

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LOS PROBLEMAS RELACIONADOS
CON EL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN POBLACIÓN MILITAR

NATALIA ARTEAGA CABRALES

UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DE
LA SALUD Y LA DISCAPACIDAD. UNIVERSIDAD DE LA SABANA.

DIRECTORA: ÁNGELA MARÍA TRUJILLO. PHD, FACULTAD DE
PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRIA PSICOLOGIA DE LA SALUD Y LA DISCAPACIDAD
CHÍA, SEPTIEMBRE 2015

|

Resumen

El propósito de esta investigación es determinar si existe relación entre los factores de riesgo, los principales motivos por los que consumen los soldados y los problemas asociados al consumo de sustancias Psicoactivas en población militar. La muestra estuvo compuesta por 100 soldados regulares, que comprenden edades entre los 18 y 22 años, de sexo masculino, quienes diligenciaron el cuestionario de Factores de Riesgo y de Protección para el Consumo de Drogas en Jóvenes. Este cuestionario consta de 67 preguntas tipo Likert y preguntas cerradas con opción de respuesta SI o No. Fue ajustado con el fin de reducir el número de preguntas y poder evaluar únicamente el uso de tres sustancias (alcohol, cocaína y marihuana). Los resultados señalan que la edad de inicio de consumo de Marihuana y Alcohol en los soldados regulares fue a la edad de 9 años. Así mismo la marihuana fue la droga de mayor consumo; y que existe una fuerte asociación entre el consumo de la marihuana, el alcohol y la cocaína y los factores de riesgo, principalmente, el bajo autocontrol, los preconceptos, valoración de las SPA y el malestar emocional. En conclusión se afirma que es importante trabajar en programas de prevención con el fin potenciar y desarrollar capacidades para que los soldados mejoren su calidad de vida, adquieran hábitos de vida saludables y haya una psicoeducación sobre el consumo de SPA.

Palabras Claves: Población militar, consumo de spa, malestar emocional, factores de riesgo, habilidades de autocontrol, preconceptos y valoración de las SPA.

Abstract

The purpose of this research is to determine whether there is a relationship between the risk factors, the main reasons for consuming the soldiers and the problems associated with the consumption of psychoactive substances in military population. The sample consisted of 100 regular soldiers, comprising aged between 18 and 22 years old male, who administered the questionnaire Risk Factors and Protection for Youth Drug Use. This questionnaire consists of 67 Likert-type questions and questions with answer choice YES or No. It was adjusted in order to reduce the number of questions and to assess only the use of three substances (alcohol, cocaine and marijuana). The results indicate that the age of first use of marijuana and alcohol in the regular soldiers was at the age of 9 years. Likewise, marijuana was the drug most used; and that there is a strong association between the consumption of marijuana, cocaine and alcohol and the risk factors, mainly the low self-control, preconceptions, evaluation of the SPA and emotional distress. In conclusion it states that it is important to work on prevention programs in order to enhance and develop skills that soldiers improve their quality of life, acquire healthy habits and be a psycho-education on drug misuse.

Keywords: Military population, consumption spa, emotional distress, risk factors, self-management skills, beliefs and valuation of the SPA.

Factores de Riesgo asociados a los problemas relacionados con el consumo de sustancias Psicoactivas en la población militar

El consumo de sustancias psicoactivas es uno de los principales problemas de salud pública del país, que hasta la actualidad no se le ha dado la atención e importancia que requiere. El fenómeno de las adicciones se ha convertido en uno de los problemas más importantes de funcionamiento de la sociedad moderna. Dada la situación nacional actual, es de urgencia que esta problemática sea abordada integralmente para así mejorar la salud mental de la población Colombiana (Chávez, Macías, Páramo, Martínez & Ojeda, 2005)

La situación en nuestro país es alarmante, tanto por los índices de prevalencia de consumo como por la facilidad con la que acceden los jóvenes. Existen informes actuales sobre las dimensiones de consumo de drogas en Colombia, como el realizado por la Universidad Nacional de Colombia (2014), que indican un aumento en el consumo de drogas ilegales, y los afectados son sobre todo los adolescentes. También se registra una disminución de la edad de iniciación del consumo de drogas ilegales, así como un aumento del consumo de cocaína.

Las Fuerzas Militares no son una excepción en el tema del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), se comprende que el personal incorporado refleja las condiciones de la sociedad en que estamos inmersos, y en el caso de Colombia, sus filas están especialmente compuestas por personal masculino joven que de acuerdo al estudio referenciado es el de mayor prevalencia para el consumo de sustancias psicoactivas (Ministerio de Protección Social y Dirección Nacional de Estupefacientes, 2008).

Por ello se hace necesario identificar los factores de riesgo que inciden en el inicio temprano del consumo de SPA en los soldados regulares, principalmente los de carácter psicológico y social, que tienen una relación directa a desencadenar comportamientos precipitantes (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2002b).

La revisión de la literatura arroja que son pocos los estudios publicados sobre el impacto del fenómeno de las drogas en las Fuerzas Militares, pero no por ello se puede minimizar su importancia tanto para el personal militar como para sus familias, ya que se busca aportar resultados útiles que se relacionen con la calidad de vida de los soldados; así mismo, estos estudios buscan contribuir al conocimiento científico para sustentar la importancia que tiene el ejercicio profesional de los miembros que conforman las Fuerzas Militares de Colombia

Los estudios en población militar, como el realizado por Shen et al., (2012) plantean que los despliegues militares en Irak y Afganistán, traen consigo problemas de salud mental en militares como son los trastornos por uso de SPA. Dichos trastornos se han incrementado, ya que hay mayor riesgo de presentarlos entre el personal expuesto directamente a condiciones de combate, como lo son el ejército y la infantería de marina, y menor impacto en el personal naval o de aviación.

Respecto al fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas en las Fuerzas Militares de Colombia, el Estudio de Salud Mental FF.MM. realizado en el año 1996 y de los datos obtenidos del Estudio de Calidad de

Vida y Salud Mental realizado en la Fuerza Aérea en el 2004, evidencian que se requiere intervención para disminuir las tasas de consumo de sustancias dentro de la Fuerza, y así poder incrementar los programas de prevención de consumo de SPA y promoción de estilos de vida saludables. Así mismo se hace evidente la necesidad de tener datos más actuales sobre la prevalencia del consumo y determinar qué tipo de problemas enfrentan los soldados regulares como consecuencia del consumo, así como conocer los motivos que los llevan a consumir estas sustancias.

Las estadísticas reportadas por la Dirección General de Sanidad Militar en 2012 respecto a los códigos “trastornos relacionados con el uso de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas CIE-10 F10- F19” como primer diagnóstico evidencian que en el año 2012 se generaron 69 hospitalizaciones en la ciudad de Bogotá, y a nivel nacional del total de consultas reportadas por salud mental (psiquiatría y psicología) el 2% corresponden al abuso de sustancias, siendo el grupo poblacional más afectado de los 18 a los 34 años.

Considerando lo anterior, y en conformidad con el Plan Maestro Integral de Salud Mental para las Fuerzas Militares (2012), que plantea

“...El militar, por sus condiciones de exposición y vulnerabilidad, merece que el valor de su vida y su salud mental se manejen como un bien supremo a preservar, cultivar, y recuperar, en lo posible, mediante acciones continuadas de

promoción y prevención, detección e intervención oportuna en situaciones de crisis, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integrales...” y más adelante enfatiza “... prevención específica de eventos críticos como las adicciones, la depresión y el suicidio”... (p, 15)

Se comprende que es inevitable profundizar y consolidar estas intenciones en capacitaciones, programas de prevención, atención y rehabilitación de los usuarios en riesgo o con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas basados en un conocimiento claro sobre qué está ocurriendo en esta población en cuanto al uso de sustancias y las problemáticas que enfrentan como consecuencia de su uso.

