

**ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS Y FACTORES DE RIESGO DE
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES DE UN
COLEGIO DE BOGOTA**

**DAVID VANEGAS GARCÍA
JHON JAIDER FERNANDEZ**

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LOS LIBERTADORES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

BOGOTÁ, D. C.

Septiembre de 2016

**ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS Y FACTORES DE RIESGO DE
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES DE UN
COLEGIO DE BOGOTA**

**DAVID VANEGAS GARCÍA
JHON JAIDER FERNANDEZ**

CLAUDIA PATRICIA RAMOS PARRA

Asesor

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LOS LIBERTADORES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Septiembre 2016

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

AGRADECIMIENTOS

A nuestra Universidad Fundación Universitaria los Libertadores por hacernos parte de su comunidad académica.

A nuestra Asesora y Directora de trabajo Claudia Patricia Ramos quien con su ayuda y apoyo hizo posible este trabajo.

A nuestros docentes por impartirnos sus conocimientos y por su dedicación.

A nuestros compañeros que nos acompañaron de una u otra forma durante nuestra carrera.

Al Colegio Republica de Colombia y sus directivas por haber permitido el desarrollo del presente trabajo en sus instalaciones.

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a nuestras familias que con su confianza, consejos y apoyo hoy hacen posible la finalización de un logro académico y profesional tan importante.

A nuestra Directora de tesis Dra. Claudia Patricia Ramos a quién agradecemos su profesionalismo acompañamiento y entrega para la consecución del trabajo.

A nuestros maestros de la Universidad que tanto aportaron para nuestra formación como psicólogos.

A Dios que nos permite vivir este momento y compartirlo al lado de quienes queremos.

Tabla de contenido.

Resumen.....	1
Justificación.....	2
Planteamiento del problema.....	6
Objetivos.....	9
Objetivo General.....	9
Objetivos específicos.....	9
Marco conceptual.....	10
Consumo de sustancias psicoactivas y la adicción.....	10
Factores de riesgo de consumo de SPA.....	24
Adolescencia.....	35
Esquemas mal adaptativos.....	39
Metodología.....	52
Tipo de investigación.....	52
Participantes.....	52
Variables.....	52
Instrumentos.....	53
Consideraciones éticas.....	55
Resultados.....	57
Discusión.....	69
Conclusiones.....	73
Referencias.....	75
Apéndices.....	83

Lista de figuras.

Figura 1. Distribución por rango de edad estudiantes.....	57
Figura 2. Distribución de los estudiantes por grados.....	58
Figura 3. Distribución rangos de edad padres de familia.....	58
Figura 4. Distribución por tipos de familia.....	59
Figura 5. Distribución grado escolar padres.....	59
Figura 6. Percepción facilidad para conseguir sustancias.....	62
Figura 7. Convivencia en la infancia y actualidad.....	63
Figura 8. Distribución actividades al terminar colegio.....	64

Lista de tablas.

Tabla 1. Clasificación de las sustancias psicoactivas.....	15
Tabla 2: Factores de riesgo.....	31
Tabla 3: Secuencia usual de cambios fisiológicos en la adolescencia.....	36
Tabla 4. Estadísticos descriptivos índice severidad por dominios.....	60
Tabla 5. Estadísticos descriptivos índice de severidad esquemas mal adaptativos...	64
Tabla 6. Correlación esquemas mal adaptativos y dominios.....	66

Listas de apéndices.

Apéndice 1. Consentimiento informado participante.....	82
Apéndice 2. Consentimiento informado institución.....	83
Apéndice 3. Cuestionario de esquemas de Young, ysq-1.....	84
Apéndice 4. Escala Drugs Use Screening Inventory - Revisada (DUSI-R).....	86

Esquemas maladaptativos tempranos y factores de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de un Colegio de Bogotá

RESUMEN

Se realizó una investigación cuantitativa de tipo descriptivo correlacional con una muestra de 200 adolescentes de un colegio de Bogotá. El objetivo de la investigación es identificar la relación existente entre los esquemas maladaptativos y los factores de riesgo en consumo de sustancias psicoactivas. Se administraron la Escala Drug Use Screening Inventor (DUSI) y el Young Schema Questionnaire (YSQ-L2), validados en población Colombiana.

Los resultados indican que los factores psicosociales asociados al consumo de S.P.A corresponden a desorden psiquiátrico (M=36,2) y problemas de comportamiento (M =34,2).Respecto a los esquemas mal adaptativos se encuentran vulnerabilidad al daño (M= 67,1) e inhibición emocional (M = 65,2). Las correlaciones más significativas correspondieron al esquema Abandono/inestabilidad que obtuvo una correlación de magnitud media con el dominio competencia social (ISD, =370) y el dominio desordenes psiquiátricos (ISD=,362). Las conclusiones del presente trabajo indican que aun cuando las correlaciones halladas en su mayoría fueron de magnitud media y no de severidad alta suponen la existencia de pensamientos y situaciones que al estar presentes que en los jóvenes pueden llevar a la decisión de consumir Spa

Palabras claves: Esquemas mal adaptativos, factores de riesgo, consumo de spa, adolescentes

ABSTRACT

A quantitative descriptive correlational research with a sample of 200 adolescents from a school in Bogotá was performed. The aim of the research is to identify the relationship between maladaptive schemes and risk factors in use of psychoactive substances. Scale Drug Use Screening Inventor (DUSI) and the Young Schema Questionnaire (YSQ-L2), validated in Colombian population were administered. The results indicate that psychosocial factors associated with consumption of SPA correspond to psychiatric disorder (M = 36.2) and behavioral problems (M = 34.2) .Regarding the maladaptive schemes are vulnerable to damage (M = 67 1) and emotional inhibition (M = 65.2). The most significant correlations corresponded to Abandonment / Instability schema obtained a correlation of medium magnitude with social competence domain (ISD = 370) and domain psychiatric disorders (ISD =, 362). The findings of this study indicate that even though the correlations found were mostly of medium magnitude and high severity not assume the existence of thoughts and situations to be present in youth can lead to the decision to consume Spa.

Keywords: maladaptive schemes, risk factors, use of spa, teen

Justificación.

El consumo de sustancias psicoactivas constituye un problema de salud pública; Los altos índices de consumo, las variaciones en el perfil del consumidor y la variedad de sustancias ilícitas, reviste para profesionales de diferentes áreas, un reto respecto a la evaluación e intervención oportuna, en búsqueda de reducir los factores de riesgo y por ende el impacto social y económico para los países consumidores; En Colombia desde el año 2012 el congreso de la republica le dio importancia tanto política como social a este fenómeno a través de la ley 1566 del 2012 mediante la cual se dictan normas que garantizan la atención integral a personas que consumen SPA; así mismo brinda herramientas de participación y apoyo enfocadas a la prevención e intervención de dicha problemática , reafirmando la prestación de servicios de salud por parte de los organismos estatales. Lo cual permite ver que la problemática del consumo es considerada un fenómeno social en el campo de la salud física y mental. Lo anterior invita a que los actores que intervienen en la problemática ayuden a la mitigación de la exclusión social que produce dicho fenómeno. (Minsalud y protección social, 2013)

El interés de realizar la investigación en población adolescente radica en que esta etapa crítica para el desarrollo de todas las áreas del individuo y es considerada una población vulnerable por hallarse en un periodo de transición en el que la influencia de los pares y la necesidad de aceptación es más relevante. Para Harakeh & Vollebergh (2013) los sujetos tienden a consumir drogas ya sea porque su ambiente social los alienta explícita y activamente a comportarse de dicha manera, o porque son presionados de manera indirecta. De igual forma el consumo de sustancias se encuentra influenciado socialmente y entre los motivos por los cuales los adolescentes deciden tomar bebidas alcohólicas se encuentran la presión grupal, la necesidad de socialización y la urgencia de ser aceptados por sus amigos (Trujillo & Flórez,

2013). Investigaciones como la de Romero Loaiza, T. (2015) en la que se tuvo como objetivo principal identificar las diferencias entre adolescentes consumidores y no consumidores de SPA, en cuanto a los tipos y formas de influencia por parte de los pares demuestran a partir de sus resultados que los consumidores son más vulnerables a ser influenciados en el inicio y mantenimiento del consumo de drogas mientras que los no consumidores tienden a tener menor cantidad de amigos cercanos consumidores. Es así que el grupo de pares proporciona al adolescente un modelo, unas claves y los puntos de referencia para organizar su vida y así mismo, moldeando actitudes adoptando hábitos y definiendo los gustos, a tal grado que la aceptación por parte del grupo pasa a ser una necesidad de primer orden que condiciona las relaciones del adolescente con los demás y así mismo su comportamiento. Los compañeros proporcionan información sobre las conductas que son aceptadas y reconocidas en determinadas situaciones sociales diferentes a las de su ámbito familiar; además el grupo establece sus propias normas que el adolescente debe adoptar para ser valorado. Es así que si el grupo tienen una actitud favorable al consumo el adolescente adoptará estas mismas reglas en su repertorio de conductas.

La adolescencia, al ser una etapa de formación puede tener exposición a múltiples factores de riesgo incluyendo componentes psicológicos tales como insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas, patrones inadecuados de educación y crianza (sobrepotección, autoritarismo, agresión, permisividad, autoridad dividida), ambiente frustrante y sexualidad mal orientada. O sociales tales como pertenencia a grupos urbanos, promiscuidad, abandono escolar y laboral o bajo nivel escolar, cultural y económico. que influyen de manera negativa en los adolescentes. (Herrera 1999).

En este periodo del ciclo vital, el establecimiento de la personalidad se asocia al desarrollo cognitivo y la formación de esquemas los cuales se definen como creencias más estables y duraderas acerca de si mismo en relación con eventos ambientales, los esquemas guían la realización de patrones de conductas. (Young 1999).

Considerando que los estilos cognitivos se aprenden principalmente en la infancia y adolescencia, que el inicio de consumo de sustancias psicoactivas está fuertemente influenciado por factores cognitivos como expectativas y creencias construidas en el contexto familiar y social de los individuos y que la etapa de la adolescencia es considerada la población más vulnerable; Trabajos como el de Díaz, et, al (2010) reafirman desde sus resultados que el consumo de alcohol se asocia con estilos cognitivos específicamente por sobreestimación del daño, baja tolerancia a la frustración y alta necesidad de aprobación social. el presente trabajo busca identificar la relación existente entre los esquemas maladaptativos y factores de riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas.

Adicionalmente, es evidente que el inicio de consumo temprano se asocia a mayor riesgo de dependencia así como al desarrollo de otros problemas a nivel individual, familiar y social e impactando la salud física y mental de la población en general como lo demuestran investigaciones como la desarrollada por Hernández López, Teresa, Roldán Fernández, et, al. (2009) en donde se concluyó que el consumo temprano se asocia a índices de consumo diario de tabaco y de cannabis, a patrones de alcohol abusivo en promedio diario y a policonsumo frecuente o recurrente de 2 o más drogas en el último mes. De igual forma se asocia con consecuencias negativas provocadas por el consumo de alcohol o drogas en el ámbito académico, económico, familiar y social. Por tanto, la identificación temprana de los factores personales, familiares y sociales que aumentan la probabilidad que los adolescentes consuman drogas

posibilitan la comprensión de los procesos que subyacen al inicio y mantenimiento de las conductas de consumo en adolescentes.

Así, es evidente que los factores que intervienen en la aparición y desarrollo de las adicciones son de carácter multicausal y se enmarcan en un contexto particular tal y como lo demuestran trabajos como el de Duffy, Débora. (2014) el cual determino como principales factores de riesgo para el inicio del consumo de alcohol en niños y adolescentes, el consumo parental y el del grupo de pares El desarrollo de esta investigación pretende que se puedan establecer nuevas medidas de carácter preventivo en busca de reducir el nivel de consumo de sustancias psicoactivas en la población adolescente teniendo en cuenta los factores de riesgo que se relacionen con la familia, el manejo del tiempo libre, o la conducta del adolescente entre otros y respecto a las intervenciones, que están se enfoquen en los esquemas que más se relacionen con la posible decisión de consumo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El consumo de sustancias psicoactivas SPA es un fenómeno considerado como problema de salud pública en el mundo, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, que genera trastornos de comportamiento como ansiedad, depresión o los relacionados con la comida, además de inducir a actitudes violentas, conducta sexual de riesgo y traumatismos involuntarios (OMS, 2014).

Por otro lado, de acuerdo con el con el Ministerio de Justicia y del Derecho (2014), el 26,2% de los estudiantes del país incluidos en el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas declaró haber consumido tabaco/cigarrillo alguna vez en la vida, dos de cada tres escolares declaran haber consumido alguna bebida alcohólica, un 13,5% declaran haber consumido al menos una sustancia ilícita o de uso indebido, un 8% declararon haber fumado marihuana, mientras que un 3,4% declararon haber consumido cocaína alguna vez en la vida; estos datos demuestran que el 51.1% de los estudiantes Colombianos ha consumido alguna sustancia lícita o ilícita demostrando que dicha problemática es considerada un problema de salud pública; considerando que las drogas de exploración como alcohol y cigarrillo suman un porcentaje cercano al 30% deja en evidencia que la población adolescente cada vez aumenta más su consumo exploratorio por tanto el consumo activo tiene tendencia a incrementarse.

Ese tipo de prácticas constituye un complejo fenómeno de impacto social, familiar e individual, que conlleva al deterioro del individuo y su entorno, que a su vez se constituye como una causa – efecto de otras problemáticas relacionadas con la persona consumidora y la sociedad en general; dentro de las problemáticas generadas se pueden mencionar la violencia, la pérdida de los valores, el deterioro físico y mental de la persona consumidora, el abandono de las responsabilidades a su cargo, el funcionamiento disruptivo del grupo familiar, entre otros aspectos, los que conllevan a pérdidas significativas tanto emocionales como psicológicas,

sociales y económicas (Cattaneo, 2011). Sin duda el consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno que afecta a la sociedad colombiana, y el mismo no tiene distinción alguna entre raza, posición económica, cultural y credo alguno; se trata de un fenómeno que muta constantemente, como producto de un negocio que conlleva al beneficio de sectores criminales que ocasiona la destrucción de miles de millones de vidas, por causa de los efectos psíquicos y también físicos productos de la interacción entre un fármaco y el organismo.

Teniendo en cuenta que el consumo de SPA es un problema en crecimiento y que puede ser abordado y comprendido desde diferentes perspectivas la razón principal del trabajo corresponde a establecer la relación entre los esquemas y factores de riesgo que en la población adolescente pueden relacionarse con el consumo de sustancias psicoactivas, teniendo en cuenta que, en la medida en que se valide esa hipótesis, se podrán identificar formas de evitar que esos jóvenes y otros en el futuro continúen afectando su salud por medio del uso de esas sustancias.

Ante esa hipótesis, el presente trabajo busca establecer aquellos esquemas y factores de riesgo que en la población adolescente se relacionan con el consumo de sustancias psicoactivas en la medida en que se valide esa hipótesis, se podrá identificar y divulgar los resultados a la institución educativa que facilitó la muestra y que con ellos se orienten los trabajos enfocados con el consumo de SPA en la institución.

Igualmente se cree que la identificación de esta relación constituiría una contribución a la definición del procedimiento a seguir al tratar a pacientes que consumen SPA como a población no consumidora; Teniendo en cuenta que el tratamiento y/o prevención se pueden orientar desde los factores de riesgo psicosocial y esquemas mal adaptativos que este trabajo determine puedan tener influencia con la decisión de consumo. De esta manera se beneficia también a los familiares de esas personas y a la sociedad en general teniendo en cuenta que se puede trabajar la

problemática preventivamente acudiendo a que las variables de investigación del presente trabajo realizan un abordaje descriptivo relacionado con varias áreas de ajuste de los jóvenes que van desde aspectos personales , familiares hasta educativos y finalmente a nivel cognitivo con los esquemas que son parte de las estructuras mentales mal adaptativas que los adolescentes han creado sobre experiencias previas aclarando que en la presente investigación no se realiza ningún trabajo con los padres de familia, el presente trabajo realiza la identificación y descripción de variables que pueden ser tenidas en cuenta para procesos terapéuticos y de prevención.

Es así como se busca dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación: ¿existe relación entre los esquemas mal adaptativos y los factores de riesgo en el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Identificar la relación existente entre los esquemas mal adaptativos y los factores de riesgo en el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes.

Objetivos específicos:

1. Determinar los esquemas mal adaptativos presentes en una muestra de adolescentes de un colegio de la ciudad de Bogotá, según la propuesta del Young Schema Questionnaire (YSQ-L2).
2. Establecer los factores de riesgo relacionados con problemas de comportamiento (BP), desordenes psiquiátricos (PD), competencia social (SC), sistema familiar (FS), desempeño escolar (SP), relación con pares (PR), tiempo libre y recreación (LR), uso de sustancias (SU) en la muestra de estudiantes.

Marco Conceptual

Consumo de sustancias psicoactivas y la adicción

Teniendo en cuenta los objetivos del presente trabajo, se desarrolla el marco conceptual relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas y adicción, las consecuencias que tiene el consumo de sustancias psicoactivas y los factores de riesgo asociados a esa práctica, así como los elementos que permiten identificar esquemas mal adaptativos y las situaciones que pueden conducir a que los niños desarrollen dichos esquemas (Abandono/inestabilidad, Insuficiente autocontrol/autodisciplina Desconfianza/abuso deprivación emocional Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad Auto sacrificio, estándares inflexibles, Estándares inflexibles 2, inhibición emocional Derecho/grandiosidad y Entrampamiento).

De acuerdo a Fuentealba; Cumsille; Aranda y Molina (2000) el consumo de drogas se inició desde las culturas primitivas donde se empleaban en ceremonias religiosas o en otros ritos aceptados por estas culturas, se indica que era controlado en tiempo, lugares y personas que podían consumir, no se presentaba en forma de abuso ya que contenía químicos como en la actualidad y era controlado en todos sus aspectos.

Becoña (2000) explica que el consumo de drogas ha existido a lo largo de la historia y en las últimas décadas ha tomado una nueva dimensión. Hoy es clara la relación directa entre sociedad desarrollada y consumo abusivo de drogas. Estos consumos son distintos a los consumos puntuales y ritualizados de otras culturas o de la nuestra en otros momentos históricos.

Al hablar sobre el consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, como en el mundo, es evidente encontrar un aumento significativo y su afectación en la salud pública, La Organización Mundial de Salud (OMS) afirma que (2004, p. 8) *“El consumo mundial de alcohol, tabaco y otras sustancias controladas está aumentando rápidamente, y contribuye de forma significativa a la carga mundial de morbilidad”*

Dentro de este orden de ideas en el estudio realizado en el año 2013 por el gobierno Nacional de Colombia a través del observatorio de drogas de Colombia del ministerio de justicia y del derecho, en coordinación con el ministerio de salud y protección social y con el apoyo de entidades como SICAD-OEA y la UNOC realizaron que el segundo estudio nacional sobre el consumo de drogas en la población general con el objetivo de actualizar el conocimiento sobre la magnitud del consumo y abuso de drogas en el país en relación con variables sociodemográficas, como el sexo la edad nivel socioeconómico, urbanización y población departamental. Este estudio tuvo alcances como la percepción total de riesgo asociado a las diferentes sustancias de abuso y a la fácil adquisición por magnitud de ofertas de drogas. (UNODC,2016)

En cuanto a la metodología validez y confiabilidad del estudio se encuentra que se realizó una encuesta en hogares de población general con edades comprendidas de 12 a 65 años residentes de todo municipio que contara con 30000 treinta mil habitantes, la muestra final contó al final con un total de 32605 personas. Se utilizó la metodología SIDUC (sistemas interamericano de datos uniformes sobre consumo de drogas) aplicada y validada en otros países del continente. Cabe aclarar que se realizó un ajuste al instrumento a partir de la consulta de expertos estadistas del país a través de una prueba piloto que permitió adaptar el instrumento probando y aprobando los procedimientos y protocolos de la recolección general.

Dentro de los resultados de dicho estudio se encontró que 1 de cada 20 adultos, es decir, alrededor de 250 millones de personas que tienen edades que oscilan entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos alguna sustancia psicoactiva en 2014, lo cual es alarmante ya que si se compara este aumento con la población mundial se estaría hablando que es equivalente a la suma de la población de Alemania, Francia, Italia y el Reino Unido .(UNODC, 2016).

Al mismo tiempo, en Colombia se evidencia que el aumento no se equipara con el crecimiento población es decir se ha mantenido estable el consumo frente al nivel de población; en el consumo de alcohol aproximadamente la mitad de la población lo consume con alguna frecuencia y una quinta parte presenta abuso y riesgo en el consumo de la misma, frente al consumo de tabaco y cigarrillo si se presenta una disminución en el consumo; basta con ver que el reporte de nuevos casos de consumo de tabaco pasó de 538.815 (4.7%) en 2008 a 258.272 (1.88%) en 2013; no obstante en el consumo de sustancias psicoactivas ilícitas no se presenta este panorama favorable; ya que el mercado de sustancias se ha incrementado y diversificado es de destacar que se presentó un aumento significativo en el uso de sustancias como marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis o heroína, tanto en la prevalencia de uso alguna vez en la vida que data de 8,8% en el 2008 a 12,2% en el 2013, como en el uso durante el último año de 2,6% a 3,6% lo cual nos deja un estimado de alrededor de tres millones de personas que han consumido drogas ilícitas alguna vez en su vida (Minjusticia, 2015).

