensamientos tienen gran importancia dentro del comportamiento global del individuo ya que condicionan las respuestas tanto autonómicas como las respuestas de comportamiento. Las autoverbalizaciones pueden ser negativas o positivas. Son negativas cuando subvaloran las capacidades y posibilidades que son más reales para la persona y son positivas cuando analizan un evento o situación en forma global y flexible dando a la persona la posibilidad de tener en cuenta tanto sus capacidades como habilidades y resultados más posibles.

Para Beck J. (retomado por Ferrer A. 2001) existen doce categorías para clasificar las autoverbalizaciones negativas según el tipo de pensamiento, cada uno de ellos está ilustrado con un ejemplo, retomado en forma textual estos son:

1. PENSAMIENTO DEL TIPO TODO O NADA (también llamado pensamiento blanco y negro, polarizado o dicotómico): Usted ve la situación en solo dos categorías en vez de un continuo. Ejemplo: "Si no soy un completo éxito, soy un fracaso".

2. CATASTROFIZACIÓN (También llamado premonición): Usted predice el futuro de manera negativa, sin tener otros desenlaces más probables. Ejemplo: "Estaré tan enfadado, no podré funcionar en absoluto".

3. DESCALIFICACION O DESESTIMACION DE LO POSITIVO: Usted se dice a sí mismo de manera irracional, que las experiencias positivas, acciones o cualidades, no cuentan. Ejemplo: Hice bien ese proyecto, pero eso no significa que soy competente; fue solo suerte.

4. RAZONAMIENTO EMOCIONAL: Usted piensa que algo es cierto porque lo "siente" con mucha fuerza, ignorando o desestimando evidencia a favor de lo

contrario. Ejemplo: "Se que hago muchas cosas buenas en mi trabajo, pero aun así me siento un fracaso".

5. ROTULACION: Usted pone un rotulo global, fijo, a si mismo o a otros, sin tener en cuenta que la evidencia podría llevar de manera mas razonable una conclusión menos desastrosa. Ejemplo: "Soy un perdedor", "El no es bueno".

6. MAGNIFICACION/MINIFICACION: Cuando usted se evalúa a si mismo, a otra persona, irracionalmente magnifica lo negativo y/o minimiza lo positivo. Ejemplo: "El obtener una calificación mediocre prueba lo inadecuado que soy. El obtener altas calificaciones no significa que sea inteligente".

7. FILTRO METAL: Usted presta atención indebida a un detalle negativo, en lugar de observar todo el cuadro. Ejemplo: "Como obtuve una baja calificación en mi evaluación (que también contenía varios puntos altos), significa que estoy haciendo un mal trabajo".

8. LECTURA DE LA MENTE: Usted cree conocer lo que los otros están pensando, sin contar con otras posibilidades mas probables. Ejemplo: "el esta pensando que no se nada sobre este proyecto".

9. SOBREGENERALIZACIÓN: Usted saca una conclusión negativa generalizada, que va mas allá de la situación actual. Ejemplo: "(Porqué me sentí incomodo en una reunión) no tengo lo que se necesita para hacer amigos".

10. PERSONALIZACION: Usted cree que otros se comportan de manera negativa por su causa, sin considerar explicaciones mas plausibles a su conducta. Ejemplo: "El mecánico fue brusco conmigo porque hice algo malo".

11. AFIRMACIONES "DEBO" Y "TENGO": Usted tiene una idea precisa, fija de cómo usted y otros deberán comportarse y sobrestima negativamente el hecho de

que estas expectativas no se cumplan. Ejemplo: “Es terrible que me haya equivocado. Debería dar siempre lo mejor de mí”,

12. VISION DE TUNEL: Usted solo ve los aspectos negativos de la situación. Ejemplo: “El profesor de mi hijo no puede hacer nada bien. El es crítico e insensible y malo enseñando”.

Autoesquema

La autoestima hace parte de un concepto más grande llamado *autoesquema*. El autoesquema es una construcción mental macro que está constituida por cuatro elementos que son: El autoconcepto, la autoestima, la autoimagen y la autoeficacia. El autoesquema es sólido pero dinámico sus componentes se complementan y también actúan por separado, el resultado de este movimiento es la personalidad global del individuo, entendida como la manera más o menos típica en que una persona actúa. Según el “Taller de autoestima”, SINAPSIS, 2000, p. 10-24 los componentes del autoesquema son:

Autoconcepto. Es la idea que se tiene acerca de uno mismo, de cómo se debería ser. “debo destacarme en todo lo que hago”, es el nivel de exigencia que se tiene para consigo mismo y la crítica que surge de ella. Si el nivel de exigencia del individuo es demasiado alto surgirá una voz crítica impecable que no le permite cometer el más mínimo error.

Autoestima. Es un concepto que se entiende como el juicio cualitativo que tiene que ver con el amor propio de cada individuo; es la estima por la valía de las capacidades físicas, intelectuales, laborales, emocionales, entre otras; demostrada en las acciones que la persona realiza en procura de su bienestar y satisfacción.

Autoimagen. Es la idea que la persona tiene acerca de su aspecto físico; de su rostro, su cabello, su cuerpo teniendo en cuenta los esquemas que la cultura moldea, es el gusto por si mismo resultado de la manera en que se aceptan las cualidades y desventajas físicas.

Autoeficacia. Se refiere a la idea que la persona tiene acerca de su desempeño a nivel físico, intelectual, social, laboral, emocional, entre otros. La autoeficacia es entonces la confianza o desconfianza hacia las propias capacidades que resulta de la manera de aceptar los fracasos y éxitos.

Dinámica familiar

La familia es el primer contacto del individuo con la sociedad, es allí donde aprende las normas culturales, las tradiciones y actitudes que le serán útiles para desempeñarse en la sociedad. Durante su permanencia en la familia la persona afecta y es afectada por los demás miembros de su hogar, lo cual se da debido a la naturaleza dinámica de esta. Según Bacca S. (1996) existen 3 grupos de factores que determinan las relaciones familiares, estos son: (a) los comprendidos por los roles, las tareas y el cumplimiento de las normas tanto familiares como socioculturales; (b) los comprendidos por la manera de resolver los conflictos, tomar decisiones y comunicarse; y (c) los factores que determinan si una familia es flexible o estática. La familia permanece en constante movimiento de esta manera: cada miembro de la familia cumple un rol según el cual le son asignadas ciertas tarea y el cumplimiento de las normas impuestas tanto desde la familia como desde los patrones socio culturales; las relaciones familiares serán determinadas por el cumplimiento que cada miembro de la familia dé a los roles, tareas y normas. El segundo componente que facilita o dificulta el funcionamiento

de una familia se refiere a la manera mas o menos estable que tienen sus miembros para resolver los conflictos, tomar decisiones y comunicarse; si los integrantes de una familia resuelven sus conflictos desconociéndolos como sucede cuando se retira el apoyo a uno de ellos, por ejemplo al tener problemas laborales o en el caso de esta investigación problemas con el abuso de SPA; el conflicto y el desequilibrio al interior de la familia aumentan; si los padres o hijos toman decisiones sin contar con el consentimiento u opinión de los demás las relaciones se ven afectadas de manera negativa. Otro factor de la dinámica familiar es la comunicación que se refiere a los canales que se establecen para que se pueda compartir los temores, dificultades y sueños de cada miembro de la familia esta puede ser hostil, amistosa o afectuosa. Además de las estrategias en solución de problemas, la toma de decisiones y la comunicación la dinámica familiar puede ser afectada por pequeños o grandes cambios, tales como la muerte de un miembro de la familia o la llegada a la adolescencia de uno de ellos, en este caso es la adaptabilidad de la familia lo que determina el adecuado funcionamiento de las relaciones familiares “existen formas de funcionamiento familiar rígidos, es decir que tienen una tendencia a mantenerse estáticas sin permitir el cambio; por el contrario otras familias tienen la habilidad para adaptarse fácilmente al cambio, las que oscilarían entre la forma estructurada y flexible” (Bacca S, 1996, p.115); la familia estructurada es aquella que tiene un adecuado equilibrio entre el desempeño de roles, cumplimiento de normas, expresión de sentimientos y los mecanismos para el control de los anteriores. Tanto el estilo rígido como caótico pueden entenderse como los extremos de un continuo en donde existen intermedios los cuales son la forma estructurada y la flexible, si el

estilo es rígido no permitirá la independencia de los miembros de la familia, si es caótico los miembros de la familia verán insatisfechas sus necesidades afectivas o hasta de alimentación y vestido.

Marco Contextual

La investigación que aquí se presenta se desarrollo teniendo en cuenta como población a los estudiantes de primer semestre de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño del semestre B de 2001, por lo tanto se considera necesario estudiar tanto la misión como la visión que esta institución se plantea para con los estudiantes y la sociedad en general los cuales se toman en forma textual de el Plan marco de Desarrollo Universitario (1999, p. 8-10).

Misión de la Universidad de Nariño

La Universidad de Nariño es una Institución pública del orden Departamental creada en 1.904 y se constituye en la única entidad de Educación Superior de éste carácter en la región. La Universidad de Nariño es un ente universitario autónomo, de carácter estatal, comprometido con una pedagogía para la convivencia social y la excelencia académica, que se rige por los principios de la democracia participativa, la tolerancia y el respeto por la diferencia.

Su quehacer esta centrado en la producción de los saberes y el conocimiento de las ciencias, la filosofía, el arte y la tecnología, para una formación académico . científica y cultural integral. Se propone formar personas con espíritu critico, creador y con capacidad de liderar el cambio social, según los retos de la contemporaliadad.

Con fundamento en la autonomía, la libertad de cátedra y expresión , la universidad cumple con su quehacer investigativo, docente y proyección social, en un marco de libertad de pensamiento y de pluralismo ideológico.

Como institución ubicada en zona de frontera y en la región andino – pacífico - amazónica, se compromete a orientar sus esfuerzos hacia el conocimiento de los problemas propios de esta condición y a la búsqueda de soluciones con criterio de sensibilidad.

En su calidad de centro de educación pública del departamento, garantiza el acceso a todos los sectores sociales, étnicos, regionales y locales, siempre y cuando demuestren poseer las cualidades académicas requeridas por la institución.

Visión de la Universidad de Nariño

La universidad de Nariño, consecuente con el ideal de su fundación de contribuir al desarrollo socio – económico - político y cultural de la región inscribe su proyección de acuerdo con los requerimientos y retos del mundo contemporáneo.

Construye su sentido a través de la formación de actitudes y valores humanos, la práctica social del conocimiento y la relación universidad – nación – región.

En la formación de actitudes y valores humanos, la Universidad hace propios tanto los valores universales, necesarios para la comprensión y la convivencia pacífica, como los principios contemplados en la Constitución Política de Colombia. Democracia y Libertad, fundados en el reconocimiento, aceptación y respeto por la diferencia, la tolerancia y el diálogo intercultural.

La práctica social del conocimiento se entiende como producción y creación, socialización y función social del conocimiento mediante una relación de dialogo universidad – sociedad.

- La Producción de conocimiento se considera como un proceso complejo en el cual intervienen diversos actores, teorías y metodológicas como herramientas para la creación, acumulación, reproducción y divulgación del pensamiento.
- La socialización y función social del conocimiento se expresa a través de formas, estrategias, métodos y políticas mediante las cuales la institución permite el acceso y aprobación de las diversas practicas del conocimiento para el desarrollo humano integral.
- El dialogo universidad – sociedad se realiza a partir del conocimiento de que la sociedad produce saberes, valores e imaginarios sobre los cuales construye su sentido de vida y acción, independientemente de los saberes académicos. En consecuencia se hace necesario el dialogo entre unos y otros saberes para enriquecer el conocimiento y buscar alternativas de desarrollo integral.

Por su carácter de universidad publica, se constituye en un factor equilibrante de la búsqueda de igualdad de oportunidades para los diversos sectores de la sociedad, bajo los principios de equidad, democratización del conocimiento, libertad de cátedra y autonomía institucional.

En cuanto a la relación Universidad – Nación – región la Universidad de Nariño, asume su compromiso con la región y contribuye a la solución de las problemáticas que ella plantea.

La universidad de Nariño, inspirada en los principios expuestos, desarrolla sus funciones básicas de investigación, docencia y proyección social, mediante el dialogo e interacción permanente entre estas instancias, como compromiso de toda la comunidad (Plan Marco de Desarrollo Institucional Universitario, 1999, p. 8 - 10).

Metodología de la investigación

La metodología estuvo basada en un enfoque cuantitativo con un diseño preexperimental con preprueba y postprueba para lo cual se contó con la escala DUSI abreviada para jóvenes. La preprueba permitió medir tanto los factores de riesgo como los factores de protección que tenía la muestra ante el consumo de SPA y el nivel de consumo como tal. A partir del análisis de la preprueba se diseñó un programa de intervención teniendo como base la terapia cognitivo conductual, cuya aplicación se hizo a través de técnicas como el entrenamiento asertivo, toma de decisiones y expresión de sentimientos. Una vez finalizó el programa de intervención se procedió a aplicar la postprueba la cual permitió medir los efectos que tuvo el programa sobre los factores de riesgo y protección hacia el consumo de SPA de los estudiantes investigados.

Población y Muestra

La población estuvo conformada por los estudiantes de primer semestre de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño que para el semestre B de 2001 era de 1216 estudiantes.

La muestra se obtuvo a través de un programa de promoción (ver anexo) mediante el cual se invitaba a los “primíparos” a participar en la investigación al

cual se llamó Programa de Intervención sobre el consumo de SPA, “PISPA, *solo para primíparos*”. Se obtuvo una muestra de 26 estudiantes de los diferentes programas y facultades que tiene la Universidad de Nariño. La edad de las personas que hicieron parte al iniciar la investigación oscilaba entre los 16 y 24 años.