Factores de Riesgo y consumo de sustancias Psicoactivas

Ha ido aumentando la evidencia tanto empírica como teórica de la existencia de factores de riesgo que están fuertemente relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. Fenzel (2005) afirma que “estos factores son considerados características individuales de personalidad y de comportamiento así como condiciones situacionales o contextuales que incrementan la probabilidad de iniciar y mantener el consumo de dichas sustancias y que, debido a aquellos, se presenten una o varias consecuencias adversas” (p, 9)

Quienes trabajan actualmente en el tema de SPA han identificado múltiples factores de riesgo, tanto psicológicos, como sociales. Entre los psicológicos se encuentra el bajo autocontrol, la espiritualidad, las habilidades sociales, y las creencias o valoraciones que tienen los adolescentes sobre las sustancias, así mismo como la influencia de pares y entornos que promueven el consumo (Carballo, García, Secades, Fernández, García & Erraste, 2004; Kendler, Jacobson, Prescott & Neale, 2003).

Este estudio se basa en los siguientes factores de riesgo identificados por Salazar, 2006, con el fin de identificar los factores psicosociales que aumentan o disminuyen, según sea el caso, la probabilidad del consumo de las drogas y de tener las consecuencias adversas que de dicho consumo se derivan (Salazar, 2006).

Autocontrol

Cuando las personas presentan un bajo autocontrol, tienen una mayor vulnerabilidad hacia el consumo de drogas por su incapacidad para controlar el comportamiento y su tendencia a obtener satisfacciones inmediatas y placenteras, siendo así un factor de riesgo para el consumo de SPA (Benda, 2005). Así mismo se ha encontrado que cuando hay ausencia de autocontrol aumenta la posibilidad de experimentar problemas o situaciones riesgosas por parte de los adolescentes (Adams, 2003).

Habilidades Sociales

Las habilidades sociales son un conjunto de variables que ha despertado gran interés en relación a los individuos que incurren en conductas de consumo. El déficit en habilidades sociales, ocasiona en la persona dificultad para defender sus propias opiniones y enfrentarse adecuadamente a su entorno y pares cuando se trata de rechazar una oferta de consumo de drogas (Barkin, Smith y DuRant, 2002; Beyers, Toumbourou, Catalano, Arthur & Hawkins, 2004).

También cabe señalar que para el adolescente que carezca de habilidades sociales, el consumo de drogas se presenta como una alternativa para satisfacer sus necesidades emocionales y como medio de reducir el impacto de una situación vital que no controla totalmente (Pons & Berjano, 1999).

Algunos estudios dirigidos a la evaluación de programas de intervención en consumo de drogas en la adolescencia han puesto de manifiesto que una de las intervenciones más efectivas para modificar el consumo de tabaco, alcohol, marihuana y otras drogas eran, las que incluían actividades de entrenamiento en habilidades sociales generales y las basadas en el entrenamiento en habilidades para rechazar la oferta de drogas (García & Graña, 2003; Suelves, 2001)

Espiritualidad

Las creencias religiosas, han sido identificadas como factores de protección frente al consumo de SPA, ya que se ha encontrado que a mayor espiritualidad, disminuye la probabilidad de un inicio temprano en el

consumo de sustancias y se facilita la abstinencia en el proceso de recuperación de la adicción (Stylianou, 2004).

Así mismo se ha demostrado que la espiritualidad reduce los síntomas de la depresión y ansiedad en los jóvenes y promueve la salud mental, también que reduce el impacto de las situaciones estresantes (Stylianou, 2004).

Un estudio realizado por Vondras, Schmitt & Marx, 2007, en jóvenes universitarios de 17 a 24 años, encontró que existe relación entre la espiritualidad y el consumo de alcohol y se estableció que altos niveles de espiritualidad y bienestar espiritual, están relacionados con menores niveles de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Entornos de consumo

El grupo de iguales y el consumo de sustancias influyen entre sí para conseguir diversión y estimular los momentos de ocio y tiempo libre (Calafat, 2000). Los adolescentes eligen la noche de los fines de semana para divertirse, estar con amigos, o bien sea con aquellas personas con quienes más se identifican o pueden compartir las actividades propias de consumo.

La relación del consumo de drogas en ambientes de diversión es clara. Algunos establecimientos fijan sus horarios de apertura al público sólo desde altas horas de la tarde-noche. De esta forma, se crean culturas alternativas, formas de vida y horarios especialmente diseñados para que los jóvenes consuman spa, sin algún tipo de control (Calafat et al., 2007). Esto sugiere

que el consumo de sustancias como el alcohol tiende a presentarse en entornos destinados a la socialización o al ocio en los adolescentes.

Permisividad Social

En el campo del consumo de drogas, la permisividad y la aceptación social del consumo son variables sociales que también han sido investigadas como posibles factores de riesgo. La literatura al respecto muestran que cuanto más alta sea esta permisividad, las cifras de consumo tienden a ser mayores (Cáceres, Salazar, Varela & Tovar, 2006).

En diversos estudios como el realizado por Arango, Galvis, Bedoya & Correa en 2013 se ha constatado, por ejemplo, que las restricciones a la venta de alcohol (impuestos, edad mínima) han conducido a descensos en las tasas de consumo. En conexión con lo anterior, otra variable estudiada ha sido la accesibilidad a las sustancias ya que se ha encontrado que la facilidad del acceso a la sustancias se asocia con un mayor consumo en los adolescentes (Arango, Galvis, Bedoya & Correa, 2013).

Accesibilidad y Disponibilidad

La relación que cada joven establezca en el fenómeno de las drogas vendrá determinado por múltiples factores pero, sin duda, la disponibilidad de las mismas para los consumidores es un factor que correlaciona claramente con el consumo (Laespada, 2004).

Se ha demostrado que la fácil accesibilidad a la droga es un factor de alto riesgo en el inicio y mantenimiento del consumo y que cuanto más alta es la permisividad, las cifras de consumo tienden a ser mayores (Becoña, 2002).

Por su parte, el estudio de Pérez y Scopetta (2009), sugiere que en Colombia se presenta este mismo patrón donde la permisividad por parte de los adultos y un fácil acceso a sustancias como el alcohol conlleva a un aumento en su consumo. Así mismo, el estudio de Trujillo, Pérez y Scopetta (2011) sugiere que es fácil acceder al alcohol ya que este se encuentra normalmente en las fiestas y reuniones sociales a las que asisten los jóvenes por lo que se evidencia una baja restricción en el acceso a sustancias que para los menores son ilegales.

Preconceptos y Valoraciones

En cuanto las creencias que tienen las personas frente al consumo, estos son preconceptos y valoraciones personales que conllevan a percibir bajo riesgo frente a los efectos y las consecuencias que tiene el consumir cualquier sustancia psicoactiva, y por ende se convierte en un importante factor de riesgo (Fok & Tsang, 2005; Rohsenow, Colby, Martin & Monti, 2005).

La experiencia directa con las sustancias es una variable de gran influencia en el consumo, pues lleva al adolescente a tener expectativas y experiencias que le proporciona información para determinar acciones futuras (Fok & Tsang, 2005).

Navarro en el 2000, concluyó que existe una clara relación de causa-efecto entre los factores de riesgo de carácter social y el consumo de sustancias psicoactivas. Se encontró relaciones de probabilidad en variables de riesgo social como la percepción de los adolescentes frente a los

beneficios de las drogas, el aceptar el consumo de alcohol, cánnabis y cocaína en los lugares dónde van a divertirse, el gusto por el riesgo, la percepción de la peligrosidad de las drogas, el considerar los posibles beneficios que producen las drogas, la presión y aceptación grupal.