Podríamos resumir que en Colombia sigue la tendencia mundial de consumo, por lo cual se hace necesario que se ejecuten más planes de prevención y promoción entorno al consumo en tempranas edades “ya que la población que recurre a este tipo de sustancias es cada vez más joven y sus efectos son potencialmente deletéreos y pueden afectar todas las áreas de ajuste de la persona” (Barbieri, Trivellon, Zani, & Palacios, 2012,pag 69).

Ahora bien el consumo de Sustancias Psicoactivas ha traído consigo una serie de problemáticas sociales que llevan a abordar desde todos los ámbitos posibles, la prevención de las mismas en la población; La experimentación con las drogas ocurre con mayor frecuencia en la adolescencia debido justamente a la búsqueda de identidad, a la necesidad de pertenecer a un

grupo, de explorar experiencias nuevas y el de demostrar autonomía a través del ejercicio de conductas que significan para los adolescentes adultez. (Bustamante, 2009, p.5)

En relación con esto se define que la adicción es la tendencia dominante de la persona que no logra tener control sobre el consumo de drogas, al uso de objetos, o repetición constante de actividades, hasta el extremo de dañarse a sí mismo y a la sociedad (Consuegra, 2010); El DSM-V realiza la clasificación de adicción dentro de los trastornos por consumo de sustancias, refiriéndose a la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que dan indicios de que la persona consume a pesar de las consecuencias y problemas que trae consigo dicho consumo (American Psychiatric Association, 2014).

El sistema de clasificación de los trastornos mentales planteado por el DSM V de la American Psychiatric Association (2014) plantea 11 criterios para delimitar estos trastornos, y los organiza en 4 grupos generales; de la siguiente manera: el primer grupo llamado Control deficitario (contiene los criterios 1-4), el cual tiene como primer criterio, que la persona consuma grandes cantidades de la sustancia por un tiempo mayor al que comúnmente lo hacía; seguido por el segundo criterio el cual da razón de las constantes expresiones de la persona por dejar o regular el consumo y los insistentes intentos fallidos por disminuir o abandonar del todo la adicción; el tercer criterio se relaciona con el tiempo que invierte la persona consiguiendo la sustancia de adicción, consumiéndola y recuperándose de los efectos que produce; por último el cuarto criterio el cual indica que la persona programa sus actividades diarias entorno a la sustancia y se caracteriza por un deseo intenso de consumirla, que se manifiesta por una aumento excesivo en la ansiedad, dado por el sistema de recompensa de las estructuras cerebrales, esto tiene mayor intensidad en ambientes donde el sujeto ha consumido con anterioridad o donde existe consumo latente.

Siguiendo con la clasificación se encuentra el segundo grupo llamado deterioro social (contiene los criterios 5-7), el quinto criterio se caracteriza por el incumplimiento de los deberes en ámbitos como el académico, laboral y doméstico; en el sexto criterio la persona presenta constantes problemas en la esfera social e interpersonal causados y exacerbados por el consumo; el séptimo criterio define que la persona reduce o elimina el tiempo invertido en actividades sociales, ocupacionales y recreativas por el consumo, y como último criterio de este grupo el séptimo indica que la persona descuida o abandona a su familia y sus aficiones.

El tercer grupo denominado consumo de riesgo (Contiene los criterios 8-9) inicia con el octavo criterio el cual guarda relación con el consumo excesivo al punto de causar daños físicos, lo que indica que aun cuando los daños y riesgos son conocidos por el consumidor se continua haciendo; el noveno criterio explica que el consumidor sigue haciéndolo a pesar de saber que causa daños psicológicos y exagera los desórdenes ya presentes.

Y el último grupo con nombre farmacológicos (Contiene los criterios 10-11) el cual inicia con el décimo criterio que se refiere a la tolerancia definida como el aumento excesivo de dosis de la droga que se está consumiendo para conseguir los efectos que antes se lograban con una dosis considerablemente menor; el criterio undécimo presenta la abstinencia como el síndrome que ocurre cuando disminuye la presencia de la sustancia de adicción en el cuerpo, lo cual puede variar según la sustancia, pero en general refiere ansiedad excesiva e incontrolable por el consumo, dolor muscular, óseo, alucinaciones, entre otros .

Expuesto lo anterior, es importante señalar que la clasificación propuesta por la APA tiene como objetivo establecer la gravedad de adicción por parte de la persona siendo así que el trastorno por consumo de sustancias se clasifica como leve si existen 2 o 3 criterios presentes en

el consumidor; moderado si tiene 4 o 5 síntomas y grave si hay presencia de 6 síntomas en adelante (American Psychiatric Association, 2014).

A partir de la clasificación presentada por la APA es necesario tener en cuenta que no todas las sustancias tienen las mismas características es por ello que en la tabla 1, se realiza un análisis y clasificación de cada una de las sustancias de mayor consumo; iniciando por las depresoras, como el alcohol una de las sustancias que se evalúan en el riesgo de acceder a drogas ilegales y que evalúa el DUSI instrumento aplicado en el presente trabajo.

Tabla 1

Clasificación de las sustancias psicoactivas

Tipo	Efectos	Ejemplos
Depresoras	Disminuyen o retardan el funcionamiento del sistema nervioso central	Alcohol Opio y sus derivados: morfina, heroína metadona, codeína. Barbitúricos Tranquilizantes
	Estimulantes	<p>Aceleran la actividad del sistema nervioso central provocando euforia, desinhibición, menor control emocional, irritabilidad, agresividad, menor fatiga, disminución del sueño, excitación motora, inquietud</p> <p>Cocaína Pasta base Crack Anfetaminas Cafeína Éxtasis</p>
Alucinógenas	<p>Actúan sobre el sistema nervioso central produciendo alucinaciones o ensueño, alteran la senso-percepción. Modifican el estado de vigilia, la noción de tiempo y espacio, produce la exageración de las percepciones sensoriales, en especial de los sentidos de la vista y del oído</p>	<p>Marihuana</p> <p>Hachís L.S.D. Peyote</p>

El alcohol se define como una droga depresora del SNC que inhibe paulatinamente las funciones cerebrales, afectando la capacidad de autocontrol produciendo en su fase inicial euforia y desinhibición, por lo cual en ocasiones se le confunde con drogas del tipo estimulantes (Ministerio de sanidad y consumo, 2007).

El consumo de alcohol tiene consecuencias a corto plazo como son intoxicación etílica que puede provocar un estado de coma o incluso la muerte, además de que favorece conductas de riesgo, ya que desinhibe y genera una falsa sensación de seguridad, por ello se relaciona con accidentes de tránsito y con prácticas sexuales de riesgo; a largo plazo genera problemas de salud como hipertensión arterial, gastritis, úlceras, cirrosis hepática, cardiopatías, encefalopatías, cáncer, alteraciones del sueño, agresividad, depresión, disfunciones sexuales deterioro cognitivo, demencia, psicosis entre otras; adicional a conflictos familiares y sociales (Ministerio de sanidad y consumo, 2007).

En Colombia el consumo de alcohol según el último informe realizado por el ministerio de justicia indica que el 87% de las personas ha consumido alguna vez en su vida y el 35.8% declara haber tomado alcohol en el último mes antes de la encuesta y aquellas personas que no habían consumido alcohol casi el 24% lo hizo por primera vez durante el año inmediatamente anterior a la encuesta, lo cual arroja un estimado de ocho millones cuatrocientas mil personas que consumen alcohol (Minjusticia , 2014).

Ahora bien la encuesta arroja que la edad mayoritaria de consumo de alcohol oscila entre edades de 18 a 24 años con un 49.2% y un 45.4% entre jóvenes de 25 a 34 años, seguido del grupo de 35 a 44 años y luego los de 45 a 65 años con diferencia de 10 puntos porcentuales y los adolescentes participan con una tasa de consumo del 19.3% con edades medidas desde 12 a 17

años; en cuanto a la edad de inicio de consumo de esta sustancia se encuentra que es de 15 años o menos (Minjusticia, 2014).

Por otra parte en un estudio en la Ciudad de Tunja Colombia en el 2009, encaminado a establecer el consumo de alcohol y tabaco en escolares y adolescentes, los resultados arrojaron que la media de edad de consumo de alcohol es de 15.2 años y una edad media de inicio de consumo entre los 12 y 13 años por la facilidad de acceso a las bebidas alcohólicas (Manrique, Ospina, y Garcia, 2011).

Dentro de este orden de ideas se evidencia como el estudio de Tunja es complementario al informe del Ministerio de justicia, ya que toma solo en cuenta la muestra adolescente que oscilan entre los 13 a los 18 años, mientras que el del Ministerio las edades comprenden márgenes mayores; pero a pesar de ello se evidencia que el consumo es elevado si se toman solo dichas edades; además de que ambos estudios coinciden en que la edad de inicio es inferior a los 15 años de edad; lo que confirma nuevamente que este rango de edad comprendido entre los 12 años a los 18 años son los que generan mayor vulnerabilidad o riesgo de consumo.

En general el consumo de alcohol al ser considerada una sustancia de apertura a otras sustancias tiene un porcentaje considerable de consumo, que bajo factores de riesgo elevados para el adolescente puede llevar a la exploración de otras drogas.

Siguiendo la clasificación presentada en la tabla 1 de sustancias tipo depresoras, el opio también llamada heroína o camello, es un polvo de color blanco como la harina o marrón oscuro, que se inyecta o se inhala, el cual tiene como efectos el relajar, eliminar dolor y ansiedad, puede inducir el sueño y logra disminuir el estado de alerta y el funcionamiento mental; esta droga tiene como riesgos alteraciones digestivas, falta de apetito, estreñimiento, alteraciones cardiocirculatorias como hipotensión, alteraciones del sistema nervioso como trastornos de

memoria y atención, pérdida de motivación y depresión (Ministerio de sanidad y consumo, 2007).

Respecto a sus diversas presentaciones como lo son la Morfina, Oxycodona, oxicontin, Fentanilo, Hidromorfona, Meperidina, Tramadol, Hidrocodona, Vicodin en Colombia se encontró que el 1.07% de las personas indicaron haber usado al menos una ,y el mayor uso se encuentra entre los jóvenes de 18 a 34 años aunque también hay un alto grado de participación de la población que oscila entre edades de 45 a 64 años, pero más aún se encontró que esta droga es casi de uso exclusivo de estratos 5 y 6 por su alto costo y difícil acceso(Minjusticia, 2014).

En cuanto a los barbitúricos y tranquilizantes se encuentra que es una de las drogas depresoras tradicionalmente usadas como droga hipnótica, sedante, antileptica y anestésica, en la actualidad únicamente se usa como anestesia y para control de ataques epilépticos, debido a que tiene un alto grado de intoxicación suicida accidental (Ruiz, Martínez y Morán, 2013).

Siguiendo con la clasificación se encuentran las drogas de tipo estimulantes en las cuales se encuentran, la cocaína la cual es un potente estimulante del SNC y una de las drogas de mayor adicción y peligrosidad, esta droga se obtiene luego de procesar químicamente las hojas del arbusto de coca y se produce en tres presentaciones; la primera de ellas es el clorhidrato de cocaína, la cual se consume esnifada es decir aspirada por la nariz, la cual tiene unos efectos casi inmediatos y que duran de dos a tres horas; la segunda presentación es en forma de basuco o pasta de coca es el sulfato de cocaína y normalmente se fuma mezclado de tabaco o marihuana y por último el crack o cocaína base se consume fumada y el efecto es de acción rápida, fuerte y corto en tiempo y es una de las formas más adictivas (Ministerio de sanidad y consumo, 2007).

Además en cuanto a los efectos de esta droga se encuentran que estimula, excita, disminuye la fatiga, el sueño y el apetito, aumenta la seguridad subjetiva y produce vivencias de bienestar.

Puede provocar agitación, impulsividad y agresividad. En cuanto a los riesgos se encuentran Alteraciones cardiocirculatorias: infartos, hipertensión. Hemorragias cerebrales. Alteraciones mentales: delirios, agitación, insomnio, irritabilidad, depresión de rebote. Lesiones locales de la mucosa nasal (Ruiz et al, 2013).

En Colombia la percepción de riesgo frente al uso de la cocaína alcanza a un 95% de la población, dicha opinión desciende 9 puntos porcentuales frente al uso experimental, y no hay gran diferencia frente al uso ocasional y experimental, y frente a la edad de consumo se nota una baja en los adolescentes de 13 puntos, lo cual da razón de que esta es una droga de mayor uso para la edad adulta o que supere los 34 años de edad; adicional a ello también se logra denotar que el uso aumenta casi equitativamente frente al estrato socioeconómico siendo el estrato 4 a 6 los de mayor uso de esta sustancia (Minjusticia, 2014).

Dentro de esta perspectiva y en apoyo a lo anterior se tiene que en un estudio realizado en Cali Colombia, con estudiantes universitarios, cuyo objetivo era identificar y evaluar el consumo drogas legales como el alcohol y el tabaco e ilegales como la marihuana, éxtasis, opiáceos y cocaína y encontrar la relación con los factores psicosociales de riesgo como comportamientos perturbadores, autocontrol, preconcepciones y valoración de las sustancias; en los resultados del estudio se encontró que el consumo de cocaína y sus derivados inicia en una edad promedio entre los 12 y los 18 años con un nivel de participación porcentual del 74.4%; además de que un 2.3% que la uso antes de los 12 años. Se obtuvo una media de consumo inicial de 15,86%, siendo así el 78,8% que lo dejó como historia de consumo y el 21,2% que continua haciéndolo (Cáceres, Salazar, Varela, y Tovar, 2006). Lo cual contrasta con el estudio presentado por el Minjusticia y da indicios de que el porcentaje de percepción frente al uso en los jóvenes debería ser más alto,

ya que la media de inicio de este estudio en Cali es de 15 años y con un porcentaje de casi el 75%.

Por lo que se refiere a las sustancias de activación o estimulantes; las anfetaminas son drogas de síntesis que disminuyen la sensación de fatiga y la necesidad de sueño, inicialmente fue un medicamento creado para atacar el asma su auge se produjo durante la segunda guerra mundial como estimulante para mejorar el rendimiento del personal militar; cuando la droga se administra de forma inhalatoria se le conoce como Speed (Ruiz, 2003).

Vale la pena decir que en Colombia esta sustancia está en crecimiento, sobre todo en la población adolescente universitaria; es así que en un estudio denominado prevalencia y factores asociados al consumo de anfetaminas, en estudiantes del programa de medicina universidad de Manizales Colombia 2010, que tuvo como objetivo identificar y comprobar la relación entre el consumo de anfetaminas con los resultados académicos y el mejoramiento del desempeño académico en los estudiantes de medicina, los resultados indicaron que el 51,9% de los estudiantes aseguraron haber consumido anfetaminas para mejorar el rendimiento académico, de esta cantidad el 70,9% indico haber logrado el resultado esperado, es decir mejoraron el rendimiento académico (Baron, Botero, Castaño, Castillo, Diaz, Echeverri, Parra, Yepes, Yolarly y Jordán, 2011) .

Ahora bien en cuanto al éxtasis se refiere la definición indica que es una droga estimulante que está clasificada como una de las drogas de síntesis más usadas por los adolescentes, su composición química es derivada de las anfetaminas, en el mercado se encuentran comúnmente en forma de pastillas con diversos diseños, lo cual hace que sea llamativa para los jóvenes, esta droga tiende a ser bastante peligrosa por su fabricación en laboratorios clandestinos en los cuales no se controla su composición final, normalmente esta droga tiene 50% de metanfetamina y 50%

de mezcalina un poderoso alucinógeno, el éxtasis genera un efecto vigorizante y de aumento de la percepción de los sentidos, en especial del tacto generando una falsa sensación de bienestar, cercanía y conexión con las personas que le rodean, luego de la ingesta de dicha droga se inician sus efectos luego de treinta minutos y duran aproximadamente dos horas los efectos más comunes son sociabilidad, euforia, desinhibición, incremento de la autoestima, locuacidad, inquietud, confusión, agobio, taquicardia, arritmia e hipertensión, sequedad de boca, sudoración, escalofríos, náuseas, contracción de la mandíbula, temblores, deshidratación, aumento de la temperatura corporal o “golpe de calor”; entre los riesgos más notorios se encuentran náuseas, escalofríos, sudoración, visión borrosa o contractura involuntaria de los músculos de la mandíbula, hasta la muerte ocasionada por sobredosis (Ministerio de sanidad y consumo, 2007).

En Colombia el consumo del éxtasis ha tomado gran fuerza incluso al punto de que el incremento ha sobrepasado la preferencia por otras sustancias, encontrando resultados como que las prevalencias se acercan a un 0.7% que indican alguna vez en la vida haberla consumido, en proporción solo un 0.2% indican haberla consumido el último año, lo cual da un total de 44 mil personas que han consumido éxtasis, entre edades comprendidas de los 18 a 24 años, resaltando para efectos de esta que entre los 12 y 17 años la cifra de participación es bastante elevada con un porcentaje de 3789 consumidores, lo cual deja en evidencia que los adolescentes de esta edad están consumiendo en gran cantidad la sustancia (Minjusticia, 2014).

Lo cual se logra reafirmar con el estudio realizado en Colombia que lleva como título consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes, Bucaramanga, Colombia, 1996-2004, el cual midió el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y el cual muestra que la prevalencia anual del consumo de éxtasis es de 2.5% lo cual permite reafirmar el incremento

progresivo que ha tenido esta sustancia en los últimos años (Martínez, Amaya, Campillo, Rueda, Campo, y Díaz, 2007).

El siguiente punto de la clasificación compete a las drogas de tipo alucinógenas comenzando con la droga de mayor consumo, la cual proviene de la planta Cannabis Sativa, originaria de Asia, que tiene un componente activo llamado THC, el humo producido de fumar marihuana contiene más elementos cancerígenos que el tabaco; ahora bien la marihuana actual tiene bastantes componentes activos e ingredientes impuros, por tanto su peligrosidad aumenta; esta en su procesamiento deja un componente que también se usa como sustancia de consumo que resulta de la resina de la planta y comúnmente se le conoce como Hashish, el consumo de esta sustancia se realiza a través de cigarrillos también llamados porros (Ruiz, 2003).

Los efectos producidos por la marihuana son relajación, somnolencia, sensación de lentitud en el paso del tiempo, desinhibición, alegría desmedida, enrojecimiento ocular, aumento del ritmo cardiaco y la tensión arterial, sequedad de boca, percepción distorsionada, empeoramiento del tiempo de reacción y de la atención, dificultades para pensar y solucionar problemas, dificultad de coordinación; mientras que los efectos a largo plazo son problemas de memoria y aprendizaje, bajos resultados académicos, abandono prematuro del colegio, dependencia, trastornos emocionales tales como ansiedad y depresión, enfermedades bronco pulmonares, y algunos tipos de cáncer, arritmias, psicosis y esquizofrenia en individuos que se encuentren predispuestos (Ministerio de sanidad y consumo, 2007).

Cabe destacar que en Colombia se genera el mismo comportamiento que en el mundo respecto al consumo de sustancias psicoactivas, siendo la marihuana la sustancia ilícita de mayor consumo, ya que las cifras indican que el 11,5% de las personas encuestadas en el estudio del Minjusticia realizado en el 2014, dice haber consumido aunque sea una vez en la vida dicha

sustancia, además de un notorio 3,3% manifiesta haberla consumido en el último año cifras que equivalen a un aproximado de 762 mil personas; respecto a la edad de consumo nuevamente los jóvenes de 18 a 24 años de edad son los que lideran el consumo con un 8,2% de prevalencia, seguido por el grupo de interés para la investigación del presente trabajo de 12 a 18 años con un 4,3%; el estudio resalta que aproximadamente el 62% de los consumidores son personas que tienen entre 12 a 24 años y casi el 87% tiene menos de 34 años (Minjusticia, 2014).

De la misma forma estudios como el realizado en la ciudad de Cali se encontró que el 82% de los consumidores inició el consumo entre los 12 y 17 años y 5,3% antes de los 12 años; la mediana del inicio de consumo fue de 16,45%; además se encontró que el 23,2% de los estudiantes ha consumido alguna vez o consume actualmente y por último el 31% de ellos continúa haciéndolo (Caceres, Salazar, Varela, y Tovar; 2006). Lo cual reafirma los resultados del Ministerio de Justicia respecto a la mediana de inicio y la edad de mayor consumo solo eximiendo la de 18 a 24 ya que en el estudio de Cali no se tuvo en cuenta dicha edad, pero al omitirla se encuentra que los resultados son similares.

Continuando con los parámetros de clasificación que se está realizando; se encuentra que el L.S.D se define como una de las drogas alucinógenas de síntesis es decir creada en laboratorios, se identifica por ser pastillas dentro de un trozo de papel secante con el ácido, se administran vía oral, y tiene efectos que provocan alteraciones que distorsionan la realidad, ampliando o distorsionando la forma de las cosas, los colores, los tamaños y los sonidos; los riesgos de consumo de esta sustancia son las alteraciones mentales, insomnio, delirios, alucinaciones y trastornos del estado de ánimo (Ruiz, 2003).

En el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas de Colombia se clasifica el LSD al igual que el peyote y los hongos, como otras drogas, debido a que su consumo es el que

representa el porcentaje más bajo frente a las otras drogas, generando una representación de apenas del 0.5% en el año 2008, pero se registra un aumento para el año 2013 del 0,73% (Minjusticia, 2014).

Así mismo investigaciones como la realizada en la ciudad de Medellín, que lleva por nombre “consumo de drogas emergentes en Medellín” el cual busca definir la aparición de nuevas sustancias psicoactivas en un momento dado y un contexto y un grupo particulares, drogas que en otros estudios epidemiológicos habían perdido importancia y que en esta instancia de tiempo ha aumentado su prevalencia por lo cual ya no aparecen como drogas de bajo consumo; los resultados de dicho estudio arrojaron que las drogas de síntesis como el LSD son el segundo grupo de mayor prevalencia luego de las benzodiazepinas y su consumo se encuentra en aumento a pesar de ser de difícil acceso, además el estudio afirma que este tipo de drogas son las más utilizadas en discotecas y bares; por lo tanto la población que más la usa es la adolescente y sobre todo en el ámbito de esparcimiento social como son los llamados after party (Castaño, Calderon, y Berbesi, 2013).