Al final de la investigación el número de participantes se redujo a 9 por las dificultades que representó la situación de la Universidad a finales del semestre B de 2001 caracterizada por paros y tomas de la administración por parte de los estudiantes, esto hizo que el cambio del semestre B de 2001 al semestre A de 2002 se diera a mitad del desarrollo del programa de intervención debiendo aplicar la segunda parte en el semestre anteriormente mencionado.

Instrumento

Para evaluar los factores de riesgo y protección al consumo de SPA en el grupo estudiado, se empleó la *Escala del Sistema Interamericano de Datos Uniformes Sobre el Consumo de Drogas, SIDUC* en su versión *DUSI* (Drug Use Screening Inventory) abreviada para jóvenes.

La escala DUSI es un cuestionario multidimensional diseñado para evaluar problemas por consumo de drogas y puede realizarse en forma autoadministrada. Este instrumento permite cuantificar el consumo de SPA y su asociación con problemas psicosociales y psiquiátricos. Este instrumento permite la caracterización de la población por edad, género y nivel educativo. El tiempo aproximado para aplicar la escala es de veinte minutos, se necesita papel y lápiz o un computador.

La primera versión de la escala DUSI contaba con 149 ítems. En 1999 Josefina Lopera, Maria de los Angeles Rodríguez y Roberto Mejía propusieron una versión abreviada que cuenta con 83 ítems y es la que se utilizó para esta investigación (ver anexo).

La versión propuesta por Lopera J. y cols tamiza y cuantifica la severidad de los factores de riesgo en una población determinada con base en 8 dominios con respuesta "SI" o "NO"; cada dominio fue correlacionado a través de un "check list" de síntomas del DSM-III-R. (Lopera J. y cols, 1999). En la parte final de la escala posee un listado de las SPA más utilizadas y permite establecer qué sustancias se han consumido y con qué frecuencia en una población o muestra determinada, comprende las preguntas 84 a 95. Los 8 dominios propuestos por Lopera J. y cols son: Conducta, Estado psicológico, Comportamiento Social, Familia, Académico, Relación con Pares, Recreación y uso de Drogas. Los cuales se describen a continuación.

Dominio Uno. *Conducta.* Comprende las preguntas 1 a 8; tienen como objetivo básico medir el componente de autocontrol y sobre todo de IRRITABILIDAD en el individuo.

Se debe tener en cuenta que la irritabilidad ha demostrado tener una relación importante con un déficit en el auto control del individuo y estos factores a su vez con el uso o abuso de SPA (Lopera y cols. 1999).

La irritabilidad se define como la susceptibilidad para expresar rabia ante un estímulo o provocación; esto significa que una persona irritable y que tiene problemas de autocontrol tiene más probabilidades de consumir SPA que una que no lo es.

Dominio dos. Estado *psicológico*. Comprende las pregunta 9 a 20; su objetivo es medir el componente de estado emocional, ansiedad social y sobre todo la AGRESIVIDAD presente en la persona.

Se debe tener en cuenta que la agresividad ha demostrado tener una relación importante con un déficit en el auto control del individuo y estos factores a su vez con el uso o abuso de SPA (Lopera y cols. 1999).

Las personas que son agresivas, que manifiestan estados de depresión y presentan marcada ansiedad social son propensas al abuso de SPA. La *agresividad* se define como la susceptibilidad para responder de manera física, por lo general violenta, ante un estímulo o provocación. La evidencia sobre la relación entre problemas de conducta como el autocontrol y la agresividad ha demostrado ser un factor importante que puede ser un predictor del abuso de SPA. Según Lopera J. y cols es importante mencionar los resultados de un estudio en donde se encontró que los hijos de personas con problemas de abuso de sustancias manifiestan un grado importante de agresividad en contraposición con los hijos de personas que no tienen este tipo de problemas y se comprobó que los comportamientos agresivos demuestran una correlación con el posterior consumo de SPA (p. 59). En lo que se refiere al *estado emocional* este dominio mide aspectos relacionados con estados depresivos y problemas en estado de animo. El dominio Estado Psicológico mide también en componente de *ansiedad social* cuya relación con el consumo de SPA se ha demostrado en diversos estudios (Lopera J. y cols. 1999).

“Otros trastornos específicos relacionados con el consumo de SPA son los trastornos de tipo afectivo y de personalidad especialmente de tipo neurótico y psicótico” (Lopera J. y cols. 1999, p. 60).

Dominio tres. *Comportamiento Social.* Comprende las preguntas 21 a 29. Tiene como objetivo medir el componente de habilidades sociales tales como: defender los derechos propios, dar opiniones, pedir y dar ayuda así como también mide el grado de interacción social. En investigaciones relativamente recientes (Muralle y cols, 1995) se ha llegado a comprobar un grado de asociación fuerte entre las competencias sociales y el consumo de SPA. Existe una mayor prevalencia hacia el consumo SPA en las personas que tienen déficit en habilidades sociales en comparación con aquellas no presentan marcadas dificultades en las habilidades sociales y presentan un menor nivel de consumo.

Dominio cuatro. *Familia.* Comprende las preguntas 30 a 41. Tiene como objetivo medir el componente de relaciones intrafamiliares: la calidad de la relación conyugal, la solución de conflictos, el consumo de SPA en los miembros de la familia y la supervisión paterna.

Existe una relación significativa entre los conflictos familiares y el consumo de drogas debido a que “Los farmacodependientes provienen de familias desintegradas en mayor o menor grado, incapaces de ofrecer un clima de seguridad y protección suficiente para un desarrollo normal” (las drogas un problema educativo, p. 108). Aquella personas que pertenecen a familias en las cuales existe una resolución de conflictos deficiente y además de ello hace uso del consumo de SPA para reducir las tensiones, están mas propensas al consumo de algún tipo de sustancias. La actitud de los padres en cuanto al consumo juega un

papel importante, un ejemplo de ello es la permisividad hacia estas situaciones e incluso el consumo por parte de los padres Cepeda, Jairo y cols, (1990 p. 70), lo reconocen así: “los niños aprenden lo que ven en las figuras que les inspiran cariño y respeto y tienden a imitar el comportamiento que observan”.

Dominio Cinco. *Académico.* Comprende las preguntas 42 a 52. Su objetivo es medir el componente del grado de ajuste y rendimiento escolar. Mide las relaciones con el grupo de compañeros y la interferencia del consumo de SPA en las obligaciones académicas. En diferentes estudios se ha llegado a establecer que el bajo rendimiento y la deserción escolar pueden predecir el abuso de SPA. Según Cepeda, Jairo y cols “algunas veces puede ocurrir que el estudiante presenta dificultades en las relaciones con los demás (compañeros) y en el aprendizaje, dificultades que pueden llevar al individuo a abandonar sus estudios y esta situación predecir un consumo inadecuado de drogas” (p. 72); en el mismo apartado este autor mencionar que existen otros síntomas que pueden predecir el abuso de SPA tales como el ausentismo escolar, el cambio brusco en el rendimiento escolar y la infracción continua de las reglas de la institución acompañado de un desafío constante a los profesores y una dificultad en las relaciones interpersonales.

Dominio Seis. *Amigos.* Comprende las preguntas 53 a 62. Su objetivo es medir las relaciones con el grupo de amigos; la influencia directa e indirecta que se ejerce dentro de este grupo para el consumo de SPA. La influencia directa se manifiesta por la presión abierta por parte del grupo de amigos hacia el consumo, “en esta situación la persona es apartada del grupo o desaprobada si no posee estrategias adecuadas para negarse a consumir” (RUMBOS, 1999, p. 16). La

influencia indirecta opera mediante el modelado cuando una persona representativa del grupo de amigos es consumidora de alguna sustancia existiendo la posibilidad de que los demás miembros del grupo imiten esa conducta. Otro tipo de influencia indirecta se da cuando las amigos toleran el consumo de SPA dentro de su grupo.

Lopera, Jaramillo y cols, reconoce la influencia de grupo de amigos de la siguiente manera: “de los factores de riesgo que se han encontrado con mayor frecuencia y mas fuertemente asociados en múltiples investigaciones sobre el tema, se encuentra el de los pares o compañeros consumidores de SPA... y el mas importante, que los pares (amigos) sean inductores al ofrecer droga o presión para su uso” (1999, p. 69).

Dominio siete. *Recreación.* Comprende las preguntas 63 a 72. Tiene como objetivo medir el uso del tiempo libre, el consumo de SPA en reuniones sociales y la supervisión de los padres y adultos en estas actividades.

Las personas que utilizan el tiempo libre para hacer deporte, leer, pasear, en general para actividades en la que no se usan SPA tienen menor probabilidad de abusar o volverse dependiente de alguna sustancia. Por el contrario las personas que “matan el tiempo”, utilizan SPA para “pasar el rato” o “para no aburrirse” son mas propensas a abusar o convertirse en dependientes de alguna sustancia.

Los resultados que se han obtenido en algunos estudios sobre factores de riesgo y el consumo de drogas muestran la relación que existe entre la mala utilización del tiempo y el consumo de SPA (Lopera, Jaramillo y cols, 1999).

El dominio *recreación* también mide la permisividad hacia el consumo de SPA legales, como el alcohol o el cigarrillo, por parte de padres, familiares o adultos en

actividades recreativas como paseos o reuniones sociales. Estos factores predicen el uso o abuso de sustancias denominadas “mas fuertes” posteriormente en la vida del individuo (Lopera, Jaramillo y cols, 1999)

Dominio Ocho. *Dependencia.* Comprende las preguntas 73 a 83. El objetivo de este dominio es medir el grado de dependencia que tiene la persona con la sustancia que consume y medir algunas consecuencias directas del abuso de SPA como problemas legales, familiares, con los amigos o el estudio. Es importante anotar que “las personas que consumen sustancias legales como alcohol, cigarrillo o tranquilizantes pueden llegar a usar otras mas “fuertes” tales como cocaína, heroína o alucinógenos” (Lopera J. y cols, 1999, p. 53). Por tanto puede ser un predictor del abuso de la sustancia que consume o de otras mas “fuertes”.

Análisis de la Información

La información que se obtuvo mediante la aplicación de la escala DUSI fue procesada mediante el programa EPI – INFO y analizada a través del programa EPI – SIDUC versión 1998 y su subprograma ANALISIS.

El subprograma análisis realiza un estudio de casos y controles, los casos se refieren a las personas que poseen la enfermedad, en el caso de esta investigación las personas que consumen SPA, y controles los que no presentan el problema, luego los compara respecto a ciertas características, en nuestro caso factores de riesgo, y determina si tiene o no posibilidades de convertirse en una persona o grupo poseedor del problema estudiado

La razón de disparidad o valor O.R. es el grado de asociación que existe entre el factor de riesgo y la enfermedad, en el caso de esta investigación entre los factores de riesgo y el consumo de SPA. Si O.R. es superior a 1 significa que esta

asociado al consumo de SPA; entre mayor sea el valor de O.R. su grado asociativo será mas alto.

Además del valor O.R. el programa EPI – SIDUC mide el valor de P que es la prueba de significancia estadística la cual mide el azar en los resultados. Si P es menor de 1 los resultados poseen significancia estadística y entre mas se alejen de 1 será menor el azar en los resultados, tendrán mayor validez y confiabilidad en la comparación de resultados preprueba postprueba (los datos sobre el análisis de la información mediante el programa Epi – Siduc fue retomado de Cárdenas y Dávila, 2002).

Variables

Variable Dependiente

La variable dependiente para esta investigación fue: los factores de riesgo compuestos por los dominios: conducta, amigos, dependencia y psicológico; y los factores de protección incluidos en el dominio familia que se identificaron con la aplicación de la escala DUSI abreviada en una muestra de los estudiantes de primer semestre de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño en el semestre B de 2001.

Variable Independiente

La variable independiente en esta investigación fue el programa de intervención sobre los factores de riesgo y protección hacia el consumo sustancias psicoactivas en una muestra de los estudiantes de primer semestre de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño en el semestre B de 2001.

Hipótesis

Hipótesis de Trabajo:

Preprueba. Existe un nivel alto de factores de riesgo hacia el consumo de sustancias psicoactivas y un nivel bajo de factores de protección en una muestra de estudiantes del primer semestre de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño en el semestre B de 2001.

Postprueba. Disminuyen los factores de riesgo y aumenta el nivel de factores de protección hacia el consumo de sustancias psicoactivas en los diferentes dominios que mide la escala DUSI abreviada después de la aplicación del programa de intervención sobre los factores de riesgo y protección del consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de los estudiantes del primer semestre de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño en el semestre B de 2001.

Hipótesis Estadística

Preprueba. El 60% de los dominios que mide la escala DUSI abreviada son factores de riesgo y el 40% son de factores de protección hacia el consumo de Sustancias Psicoactivas en la muestra de los estudiantes de primer semestre de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño del semestre B de 2001 que participaron en esta investigación.

Postprueba. Después de la aplicación del programa de intervención, los dominios de la escala DUSI que se convierten en factores de riesgo disminuyeron a un 40% y los dominios de la escala DUSI que se convierten en factores de protección aumentaron a un 60% de ellos.

Hipótesis Nula

Preprueba. Existe un nivel bajo de factores de riesgo y un nivel alto de factores de protección hacia consumo de Sustancias Psicoactivas en una muestra de los estudiantes de primer semestre de la Universidad de Nariño en el semestre B de 2001.

Postprueba. Los factores de riesgo aumentan y los factores de protección disminuyen en la muestra de estudiantes de primer semestre de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño que participaron en el programa de prevención.