Por lo citado previamente, la investigación retoma la necesidad de conocer los diversos factores que se asocian al consumo de drogas en la adolescencia y cómo se asocian a las experiencias que los jóvenes reportan con respecto al consumo de las mismas. Surge de la necesidad de conocer la situación actual sobre la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas soldados regulares que en este momento se encuentran en la adolescencia, considerado este como uno de los periodos de mayor riesgo en el inicio de conductas de consumo, pues se presentan determinadas características distintas en este periodo, tales como la búsqueda de autonomía, la necesidad de experimentar sensaciones nuevas entre otras.

Vida militar y consumo: Estudios sobre consumo de sustancias en las Fuerzas Militares alrededor del mundo

Los miembros de las Fuerzas Armadas no son inmunes a los problemas de consumo de drogas y otras sustancias que afectan al resto de la sociedad. En estudios realizados con personal militar de Estados Unidos, se estableció que el consumo de drogas ilícitas es menor en ellos en comparación con la población civil de ese mismo país.

En el estudio realizado en el Servicio de Psiquiatría, del Hôpital d'instruction des armées de Paris en 2012, sobre el consumo de marihuana en las Fuerzas Armadas Francesas, los investigadores señalaron que la marihuana era la sustancia ilícita más consumida en Francia; la investigación arrojó que en el Ejército se encontró un 8,2% de consumidores de marihuana, 3,9% en la Armada y 1% en Aviación.

Un año atrás, Rigot, Pilar, Paul, Deparix & Marimoutou (2011), en un estudio realizado a miembros del Ejército francés plantearon la distinción de tres tipos de consumidores: a) “los no consumidores”, conformado en su mayoría por mujeres oficiales; b) “los policonsumidores”, quienes consumen marihuana de forma ocasional con poca dependencia, además son consumidores de alcohol, del tipo “binge drinking” (más de ocho vasos de alcohol consumidos por ocasión) y en ocasiones con alto estado de alicoramiento, presentando un tabaquismo activo con adicción al mismo, y que se encuentran en el rango de edad de 18 a 25 años, que han sido recientemente reclutados como soldados y generalmente sin hijos; c) el tercer grupo pertenece a “los consumidores antiguos y moderados”, incluyendo en este los antiguos fumadores, los bebedores ocasionales que no se emborrachan, los experimentadores de cannabis que no tienen un consumo activo, encontrando suboficiales, todos hombres solteros, en un rango de edad de 30 años o más, con hijos y menos de 10 años de servicio.

En las fuerzas Armadas Británicas, la BBC News en 2007 realizó un estudio donde expone que existe un control permanente dentro de la Fuerza

en el uso de las sustancias; así mismo éste Ejército somete anualmente al menos al 85% de sus efectivos al control. En 2006 se retiraron 769 militares por dar positivo en los controles antidrogas, cifra que corresponde a un 0,40% del total del Ejército, y que para ese año correspondía al 26% de incremento de positivos con respecto al año 2003 (0,14%) para el año 2007, el número de consumidores aumentó a 0,57%.

En las Fuerzas Armadas Españolas (FAS) entre los años 2002 a 2007, se realizó un estudio a un total 31.272 integrantes de los Ejércitos de Tierra, Armada y Aire, en los grados de Soldado/Marinero, Soldado1ª/Marinero1ª, Cabo, Cabo1º y Cabo Mayor. De los resultados más significativos fue el consumo ocasional de drogas ilegales en un 15% para la marihuana y de un 2 a 8% para el resto de drogas, aspecto que se correlaciona con la población general de los países Latinos (mayor consumo de marihuana) en contraposición con la región Euroasiática con prevalencia de cocaína (Fuerzas Armadas Españolas, 2010).

El 79% de militares Españoles consideran que la participación en operaciones militares no influye sobre el consumo de drogas y el 13% opina que la participación en operaciones disminuye el consumo, caso contrario a los datos arrojados por los resultados de los ejércitos de Estados Unidos y Gran Bretaña, quienes consideran que los desplegados en Irak y Afganistán han aumentado el consumo de sustancias psicoactivas y que la participación en operaciones sí aumenta el consumo (Fuerzas Armadas Españolas, 2010).

En las Fuerzas Militares Canadienses y de acuerdo a estadísticas del año 2006 de la Clinique TSO Sainte-Anne (Montreal-Canadá), basadas en historias clínicas de 35 pacientes admitidos en la unidad de estabilización, el 71% consumía algún tipo de sustancias psicoactivas, siendo las más prevalentes alcohol, cannabis y cocaína. En 2002 se realizó una encuesta nacional con una muestra de 8.441 militares activos donde el 4,2% de los encuestados presentó dependencia al alcohol y problemas psicosociales asociados.

En el caso de Colombia, el primer estudio en las Fuerzas Militares sobre consumo de sustancias psicoactivas se realizó entre 1995 y 1996 por Toledo (1996), donde se aplicó una encuesta a 11.728 efectivos en los grados de oficiales, suboficiales, soldados regulares (para el Ejército se tomó la población de soldados bachilleres), soldados voluntarios (solo para Ejército) y personal de alumnos. La mayor prevalencia de sustancias se observó en el consumo de sustancias ilícitas como la marihuana o cannabis, especialmente en la población de soldados tanto voluntarios/profesionales, como los que se encontraban prestando servicio militar (bachilleres, regulares) y en menor proporción el consumo de cocaína, bazuco, inhalantes y heroína.

Durante los años 2005 a 2007 se realizó un estudio en la Fuerza Aérea sobre calidad de vida y salud mental en 1.566 oficiales y suboficiales de todas las unidades aéreas, en el que se indagó sobre el tema de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas, encontrando prevalencias de intoxicación por alcohol de 16,33%, abuso 6,1% y dependencia 5,59%, las

cuales, adicionalmente, correlacionaban significativamente con menor percepción de calidad de vida general en los afectados, así como con mayor riesgo de presentar trastornos mentales, disminución en el desempeño en su trabajo y problemas familiares.

Con personal activo perteneciente a la fuerzas Militares, en el año 2010 González-Quevedo, Sanabria-Ferrand & Zuluaga, abordan diferentes aspectos de la salud del personal militar tales como trastornos psiquiátricos, mortalidad por lesiones, estrés ocupacional, salud mental, estrés postraumático, consumo de sustancias y dependencia a la nicotina.

Son pocos los estudios en militares que miden el impacto en la salud física, mental, la situación psicosocial en el personal militar retirado o activo que haya estado en situaciones de combate que lo hayan llevado a consumir después de un evento estresante (González-Quevedo, Sanabria-Ferrand & Zuluaga, 2010).

Este panorama de uso y abuso en las Fuerzas Armadas de Colombia demanda un abordaje minucioso y serio al interior de cada una de ellas pero también de políticas mundiales; el Instituto de Medicina en el año 2012 elaboró para el Departamento de Defensa un informe sobre las diversas formas de abordar el problema del consumo de drogas y otras sustancias en las Fuerzas Armadas, entre ellas el mayor uso de la prevención e intervenciones de tratamientos con base científica y mayor acceso a la atención médica.

Por ende investigaciones como esta, traen a instituciones como las fuerzas Armadas de Colombia, la posibilidad de implementar propuestas, estrategias y abordajes diversos, sin embargo es necesario saber si estos están contribuyendo en disminuir la prevalencia, incidencia del consumo y conductas y situaciones problemáticas asociadas a éste uso de sustancias, en las filas; por ahora los esfuerzos deben estar enmarcados en el proceso de prevención de consumo, promoción de la salud y protocolos claros de intervención para disminuir factores de riesgo y poder potencializar factores protectores en nuestros soldados. Teniendo en cuenta que no se cuentan con datos actuales sobre la situación de consumo de los soldados, así como una necesidad de comprender qué tipo de experiencias viven estos jóvenes cuando consumen, se hace necesario investigar en esta población qué factores personales y sociales se asocian con el número de situaciones, problemas y motivos de consumo experimentados por esta población, con el fin de poder crear la base empírica para generar programas focalizados a estos jóvenes y sus necesidades particulares.