Para concluir la clasificación propuesta de los distintos tipos de drogas y sus características más sobresalientes cabe decir que las drogas por si solas no son las causantes de que un joven consuma o no lo haga; es por ello que se hace necesario evaluar qué factores son los que generan en una persona la decisión de consumir o abstenerse de hacerlo; de allí que existen diversos factores de tipo social, biológicos, individuales y familiares que incitan o generan mayor riesgo de consumo en la población adolescente los cuales se mencionaran a continuación

Factores de riesgo de consumo de SPA

Por lo que se refiere a los factores existen dos tipos ; uno llamado factores de riesgo que son elementos o condiciones que aumentan la probabilidad que una persona consuma drogas; los

cuales están relacionados con condiciones como falta de seguridad, personalidad desajustada, episodios traumáticos (muertes, separaciones, accidentes, abuso sexual etc.), ideología permisiva, inmadurez, baja autoestima, tener actitudes y creencias favorables hacia las drogas, fracaso escolar, comportamiento antisocial, haber accedido a drogas en edades tempranas, trastornos de conducta nunca tratados, poca vigilancia de la ley; o pueden ser familiares como historia de consumo de alcohol o psicofármacos en la familia, estilos parentales de los padres, abandono por parte de los cuidadores, inexistencia de la familia o disgregación de la misma, familia sintomática, enfermedades psiquiátricas en la familia. Además en los factores sociales, se encuentran aspectos como la disponibilidad de la droga, existencia de normas sociales favorables o permisivas con el consumo, instituciones ineficientes, desarraigo, déficit en los vínculos de comunidad, formar parte de grupos consumidores, presión del grupo, apología por personajes famosos. (Ruiz, 2003).

Es importante de igual forma mencionar que existen algunos principios que se deben tener en cuenta al hablar de factores de riesgo como son: Primero, los factores pueden estar o no en un caso de consumo, no es determinante del consumo pero entre más factores estén presentes mayor probabilidad de consumo existe; Segundo, la presencia o ausencia de un factor de riesgo o de protección garantizan o no el abuso; Tercero, El número de factores si son influyentes en el consumo pero también se encuentran limitados según la naturaleza y el contenido de los factores; Cuarto, cada factor tiene múltiples dimensiones que son medibles y varían en su intensidad de forma individual y grupal; Quinto, La intervención directa de los factores puede generar que desaparezca o se atenúe el riesgo de consumo, pero no todos los factores se pueden intervenir de forma directa, algunos solo permiten que se mitiguen de cierta manera sus efectos (Becoña y Cortez, 2010).

Por el contrario el segundo grupo de factores que se denominan de protección; se definen como todo lo contrario a los factores de riesgo, por lo tanto contribuyen a disminuir el riesgo de consumo; algunos de los factores son el dialogo y contención en la familia, establecimiento de límites por parte de la familia, la información y el conocimiento que los padres tengan sobre las drogas, madurez, responsabilidad, seguridad, autonomía e independencia, actitudes favorables hacia la salud y el rechazo de las drogas, tener hábitos de vida saludables sin consumo de los padres o personas influyentes en la vida de la persona, tener valores y normas de conducta, integración social de la familia, grupo de pares en el cual no exista el consumo, restablecimiento de vínculos relaciones sociales (Ruiz,2003).

De acuerdo con Arango, Franco, Jaramillo, Mier & Ocampo (2014), los factores de riesgo más influyentes son el socioeconómico y cultural, composición familiar e influencia de pares y de la sociedad. La influencia del factor socioeconómico se debe a que los jóvenes prefieren evadir la situación económica en la que viven, recurriendo al consumo de estas sustancias, además de que en algunos casos encuentran en el tráfico de las mismas un mecanismo de generar recursos económicos. En este factor también se encuentra el grado de educación de los padres y su disposición a hablar con ellos de los problemas que enfrentan a diario, además de la eficacia de éstos en la transmisión de valores positivos que generen como mecanismos de protección ante situaciones en las que lo jóvenes puedan ser invitados a consumir por primera vez.

En relación a la familia como factor de riesgo Arango, et al. (2014) mencionan que familias disfuncionales pueden constituir un ambiente propicio para que los jóvenes consuman SPA, debido a que la ausencia imagen de autoridad y de normas de comportamiento puede conducir al desarrollo de personalidades vulnerables y fácilmente influenciables.

Por otro lado Mendoza, Romero, Mendoza, & Posada (2015) indican que los amigos también pueden ir deteriorando la voluntad de los nuevos consumidores, quienes además reducen su percepción de los riesgos que pueden materializarse en la medida en que tales sustancias circulen por su organismo; esa menor percepción de riesgo hace que lo vean cada vez como algo más normal, lo que hace que se convierta progresivamente en un hábito y luego en una necesidad que les genera inclusive dependencia.

Dicho de otra manera la gran influencia que ejercen los grupos de pares en los adolescentes generan o no mayor decisión de consumo; lo cual no es ajeno a la población adolescente Colombiana, basta con ver los resultados que se encuentran en el estudio realizado en la ciudad de Medellín que lleva por título “Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales” ya que encontraron que el 61,2% de los casos reportados de consumo; los amigos son los que les han incitado al consumo de alcohol y en el cigarrillo se encontró que el 48,6% de las personas han argumentado que consumen en compañía de los pares; este mismo comportamiento se encuentra en drogas tanto legales como ilegales; lo cual lleva a la conclusión de que uno de los mejores predictores del consumo de tabaco y alcohol es el hecho de tener amigos que consuman, aunque cabe aclarar que los amigos también se pueden convertir en un factor protector cuando hay desaprobación hacia las drogas (Caceres et al. 2006).

Otro de los factores de riesgo, de acuerdo con Hernández, Sánchez, Cañón, Rojas, León, & Santos. (2015) es el acoso escolar dado que los estudiantes que son víctimas pueden presentar cambios en su autoestima, comenzando con ausentismo y deserción escolar, desarrollando problemas de concentración y dificultades de aprendizaje; este comportamiento puede generar

progresivamente insatisfacción con la actividad académica y falta de motivación, lo cual puede ser compensado a través del consumo de SPA.

Dicho de otra manera en la escuela el acoso a los alumnos como una forma de violencia; es factor de riesgo para el consumo de sustancias es así que aproximadamente el 12% de los alumnos es víctima de agresión física, siendo un 4% de esa cifra los que sufren de dicho acoso de forma continua; y los peores efectos son los que tiene origen en el dolor producido por el aislamiento, la vejación y la burla; generando con ello que las cifras que se reportan sean alarmantes; la Asociación SOS Bullying recibió más de 4200 denuncias en España entre los meses de noviembre de 2004 a mayo de 2005 (Payá, & Castellano,2008).

A este respecto, un estudio realizado en Perú, tuvo como objetivo determinar la prevalencia de auto- reporte de ser víctima de violencia escolar y relacionarlo con factores asociados a dicho fenómeno; se encontró que los adolescentes que consumen drogas legales en el último año tienen 1,48 veces más probabilidad de ser víctima de violencia física y los que consumen drogas ilegales tienen 1,35 mayor probabilidad de sufrir violencia; además de que los estudiantes que reportan consumo de drogas legales en el último año tienen 1,52 veces mayor probabilidad de ser víctima de exclusión social, lo cual refuerza que la persona consuma más; es decir es una relación recíproca entre consumo y acoso, entre más acoso mayor aislamiento y portan aumento en el consumo (Romani y Gutierrez, 2007).

Ahora bien existen otros factores de riesgo que se relacionan con las características de personalidad o conductuales, dado que ciertos rasgos de la personalidad de los adolescentes como el inconformismo y la rebeldía los puede hacer más susceptibles. Muchas personas que tienen características especiales en su personalidad como depresión, una autopercepción negativa

y/o están aisladas socialmente, han sido consideradas de alto riesgo; en cuanto al consumo de drogas (Zulema y Jenner, 2014).

Es por eso que los individuos con comportamientos perturbadores tienen una mayor vulnerabilidad para desarrollar problemas relacionados con el consumo de drogas, esto porque existe una predisposición hacia estar inconformes, son impulsivos, tienen la tendencia a desafiar las normas, las figuras de autoridad como los padres, y en general tienen malestar hacia las relaciones de interacción jerarquizadas (Cáceres et al, 2006).

Asimismo en los factores individuales también se encuentra que un mal control de impulsos o un bajo control de los mismos genera un déficit mayor de vulnerabilidad hacia el consumo de drogas por no tener la capacidad de controlar el comportamiento por consecuencias a largo plazo y su tendencia a realizar poco esfuerzo personal y querer resultados benéficos individuales entre las que se encuentran satisfacciones inmediatas y placenteras (Cáceres et al, 2006).

De la misma manera existen otros factores de riesgo de consumo de SPA que tiene que ver con la actitud hacia la salud y el consumo de drogas, debido a que algunas personas ponen el placer por encima de la salud, o que no consideran que el consumo de drogas sea realmente nocivo para su salud (Becoña, 2002) o que considera que el consumo de drogas puede llegar a tener algunos beneficios de tipo social, como la pertenencia a un determinado grupo o la superación de la inhibición que les impide relacionarse con otros (Zulema & Jenner, 2014).

Adicional a esto también existen motivaciones individuales que indican que; para que una persona inicie y mantenga el consumo de drogas debe reunir uno o varios factores como su interés por satisfacer la curiosidad sobre los efectos de las drogas, el deseo de ser aceptados por un grupo de consumidores, el interés por expresar su independencia mediante este consumo o de tener experiencias emocionantes y peligrosas, así como su sensación de necesidad de escapar de

algo, de evadir la realidad o de provocar una sensación de bienestar y tranquilidad. De acuerdo con estos autores, el consumo de drogas responde a necesidades básicas que pueden resumirse como la búsqueda de placer y el rechazo del malestar (Zulema y Jenner, 2014).

Además hay que tener en cuenta que se encuentran factores de riesgo en el medio ambiente social. La existencia de adultos drogodependientes es uno de estos factores, dado que se presentan como un ejemplo de consumo, dando solución a los problemas. Otros factores pueden ser la desinformación, los conflictos con los padres, la falta de adaptación al ambiente escolar o la falta de otras alternativas de diversión. También pueden identificarse factores de riesgo que están presentes en grupos grandes de la población, dentro de los cuales se puede encontrar la publicidad de drogas legales, la disponibilidad y acceso a las drogas; y las características del sistema sociopolítico y económico (Zulema & Jenner, 2014).

Es así como en el estudio de consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales, se encuentra que la disfunción familiar se caracteriza por patrones negativos de educación y crianza, actitud negativa hacia la familia, sistema familiar en crisis o un escenario disfuncional enmarcado por el abuso de alcohol y otras drogas en el hogar, esto como influencia directa en el consumo temprano de drogas; sin contar que las malas relaciones interpersonales genera en los jóvenes el sentimiento de falsa aceptación y por tanto se convierte en el camino más rápido a tomar, para ser incluidos en un grupo social (Caceres, et al 2006).

A continuación en la tabla 2 se plantea una clasificación dada por Becoña de los factores de riesgo que resume y simplifica los anteriormente mencionados, permitiendo concluir que existen cinco grupos de factores de riesgo que acercan a las personas al consumo de sustancias, estos grupos son los de factor familiar, comunitario, de compañeros e iguales, los escolares y los

individuales; a lo cual hay que aclarar que un solo grupo de estos factores no son los suficientemente influenciados para que una persona consuma, ya que por ejemplo si un adolescente crece en un sector de privación económica y social pero tiene un factor de protección de tipo familiar en el que existe disciplina y tienen una alta expectativa en sus hijos orientada al éxito y adicional un rasgo de personalidad poco influenciado por sus pares o gran apego hacia el estudio y su desempeño en el aprendizaje; generarían en dicho joven la decisión de no consumo a pesar de la adversidad de un factor de riesgo comunitario como la privación económica y social (Becoña, 2002).

Tabla 2

Factores de riesgo

Familiares	Comunitarios	Pares	Escolares	Individuales
Baja disciplina familiar.	Privación económica y social.	Actitudes favorables de los compañeros hacia el consumo de drogas.	Bajo rendimiento académico	Biológicos.
Conflicto familiar.	Desorganización comunitaria.	Compañeros consumidores.	Bajo apego a la escuela.	Psicológicos y conductuales
Historia familiar de conducta antisocial.	Cambios y movilidad de lugar.	Conducta antisocial o delincuencia temprana.	Tipo y tamaño de la escuela (grande).	Rasgos de personalidad.
Actitudes parentales favorables hacia la conducta antisocial.	Las creencias, normas y leyes de la comunidad favorables al consumo de sustancias.	Rechazo iguales	Conducta antisocial en la escuela.	
Actitudes parentales favorables hacia el consumo de sustancias.	Disponibilidad y accesibilidad a las drogas.			
Bajas expectativas para los niños o para	Baja percepción social de riesgo de cada sustancia			

el éxito.
Abuso
físicos

Becoña, Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Madrid, España (2002)

Como se puede inferir de la información presentada son varios los factores de riesgo que pueden ser contrarrestados por factores de protección que inhiban en el adolescente el querer explorar con sustancias; el reto que se presenta en la actualidad es lograr identificar con claridad los riesgos y como a través de la promoción y prevención llegar a suprimirlos o minimizarlos; es así que en el proceso de identificación de dichos riesgos test psicométricos como el Dusi – R son de gran ayuda; esto se logra evidenciar de forma clara en estudios como el de Negrete, & García (2008), en el cual se plantea como objetivo identificar factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en estudiantes mexicanos y ofrecer pautas para el diseño de programas de prevención; para este estudio se usó una muestra de 516 estudiantes de secundaria y bachillerato de seis ciudades de México, para la recolección de datos se utilizó la adaptación abreviada del Dusi- R, y cuyos resultados permitieron identificar que los factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en estudiantes son bajo control conductual con tendencia a actuar impulsivamente y con agresividad, tener amistades con pares desviantes y estar expuesto a situaciones familiares en las cuales halla conflictos frecuentes, violencia, consumo de sustancias, poco ajuste conductual y prevalencia de trastornos socio afectivos.

Dentro de este marco y buscando relacionar estos factores con la población Colombiana se toma el estudio de Medellín Colombia en el cual se tenía como objetivo determinar la prevalencia de los factores de riesgo para el consumo y posterior dependencia a drogas en estudiantes de dicha ciudad; es así que se encuestó a un total de 1264 estudiantes de una institución universitaria de la ciudad, y se indago por variables sociodemográficas, de estudio

académico, de salud y de consumo y para evaluar específicamente la dependencia se usó el DUSI; en los resultados se encontró que la prevalencia de consumo fue de 41,8%; el motivo principal de consumo fue satisfacer curiosidad (83,9%); la droga más consumida fue marihuana (36,3%) y los factores de riesgo correspondieron a déficit de atención con hiperactividad, depresión, ansiedad e identificación con pares, docentes o familiares.(Tirado, Álvarez, Velásquez, Gómez, y Alberto, 2012) lo cual se relaciona con el estudio en México ya que en ambos estudios se identificó que el bajo control de impulsos va directamente relacionado con querer obtener resultados positivos a nivel académico en corto tiempo, utilizando las drogas como factor estimulante que les permita mantenerse con la atención focalizada y lograr disminuir la ansiedad buscando dichos resultados.

Otro estudio realizado en el contexto Colombiano, planteó como objetivo, identificar las diferencias en los factores de riesgo de consumo de SPA en adolescentes estudiantes de grados 6, 7, 8, 9 y 11 de dos colegios distritales uno de la zona rural del departamento de Santander y otro de la zona urbana de la capital del país; para llevar a cabo el estudio utilizaron la versión abreviada del Dusi - R y las variables demográficas sexo, grados, y ubicación; la muestra total a la cual se le aplicó el instrumento, fue de 260 estudiantes de colegios distritales, distribuidos de la siguiente manera; 115 del área rural de Santander, y 145 del área urbana de Bogotá; la edad de los estudiantes se encuentra en un rango de los 10 a los 19 años con una media de edad de 14,34 años (Velasco, Ardida, & Vargas, 2014).

Como resultados de dicha investigación se encontró que la variable que mayor puntuación género fue la de desórdenes Psiquiátricos siendo en el área rural de 33,9 y en el área urbana de 33,3, seguido de problemas de comportamiento con datos del área rural en 32,57 y en el área urbana de 30,6, y adicional se encontró que la variable que menor media de participación arrojó

fue la del dominio de uso de sustancias con una media para rural de 4,3 y para urbano de 6,3; para los dominios de ubicación respecto al sistema familiar y relación con pares se encontró que las medias son equivalentes acercándose al 31,5 pero siendo un poco más alta para ambos factores en el área urbana (Velasco et al, 2014). Lo cual reafirma que se debe tener en cuenta que hay una relación causal y cíclica entre los factores individuales, sociales y familiares que permiten que se vean como predictores del consumo de sustancias psicoactivas (Zulema et al, 2014).

Así mismo se encuentra que no solo en Colombia se generan este tipo de resultados también en México se generan resultados cercanos; basta con ver el estudio realizado en la ciudad de México que tenía como objetivo determinar los factores de riesgo y los protectores que ejercen influencia en el consumo de alcohol en adolescentes de una escuela secundaria rural; dicho estudio se realizó con una muestra de 332 alumnos de secundaria, y se usó como instrumento para evaluar los factores el DUSI- R además del test AUDIT que determina el patrón de consumo del alcohol; la edad media fue la de 14 años; en los resultados se encontró que el 79,8% de los estudiantes viven con sus padres y hermanos, de los cuales el 44% indican que sus padres consumen bebidas alcohólicas; además de que siete de las dimensiones evaluadas en el DUSI se ubicaron en severidad baja (severidad uso de drogas, uso del tiempo libre, presión de grupos de amigos, desordenes laborales, rendimiento escolar, disfuncionalidades familiares, autoafirmación social), sin embargo el riesgo moderado a muy alto se ubicó en las dimensiones de trastornos del comportamiento aproximadamente el 58,9% , riesgos para la salud 59,7% y desórdenes psiquiátricos al igual que el estudio en Colombia fue el más alto con un 76,6% (Gudiño, Rubio, & Sánchez; 2014).

De igual forma siguiendo esta línea de investigación de riesgos en adolescentes y consumo se realizó una investigación denominada uso de drogas y factores de riesgo entre estudiantes de enseñanza media, en el cual el promedio de edad estuvo en 13 años y el 20.3% de los adolescentes usó drogas el 38% refirió que lo hizo por curiosidad. Los factores de riesgo identificados fueron tener malas relaciones intrafamiliares, curiosidad y enfrentar situaciones desagradables. Predominó el uso experimental de alcohol y tabaco.(Jinez & Pillon; 2009). Nuevamente se logra concluir que el alcohol al igual que en los anteriores estudios es la sustancia predominante en la exploración del mundo de las sustancias psicoactivas además que se reafirma lo encontrado en el estudio de Cali y Medellín en los cuales las relaciones intrafamiliares ejercen gran influencia en el consumo o no de drogas.

En definitiva se debe tener en cuenta que los factores de riesgo se evidencian mayormente en la población adolescente; ya que al aumentar la edad algunos de estos factores pueden desaparecer, logrando así que con la llegada de la madurez psicológica y el desarrollo individual y grupal; la persona tenga mayores factores de protección que logren contrarrestar los de riesgo; esto se hace evidente con los resultados presentados en el informe de la UNODC, el estudio en estudiantes de Cali, o el de estudiantes universitarios de Medellín, o estudiantes escolarizados en Tunja donde todos coinciden en que la edad media de inicio de consumo exploratorio es aproximadamente entre los 12 a los 14 años edades que dentro del ciclo vital del ser humano están inmersas en la etapa llamada adolescencia por lo tanto de considerara como la siguiente variable a tratar.

Adolescencia

Se plantea entonces la adolescencia como etapa del ciclo vital donde suceden gran número de cambios que afectan aspectos básicos de la vida de la persona; son tales los cambios que se

puede equiparar a un segundo nacimiento; estos cambios que se generan son a nivel de la estructura corporal, los pensamientos, la identidad, y las relaciones en dimensiones familiar, social e individual; esto genera que la adolescencia se diferencie de otras etapas ya que es la etapa de la madurez (Moreno, 2007).

Esta etapa se desarrolla entre la edades de 11 a 20 años aproximadamente; por ser una etapa tan amplia se plantean unas sub etapas; las cuales inician con la adolescencia temprana que comprende las edades de 11 a 14 años; una adolescencia media de los 15 a los 18 años y por último una adolescencia tardía o también llamada juventud que comprende la edad específica de 18 años (Moreno, 2007).

Dichas etapas tienen cambios específicos de cada edad; a nivel físico son los siguientes: y que se hacen necesario mencionarlos debido a la importancia que tienen en la construcción de la imagen corporal del ser humano y por ende se hace influyente en el desarrollo de la autoestima e identidad, factores que se pueden convertir en riesgo o construcción para el consumo de sustancias, es así que en un estudio Mexicano que contó con la colaboración de la Universidad Nacional de Colombia cuyo objetivo era caracterizar los factores familiares, individuales y ambientales para el consumo no consumo de drogas en adolescentes hombres y mujeres escolarizados de Minatitlan, Veracruz México y el cual se titula de la misma manera que el objetivo principal de la investigación, en el cual se usó una muestra de 720 adolescentes escolarizados y se utilizaron en el cual encontraron que la presión grupal y sociocultural hacia la imagen corporal durante la adolescencia puede desencadenar en desórdenes alimenticios que llevan a que mujeres adolescentes con sentimientos de preocupación, culpa e interés exagerado en la satisfacción corporal y peso corporal las lleven al consumo de alcohol y cigarro (Díaz y Amaya, 2012).