RESULTADOS DE LA PRIMERA APLICACIÓN DE LA ESCALA DUSI (PREPRUEBA)

Características de la muestra

Se aplicó la escala DUSI en una muestra de 26 estudiantes de primer semestre de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño con el objetivo de observar las características propias del grupo de personas que formaría parte del *Programa de Intervención sobre los factores de riesgo y protección del Consumo de SPA en estudiantes de primer semestre de la Universidad de Nariño (PISPA)*. Con la aplicación de la escala se pretendió medir tanto los factores de riesgo que pueden llegar a incidir para que los integrantes de este grupo inicien o mantengan una conducta de consumo como también los factores de protección que impiden el uso o abuso de SPA lo cual se analiza a partir del valor de O.R. y del valor de P. A continuación se presentan los resultados de la postprueba. Se debe tener en

cuenta que en los cuadros que miden tanto el valor O.R. como el valor de P se describen los dominios de mayor a menor grado de incidencia.

Tabla 1.

Distribución de la muestra según edad y sexo.

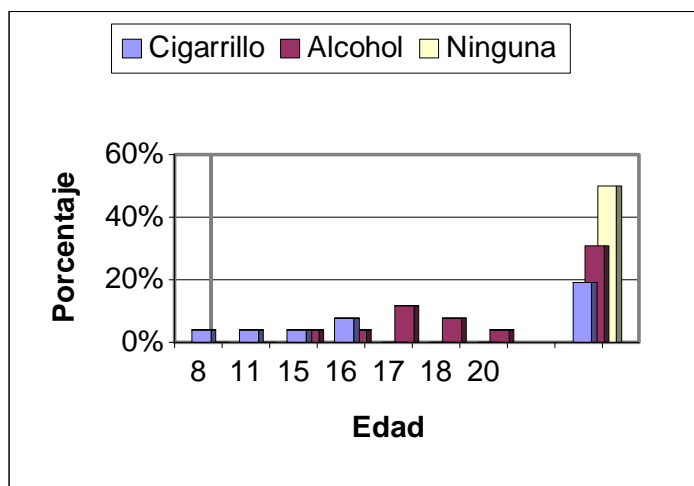
		EDAD									
		16	17	18	19	20	21	22	24		
Masculino		1	2	0	1	2	2	0	1	9	
		11,11%	22,22%	0,00%	11,11%	22,22%	22,22%	0,00%	11,11%	34.61%	
Femenino		0	4	7	1	2	2	1	0	17	
		0,00%	23,52%	41,17%	5,88%	11,76%	11,76%	5,88%	0,00%	65.38%	
		1	6	7	2	4	4	1	1	26	
		M=34.61%		F=65.38%							

En esta muestra el 34.61% de las personas pertenecía al género masculino y el 65.38% al género femenino. Las edades de las personas que hicieron parte de este programa oscilan entre los 16 y 24 años.

Se puede observar que las mujeres están ubicadas en un rango de edad entre los 17 y 22 años de las cuales el 41.17% de ellas tiene 18 años.

Figura 1.

Distribución de la muestra según la edad de inicio y la sustancia de inicio



El grupo de estudiantes que se ha iniciado en el consumo de sustancias psicoactivas lo hizo con cigarrillo o alcohol, siendo este último el de mayor prevalencia: 30.74% de la muestra, este porcentaje de las estudiantes investigados comenzó el uso de SPA entre los 15 y 20 años de edad siendo los 17 años la edad en que estas personas lo hicieron en mayor porcentaje; 11.53%. Se puede observar que el 19.21% de los integrantes de este grupo se inicio en el consumo de SPA con cigarrillo entre las edades de 8 y 16 años siendo los 16 años la edad en que estos estudiantes iniciaron una conducta de consumo en mayor porcentaje; 7.69% de la muestra. Se puede observar que la edad de las personas que comenzaron el consumo de SPA con cigarrillo es mas baja en comparación con la edad de inicio para el consumo de SPA con alcohol, además el inicio del consumo para cualquier sustancia en este grupo es de 8 años, también se puede afirmar que el 50% de los integrantes del grupo no ha consumido ningún tipo de sustancia.

Tabla 2.

Edad de Inicio Según Sexo.

Edad	8	11	15	16	17	18	20	
	0	0	1	1	1	1	1	5
Masculino	0,00%	0,00%	3,84%	3,84%	3,84%	3,84%	3,84%	19,20%
	1	1	1	2	2	1	0	8
Femenino	3,84%	3,84%	3,84%	7,68%	7,68%	3,84%	0,00%	30,72%

50%

Se encontró que el inicio del consumo de SPA en este grupo se dió entre los 8 y 20 años de edad. En la tabla 2 se observa que el sexo femenino inicia una conducta de consumo a edades mas tempranas 8 y 18 años que equivale al 30.72% de la muestra mientras que los hombres lo hacen mas tarde, entre los 15 y los 20 años que equivale al 19.20% de las personas estudiadas.

Tabla 3.

Factores de riesgo y protección para el consumo de cigarrillo.

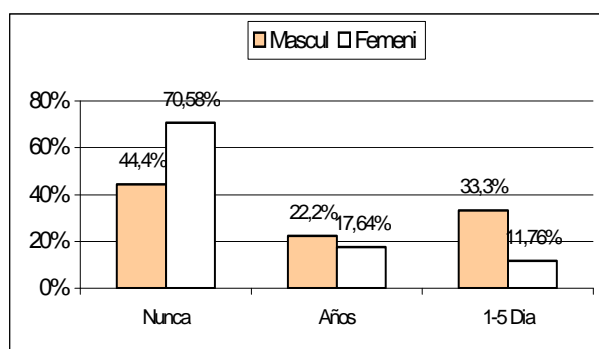
Fac Riesgo	Valor OR	Valor de P
Conducta	2	0.48953370
Psicológico	0.61	0.61875659
Social	0.63	0.69776670
Familiar	0	1
Académico	2.23	0.50992037
Amigos	3	0.27067297
Recreación	0.75	0.77824442
Dependencia	6.33	0.08960890

Según la tabla 3 los factores de riesgo mas importante para el uso o abuso en el consumo de cigarrillo en el grupo estudiado son: el grado de dependencia (OR=6.3) el cual influye de manera significativa para que los miembros de este grupo mantengan una conducta de consumo con cigarrillo; en menor grado

aspectos como son la permisividad, modelado o presión por parte de los amigos (OR=3); el dominio académico (OR=2.23) que mide el grado de ajuste y rendimiento escolar también puede ser un predictor al igual que la agresividad y la falta de auto control que se encuentran incluidas en el dominio conducta (OR=2); estos aspectos se constituyen en factores de riesgo para que los miembros de este grupo lleguen al uso o abuso en el consumo de cigarrillo. La funcionalidad de la familia, el grado de conflictividad, la supervisión paterna y la calidad de la relación conyugal (dominio familia, OR=0); protegen a los integrantes de PISPA ante el uso o abuso de esta sustancia.

Figura 2.

Consumo de cigarrillo según sexo.



En la figura 2 la categoría *nunca* se refiere al porcentaje de personas que en ningún momento de su vida han consumido cigarrillo; la categoría *años* se refiere a las personas que han consumido cigarrillo hace mas de un año y la categoría *1-5 Día* se refiere al porcentaje de personas que consumen entre 1 y 5 cigarrillos diarios.

Al analizar los resultados obtenidos, con respecto al cigarrillo se encontró que de las personas de sexo masculino el 44.4% nunca ha consumido cigarrillo, el

22.2% lo hizo hace mas de un año y el 33.3% lo hace con una frecuencia de 1 a 5 cigarrillos al día. En el sexo femenino 70.6% nunca ha consumido esta sustancia, el 17.64% lo ha hecho hace mas de un año mientras que el 11.76% consume cigarrillo con una frecuencia de 1 a 5 diarios.

Tabla 4.

Consumo de Cigarrillo Según Edad.

EDADES

Cigarrillo

	16	17	18	19	20	21	22	24		
Nunca		4	5		3	3	1		16	61.53%
		25%	31,3		18,75%	18,75%	6,25%			
Años			2	2		1			5	19.23%
			40%	40%		20%				
1-5 día	1	2			1			1	5	19.23%
	20%	40%			20%			20%	26	

En la tabla 4 se observa que el 61.53% de la muestra estudiada nunca ha consumido cigarrillo de este porcentaje el 56.3% se ubica entre los 17 y 18 años (25% y 31.3% respectivamente). El 19.23% de la muestra ha consumido esta sustancia hace mas de un año y se ubican entre las edades de 18 y 21 años; el 19.23% consume de 1 a 5 cigarrillos al día y se ubican en las edades: 16, 17, 20 y 24 años

Tabla 5.

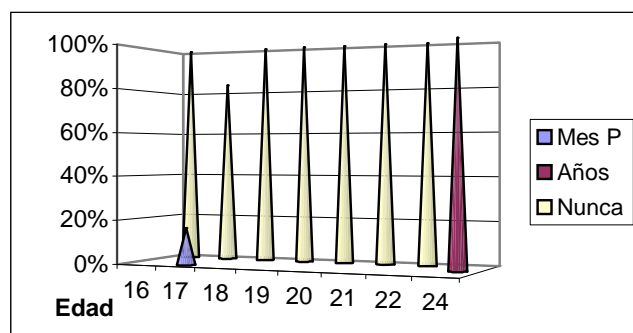
Factores de riesgo y protección para el consumo de Marihuana.

Marihuana	Valor OR	Valor de P
Conducta	1,18	0,9095833
Psicológico	0	0,1410316
Social	0	0,3716184
Familiar	0	1
Académico	11	0,7638928
Amigos	1,67	0,7227007
Recreación	0,5	0,6340717
Dependencia	7	0,1578901

En los integrantes de PISPA se pudo establecer un grado de asociación significativo entre los dominios académico (OR=11); dependencia (OR=7); amigos (OR=1.67) y conducta (OR=1.18). Lo anterior significa que aspectos como el grado de ajuste escolar, el grado de dependencia que manifiestan las personas que han consumido alguna vez esta sustancia, la presión por parte de los amigos hacia el consumo, la ira y la falta de auto control son factores que predicen uso o abuso de marihuana en estas personas

Figura 3.

Consumo de marihuana según edad



En la figura 3 la categoría *Mes P* se refiere al porcentaje de personas que han consumido la sustancia el mes pasado; la categoría *años* se refiere al porcentaje de personas que han consumido la sustancia hace mas de un año y la categoría *nunca* se refiere al porcentaje de personas que no han usado la sustancias en ningún momento su vida.

Según la figura 3 se encontró que las personas que han consumido marihuana lo hicieron ya sea el mes pasado o hace mas de un año. El mes pasado consumió esta sustancias el 16.6% y tienen 17 y 24 años. El 92.4% de la muestra no ha consumido marihuana en ningún momento de su vida y comprende las personas entre los 18 y 23 años.

Tabla 6.

Consumo de Marihuana según Sexo.

	Mes P	Años	Nunca
Masculino	1	1	7
	11,1%	11,1%	77,7%
Femenino	0	0	17
	0%	0%	100%

Se observa que el 100% de las mujeres no ha consumido marihuana en ningún momento de su vida mientras que el 22.2% de los hombres lo ha hecho ya sea el mes pasado o hace mas de un año (Años).

Tabla 7.

Factores de Riesgo y protección para el consumo de Cocaína.

Cocaína	Valor OR	Valor de P
Conducta	0	1
Psicológico	0	1
Social	0	1
Familiar	0	1
Académico	0	1
Amigos	0	1
Recreación	0	1
Dependencia	0	1

Se puede observar que los valores de la razón de disparidad (O.R.) es cero y los valores de P para los diferentes dominios es 1, esto significa que todos los aspectos que evalúa la escala DUSI se convierten en factores de protección ante el consumo de Cocaína. La irritabilidad, la autoestima, las habilidades para relacionarse con los demás, la funcionalidad de la familia, el grado de ajuste y rendimiento escolar, la permisividad, el modelado, la presión de los amigos hacia el consumo de esta sustancia, el consumo en actividades recreativas y el grado de dependencia son factores que protegen ante el consumo de Cocaína.

Ninguna persona que participó del programa de intervención consumió cocaína antes de la primera aplicación de la escala DUSI abreviada por lo tanto no se estudia la incidencia según sexo o edad.

Tabla 8.

Factores de riesgo y protección para el consumo de Bazuco.

Bazuco	Valor OR	Valor de P
Conducta	0	1
Psicológico	0	1
Social	0	1
Familiar	0	1
Académico	0	1
Amigos	0	1
Recreación	0	1
Dependencia	0	1

Se puede observar que los valores de la razón de disparidad (O.R.) es cero y que el valor de P es 1 para los diferentes dominios, esto significa que todos los aspectos que evalúa la escala DUSI no son factores de riesgo ante el consumo de Bazuco.

Ninguna persona que hizo parte del programa de intervención consumió bazuco antes de la primera aplicación de la escala DUSI abreviada, por lo tanto no se estudia la incidencia por edad o por sexo.

Tabla 9.

Factores de riesgo y protección para el consumo de Tranquilizantes.

Tranquiliza	Valor OR	Valor de P
Conducta	1,18	0,90958328
Psicológico	1	1
Social	0	0,1530554
Familiar	0	1
Académico	0	0,7784615
Amigos	0	0,06261757
Recreación	0	0,28446569
Dependencia	7	0,15789011

En la tabla 9 se puede observar que el dominio dependencia puede ser un predictor para mantener una conducta de consumo de tranquilizantes, debido a que se encontró un valor $OR=7$. Lo anterior significa que dentro del grupo estudiado existen personas que tienen un grado de dependencia bastante importante hacia esta sustancia y pueden llegar a buscar en otras sustancias llamadas “mas fuertes” los efectos que por razones de la tolerancia ya no se consiguen con los tranquilizantes. El dominio conducta ($OR=1.18$) y el dominio psicológico ($OR=1$) también pueden convertirse en predictores de una conducta de consumo. Esto significa que aspectos como la falta de autocontrol, la irritabilidad y la baja autoestima e inseguridad pueden llegar a predecir el consumo de tranquilizantes en los miembros de este grupo.

Los factores de protección para el consumo de tranquilizantes son los que la escala DUSI mide en los dominios: social, familiar, académico, amigos y recreación. Es decir que aspectos como las habilidades sociales, la funcionalidad familiar, el grado de ajuste escolar, la desaprobación hacia esta sustancia por parte de los amigos y en actividades recreativas protege a los integrantes de PISPA para que no establezcan una conducta de consumo con esta sustancia.

Tabla 10.

Uso de Tranquilizantes Según Edad.

Tranquiliza	EDAD							
	16	17	18	19	20	21	22	24
Semana					1			
					25%			
Año P						1		
						25%		
Años		1						1
		16,66%						100%
Nunca	1	5	7	2	3	3	1	
	100%	83,30%	100%	100%	75%	75%	100%	

El 15.39% de los integrantes de este grupo ha consumido tranquilizantes en algún momento de su vida y están ubicados en las edades entre los 17 y 24 años; según las diferentes edades están distribuidos así: El 16.6% de las personas con 17 años ha consumido este tipo de sustancias hace mas de un año al igual que el 100% de las personas con 24 años; el 25% de las personas con 20 años ha consumido tranquilizantes la semana pasada y el 25% de las personas con 21 años lo hizo el año pasado.

Tabla 11.

Uso de Tranquilizantes Según Sexo

	Semana	Año	Años	Nunca	Total
Masculino	0	0	1	8	9
			11,11%	88,88%	100%
Femenino	1	1	1	14	17
	5,88%	5,88%	5,88%	82,35%	100%

Se puede observar que el 11.1% de los hombres ha consumido tranquilizantes hace mas de un año y el 17.64% de las mujeres ha consumido esta sustancia en algún momento de su vida; la semana pasada, el año pasado y hace mas de un año con el 5.8% para cada una de las categorías mencionadas anteriormente.

Tabla 12.

Factores de Riesgo y Protección para el Consumo de Estimulantes.

Estimulantes	Valor OR	Valor de P
Conducta	0	1
Psicológico	0	1
Social	0	1
Familiar	0	1
Académico	0	1
Amigos	0	1
Recreación	0	1
Dependencia	0	1

Los valores de la razón de disparidad (O.R.) es cero y el valor de P es 1 para los diferentes dominios, esto significa que todos los aspectos que evalúa la escala DUSI no son factores de riesgo ante el consumo de estimulantes. En el grupo investigado ninguna persona consumió estimulantes antes de la primera aplicación de la escala DUSI por lo tanto no se estudia su incidencia según género y edad.

Tabla 13.

Factores de Riesgo y Protección Para el Consumo de Alcohol.

Alcohol	Valor OR	Valor de P
Conducta	4	0,0981675
Psicológico	2,63	0,2337029
Social	0,44	0,35270403
Familiar	0	1
Académico	1,54	0,73798946
Amigos	15	0,00838618
Recreación	2,29	0,3190058

Dependencia	0	0,06261737
-------------	---	------------

El dominio amigos (OR=15) es un predictor del uso o abuso en el consumo de alcohol para los integrantes de PISPA. Esto significa que la calidad de las relaciones de amistad, el grado de apoyo, la presión, tolerancia y modelado hacia el consumo por parte de los amigos son factores que inciden en el establecimiento de una conducta hacia el consumo de alcohol. Además, el dominio conducta (OR=4) está asociado al consumo de alcohol, esto significa que la irritabilidad, la falta de auto control y el grado de aislamiento social pueden ser un predictor para el consumo de esta sustancia. En menor grado pero no menos importantes están los dominios: psicológico (OR=2.63), académico(OR=1.54) y recreación (OR=2.29). Esto indica que el grado de auto control, el ajuste y desempeño académico; como también la permisividad hacia el consumo de esta sustancia en actividades recreativas como paseos y fiestas familiares pueden predecir el uso o abuso de alcohol en las personas de este grupo.

El dominio dependencia y el dominio familia son factores de protección para el abuso de alcohol en los integrantes de PISPA. El dominio dependencia tiene que ver con las consecuencias sociales y familiares que se generan por el consumo de esta sustancia además del grado de dependencia hacia la misma. El dominio familia mide factores que tiene que ver con la funcionalidad familiar, la calidad de la relación conyugal y la supervisión paterna.

Tabla 14.

Consumo de Alcohol Según Edad.

	16	17	18	19	20	21	22	24
Hoy		1						
		16.6%						
Semana		1	1	1	2	1		1
		16.6%	14,28%	100%	50%	25%		100%
Mes		2						
		33.3%						
Año			2		1	1		
			28,57%		25%	25%		
Años			2			1		
			28,57%			25%		
Nunca	1	2	2		1	1	1	
	100%	33.3%	28,57%		25%	25%	100%	
	1	6	7	1	4	4	1	1

Entre los 17 y 21 años se presentó el mayor nivel de consumo de alcohol en los integrantes de PISPA equivale al 65.38% del total de la muestra.

Tabla 15.

Consumo de Alcohol Según Sexo.

	Hoy	Semana	Mes	Año	Años	Nunca	
Masculino	1	2		1	1	3	9
	11,11%	22,225		11,11%	11,11%	33,33	
Femenino		5	2	3	2	5	17
		29,41	11,76%	17,64%	11,76%	29,41%	
							26

El 70.58% de las mujeres ha consumido alcohol en algún momento de su vida frente al 62.5% de los hombres. Con relación a la totalidad del grupo, el 48% de las mujeres consume o ha consumido alcohol frente al 32% de los hombres, lo

cual muestra una mayor incidencia de las mujeres hacia el consumo de esta sustancia.

Tabla 16.

Factores de riesgo y protección para el consumo de alcohol hasta la embriaguez.

Embriaguez	Valor OR	Valor de P
Conducta	0,83	0,8378288
Psicológico	0,29	0,1846996
Social	0	0,0766008
Familiar	0	1
Académico	7.2	0,098932
Amigos	1,29	0,7797579
Recreación	0,62	0,5918378
Dependencia	3,4	0,2579804

Los factores de riesgo que pueden predecir el consumo de alcohol hasta la embriaguez en los integrantes de PISPA son los que se encuentran en los dominios: académico (OR=7), dependencia (OR=3.4) y amigos (OR=1.29) de la escala DUSI. Esto significa que el grado de ajuste y desempeño escolar; así como el grado de consumo habitual de las personas de este grupo y el modelado o la tolerancia por parte de los amigos son factores que pueden incidir para el consumo de alcohol hasta la embriaguez. El grado de tolerancia hacia el consumo de alcohol puede predecir el consumo de otras sustancias llamadas mas fuertes.

Los factores de protección para el consumo de alcohol hasta la embriaguez en este grupo son los que la escala DUSI mide en los dominios conducta, psicológico, social y familiar. Lo anterior quiere decir que el autocontrol, la ausencia de síntomas depresivos o inseguridad así como las habilidades sociales el grado de

integración y funcionalidad familiar son factores que protegen a los integrantes de PISPA frente al consumo de alcohol hasta la embriaguez.

Tabla 17.

Factores de Riesgo y Protección para el Consumo Heroína.

Heroína	Valor OR	Valor de P
Conducta	1,18	0,9095833
Psicológico	1	1
Social	3	0,4437889
Familiar	0	1
Académico	0	0,5949995
Amigos	1,67	0,6340717
Recreación	0,5	1
Dependencia	7	0,1578901

Los dominios: dependencia, social, conducta, amigos y psicológico (OR=1) tienen grado de asociación alto con respecto al uso o abuso de heroína. El dominio dependencia mide el grado de compromiso que tienen las personas de este grupo hacia la heroína y como se observa en la tabla 17 es alto (OR=7). El dominio social mide las habilidades sociales que tienen las personas de un grupo y su incidencia en el uso o abuso del consumo de una sustancia en este caso la heroína, según los resultados obtenidos es alto (OR=3) y puede convertirse en un predictor; el dominio conducta mide el grado autocontrol y agresividad que se puede relacionar con el consumo de la sustancia estudiada en los integrantes de PISPA, el valor OR para este dominio es 1.18. El dominio amigos mide la presión o el modelado que los amigos ejercen para el consumo de cigarrillo (OR=1,67). Por ultimo el dominio psicológico que tiene que ver con los trastornos del estado de ánimo, con un O.R. de 1 es un predictor del consumo de heroína al igual que

los dominios antes mencionados. Los factores de protección para el consumo de heroína en este grupo son los que miden los dominios: familiar, académico, amigos y recreación.

Tabla 18.

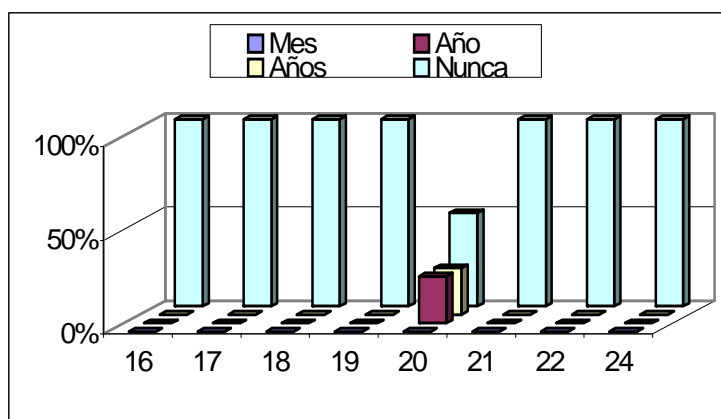
Consumo de heroína según sexo.

	Hoy	Semana	Mes	Año P	Años	Nunca	
Mascul					1	7	9
					12,50%	87,50	100 %
Femeni				1		16	17
				6%		94,00	100 %

En este grupo el 12.5% de los hombres y el 6% de las mujeres ha consumido heroína en algún momento de la vida.

Figura 4.

Consumo de heroína según edad.



El 50% de las personas con 20 años ha consumido heroína en algún momento de la vida. Las personas ubicadas en las diferentes edades a excepción de los 20 años, no ha consumido esta sustancia en algún momento de su vida.

Tabla 19.

Factores de riesgo y protección para el consumo de Alucinógenos.

Alucinógenos	Valor OR	Valor de P
Conducta	0	1
Psicológico	0	1
Social	0	1
Familiar	0	1
Académico	0	1
Amigos	0	1
Recreación	0	1
Dependencia	0	1

Se puede observar que los valores de la razón de disparidad (O.R.) es de cero y que el valor de P es 1 para los diferentes dominios, esto significa que todos los aspectos que evalúa la escala DUSI no se convierten en factores de riesgo para el consumo de alucinógenos en los miembros de PISPA.

En el grupo estudiado ninguna personas consumió alucinógenos antes de la primera aplicación de la escala DUSI por lo tanto no se estudia la prevalencia según sexo o edad para esta sustancia.

A manera de conclusión se puede decir que según los resultados obtenidos en la preprueba los factores que inciden de manera mas significativa en las personas estudiadas para el uso o abuso en el consumo de SPA son los comprendidos en los dominios conducta, amigos, dependencia y psicológico de las escala DUSI y que los factores de protección para el consumo de SPA son los que comprende el dominio familia de la escala como se puede observar en la tabla 21.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN AL CONSUMO DE SPA, PISPA.

Presentación

Los resultados que se obtuvieron en la primera aplicación de esta escala indicaban que los factores de riesgo predominantes en el grupo estudiado, ordenados de mayor a menor incidencia, eran: los que se encuentran comprendidos en los dominios amigos, conducta, dependencia y psicológico de la escala. Así mismo se pudo establecer que los factores de protección son los que se encuentran comprendidos en el dominio familia. En el presente programa se encuentra descrita la estrategia que a partir de la terapia cognitivo conductual pretendió combatir los factores de riesgo y reforzar los factores de protección que el análisis de primera la aplicación de la escala DUSI abreviada para jóvenes (preprueba) mostró mas predominantes.

Para disminuir los factores de riesgo que implican el modelado, tolerancia y presión por parte del grupo de amigos hacia el uso o abuso de SPA que comprende el *dominio amigos*, se manejó a partir de la terapia asertiva y toma de decisiones los cuales buscaban proporcionar a los integrantes de PISPA estrategias tanto para hacer respetar sus derechos de una manera adecuada como también para expresar sus sentimientos sin que esto le implique alguna consecuencia interpersonal negativa. Para trabajar la irritabilidad, la ira y el autocontrol del individuo que comprenden el *dominio conducta*, se trabajó en expresión de sentimientos cuyo objetivo era brindar a los participantes estrategias alternativas a la agresión tanto verbal como física sin dejar de expresar los sentimientos negativos. El *dominio dependencia* que implica el grado de

compromiso de la persona con respecto a las sustancias que consume, el cual puede predecir el uso de sustancias cada vez mas fuertes pretendió ser afectado por el programa de intervención en general (asertividad, autoestima, toma de decisiones, expresión de sentimientos y el taller de la familia). En el *dominio psicológico* se encuentran factores de riesgo como el empobrecimiento del amor propio, la depresión y la tolerancia a la frustración. Para disminuir este factor de riesgo se trabajó a partir de la conceptualización de la autoestructura orientado a incrementar en los participantes el nivel de confianza en si mismos y en su desempeño para enfrentar los problemas de la vida diaria, es decir aumentar la autoeficacia, de la misma manera se buscó aumentar el autoconcepto, autoimagen y la autoestima, los cuales componen la autoestructura. Para reforzar el taller anterior se trabajo en el concepto “autoverbalizaciones” y sobre las consecuencias que tienen a nivel de la autoestima dependiendo de su carácter positivo o negativo.

Los factores de protección que se identificaron según la primera aplicación de la escala DUSI fueron los que se encuentran comprendidos en el dominio familia, teniendo en cuenta que uno de los objetivos de esta investigación consistía en reforzar los factores de protección, se trabajo en los integrantes de este grupo los conceptos de dinámica familiar; de los roles y las tareas que cada uno cumple, la comunicación y la resolución de conflictos además de los conceptos de familia flexible y estática. Todos estos conceptos se orientaban a sensibilizar sobre la influencia que cada persona ejerce como miembro de una familia en la totalidad de esta.

Objetivos

Objetivo General

Disminuir los factores de riesgo que constituyen los dominios conducta, amigos, dependencia y psicológico; y reforzar los factores de protección incluidos en el dominio familia de las escala DUSI.

Objetivos Específicos

1. Disminuir los factores de riesgo que comprende el dominio amigos de la escala DUSI a través de la implementación de conductas asertivas en los integrantes de "PISPA".
2. Disminuir el riesgo que representa la presión directa o indirecta hacia el consumo de SPA por parte de los amigos para los integrantes de "PISPA" a través del entrenamiento en toma de decisiones.
3. Disminuir en los integrantes de "PISPA" los factores de riesgo que están comprendidos en el dominio conducta de la escala DUSI mediante el entrenamiento en expresión de sentimientos.
4. Reforzar los factores de protección que comprenden el dominio familia de la escala DUSI mediante un taller sobre dinámica familiar.

Sesiones

Se aplicó diez sesiones, ocho de las cuales se llevaron a cabo en las zonas verdes de la Universidad de Nariño en la sede torobajo con una intensidad de 1 vez por semana y una duración de dos horas. Las restantes dos sesiones fueron salidas de campo que se llevaron a cabo en el Centro Recreacional COMFAMILIAR en el municipio de Chachagüí Nariño. Las sesiones antes mencionadas se desarrollaron durante la última parte del semestre B del año 2001

hasta mediados del semestre A del 2002. Cada taller tuvo una duración de dos horas.

A continuación se nombran las diez (10) sesiones que se aplicaron en esta investigación en un apartado posterior se encuentra el contenido específico de cada sesión con sus objetivos y procedimiento.

- a. Sesión uno. Preprueba y taller de integración “Integrémonos”.
- b. Sesión dos. Taller de autoestima “Soy de arcilla”.
- c. Sesión tres. Taller de asertividad “Introducción a la asertividad”.
- d. Sesión cuatro. Taller de asertividad “Los teatreros”.
- e. Sesión cinco. Taller en expresión de sentimientos “Expresando lo que siento”.
- f. Sesión seis. Salida de campo “Reforcemos lo aprendido”.
- g. Sesión siete. Taller sobre las autoverbalizaciones “auto instrucciones son acciones”
- h. Sesión ocho. Taller en toma de decisiones “aprendo a decidir”.
- i. Sesión nueve. Taller para reforzar los factores de protección “Taller de la familia”.
- j. Sesión diez. Cierre y postprueba. “Pintando como ayudar a los demás”.

Metodología del Programa de Intervención

El programa de prevención se desarrolló con base en la terapia cognitivo conductual teniendo en cuenta las técnicas en entrenamiento asertivo, expresión de sentimientos y toma de decisiones. También se utilizaron instrumentos de terapia como son el juego de roles; en donde el terapeuta evalúa la acción teniendo la oportunidad de modelar una forma más adaptativa de pensamiento y conducta.

Buscando que los talleres cumplieran con los objetivos propuestos se utilizó para todas las sesiones el siguiente procedimiento: introducción a la temática a desarrollar, aplicación de las actividades, continuación de la temática por parte del terapeuta, por último retroalimentación, comentarios donde los integrantes de PISPA tenían la oportunidad de dar su opinión personal acerca de los temas tratados y cierre. De esta forma se consiguió una participación activa de los integrantes de PISPA.

A continuación se presentan los contenidos específicos de los talleres y actividades del programa de intervención.

Primera Sesión “Integrémonos”

Objetivo. Facilitar relaciones interpersonales adecuadas entre los integrantes de PISPA para la aplicación del programa de prevención.

Contenido

Información general sobre la investigación; primera aplicación de la escala DUSI (preprueba); aclaración de expectativas; actividades de integración y retroalimentación.

Descripción

Se hizo una presentación general del programa, posteriormente se aplicó la preprueba (escala DUSI), se buscó sensibilizar acerca de la problemática que implica el consumo de SPA; se realizaron dos actividades de integración de la siguiente manera: La primera actividad de integración consistió en dar la orden para que todas las personas formen un círculo y se lancen un balón al azar, la persona que lo recibe debía informar al resto del grupo, su nombre, edad, programa al que pertenece y expectativas frente al programa. Posteriormente se

aclaró las expectativas que los participantes tenían acerca de PISPA. La segunda actividad de integración consistía en dar la orden para que los participantes formaran una fila, cada uno debía saltar una cuerda a la vez que respondía a las siguientes preguntas: ¿cuál es su signo zodiacal?, ¿quién es su personaje favorito? y ¿cuál es su mayor logro?.

Finalmente se habló de las experiencias directas e indirectas que los participantes han tenido con las SPA luego se hicieron conclusiones y se retroalimentó sobre la sesión en general.

Duración: 120 minutos

Recursos físicos: Espacio abierto y fotocopias.

Segunda Sesión “Soy de arcilla”

Objetivo

Incrementar el nivel de autoestima en los miembros de PISPA.

Contenido

Concepto de autoestima, autoimagen, autoconcepto y autoeficacia; modelado de arcilla y retroalimentación.

Descripción

Se habló acerca de los conceptos de autoestima, autoimagen, autoconcepto y autoeficacia como parte de un concepto macro que los contiene denominado *autoesquema*, resaltando las consecuencias que tienen sobre el proceso de los pensamientos, sobre las emociones y el comportamiento. Se motivó a los participantes a trabajar sobre la arcilla tratando de “reflejar” los conceptos mencionados con anterioridad y de cómo los perciben en su propia persona

posteriormente se pidió que cada uno dé una explicación al trabajo que realizó.

Se hicieron conclusiones y se retroalimentó.

Duración: 120 minutos.

Recursos físicos: Campo abierto, arcilla, cartulina, grabadora, fotocopias.

Tercera Sesión “Introducción a la asertividad”

Objetivo

Introducir a los integrantes del grupo en los conceptos fundamentales de la asertividad.

Contenido

Concepto de los comportamientos pasivo, agresivo y asertivo; actividad de refuerzo y retroalimentación.

Procedimiento

Se habló brevemente sobre los estilos pasivo, agresivo y asertivo de comportamiento, después se desarrolló un juego en donde se repartió a cada participante un papel que tenía escrito una acción. Cada persona debía representar la acción que se encontraba consignada en el papel sin pronunciar ninguna palabra. Las acciones a representar fueron diez (10), cada una de ellas estaba repetida tres veces de manera que al dar la orden para representarla tres personas estarían tratando de comunicar lo mismo. Estas 3 personas se reunirían para formar un equipo, por cada acción hubo un equipo, es decir un total de diez (10). Cada grupo debía armar una frase predeterminada, con unas palabras recortadas que se dispusieron en el piso.

Las frases fueron:

1. Diciendo lo que siento me sentiré mejor.
2. Los deseos expresados adecuadamente logran su meta.
3. Tengo derecho a expresar mis pensamientos.
4. Puedo pedir algo de manera que me sea concedido.
5. Decir no también en una elección.
6. Si me agreden verbalmente tengo derecho a defenderme.
7. Uno se puede hacer respetar sin necesidad de agredir al otro.
8. Tengo derecho a pedir lo que quiera.
9. Si deseo opinar, al hacerlo me sentiré mejor.

Al terminar de armar una frase cada equipo debía hacer una reflexión con respecto a ella, el terapeuta retroalimentaba profundizando en los conceptos alrededor de la asertividad. El procedimiento se repite por cada una de las frases.

Duración: 120 minutos

Evaluación: Preguntas.

1. Que es para usted la asertividad?.
2. Como cree que puede aplicarla en su vida?.

Recursos físicos: sala de terapia del programa de psicología, fotocopias, lápices, cartulina, marcadores y tijeras.

Cuarta Sesión “Los teatreros”

Objetivo

Incrementar en los integrantes de PISPA conductas que le permitan manejar la presión de los amigos hacia el consumo de SPA mediante el juego de roles.

Contenido

Estilos de comportamiento pasivo, agresivo y asertivo; concepto de juego de roles, representaciones y retroalimentación.

Procedimiento

Se retomó la sesión anterior donde se trabajó la asertividad y los conceptos alrededor de esta; se habló acerca de algunas experiencias de los participantes en donde no pudieron expresar lo que deseaban o sentían. Esto con el objeto de disponerlos para la actividad que sigue.

Se organizó a los participantes en grupos de 5 personas y se dió un tema para ser representado durante al menos 5 minutos, dando un espacio de 15 minutos para preparar la escena.

Los temas fueron:

- a). Una persona tiene problemas con su familia y los amigos le aconsejan recurrir al uso de SPA, después de negarse un poco la persona cede.
- b). La misma situación anterior pero la persona logra sortearla muy bien y no cede, ganándose el respeto y admiración de sus amigos.
- c). La anterior situación pero la persona no maneja bien la situación y pierde sus amigos.
- d). Una persona es ridiculizada por una equivocación y esta no se defiende, llegando al autoreproche.
- e). La situación anterior pero la persona reacciona agresivamente.
- f). La misma situación pero se reacciona asertivamente.

Se retroalimentó haciendo énfasis en las maneras asertivas de actuar en contraste con las pasivas o agresivas.

Duración: 120 minutos

Evaluación: Preguntas.

1. Que son para usted los estilos pasivos o agresivos de comportamiento?.
2. Como cree que puede aplicarla en su vida según lo que hoy se trabajó?.

Recursos físicos: zona verde bloque 3, fotocopias, lápices, cartulina y marcadores

Quinta Sesión “Expresando lo que siento”

Objetivo

Lograr en los integrantes de PISPA una adecuada expresión de sentimientos buscando disminuir la ansiedad que producen los estilos pasivos o agresivos de comportamiento.

Contenido

Concepto de expresión de sentimientos, actividad lúdica y retroalimentación.

Procedimiento

Se hizo una introducción acerca de los pasos para una adecuada expresión de sentimientos y se habló de ella como una de las conductas asertivas tratando de enfatizar en su implicación comportamental, afectiva y cognitiva. Se organizó a los participantes en grupos de 5 persona; cada uno de ellos debía dibujar o representar con gestos una profesión, un animal y un objeto que el resto de compañeros debía adivinar, tenían treinta (30) segundos por cada representación.

La totalidad de los integrantes de cada grupo debía hacer las representaciones, las cuales se le entregaban en un papel, cuando le correspondía su turno. Por último se retroalimentó la sesión enfatizando en el lenguaje no verbal y se lo relacionó con los pasos estructurados para la expresión de sentimientos.

Duración: 120 minutos.

Estrategia: Actividad en grupo

Evaluación:

- Que entiende por asertividad?
- Como haría para expresar sus sentimientos en una situación difícil?. Ejemplo.

Recursos físicos: Sala de terapia grupal, departamento de psicología, cartulina, fotocopias y marcadores.

Sexta Sesión “Reforcemos lo Aprendido”

Objetivo General

Reforzar los conceptos alrededor del autoesquema, asertividad y la expresión de sentimientos haciendo posible que los miembros del grupo utilicen este tipo de comportamientos en su vida cotidiana.

Objetivo Específico:

- Consolidar el compromiso de los integrantes de PISPA con el programa de prevención.

Contenido

Autoestima, autoconcepto, autoimagen y autoeficacia; asertividad; expresión de sentimientos e introducción al concepto de autoverbalizaciones.

Procedimiento

Para esta sesión el grupo se desplazó hasta el centro recreacional “un sol para todos” de COMFAMILIAR en Chachagüí Nariño. Esta salida de campo se desarrolló los días 16 y 17 de marzo de 2002.

El primer día en horas de la mañana se realizó un ejercicio que intentaba trabajar los temas tratados en las sesiones anteriores utilizando la imaginación.

Para esto se hizo un ejercicio de relajación y posteriormente se pidió a los participantes que se imaginaran en las siguientes situaciones: siendo criticados y pidiendo ayuda. Cada una de las situaciones se enmarco en un tiempo y espacio definido, teniendo en cuenta el tipo de proceso de pensamiento que se podía tener en ese instante.

En las 2 escenas se nombraron los pasos que se habían trabajado en las anteriores sesiones con respecto a: Estructurar una conducta asertiva y a decidir (captar) que parte del autoesquema estaba siendo afectado. Por último se retroalimentó.

En horas de la tarde se trabajó sobre los 5 pasos para la expresión de sentimientos (ver el apartado *psicología cognitivo conductual*). Se pidió a cada participante comentar una situación en la que había sido difícil para él expresar lo que sentía. Se escogió una situación para representar tratando de retroalimentar el proceso de los pensamientos y la conducta resultado de la circunstancia. Posteriormente se trabajaron los 5 pasos para expresar los sentimientos enmarcando la situación anteriormente trabajada.

El ultimo día de la salida de campo se hizo una introducción hacia el concepto de autoverbalizaciones. Primero se mencionó la posibilidad de controlar los pensamientos y con ello a las emociones, obteniendo como resultado un mejor desempeño ante situaciones que impliquen algún grado de ansiedad. Se dió un ejemplo de una situación que implica un alto grado de ansiedad como es hablar en público. Se pidió a los participantes que consignaran en un papel los pensamientos que posiblemente tendrían faltando dos horas para la exposición.

Se pidió que comunicaran al resto del grupo los pensamientos que posiblemente tendrían. Al final se retroalimentó enfatizando en la importancia de las autoverbalizaciones.

Duración: 32 horas

Recursos físicos: Transporte (bus contratado), instalaciones del Centro de Recreación COMFAMILIAR de Nariño, zona de campamento, refrigerios, fotocopias, lápices. etc.

Séptima Sesión “autoverbalizaciones son Acciones”

Objetivo

Mejorar la calidad de las autoverbalizaciones en los integrantes de PISPA.

Contenido

Conceptualización de autoverbalizaciones; dinámica y retroalimentación.

Procedimiento

Se habló de las autoverbalizaciones y de su consecuencia en el autoesquema, en el componente emocional y en la conductas de las personas. Se dió indicaciones a los participantes para que en una hoja de papel escriban una carta muy breve que contenga dos o tres frases acusando de un defecto a alguien, esto, sin dar argumentos ni señalar a la persona que se dirige la misiva. La persona que escribe el mensaje debe firmar claramente.

Se recogieron las cartas y se redistribuyeron cuidando de que ninguna de ellas quede en manos de su propio autor; Se pidió a los participantes que preparen una defensa escrita a las acusaciones que le han sido entregadas. Esta defensa debía ser rotunda, reafirmando los componentes del autoesquema, continuación cada participante leyó la defensa que había escrito. Se reforzaron las defensas

vehementes y se modelaron las débiles sin llegar a desaprobarlas totalmente. Se retroalimentó haciendo énfasis en el diálogo interior que cada uno posee y tratando de hacer consiente las acusaciones que provienen del interior de si mismos y de como puede afectar esto a la personalidad global.

Duración: 120 min.

Instrumentos: Actividad en grupo, modelamiento y charlas.

Evaluación:

1. Sabía que lo que nos decimos afecta tanto a nuestras emociones como a la manera en que actuamos? Que opina?
2. En que aspectos de su vida pueden aplicar lo aprendido hoy?
3. Que hará de hoy en adelante si llega a usted una autoverbalización negativa?

Octava Sesión “Aprendo a Decidir”

Objetivo

Entrenar a los integrantes de *PISPA* en las estrategias para la toma de decisiones.

Contenido

Estrategia en toma de decisiones, actividad en grupo, retroalimentación.

Procedimiento

Se habló de la concepción del tiempo como una serie interminable de decisiones grandes y pequeñas que muchas veces son tomadas casi de manera automática. Se trabajó los 4 pasos para tomar una decisión estos son: a) identificar la situación; b) recoger información y deliberar; c) juzgar y d) Activar.

Se realizó un concurso en toma de decisiones: se organiza a los participantes en grupos de seis personas. La competencia consistió en pasar por 2 etapas

utilizando el menor tiempo posible. En cada una de las etapas habían decisiones que tomar. Se dió la siguiente instrucción: Representando los personajes que se mencionan tome la mejor decisión para este problema: Tres misioneros y tres caníbales desean atravesar un río. Sin embargo, tienen un bote que puede soportar a dos personas al tiempo. No hay otra forma de cruzar el río. Si quedan mas caníbales que misioneros en las orillas del río, los caníbales se comerán a los misioneros. ¿cuál será el modo mas eficiente en que puedan llegar las seis personas al otro lado del río sin que nadie resulte dañado?. Se retroalimentó teniendo en cuenta las pequeñas decisiones que se debieron tomar para llegar a la solución del problema; de la importancia de contar con la información necesaria y de esta manera prever la consecuencia de cada decisión.

Duración: 120 minutos.

Evaluación:

Cree que las decisiones deben tomarse de manera apresurada o aplazarlas, que opina?

Que hará de hoy en adelante si debe tomar una decisión que le sea difícil hacer.

Teniendo en cuenta los 4 pasos para tomar una decisión responda la siguiente pregunta: Le ofrecen, de manera insistente y “tentadora”, consumir una SPA que nunca había probado. Que haría usted?

Recursos físicos: Campo abierto, fotocopias.

Novena Sesión “El Taller de la familia”

Objetivo General

Reforzar el taller anterior (toma de decisiones) y fortalecer los factores de protección frente al uso o abuso de SPA que están comprendidos en el dominio familia de la escala DUSI.

Objetivos específicos

Reforzar en los integrantes de PISPA las estrategias en toma de decisiones.

Hacer que los integrantes de PISPA tengan una visión amplia de la dinámica familiar.

Sensibilizar a los participantes sobre la importancia de la expresión de sentimientos y de la comunicación en la dinámica familiar.

Lograr en los integrantes de PISPA una visión de su rol como miembros de una familia y de su influencia en ella.

Contenido

Ejercicio en toma de decisiones; conceptualización de dinámica familiar; actividades en grupo y retroalimentación.

Procedimiento

Para el desarrollo de este taller se llevó a cabo una salida de campo que tuvo lugar los días 20 y 21 de abril de 2002. En la mañana del primer día se hizo una discusión acerca de las decisiones mas importantes que los participantes habían tomado durante la semana anterior y cómo aplicaron los pasos que se trabajaron en la anterior sesión; las personas que no habían utilizado los pasos comentaban un caso e intentaban seguir los pasos, el resto de participantes daba su opinión.

Se retroalimentó y se reforzó los elementos a tener en cuenta antes de tomar una decisión.

En la tarde del primer día se habló acerca del concepto de dinámica familiar, de los roles que cada miembro cumple, de la asignación de tareas, de la expresión de sentimientos, de la resolución de conflictos y del tipo de familia flexible y rígida; se organizó grupos de 5 personas, se habló acerca de la importancia del trabajo en equipo y se realizó una competencia. La competencia consistía en pasar por cuatro obstáculos antes de llegar a la meta, para lo cual se debía responder a una serie de preguntas, todo lo anterior permaneciendo la totalidad del grupo siempre unido y ayudándose mutuamente.

Primer obstáculo: Malla de entrenamiento militar.

Preguntas.

1. Para usted que es una familia?
2. Que le agrada de su vida familiar?

Segundo obstáculo: Resbaladero (subir por el platón y bajar por las escaleras).

Preguntas:

1. Nombre dos ocasiones en la que haya sentido un apoyo incondicional de su familia.
2. Que sucede dentro de su familia cuando uno de sus integrantes se ausenta por un tiempo considerable?

Tercer obstáculo: Tubería (pasar por medio de unos tubos).

1. Imagínese un instante sin su familia. ¿qué sucedería con usted?
2. Que es lo mejor que usted ha podido dar a su familia?

Cuarto obstáculo: Llantas (saltar por encima de unas llantas de automóvil ubicadas en línea recta y sujetas al piso)

1. Cuando ha recibido el mayor regaño por parte de su familia?
2. En que terminó esta situación?

Cada grupo dio lectura a sus respuestas, se tomaron opiniones de los demás participantes reforzando las respuestas orientadas a la comunicación y apoyo familiar. Se reforzó enfatizando en la participación de los integrantes de PISPA como miembros activos dentro de sus familias y como propiciadores de mejores condiciones en el ambiente de esta.

En la mañana del segundo día se escogieron 5 personas al azar. Estas personas debían organizar una representación acerca de una familia con poca comunicación. El resto del grupo debía prestar mucha atención a la escena para comentar las situaciones que sucedieron y dar una posible solución al conflicto de acuerdo a los conceptos trabajados en las anteriores sesiones. Se retroalimenta enfatizando en la importancia del vínculo familiar.

Contenidos:

Dinámica familiar

Expresión de sentimientos dentro de la familia

Importancia de la comunicación

Duración: 32 horas

Instrumentos:

Juego dirigido

Evaluación:

Haga un paralelo entre el concepto de familia que tenía antes y el que tiene ahora (compare 3 aspectos).

Como cree usted que influye en la dinámica familiar una persona que no sabe expresar sus emociones y no establece una adecuada comunicación con su familia?

Cree que la familia debe enterarse de lo bueno y lo malo que le sucede?

Recursos físicos: Transporte (bus contratado), instalaciones del Centro de Recreación COMFAMILIAR de Nariño, zona de campamento, refrigerios, fotocopias, lápices. etc.

Décima Sesión “Pintando Como Ayudar a los Demás”

Objetivo

1. Establecer posibles estrategias de prevención desde los intereses y motivaciones de los integrantes del grupo.
2. Evaluar los efectos del programa de prevención a través de la segunda aplicación de la escala DUSI (postprueba).

Procedimiento

Se habló acerca de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, de los intentos propuestos desde una cultura informativa, se habla de la influencia del grupo de iguales, de la psicología del consumidor; la influencia de la autoestima como también de un déficit en asertividad. Posteriormente se da la orden de hacer un dibujo dejándose llevar por las emociones que circulan por cada persona en ese momento y una posible manera de prevenir consumo. Se pide que cada persona explique el dibujo.

Se hizo una retroalimentación buscando que cada participante ofrezca alternativas de mejoramiento del programa y una visualización de un método que facilite prevenir el consumo de SPA.

Por ultimo se aplicó la escala DUSI, postprueba y se hizo el cierre.

Evaluación:

1. Como creen ustedes que es posible prevenir el consumo de SPA?
2. Que métodos serían los mas adecuados?
3. Porque creen que no ha sido posible detener el consumo de SPA?
4. Que pueden hacer desde su individualidad para prevenir el consumo?

Recursos físicos: Campo abierto Universidad de Nariño, cartulinas, témperas, pinceles, música, etc.

SEGUNDA APLICACIÓN DE LA ESCALA DUSI (POSTPRUEBA)

Características de la muestra

Se aplicó la escala DUSI abreviada para jóvenes a 9 estudiantes que en el periodo B de 2001 se encontraban en primer semestre de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño. Al iniciar este programa de intervención el número de estudiantes era de 26. Debido al inconveniente que representó el cambio de semestre del periodo B de 2001 al periodo A de 2002 el número de integrantes disminuyó.

La disminución en el número de participantes de este programa no representa un inconveniente en los resultados que se obtuvieron debido a la estabilidad que posee la escala DUSI abreviada para jóvenes en estudios test retest (Iopera J. y cols, 1999) lo que permite cuantificar los resultados de la aplicación de este programa.

Tabla 22.

Distribución del grupo según edad y sexo. Postprueba.

SEXO/EDAD	18	19	21	22	23	24	Total
Masculino	11.1%	0%	0%	11.1%	0%	11.1%	33.3%
Femenino	11.1%	11.1%	22.2%	11.1%	11.1%	0%	66.6%
Total	22.2%	11.1%	22.2%	22.2%	11.1%	11.1%	100%

En la tabla 21 se puede observar que la muestra según edad se da en un rango de 18 a 24 años en donde el sexo femenino representa el 66.6% de las personas investigadas mientras que el género masculino equivale al 33.3% de estas.

Tabla 23.

Factores de Riesgo y protección para el consumo de cigarrillo.

Cigarrillo	Valor OR	Valor de P
Conducta	0	0,0233422
Psicológico	2,5	0,57075039
Social	0	0,0472209
Familiar	0	1
Académico	6	0,28397677
Amigos	2,5	0,57075039
Recreación	0,4	0,57075039
Dependencia	0	0,0472209

Se observa un grado de asociación considerable entre los dominios académico (O.R.=6), amigos (O.R.=2.5) y psicológico (O.R.=2.5) con respecto al uso o abuso en el consumo cigarrillo. Esto significa que aspectos como el ajuste escolar; la presión, tolerancia o modelado hacia el consumo por parte de los amigos; la agresividad, la depresión e inseguridad pueden convertirse en predictores de una conducta de consumo para esta sustancia en los integrantes PISPA.

Por el contrario existen factores que protegen a estas personas del inicio o reincidencia en el consumo de cigarrillo tales como el domino conducta, social, familia, dependencia y en menor grado recreación. Esto significa que aspectos como el autocontrol del individuo, el grado de integración social unido a una familia funcional con buena relación entre los padres y la supervisión por parte de estos sobre las actividades de sus hijos puede convertirse en un factor que impida el inicio o reincidencia en el consumo de esta sustancia; así como también el grado de dependencia y la no permisividad del consumo en actividades familiares o de recreación.

Tabla 24.

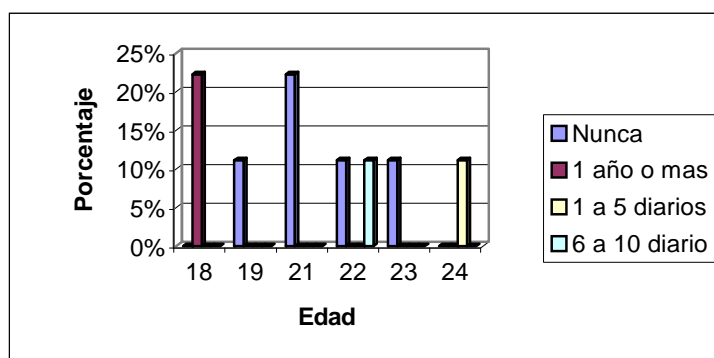
Consumo de Cigarrillo Teniendo en Cuenta Genero.

	Masculino	Femenino	Total
Nunca fuma	0%	55.5%	55.5%
Mas de año	11.1%	11.1%	22.5%
1 a 5 diarios	11.1%	0%	11.1%
6 a 10 diarios	11.1%	0%	11.15
Total	33.3%	66.6%	100%

Se observa un alto grado de abstinencia hacia el consumo de cigarrillo por parte de las mujeres; el 83% de ellas no ha usado en ningún momento de su vida esta sustancia lo que equivale al 55.5% de la muestra. En el género masculino se encontró que el 100% de ellos ha consumido cigarrillo en algún momento de su vida.

Figura 5.

Consumo de Cigarrillo Teniendo en cuenta Edad.



Se observa que los estudiantes investigados que tienen 22 y 24 años consumen cigarrillo con mayor frecuencia, de 1 a 5 diarios y de 6 a 10 al día, con

un 22.2% de la muestra respectivamente para cada uno de ellos. El 55.5% del total de la muestra no ha consumido nunca esta sustancia.

Tabla 25.

Factores de Riesgo y protección para el consumo de Marihuana.

Marihuana	Valor OR	Valor de P
Conducta	0	0,1336144
Psicológico	0	0,1336144
Social	0	0,0026998
Familiar	0	1
Académico	0	0,0472209
Amigos	0	0,1336144
Recreación	0	0,4532547
Dependencia	0	0,0026998

Según los datos de la tabla 21 se puede afirmar que no existe algún grado de asociación entre los dominios que mide la escala DUSI y el uso o abuso de marihuana. Lo anterior significa que los aspectos que cuantifica la escala DUSI no son factores de riesgo para que las personas investigadas inicien o reincidan en el consumo de marihuana.

Tabla 26.

Consumo de Marihuana según sexo.

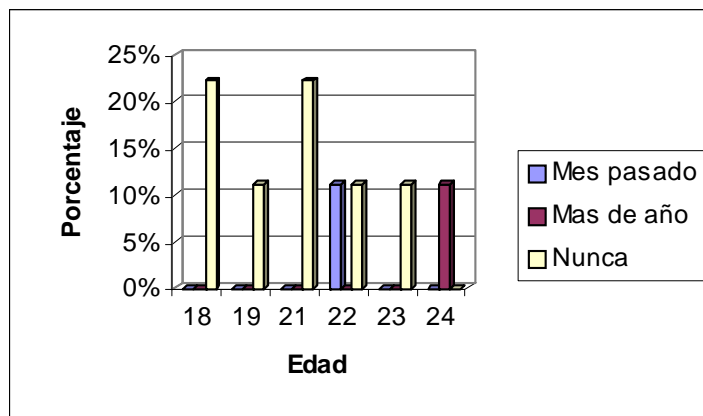
	Masculino	Femenino	Total
Mes pasado	11.1%	0%	11.1%
Mas de 1año	11.1%	0%	11.1%
Nunca	11.1%	66.6%	77.7%
Total	33.3%	66.6%	100%

En la tabla 26 se puede observar que 66.6% de los hombres ha consumido marihuana en algún momento de su vida, esto equivale al 22.2% del total de la

muestra; el 100% de las mujeres que equivale al 66.6% de la muestra no ha consumido marihuana en ningún momento de su vida.

Figura 6.

Consumo de Marihuana según edad. Postprueba.



Según los resultados obtenidos en la postprueba, el 22.2% de los integrantes de PISPA han consumido marihuana en algún momento de su vida los cuales se ubican en las edades de 22 y 24 años cada una de las cuales representa el 11.1% de la muestra. El 77.7% de las personas distribuidas en las diferentes edades nunca ha consumido marihuana.

Tabla 27.

Factores de Riesgo y protección para el consumo de Cocaína.

Cocaína	Valor OR	Valor de P
Conducta	0	0,1336144
Psicológico	0	0,1336144
Social	0	0,0026998
Familiar	0	1
Académico	0	0,0472209
Amigos	0	0,1336144
Recreación	0	0,4532547
Dependencia	0	0,0026998

Se puede observar que los valores de la razón de disparidad (O.R.) para los diferentes dominios es de cero, esto significa que todos los aspectos que evalúa la escala DUSI se convierten en factores de protección ante el consumo de Cocaína.

Tabla 28.

Consumo de cocaína según género.

	Masculin o	Femenin o	Total
Mes pasado	11.1%	0%	11.1%
Mas de 1 año	11.1%	0%	11.1%
Nunca	11.1%	66.6%	77.7%
Total	33.3%	66.6%	100%

El consumo de cocaína según el género se da en mayor porcentaje para los hombres; el 66.6% de ellos que equivale al 22.2% de la muestra ha consumido esta sustancia en algún momento de su vida, el mes pasado y hace más de un año, 11.1% para cada categoría respectivamente. El 100% de las mujeres que equivale al 66.6% de la muestra no ha consumido la sustancia estudiada en algún momento de su vida.

Tabla 29.

Factores de Riesgo y protección para el consumo de Bazuco.

Bazuco	Valor OR	Valor de P
Conducta	0	1
Psicológico	0	1
Social	0	1
Familiar	0	1
Académico	0	1
Amigos	0	1
Recreación	0	1
Dependencia	0	1

Se puede observar que los valores de la razón de disparidad (O.R.) es cero y el valor de P es 1 para todos los dominios, esto significa que todos los factores que evalúa la escala DUSI no se convierten en predictores del inicio o reincidencia en el consumo de Bazuco.

Tabla 30.

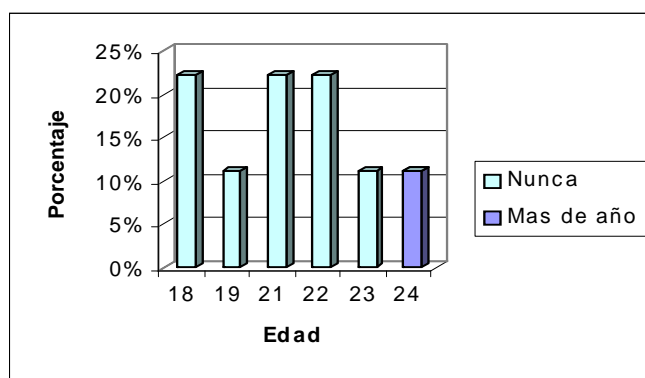
Consumo de Bazuco teniendo en cuenta el Genero.

	Masculino	Femenino	Total
Mas de 1 año	11.1%	0%	11.1%
Nunca	22.2%	66.6%	88.8%
Total	33.3%	66.6%	100%

En la tabla 29 se observa que el 33.3% de los hombres que equivale al 11.1% de la muestra consumió bazuco hace mas de un año, el 66.6% del género masculino que equivale al 22.2% de los estudiantes investigados al igual que el 100% de las mujeres nunca ha consumido esta sustancia; el 100% de las mujeres de PISPA equivale al 66.6% de la muestra.

Figura 7.

Consumo de Bazuco teniendo en cuenta la edad.



El 11.1% de la muestra ha consumido bazuco y esta ubicada en los 24 años de edad, el restante 88.8% distribuido en las diferentes edades no ha consumido bazuco en algún momento de su vida.

Tabla 31.

Factores de Riesgo y protección para el consumo de Tranquilizantes.

Tranquiliza	Valor OR	Valor de P
Conducta	0	1
Psicológico	0	1
Social	0	1
Familiar	0	1
Académico	0	1
Amigos	0	1
Recreación	0	1
Dependencia	0	1

Se puede observar que el valor de la razón de disparidad (O.R.) es cero y el valor de P es 1 para los diferentes dominios, esto significa que todos los factores que evalúa la escala DUSI no se convierten en predictores ante el consumo de Tranquilizantes. Hasta la postprueba no existió consumo alguno de tranquilizantes en los integrantes de PISPA.

Tabla 32.

Factores de Riesgo y protección para el consumo de estimulantes.

Estimulantes	Valor OR	Valor de P
Conducta	0	1
Psicológico	0	1
Social	0	1
Familiar	0	1
Académico	0	1
Amigos	0	1
Recreación	0	1
Dependencia	0	1

La razón de disparidad (O.R.) es cero y el valor de P es 1 para los diferentes dominios, esto significa que todos los factores que evalúa la escala DUSI no son factores de riesgo para el consumo de estimulantes en el grupo estudiado, no se encontró consumo estimulantes hasta la aplicación de la postprueba.

Tabla 33.

Factores de Riesgo y protección para el consumo de Alcohol.

Alcohol	Valor OR	Valor de P
Conducta	4	0,34278171
Psicológico	0,5	0,635263
Social	0	0,23567991
Familiar	0	1
Académico	0	0,07299805
Amigos	4	0,34278171
Recreación	0,25	0,34278171
Dependencia	0	0,23567991

La relación que pueden tener los factores comprendidos en los dominios conducta y amigos de la escala DUSI con el inicio o reincidencia en el consumo de alcohol se puede considerar como elevado, O.R.=4 para cada uno de ellos. Esto significa que el grado de autocontrol, la irritabilidad y el aislamiento social unido a la permisividad, presión o modelado hacia el consumo de alcohol por parte de los amigos pueden convertirse en factores que posibiliten el consumo de esta sustancia. Los factores comprendidos en los restantes dominios no son predictores del uso o abuso en el consumo de esta sustancia hasta la aplicación de la postprueba.

Tabla 34.

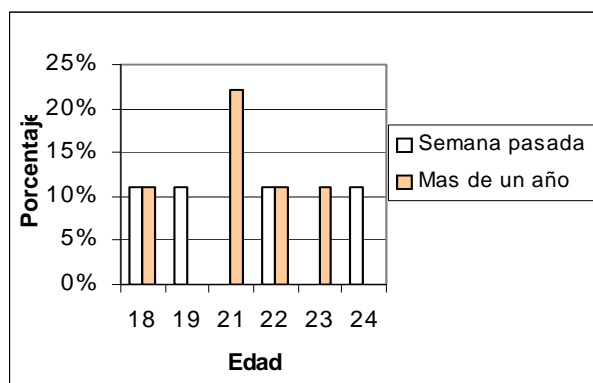
Consumo de alcohol teniendo en cuenta el genero. Postprueba.

	Masculino	Femenino	Total
Semana pasada	33.3%	11.11%	44.44%
Mas de un año	0%	55.55%	55.55%
Total	33.33%	66.66%	100%

El 100% de los hombres que equivale al 33,3% de la muestra ha consumido alcohol la semana pasada al igual que el 16.6% de las mujeres que equivale al 11.1% de los integrantes de PISPA. El 83.3% de las mujeres lo ha consumido hace mas de un año es decir el 66.6% de las personas estudiadas. Es importante destacar que el 100% de las personas de este grupo ha consumido esta sustancia en algún momento de su vida.

Figura 8.

Consumo de alcohol teniendo en cuenta la edad.



El 44.4% de las personas estudiadas ha consumido alcohol la semana anterior a la aplicación de la postprueba, 11.1% para cada una de las siguientes edades: 18, 19, 22 y 24. El restante 55.5% ha consumido esta sustancia hace mas de un año,

distribuido entre las edades de 18, 21, 22 y 23 años, 11.1% para cada una de ellas.

Tabla 35.

Factores de Riesgo y protección para el consumo de Alcohol hasta la Embriaguez.

Embriaguez	Valor OR	Valor de P
Conducta	10	0,1336144
Psicológico	1	1
Social	0	0,1336144
Familiar	0	1
Académico	0	0,0233422
Amigos	10	0,1336144
Recreación	1	1
Dependencia	0	0,1336144

En la tabla 34 se puede observar que existe una relación alta entre los factores comprendidos en los dominios conducta y amigos con el consumo de alcohol hasta la embriaguez. Esta relación se puede considerar como elevada, O.R.=10 para cada uno de ellos. Lo anterior significa que la falta de autocontrol, la irritabilidad y el aislamiento social unido a la presión o modelado hacia el consumo de alcohol hasta la embriaguez por parte de los amigos pueden convertirse en factores de riesgo para mantener una conducta de consumo de las características antes mencionadas. En menor grado pero no menos importante influyen los factores comprendidos en los dominios psicológico y recreación de la escala DUSI; O.R.= 1 para cada uno de ellos; esto indica que problemas en el estado de ánimo como depresión y una baja autoestima unido a la permisividad que se presenta para el consumo de alcohol en actividades sociales y recreativas pueden incidir en los miembros del grupo estudiado para que inicien o mantengan el consumo de alcohol hasta la ebriedad. Los factores comprendidos en los

restantes dominios de la escala DUSI no son predictores del consumo de alcohol hasta embriaguez.

Tabla 36.

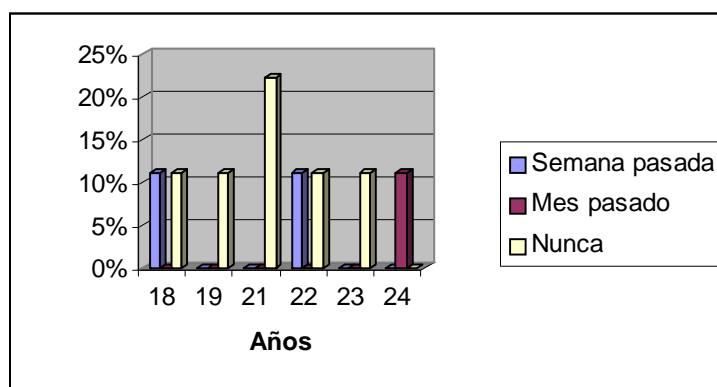
Consumo de Alcohol hasta la Embriaguez teniendo en cuenta el género.

	Masculino	Femenino	Total
Semana pasada	22.22%	0%	22.22%
Mes pasado	11.11%	0%	11.11%
Nunca	0%	66.66%	66.66%
Total	33.33%	66.66%	100%

Ninguna persona de genero femenino ha consumido alcohol hasta la embriaguez y por el contrario todos los hombres lo han hecho en algún momento de su vida.

Figura 9.

Consumo de alcohol hasta la embriaguez según la edad. Postprueba.



Las personas de este grupo que han consumido alcohol hasta la embriaguez alguna vez en su vida se encuentran en las edades de 18, 22 y 24 años; 11.1% para cada uno de ellas. El 66.6% de los integrantes de este grupo nunca ha consumido alcohol hasta la embriaguez.

Tabla 37.

Factores de Riesgo y protección para el consumo de Heroína.

Heroína	Valor OR	Valor de P
Conducta	0	1
Psicológico	0	1
Social	0	1
Familiar	0	1
Académico	0	1
Amigos	0	1
Recreación	0	1
Dependencia	0	1

Según la tabla 35, no existe relación entre los dominios que mide la escala DUSI y el inicio o reincidencia en el consumo de heroína por lo tanto ninguno de ellos se convierte en factor de riesgo. No existen consumidores de heroína dentro del grupo.

Tabla 38.

Factores de Riesgo y protección para el consumo de Alucinógenos.

Alucinógenos	Valor OR	Valor de P
Conducta	0	0,1336144
Psicológico	0	0,1336144
Social	0	0,0026998
Familiar	0	1
Académico	0	0,0472209
Amigos	0	0,1336144
Recreación	0	0,4532547
Dependencia	0	0,0026998

Según la tabla 36 los factores que mide la escala DUSI en los diferentes dominios no se constituyen en factores de riesgo para el consumo de alucinógenos en el grupo estudiado.

Tabla 39.

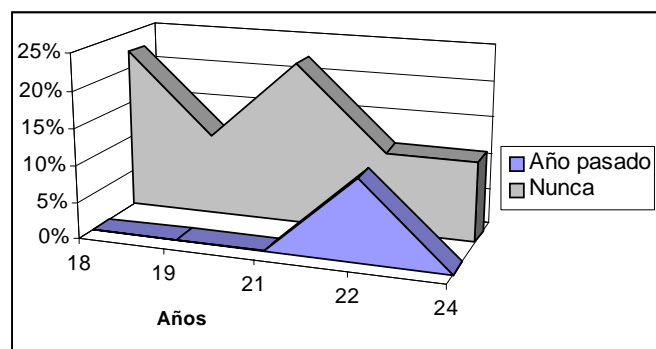
Consumo de alucinógenos según género.

	Masculino	Femenino	Total
Año pasado	11.11%	0%	11.11%
Nunca	22.22%	66.66%	88.88%
Total	33.33%	66.66%	100%

El 11.1% de las personas del genero masculino ha consumido alucinógenos en el año pasado.

Figura 10.

Consumo de Alucinógenos teniendo en cuenta la Edad.



El 11.1% de los estudiantes que participaron en esta investigación consumió alucinógenos hace mas de un año y comprende a las personas con 22 años.

Tabla 40.

Factores de Riesgo y protección para el consumo de Inhalantes.

Inhalantes	Valor OR	Valor de P
Conducta	0	1
Psicológico	0	1

Haciendo una comparación entre los resultados de la preprueba y la postprueba con respecto a los factores de riesgo y los factores de protección para las diferentes sustancias se puede afirmar que todos los factores de riesgo que componen los diferentes dominios de la escala DUSI han sido disminuidos, sin embargo el dominio amigos y conducta se convirtieron en un mayor predictor para el consumo de alcohol hasta la embriaguez. El dominio dependencia fué afectado en mayor medida, paso de ser factor de riesgo para el consumo de 5 sustancias a cero, seguido por el académico que antes de la aplicación del programa era factor de riesgo para el consumo de 4 sustancias paso a 1 y el dominio conducta que paso de ser el predictor para el consumo de 5 sustancias a 2. El factor de riesgo amigos fue el que menos disminuyó; antes de iniciar el programa intervención era un factor de riesgo para el consumo de 5 sustancias, paso a ser el predictor de 3; convirtiéndose en el dominio que mas afecta a los estudiantes investigados al finalizar el programa. Todo lo anterior significa que las personas que participaron en esta investigación lograron adquirir habilidades para controlar la irritabilidad, la agresividad, la presión de los amigos (disminución de los dominios conducta y psicológico) al adquirir conductas asertivas y mejor expresión de sentimientos. Además los miembros de PISPA lograron tomar mejores decisiones con respecto a su vida académica, así como también se pudo mejorar el autoestima y la calidad de las relaciones sociales. Sin embargo los amigos aun siguen siendo un factor determinante para que las personas que participaron en este estudio inicien o mantengan una conducta de consumo.

DISCUSIÓN

Con el objetivo de identificar los factores de riesgo y protección al consumo de SPA se aplicó la escala DUSI tanto al comienzo de la investigación, para determinar las características de la muestra y de esta manera diseñar un programa de intervención, como al final de la investigación para evaluar los efectos de dicho programa. Una vez se realizó la preprueba se determinó que los factores de riesgo para que los miembros del grupo estudiado inicien o mantengan una conducta de consumo de SPA eran la irritabilidad, el bajo nivel de autocontrol, la presión o el modelado de los amigos, el grado de compromiso con la sustancia, la baja autoestima y el estado emocional. De la misma manera se pudo establecer que los factores de protección eran la funcionalidad familiar, el manejo adecuado de los conflictos familiares, la comunicación y la supervisión paterna.

Una vez se conocieron las características propias de la muestra se procedió a diseñar el programa de intervención después de lo cual se implementó dicho programa. Cuando el programa fue desarrollado se procedió a aplicar la postprueba con la cual se pudo establecer que se consiguió disminuir todos los factores de riesgo con los se planteó trabajar; el dominio psicológico junto con el dominio amigos fueron los que disminuyeron en menor medida. El dominio amigos tiene que ver con la autoestima, la ansiedad social y síntomas asociados al trastorno depresivo. Con respecto a la dificultad de modificar los aspectos mencionados anteriormente se puede afirmar que el proceso de la información que el individuo da a los refuerzos que le son dados continuamente desde edades muy tempranas, principalmente por la familia, van conformado una serie de

actitudes en lo que tiene que ver con el nivel individual, social, laboral, sexual, emocional, entre otros. Esas actitudes, cuyo primer componente es el cognitivo, se arraigan en la personalidad del individuo haciendo que sea muy difícil trabajar en ella desde el punto de vista psicoterapéutico debido a que desde siempre han existido autoevaluaciones sobre el desempeño, la imagen corporal y del amor propio lo cual se traduce en ideas y pensamiento. Sobre el tema anterior Alcántara J. y Cledes (1990/1995) consideran que la autoestima es la estructura base de la personalidad; la cual se desarrolla desde la más temprana infancia haciéndose consistente y difícil de mover, aunque anotan que no es estática. De todo lo anterior se puede afirmar que por su naturaleza, el cambio cognitivo, base de la terapia cognitivo conductual requiere más tiempo o mayor énfasis del que se empleó en esta investigación. Por el contrario el entrenamiento en estrategias estructuradas, mecánicas por decirlo de alguna manera, como las de tipo asertivo, toma de decisiones y expresión de sentimientos fueron menos difíciles de implementar. A los integrantes de PISPA les costó cambiar el componente cognitivo de sus actitudes más no así el conductual. Con los reportes también se pudo observar que las personas estudiadas presentaban un desconocimiento sobre las implicaciones de la asertividad, la autoestructura, la toma de decisiones con respecto a la vida diaria y al consumo de SPA. Al aumentar el nivel de conocimiento y entrenamiento en estas estrategias fue posible disminuir los factores de riesgo para el inicio o reincidencia en el consumo de SPA.

En lo que tiene que ver con el factor de riesgo que implica el dominio amigos se puede afirmar que el modelado, tolerancia o presión por parte del grupo de iguales ha sido una constante desde que el problema del abuso de SPA apareció, los

amigos son el grupo de referencia de una persona mas aun si se trata de personas con las edades entre los 16 y 24 años los cuales hacen parte de esta investigación, es el sentido de pertenencia y la necesidad de aceptación lo que mas fácilmente conlleva a una persona a abusar de las SPA. Es muy difícil contrarrestar el factor de riesgo amigos debido a que la persona necesita del contacto y la aceptación por parte de un grupo de iguales.

Recomendaciones

Para futuras investigaciones de este tipo se recomienda evaluar a la totalidad de la población o a una muestra significativa de los estudiantes de la Universidad de Nariño para conocer sus características y los factores tanto de riesgo como de protección ante el consumo de SPA de esta manera se pueden elaborar programas de intervención que abarquen a toda la población estudiantil. Es necesario para posteriores estudios que tengan esta mismas características hacer mayor énfasis en el aspecto cognitivo en lo que tiene que ver con el rechazo de ideas irracionales lo cual se encontró como un aspecto difícil de trabajar, seria conveniente utilizar un cuestionario que permita evaluarlo. Realizar un contrato conductual con los participantes de la investigación para lograr un mayor compromiso. Es recomendable generar estrategias que permitan prever inconvenientes como cese de actividades laborales o académicas en la institución que permitan darle continuidad al proceso terapéutico. Para que esta investigación pueda tener mayor rigurosidad investigativa y pueda ser cuasi experimental o experimental se recomienda crear o utilizar un instrumento con el cual sea posible atribuir los cambios entre preprueba y postprueba al programa de intervención.

REFERENCIAS

Autoestima y Consumo de Sustancias

Bacca, S. (1996). Proyecto Hombre II. Medellín: Asocar.

Cepeda, F.; de Vengoechea, G. & de Barranco, M. (1990). Prevenamos la Farmacodependencia. Medellín.

Davila, M. & Cardenas, S. (2000) Programa de prevención de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de noveno grado del instituto técnico superior industrial nacional –ITSIN- jornada de la tarde y propuesta de un programa de intervención. Pasto: Universidad de Nariño.

Epp, J. (1996). "Promoción de la salud: una antología" Cap. 2. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Ferrer, B. (2001). Seminario Terapia Cognitiva. Aspectos Basicos y Aplicaciones. Pasto: Memorias. Rebage, A. Drogas de Abuso. Medellín (1981).

Moses D. & Burger R. (1982). ¿Esta induciendo a sus hijos a la Drogadicción?. Mexico: Diana.

Feldman, S. (1994). Psicología con Aplicaciones para Iberoamerica. Mexico: McGraw Hill.

Gomez, O. (2000). Factores Asociados al Consumo de Sustancias Psicoactivas en la poblacion de Jóvenes Escolarizados de 10 a 19 años en el departamento de Nariño. 1999 - 2000.

SURGIR (1996). Pensar y construir la prevención Manual N° 2.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES), Dirección Nacional de

Estupefacientes (DNE). (1994). Efectos del Consumo de drogas, Foro, Bogotá..
Pág. 4.

(INTERNET) Hyman, E. (1999) Abuso y adición a drogas. Editora científica medica latinoamericana.

Kazdin, A. (1995), "Modificación de la conducta" México: Editorial Manual Moderno.

Las Drogas un Problema Educativo.

Lopera, J.; Rodríguez, G & Mejía, M. (1999). Análisis secundario del consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados y propuesta de una escala Dusi-R-Abrevida Medellín 1999. Medellín: Instituto de ciencias de la salud CES. Facultad de medicina división de postgrados en salud publica.

Programa Presidencial para el Afrontamiento del consumo de Drogas. RUMBOS (1999). Pilas con las drogas, Bogotá: Presidencia de la República.

Risso, W. (1987). Entrenamiento Asertivo; Aspectos Conceptuales, evaluativos y de intervención. Bogotá.

Sánchez M. (1996), Educación Participativa Preventiva del Uso Indebido de Drogas. Medellín.

Universidad de Nariño. (1999). Plan Marco de Desarrollo Institucional Universitario. San Juan de Pasto: Universidad de Nariño.

Uribe, R. (1998). Entrenamiento en Habilidades Sociales. San Juan de Pasto: Manuscrito no publicado.

ANEXOS

ANEXO 1

PROMOCIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Para conseguir la participación de los estudiantes de primer semestre de la Universidad de Nariño en este programa de intervención, se acudió a la promoción publicitaria del mismo con mensajes que pretendían crear expectativa acerca del programa y sensibilizar sobre el problema del consumo de SPA.

Objetivos

Objetivo general

Motivar a la población de estudiantes de primer semestre de la Universidad de Nariño hacia el programa de intervención sobre los factores de riesgo y protección del consumo de sustancias psicoactivas.

Objetivos Específicos

Diseñar un eslogan o logotipo para la identificación del programa de intervención sobre factores de riesgo de sustancias psicoactivas.

Generar expectativa en los estudiantes de primer hacia el programa de intervención sobre los factores de riesgo y protección del consumo de SPA.

Seleccionar un grupo de estudiantes de primer semestre de la Universidad de Nariño al cual se le aplicara el programa propuesto.

Desarrollo del programa de promoción

En primer lugar se creó expectativa a través de carteles alusivos al proyecto de intervención de factores de riesgo del consumo de SPA; esta expectativa se consiguió realizando la promoción del proyecto de manera secuencial.

Antes de implementar el programa de promoción se ideó una serie de frases de las cuales fueron escogidas 8 para la presentación del proyecto; además se

escogió un logo el cual consistía en una figura de un grupo personas tomada de los brazos a su alrededor hay un eslogan que dice: "PISPA, solo para primiparos"; la publicación de los fiches con las frases se dividió en 3 fases. Se convino sacar los afiches de cada fase con un intervalo de una semana.

Primera Fase

1. Pronto en tu Universidad... PISPA, solo para primiparos.
2. Quieres salir de la rutina y conocer nuevos amigos... PISPA, solo para primiparos.
3. Aprovecha la rumba; gózala, diviértete... Con nosotros PISPA, solo para primiparos.

Segunda Fase

1. Te cambiara la vida... PISPA, solo para primiparos. Pronto sabrás de nosotros.
2. Vive la vida mientras seas joven pero antes de tomar cualquier decisión... PISPA, solo para primiparos.
3. Todos dicen que la juventud no *ES-CUCHA* tal vez porque somos *DE-MENTES* jóvenes.

Tercera Fase

1. *LA DROGA TE LIBERA*... De preocupaciones, de tus valores, de tus amigos, de tus bienes y de las personas que más quieres. *LA DROGA TE LIBERA DE TODO*... Hasta de ti MISMO.

1. Vivir es un placer que produce dependencia... Enviciémonos a el.

En segundo lugar dentro del desarrollo del programa de promoción se hizo la invitación a una reunión que tenia el fin de dar información sobre el programa de intervención mediante los carteles, sonido amplificado y en cada salón de clases.

En tercer lugar se llevo a cabo la reunión en donde se les dio información a los estudiantes interesados en participar en el programa de intervención y se los inscribió tomando sus datos personales. Se realizo una dinámica con el fin de que los participantes se familiarizaran con el manejo que se iba a dar a cada sesión.

Anexo 2.