Objetivos

Objetivo General

Determinar la relación entre el consumo de SPA y las características del entorno (accesibilidad, lugares y formas de consumo) así como el autocontrol y el malestar emocional, con el número de motivos, lugares, efectos y problemas experimentados por los soldados del Ejército Nacional de Colombia, al consumir alcohol, marihuana o cocaína.

Objetivos Específicos

Describir la prevalencia de consumo que tienen los soldados regulares en cuanto a la marihuana, cocaína y alcohol.

Establecer la edad de inicio de las diferentes sustancias.

Identificar los principales motivos de consumo de los soldados regulares.

Método

Tipo de Investigación

Esta investigación es de tipo descriptivo, ya que busca observar, analizar y describir cómo es y cómo se manifiesta esta problemática social en nuestros soldados. El método que se usó es el correlacional ya que pretende ver cómo se relacionan diversos fenómenos entre sí, presentados por los soldados.

Las variables usadas en esta investigación se clasifican en las independientes (malestar emocional, relaciones interpersonales, preconceitos y valoraciones con respecto a las sustancias, espiritualidad y permisividad social y accesibilidad) y las variables dependientes (cantidad de lugares donde consumen, cantidad de motivos dados para consumir, cantidad de efectos experimentados al consumir y cantidad de problemas experimentados por los soldados al consumir) las cuales se calcularon, sumando la cantidad de problemas, motivos, lugares, y efectos reportados por los jóvenes de tal forma que se crearon variables continuas donde un mayor número obtenido

implica más efectos o motivos o problemas o lugares reportados por los soldados.

Muestra

La muestra la componen 100 soldados regulares pertenecientes al Grupo de Caballería Mecanizado N°4 “Juan del Corral” del Ejército Nacional de Colombia. Todos los encuestados son de sexo masculino, con edades entre los 18 y 22 años. El 76% se encuentra en un rango de edad entre los 18 a 20 años, y el 24% restante es mayor de 20 años. Son jóvenes no escolarizados, seleccionados aleatoriamente, de estrato socioeconómico bajo, todos residentes del Departamento de Antioquia. Para la obtención de la muestra participaron todos los soldados pertenecientes al segundo (2) contingente del 2015. Los contingentes son la división de grupos de soldados incorporados que hace internamente Ejército para diferenciar los soldados y poder categorizarlos en el sistema interno del Ejército Nacional. Los números corresponden al mes del año incorporado.

Instrumento

Con el fin de evaluar los factores de riesgo se utilizó el Cuestionario de Factores de Riesgo y de Protección para el Consumo de Drogas en jóvenes, elaborado por Salazar, Varela, Cáceres y Tovar en el 2006. Para fines de esta investigación se eliminaron algunas preguntas con el fin último de centrar las preguntas al alcohol, marihuana y cocaína únicamente. El instrumento cuenta una alta consistencia interna ($\alpha =,91$) y consta de 67 ítems, divididos en tres partes: el primero son las características

sociodemográficas de los individuos, seguido de unos ítems que evalúan presencia de consumo de drogas legales e ilegales, así como a las características asociadas a la frecuencia e intensidad de consumo. La tercera parte evalúa la presencia de factores psicosociales de riesgo y protección para el consumo de SPA donde se evalúan aspectos como los comportamientos perturbadores, permisividad social, habilidades de autocontrol, habilidades sociales, habilidades emocionales, espiritualidad, preconcepciones y valoración del SPA, relación con personas consumidoras y relaciones interpersonales.

Procedimiento

Para la aplicación del instrumento se procedió a solicitar la autorización del comandante del Grupo de Caballería Mecanizado N°4 “Juan del Corral”, explicándole el objetivo de la investigación. Una vez hecho esto, se reunió al grupo de soldados de las diferentes compañías para solicitar el consentimiento informado para el estudio y se les explicó el fin del trabajo de investigación, y qué requeríamos de su aprobación.

Se realizaron 100 aplicaciones individuales obtenidas en una sola sesión. El análisis de los datos se hizo mediante el SPSS, versión 22.

La aplicación del instrumento se realizó en el Grupo de Caballería Mecanizado N°4 “Juan del Corral” en el salón de juntas. Dicha actividad se efectuó en el espacio diario que hay programado para el área de Psicología en el Batallón con los soldados regulares. Luego de tener al grupo completo, se dieron instrucciones a todos los soldados, sobre cómo completar el

cuestionario y las formas de respuesta. Además, se les adjunta el consentimiento informado donde se les manifiesta a los participantes que el cuestionario es anónimo, no revelará datos personales de los participantes y es solo de uso investigativo. Se solicita a las personas responder con franqueza a todas las preguntas y no dejar espacios en blanco en las respuestas. Se les garantiza la participación y la confidencialidad en los resultados obtenidos por los participantes, únicamente con el fin de exponerlos en este estudio.

Resultados

Para establecer los resultados de la caracterización sociodemográfica de la muestra se utilizó estadística descriptiva, particularmente análisis de frecuencias y porcentajes. Se suma la cantidad de problemas, motivos de consumo, lugares y efectos reportados por los soldados para crear variables continuas. Posteriormente, se ejecutaron los demás análisis con base en las variables de estudio y el objetivo mismo de la investigación, e incluyeron el análisis de correlación de Pearson para determinar el grado de relación entre las variables analizadas.

La edad media en la que los soldados regulares iniciaron el uso de alcohol es de 11,5 (DE = 1,13), la marihuana a los 10,7 (DE=1,37) y la cocaína a los 12 años (DE: 1,12).

En cuanto a la prevalencia de consumo del alcohol, el 80% de los soldados encuestados afirman haber consumido alcohol en su vida, el 100%

de ellos marihuana y el 70% cocaína. Actualmente el 79% reporta un consumo actual de alcohol, 90% de marihuana y 48% de cocaína.

Como se puede observar en la figura 1, con respecto a la forma en que han consumido estas sustancias, el alcohol se consume en mayor porcentaje ocasionalmente y sobre todo cuando hay un evento social. Por su parte, la marihuana presenta un consumo regular donde cerca del 45% de los soldados afirma consumirla al menos una vez al día porque la necesita para sentirse bien. En cuanto a la cocaína la gran mayoría afirma haberla probado solo para experimentar.

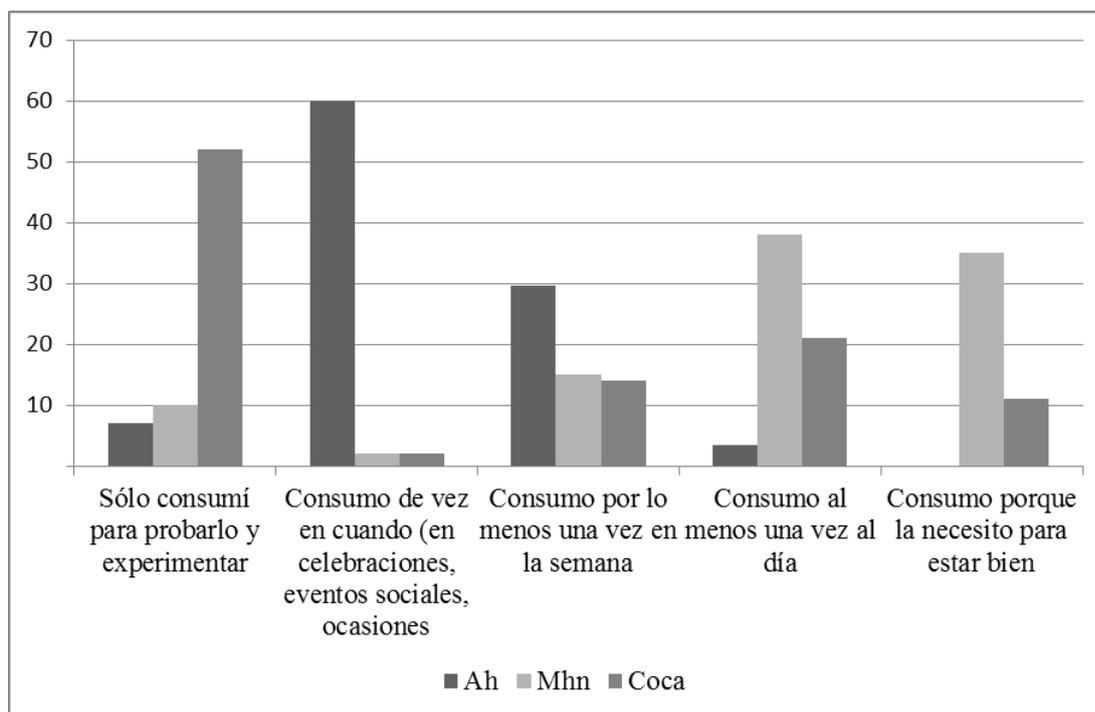


Figura 1. Tipo de consumo según Sustancia

Los principales lugares donde los soldados encuestados afirman consumir sustancias es en discotecas (100%), bares (67%) y la casa de los amigos (24%) o la propia casa (21%).