Tabla 3*Secuencia usual de cambios fisiológicos en la adolescencia*

Características femeninas	Edad en que aparece por primera vez
Crecimiento de los senos	6 – 13
Crecimiento del vello púbico	6 – 14
Crecimiento corporal	9.5 - 14.5
Menarquia	10 - 16.5
Aparición del vello axilar	Alrededor de 2 años después de la aparición del vello púbico
Mayor actividad de las glándulas productoras de grasa y sudor (lo que puede generar acné)	Más o menos al tiempo que la aparición del vello axilar
Características masculinas	Edad en que aparece por primera vez
Crecimiento de los testículos y el escroto	9 - 13.5
Crecimiento del vello púbico	12 – 16
Crecimiento corporal	10.5 – 16
Crecimiento del pene la próstata y las vesículas seminales	11 - 14.5
Cambio de voz	Más o menos al mismo tiempo que el crecimiento del pene
Primera eyaculación del semen	Alrededor de 1 año después del inicio del crecimiento del pene
Aparición del vello facial y axilar	Alrededor de 2 años después de la aparición del vello púbico
Mayor actividad de las glándulas productoras de grasa y sudor (lo que puede generar acné)	Más o menos al mismo tiempo que la aparición del vello axilar

Papalia, Wendkos, y Duskin; Bogotá, Colombia. Mc Graw Hill.

Vale destacar la idea que los cambios físicos generan en los adolescentes procesos de construcción de identidad, autoestima, y personalidad; es así que una baja autoestima o un autoimagen negativa, puede generar negación de los problemas propios de su edad, no admitiendo la congruencia entre la conducta y sus percepciones sobre sí mismo, dichos adolescentes rechazan la responsabilidad de sus acciones y terminan por culpar a terceros por sus acciones o problemas, lo cual contribuye en que el adolescente no desarrolle el control de impulsos, que a su vez genera más conflicto en todas las relaciones lo que minimiza la calidad y

estabilidad de las amistades; con ello se aumenta la vulnerabilidad ante factores de riesgo como el bajo control de impulsos y la mala selección de grupos de pares influyentes en el consumo de spa (Diaz et al, 2012).

Así pues se debe destacar el grado de importancia de estos cambios en las mujeres adolescentes ya que se sienten apresuradas a enfrentar presiones que la edad trae consigo sin que ellas están realmente preparadas, para afrontarlos, por tanto se vuelven más vulnerables a la angustia psicológica, lo cual aumenta el riesgo de que se asocien con compañeros antisociales, generando con ello mayor acceso al consumo de sustancias, como acceso a este tipo de compañeros (Papalia y Duskin; 2009).

Dentro de esta perspectiva se debe concluir que los efectos de la maduración temprana o tardía pueden llegar a ser negativos cuando los adolescentes están mucho más o menos desarrollados que sus pares, es así que cuando sienten que los cambios no son ventajosos y adicional enfrentan factores estresantes entre ellos la llegada de la pubertad y el proceso de introducción al bachillerato, procesos que suceden al mismo tiempo, les genera ansiedad y por tanto generan una mayor vulnerabilidad frente a la toma de decisiones entre ellas la de consumo (Papalia et al; 2009).

Ahora bien cuando se habla estrictamente de autoestima adolescente; se encuentran estudios como el realizado en la comunidad de castilla, que tenía como objetivo analizar si existe o no relación entre variables de la personalidad como la búsqueda de sensaciones, auto concepto y asertividad y el consumo de drogas como tabaco, alcohol y marihuana; dicho estudio fue realizada a 243 estudiantes de 4 colegios de Toledo y en el cual se hallaron resultados como que el auto concepto familiar y académico tienen un efecto protector en cuanto al consumo de drogas, caso contrario al auto concepto social en el cual se encontró que tiene poca relación con

el consumo, por otro lado la relación que existe entre asertividad y el consumo también es bastante débil; al otro extremo la relación entre el auto concepto emocional y el consumo si existe una relación directa y bastante fuerte (Martínez y Alonso, 2003).

Algo semejante ocurre en el estudio realizado por la universidad de Sao paulo, la cual tuvo como objetivo analizar el nivel de autoestima y el consumo de alcohol en adolescentes; para dicho estudio se utilizó una población de 109 estudiantes adolescentes entre edades que comprendían de 17 a 20 años, se utilizaron instrumentos como el AUDIT y cuestionario de autoestima de Rosember; y cuyos resultados arrojaron que la mayoría de estudiantes el 94,5% puntuaron una autoestima elevada, ninguno presentó autoestima baja, por tanto se logró identificar que el 80,7% de los adolescentes presentaron una elevada autoestima y tuvieron riesgo bajo de consumo de alcohol, sin embargo se debe resaltar que el 14% de estudiantes que tenía una autoestima promedio empieza a tener riesgo de mayor consumo de alcohol y en el 5% que presentó autoestima baja se identificó que tenían un riesgo alto de consumo; por lo cual se concluyó que cuando el adolescente tiene autoestima elevada menor es el riesgo de consumo y viceversa (Alvarez, Alonso, y Guidorizzi; 2010).

En resumen, una baja autoestima constituye un factor de riesgo para el consumo de alcohol, debido a que cuando la autoestima se amenaza por un evento negativo, se genera incrementos en el nivel de ansiedad y por tanto el individuo reacciona buscando alternativas para afrontar dicha situación y en la mayoría de los casos terminan en decisiones poco apropiadas o perjudiciales para la salud como lo es el consumo de alcohol y drogas (Alvarez et al, 2010).

Para finalizar hay que resaltar que aparte de la autoestima y la autoimagen los adolescentes le dan gran peso en la toma de decisiones a los momentos y emociones agradables que viven a diario es así que le dan gran valor al falso concepto de seguridad y disfrute de situaciones o

eventos en compañía del alcohol, adicional a ello se concluye que el adolescente genera pensamientos falsos entorno al control del consumo; ahora bien entorno a las situaciones y emociones desagradables como la percepción de que nada le sale y hace bien, la falta de dinero, el rechazo y el cansancio entre otros sumado a la presión de la sociedad, familia e incluso de ellos mismos genera patrones de consumo elevados, ya que los adolescentes consumen alcohol de acuerdo a la percepción que tienen los parientes y amigos de este comportamiento; por último es necesario aclarar y resaltar que los adolescentes le dan valor de agradable y desagradable a los sentimientos y emociones a través de la interacción con la familia y la sociedad, por tanto ambas partes generan gran influencia en la construcción de los pensamientos y decisiones alrededor del consumo de alcohol u otras drogas (Cicua et al, 2008).

Esquemas Maladaptativos

Es por ello que se hace necesario abordar la última variable con relación a esta investigación la cual es denominada esquemas maladaptativos ya que de ella parte la toma de decisiones en cuanto al consumo se refiere. Se plantea entonces que los esquemas mal adaptativos son la percepción, organización y procesamiento de la información como elementos que influyen en la manera de actuar, pensar y tomar decisiones sobre situaciones que se presentan a lo largo del ciclo vital del ser humano, así como en las actitudes y formas de relacionarse con otras personas. (Gantiva, Bello, Vanegas & Sastoque, 2009).

Los esquemas mal adaptativos tempranos se desarrollan durante la infancia, se elaboran a lo largo de la vida y son significativamente disfuncionales para el individuo (Ferrel, et al., 2013). Por otro lado (Parages, SF) indica que su aparición puede ser el resultado de la interacción entre factores temperamentales, estilos de crianza de los padres o cuidadores y experiencias significativas (y a veces traumáticas) reflejan las necesidades evolutivas no satisfechas y

constituyen el intento de adaptación del sujeto a experiencias de abandono, hostilidad, abuso, rechazo, excesiva exigencia o sobreprotección.

Por otra parte Barrera et al (2015), indica que los esquemas tienen varias características; en primer lugar en su mayoría se trata de creencias y sentimientos incondicionales acerca de uno mismo en relación con el ambiente, es decir, verdades a priori que están implícitas y que se dan por sentadas. Adicionalmente afirma que son auto perpetuantes, lo que las hace mucho más resistentes al cambio; como quiera que se desarrollan durante etapas tempranas de la vida de las personas, con frecuencia hacen parte del núcleo del auto concepto de cada individuo y de su forma de concebir el ambiente. Debido a la firmeza con que son asimilados, a la persona le resultan cómodos y familiares, lo que hace que cuando son desafiados, la persona distorsiona la información que los pone en duda con el propósito de conservar su validez, teniendo en cuenta que una amenaza de cambio en los esquemas resulta excesivamente desestabilizadora para la organización cognitiva central. De acuerdo con este autor, la propia definición de los esquemas mal adaptativos hace que sean significativamente disfuncionales y recurrentes y generalmente son activados por eventos del ambiente que resulten relevantes para el esquema que está en juego en determinado momento.

De acuerdo con Young (1999), estos esquemas sirven como marcos para el procesamiento de experiencias posteriores debido a su relación con la cognición, pensamientos y creencias que el individuo aprende durante su infancia, tanto en la familia como en la sociedad, logrando modificar el comportamiento de las personas ante las circunstancias que afrontan se trata de una condición irracional y son considerados trastornos del pensamiento que impiden o limitan la racionalización, además de que no son detectables por la persona, por lo que su identificación requiere de la terapia.

De igual forma Young (1999) explica que los esquemas mal adaptativos tienen su origen en necesidades emotivas insatisfechas, tales como pertenencia, integrada por seguridad, estabilidad, afecto, cariño, aceptación; autonomía, competencia y sentido de identidad; libertad, para expresar emociones y deseos válidos; espontaneidad y juego; y, límites realistas y control. Este autor planteo una clasificación por dominios que agrupa a su vez 18 esquemas mal adaptativos es así como Young, J., & Klosco, J. (2001) definen a los esquemas mal adaptativos como patrones que aparecen en la infancia y se repiten a lo largo de toda la vida, siendo disfuncionales en grado significativo, clasificándolos como se describe a continuación:

Abandono/inestabilidad

La persona percibe que quienes lo rodean son inestables o indignos de confianza como para dar apoyo y conexión. Implica la percepción de que los otros significativos no están en capacidad de continuar proporcionando el apoyo emocional requerido, conexión, fortaleza o protección, debido a que carecen de estabilidad emocional y son impredecibles, poco confiables o que su presencia es irregular, ya sea porque pueden morir de manera inminente o porque llegado el momento abandonarían al paciente para favorecer a alguien mejor.

Insuficiente autocontrol/autodisciplina

Se manifiesta en la dificultad o la negación a ejercer autocontrol, así como tolerancia a la frustración suficiente para poder alcanzar metas o para controlar la expresión desproporcionada de emociones e impulsos. En una manifestación moderada, se refleja en un énfasis exagerado por evitar la incomodidad, eludiendo el dolor, el conflicto, la confrontación, la responsabilidad o el esfuerzo excesivo, lo que genera sacrificios en la realización personal, el compromiso o la integridad.

Desconfianza/abuso

Se refiere a la creencia de que los demás lo lastimarán, se aprovecharán de él o lo colocarán en situación de víctima de sus abusos, humillaciones, engaños o mentiras; usualmente incluye la percepción de que el daño será intencional o la consecuencia de una negligencia extrema e injustificada, además de que puede también estar acompañada de la sensación de que ellos pueden terminar siendo engañados o recibiendo la peor parte.

Deprivación emocional

Se refiere a la creencia de que su deseo de lograr un grado normal de apoyo emocional no será satisfecho de manera adecuada por los otros; las tres deprivaciones más significativas son privación de cuidados, haciendo referencia a la ausencia de atención, afecto, calidez o compañía, privación de empatía entendida como la ausencia de comprensión, escucha o de intercambio mutuo por parte de los otros, y la privación de protección que señala a la ausencia de cuidados o guía.

Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad

Hace referencia al temor desproporcionado a que una catástrofe pueda sobrevenir de un modo inminente, siendo incapaz para evitarlo. Los temores se refieren a uno más de los siguientes peligros: (a) Catástrofes médicas como ataques cardíacos o SIDA; (b) Catástrofes emocionales como volverse loco; (c) Catástrofes externas como fallas en elevadores, ser atacado por criminales, sufrir accidentes aéreos o terremotos.

Auto sacrificio

Corresponde a la excesiva y voluntaria concentración en la satisfacción de las necesidades de los demás, a expensas de su propia satisfacción. Las explicaciones más usuales para asumir este tipo de conductas incluyen evitar causar dolor a los demás y sentirse egoísta y culpable por ello, o mantener la conexión con personas que son percibidas como necesarias. Usualmente tiene

origen en una sensibilidad aguda al dolor de los demás, pudiendo conducir a percibir que sus propias necesidades no se están satisfaciendo de manera adecuada y a manifestar resentimiento hacia quienes están bajo su cuidado.

Estándares inflexibles

Corresponde a la creencia subyacente según la cual uno debe esforzarse por alcanzar estándares muy altos de conducta y desempeño, especialmente para evitar la crítica. Usualmente conduce a sentimientos de presión o dificultad para desacelerar el ritmo de vida, y en una actitud hipercrítica hacia sí mismo y hacia los demás. Involucra deterioro significativo en el placer, la diversión, la salud, la autoestima, la sensación de logro o las relaciones satisfactorias. Los estándares relacionables adquieren con frecuencia la forma de (a) perfeccionismo, atención desmedida en los detalles o subestimación del buen desempeño propio, (b) reglas rígidas y estándares utópicos en diversas áreas de la vida, incluyendo altos preceptos morales, éticos, culturales o religiosos; o (c) preocupación por el tiempo y la eficiencia, de tal modo que ellos permitan alcanzar metas más altas.

Inhibición emocional

Se refiere a excesiva inhibición de acciones y sentimientos y de comunicación espontánea, usualmente para evitar la desaprobación de terceros. Se manifiesta con sentimientos de vergüenza o la falta de control de impulsos. Las áreas que con mayor frecuencia son objeto de inhibición implican (a) inhibición de la ira y de la agresión (b) Inhibición de los impulsos positivos (disfrute, afecto, juego, excitación sexual); (c) dificultad para expresar libremente sentimientos de vulnerabilidad o comunicar a otros los sentimientos y las necesidades propias; o (d) énfasis excesivo en la racionalización, con desprecio de las emociones.

Derecho/grandiosidad

Describe la creencia de que uno es superior a los demás, por lo que tiene derechos y privilegios especiales, por lo que no está obligado a cumplir reglas de reciprocidad propios de la interacción social normal. Puede incluir la insistencia de que uno debe ser capaz de hacer o tener lo que desee, sin importar los límites reales, lo razonable o las implicaciones para los demás, así como una exagerada concentración de superioridad.

Entrampamiento

Se refiere a una excesiva implicación o cercanía emocional con uno o varios significativos, siendo los padres los más frecuentes, lo que implica una individuación completa o de un desarrollo social normal. Usualmente implica la creencia de que de que alguno de los individuos *atrapados* no es capaz de sobrevivir o ser feliz si no cuenta con el apoyo constante de la otra persona; puede incluir sentimientos de fusión con otros limitando la individualidad. Puede incluir sentimientos de vacío o incluso el cuestionamiento sobre la propia existencia.

Así mismo Henao (2013) y siguiendo la línea de clasificación presentada por Young & Klosco identifica divide los esquemas mal adaptativos tempranos en insuficiente autocontrol o autodisciplina, desconfianza/abuso, privación emocional, vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, auto sacrificio, estándares inflexibles, rigidez, inhibición emocional, derecho/grandiosidad, inmaduro/complicado. De acuerdo con este autor, en familias con alto nivel de desapego, que generan rechazo y son aisladas e inclusive que producen maltrato, no se presenta un estado adecuado de conexión y aceptación del niño, lo que se convierte en un ambiente permanente de dominio que genera dificultades que se expresan a través de diferentes esquemas mal adaptativos. Así mismo, cuando los padres son marcadamente sobreprotectores o presentan dificultad para establecer refuerzos cuando el niño logra la adecuada ejecución de acciones, o que se alienan al momento de expresar sus afectos y sentimientos en general, pueden

llevar al niño a considerar que tiene bajas habilidades, sintiéndose incapaz de funcionar de manera independiente y verse a sí mismo como alguien exitoso.

Por su parte, Ferrel et al (2013) agrupan dentro de los esquemas mal adaptativos la inhibición emocional y el entrapamiento emocional; el primero se refiere a la excesiva inhibición de acciones y sentimientos por parte del sujeto, al igual que de la comunicación espontánea, con el propósito de evitar la desaprobación de las personas que le rodean, así como sentimientos de vergüenza o la pérdida de control sobre sus impulsos. Este esquema hace parte de la sobrevigilancia e inhibición, que se relaciona con un excesivo énfasis en la supresión de los propios sentimientos, impulsos y elecciones espontáneas, o con el acatamiento a reglas y expectativas rígidas en cuanto al desempeño y la ética. Estos excesos hacen que se sacrifiquen aspectos tan importantes como la felicidad, la autoexpresión y la tranquilidad, así como las relaciones cercanas e incluso la salud.

A su vez, el entrapamiento emocional hace referencia a un exceso en la implicación y cercanía emocional con una o varias personas significativas, quienes con frecuencia son los padres, sacrificando una individuación completa o un desarrollo normal en el aspecto social. La consecuencia de este comportamiento usualmente consiste en que al menos uno de los individuos “*atrapados*” siente que no puede vivir o ser feliz si no cuenta con el apoyo constante de la otra persona involucrada. Tiene que ver con la autonomía y el desempeño deteriorados, que son creencias que interfieren con la percepción sobre la capacidad de separarse, sobrevivir y funcionar de manera independiente de manera exitosa. El exceso afectivo de que son objeto los niños que experimentan este tipo de esquema mal adaptativo hace que se deteriore su confianza, debido a la sobreprotección.

Por lo que se refiere a los esquemas mal adaptativos de vulnerabilidad al daño y la enfermedad, defectuosidad/inamovilidad, incompetencia/falla, desconfianza y límites insuficientes (Ferrel, et al., 2013); indica que estos esquemas pueden conducir al desarrollo de sentimientos que hacen que la persona busque ser amable en el sentido de ser digno de ser amado, competente, aceptable y deseable para los demás y de ser digno de recibir su atención, amor y respeto de otros.

Ahora bien Barrera et al (2015) considera que por lo general los esquemas mal adaptativos tempranos están ligados a altos niveles de afecto cuando están activados, de una manera mucho más estrecha que las creencias subyacentes. Aparentemente son resultado del temperamento innato del niño cuando, durante los primeros años de vida, entra en interacción con experiencias disfuncionales con los padres, hermanos y amigos y la causa de la mayoría de ellos, más que el producto de eventos traumáticos aislados, son probablemente patrones constantes de experiencias nocivas diarias con los miembros de la familia y los amigos, por lo que se fortalecen progresivamente y de manera acumulativa.

Además Restrepo y Zambrano (2013) apoya lo anteriormente mencionado y adiciona que los esquemas constituyen una estructura extremadamente estable y duradera que se elabora durante la infancia, que se desarrolla durante toda la vida del individuo y que es disfuncional en alto grado. Estos esquemas sirven como plantillas sobre las cuales la persona procesa la información, es decir, se trata de elementos cognitivos que influirán de manera concreta en la manera en que las personas perciben el mundo, por lo que se constituyen en una distorsión cognitiva que lleva a que el sujeto padezca desadaptación o disfuncionalidad ante situaciones que no tendrían por qué serlo, pues no corresponden a la realidad.

Una vez abordado el concepto de esquema y sus clasificaciones más frecuentes se han realizado varias investigaciones en las cuales se hace comprensible la importancia de dichos esquemas mal adaptativos y su relación con diferentes problemáticas incluyendo el consumo de spa.

Es así como elaboraron una investigación denominada relación entre el consumo excesivo de alcohol y esquemas mal adaptativos tempranos en estudiantes universitarios; cuyo objetivo era identificar la relación entre consumo excesivo de alcohol y esquemas mal adaptativos tempranos en estudiantes de carreras profesionales; para ello se aplicó el instrumento AUDIT y el cuestionario de esquemas de Young a una población total de 359 estudiantes; los resultados que se encontraron son una correlación entre el consumo de alcohol y los esquemas de abandono, autocontrol insuficiente, desconfianza, vulnerabilidad, derecho/grandiosidad, auto sacrificio y entrampamiento, el consumo de alcohol se asoció con estilos cognitivos caracterizados por sobreestimación del daño, baja tolerancia a la frustración y alta necesidad de aprobación social; los resultados que se encontraron en dicha correlación indican que el consumo de alcohol se caracteriza por una elevada sobre estimación del daño es decir que la persona es tiende a ser más vulnerable a recibir consecuencias sociales o medioambientales negativas, además de presentarse mayor consumo con personas que tengan una baja tolerancia a la frustración y a baja evaluación de emociones desagradables o negativas, también se presenta consumo elevado de alcohol en personas que convivan con creencias y expectativas de superioridad y de baja conciencia por el impacto del comportamiento propio en la vida de otras personas; además de dependencia emocional hacia los demás en el cual genere condicionamientos de felicidad y estabilidad en torno o en función a los otros y no a el mismo (Díaz, Arévalo, Angarita, y Ruiz, 2010).