En cuanto a los motivos por los que los soldados suelen consumir y los problemas que han experimentado al utilizar sustancias psicoactivas (Tabla 2), encontramos que el principal motivo reportado es el querer olvidarse de los problemas, seguido de aumentar sensaciones y disminuir tristeza. Por su parte, el problema que comúnmente han experimentado es tener dificultades de dinero, seguido de la adicción y la pérdida de control.

Tabla.2. Porcentaje de los Motivos de consumo y Problemas asociados al consumo reportados por los soldados.

MOTIVOS DE CONSUMO	No	Si
aceptado por amigos/compañeros	53	47
sentir placer	55	45
deshinbirse	92	8
curiosidad	73	27
disminuir tristeza	47	53
disminuir tensión o ansiedad	52	48
olvidarse de los problemas	22	78
aumentar las sensaciones	43	57
diversión	67	33
presión de amigos o compañeros	60	40
socializar con otras personas	78	22

PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO		
Accidentes de tránsito	83	17
quedar embarazada o embarazar a su pareja	71	29
conflictos con los padres	55	45
problemas con el dinero	8	92
contagiarse con una infección de transmisión sexual	89	11
conflictos con la pareja	66	34

problemas académicos o laborales	19	81
problemas médicos	87	13
perder el control	16	84
peleas con amigos	17	83
adicción	12	88
sentirse mal consigo mismo	74	26
hacerle daño a otra persona	22	78
ninguna	100	
Hacerse daño	85	15
Arrepentirse por algún comportamiento sexual	98	2

En la tabla 3, podemos observar la correlación entre las variables estudiadas, encontrando que a mayor edad, los soldados reportan mayor número de problemas experimentados con el consumo y mayor malestar emocional. Así mismo, entre más lugares de consumo reportan, mayor es el número de motivos que tienen para consumir, así como la cantidad de problemas experimentados como consecuencia del uso de sustancias.

En cuanto a los factores de riesgo evaluados se encontró que a mayor malestar emocional, es mayor el número de lugares de consumo reportado por los soldados; así mismo, cuando hay menos habilidades sociales o de autocontrol, los soldados reportan un mayor número de motivos de consumo y de efectos experimentados al consumir.

Tabla 3. Correlación parcial de los factores de riesgo y las características de consumo.

	Cantidad de lugares	Cantidad de motivos	Cantidad de efectos	Cantidad de problemas	Malestar Emocional	Satisfacción relaciones interpersonales	Preceptos y valoración de las SPA	Espiritualidad	Permisividad social y accesibilidad	Habitos sociales y autocotrol
EDAD	-.09	,10	-.08	,24*	,22*	,08	,08	-.07	-.14	-.08
Cantidad de lugares donde consume	1	,53***	,47***	,34**	,28**	-.09	,04	-.24	,17	-.21
Cantidad de motivos		1	,39***	,52***	,09	-.15	,06	-.10	,17	-.36***
Cantidad de efectos experimentados al consumir			1	,08	,11	,05	-.01	-.0	,18	-.20*
Cantidad de problemas vividos por consumir				1	,16	-.04	-.05	-.03	,08	-.14
Malestar Emocional					1	,00	,02	-.02	-.01	-.02
Satisfacción relaciones interpersonales						1	-.11	-.07	-.01	-.15
Preceptos y valoración de las SPA							1	-.11	,04	-.11
Espiritualidad								1	-.21*	-.03
Permisividad social y accesibilidad									1	-.10

Nota: *** p<,0001; ** p<,001, * p<,05

No se encontraron correlaciones significativas entre los factores de riesgo evaluados y la edad de inicio, ni con la percepción de riesgo, por lo que no se incluyó la tabla de resultados.

Discusión

Con esta investigación se ha pretendido conocer la situación del consumo de drogas en los soldados regulares, analizando los factores psicosociales que pueden influir en dicho consumo, y que pueden actuar como factores de riesgo ante conductas y situaciones que evidencian un uso de sustancias.

Para ello, se han analizado, por un lado la prevalencia de consumo de las sustancias, que según la bibliografía son las más prevalentes en la población, y por otro lado, una serie de variables personales, interpersonales y sociales, que han sido identificadas y definidas por diferentes autores e investigaciones en el campo de las drogodependencias como factores de riesgo para el consumo de sustancias por los adolescentes.

Se encontró que el consumo actual de las distintas SPA en la muestra evaluada de soldados es similar a las estadísticas mundiales y estas cifras resultan preocupantes teniendo en cuenta el informe sobre su aumento acelerado (UNODC, 2004, 2005) y las consecuencias que tiene el consumo de dichas sustancias en el futuro del adolescente y en quienes los rodean.

En esta investigación se observó que al igual que los resultados obtenidos en diferentes estudios sobre edad de inicio y prevalencia de consumo de drogas en la población adolescente (Fernández-Hermida & Secades, 2008; García & otros, 2003; Laespada & otros, 2004; Peñafiel, 2009) la droga más consumida por los soldados regulares de 18 a 22 años, sigue siendo la marihuana. Esta situación podría relacionarse con la valoración que los jóvenes hacen de la sustancia, pues la asumen como la menos nociva al contrastarla con las demás drogas ilegales. Incluso, en algunos casos le atribuyen propiedades curativas, la consideran una sustancia natural capaz de aumentar las sensaciones y poco o nada adictiva (Chabrol et al., 2004).

Los soldados regulares comienzan a consumir drogas a una edad temprana durante el inicio de la adolescencia. Al igual que en estudios como los de Fernández-Hermida & Secades, 2008; García, 2003; Laespada, 2004; Muñoz-Rivas & otros, 2007, las sustancias que comienzan a consumir más tempranamente son la marihuana, alcohol y cocaína, cuyas edades medias de inicio se situaron entre los 9 y los 11 años.

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

De manera similar tanto las sustancias legales (alcohol) como las ilegales (marihuana y cocaína), son percibidas por los soldados, con pocas consecuencias negativas, colocándolos en un riesgo mayor, ya que le dan mayor valor a las sensaciones placenteras y a los cambios en el estado de ánimo. Además, clasifican algunas sustancias como menos peligrosas y ellos mismos se atribuyen una mayor capacidad de control sobre el consumo cuando se hace de manera ocasional o recreativa, tal y como lo afirman Mcleod et al. (2004).

El consumo se presenta principalmente en situaciones sociales como discotecas y celebraciones, en compañía de iguales. Al respecto es importante considerar que los soldados se encuentran generalmente en ambientes sociales, y que, una de las principales influencias sobre el consumo de SPA está relacionada con los amigos.

Las altas prevalencias de consumo habitual y durante los fines de semana de alcohol y marihuana muestran que los principales motivos que llevan a los soldados a consumir drogas es el deshinbirse, socializar con otras personas, aumentar las sensaciones y la curiosidad, hace que sea un consumo caracterizado y ligado al contexto de la noche, a la diversión y al grupo de

iguales. Estos datos coinciden con los resultados aportados por numerosos estudios realizados en la población adolescente (Calafat, 2000; Calafat & otros, 2007).

También cabe suponer que para el adolescente que carezca de un repertorio adecuado de habilidades sociales, el consumo de drogas se presente como una vía alternativa para satisfacer sus necesidades emocionales y como medio de amortiguar el impacto de una situación vital que no controla totalmente (Pons y Berjano, 1999).

Arvex ,2002 plantea que el entusiasmo y el bienestar que ofrecen las drogas aumenta en el sujeto la sensación de poder y confianza para enfrentarse adecuadamente al entorno. En este sentido, el consumo se convierte en un modo de afrontamiento de las relaciones sociales y en una forma de enfrentarse a los problemas de la vida cotidiana. Desde esta perspectiva, las drogas sustituyen a las competencias sociales, refuerzan la conducta de consumo puesto que permiten enfrentarse a la situación, y mantienen el consumo en la medida en que estas situaciones sociales se repiten.

Por otra parte, los resultados reflejan una baja percepción de consecuencias negativas ocasionadas por el consumo de SPA, quienes por el contrario, identifican efectos positivos como experimentar sensaciones placenteras y modificar el estado de ánimo al consumir.

Cuando se realiza el análisis sobre los factores psicosociales y su relación con las conductas y situaciones que evidencian consumo de drogas

en este grupo de soldados, se observa que es significativa en el caso de los comportamientos perturbadores, las habilidades de autocontrol, los preconceptos y valoración del SPA. Específicamente, el déficit en las habilidades de autocontrol así como los preconceptos y la valoración positiva de estas sustancias, actúan como factores de riesgo para quienes han consumido, independientemente de si han dejado de hacerlo o mantienen dicha práctica (OMS, 2002b).

Relacionar el consumo de drogas con efectos como el aumento de sensaciones placenteras, mayor facilidad para la expresión de opiniones y sentimientos, aceptación por parte de sus iguales, favorece no sólo el consumo experimental de una droga, sino también el uso regular de ella. Esto sumado a la baja percepción de riesgo y de consecuencias negativas en sus propias experiencias, se convierte en un importante factor de mantenimiento del comportamiento de consumo de drogas ilegales y legales (Becoña & Vázquez, 2001; Butters, 2004).

Los resultados sobre el déficit en habilidades de autocontrol como factor de riesgo para consumir drogas ilegales y legales, apoyan lo encontrado en otros estudios, ya que tener un bajo control emocional, la dificultad para reflexionar acerca de las consecuencias de las propias acciones, la sensibilidad al refuerzo y la gratificación inmediata y los estilos atribucionales de carácter externo y global se asocian frecuentemente con el mantenimiento del comportamiento de consumo de drogas (Higgins & Marcum, 2005),

Limitaciones de la Investigación

Dentro de las limitaciones de esta investigación, cabe señalar que nos centramos fundamentalmente en variables personales y sociales, pero sería conveniente incluir también en futuras investigaciones, variables relativas a las relaciones familiares, escolares y con el grupo de amigos, para así poder evaluar en profundidad los principales factores de riesgo de consumo en esta población.

Igualmente, el método para la recogida de los datos, el cual, aunque permite acceder a información exclusiva que proviene directamente del soldado, presenta ciertas limitaciones, ya que muchas veces el individuo responde de manera poco sincera.

Referencias

- Adams, J., Heath, A., Young, S., Hewit, J., Corrley, R. y Stallings, M. (2003). Relationships between personality and preferred substance and motivations for use among adolescent substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*; 29, 691-712.
- Arvex, C., Mora, C. y Moreno, G. (2002). Guía de intervención: menores y consumo de drogas. Madrid. ADES.
- Bandura, A. (1984). Teoría del aprendizaje social. Madrid, Espasa-Calpe.
- Barkin, S. L., Smith, K. S. y DuRant, R. H. (2002). Social skills and attitudes associated with substance use behaviors among young adolescents. *The Journal of Adolescent Health*, 30, 448-454.
- Becoña, E. & Vázquez, F. (2001). Consumo problemático de sustancias. En V. Caballo (Dir.), *Manual de psicopatología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales*. Madrid: Siglo XXI.
- Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: PNSD.
- Benda, B. B. (2005). The robustness of self-control in relation to form of delinquency. *Youth y Society*, 36, 418-444.
- Beyers, J. M., Toumbourou, J. W., Catalano, R. F., Arthur, M.W. y Hawkins, J. D. (2004). Across-national comparison of risk and protective factors for

adolescent substance use: the United States and Australia. *The Journal of adolescent health*, 35, 3-16.

BC News. (2007). Army “losing battalion” to drugs. (14 de diciembre de 2007).

Londres.

Bray RM, Hourani LL. (2007). *Substance use trends among active duty military personnel: findings from the United States Department of Defense Health Related Behavior Surveys*, *Addiction* (volume) 102: 1092–1101.

Butters, J. E. (2004). The impact of peers and social disapproval on high-risk cannabis use: Gender differences and implications for drug education. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 11, 381–390.

Cáceres D, Salazar I, Varela L, Tovar J, (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales; *Universitas Psychologica*; 5(3):521-534.

Calafat, A., Fernández, C., Juan, M. y Becoña, E. (2007). Vida recreativa nocturna de los jóvenes españoles como factor de riesgo frente a otros más tradicionales. *Adicciones*, 19(2), 125-132.

Calafat, A., Montserrat, J., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E., Palmer, A., y otros. (2000). Salir de marcha y consumo de drogas. Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado el 6/06/2008, de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/salir.pdf>.

- Carballo, J.L., García, O., Secades, R., Fernández, J.R., García, E., Errasti, J.M. y Al-Halabi, S. (2004). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 16(4), 674-679.
- Chabrol, H., Massot, E. & Mullet, E. (2004). Factor structure of cannabis related beliefs in adolescents. *Addictive behaviors*, 29, 929-933.
- Chávez H., A., Macías G., L., Páramo C., D., Martínez, C. y Ojeda, D. (2005). Consumo de drogas en estudiantes del nivel medio superior de la Universidad de Guanajuato. *Acta Universitaria*, 15, 13-21.
- Dirección General de Sanidad Militar - DGSM. (2012). *Plan Maestro Integral de Salud Mental para las Fuerzas Militares de Colombia*. Bogotá, D.C.: Imprenta Nacional.
- Fenzel, L. (2005). Multivariate analyses of predictors of heavy episodic drinking and drinking related problems among college students. *Journal of College Student Development* Washington, 46, 126-140.
- Fernández-Hermida, J.R. y Secades, R. (2008). Prevalencia del consumo de drogas y factores de riesgo y protección en población juvenil de 12 a 18 años de Asturias. Facultad de Psicología - Universidad de Oviedo.
- Fok, M. S. y Tsang, W. Y. (2005). Development of an instrument measuring Chinese adolescent beliefs and attitudes towards substance abuse. *Journal of clinical nursing*, 14, 986-994.

Fuerzas Armadas de España. (2010). Plan General de Prevención de Drogas en las FAS. España.

García, M.R. (2003). Consumo de drogas en adolescentes: Diseño y desarrollo de un programa de prevención escolar. Universidad Complutense Madrid. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos (Psicología Clínica). Madrid.

Gobierno Nacional de la República de Colombia, a través del Ministerio de Justicia y del Derecho (Observatorio de Drogas de Colombia), el Ministerio de Educación Nacional, y el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con el apoyo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos (OEA), y la Embajada de los Estados Unidos en Colombia. (2011). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en población escolar Colombia.