Por otro lado la investigación titulada esquemas mal adaptativos tempranos uso de sustancias por el paciente y sus compañeros íntimos, en el cual se le aplico a un grupo experimental de 101 jóvenes adultos que están sometidos a rehabilitación en un centro hospitalario por consumo de sustancias y a un grupo control no clínico de 175 estudiantes de psicología, para el grupo experimental la edad media era de 21 años y para el grupo control la edad media fue de 19 años; en el cual se encontró que los pacientes varios esquemas mal adaptativos tempranos problemáticos con puntuaciones significativas en auto sacrificio, estándares inflexibles y autocontrol insuficiente (Shorey, Anderson, y Stuart, 2011) de lo cual se puede inferir que a pesar de que la población del estudio de la universidad de San buenaventura no es clínica si tienen cercanía en el resultado al revisar que sus puntajes son altos en consumo cuando puntúan vulnerabilidad en esquemas como son el auto sacrificio y el autocontrol insuficiente; por lo cual estas dos variables son sobresalientes en el momento de evaluar consumo o por lo menos en cuanto al consumo de alcohol se refiere.

En contraste con las anteriores dos investigaciones en un estudio llamado una revisión de las representaciones cognitivas en el uso de sustancias y la esencia de la terapia cognitiva que tuvo como objetivo predecir el potencial de la dependencia a drogas en jóvenes por sus esquemas mal adaptivos tempranos; y en el cual la metodología fue realizar un estado del arte de las investigaciones referentes a este tema de interés mundial; los resultados que se encontraron es que hay relaciones positivas y significativas entre esquemas mal adaptativos tempranos tales como desconexión / Rechazo, autonomía Perjudicada / Rendimiento, los cuales difieren de los resultados anteriores en los cuales en relación al consumo de alcohol u otras sustancias se generó mayor importancia e influencia a factores de autosacrificio y autocontrol con el potencial de la dependencia a drogas (Bojed y Nikmanesh, 2013).

Otra Investigación relacionada con la identificación de esquemas mal adaptativos tempranos que lleva por nombre relación de los esquemas mal adaptativos tempranos, estilos de atribución y la indefensión aprendida entre los adictos y no adictos hombres; este estudio fue de tipo comparativo causal y se le aplicó a una población de 200 hombres adictos (81) y no adictos (90) que fueron seleccionados de forma aleatoria, en los resultados se encontró que los hombres adictos a sustancias tienen altos niveles en los esquemas mal adaptativos de pesimismo, de indefensión, lo cual genera que los pacientes que culminan los tratamientos de rehabilitación recaigan nuevamente y por tanto se hace necesario que para el tratamiento de sustancias se tenga en cuenta sobre todo estos dos factores, los cuales en comparación a las anteriores investigaciones se acercaría a los resultados expuestos por el estudio de los universitarios Bogotanos ya que la vida de estos pacientes viven en función a los demás y si no encuentran ese soporte emocional no logran pasar el proceso y recaen, además de que los pacientes adictos generan poca tolerancia a la frustración y al enfrentar procesos de ansiedad en el cual no logran tener autocontrol generan frustración y terminan cediendo ante el consumo (Shaghaghly, Saffarinia, Iranpoor, y Soltanynejad, 2011)

Ahora bien estudios como el realizado en Medellín, Colombia denominado Factores psicosociales, cognitivos y de personalidad asociados a la adherencia al tratamiento en comunidades terapéuticas; que tenía como objetivo identificar factores psicosociales cognitivos y de personalidad asociados a la adherencia al tratamiento en comunidades terapéuticas, en el cual para lograr el objetivo se aplicaron los instrumentos de escala de adherencia CMRS, escala de acontecimientos vitales, y el cuestionario de esquemas de Young, además de un cuestionario de creencias de trastornos de personalidad, una escala de estrategias de afrontamiento, y por último un cuadro toxicológico; la población estaba conformada por una muestra de 443 participantes de

ellos 373 hombres y 70 mujeres, de edades con una media de 18 años de edad; y cuyos resultados reportaron diferencias significativas al comparar los grupos de alta adherencia y menor adherencia; los esquemas mal adaptativos que presentaron mayor presencia fueron desconfianza/abuso, vulnerabilidad al daño y a la enfermedad y estándares inflexibles 2/ perfeccionismo correspondientes al grupo de alta adherencia, baja solución de problemas y mala autonomía en cuanto a la toma de decisiones, además de que puntúan alto en abandono lo cual ayuda en la adherencia al tratamiento debido a que genera la necesidad de apoyo y no les permite generar toma de malas decisiones (Serrano y Londoño, 2012) nuevamente la variable de abandono logra generar alta influencia en la decisión de consumo es evidente que en pacientes en rehabilitación se produce el efecto contrario que una persona que apenas inicia etapa exploratoria, ya que en el consumidor lo lleva a permanecer en un tratamiento para lograr ser aceptado, mientras que en un consumidor de tipo exploratorio el esquema de abandono le genera la necesidad de consumo al sentir poco sentido de vida y en ocasiones querer ser aceptado y acogido por un grupo lo cual lo lleva con pares de influencia negativa.

Así mismo otro trabajo que permite abordar el esquema mal adaptativo de abandono es el estudio que lleva por nombre relación entre el consumo excesivo de alcohol y esquemas mal adaptativos tempranos en estudiantes universitarios, el cual permite concluir como el abandono ejerce gran influencia en la decisión de consumo por la búsqueda de una aceptación social, esto para el caso del alcohol, además de los esquemas anteriormente mencionados (Gantiva et al, 2009)

Por su parte la tesis de grado con nombre “esquemas mal adaptativos y su relación con la depresión en estudiantes del tercer año de bachillerato de la unidad educativa Blanca Martínez De Tinajero”; cuyo objetivo principal reconocer y relacionar los esquemas mal adaptativos que

pueden llegar a poseer los estudiantes de la institución y como estos se pueden involucrar con la depresión y sus distintos niveles; dicha investigación se realizó con una población de 106 adolescentes; a los cuales se les aplico el cuestionario de esquemas mal adaptativos de Young y el cuestionario de depresión de Beck, encontrando detección de niveles de depresión en los adolescentes y los esquemas mal adaptativos que más se presentaron en los estudiantes fueron el esquema de Abandono y el de Privación, además con dicha investigación se concluyó que entre mayor sea el número de esquemas mal adaptativos tenga el adolescente el nivel de depresión aumentara significativamente, y se resalta el poco control de impulsos que tiene el adolescente entre más esquemas presente o entre mayor sea la depresión (Iturralde, 2015) y es sobre entendido por el proceso de esta investigación que la depresión junto con poco control de impulsos son factores de riesgo enormes para la decisión de consumo por tanto son dos esquemas a los cuales se les debe generar gran importancia a la hora de generar prevención e incluso tratamiento.

Método.

Tipo de investigación

El presente trabajo se enmarca dentro de una investigación cuantitativa. Dentro de la investigación cuantitativa, el estudio se considera correlacional dicho aspecto para el caso particular de esta investigación está definido por la relación entre la variable esquemas mal adaptativos tempranos con los factores de riesgo para el consumo de SPA.

Este tipo de estudio se considera correlacional ya que el proceso que se sigue busca establecer la correlación que existe entre las variables de estudio (Hernández Sampieri, 2010) y determinar la asociación no causal entre dos variables teniendo en cuenta su medición por aparte para su posterior análisis estadístico.

Participantes

La presente investigación se desarrolló mediante un muestreo intencional u opinático es decir que la selección de la muestra se hace con base en criterios o juicios de los investigadores (Sabino 2008) lo que en este caso comprendió que los estudiantes fueran seleccionados por el cumplimiento del factor edad y que estuvieran escolarizados. La muestra inicial correspondía a 225 adolescentes hombres y mujeres vinculados al colegio Republica de Colombia de los grados 6, 8,9, y 11, con rangos de edad entre los 10 años y 19 años. Del total de la muestra se excluyeron para el análisis de datos, 25 participantes que no cumplieron con el criterio de edad o no diligenciaron correctamente material psicométrico administrado.

VARIABLES

Esquemas mal adaptativos tempranos, se definen como patrones o esquemas que aparecen en la infancia y se repiten a lo largo de toda la vida, que ocasionan disfunciones significativas del comportamiento (Young 1999). La variable será medida a partir del Cuestionario Young Schema Questionnaire (YSQ-L2). Young (1999) planteo una clasificación por dominios que agrupa a su

vez 18 esquemas mal adaptativos pero para efectos de la presente investigación se tendrán en cuenta solo once esquemas que evalúa el YSQ-L2 instrumento validado en población colombiana siendo estos: Abandono, insuficiente autocontrol/autodisciplina, desconfianza/abuso, derivación emocional, vulnerabilidad al daño y la enfermedad auto sacrificio, estándares inflexibles, estándares inflexibles, inhibición emocional, derecho/grandiosidad, entrapamiento. (Young 1999)

Factores de riesgo que se describen como aquellas circunstancias o situaciones que aumentan las probabilidades de que una persona adopte un comportamiento no deseable que puede afectar su salud. Para efectos de la investigación se consideran los factores de riesgo de ajuste psicosocial evaluados a partir del Dusi y son clasificados en: problemas de comportamiento, desorden psiquiátrico, competencia social, sistema familiar, desempeño escolar, relación con los Amigos ó Pares tiempo libre / Recreación Droga y finalmente uso de Alcohol.

Instrumentos

Cuestionario de variables sociodemográficas en el cual se indagaron aspectos como edad, escolaridad, género y lugar de nacimiento. Así mismo se indago sobre edad de los padres, nivel educativo y personas con las que vivían en la actualidad.

Cuestionario Young Schema Questionnaire (YSQ-L2) validado en población Colombiana por Castrillón, Chaves, Ferrer, Londoño, Maestre, Marín y Schnitter (2003). Consta de 45 ítems y evalúa once esquemas: Abandono, insuficiente autocontrol/autodisciplina, desconfianza/abuso, deprivación emocional, vulnerabilidad al daño y la enfermedad, auto sacrificio, estándares inflexibles, estándares inflexibles, inhibición emocional, derecho/grandiosidad, entrapamiento. Los ítems se puntúan según una escala tipo Likert de 6 valores, representando la presencia de los

esquemas. Respecto a su validez el coeficiente alfa de Cronbach, la prueba tuvo una consistencia interna de 0,91 total y los factores oscilaron entre 0,71 y 0,85. (Castrillón et al ,2003).

Escala Drug Use Screening Inventor DUSI modificada y adaptada para población de Colombia. Consta de 135 preguntas, de las cuales 89 corresponden a 8 dominios que representan los factores de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas: Problemas de comportamiento (BP), Desordenes psiquiátricos (PD), Competencia Social (SC), Sistema Familiar (FS), Desempeño escolar (SP), Relación con pares (PR), Tiempo libre y recreación (LR), Uso de sustancias (SU).

Evalúa además, el consumo de sustancias psicoactivas, la disponibilidad de las sustancias, la edad de inicio, actitud frente al consumo y motivación para consumo y ex consumo, red de apoyo social y familiar (Gómez, Gutiérrez & Londoño, 2013).

Procedimiento:

Fase I

Se seleccionó la muestra del trabajo de un colegio distrital de la ciudad de Bogotá. El contacto se realizó a través del área de orientación de la institución en una reunión donde se explicaron los objetivos a cumplir y la propuesta del trabajo para su debido estudio y aprobación. Una vez se consiguió la autorización de la rectoría del colegio se procedió a la programación y asignación de los cursos con los cuales se podía trabajar para la aplicación las pruebas en la jornada mañana de la institución. Los grados participantes cumplían con la condición de tener estudiantes de los 10 a los 19 años.

Fase II

Posteriormente y previa autorización de la institución y de los estudiantes mediante consentimiento informado se procedió a la aplicación de los instrumentos. En total la duración de la actividad fue de una semana, por día se trabajó con un promedio de dos cursos en sesiones por curso de hora y media. En cada una de las sesiones se les explico a los estudiantes el objetivo de la investigación siendo claros en aspectos de confidencialidad y de protección de la información; Así mismo se les informo que dicha actividad no era obligatoria y no suponía ningún riesgo para su salud física o mental. Finalmente se dieron las instrucciones de diligenciamiento supervisado en su totalidad por los investigadores.

Fase III

Una vez aplicados los instrumentos se procedió a calificar y tabular las pruebas en el programa Excel 2013, para su posterior análisis estadístico mediante el programa SPSS 22. Por último calcularon los estadísticos descriptivos y correlacionales que finalmente permitieron generar la discusión y conclusiones del estudio.

Consideraciones éticas

La presente investigación se consideró de riesgo mínimo para los estudiantes y se enmarca dentro del código deontológico del psicólogo numeral 9 Investigación y docencia artículos 49, 50, 51,52 y 53 en la cual el psicólogo en este caso los investigadores se abstienen y se niegan absolutamente a causar en la persona daños permanentes, irreversibles o innecesarios para la evitación de otros mayores. La participación en la investigación fue autorizada explícitamente por la/s persona/s con la/s que ésta se realizó.

Los investigadores se aseguraron de que éste trabajo no produjera perjuicios duraderos en ninguno de los sujetos y total confidencialidad respecto a la identidad de los participantes. La investigación se hizo siempre con respeto a la dignidad de las personas, a sus creencias, su

intimidad, su pudor. Por último aun habiendo inicialmente consentido, el sujeto o estudiante en cualquier momento pudo decidir interrumpir su participación en el trabajo.

Resultados.

Se presentan los resultados de las variables socio demográficas así como de las variables de estudio Riesgo de consumo y Esquemas mal adaptativos obtenidos a través de la aplicación del cuestionario de datos demográficos, la Escala Drug Use Screening Inventor (DUSI) y el Young Schema Questionnaire (YSQ-L2) .Se efectuaron análisis descriptivos como correlacionales de las variables de estudio.

En primer lugar se presenta el análisis estadístico de los datos sociodemográficos obtenidos en la investigación en donde la edad mínima fue 10 años y la máxima encontrada fue de 19 años con una división de género de un 50 % para hombres y el otro 50% para mujeres.

En la figura 1, se observa que del total de estudiantes el mayor porcentaje se ubicó en el rango de los 13 a los 16 años con un 68,5% seguido por el 21,5 % con edades de 10 a 12 años y por último el 17% se ubicó en el rango de los 17 a 19 años.

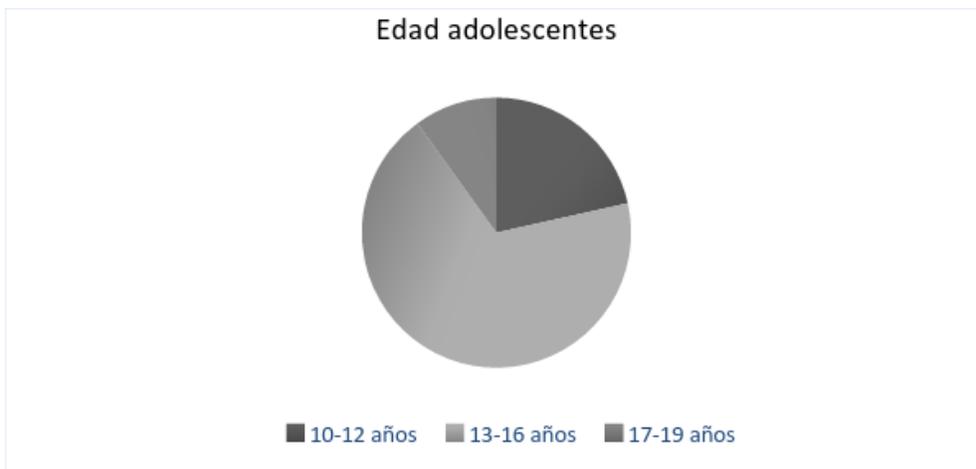


Figura: 1. Distribución por rango de edad estudiantes

Respecto a la distribución por grados, en la figura 2 se observa que en mayor porcentaje los estudiantes se encuentran en grado octavo con un 42,5 %, seguido por el 23,5% correspondiente al grado sexto, el 17% de undécimo grado y el restante 16% se encuentra en noveno grado.

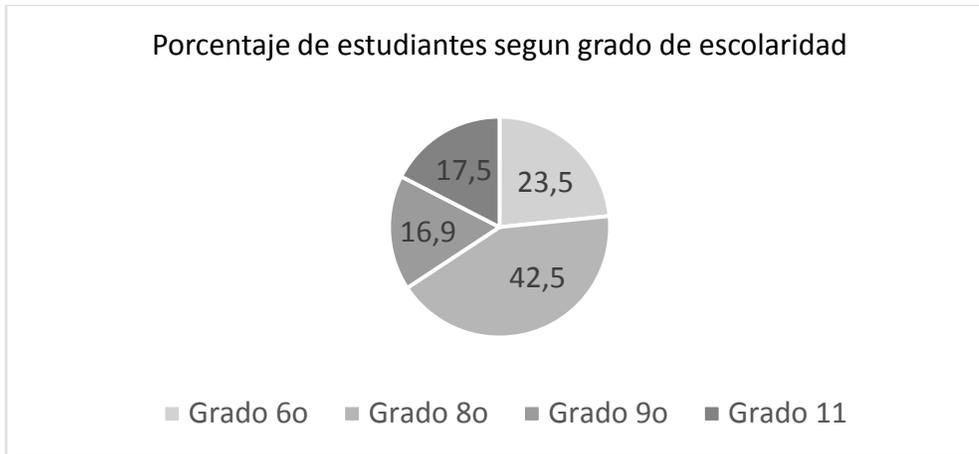


Figura: 2. Distribución de los estudiantes por grados

Respecto a los rangos de edad de los padres de familia, la figura 3 muestra los resultados obtenidos en los cuales se evidencia que la edad más frecuente esta entre los 36 a los 43 años con el 37,1% para el caso de la mamá y del 35,8 % para el papá, seguidos con el 27,4 de los 28 a 35 en la mama y el 29,6% de los 44 a los 51 para los papas.

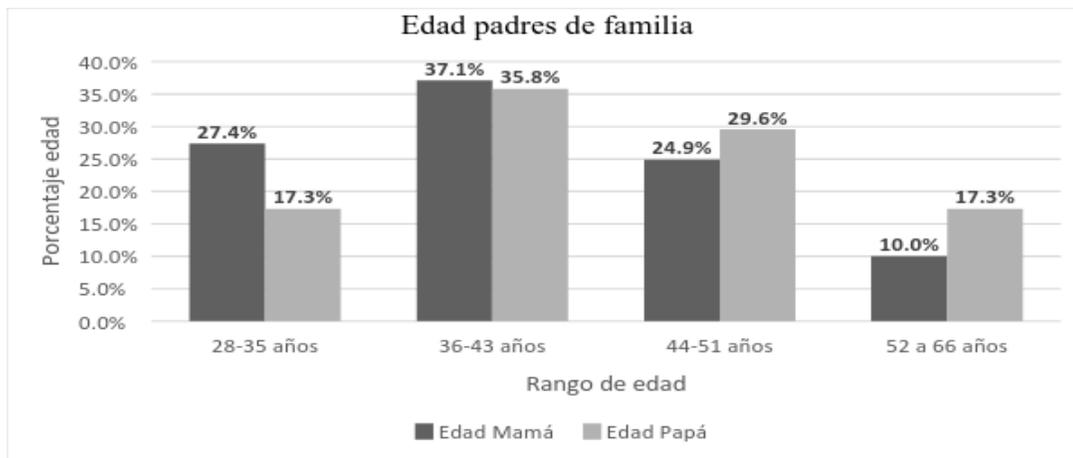


Figura: 3. Distribución rangos de edad padres de familia

De igual forma se obtuvo información presentada en la figura 4 respecto a los tipos de familia de los adolescentes encontrando que el 37,5% es de tipo nuclear, seguido por el 26% familia

extensa, 15,5% familia ensamblada, 12 % para el tipo padres separados y 9 % para el tipo de familia monoparental.

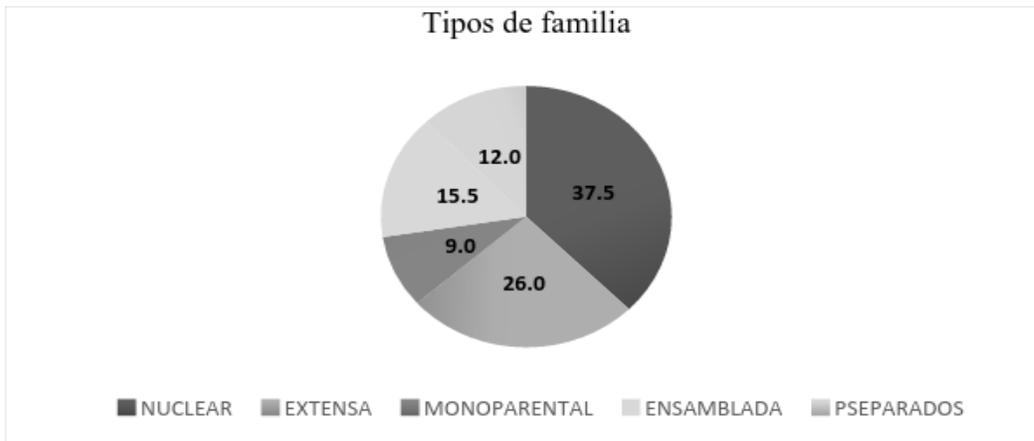


Figura: 4. Distribución por tipos de familia

Referente a la distribución por grado de escolaridad alcanzado por los padres de los estudiantes la figura 5, evidencia que en mayor porcentaje 32,5 % las mujeres finalizaron el bachillerato completo mientras que los hombres un 21,2% lo logro.

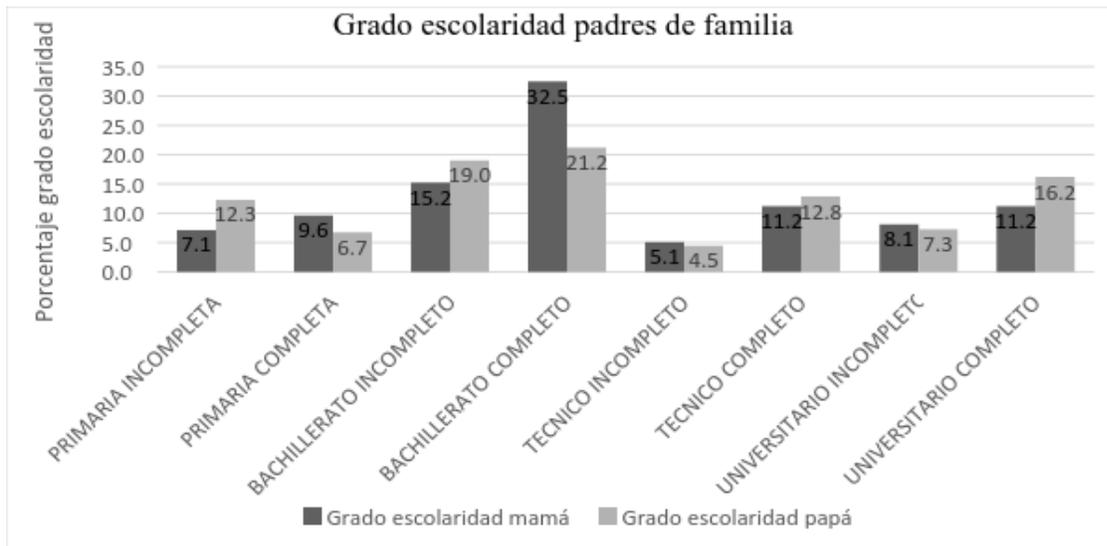


Figura: 5. Distribución grado escolar padres

Respecto a la variable factores de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas, la escala Drug Use Screening Inventor DUSI, permitió obtener información del índice de severidad global

con una (M=23,3) sobre el total de dominios lo cual refleja la gravedad general de ajuste y brinda una descripción del desempeño psicosocial, referido a capacidades de los adolescentes para interactuar de forma adecuada con los demás en los diferentes planos y en el ajuste concerniente al nivel de adaptación del sujeto en diferentes aspectos de su vida diaria.

La tabla 4 presenta los datos arrojados en el DUSI del índice general de severidad en cada uno de los dominios, de los cuales los mayores puntajes corresponden a desorden psiquiátrico (M=36,2) que podría evidenciar que la población adolescente de la muestra tendría tendencias a presentar alteraciones emocionales como depresión, ansiedad, inquietud frustración, tristeza nerviosismo u otros estados psicológicos de riesgo; por otro lado el dominio problemas de comportamiento (M =34,2) que se relaciona con el riesgo que tienen los adolescentes de presentar alteraciones de la conducta que aplicadas a la muestra de estudiantes de esta investigación indicarían la existencia de alteraciones tales como aislamiento, agresividad, impulsividad etc. Los dominios con un puntaje menor fueron droga y uso de alcohol (M 3,0) y desempeño escolar (M =17,9) lo que significa un patrón bajo de consumo en los estudiantes y un rendimiento académico adecuado que no tendría una relación directa como factor de riesgo para el consumo de SPA.

Tabla 4.

Estadísticos descriptivos índice severidad por dominios

	N	Míni mo	Máxi mo	Me dia	Desviación estándar
Problemas de Comportamiento	2 00	0,0	87,5	34, 250	22,6343
Desorden Psiquiátrico	2 00	0,0	91,7	36, 292	21,5905
Competencia Social	2 00	0,0	100,0	26, 500	24,9244
Sistema Familiar	2 00	0,0	83,3	24, 375	16,8735

Desempeño Escolar	2 00	0,0	100,0	17, 955	16,7662
Relación con los Amigos ó Pares	2 00	0,0	80,0	20, 100	16,8347
Tiempo Libre y Recreación	2 00	0,0	80,0	26, 550	18,9312
Droga y Uso de Alcohol	2 00	0,0	90,9	3,0 45	9,3511
Total	2 00				

Por otro lado el DUSI brinda información acerca del consumo de sustancias psicoactivas encontrando que la sustancia de categoría estimulantes (quita sueño) fue la que mayor porcentaje de uso tuvo en los estudiantes con un 24%, seguido por las bebidas alcohólicas 15,5% y el cigarrillo con el 10% . Respecto a otras sustancias que fueron consumidas en menor cantidad se encontró el consumo de tranquilizantes sin formula médica con 5% y marihuana con el 4,5 %.

En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas hasta la embriaguez el 82 % nunca llego a embriagarse y el 6,5 % consumieron la sustancia al punto de embriagarse. Con referencia a la heroína el 100% nunca la consumieron. En alusión al tipo de sustancia con la que se inició el consumo el 13 % indico que fue con alcohol, el 4,5% con cigarrillo, y con marihuana el 3%.

Respecto a la edad de inicio de consumo se encontró que a los 14 años se inició el consumo en sustancias como las bebidas alcohólicas 11 % y marihuana 3%. Para tranquilizantes con formula médica el rango estuvo de los 12 a los 16 con el 3,5 %. Frente al consumo hasta la embriaguez la edad fue de 14 años correspondiente al 4% y en el bazuco la edad inicio fue de 11 a 13 años con tan solo 2 personas que la usaron (M=0,5).La sustancia cocaína estuvo en el rango de 12 y 13 años equivalente al 2% de la población. Respecto al cigarrillo la edad inicia fue de 14 años correspondiente al 4,5%

En cuanto a la facilidad para conseguir las sustancias la figura 6 muestra la percepción de para conseguir algunas sustancias. Encontrando que la sustancia que a los estudiantes les parece más

fácil de conseguir es la marihuana con el 29 % seguido de los estimulantes 13% y la cocaína 11%.La sustancia que más difícil les parece conseguir son los estimulantes con un 66%.

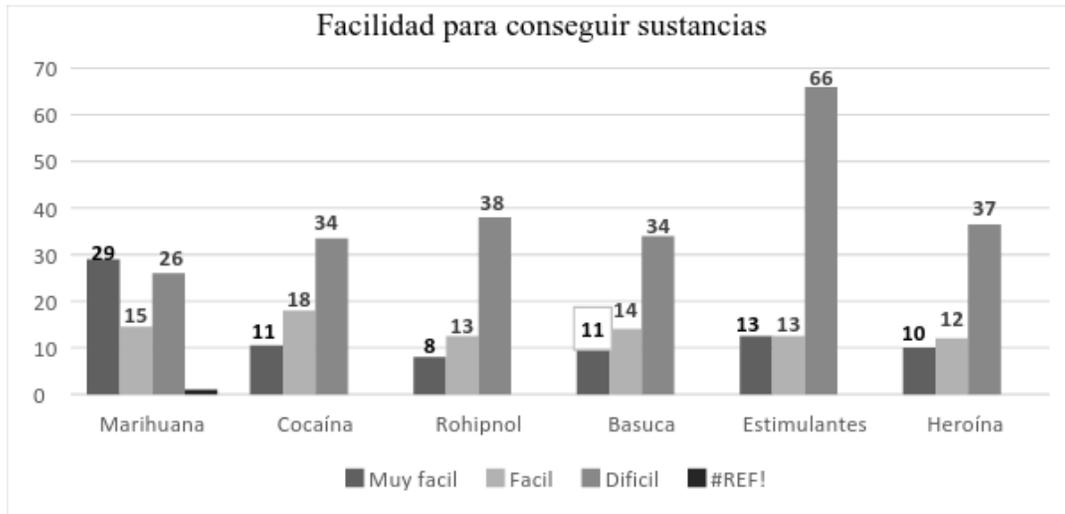


Figura: 6. Percepción facilidad para conseguir sustancias

Frente a la percepción que tienen los adolescentes del consumo de sustancias por parte de mejores amigos o hermanos se encontró que la sustancia con las que más estarían de acuerdo que usaran sería el cigarrillo con el 13 % y el 5% referente a la marihuana. El 91,5% no estuvo de acuerdo con el consumo hasta la embriaguez y el 99,5 no comparte que se consuman bebidas alcohólicas diariamente.

Respecto a red de apoyo social y familiar en la figura 7 se observa que el 60 % de los estudiantes indicó que vivieron en su infancia con dos padres y hermanos seguidos por el 12 % que lo hicieron con otros familiares. Por otro lado respecto a la convivencia el 47,5% de los jóvenes viven actualmente con dos padres y hermanos seguidos por el 21% de las personas que conviven con solo madre y hermanos.

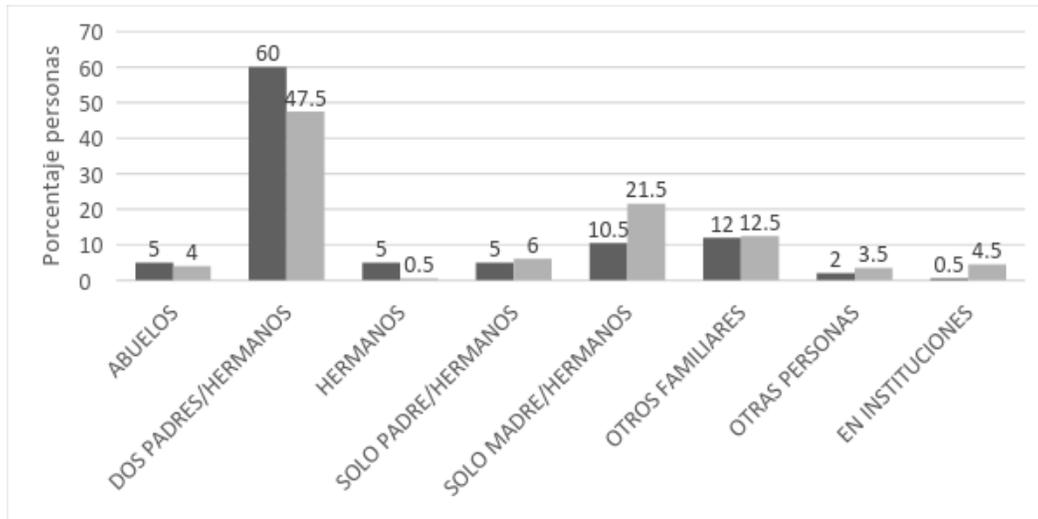


Figura: 7. Convivencia en la infancia y actualidad

Referente a la percepción de apoyo y comprensión que recibían los estudiantes de su entorno familiar y social se encontró que en primer lugar que del padre se percibe mucho apoyo con el 57 %, mientras que el 23,5% percibe poco apoyo de ellos. En el caso de la mamá el 82% perciben mucho apoyo y comprensión seguido el 12 % que no lo reciben. En cuanto a sus profesores la percepción es mucho apoyo con el 46 % mientras que el 41% expreso poco apoyo de parte de sus maestros. Por último se indago por el apoyo de sus compañeros encontrando que sienten mucho en un rango de 46 % frente al 45,5% que reconoció que es poco su apoyo.

En lo concerniente a satisfacción en algunos aspectos de la vida, se halló que en logros académicos el 40,5% de los adolescentes manifestaron sentirse regular, mientras que el 36% están de acuerdo con sus logros. En el plano sentimental se encontró que el 41,5% lo califican como regular, por el contrario el 32,5% refieren sentirse de acuerdo. Frente al contexto vida familiar el 61% se siente satisfechos y el 27% indicaron que es regular. Referente al contexto compañeros y amigos el 45,5% manifiesto que están satisfechos y el 41,5% que lo están de forma regular.

Continuando con la expectativa de vida del adolescente, en la figura 8 encontramos las actividades que se esperan llevar a cabo una vez se finalice la etapa del colegio evidenciando que el 64% quieren trabajar y estudiar y el 29,5% dedicarse solo a estudiar. Finalmente se halló que la confianza del 84% de los jóvenes en su futuro es mucha y el 10,5% indicaron que tienen poca confianza en él.

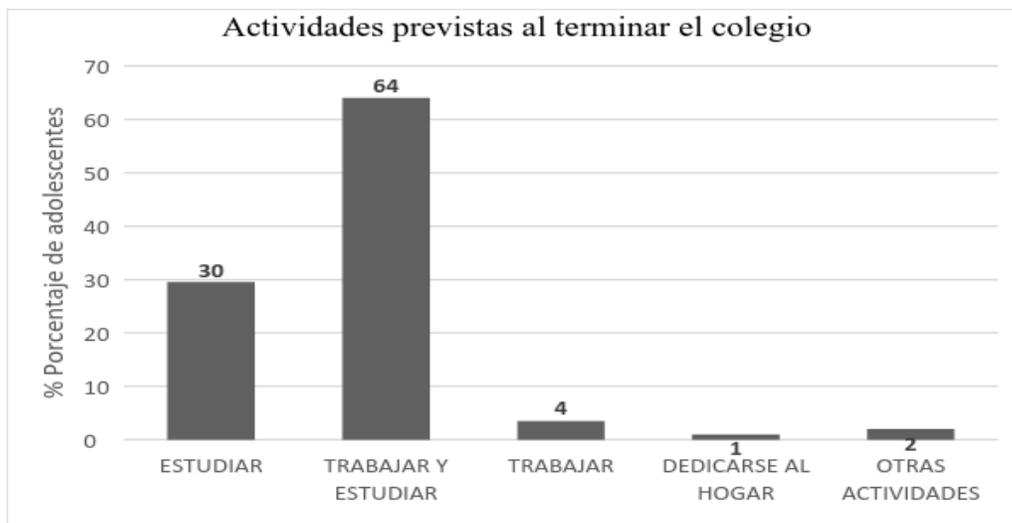


Figura: 8. Distribución actividades al terminar colegio

A continuación la tabla 5 expone los resultados correspondientes a los esquemas mal adaptativos que muestra los estadísticos descriptivos obtenidos de la aplicación del Young Schema Questionnaire (YSQ-L2):

Tabla 5

Estadísticos descriptivos índice de severidad esquemas mal adaptativos

Esquema	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Abandono/inestabilidad	200	1,0	100,0	50,385	27,8282
Insuficiente autocontrol/autodisciplina	200	1,0	99,0	62,990	27,8311

Desconfianza/abuso	200	1,0	99,0	64,345	25,2574
Deprivación emocional	200	1,0	100,0	52,425	32,0296
Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	200	1,0	99,0	67,100	29,9121
Auto sacrificio	200	1,0	99,0	60,920	29,4863
Estándares inflexibles	200	1,0	100,0	59,190	27,0968
Estándares inflexibles 2	200	1,0	98,0	52,455	26,6514
Inhibición emocional	200	1,0	100,0	65,220	28,0117
Derecho/grandiosidad	200	1,0	100,0	52,638	31,5305
Entrampamiento	200	1,0	98,0	47,260	35,3781

Los esquemas en los que se encontraron los puntajes más significativos corresponden a vulnerabilidad al daño (M= 67,1) el cual se refiere a la creencia de los adolescentes dirigida hacia la anticipación de catástrofes inminentes e incontrolables en cuanto a situaciones médicas, emocionales y externas, inhibición emocional (M = 65,2) relacionado con contención excesiva de acciones y sentimientos generalmente para evitar la desaprobación de los demás; De igual forma se encontraron puntajes significativos en los esquemas de desconfianza y abuso (M= 64,3) relacionado con creencias dirigidas a que las otras personas los lastimaran o serán afectados de alguna forma con actos o palabras negativa y en autocontrol/autodisciplina (M=62,9) correspondiente a ideas de falta de disciplina, constancia en la ejecución de tareas y alcance de objetivos o metas.

Los ETMs en los que no se encontró mayor presencia correspondieron a entrampamiento (M=47,2) referente a exceso de cercanía emocional a personas del entorno familiar y social importantes así como en el esquema de deprivación emocional (M=52,4), que se relaciona con pensamientos del sujeto relacionados al no cumplimiento de los demás con sustento u apoyo emocional.

Una vez presentado el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y de estudio la tabla 6 muestra los resultados del análisis estadístico correlacional de las variables ETMs y los dominios que representan los factores de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes:

Tabla: 6

Correlación esquemas mal adaptativos y dominios

		Correlaciones								
		ISD_B	ISD_D	ISD_S	ISD_F	ISD_S	ISD_P	ISD_L	ISD_S	
		P	P	C	S	P	R	R	U	ISG
AB	Correlación de Pearson	,201**	,362**	,370**	,179*	,207**	,117	,213**	,087	<u>,336*</u>
	N	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>
IAA	Correlación de Pearson	,240**	,283**	,332**	,202**	,271**	,217**	,305**	,160*	<u>,370*</u>
	N	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>
DA	Correlación de Pearson	,262**	,336**	,311**	,296**	,242**	,251**	,310**	,193**	<u>,405*</u>
	N	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>
DE	Correlación de Pearson	,222**	,247**	,307**	,296**	,221**	,226**	,289**	,178*	<u>,362*</u>
	N	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>
VD	Correlación de Pearson	-,039	,070	,017	-,038	,005	,021	-,010	-,004	,009
	N	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>
AT	Correlación de Pearson	,185**	,190**	,157*	,144*	,162*	,223**	,142*	,147*	,241*
	N	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>
EI1	Correlación de Pearson	,182*	,248**	,234**	,189**	,282**	,193**	,175*	,062	,294*
	N	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>	<u>200</u>
EI2	Correlación de Pearson	,033	,132	,036	,152*	,017	,068	-,011	-,050	,081

Pearson										
IE	N	200	200	200	200	200	200	200	200	200
	Correlación de Pearson	,164*	,193**	<u>,301**</u>	,180*	,140*	,196**	<u>,308**</u>	,129	<u>,296*</u>
DR	N	200	200	200	200	200	200	200	200	200
	Correlación de Pearson	,109	,087	,153*	,181*	,142*	,149*	<u>,252**</u>	,132	<u>,213*</u>
ET	N	199	199	199	199	199	199	199	199	199
	Correlación de Pearson	-,013	,068	,021	,071	,070	,042	,053	,065	,067
	N	200	200	200	200	200	200	200	200	200

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

En los resultados se evidencia que el esquema Abandono/inestabilidad tiene una correlación de magnitud media con el dominio competencia social (ISD, =370) y desordenes psiquiátricos (ISD=,362) lo cual sugiere que al existir temor y la preocupación de ser abandonados por personas significativas, podría afectar el adecuado desarrollo de habilidades sociales y manejo de escasos recursos para la interacción social y que al existir pensamientos de abandono las alteraciones emocionales, la depresión, ansiedad u otros estados psicológicos de riesgo serían más frecuentes en los adolescentes.

El esquema insuficiente autocontrol/autodisciplina obtuvo una correlación media positiva con los dominios competencia social (ISD=332) y Tiempo Libre y Recreación (ISD=305) sugiriendo que la dificultad para ejercer autocontrol y de no tener tolerancia a la frustración en los jóvenes conllevaría a tener baja capacidad para relacionarse de forma adecuada con los demás y que la falta de autodisciplina se relacionaría con malos hábitos frente al uso adecuado del tiempo.

Para el esquema desconfianza abuso se hayo una relación de magnitud media con los dominios desorden psiquiátrico (ISD =336), competencia social (ISD =311) y Tiempo Libre/

recreación (ISD=310) lo cual indicaría que las creencias de daño, humillación o abuso tendrían incidencia en la aparición de estados psicológicos alterados en los adolescentes y que la existencia de ideas o la percepción de abusos hacia ellos tendrían que ver con dificultades para el manejo correcto de las habilidades sociales así como en el adecuado manejo del tiempo libre.

Respecto al esquema deprivación emocional la correlación encontrada fue de media positiva con los dominios competencia social (ISD=307) tiempo libre y recreación (ISD=289) lo cual podría indicar que pensamientos relacionados con ausencia de atención, comprensión y guía de parte de los demás tendrían que ver el impedimento para entablar relaciones sociales adecuadas y con los malos hábitos del adolescente frente al uso adecuado del tiempo.

En el esquema inhibición emocional se encontró una correlación positiva media con los dominios competencia social (ISD=301) y Tiempo Libre y Recreación (ISD=308) lo que advierte que la excesiva inhibición de acciones, sentimientos y comunicación espontánea por parte de los adolescentes conlleva a el inadecuado manejo de habilidades sociales, dificultades para relacionarse y a su vez, malos hábitos de manejo de tiempo.

Finalmente los esquemas con puntaje más significativos respecto al ISG por el total de dominios fueron abandono/inestabilidad (ISG=336), insuficiente autocontrol/autodisciplina (ISG=370), desconfianza/abuso (ISG=4105), deprivación emocional (ISG=362) e inhibición e emocional (ISG=296). Es decir que al existir creencias de abandono, humillación, ausencia de atención e inadecuado manejo de habilidades sociales y emociones en los estudiantes la susceptibilidad a que los factores de riesgo incidan en la decisión de consumo de spa serían más altos.

Discusión.

Esta investigación tuvo como objetivo principal identificar la relación existente entre los esquemas mal adaptativos y los factores de riesgo en el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes. De igual forma cada una de las variables se evaluó de manera independiente y se realizó un análisis estadístico correlacional que permitió identificar la relación entre ambas. A continuación se realiza la discusión de los principales hallazgos de esta investigación.

En relación a la edad de los estudiantes que participaron en la investigación el mayor porcentaje se ubicó en el rango de los 13 a los 16 años con un 68,5%. Estos resultados tienen relación con estudios en los que se encontraron edades similares como el realizado por Minjusticia (2014) en donde esta edades estuvieron dentro del rango de estudio a nivel Colombia pero difieren de investigaciones como la de Cáceres et, al (2006) en donde el rango de edad fue de 18 a 24 años aclarando que en dicha muestra se obtuvo que el inicio de consumo estuvo entre los 12 y 17 años.

Respecto a las sustancias con las que se dio inicio al consumo y la edad se encontró que el alcohol y el cigarrillo fueron las que se utilizaron por primera vez en mayor porcentaje a los 14 años mostrando similitud con los resultados mencionados Hernández y Roldán (2009), Minjusticia (2014) y Manrique et, al (2011) en donde el tabaco y el alcohol presentaron las edades de inicio más tempranas a los 14 años y en las que la edad de inicio encontrada fue menor a los 15 años. Es de aclarar que esto efecto se produce por las regulaciones que existen en nuestro contexto respecto al consumo de drogas lícitas en donde la edad permitida es de 18 años.

En relación al tipo de familia la de tipo nuclear obtuvo el mayor porcentaje de presentación entre los jóvenes con el 37,5% datos que se ajustan a los encontrados por (Minjusticia, 2014) en donde se encontró que en este tipo de familias es el que más predomina en población Colombiana; Lo anterior nos lleva a deducir que una familia nuclear puede generar menor riesgo

de consumo teniendo en cuenta los resultados de esta investigación siempre y cuando cumpla con estilos claros de crianza en los cuales se genere democracia en toma de decisiones soporte emocional acompañamiento y confianza de lo contrario la familia nuclear que no tenga estos criterios puede generar consecuencias similares a las de una familia disfuncional (Becoña,2000).De igual forma Arango, et ,al (2014), afirma que la composición familiar puede constituir un factor de riesgo o protección lo que indicaría que las características propias de la familia hacen susceptibles o no a los adolescentes frente al consumo de SPA.

Referente a la percepción de apoyo y comprensión que recibían los estudiantes de su entorno familiar y social se encontró que del padre se percibía mucho apoyo con el 57 %, de la mamá 82%, profesores 46 % y compañeros con una percepción del 46%, lo que se relaciona con los resultados del trabajo de Musitu y Cava (2003) en los que en el apoyo percibido del padre y de la madre, en jóvenes de 12 a 17 fue alto. Lo anterior podría evidenciar que los resultados de bajo consumo en esta investigación podrían estar ligados a una alta percepción de apoyo de sus redes de apoyo familiar y social.

Frente a las sustancias que más consumieron los adolescentes se evidencia que los estimulantes 24% las bebidas alcohólicas 15% y el cigarrillo 10 % fueron las de mayor presencia de la presente investigación. Estos resultados se relacionan con trabajos como los de Martínez y Amaya (2007), Cáceres et al (2006) en las cuales el alcohol y el cigarrillo fueron las sustancias legales más consumidas. Lo anterior sugiere que las sustancias lícitas son las que mayor presencia de consumo se presenta en la población general de adolescentes. En contraste con la presente investigación el estudio de Minjusticia (2014) encontró que la sustancia psicoactivas ilícita que mayor consumo presento fue marihuana con un 11.5%.Teniendo en cuenta que las sustancias en las que se evidencio mayor consumo fueron alcohol cigarrillo y marihuana los

trabajos de prevención se pueden enfocar en situaciones en donde las mismas sean las de inicio de consumo en los adolescentes.

Respecto al índice general de severidad de los dominios en el DUSI, los mayores puntajes correspondieron a desorden psiquiátrico ($M=36,2$) y dominio problemas de comportamiento ($M=34,2$). Estos resultados son consistentes con la investigación realizada por Velasco et al (2014) en la cual se evaluaron factores de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes encontrando que los dominios con mayor puntaje en población rural y urbana fueron desordenes psiquiátricos y problemas de comportamiento. Esto permitiría inferir que las actividades de protección frente al consumo de SPA en la muestra de trabajo se deberían enfocar en el refuerzo de aspectos emocionales y por otro lado en el comportamiento y conducta de los jóvenes que no se adaptan a las reglas generales de convivencia.

Sin embargo investigaciones como la de Negrete & García (2008) que evaluó los factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en estudiantes encontró que los dominios de malestar afectivo, el bajo control conductual y el aislamiento social son lo que se presentan más en general tanto en consumidores como en no consumidores.

Con referencia a los esquemas mal adaptativos la presente investigación encontró que los puntajes más significativos correspondieron a vulnerabilidad al daño ($M= 67,1$), inhibición emocional ($M= 65,2$), desconfianza y abuso ($M= 64,3$) y por último en autocontrol/autodisciplina ($M=62,9$). Los anteriores resultados encuentran relación con la investigación llevada a cabo por Díaz et al. (2010) en donde se identificó una correlación entre el consumo de alcohol y los esquemas de abandono, autocontrol insuficiente, desconfianza y abuso, vulnerabilidad al daño y la de de Shorey et al (2011) en donde el consumo de alcohol fue alto cuando esquemas como el de autocontrol insuficiente se presentó. De igual forma Serrano y

Londoño (2012) lograron identificar mayor presencia en esquemas de desconfianza/abuso y vulnerabilidad al daño esta vez en población que no lograba adherencia a los tratamientos en comunidades terapéuticas

En oposición a los resultados anteriores trabajos como el de Bojed y Nikmanesh, (2013) y Gantiva (2009) encontraron esquemas relacionados con la dependencia a drogas tales como desconexión / Rechazo, y autonomía Perjudicada / Rendimiento y abandono los cuales ejercían influencia en el consumo excesivo de sustancias. De igual forma estudios como el de Shaghaghly et al. (2011) evidenciaron que los esquemas mal adaptativos de pesimismo y de indefensión tienen una mayor presencia esta vez en hombres adictos aun cuando el estudio no tuvo una muestra de adolescentes se demuestra que los esquemas pueden variar de población consumidora a la que no lo es.

De igual forma se encuentra la identificación de esquemas mal adaptativos en otros estudios que sin estar directamente relacionados con el consumo si evidencian que la existencia de los mismo puede relacionarse con otras problemáticas. Este es el caso del trabajo de Iturralde (2015) en donde los esquemas de Abandono y el de Privación obtuvieron la mayor presencia y relación con la depresión. La anterior investigación sugiere que el esquema de abandono requiere tanto en problemáticas de consumo como de depresión mayor enfoque en los trabajos de prevención como de tratamiento.

Conclusiones.

Una vez obtenidos los resultados se puede determinar la existencia de correlaciones entre esquemas mal adaptativos y factores de riesgo que podrían influir o no en la decisión de consumir sustancias psicoactivas en los adolescentes que este caso correspondieron en mayor proporción al esquema abandono/inestabilidad con relación a factores tales como competencia social y desordenes psiquiátricos.

Así mismo aunque las correlaciones halladas sean en su mayoría de magnitud media y no de severidad alta suponen la existencia de pensamientos y situaciones que al estar presentes en los adolescentes podrían a futuro ser detonadores de situaciones problemáticas de diversa índole en los adolescentes que en el caso del presente trabajo tendrían que ver con el consumo de sustancias psicoactivas.

Se considera que esta investigación realiza un aporte importante a los trabajos sobre consumo de S.P.A porque a pesar de que los resultados no evidencian grandes porcentajes de consumo por parte de los adolescentes que participaron en el estudio, se logró la identificación de esquemas mal adaptativos tempranos y factores de riesgo, desde los cuales se podrían enfocar trabajos y actividades de prevención y tratamiento tanto para población consumidora y no consumidora ; Así mismo permitiría reforzar en medidas de protección para evitar la aparición de hábitos de consumo tales como trabajos con familia y adolescentes, talleres de sensibilización entre otros; se aclara que la generalización de los resultados del presente trabajo no son viables para toda la población que se considere dentro del rango adolescente teniendo en cuenta que la muestra con la que se trabajó no es consumidora y se limitó solo a un colegio de la ciudad lo cual no garantiza que en factores y contextos diferentes apliquen los mismos hallazgos.

Frente a las recomendaciones que se realizar para futuras investigaciones se propone considerar la comparación de las variables de estudio con otros factores a través de análisis

estadísticos extras como lo son la identificación de los esquemas y factores de riesgo por género, tipo de familia, nivel de escolaridad.

Lo anterior permitiría la obtención de datos más específicos a nivel demográfico y psicosocial ampliando el margen de abordaje preventivo y de tratamiento en la problemática de consumo en los adolescentes teniendo en cuenta que al ser más específicos se identificarían esquemas y factores presentes por ejemplo solo en mujeres y en hombres lo cual permitiría la comparación entre géneros. De igual forma sucedería con la identificación de esquemas y factores de riesgo según el tipo de familia ya que se podría comprender qué tipo de esquemas y factores de riesgo afecta a cada tipo de familia y como esa composición influye en la formación del adolescente y su percepción sobre el consumo. De igual forma factores como el nivel educativo o de estrato como influyen en la generación de los mismos y en la decisión de consumir o no.

De igual forma se precisa el desarrollo de nuevas investigaciones que permitan la identificación de los esquemas y de los factores de riesgo en adolescentes en una muestra más grande de adolescentes y no intencional lo cual permitiría la generalización de los resultados a la población adolescente ya que el presente estudio por el tipo de investigación y su alcance solo aplico para un rango muy pequeño de adolescentes. Es decir la especificidad en las diferentes variables podría permitir que los trabajos de prevención y tratamiento estuvieran enfocados según las necesidades de cada grupo focal con características similares.

También se sugiere investigaciones en la que se comparen grupos de consumidores comprobados como en población que aún no lo sea lo que permitiría contrastar resultados entre una muestra u otra y con ello mayor impacto en las actividades de prevención de consumo como de tratamiento en la medida que las variables de estudio esquemas y factores de riesgo contienen aspectos psicosociales que intervienen en la decisión o no de consumir.

Referencias.

- APA, American Psychiatric Association. (2014). *DSM-V*. Bogotá, Colombia: Editorial medica panamericana.
- APTASALUD. (2013, Marzo 30). *Clasificación de Drogas*. Retrieved Abril 5, 2013 from www.aptasalud.com.ar:
http://www.aptasalud.com.ar/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=27
- Arango, Á., Franco, D., Jaramillo, D., Sergio, L., Alejandro, L., Mier, L., & Ocampo, P. (2014). *Caracterización de la influencia de los factores de riesgo en el uso indebido de sustancias psicoactivas (UISPA) en los estudiantes de noveno, diez y once del “instituto chipre” y medición del consumo de los estudiantes del mismo colegio*. Manizales: Universidad de Manizales.
- Babieri, I., Trivelloni, M., Zani, B., & Palacios, X. (2012). Consumo de sustancias psicoactivas en los contextos recreativos entre estudiantes universitarios, en Colombia. *Revista Ciencias de la Salud (Universidad del Rosario, Bogotá)*, 10 (1), 2012, 69-86.
- Báez, D., Deckers, M., Silva, L., & Gómez, D. (2003). *Encuesta de prevalencia sobre el consumo de cigarrillos en la Pontificia Universidad JAveriana*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Baron, L; Botero, K; Castaño, J; Castillo, K; Diaz, J; Echeverri, J; Parra, G; Yepes, J; Yoarly, H y Jordán, Y. (2011). Prevalencia y factores asociados al consumo de anfetaminas, en estudiantes del programa de medicina de la universidad de Manizales (Colombia). *Revista facultad de medicina Universidad Manizales*. 59 (3), 201-214.
- Becoña, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del psicólogo*.77 (1). 25-32.

- Becoña, E. (2001). *Propuestas para la prevención de la dependencia de sustancias psicoactivas, Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Plan Nacional sobre drogas*. Santiago de Compostela, España: Ministerio del Interior.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid, España: Delegación del gobierno.
- Becoña, E & Cortes, T. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona, España: Socidrogalcohol.
- Bojed, F. B., & Nikmanesh, Z. (2013). Rol de los esquemas mal adaptativos tempranos en el potencial de adicción en los jóvenes. *Revista internacional de Comportamientos del Alto riesgo y Dependencia*, 2 (2), 72-76.
- Borquez, S. (2000). *Manual de psicología del adolescente para profesores*. Santiago de Chile, Chile: Editorial Belz.
- Bustamante, I. (2009). El consumo de drogas desde una perspectiva evolutiva y su aplicación a las políticas e intervenciones preventivas. Lima, Perú: Comisión nacional para el desarrollo y la vida sin drogas (Devida).
- Caceres, D; Salazar, I; Varela, M & Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Univ, Psychol.* 5(3), 521-534.
- Castaño, G; Calderon, G & Berbesi, D. (2013). Consumo de drogas emergentes en Medellin, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatria.* 42(3), 248-256.
- Castrillón, D., Chaves, L., Ferrer, A., H Londoño, N., Maestre, K., Marín, C., & Schnitter, M. (2005). Validación del Yong Schema Questionnaire Long Form: (YSQ-L2) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de psicología*, 37(3), 541-560.

- Castrillón, D; Montaña, I; Avendaño, G; y Pérez, A. (2007). Validación del body shape questionnaire (cuestionario de la figura corporal) BSQ para la población colombiana. *Acta Colombiana De Psicología*. 10 (1). 15 - 23.
- Cattaneo, M. (2011). *Factores de riesgo al consumo de sustancias psicoactivas* (ed.). Madrid: Fundación Iberoamericana de Seguridad y Salud Ocupacional.
- Consuegra, N. (2010). *Diccionario de psicología*. Bogotá, España: Ecoe ediciones.
- Díaz Morales, K., & Amaya Rey, M. (2013). Factores familiares, individuales y ambientales en el consumo y no consumo de drogas en adolescentes*. *Avances en Enfermería*, 30(E), 37-59. Recuperado de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/39862/41790>
- Díaz, C. A. G., Arévalo, J. B., Angarita, E. V., & Ruiz, Y. S. (2010). Relación entre el consumo excesivo de alcohol y esquemas mal adaptativos tempranos en estudiantes universitarios. *Revista colombiana de psiquiatría*, 39(2), 362-374.
- Espada, J; Botvin, G; y Mendez, X. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y de otras drogas. *Papeles del Psicólogo*. 23 (84). 9-17.
- Fuentealba, R; Cumsille, F; Araneda y Molina, C. (2000). Consumo de drogas lícitas e ilícitas en Chile: resultados del estudio de 1998 y comparación con los estudios de 1994 y 1996. *Revista panamericana de salud pública*. 7(2), 79-87.
- Ferrel, F., González, J., & Padilla, Y. (2013). Esquemas maladaptativos tempranos y creencias irracionales en un grupo de homosexuales masculinos, de la ciudad de Santa Marta, Colombia. *Psicología desde el Caribe*, 3(1), 36-66.

- Gantiva Díaz, C. A., Bello Arévalo, J., Vanegas Angarita, E., & Sastoque Ruiz, Y. (2009). Historia de maltrato físico en la infancia y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(2), 127-134.
- González, S., García, L., & Valencia, J. (2013). La autoridad y el afecto como factores de riesgo o protección familiares para el consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes del barrio San Pablo, Medellín. *Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis»*, 2013(23), 1-16.
- Gudiño Rivera, M. M., Rubio Rivera, C. G., & Sánchez Castañón, A. (2014). Factores protectores y de riesgo que determinan el consumo de alcohol en adolescentes (Doctoral dissertation).
- Henao, G. (2013). *Perfil cognitivo parental (esquemas maladaptativos y estrategias de afrontamiento), estilo de interacción parental y su influencia en el desarrollo emocional infantil*. Manizales: Universidad de Manizales.
- Hernández, M., Sánchez, D., Cañón, Y., Rojas, J., León, A., & Santos, M. (2015). Factores de riesgo psicosociales que inciden en el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes. *Revista Línea de vida*, 2015(24), 24-32.
- Hernández López, Teresa, Roldán Fernández, Jesús, Jiménez Frutos, Anunciación, Mora Rodríguez, Carlos, Escarpa Sánchez-Garnica, Dolores, & Pérez Álvarez, María Teresa. (2009). La Edad de Inicio en el Consumo de Drogas, un Indicador de Consumo Problemático. *Psychosocial Intervention*, 18(3), 199-212.
- Herrera, S. (1999). Principales Factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente. *Rev Cubana de Pediatría*, 71(1), 39-42.

- Iturralde Paredes, C. C. (2015). Esquemas mal adaptativos y su relación con la depresión en estudiantes del tercer año de bachillerato de la unidad educativa “Blanca Martínez de Tinajero.
- Jinez, L. J., de Souza, J. R. M., & Pillon, S. C. (2009). Uso de drogas y factores de riesgo entre estudiantes de enseñanza media. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(2), 246-252.
- Martínez, J; Amaya, W; Campillo, H; Rueda, G; Campo, A & Díaz, L. (2007). Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes, Bucaramanga, Colombia, 1996-2004. *Revista salud pública*. 9(2), 215-229 .
- Instituto DEUSTU de drogodependencias. (2004).Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: hacia un modelo explicativo del consumo de drogas de la CATV, Bilbao: España. , Universidad DEUSTU 1- 140
- Martínez Lorca, M., & Alonso Sanz, C. (2003). Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas ¿Existe relación?. *Adicciones*, 15(2), 145-158. doi:<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.438>
- rtinez, M & Alonso, C. (2003). Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas ¿Existe relación? *Revista Adicciones*. 15(2),
- Manrique, F; Ospina, J y Garcia, U. (2011). Consumo de alcohol y tabaco en escolares y adolescentes de Tunja, Colombia, 2009. *Revista salud pública*. 13(1), 89-101.
- Mendoza, A., Romero, J., Mendoza, G., & Posada, I. (2015). Significados del consumo de sustancias psicoactivas en indígenas estudiantes de una universidad de Medellín. *Universitas Psychologica*, 14(3).
- Min Justica, D., & Derecho, M. d. (2012). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en la población escolar Colombia 2011*. Retrieved Enero 1, 2013 from

www.unodc.org:

http://www.unodc.org/documents/colombia/Estudio_Consumo_Escolares.pdf

Minjusticia, M. (2014). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia 2014*. (Informe final ed.). Bogotá: Ministerio de Justicia y del Derecho.

Injusticia, M. (2015). *Observatorio de drogas de Colombia, Reporte drogas Colombia*. (Informe final ed.). Bogotá: Ministerio de Justicia y del Derecho.

Ministerio de sanidad y consumo. (2007). *Estrategia nacional sobre drogas*. Madrid, España: Ministerio de sanidad y consumo, secretaria general técnica, centro de publicaciones.

MinSalud y protección social, (2013). *El consumo de sustancias psicoactivas un asunto de salud publica*

Moreno, A. (2007). *La Adolescencia*. Barcelona, España: Editorial UOC.

Mosquera, J., & Artamónova, V. (2011). Consumo de Sustancias psicoactivas en la Universidad Tecnológica de Pereira, Colombia. *Investigación Andina vol 13, núm 22*, 194-210.

Musitu, G & Caba, M. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención psicosocial*, 12 (2) 179-172.

Negrete, B. D.-A. (2008)). Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. *Rev Panam Salud Publica*, 1-10.

OMS, Organización mundial de la Salud. (2004) *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Ginebra: Biblioteca de la OMS

OMS. (2014). *Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones*. Retrieved mayo 2, 2016 from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>

Papalia, D; Wendkos, S; y Duskin, R. (2009). *Desarrollo humano*. Bogota, Colombia: Mc Graw Hill.

- Payá, B., & Castellano, G. (2008). Consumo de sustancias. Factores de riesgo y factores protectores. *Revista de formación continuada de la SEPEAP*, Modulo, 8.
- Restrepo, A., & Zambrano, R. (2013). Esquemas maladaptativos tempranos en pacientes hipertensos controlados en Segovia, Colombia. *Pensando Psicología*, 9(16), 69-75.
- Rodríguez, D. T. G., Herrera, M. G., & Londoño, S. P. (2013). Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá. *Psicología: avances de la disciplina*, 7(1), 45-51.
- Romani, F; & Gutierrez, C. (2007). Auto- reporte de victimización escolar y factores asociados en escolares peruanos de educación secundaria, año 2007. *Revista peruana de epidemiologia*. 14(3). 1-9.
- Romero Loaiza, T. (2015). Influencia de pares en el consumo de SPA en adolescentes: Diferencias entre consumidores y no consumidores.
- Ruiz, J. (2003). *Manual básico sobre adicciones*. La plata, Argentina: Secretaria de cultura municipalidad de la plata.
- Santrock, J. (2004). *Psicología del desarrollo en la adolescencia*. Madrid, España: Mc Graw Hill.
- Sanvisens, A., Rivas, I., Faure, E., Muñoz, T., Rubio, M., Fuster, D., & Muga, R. (2014). Características de los pacientes adictos a la heroína admitidos en un programa de tratamiento con metadona. *Medicina Clínica*, 142(2), 53-58.
- Serrano, M. Á. H., & Londoño, N. H. (2012). Factores psicosociales, cognitivos y de personalidad asociados a la adherencia al tratamiento en comunidades terapéuticas. *Psicología desde el Caribe*, 29(1), 47-63.

- Shaghaghly, F., Saffarinia, M, Iranpoor, M, & Soltanynejad, A. (2011). Relación de esquemas mal adaptativos tempranos, atribución entre hombres adictos y no adictos. *Dependencia y Salud*, 3 (1-2).
- Shorey, R. C., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2011). Esquemas mal adaptativos tempranos uso de la Sustancia por el paciente y sus Compañeros Íntimos Una investigación preliminar. *Desórdenes adictivos & su tratamiento*, 10 (4), 169.
- Tirado, O., Andrés, F., Álvarez, G., Velásquez, T., Juan, D., Gómez, G., ... & Alberto, R (2009). Prevalencia y factores de riesgo para el consumo y dependencia de drogas en estudiantes de una universidad de Medellín. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 38-44.
- UNODC, Oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito. (2016). Informe mundial sobre las drogas 2016. Ginebra: Biblioteca OMS.
- Velasco, A., Ardida, L., & Vargas, N. (2014). *Factores de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de zona rural y urbana* (Doctoral dissertation ed.). Chía. Colombia: Universidad de la Sabana.
- Young, J. (1999). *La terapia cognitiva para los trastornos de la personalidad: un enfoque centrado en el esquema*. Sarasota. Florida: Professional Resource Exchange.
- Young, J., & Klosco, J. (2001). *Reinventar tu vida*. Barcelona: Paidós.
- Zulema, R., & Jenner, C. (2014). *Diagnóstico de la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas lícitas (alcohol y tabaco) en los estudiantes masculinos y femeninos de 16 a 45 años de edad que cursan entre el primero y el quinto año de estudio durante el ciclo del año 2004*. San Salvador, El Salvador: Universidad Francisco Gavidia de San Salvador, El Salvador, Centroamerica.

Apéndices.

Apéndice 1. Consentimiento informado participantes

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Bogotá, _____

Instrucciones (Resolución 8430 Min. Salud 1993)

Este documento de Consentimiento Informado le proporcionará la información necesaria para ayudarlo a decidir sobre su participación en esta investigación. Por favor lea atentamente la información. Si cualquier parte de éste documento no le resulta claro o si tiene alguna pregunta o desea solicitar información adicional, no dude en pedirla en cualquier momento a alguno de los miembros del equipo de estudio.

Condiciones de participación

Su participación en este estudio es voluntaria. Si usted acepta participar, deberá responder los cuestionarios que le puede tomar un tiempo aproximado de 40 minutos. No existe ningún riesgo para su salud física ni psicológica al participar en este estudio. Las respuestas no causaran ningún impacto en su situación académica o financiera.

Confidencialidad

Su identidad estará completamente protegida. La información recogida en este proyecto es de carácter estrictamente confidencial y sólo se usará para fines investigativos. El firmar este documento y diligenciar los cuestionarios significa que usted ha entendido la información pertinente al proyecto y que desea participar.

Yo _____ identificado con TI Número _____ de _____ por medio de la presente autorizó y consiento mi participación en la aplicación de los instrumentos: Escala Dusi R- Abreviada y el Cuestionario de Esquemas de Young, con el propósito de evaluar factores de riesgo y esquemas Maladaptativos relacionados con el consumo de Sustancias psicoactivas.. La administración de los instrumentos está bajo la responsabilidad de los estudiantes de Psicología: Jhon Jaider Fernández Cárdenas identificado CC. 1073507038 y David Vanegas García identificado CC. 1014205574 con supervisión técnica, profesional y académica de la Psicóloga docente Claudia Patricia Ramos Parra identificada CC. 52.117.858.

Certifico que se me ha explicado el objetivo del ejercicio, los procedimientos del mismo y fui informado que no se me identificará en las presentaciones que deriven de este ejercicio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial y con fines académicos, para el trabajo de grado “ESQUEMAS MALADAPTATIVOS Y FACTORES DE RIESGO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES” y bajo los estándares éticos de la Psicología. Me han respondido las dudas al respecto y para obtener retroalimentación de mis resultados o cualquier inquietud respecto a la investigación puedo escribir a los e-mails: dvanegasg@libertadores.edu.co; jjfernandezc@libertadores.edu.co. Puedo no aceptar participar o retirarme en cualquier momento en caso de que así lo decida, informando previamente al investigador. Lo cual no tendrá ninguna consecuencia negativa.

Apéndice 2. Consentimiento informado institución



CONSENTIMIENTO INFORMADO INSTITUCIÓN EDUCATIVA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
LOS LIBERTADORES

Yo _____ identificado(a) con CC _____ de _____, en mi calidad _____ de la Institución Educativa _____; certifico que los aspirantes a obtención del título de psicología de la Fundación Universitaria Los Libertadores, solicitaron autorización para la administración del material psicométrico: Escala Dusi R- Abreviada y el Cuestionario de Esquemas de Young, con el fin de desarrollar la investigación: ESQUEMAS MALADAPTATIVOS Y FACTORES DE RIESGO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES, con los estudiantes de bachillerato de la institución.

Manifiesto que he recibido información suficiente sobre la investigación a desarrollar y que los datos que se obtengan en el estudio tendrán un propósito académico; así mismo, que la identidad de los participantes será absolutamente confidencial, y que los psicólogos en formación se comprometen a actuar en función de la integridad y bienestar de la comunidad educativa cumpliendo los estándares éticos de la disciplina psicológica.

Firma _____

Fecha _____

Apéndice 3. Cuestionario de esquemas de Young, ysq-l

CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG, YSQ-L

D. Castrillón, L. Chaves, A. Ferrer, N. H. Londoño, K. Maestre, C. Marín, M. Schnitter (2003)
 Universidad de San Buenaventura – Medellín (Colombia)

Desarrollado por Jeffrey E. Young, PhD y Gary Brown, Med. Copyright, 1990. N° Protocolo

Edad: Estado Civil:

Sexo: Masculino () Femenino ()

Estrato socioeconómico: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()

INSTRUCCIONES

Enumeradas aquí, usted encontrará afirmaciones que una persona podría usar para describirse a sí misma. Por favor, lea cada frase y decida que tan bien lo(a) describe. Cuando no esté seguro(a), base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piense que es correcto.

1 2 3 4 5 6

Completamente falso de mí La mayor parte falso de mí Ligeramente más verdadero que Moderadamente verdadero de mí La mayor parte verdadero de Me describe perfectamente

- 1 Las personas no han estado ahí para satisfacer mis necesidades emocionales. 1 2 3 4 5 6
- 2 Por mucho tiempo de mi vida, no he tenido a nadie que quisiera estar estrechamente ligado a mí, y compartir mucho tiempo conmigo. 1 2 3 4 5 6
- 3 La mayor parte del tiempo no he tenido a nadie que realmente me escuche, me comprenda o esté sintonizado con mis verdaderas 1 2 3 4 5 6
- 4 Rara vez he tenido una persona fuerte que me brinde consejos sabios o dirección cuando no estoy seguro de qué hacer. 1 2 3 4 5 6
- 5 Me preocupa que las personas a quienes me siento cercano me dejen o 1 2 3 4 5 6
- 6 Cuando siento que alguien que me importa está tratando de alejarse de 1 2 3 4 5 6
- 7 Me aflijo cuando alguien me deja solo(a), aún por un corto período de 1 2 3 4 5 6
- 8 No puedo contar con que las personas que me apoyan estén presentes 1 2 3 4 5 6
- 9 Me preocupa muchísimo que las personas a quienes quiero encuentren 1 2 3 4 5 6
a alguien más a quien prefieran, y me dejen.
- 10 Necesito tanto a las otras personas que me preocupo acerca de la 1 2 3 4 5 6
- 11 Me siento tan indefenso(a) si no tengo personas que me protejan, que 1 2 3 4 5 6
me preocupa mucho perderlas.
- 12 Si alguien se comporta muy amable conmigo, asumo que esa persona 1 2 3 4 5 6
- 13 Me da una gran dificultad confiar en la gente. 1 2 3 4 5 6
- 14 Sospecho mucho de las intenciones de las otras personas.
- 15 Las otras personas muy rara vez son honestas; generalmente no son lo 1 2 3 4 5 6
- 16 Usualmente estoy en la búsqueda de las verdaderas intenciones de los 1 2 3 4 5 6

17 Me preocupa volverme un indigente o vago.	1	2	3	4	5	6
18 Me preocupa ser atacado.	1	2	3	4	5	6
19 Siento que debo tener mucho cuidado con el dinero porque de otra manera podría terminar sin nada, en la ruina.	1	2	3	4	5	6
20 Me preocupa perder todo mi dinero y volverme indigente.	1	2	3	4	5	6
21 Mis padres y yo tendemos a involucrarnos demasiado en la vida y	1	2	3	4	5	6
22 Es muy difícil tanto para mis padres como para mí, callar detalles íntimos sin sentirnos traicionados o culpables.	1	2	3	4	5	6
23 Le doy más a los demás de lo que recibo a cambio.	1	2	3	4	5	6
24 Usualmente soy el (la) que termino cuidando a las personas a quienes	1	2	3	4	5	6
25 No importa que tan ocupado(a) esté, siempre puedo encontrar tiempo	1	2	3	4	5	6
26 Siempre he sido quien escucha los problemas de todo el mundo.	1	2	3	4	5	6
27 Me da vergüenza expresar mis sentimientos a otros.	1	2	3	4	5	6
28 Me es difícil ser cálido y espontáneo.	1	2	3	4	5	6
29 Me controlo tanto, que los demás creen que no tengo emociones.	1	2	3	4	5	6
30 Me esfuerzo por mantener casi todo en perfecto orden.	1	2	3	4	5	6
31 Tengo que parecer lo mejor la mayoría del tiempo.	1	2	3	4	5	6
32 Trato de hacer lo mejor. No puedo conformarme con lo	1	2	3	4	5	6
33 Mis relaciones interpersonales sufren porque yo me exijo mucho.	1	2	3	4	5	6
34 Mi salud está afectada porque me presiono demasiado para hacer las	1	2	3	4	5	6
35 Con frecuencia sacrifico placer y felicidad por alcanzar mis propios	1	2	3	4	5	6
36 Cuando cometo errores, me merezco fuertes críticas.	1	2	3	4	5	6
37 Tengo la sensación de que lo que ofrezco es de mayor valor que las	1	2	3	4	5	6
38 Usualmente pongo mis propias necesidades por encima de las de otras	1	2	3	4	5	6
39 Con frecuencia siento que estoy tan involucrado(a) en mis propias prioridades, que no tengo tiempo para dar a los amigos o a la familia.	1	2	3	4	5	6
40 Parece que no puedo disciplinarme a mí mismo para completar tareas	1	2	3	4	5	6
41 Si no consigo una meta, me frustro fácilmente y la abandono.	1	2	3	4	5	6
42 Es para mí muy difícil sacrificar una satisfacción inmediata para	1	2	3	4	5	6
43 Cuando las tareas se vuelven difíciles, normalmente no puedo	1	2	3	4	5	6
44 No me puedo concentrar en nada por demasiado tiempo.	1	2	3	4	5	6
45 No me puedo forzar a hacer las cosas que no disfruto, aun cuando yo	1	2	3	4	5	6

Apéndice 4. Escala Drugs Use Screening Inventory - Revisada (DUSI-R)

Ciudad	1. Colegio			
2. Año que cursa actualmente	3. Edad en años cumplidos			
4. Sexo	1	MUJER	5	HOMBRE
5. Ha consultado el médico durante el último año	1	NO	5	SI
6- Ha consultado el psicólogo durante el último año	1	NO	5	SI

DOMINIO BP: Responda teniendo en cuenta los últimos 12 meses

7. Ha discutido mucho?	SI		NO	
8. Ha molestado o le ha hecho daño a los animales?	SI		NO	
9. Ha estado muy malgeniado?	SI		NO	
10. Ha amenazado a otros con lastimarlos o hacerles daño?	SI		NO	
11. Le ha dado rabia sin motivo?	SI		NO	
12. Con frecuencia ha hecho cosas sin pensar en las consecuencias?	SI		NO	
13. Con frecuencia ha hecho cosas peligrosas o riesgosas?	SI		NO	
14. Ha pasado a solas la mayor parte de su tiempo libre?	SI		NO	

DOMINIO PD: Responda teniendo en cuenta los últimos 12 meses

15. Ha tenido más peleas que la mayoría de sus compañeros?	SI		NO	
16. Ha dañado intencionalmente cosas de otras personas?	SI		NO	
17. Se ha sentido inquieto o incapaz de permanecer en la misma posición?	SI		NO	
18. Ha robado algo?	SI		NO	
19. Se ha sentido frustrado con facilidad?	SI		NO	
20. Se ha sentido triste con mucha frecuencia?	SI		NO	
21. Ha estado nervioso?	SI		NO	
22. Ha sentido miedo o se ha asustado con mucha facilidad?	SI		NO	
23. Ha sentido que las personas lo miren fijamente?	SI		NO	
24. Ha sentido voces o ruidos, que otros a su alrededor no oyen?	SI		NO	
25. Ha sentido miedo de estar con otras personas?	SI		NO	
26. Con frecuencia ha sentido ganas de llorar?	SI		NO	

DOMINIO SC: responda teniendo en cuenta los últimos 12 meses

27. Ha sido rechazado por sus compañeros u otros jóvenes de su edad?	SI	NO	
28. Le ha sido difícil hacer amigos en un grupo nuevo?	SI	NO	
29. Cree que otras personas se han aprovechado de usted?	SI	NO	
30. Ha sentido miedo de defender sus derechos?	SI	NO	
31. Le ha sido muy difícil pedirle ayuda a otros?	SI	NO	
32. Se ha dejado influenciar fácilmente por los compañeros?	SI	NO	
33. Ha tenido dificultad para defender su opinión o puntos de vista?	SI	NO	
34. La gente lo ha visto como una persona antipática?	SI	NO	
35. Ha tenido dificultad para entablar una relación afectiva duradera?	SI	NO	

DOMINIO FS: Algún miembro de su familia: Padre, madre o hermano

36. Ha usado cocaína o marihuana?	SI	NO	
37. Ha tenido problemas en casa, trabajo o amigos por uso de alcohol?	SI	NO	
38. Ha sido detenido?	SI	NO	
39. Con frecuencia ha tenido discusiones con sus padres o acudientes que han terminado en gritos o peleas?	SI	NO	
40. Casi siempre en su familia hacen cosas juntos?	SI	NO	
41. Sus padres o acudientes desconocen sus gustos y disgustos?	SI	NO	
42. Ha faltado claridad en las reglas por parte de sus padres sobre lo que puede y no puede hacer?	SI	NO	
43. Han discutido mucho, sus padres o acudientes, entre ellos?	SI	NO	
44. Con frecuencia sus padres o acudientes desconocen donde ha estado usted?	SI	NO	
45. Sus padres o acudientes no han estado en casa la mayor parte del tiempo?	SI	NO	
46. Se ha sentido descontento con las personas con que le ha tocado vivir?	SI	NO	
47. Ha sentido que corre peligro en su casa?	SI	NO	

DOMINIO SP: responda teniendo en cuenta los últimos 12 meses

48. Ha tenido problemas para concentrarse cuando estudia?	SI	NO	
49. Ha faltado al colegio más de dos días al mes?	SI	NO	
50. Se ha ausentado con frecuencia de clase?	SI	NO	
51. Ha pensado seriamente en abandonar los estudios?	SI	NO	
52. Con frecuencia ha llegado tarde a clase?	SI	NO	
53. Sus notas han estado peores que antes?	SI	NO	
54. Se ha sentido en peligro en el colegio?	SI	NO	
55. Se ha sentido rechazado por grupos del colegio o fuera de el?	SI	NO	
56. Han interferido el alcohol u otras drogas con tareas escolares?	SI	NO	
57. Ha dejado de ir al colegio o llegado tarde por alcohol o drogas?	SI	NO	
58. Lo han suspendido del colegio?	SI	NO	

DOMINIO PR: responda teniendo en cuenta los últimos 12 meses

59. Sus amigos han usado con regularidad alcohol u otras drogas?	SI	NO	
60. Sus amigos le han vendido o regalado drogas a un compañero?	SI	NO	
61. Alguno de sus padres o acudientes les ha disgustado sus amigos?	SI	NO	
62. Alguno de sus amigos ha tenido problemas con las autoridades?	SI	NO	
63. La mayoría de sus amigos han sido mayores que usted?	SI	NO	

64. Sus amigos han faltado mucho al colegio?	SI		NO	

69. Ha salido a divertirse de noche sin permiso o en días de colegio?	SI		NO	
70. Comparado con sus compañeros ha hecho menos deporte?	SI		NO	
71. En la mayoría de las fiestas no ha habido supervisión de adultos?	SI		NO	
72. Ha pasado su tiempo libre charlando o quemándolo con sus amigos?	SI		NO	
73. Ha pasado aburrido la mayoría de tiempo?	SI		NO	
74. En la mayoría de actividades de recreación ha estado solo?	SI		NO	
75. Ha usado alcohol o drogas por razones sociales o por pasarla bien?	SI		NO	
76. Comparado con sus compañeros ha tenido menos hobbies o intereses?	SI		NO	
77. Se ha sentido insatisfecho con su manera de usar el tiempo libre?	SI		NO	
78. Ha hecho menos ejercicio que la mayoría de sus compañeros?	SI		NO	
65. Se han aburrido sus amigos en las fiestas en donde no hay trago?	SI		NO	
66. Sus amigos han robado en un almacén o causado daño a propiedad	SI		NO	
67. Comparado con sus compañeros, ha tenido menos amigos?	SI		NO	
68. Ha pertenecido usted a una pandilla?	SI		NO	

DOMINIO LR: responda teniendo en cuenta los últimos 12 meses

DOMINIO SU: responda teniendo en cuenta los últimos 12 meses

79. Ha sentido necesidad o un deseo intenso de usar alcohol o drogas?	SI		NO	
80. Ha aumentado el alcohol o droga para obtener un mismo efecto?	SI		NO	
81. Alguna vez no ha podido controlar el uso de alcohol o drogas?	SI		NO	
82. Se ha sentido atrapado en el alcohol u otras drogas?	SI		NO	
83. Ha dejado de participar en actividades por el alcohol o drogas?	SI		NO	
84. Ha saltado reglas llegado tarde a casa o violado ley por alcohol o drogas?	SI		NO	
85. Tuvo algún accidente de tránsito bajo efecto de alcohol o drogas?	SI		NO	
86. Ha herido a alguien o a si mismo bajo efecto de alcohol o drogas?	SI		NO	
87. Ha peleado o discutido con amigos o familiares por efecto de alcohol o	SI		NO	
88. Ha tenido problemas para llevarse bien con amigos por uso de alcohol o	SI		NO	
89. Ha tenido dificultad para decir no cuando le ofrecen alcohol o drogas?	SI		NO	

**A PARTIR DE LA PROXIMA PREGUNTA, SELECCIONE SOLO UNA RESPUESTA Y
COLOQUE EL NUMERO CORRESPONDIENTE EN EL
CUADRO DE LA DERECHA**

92. Con relación a la cocaína	
La usé ayer	1
La semana pasada	5
El mes pasado	3
El año pasado	4
Hace más de un año	6
No la he usado nunca	7

93. Con relación a la basuca o bazuco	
La uso hoy	1
La semana pasada	5
El mes pasado	3
El año pasado	4
Hace más de un año	7
No la ha usado nunca	6

94. Con relación a los tranquilizantes, sin formula médica:	
La usó hoy	1
La semana pasada	5
El mes pasado	3
El año pasado	4
Hace más de un año	7
No la he usado nunca	6

95. Con relación a los estimulantes (quita sueño)	
La usó hoy	1
La semana pasada	5
El mes pasado	3
El año pasado	4
Hace más de un año	7
No la he usado nunca	6

96. Con relación a las bebidas alcohólicas	
La usó hoy	1
La semana pasada	5
El mes pasado	3
El año pasado	4
Hace más de un año	7
No la he usado nunca	6

97. Con relación a las bebidas alcohólicas hasta la embriaguez:	
La usó hoy	1
La semana pasada	5
El mes pasado	3
El año pasado	4
Hace más de un año	7
No la he usado nunca	6

98. Con relación a la heroína	
La usó hoy	1
La semana pasada	5
El mes pasado	3
El año pasado	4
Hace más de un año	7
No la he usado nunca	6

99. Con cual sustancia inicio el consumo	
Cigarrillo	1
Alcohol	2
Marihuana	3
Tranquilizantes	4
No ha consumido ninguna	7
Otra,cual:	6

129. Si usted consumió sustancias diferentes a alcohol y cigarrillos y hace un año o más que no las usa Cual fue el principal motivo para dejarla (s)			
Respeto a sí mismo	1	Daño a la salud	0
Problemas familiares	5	Dejó de necesitarlas	6
Problemas en estudios	3	Otro	7
Problemas con el costo	4	Cual:	8

130. Con quién vivió en su infancia?	
Con dos padres / Hermanos	1
Solo con la madre / Hermanos	5
Solo con el padre / Hermanos	3
Sólo con hermanos	4
Abuelos	0
Otros familiares	6
Otras personas	7
En instituciones	8

131. Con quien vive actualmente?	
Con dos padres / Hermanos	1
Sólo con la madre / Hermanos	5
Sólo con el padre / Hermanos	3
Sólo con hermanos	4
Abuelos	0
Otros familiares	6
Otras personas	7
En instituciones	8

132. Que tanto apoyo y comprensión recibe de:

Su padre	Nada	1	Poco	5	Mucho	3	No tiene	4
Su madre	Nada	1	Poco	5	Mucho	3	No tiene	4
Sus profesores	Nada	1	Poco	5	Mucho	3		
Sus compañeros	Nada	1	Poco	5	Mucho	3		

133. Que tan satisfecho se siente usted con:

Sus logros académicos	Mucho	1	Regular	5	Poco	3	Nada	4
Su vida sentimental	Mucho	1	Regular	5	Poco	3	Nada	4
Su vida familiar	Mucho	1	Regular	5	Poco	3	Nada	4
Con sus compañeros y amigos	Mucho	1	Regular	5	Poco	3	Nada	4

134. Que espera hacer al terminar el colegio

Estudiar	1	Dedicarse al hogar	4
Trabajar y estudiar	2	Otro	6
Trabajar	3	Cuál	