González-Quevedo. Sanabria-Ferrand & Zuluaga. (2010). Percepción de la Calidad de Vida y la salud mental en oficiales de la Fuerza Aérea Colombiana; *Revista Médica* 18 (1): 115-122.

Higgins, G. & Marcum, C. (2005). Can the theory of planned behavior mediate the effects of low self-control on alcohol use? *Collage Student Journal*, 39, 90-103.

Kendler, K. S., Jacobson, K. C., Prescott, C. A. y Neale, M. C. (2003). Specificity of genetic and environmental risk factors for use and abuse/dependence of

cannabis, cocaine, hallucinogens, sedatives, stimulants, and opiates in male twins. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 687-696.

Laespada, M.T., Arostegi, E. y Iraurgi J. (2004). Factores de riesgo y protección frente al consumo de drogas: Hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV. Deusto. Instituto Deusto de Drogodependencias. Universidad de Deusto.

McLeod, J., Oakes, R., Copello, A., Crome, I., Egger, M., Hickman, M. et al. (2004). Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: A systematic review of longitudinal, general population studies. *The Lancet*, 363, 1579-1588.

Ministerio de la Protección Social, Dirección Nacional de Estupefacientes. (2008) *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia –* (Población general de 12 a 65 años, en hogares). UNODC.

Muñoz-Rivas, M., de Lucas, G., y Graña, J.L. (2007). Estudio exploratorio de los factores de riesgo y de protección psicosociales asociados al consumo de drogas en la población infanto-juvenil de la Red de Centros de Protección de Menores de la Comunidad de Madrid. Agencia Antidroga. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.

Navarro, J. (2000). Factores de riesgo y protección de carácter social relacionados con el consumo de drogas. Madrid: Ayuntamiento de Madrid.

Parrott, A. Morian, A. Moss, M. & Scholey, A. (2004). *Understanding drugs and behaviour*. England: John Wiley & Sons, Inc.

Peñafiel, E. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en Adolescentes. Tesis doctoral sin publicar. Universidad de Alcalá. Departamento de Psicopedagogía y Educación Física. Madrid.

Pons, J., y Berjano, E. (1999). El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la Psicología Social. Madrid: PNSD

Oficina contra la Droga y el Crimen de la Organización de las Naciones Unidas.

(2004). *World Drug Report 2004*. Recuperado el 9 de agosto de 2015,

de http://www.unodc.org/unodc/en/world_drug_report_2004.html

Oficina Contra la Droga y el Crimen de la Organización de las Naciones Unidas.

(2005). *World Drug Report 2005*. Recuperado el 09 de agosto de 2015, de

http://www.unodc.org/unodc/en/world_drug_report.html

Organización Mundial de la Salud. (2002b). *The World Health Report*. Recuperado

Agosto, 2015, de <http://www.who.int/whr/2002/download/en/>

Pérez, A. y Scoppetta, O. (2009). *Consumo de alcohol en menores de edad en nueve ciudades de Colombia*. Bogotá: Dupligráficas.

Rigot, V; Pilar M; Paul F; Deparix, X; Marimoutou C (2011) Alcohol and cannabis consumption in the French Army: determination of consumers profiles to focus on prevention and care. *Military medicine*; 176,1:1

Rohsenow, D. J., Colby, S. M., Martin, R. A. y Monti, P. M. (2005). Nicotine and other substance interaction expectancies questionnaire: Relationship of expectancies to substance use. *Addictive Behaviors*, 30, 629-641.

Suelves, J.M. y Sánchez-Turet, M. (2001). Asertividad y uso de sustancias en la adolescencia: Resultados de un estudio transversal. *Anales de psicología*, 17 (1), 15-22.

Shen Y-Ch, A. J. (2012). Effects of Iraq/Afghanistan Deployments on Major Depression and Substance Use Disorder: Analysis of Active Duty Personnel in the US Military. *Am J Public Health*, 102: S80–S87.

Stylianou, S. (2004). The Role of Religiosity in the Opposition to Drug Use. *International Journal of Offender Therapy y Comparative Criminology*, 48, 429-448.

Toledo, González, Sanabria y cols, (1996) *Estudio de salud mental FF.MM.*

Trujillo, A., Pérez, A. & Scopetta, O. (2011). Influencia de variables del entorno social sobre la ocurrencia de situaciones problemáticas asociadas al consumo de alcohol en adolescentes. *Adicciones*, 23(4), 349-356

Vondras, Schmitt R & Marx, D (2007) Association between aspects of spiritual wellbeing alcohol use , and related social- cognitions in female college students; *Journal of Religion and Health*; Vol. 46 N°4; p 500

**CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN PARA
EL CONSUMO DE DROGAS EN JÓVENES
(FRP- SPA)**

**Salazar, I. C., Varela, M. T., Cáceres, D. E. y Tovar, J. R. (2006)
Grupo de Investigación Psicología, Salud y Calidad de Vida. Pontificia
Universidad Javeriana Cali, Colombia.**

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario contiene preguntas dirigidas a conocer el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, y algunos factores de riesgo y de protección asociados.

Lea cuidadosamente cada pregunta y no tema expresar sus opiniones o situaciones, pues las respuestas a este cuestionario son confidenciales y no identifican a quien responde. Tenga en cuenta que para algunas preguntas deberá escoger una sola opción de respuesta, y para otras podrá escoger varias opciones.

Edad	Sexo	Estado civil

1. ALCOHOL

1.1 ¿Ha consumido alcohol alguna vez en la vida? Si ___ No ___ (Si escogió esta opción pase al punto 2)
1.2 ¿Lo consume actualmente? Si ___ No ___
1.3 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su consumo de alcohol? <input type="checkbox"/> Sólo consumí alcohol para probarlo y experimentar <input type="checkbox"/> Consumo alcohol de vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones esporádicas) <input type="checkbox"/> Consumo alcohol por lo menos una vez en la semana <input type="checkbox"/> Consumo alcohol al menos una vez al día <input type="checkbox"/> Consumo alcohol porque lo necesito para estar bien
1.4 ¿Cuántos años tenía la primera vez que consumió alcohol? _____

2. MARIHUANA

2.1 ¿Ha consumido marihuana alguna vez en la vida? Si ___ No ___ (Si escogió esta opción pase al punto 4)
2.2 ¿La consume actualmente? Si ___ No ___
2.3 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su consumo de marihuana? <input type="checkbox"/> Sólo consumí marihuana para probarla y experimentar <input type="checkbox"/> Consumo marihuana de vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones esporádicas) <input type="checkbox"/> Consumo marihuana por lo menos una vez en la semana <input type="checkbox"/> Consumo marihuana al menos una vez al día <input type="checkbox"/> Consumo marihuana porque la necesito para estar bien
2.4 ¿Cuántos años tenía la primera vez que consumió marihuana? _____

3. COCA (basuco, cocaína, base libre y crack)

3.1 ¿Ha consumido coca alguna vez en la vida? Si ___ No ___ (Si escogió esta opción pase al punto 6)
3.2 ¿La consume actualmente? Si ___ No ___
3.3 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su consumo de coca? <input type="checkbox"/> Sólo consumí coca para probarla y experimentar <input type="checkbox"/> Consumo coca de vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones esporádicas) <input type="checkbox"/> Consumo coca por lo menos una vez en la semana <input type="checkbox"/> Consumo coca al menos una vez al día <input type="checkbox"/> Consumo coca porque la necesito para estar bien
3.4 ¿Cuántos años tenía la primera vez que consumió coca? _____

4. ¿En qué lugares ha consumido drogas? (Puede marcar varias opciones)	<input type="checkbox"/> Discotecas	<input type="checkbox"/> Bares	<input type="checkbox"/> Casas de Amigos	<input type="checkbox"/> Casa
	<input type="checkbox"/> Parques	<input type="checkbox"/> Carro	<input type="checkbox"/> Universidad	<input type="checkbox"/> Sitios de comida cercanos a la Universidad
	<input type="checkbox"/> Otros ¿Cuáles? _____			

5. ¿Cuáles considera que son sus	<input type="checkbox"/> Ser aceptado por los amigos o compañero	<input type="checkbox"/> Sentir placer	<input type="checkbox"/> Desinhibirse	<input type="checkbox"/> Curiosidad
---	--	--	---------------------------------------	-------------------------------------

motivos para consumir drogas? (Puede marcar varias opciones)	<input type="checkbox"/> Disminuir la tristeza	<input type="checkbox"/> Disminuir la tensión o calmar la ansiedad	<input type="checkbox"/> Olvidarse de los problemas	<input type="checkbox"/> Aumentar las sensaciones
	<input type="checkbox"/> Diversión	<input type="checkbox"/> Presión de amigos o compañeros	<input type="checkbox"/> Socializar con otras personas	<input type="checkbox"/> Otros. Cuáles? _____ _____

6. ¿Cuáles de los siguientes efectos ha experimentado por el consumo de drogas? (Puede marcar varias opciones)

<input type="checkbox"/> Alteraciones en el sueño (somnolencia, falta de sueño)	<input type="checkbox"/> Experimentar sensaciones de poder o grandeza	<input type="checkbox"/> Infecciones en la piel	<input type="checkbox"/> Minimización del dolor
<input type="checkbox"/> Pérdida del equilibrio	<input type="checkbox"/> Lentitud en movimientos	<input type="checkbox"/> Cambios en el apetito	<input type="checkbox"/> Calmar la ansiedad y reducir la tensión
<input type="checkbox"/> Limitación o alteración en la capacidad para razonar	<input type="checkbox"/> Arritmia (aumento o disminución del ritmo cardíaco)	<input type="checkbox"/> Aumento o disminución de la temperatura corporal	<input type="checkbox"/> Deshidratación
<input type="checkbox"/> Nauseas o vómitos	<input type="checkbox"/> Resaca (guayabo)	<input type="checkbox"/> Alucinaciones	<input type="checkbox"/> Irritabilidad
<input type="checkbox"/> Pérdida de la concentración	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Otros ¿Cuáles? _____
<input type="checkbox"/> Desorientación	<input type="checkbox"/> Paranoia	<input type="checkbox"/> Cambios en la respiración	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

7. ¿Qué problemas ha tenido por el consumo de drogas? (Puede marcar varias opciones)

<input type="checkbox"/> Accidentes de tránsito	<input type="checkbox"/> Quedar embarazada o embarazar a la pareja	<input type="checkbox"/> Conflictos con los padres
<input type="checkbox"/> Problemas de dinero	<input type="checkbox"/> Contagiarse con una infección de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> Conflictos con la pareja
<input type="checkbox"/> Problemas académicos o laborales	<input type="checkbox"/> Problemas médicos (respiratorios, cardíacos, daño en órganos, aborto espontáneo, etc)	<input type="checkbox"/> Perder el control

<input type="checkbox"/> Peleas con amigos y compañeros	<input type="checkbox"/> Adicción	<input type="checkbox"/> Ninguna	
<input type="checkbox"/> Sentirse mal consigo mismo	<input type="checkbox"/> Hacerle daño a otra persona	<input type="checkbox"/> Otros ¿Cuáles? _____	
<input type="checkbox"/> Hacerse daño	<input type="checkbox"/> Arrepentirse por algún comportamiento sexual	<input type="checkbox"/>	
8. ¿Con quién acostumbra consumir drogas? (Puede marcar varias opciones)	<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Amigos	<input type="checkbox"/> Hermanos
	<input type="checkbox"/> Pareja	<input type="checkbox"/> Padres	<input type="checkbox"/> Otros familiares
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

9. Con respecto al alcohol, pienso que:			
<input type="checkbox"/> No es dañino y lo consumo	<input type="checkbox"/> No es dañino y NO lo consumo	<input type="checkbox"/> Es dañino pero lo consumo	<input type="checkbox"/> Es dañino y por eso NO lo consumo
10. Con respecto a la coca, pienso que:			
<input type="checkbox"/> No es dañina y la consumo	<input type="checkbox"/> No es dañina y NO la consumo	<input type="checkbox"/> Es dañina pero la consumo	<input type="checkbox"/> Es dañina y por eso NO la consumo
11. Con respecto a la marihuana, pienso que:			
<input type="checkbox"/> No es dañina y la consumo	<input type="checkbox"/> No es dañina y NO la consumo	<input type="checkbox"/> Es dañina pero la consumo	<input type="checkbox"/> Es dañina y por eso NO la consumo

		SI	NO
12.	Constantemente me siento aburrido		
13.	Evito preguntar por temor a hacer el ridículo		
14.	Los amigos con los que ando piensan que está mal emborracharse		
15.	Me siento muy afectado por mis problemas		
16.	Para las personas de mi edad es difícil conseguir drogas		
17.	Tengo fe en un poder más grande que yo		
18.	Me siento molesto cuando las cosas no salen a mi manera		
19.	Cuento con alguien para hablar si lo necesito		
20.	Le agrado a otras personas de mi edad		
21.	Tengo problemas para dormir o me despierto con facilidad		
22.	Los amigos con los que ando piensan que está mal drogarse		
23.	No soy una persona religiosa		
24.	Para las personas de mi edad es costoso consumir drogas frecuentemente		
25.	Me preocupo en exceso		
26.	Tengo pensamientos repetitivos		
27.	Prefiero ceder para evitar problemas con otras personas		
28.	Me siento satisfecho con mis amistades		
29.	Siento la necesidad de consumir alcohol o drogas cuando estoy en un bar, discoteca u otro sitio de ambiente		
30.	Tengo dificultad para relajarme		
31.	Cuando se bebe en exceso se hace el ridículo		
32.	Me apoyo en la religión cuando tengo problemas		
33.	Mi primera opción para una salida con mis amigos es un sitio donde pueda tomar o consumir drogas		

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LOS PROBLEMAS CON EL USO DE SUSTANCIAS

34.	Tengo pensamientos que me fastidian		
35.	Mis amigos me tienen en cuenta para las actividades que realizan		
36.	Consigo amigos fácilmente		
37.	Me enojo cuando la gente me hace esperar		

38.	Creo que existe una fuerza espiritual que puede ayudarme con mis problemas		
39.	Disfruto compartiendo actividades de recreación con mis amigos		
40.	Evito herir los sentimientos de alguien a propósito		
41.	Me gusta experimentar nuevas sensaciones		
42.	Paso fácilmente de la tristeza a la alegría o al revés		
43.	Tengo algún familiar que bebe hasta emborracharse		
44.	Me irrito con facilidad		
45.	Consulto a alguno de mis padres sobre asuntos de mi vida personal		
46.	Consumir drogas es normal entre los jóvenes		
47.	Me ayuda rezar o meditar		
48.	Mis amigos me ayudan a enfrentar mis problemas		
49.	Me relajo		
50.	Hay personas a quienes yo les importo		
51.	Me preocupo cuando rompo una regla		
52.	He tenido experiencias espirituales o religiosas importantes en mi vida		
53.	Las drogas son un problema más grave que el alcohol o el cigarrillo		
54.	Me siento angustiado con frecuencia		

55.	Mis amigos incluyen trago, cigarrillo o drogas en las actividades que realizamos		
56.	Me tensiono fácilmente		
57.	Pienso mucho antes de actuar		
58.	Me pongo triste fácilmente		

POR FAVOR VERIFIQUE QUE HAYA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS.

Anexo 2. Consentimiento Informado

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Ps. NATALIA ARTEAGA CABRALES, de la Universidad de la Sabana.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 40 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por PS. NATALIA ARTEAGA CABRALES_. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es _____

Me han indicado también que tendré que responder, lo cual tomará aproximadamente _40 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a _____ al teléfono _____.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a _____ al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha