

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA POLITÉCNICO GRANCOLOMBIANO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**GRUPO DE INVESTIGACIÓN**  
**PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y CULTURA**  
**DEPARTAMENTO ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA**

**FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA Y CONSISTENCIA CON LOS VALORES:  
RELACIÓN CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN COMO REQUISITO PARCIAL PARA  
OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGA**

**PRESENTA**

**MARÍA PAZ GÓMEZ BARRETO**

**CÓDIGO 1320012989**

**ASESORA**

**MARÍA LUISA BARRETO ZAMBRANO, MG. PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Julio 2018**

**INDICE GENERAL**

ÍNDICE DE TABLAS .....	4
ÍNDICE DE FIGURAS.....	6
RESUMEN .....	7
INTRODUCCIÓN .....	8
JUSTIFICACIÓN .....	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	12
OBJETIVOS .....	13
MARCO TEÓRICO.....	14
Consumo de sustancias psicoactivas - SPA .....	14
¿Qué son las sustancias psicoactivas - SPA?.....	14
Tipos de sustancias psicoactivas .....	16
<i>Sustancias Legales.</i> .....	16
<i>Sustancias Ilegales.</i> .....	17
Medicamentos especiales o sustancias de uso controlado. ....	20
Factores relacionados con el consumo de sustancias.....	22
Factores biológicos/genéticos. ....	22
Factores familiares. ....	23
Factores sociales. ....	24
Consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas .....	25
Consumo de sustancias en la adolescencia .....	26
Características de la adolescencia y vulnerabilidad para el consumo de SPA. ....	26
<i>Características de la adolescencia.</i> .....	26
<i>Vulnerabilidad para el consumo de Sustancias Psicoactivas.</i> .....	27
<i>Búsqueda de la identidad.</i> .....	27
<i>Características familiares.</i> .....	29
<i>Efectos de los medios de comunicación.</i> .....	30
<i>Contexto social y económico.</i> .....	30
Prevención y tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas .....	31
Programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas.....	34

Programas de intervención o tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas.....	35
El consumo de sustancias psicoactivas desde una perspectiva contextualista funcional.....	38
Terapias de tercera generación.....	38
Teoría de los marcos relacionales. ....	38
Contextualismo funcional. ....	39
La evitación experiencial y la flexibilidad psicológica.....	40
La Terapia de Aceptación y Compromiso en el consumo de SPA .....	41
ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....	48
Enfoque metodológico y diseño.....	48
Participantes .....	49
Variables.....	50
Hipótesis.....	52
Instrumentos .....	52
El Cuestionario de Evitación psicológica (AFQ-Y): .....	52
Cuestionario de Seguimiento de Reglas Tipo Pliance (GPQ-C):.....	53
Cuestionario de consistencia con valores (VQ): .....	53
Cuestionario de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21) .....	53
Procedimiento.....	54
Análisis estadísticos .....	55
Consideraciones éticas .....	55
RESULTADOS.....	56
DISCUSION .....	75
REFERENCIAS.....	81
ANEXOS .....	98

**ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de características sociodemográficas y familiares.....	56
Tabla 2. Frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas a nivel familiar.....	59
Tabla 3. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas .....	59
Tabla 4. Resultados descriptivos de las variables inflexibilidad psicológica, depresión, ansiedad, estrés, seguimiento de reglas tipo pliance y consistencia con valores.....	63
Tabla 5. Distribución del consumo de cigarrillo en el último año por variables familiares (convivencia con los dos padres, antecedentes de consumo de SPA a nivel familiar y relaciones familiares).....	64
Tabla 6. Distribución del consumo de cigarrillo en el último mes por variables familiares (convivencia con los dos padres, antecedentes de consumo de SPA a nivel familiar y relaciones familiares). .....	66
Tabla 7. Distribución del consumo de cigarrillo en el último año por razones de consumo. ....	66
Tabla 8. Distribución del consumo de alcohol en el último año por variables familiares (convivencia con los dos padres, antecedentes de consumo de SPA a nivel familiar y relaciones familiares). .....	67
Tabla 9. Distribución del consumo de alcohol en el último mes por variables familiares (convivencia con los dos padres, antecedentes de consumo de SPA a nivel familiar y relaciones familiares).....	67
Tabla 10. Distribución del consumo de alcohol en el último año por razones de consumo.....	69
Tabla 11. Distribución del consumo de marihuana en el último año por variables familiares (convivencia con los dos padres, antecedentes de consumo de SPA a nivel familiar y relaciones familiares). .....	69

Tabla 12. Distribución del consumo de marihuana en el último mes por variables familiares (convivencia con los dos padres, antecedentes de consumo de SPA a nivel familiar y relaciones familiares). .....	70
Tabla 13. Distribución del consumo de marihuana el último año por razones de consumo.....	70
Tabla 14. Correlaciones de Pearson entre inflexibilidad psicológica, depresión, ansiedad, estrés, preocupación (ansiedad generalizada), pensamientos negativos, seguimiento de reglas tipo pliance y consistencia con valores. ....	71
Tabla 15. Pruebas t para los grupos de consumo y no consumo de cigarrillo en el último año. ..	72
Tabla 16. Pruebas t para los grupos de consumo y no consumo de cigarrillo en el último mes...	72
Tabla 17. Pruebas t para los grupos de consumo y no consumo de alcohol en el último año. ....	72
Tabla 18. Pruebas t para los grupos de consumo y no consumo de alcohol en el último mes. ....	73
Tabla 19. Pruebas t para los grupos de consumo y no consumo de marihuana en el último año.	73
Tabla 20. Pruebas t para los grupos de consumo y no consumo de marihuana en el último mes.	73
Tabla 21. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas de acuerdo al sexo. ....	74

**ÍNDICE DE FIGURAS**

<i>Figura 1.</i> Relaciones Familiares .....	58
<i>Figura 2.</i> Consumo de sustancias psicoactivas en la familia.....	59
<i>Figura 3.</i> Frecuencia consumo actual alcohol .....	61
<i>Figura 4.</i> Frecuencia consumo actual cigarrillo .....	61
<i>Figura 5.</i> Frecuencia consumo actual Marihuana.....	61
<i>Figura 6.</i> Frecuencia consumo actual Otro.....	61
<i>Figura 7.</i> Razones de consumo.....	62
<i>Figura 8.</i> Prevalencia de depresión.....	63
<i>Figura 9.</i> Prevalencia de Ansiedad.....	63
<i>Figura 10.</i> Prevalencia de estrés .....	64
<i>Figura 11.</i> Prevalencia VQ – Obstrucción.....	64
<i>Figura 12.</i> Prevalencia VQ-Progreso.....	64

## RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo establecer la relación entre flexibilidad psicológica y consistencia con valores, respecto al consumo de sustancias en adolescentes de Bogotá. Los participantes fueron 285 estudiantes de 13 a 18 años, de un colegio público (144 hombres y 141 mujeres). El enfoque de investigación fue cuantitativo, de tipo descriptivo-correlacional. Se empleó el Cuestionario de Evitación y Fusión para Jóvenes (AFQ-Y), el Cuestionario de Consistencia con Valores (VQ), el Cuestionario de Seguimiento de Reglas Tipo Pliance (GPQ-C), la Escala de Ansiedad, Depresión y Estrés (DASS-21) y un cuestionario para estimar la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas.

Según los datos obtenidos con los participantes, las sustancias más consumidas alguna vez en la vida, en el último mes y año, fueron el alcohol (61,1%; 55,4%; 30,5%), cigarrillo (33,3%; 20%; 12,3%) y marihuana (13,3%; 7,4%; 3,9%). Las razones de consumo de mayor prevalencia fueron los problemas familiares (10,5%), búsqueda de sensaciones (8,4%) y problemas personales (7,4%). Se encontró relación significativa entre consumo de cigarrillo con consumo de sustancias en la familia y relaciones familiares, problemas familiares, sociales, personales, académicos y búsqueda de sensaciones. En cuanto al alcohol, se encontró asociación con búsqueda de sensaciones. La marihuana, mostró asociación con las relaciones familiares y todas las razones de consumo evaluadas. La inflexibilidad psicológica tuvo correlación con las demás variables clínicas. Las pruebas t para muestras independientes, solo mostraron diferencias significativas en los grupos de consumo y no consumo de cigarrillo, en la inflexibilidad psicológica y obstrucción en el avance en valores.

### **PALABRAS CLAVE:**

Sustancias psicoactivas, adolescentes, flexibilidad psicológica, consistencia con valores

## INTRODUCCIÓN

Existen numerosas investigaciones sobre el consumo de sustancias psicoactivas, dado el problema de salud pública y social que representan. Estas sustancias producen alteraciones en las funciones mentales y corporales de las personas que presentan dicho consumo. Existen sustancias tanto legales, como ilegales. Dentro de las legales, las principales son el alcohol y el cigarrillo, en cuanto a las ilegales están: cocaína, marihuana, pepas, heroína, bazuco, anfetamina, cannabis, éxtasis, tranquilizantes, inhalables, perica, rohypnol (Madoz, Saiz, Baca & Ochoa, 2001; Seddon, 2006; Pérez, Gutiérrez, Rodríguez & Bringas, 2008; Bringas, Rodríguez & Moral, 2010; Rodríguez, Bringas, Rodríguez, López-Cepero, Pérez & Estrada, 2011).

Se ha logrado identificar que estas sustancias, en la mayoría de ocasiones, generan conductas desviadas de la norma social, de manera que provocan dificultades en las relaciones sociales y personales, es decir, generan impactos individuales, familiares, comunitarios, razón por la cual se han realizado diferentes estudios con el fin de tener una mayor comprensión de este fenómeno, para poderlo abordar, así como para prevenir que se siga expandiendo.

El consumo de drogas se ha convertido en una de las preocupaciones más importantes para la sociedad (Zaldívar, López, García & Molina, 2011), de acuerdo con los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010). Se ha reportado que es un problema multicausal, relacionado con factores tanto familiares, biológicos/genéticos, y sociales. A nivel familiar, según los estudios, la juventud recurre al consumo de sustancias psicoactivas, por curiosidad, o problemas en sus entornos familiares, evidenciándose factores de violencia intrafamiliar, poca atención de los padres a sus hijos, crianza inadecuada, modelos de enseñanza negativos, entre otras. Los jóvenes buscan poder enfrentar distintas situaciones de su vida diaria, sin pensar que se están limitando en su desarrollo como personas, pues este fenómeno genera



comportamientos inadecuados y destructivos en los que no se miden las consecuencias, los riesgos físicos, psicológicos familiares y sociales y en general daños que ocasiona en población juvenil (Ledoux, Sizaret, Hassler, & Choquet, 2000).

Los factores biológicos o genéticos en el consumo de SPA se deben a la vulnerabilidad que puede tener un individuo, debido al consumo que hayan tenido sus padres, de manera que el adolescente puede acercarse a las drogas por curiosidad y puede empezar a consumir sin importar las consecuencias, solo por saciar una necesidad (Acosta, 2015) y debido a esta vulnerabilidad puede resultarle más difícil interrumpir el consumo. Finalmente, respecto a los factores a nivel social, se ha encontrado que en los grupos sociales el consumo de sustancias, proporciona mayor liderazgo y ego, facilitando expresión emocional y potencializando las relaciones sociales, lo que produce consecuencias que son interpretadas como positivas, lo cual ocasiona un mayor consumo. Así mismo, el factor de precios de productos en el mercado, las políticas que regulan su venta la publicidad en los medios de comunicación, promueve el consumo. Según las evidencias bibliográficas el cigarrillo es una puerta de consumo de otras sustancias que trae mucho más problemáticas al consumidor (Campo, et al., 2007).

De igual manera, se ha evidenciado que el consumo está asociado a la frustración que se genera cuando no se cubren las necesidades de seguridad, posesión, afecto, y autorrealización, esto lleva a que la persona presente comportamientos desesperanzados, junto al consumo de sustancias psicoactivas. Siendo una forma rápida para experimentar sensaciones placenteras, modificar los sentimientos asociados al malestar emocional, reducir los trastornos emocionales, mitigar la tentación y el estrés, afrontar cambios y presiones del entorno. De esta forma los jóvenes descubren en las sustancias psicoactivas un alivio inmediato a sus angustias, problemas cotidianos, reforzando así la conducta de consumo (Ledoux., et al, 2000).

Por lo tanto se han propuesto diferentes intervenciones psicológicas que puedan ayudar en la prevención e intervención del consumo de SPA, destacándose por ejemplo: la Terapia cognitivo conductual, reforzamiento sistemático, Terapia de estímulo motivacional, Terapia familiar, Técnicas de manejo de contingencias y la Terapia de Aceptación y Compromiso para los trastornos por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas.

### **JUSTIFICACIÓN**

En los últimos años, Colombia ha sido potentemente atacado por el flagelo del consumo de sustancias psicoactivas, siendo un problema de gran impacto familiar y social. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta en sus diferentes intervenciones que los adolescentes son una población que presenta altos índices de consumo. En general, se encuentra el consumo de alcohol, en la mayoría de los casos, seguido por el cigarrillo. El análisis por sexo muestra que los hombres tienden a consumir ambas sustancias en mayor proporción, que las mujeres, pero con un margen de diferencia estadística, muestra que puede llegar a ocurrir que la adicción de consumo en las mujeres, pueda ser mayor que la de los hombres. Las cifras de consumo de alcohol y cigarrillo, en mujeres presentan las mismas tendencias de consumo de los hombres, cada seis de diez (6/10) hombres, igual que seis (6/10) mujeres ingieren bebidas alcohólicas; uno de cada diez (1/10) hombres y dos de cada diez (2/10) mujeres fuman, provocando daños cognitivos y fisiológicos. Por otro lado, las sustancias deterioran el desempeño académico de los adolescentes, generando deserción de las aulas, presentando condiciones de vulnerabilidad en el desarrollo integral de la juventud, convirtiéndose en uno de los principales problemas de salud pública en la sociedad (García-Baquero, Tobón-Borrero, & Ramírez-Duarte, 2011).

Según el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias realizado en el 2013 en Colombia

con población general, se evidencia que la sustancia más consumida es el alcohol, con un 87.07% alguna vez en la vida, seguida por el tabaco/cigarrillo, con un 42.07%, la marihuana con un 11.48%, algunas otras sustancias como los tranquilizantes, estimulantes, inhalantes, son de menor prevalencia de consumo. De manera que se identifican principalmente tres sustancias psicoactivas de mayor consumo alguna vez en la vida, que se observan también en un mayor porcentaje de consumo en el último año (alcohol: 58.78%; tabaco: 16.21% y marihuana: 3.27%) y en el último mes (alcohol: 35.77%; tabaco: 12.95% y marihuana: 2.18%). Se observa que el porcentaje de consumo es mayor en los hombres, que en las mujeres.

En cuanto al riesgo del hábito de fumar, el 87.6% consideró que este riesgo era alto, especialmente las mujeres. Los adolescentes presentaron una menor percepción de riesgo y corresponden al 83%. En cuanto al alcohol, la percepción de riesgo de consumo frecuente, fue reportada en un 83%, siendo las mujeres quienes mayor percepción de riesgo presentan. Los adolescentes, presentan una menor percepción de riesgo, representando en un 76% (Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas y la Embajada de los Estados Unidos en Colombia, 2014). Lo anterior brinda un panorama general de la situación de consumo de sustancias en Colombia, que es un indicador del problema social en la actualidad en el país.

Si bien se han planteado diferentes intervenciones para prevenir y combatir este fenómeno desde una perspectiva psicológica, sigue siendo necesario comprender algunas variables que puedan estar relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas en esta población, de esa manera proponer tratamientos mucho más precisos, contribuyendo a mejorar la calidad y el bienestar de estos individuos de sus familias y de la sociedad.

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Teniendo en cuenta lo anterior, en la presente investigación se propone el análisis del consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes, bajo una perspectiva contextualista funcional, que sustenta a las terapias de tercera generación, para comprender esta conducta y poder aportar evidencia de la relación entre la flexibilidad psicológica y la consistencia con los valores, como factores protectores, lo que puede servir para el abordaje preventivo o interventivo de este problema socialmente relevante en esta población, dado que existen investigaciones previas que relacionan el consumo de SPA como una forma de evitación experiencial e incluso ha mostrado resultados favorables en el tratamiento desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), pero en Colombia son escasos los estudios al respecto.

Las investigaciones realizadas en algunos artículos nos indican que las terapias de tercera generación, de manera particular la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), se ha dedicado al abordaje de las drogodependencias, siendo prometedora para el abordaje de las adicciones, sin embargo se ha hecho necesario realizar más estudios con el fin de ampliar su cuerpo empírico (Perea-Gil, 2017 & López, Hernández-Adieta, 2014).

Las contingencias a la base del comportamiento adictivo constituyen el trastorno de evitación experiencial (TEE) que imprime una estrategia inflexible, formada por un conjunto de acciones dirigidas al escape y la evitación de malestar y sustentada por la contingencia establecida socialmente que supone la necesidad de regular el malestar de modo inmediato. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) está diseñada para el abordaje de la evitación experiencial destructiva (TEE). (Luciano, Páez– Blarrina &

Valdivia-Salas, 2010, p.141).

De acuerdo con lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué relación existe entre la flexibilidad psicológica y la consistencia con los valores, con el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá?

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Establecer la relación entre la flexibilidad psicológica y la consistencia con los valores, con el consumo de sustancias en adolescentes de la ciudad de Bogotá

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Evaluar la presencia de consumo de sustancias psicoactivas en los participantes.
- Identificar variables familiares y emocionales asociadas con el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes
- Medir la flexibilidad psicológica en los adolescentes participantes.
- Establecer el grado de consistencia con los valores, en los adolescentes participantes.
- Determinar la relación entre flexibilidad psicológica, consistencia con los valores y consumo de sustancias psicoactivas.

## MARCO TEÓRICO

### **Consumo de sustancias psicoactivas - SPA**

El consumo de sustancias psicoactivas es una de las realidades que tiene Colombia, ya que esto se ha convertido en un problema de salud pública, por lo que se han tenido que realizar muchos estudios para determinar qué tipo de intervención es la adecuada para cada caso. Algunos de los resultados de estas investigaciones han logrado establecer factores que explican por qué las personas incurren en el consumo de sustancias, esto ha permitido implementar brigadas de salud, prevención y atención del uso sustancias psicoactivas, las cuales han ayudado a reducir el consumo de drogas (Ferrel, Ferrel, Alarcón, & Delgado, 2016).

### **¿Qué son las sustancias psicoactivas - SPA?**

Las sustancias psicoactivas (SPA) provocan signos y síntomas sobre las células neuronales, generando una serie de cambios relacionados el nivel del funcionamiento previo, de manera que puede propiciar la aparición de trastornos físicos y fisiológicos (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010).

Son sustancias de origen natural o sintético, antiguamente fue una práctica ancestral, utilizada en diferentes países y en comunidades indígenas, como parte de su medicina tradicional para curar algunas enfermedades o dolencias, nunca para consumo personal. Las SPA, pueden ser legales o ilegales (Calderón-Romero & Cáliz-Romero, 2015), algunas de las legales son el tabaco y el cigarrillo, mientras que dentro de las sustancias ilegales se encuentran, por ejemplo, marihuana, basuco, cocaína, volátiles inhalables, éxtasis (Agudelo & Estrada, 2012).

### **¿Qué es el consumo de SPA?**

Es la forma como una persona ingiere algunos tipos de medicamentos, o sustancias

llevando a que estas sean utilizadas como consumo personal, sin ser medicado o autorizados pudiendo consumirlas por vía oral, nasal, intramuscular, intravenosa; causando la capacidad de generar un efecto directo sobre el sistema nervioso central, que está compuesto por el cerebro y la médula espinal de los organismos vivos, ocasionando cambios específicos a sus funciones. Estas sustancias son capaces de inhibir el dolor, modificar el estado anímico o alterar las percepciones (Belloch, Sadin, & Ramos, 2009).

***Diferencias entre uso, abuso y adicción.***

Existen diferencias entre los conceptos de uso, abuso y adicción a las SPA. A continuación se presentan las definiciones de cada uno de estos conceptos.

**Uso:** es la forma como se ingiere un medicamento en consumo moderado o en la cantidad medicada que se requiere para su utilización en el tratamiento, sin que se tenga ningún daño por la cantidad utilizada (Belloch, et al., 2009). Se podría ejemplificar con el caso de una persona que le gusta el vino, pero que nunca se ha pasado dicho consumo a cantidades grandes, que provocarían emborracharse, es decir, se trata de un consumo mínimo.

**Abuso:** Es el consumo en exceso de esas sustancias que afectan la salud, y donde se producen consecuencias, como un alto deterioro o trastornos psicológicos: entre alucinaciones, depresión; alteraciones fisiológicas: como los síndromes de abstinencia, convulsiones, cambios en el ritmo cardiaco, deterioro del sistema nervioso central, y bajo rendimiento en el trabajo. Los tratamientos actuales para su abordaje muestran altos niveles de deserción y recaídas (Mayet, Ferri, Amato & Davoli, 2004).

Ejemplo de esto, es como la persona que consume alcohol, al principio por el consumo en dosis bajas, no le afecta notablemente. Pero cuando ya supera su dosis inicial y es habitual el consumo el cuerpo va asimilando y ya se consume de manera constante.

**Adicción:** Es el consumo compulsivo, que se genera en una persona por ingerir una droga sin precaución alguna, y provoca consecuencias en su vida, de esta manera, la persona quiere estar consumiendo a diario dosis muy grandes, hasta que genere una dependencia a la sustancia, que lo hace pensar que no puede dejarlo a un lado (Belloch, et al., 2009).

Por ejemplo, este sería el caso de la persona que ya no puede dejar de tomar alcohol, ya que esto se convierte en el consumo frecuente y en bastantes cantidades todos los días y a toda hora, ya que necesita calmar el placer y conseguir relajación.

### **Tipos de sustancias psicoactivas**

Las sustancias psicoactivas están divididas en legales, ilegales y medicamentos especiales o sustancias de uso controlado. Las sustancias legales son: el alcohol y el tabaco. Las sustancias ilegales son: la heroína, cocaína, marihuana, basuco, éxtasis, inhalantes, cannabis, alucinógenos, Fenciclidina, Estimulantes: Sustancia anfetamínica o anfetaminas. Los medicamentos especiales o sustancias de uso controlado, son: Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, Morfina, Cafeína, Opiáceos.

#### ***Sustancias Legales.***

*El alcohol (etélico o etanol):* Es una sustancia legal ampliamente utilizada como bebida alcohólica que ha sido anteriormente fermentada de ciertos líquidos azucarados procedentes de algunos granos o frutos que sirvieron de embriagantes; de donde surgieron los vinos y las demás bebidas derivadas que fueron utilizados en la antigüedad por diferentes tribus indígenas en rituales de consagración, pero luego se convirtió en una sustancia ampliamente consumida (Pons & Berjano, 1999).

*Tabaco (cigarrillo):* Es un producto agrícola, procesado a partir de las hojas del tabaco.



Causa adicción, debido a su componente principal que es la nicotina, que es una sustancia natural, pero que tiene añadidos artificiales en el proceso de manufactura del tabaco, que se le añaden para potenciar su efecto adictivo y así producir y vender más cantidades de producto. Este consumo se da mediante el acto de fumar cigarrillos e inhalar por pipas, entre otros (Lugones, Ramírez, Pichs, & Miyar, 2006).

### ***Sustancias Ilegales.***

*Heroína:* Es una droga ilegal altamente adictiva, cuyo abuso tiene consecuencias médicas y sociales. Enfermedades como la tuberculosis, alteraciones en el feto o embarazo, el crimen, la violencia, y los problemas en el entorno familiar, laboral y educacional. La heroína se procesa de una sustancia que se produce naturalmente de plantas que se extrae de la bellota de ciertas variedades de amapolas o adormideras (Volkow, 2005).

*Cocaína:* Es una droga adictiva y peligrosa que altera el sistema nervioso central, provocando disminución del apetito, dilatación de pupilas, aumento de la temperatura corporal, euforia y sensación de aumento de energía, estado de alerta y falsa sensación de agudeza mental, aumento de la presión arterial y el ritmo cardiaco, contracción de los vasos sanguíneos, aumento de la temperatura corporal, dilatación de las pupilas. La coca es una planta que se cultiva, la cual al ser procesada se convierte en un polvo blanco e inoloro. Este consumo también puede darse por las hojas mascadas, las cuales producen aumento de riesgo de desarrollar adicción y dependencia (Ministerio de sanidad y consumo secretaría general de sanidad delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas, 2007).

*Basuco:* Es un extracto crudo de la hoja de coca mezclado con agua, ácido sulfúrico, querosén, gasolina o agua de batería. Es un polvo de color pigmentado entre crema-marrón, de

sabor amargo, olor fuerte y penetrante. El consumo de esta sustancia es fumado, el cual va de la boca a los pulmones, de manera que las consecuencias de consumo son la aceleración de la actividad del sistema nervioso central y a su vez en los otros sistemas del cuerpo (Sabogal-Carmona, & Urrego-Novoa, 2012).

*Éxtasis:* Es un derivado anfetamínico llamado metilendioximetanfetamina (MDMA) conocido popularmente como éxtasis, el cual es una pastilla que al ser consumida en exceso trae consecuencias como: daños neuronales y efectos nocivos en el cerebro, produciendo alteraciones psicológicas y fisiológicas como el incremento de la presión sanguínea y de la frecuencia cardíaca, náuseas, escalofríos, sudoración, sequedad de boca, hipertermia, temblor, trismo (aumento de la tensión mandibular), bruxismo (castañeteo de dientes), tensión o dolor muscular, sofocos, nistagmo, insomnio e incremento de las concentraciones plasmáticas de prolactina y cortisol, también produce en la persona deseos de bailar por mucho tiempo ya que el cuerpo se relaja con el consumo de esta sustancia (Colado, 2008).

*Inhalantes:* Son sustancias con compuestos orgánicos como el carbono, cuyos vapores se pueden inhalar produciendo efectos psicoactivos que alteran la mente con el propósito de drogarse. Podemos encontrar los siguientes productos de consumo como droga: pinturas en aerosol, pinturas pulverizadas, los pegamentos, líquidos de limpieza. Los efectos que producen al ser inhaladas son: somnolencias, alucinaciones, quedar aturdidos, delirio, dolores de cabeza muy fuertes, confusión, náuseas, vómitos (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos Institutos Nacionales de la Salud, 2009).

*Cannabis (marihuana):* Es una droga ilegal extraída de la planta cannabis Sativa, de cuyas hojas, tallos, resina y flores se elaboran la droga más consumida, que es más conocida como la marihuana. Sus efectos psicoactivos se deben fundamentalmente a uno de los principios activos

de esta planta. Producen intoxicación, tolerancia y dependencia; con el consumo excesivo por largo tiempo, produce alteraciones neuropsicológicas relacionadas con los procesos atencionales pulmonares e inflamación de la mucosa (Bobes & Calafat, 2000).

*Metanfetamina:* Es un estimulante sumamente adictivo que afecta el sistema nervioso. Se usa por vía oral inhalando el polvo o se puede inyectar vía intravenosa o fumar. Es un polvo blanco, cristalino, sin olor y con sabor amargo que se disuelve fácilmente en agua o licor. Puede provocar taquicardia e hipertensión arterial, convulsiones, arritmias, hipertermia, aumento de la temperatura del cuerpo por encima de lo normal e incluso hemorragia cerebral (Pérez, Rubio, Martín, & Hardisson, 2003).

*Alucinógenos:* Son sustancias cuya característica principal es producir un estado de conciencia alterado, modificando la percepción de la realidad, producen alteraciones en el sistema nervioso, de quienes las ingieren o se las inyectan. Los efectos en una persona, son el evadir la realidad y sus sentimientos, así como también sus estados de ánimo son inestables; quienes consumen se encuentran confundidos, oyen voces o escuchan sonidos inexistentes o diferentes a los escuchados normalmente (Penado, 2011).

*Fenciclidina:* Sustancia conocida con el nombre de “polvo de ángel” o “pipa de la paz” fue utilizada en la medicina como anestésico. Los efectos son producidos por el medicamento conocido como Fenciclidina que depende mucho de las dosis ingeridas, las cuales producen efectos físicos y psicológicos como: el aumento de la presión arterial y la frecuencia cardíaca, insensibilidad o respuesta disminuida al dolor, ataxia y disartria, rigidez muscular, crisis epilépticas, euforia, agitación psicomotriz, ansiedad exagerada, irritabilidad emocional, sensación de lentitud del tiempo (Penado, 2011).

*Estimulantes:* (Sustancia anfetamínica o anfetaminas) Sustancias psicoestimulantes que pueden ingerirse por distintas vías oral, fumada, intravenosa. Se utilizaban por prescripción médica para tratar la narcolepsia, la hiperactividad con déficit de atención y casos de depresión que no han podido ser tratados con otros tratamientos, también para el asma, otros problemas respiratorios, la obesidad, trastornos neurológicos y una variedad de otras dolencias. En personas dependientes produce ansiedad intensa pero temporal, así como ideación paranoide y episodios psicóticos parecidos a los de la esquizofrenia tipo paranoide, intensifican la actividad cerebral, ocasionan un aumento en la agudeza mental, en la atención y en la energía, que son acompañados por un alza en la presión arterial, un aumento en la agitación del corazón y en la respiración. (UNODC, 2014).

#### **Medicamentos especiales o sustancias de uso controlado.**

*Opiáceos:* “Es una droga analgésica que se extrae de las cabezas verdes de la adormidera es una planta que recibe el nombre de amapola, llega a crecer metro y medio y presenta flores blancas, violetas o fucsia” (Gainza, et al., 2003 p.101). Su extracción se da realizando una corte bajo los pétalos de la planta. Puede ser fumado, comido o bebido. Actúa en el cerebro, médula espinal y elementos nerviosos que intervienen en otros órganos como el tracto gastrointestinal. (Gainza, et al., 2003).

#### *Morfina:*

La morfina es un alcaloide fenantreno del opio, siendo preparado el sulfato por neutralización con ácido sulfúrico. Es una sustancia controlada, opioide agonista utilizada en premeditación, anestesia, analgesia, tratamiento del dolor asociado a la isquemia miocárdica y para la disnea asociada al fracaso ventricular izquierdo agudo y edema

pulmonar. Es un polvo blanco, cristalino, inodoro y soluble en agua. (Gainza, et al. 2003, p.103).

*Sedantes:* Son sustancias como polvos, pociones, filtros o bebidas que se han empleado para estimular el sueño. Con fines como los siguientes: oscuros, románticos o médicos, como método de relajación de músculos, para producir sedación y amnesia en personas antes de una cirugía. Es una droga hipnótica produce somnolencia y facilita el inicio y el mantenimiento de un estado de sueño parecido al normal (Rivera, 2002).

*Hipnóticos o ansiolíticos:* Son medicamentos farmacológicos que sirven como tratamiento terapéutico para: espasmo muscular o calambre, tratamiento de las convulsiones en epilepsia trastornos de ansiedad. Se utilizan cuando hay dificultades en el dormir que provocan un malestar o que interfieren con las actividades de la persona. Para la utilización de este medicamento se debe tener en cuenta que este solo puede ser obtenido por preinscripción de los tratamientos transitorios, en un uso de 3 a 14 días, puede tener tolerancia a sus efectos. Su capacidad no se puede garantizar a largo plazo, por su consumo tan habitual, como consecuencia se da la producción de insomnio, rebote y acelerar el síndrome de abstinencia. (Vicente, et al., 2013).

*Cafeína:* Es un alcaloide sólido cristalino, blanco y de sabor amargo que actúa como una droga psicoactiva. Es una de las bebidas de mayor consumo desde la antigüedad y existen más de 60 especies de plantas. Sus principales efectos son psicoestimulantes, respiratorios, músculo-esqueléticos y cardiovasculares. Las bebidas que contienen cafeína son: el café, el té, el chocolate y los refrescos de cola que es consumida en casi todas las edades y estratos socioeconómicos. El consumo excesivo puede provocar intoxicaciones y hasta causar la muerte.

Puede considerarse como un fármaco, un nutriente y una droga de abuso, dependiendo de su uso (Pardo, Álvarez, Barral & Ferré, 2007).

### **Factores relacionados con el consumo de sustancias**

#### **Factores biológicos/genéticos.**

Los factores biológicos y genéticos, se relacionan con características desinhibidas, con el trastorno antisocial de la personalidad o el trastorno del déficit de atención e hiperactividad, que pueden estar asociados en modelos explicativos acerca del consumo de sustancias psicoactivas, sus factores se enuncian a continuación: 1. El modelo de enfermedad ya que tiene que ver mucho con la genética, pasando por un proceso madurativo personal. 2. el modelo de la automedicación está basada en la psicopatología en donde tiene que ver con el trastorno de personalidad o un trastorno mental previo. Y por último, 3. El modelo de exposición se tiene encuentra la variable psicológica y las bases explicativas para estos modelos en la búsqueda de conducta y consumo. (Acosta, 2015).

Hay investigaciones, que han demostrado que gran cantidad de adolescentes que han generado adicción a las sustancias psicoactivas, han tenido familiares que han sido consumidores esto quiere decir que no por el hecho de tener un familiar, vayan a ser consumidores, pero si cabe decir que puede haber posibilidades que lo sean. Es decir, pueden existir factores genéticos, pues muchas veces el que un adolescente pueda ser consumidor, es debido a que sus padres pueden ser adictos y al procrear hace que un feto este consumiendo de forma pasiva, lo que hace que el niño al crecer tenga la necesidad de consumir sustancias psicoactivas. Las modificaciones en la expresión genética provocadas por el aprendizaje, producen alteraciones en los esquemas de conexión neuronal, la psicoterapia y la actuación psicosocial, que producen cambios a largo plazo en el pensamiento y comportamiento dañan la representación genética, ya que ocasionan

transformaciones de los vínculos sinápticos, así como variaciones ordenadas en los modelos anatómicos de interconexión de las vías neurales (Ibáñez, 2008).

Una de las situaciones en las cuales se puede evidenciar este factor es el consumo de cigarrillo, u otras sustancias, tiene una influencia genética, pero también sociocultural, ya que los adolescentes quieren imitar a un adulto o a un consumidor, ya que no quieren sentirse menos que sus padres o un amigo (García-Baquero, Tobón-Borrero, & Ramírez-Duarte, 2011).

### **Factores familiares.**

Influye el tipo de comunicación que los padres tengan con sus hijos, el establecimiento de normas, y manejo de sanciones, el clima emocional familiar y la cultura en cuanto a las drogas, patrones de crianza, la conducta en el ambiente de conflictos, violencia en las formas de crianza que el niño ha recibido de sus padres, que a su vez son producto de historias de vida violentas que ellos vivieron, violaciones sexuales, prostitución, por desplazamientos forzados, por la falta de oportunidad o de recursos para alcanzar niveles de educación y por consiguiente son bajos los niveles de educación como solamente la primaria de los padres, que hace que las personas se ocupen en trabajos, en el caso de la mujer, como empleada doméstica, mesera en bares, restaurantes, oficios de aseo, en el hombre trabajos como vendedor ambulante, puesto de frutas, coterero, o en otros casos, cuando llega a la ciudad, empieza a asociarse con actividades ilícitas como expendedor de droga, o reduccionista en el barrio (Moreno & Zapata, 2013, p.19 )

En muchos casos, la falta de la figura paterna, por lo que solamente los jóvenes conviven con sus madre, hace las veces de padre y madre, viceversa cuando es la falta de la figura materna, cuando son cuidados por sus abuelos sea paternos o maternos porque muchas veces sus padres no viven o en casos como los anteriormente mencionados o en dado caso que son cuidados por otras personas ajenas y sus padres no dedican el tiempo completo o medio muchas

veces por separaciones entre padre y madre, por abandono de responsabilidades; los jóvenes no se relacionan bien en los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales ya que adoptan cambios en el manejo de su independencia, autonomía pretendiendo tener mucha más liberación en cuanto a juzgar todo lo no adquirido por su familia en cuanto a valores, queriendo tener su propio estilo de vida a través del conocerse a sí mismo, con sus gustos, actitudes, limitaciones y preferencias. (Moreno & Zapata, 2013, Medina & Carvalho, 2010, Canales, Díaz, Guidorizzi, & Arena, 2012, Morales, Plazas, Sanchez, Arena, 2011).

Otros factores que podemos encontrar a nivel familiar son: accesibilidad, disponibilidad, curiosidad, necesidad de evasión de situaciones, necesidad de sentirse aceptado por el grupo, búsqueda de placer, rebeldía y sentido del riesgo, la violencia intrafamiliar, pautas de crianza. (García-Baquero, et al, 2011).

### **Factores sociales.**

Muchos adolescentes en Colombia viven en estados de pobreza y se ven limitados a salir adelante, ya que tienen que vivir el desabastecimiento de agua potable, vías de acceso no muy buenas, con muy poca o ninguna forma de progresar en un trabajo, por la falta de educación o por tener una educación incompleta; por la falta de apoyo del gobierno o sencillamente la falta de ayuda por parte de las entidades locales que podrían contribuir a solucionar estos problemas personales, sociales y políticos, para que sea más fácil el poder progresar. (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad 2010, pag 53).

En ocasiones, la falta de recursos y dinero para completar la educación, limita a las personas para seguir en este proceso, lo que conlleva a que se dé la baja autoestima, la depresión, modificación de sus sentimientos y estrés, lo que lleva a que recaigan en las drogas, viendo en



ello una solución, lo que los lleva a consumir (Gómez, Gutiérrez, & Londoño, 2013).

### **Consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas**

Podemos encontrar que el abuso a las sustancias, trae dificultades, como las alteraciones que se pueden tener en el cerebro, volviendo un poco más lento el funcionamiento del sistema nervioso central, alterando la respiración, la circulación, las habilidades motoras y visuales, provocando estados de alerta ya que se ven variaciones en los estados de ánimo, las sentimientos, sensaciones, estados de ánimo, alteraciones en la memoria entre otras (Diputación de Alicante. Área de Igualdad y Juventud, 2012).

Otra de las consecuencias que se pueden dar en personas que consumen sustancias psicoactivas, es que la sociedad las vea como personas conflictivas; cada día hay muchos más consumidores, ya que las estadísticas indican signos de abusos, dependencia y muerte, que reflejan una realidad problemática, como el tener en cuenta el por qué estas personas han tenido que pagar condenas por delitos cometidos en relación con las drogas, a la vez que su uso y abuso de SPA, ya que de esto proceden problemáticas tanto de salud física y psíquica como en su deterioro social y familiar (Calderón-Romero & Cáliz-Romero, 2015).

Este consumo hace que las relaciones familiares se destruyan y pueden ocasionar que repetidamente se presenten episodios de violencia intrafamiliar, ya que después de consumir sustancias psicoactivas y tener el efecto de las drogas en el cuerpo, se generan discusiones, en donde ocurre agresión física por parte del padre a la madre, el hijo intercede y pasa a agresiones verbales, y pasa de agresiones verbales, amenazas, a la intimidación con armas (Moreno, & Zapata, 2013).

El consumo de sustancias psicoactivas puede tener efectos negativos sobre la salud sexual y reproductiva de un adolescente, ya que el consumo SPA puede dejar secuelas por los consumos abusivos de cualquiera de las drogas por parte de los padres progenitores los cuales se verán más adelante reflejados en el desarrollo de sus hijos, a lo largo de sus crecimiento después de nacer, pueden producir malformaciones congénitas, desarrollándose el riesgo de sufrir trastornos de conducta, problemas emocionales, dificultades en el aprendizaje y en las relaciones sociales. También pueden producirse abortos en mujeres embarazadas (Diputación de Alicante. Área de Igualdad y Juventud, 2012).

### **Consumo de sustancias en la adolescencia**

Para el consumo de sustancias en la adolescencia existen múltiples razones, por eso a continuación se mencionarán las características que influyen o facilitan esto.

#### **Características de la adolescencia y vulnerabilidad para el consumo de SPA.**

##### ***Características de la adolescencia.***

La adolescencia es una etapa comprendida entre la edad de 11 a 20 años aproximadamente, en donde ocurren todos los cambios de la pubertad, como: crecimiento físico o corporal, cambios en la voz, crecimiento del vello púbico, axilar, facial, madurez reproductiva, grasa en la piel, desarrollo del olor corporal, en las mujeres crecimiento de las mamas, crecimientos de los genitales en ambos géneros, el pensamiento inculto que puede repercutir en aptitudes, comportamientos, la búsqueda de su identidad, su orientación sexual, los cambios hormonales, como la primera menstruación en las niñas, que se puede dar entre la edad de los 10 años en ocasiones hasta más tardar hasta los 16 años en llegar el primer ciclo menstrual, genera cambios hormonales y en el estado de ánimo, ya que son muy variables, por la repercusiones de los cambios en esta etapa (UNICEF, 2002).

La búsqueda de la identidad en un adolescente le lleva a añadir experiencias del pasado, acomodar al presente y tener una visión sobre el futuro, lo cual es un proceso que el adolescente siente que es muy difícil para él o ella de identificar, por cada uno de los cambios físicos que tiene durante esa etapa, tanto cambios físicos como comportamentales frente a cada una de sus relaciones de amistad con sus amigos y familiares y en el medio en que se rodea. Otro de los factores que tiene el adolescente es el no lograr identificar cuáles son los factores personales lo afectan y cuál es su formación de la identidad (Zacarés, Iborra, Tomás, & Serra. 2009).

En esta etapa son frecuentes problemáticas como: ansiedad, estrés, depresión, comportamiento perturbador, trastornos de la conducta alimentaria, actividad sexual precoz, embarazo temprano, intento de suicidio y consumo de sustancias psicoactivas (Papalia et al, 2009).

### ***Vulnerabilidad para el consumo de Sustancias Psicoactivas.***

#### *Factores biológicos.*

Los principales riesgos que hacen que un adolescente sea vulnerable al consumo de drogas, es que debido a que las regiones que controlan el cerebro en etapa de adolescencia no están totalmente desarrolladas, por esta razón permite que con más facilidad el adolescente se vuelva dependiente al consumo de sustancias psicoactivas y perjudique su desarrollo neuronal.

#### *Búsqueda de la identidad.*

Es una de las preocupaciones o los temores más comunes que puede tener un adolescente, ya que se siente confundido por identificar el yo ¿el qué querer ser? ¿el dónde voy a conducir mi vida más adelante o ahora? y muchos más interrogantes que hacen que reflexione para dónde va y cómo va a enfrentar la vida, lo que les produce mayor estrés, ya que es la fase en donde deben elegir qué es lo que quieren ser en la vida, que carrera estudiarán para salir adelante; también la

identidad sexual con la que él se va a identificar, es otro aspecto que deben definir, de manera que en esta etapa tiene diferentes cuestionamientos consigo mismos y pueden tener desaciertos, tomando a veces el camino de la delincuencia o sus relaciones a temprana edad, que generan consecuencias negativas como los embarazos no planeados, ya que empiezan a pensar o sentir la necesidad de tener una pareja a su lado y una relación fiel, como también pueden empezar a pensar que no solo en tanto en pareja pueden ser fieles si no en la religión que profesan o que quieren profesar. La identidad en hombres como en mujeres es tomada de diferente manera, ya que la mujer la identifica en el matrimonio y la maternidad, mientras que el hombre hasta que no tiene algo seguro firme, algo real porque ellos siempre dudan más, no son los de convencimiento positivo si no más negativos (Papalia, et al 2009).

*Influencia del grupo.*

También pueden ser más vulnerables los adolescentes a comportamientos de riesgo debido a la influencia de otros amigos o compañeros por su conducta irregular, llevando a que el grupo de compañeros o amigos ejerza una influencia positiva o negativa, ya que por el deseo de pertenecer a un grupo de amistad, acceden a peticiones de otros, lo que denota la influencia o dominio sobre la forma de comportamiento, la forma de vida o de relación con los demás. Estos sucesos provocan una alta vulnerabilidad y de estos puede depender el probar por primera vez las sustancias psicoactivas.

En esta etapa de adolescencia puede tener mucho que ver el poder encajar en un grupo, paralelo a problemas familiares divorcios de sus padres, búsqueda de apoyo en solución de problemáticas de relación con otros, el sentir que son aceptados y que pueden ser un apoyo de bienestar y acompañamiento para otros, dando así cabida a la utilización de las drogas como salida a cada una de las dificultades que se les presente ya que dentro de estos grupos de iguales

siempre habrán unos que tengan mayor acceso a ellas que otras (Herrero, 2003).

*Factores emocionales.*

Los cambios en el estado de ánimo, también son una condición que puede propiciar el consumo, siendo dicho consumo una estrategia de regulación emocional, estas alteraciones de estado de ánimo se deben a cambios físicos y hormonales provocando que el adolescente se sienta alterado emocionalmente con facilidad, sin importarle como los demás perciban su comportamiento, por lo que puede recurrir al consumo de SPA, para controlar dicho estado emocional (Vázquez, et al 2013).

*Características familiares.*

En la adolescencia, las relaciones con los padres se pueden ver afectadas por factores como: la separación o el divorcio de sus padres, por convivir con solo una de las figuras paternas ya sea con el vínculo materno o vínculo paterno, la aceptación de nuevas relaciones de los padres divorciados en donde aparecen los padrastros y madrastas, que tratan de sustituir a los padres biológicos. Otra de las razones, se debe por las relaciones no tan afectuosas de los padres con los hijos, ya que puede ser que tengan que convivir con hermanastros o hermanastras que haga que su relación no se han tan buena, así como sentirse aislados de sus figuras paternas y pierdan la atención de ellos, la falta de comunicación y diálogo, charlas educativas o espacios para estas, en donde el adolescente siempre pueda tener la posibilidad de expresar el por qué se siente aislado del lazo de la familia en este proceso de cambios que tiene, el poder comentar sus problemas o dudas en los cambios de este desarrollo de la pubertad (Fantin & García 2011).

También el hecho de que sus padres y familiares sean alcohólicos o drogodependientes y tengan la facilidad de acceder a este consumo de drogas de cualquier tipo de sustancia psicoactiva, pueden influir en este fenómeno (UNODC, 2013).

*Efectos de los medios de comunicación.*

Otro factor que tiene que ver son los medios de comunicación: la televisión, los video juegos, internet, celular. El internet, es uno de los medios que los adolescentes utilizan más como entretenimiento y ocupa su tiempo mucho más, el cual se produce el deterioro en la interacción social, al compartir con otros pares. Por otro lado, los medios provocan un modelamiento de conductas negativas, pues los adolescentes tratan de imitar todo lo que ven en él, teniendo como resultado comportamientos de agresividad, rebeldía, ya que ven ellos el modo de poder llevar la representación de su personaje favorito a la realidad convirtiéndolo en un ser violento, en donde se convierten en dependientes de estos medios, mientras sus relaciones con amigos o familiares pueden irse deteriorando, ya que viven más pendientes de como la tecnología va avanzando cada día o se está actualizando ya que los medios de comunicación así como transmite noticias, y demás series de este medio también es uno de los medios que tiene mucha influencia o factores de riesgo visual y auditiva frente al consumo de sustancias psicoactivas. (Vega 2004).

*Contexto social y económico.*

Estos factores favorecen el comportamiento de riesgo entre jóvenes: la pobreza, el desempleo, la crisis financiera global, la migración rural/urbana, un sistema educativo débil y de baja calidad y sistemas judicial y sanitario ineficaces, son factores macro que dificultan el desarrollo saludable y productivo de los jóvenes. (Gómez, Gutiérrez, & Londoño, 2013. p. 46 ).

Se pueden encontrar casos en que los adolescentes no viven en las mismas condiciones de otros, sus situaciones no son iguales que las de los demás, ya que pueden tener diferentes condiciones de vida, como la pobreza absoluta, en donde los padres tienen que trabajar largas horas de trabajo sin importar el cansancio físico y agotamiento para poder llevar un sustento a sus hogares y familias, que en ocasiones son muy numerosas y por otro lado, no cuentan con la

ayuda de otra persona para cuidarlos y por tanto los adolescentes sienten la ausencia de sus padres y empiezan a experimentar el primer consumo de estas drogas, que se convierten la salida más fácil de llevar su vida sin preocupaciones (Gómez, Gutiérrez, & Londoño, 2013).

### **Prevención y tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas**

La prevención del consumo de las sustancias psicoactivas, siempre ha estado presente, ya que los jóvenes pueden encontrar información de cómo evitar el consumo de estas sustancias, por medios de comunicación como: las campañas publicitarias, charlas educativas, internet, las redes sociales, videos de casos el cual es respaldado y está fundamentado de acuerdo a la Legislación que se presenta a continuación: Ley 30 de 1986 del Congreso de la Republica, Resolución 1075 DE 1992, Ley 1566 del 2012, Ley 1335 de 2009 (antitabaco) (Gómez, Luengo, & Romero, 2002).

De igual manera hay modelos psicoterapéuticos, intervenciones planificadas y la psicoterapia. Las intervenciones psicológicas desde el enfoque conductual, son una buena alternativa para el tratamiento de trastornos adictivos, y en ocasiones son utilizados los fármacos (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad 2010).

Para estas intervenciones no podía faltar la normativa de las adicciones algunas de ellas son:

- **Ley 1616 de 2013 (Enero 21):**. Política Nacional de Salud Mental (El congreso de Colombia 2013).
- **Resolución Número 196 Febrero 26 de 2002:** Regulación de Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral que ofrecen acciones de promoción, prevención,

diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, reinserción social, integración socio laboral, investigación, formación y capacitación y docencia únicamente en el campo del consumo de sustancias psicoactivas y los problemas asociados a éste. (Ministerio de salud, 2002).

- **Ley No. 1566 31 Julio 2012:** normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional entidad comprometida con la Prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias Psicoactivas (Congreso de Colombia, 2012).

Se encuentran tratamientos como la *rehabilitación*, es un método el cual busca cambiar, mejorar, salvar las funciones de su cuerpo que ha perdido; reduciendo las derivaciones e inhabilidades, evaluando y tratando a cada individuo, restableciendo las posibilidades en el individuo como resultado de procesos patológicos, ya sea porque por el alto consumo de sustancias psicoactivas y no se le haya aplicado una intervención temprana para prevenir el consumo de estas sustancias y así que mejoren las relaciones que se habían deteriorado como las relaciones de familia, sociales, laborales (Fuerzas Militares de Colombia, Comando General, Dirección General de Sanidad Militar, 2014).

### **Modelos de prevención del consumo de sustancias psicoactivas.**

Hay modelos de *prevención*, forma en que puede prevenir el consumo de sustancias psicoactivas, se encuentran los siguientes:

***Modelos de influencias sociales:*** Describe el motivo inicial que lleva a que una persona inicie el consumo de sustancias psicoactivas y la propagación de este, teniendo en cuenta las razones por las cuales cada persona tiene para llegar al punto de recurrir a esto realizando comparación con otras personas que no lo hacen o recaen en ellas. El primer Modelo Teórico general subyacente se basa en función primaria o inicial del consumo de sustancias tanto ilegales



como legales y la recolección de las causas que lleva a que un consumidor siga consumiendo por largo tiempo teniendo en cuenta los factores que influyen en seguir este hábito. Becoña (2002).

***Modelo de influencias sociales o psicosociales:*** Su principal proceso es la observación e imitación, ya que por el comportamiento que suelen tener algunas personas que comienzan a consumir sustancias psicoactivas, por primera vez se puede percibir la imitación conductual en la agrupación o en el vincularse en grupos en lo que quieren conformar grupos de amistad, Se basa en la prevención desde tres factores de riesgo: ambiente, personalidad y conductual. (Llano, et al. 2017).

***Modelo sociológico:*** Se especifica como el conjunto, que estudia la cultura por sus características específicas desde su propia identidad. Se pueden describir cada uno de los roles y funciones que tiene una persona en la subcultura, la forma como son aceptados, la aceptación a los cambios de nuevas culturas y relaciones sociales. (Llano, et al. 2017).

***Modelo ético social:*** tiene en cuenta la forma como una persona construye un proyecto de vida propio, en el cual participan agentes que brindan el apoyo para la protección y prevención en el consumo de sustancias los cuales son los docentes, sus familias. (Kornblit, Camarotti, & DiLeo, 2010).

***Modelos informativos:*** Se puede encontrar información relacionada con las causas y consecuencias que tiene el consumo de sustancias psicoactivas además que ayuda a difundir la información, ya que así las personas logran estar más informadas, buscando lograr más prevención a través de este tipo de modelo y de otros que van a la par como lo es el modelo de habilidades generales, que está relacionada en como una persona toma sus propias decisiones y el modelo de promoción en la salud. (Becoña, 1995).

**Modelo jurídico para la reducción del consumo:** Está ligado a las normas, mediante la evaluación de lo legal e ilegal se tienen en cuenta los daños que puede causar este consumo como daños físicos, psíquicos y sociales. (Llano, et al. 2017).

**Modelo de prevención integral:** interviene en cada una de las características de comportamiento que tiene cada ser humano como ser biopsicosocial, en la forma como se ve el consumo de sustancias psicoactivas, las formas de tratamiento para lo cual tiene en cuenta aspectos de descripción del factor que influye el llegar a ser drogodependientes a nivel individual, biológico, social, genético, cultural, ambiental. (Llano, et al. 2017).

**Modelo multidimensional:** Se llevan a cabo los procesos individuales de las personas que consumen sustancias psicoactivas el modo de convivencia con los demás, en donde se tiene en cuenta el nivel político y cultural. Se estudian las causas, consecuencias de los factores de riesgo, los factores protectores en la incidencia del consumo de SPA así como sus características individuales, familiares, del vínculo de amistad o grupo de pares y las del entorno macro social (Kornblit & Camarotti, 2010).

### **Programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas.**

**Programa Nexus:** Fue elaborado en el año 2003 fue implementado Castilla y León (España). Su principal objetivo está basado en las habilidades y destrezas cognitivas, los factores emocionales en donde se puede manejar la ansiedad, los pensamientos negativos en todo lo que tenga que ver acerca de los comportamientos de los adolescentes en el consumo de drogas. Dentro de los cuales se puede encontrar factores cognitivos basado en las teorías de la acción razonada, teoría multietápica del aprendizaje social, teoría del autorrechazo; este programa busca la importancia de inhibir los comportamientos negativos o no adecuados que los adolescentes

puedan tener relaciones con sus familias, escuela amigos, compañeros de acuerdo con las normas y valores. (Martínez, Pérez, & Heras. 2003).

***El programa Saluda:*** Es aplicado en colegios, institutos, asociados, centros juveniles, campamentos de verano entre otros. Ha sido aplicada en Valencia (España), luego el programa se ha aplicado en Medellín (Colombia) y Portugal. En donde los jóvenes reciben información sobre los mitos que existen sobre las drogas y su consumo que pueden encontrar en publicaciones que no son reales que hacen que ellos recaigan en problemas de adicción, el programa también tiene las siguientes intervenciones como la forma en que se puede prevenir el abuso en drogas con las siguientes motivaciones: la resolución de problemas, actividades de ocio saludable, resistencia a la presión, habilidades sociales, información sobre las drogas, compromiso público, entrenamiento en auto refuerzo.(Espada, Griffin, Botvin & Méndez, 2003).

***El programa Yomi Vida:*** Fue aplicado en Antioquia Colombia en 42 instituciones de Medellín. Es un programa de evaluación para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en la infancia en la cual se involucra los padres y madres buscando mejorar los hábitos de crianza, así como la tarea que tienen las familias de evidenciar las principales negativas de comportamientos que tengan los adolescentes tanto en casa como en el contexto social. También es deber de los docentes evidenciar los problemas que tengan en el aprendizaje y su forma de relación con los demás compañeros de aula, también como el manejo de normas familiares (Hernández, 2015).

### **Programas de intervención o tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas**

***Prevención de recaídas:*** Aquí intervienen el conjunto de tipo cognitivo conductual, donde se evalúa el factor personal, como los estados emocionales, pensamientos, aprendiendo a identificar que se puede evitar que se presenten estados que los lleven a la pérdida del control

ante una situación de riesgo. Lo que utiliza para el manejo en este son: la estrategia de evitación como principal inicio, el entrenamiento de habilidades como principal elección en la prevención de recaídas del consumo de sustancias psicoactivas, pueden también identificar las situaciones de alto riesgo que puede presentar una persona en una recaída como: el auto registro, análisis funcional del consumo de drogas, entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante el consumo, la diferencia entre la recaída derivada de la drogodependencia y entrenamiento en solución de problemas. (Blasco, et al 2008)

**Modelo (matrix):** se basa en terapias conductuales, junto a enfoques psicológicos educativos, estrategias de autoayuda, consejo psicológico individual y de grupo.

Es un tratamiento estructurado y basado en las personas que abusan o son dependientes al consumo de drogas, como los estimulantes metanfetamina y cocaína. Costa de 16 semanas de terapia, divididas de la siguiente manera: 3 sesiones familiares, individuales y grupales, 8 sesiones del grupo de habilidades de recuperación temprana, 32 sesiones grupales de prevención de recaídas, 12 sesiones educativas para las familias, 36 sesiones grupales de Apoyo Social. (Zarza et al 2011, p. 14).

**La psicoterapia expresiva de apoyo:** utiliza estrategias con el fin de orientar a una persona a encontrar su identidad, y mejorar sus estados emocionales; es un tratamiento para las dificultades que tiene una persona que alteran las emociones, en la que un psicólogo o especialista en el área, constituye voluntariamente un vínculo profesional con el paciente, en donde su tratamiento será el de suprimir, cambiar o retrasar síntomas actuales, cambiando los patrones de afectación de conducta, originando el aumento y proceso verdadero de la personalidad, ayudando a que reduzcan su ansiedad, agresividad y promueve el aumento de sus relaciones interpersonales; hay un tiempo o periodo de aceptación y dependencia para sentirse

que necesitan ayuda y que debe controlar estos sentimientos de culpa, vergüenza o ansiedad. (Alarcón, 2008).

***Tratamiento multisistémico:*** Es un tratamiento terapéutico en donde se abordan los criterios taxonómicos, padecimientos y evaluación de síntomas de adolescencia con casos de trastornos disocial, en esta involucra tratamientos biológicos, psicosociales y psicoeducativas, identifica las problemáticas que tiene los adolescentes con sus familias, con su comunidad y con el medio ambiente. Las estrategias que se utilizan en este tratamiento son: las familiares, individuales, farmacológicas. En esta terapia, la persona encargada de tratar estos casos es alguien calificado y profesional que se encuentra disponible las 24 horas del día. Cada intervención que se realice con las familias puede ser diaria o semanal, por tres o cinco meses. Puede tener un grupo de apoyo en su intervenciones que lo realice psiquiatras, trabajadores sociales, psicólogos, pediatras, neurólogos, pedagogos y psicoterapeutas. (Peña-Olvera, 2003 & Henggeler, 2012).

***El Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA):*** Es una intervención que se le da a las personas consumidoras de alcohol, cocaína. Cuenta con seis componentes de intervención como: terapia de incentivo, habilidades de afrontamiento de consumo de drogas, cambio en los estilos de vida, asesoramiento en las relaciones de pareja, tratamiento en cuanto al consumo de otras sustancias psicoactivas y así como en el tratamiento de otros trastornos en el paciente. El procedimiento que se realiza en este programa es que se mantenga la abstinencia a largo plazo y evitar consumir sustancias psicoactivas y más bien esto sea reemplazado por reforzadores como las actividades en el tiempo libre como deportivas o actividades que sean de su agrado como manualidades, que tengan niveles de concentración o de ejercicio físico, que los motiven a

cumplir ese objetivo terapéutico y su mejora en su estilo de vida. (García-Rodríguez et al., 2009).

## **El consumo de sustancias psicoactivas desde una perspectiva contextualista funcional**

### **Terapias de tercera generación**

La terapia de conducta se distingue en tres generaciones, propuestas por Hayes (2004). Las terapia de primera generación o también conocida como “primera ola” fue la terapia de conducta básica y los principios de aprendizaje establecidos en las teorías de Pavlov y Skinner: el condicionamiento Clásico y Operante, que permitieron generar técnicas en cuanto: a los miedos, fobias, depresión, trastornos neuróticos. La segunda generación o segunda Ola, se originó en los años 60, e introdujo elementos medicinales y cognitivos, dando lugar a las terapias Cognitivo-Conductuales, en las que los pensamientos serían los que provocan trastornos psicológicos y alteraciones de las personas (Mañas, 2007).

Las terapias de tercera generación son un grupo de intervenciones que proceden de una generación que tiene en común una perspectiva funcional y contextual, esta orientación o representación ha recibido el nombre de contextualismo funcional, que permite estudiar cada uno de los procesos psicológicos, así como los trastornos, las interacciones entre los individuos y el entorno, teniendo como premisa el acto en contexto.

Las terapias de tercera generación se enfocan en los casos desde un panorama cuantitativo y cualitativo, individual, cuyo objetivo es la orientación de la vida de la persona, sin importar si los síntomas son más negativos que positivos (Pérez, 2014).

### **Teoría de los marcos relacionales.**

Sus siglas son RFT, ya que en inglés su nombre es Relational Frame Theory. Está basada en el estudio del lenguaje y la cognición, es un programa de investigación experimental, está

centrada en la habilidad humana para identificar el autoconocimiento. Esta teoría es parte del fundamento de la Terapia de Aceptación y Compromiso, y explica la forma como una persona puede diferenciar las cosas, como por ejemplo el saber diferenciar un color de otro, la forma de decir palabras, números, sus estados de ánimo, comparaciones, los tamaños, las formas, el valor monetario, los sentimientos las aptitudes malas de las buenas, pensamientos. (Pérez, 2014).

Esta teoría, tiene mucho que ver con el estudio de los acontecimientos psicológicos que puede presentar un individuo, como el análisis de comportamiento, lo que las personas tratan de obtener de los demás o por influencia de los demás, también la forma de saber cómo será el tiempo que se le dedicará a una actividad en particular. Está enfocada en el comportamiento y estudia cada una de las consecuencias de los comportamientos que puede tener un individuo. Es decir busca la forma de mostrar porque el ser humano puede llegar a presentar temores o rechazo a algunos estímulos, así como Skinner realizaba experimentos de comportamientos de animales, como la paloma y los ratones (Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001).

La principal característica de la teoría de los marcos relacionales, es la correlación que hay entre las habilidades lingüísticas y la capacidad de establecer relaciones derivadas, propiedades de lenguaje y las relaciones derivadas entre estímulos, la aplicación exitosa de esta teoría al análisis de algunos fenómenos del lenguaje. (Barnes-Holmes, Rodríguez, & Whelan, 2005, p. 263).

### **Contextualismo funcional.**

Está basado en una filosofía desde el análisis conductual, en donde representa el nacimiento de la filosofía que a su vez está fundamentado con las terapias de tercera generación, el cual se busca el planteamiento de cada variable en el comportamiento, su análisis conductual se amplió, para el cual contradice las definiciones cognitivas y mentalistas. Esta tiene que ver

mucho con los fenómenos psicológicos, que según la explicación que nos da el contextualismo, resuelve los modelos en los cuales utilizan hipótesis e intermediarios cognitivos en los cuales se puede estudiar la conducta de una persona, también se estudia con el interés por el análisis funcional y la terapia de la conducta, pero añadiendo el interés por la conducta verbal, así como del pensamiento, sentimientos, que tiene que ver mucho con lo problemático, patológico o disfuncional que siempre se encuentra en cada contexto funcional. Un análisis del contextualismo es que tienen mucho que ver en cada una de la recolección de información acerca de la conducta gobernada por las reglas y la teoría de los marcos relacionales, se pueden encontrar características que fundamentan las consecuencias directas sobre los trastornos psicológicos las cuales serán señaladas a continuación: 1. se tiene en cuenta que las relaciones verbales dominan las interacciones humanas. 2. ¿El contexto es clave en cuanto a las relaciones verbales que se encuentran vinculadas en el contexto simbólico? 3. El autoconocimiento es una de las técnicas que se tienen de las relaciones verbales de la bidireccionalidad. 4. el cambio de las relaciones verbales difiere si se hace a través del proceso verbal o del contenido verbal. 5. Las reglas son necesariamente útiles, pero pueden ser en ocasiones engañosas y peligrosas, ya que las reglas verbales inducen una cierta insensibilidad a las consecuencias directas de las respuestas. (Wilson & Luciano, 2002).

### **La evitación experiencial y la flexibilidad psicológica**

El trastorno de la evitación experiencial sucede cuando una persona no está preparada o con disposición para tener contacto con las emociones, pensamientos, recuerdos, sentimientos, sensaciones y hace lo posible por modificar su forma o frecuencia, así como alterar el contexto en el que se originan. Está propuesta como una dimensión funcional que podría constituir una variedad de diagnósticos del sistema DSM (Wilson & Luciano 2002).



La flexibilidad psicológica es la capacidad de comportarse de acuerdo a la situación, para perseguir objetivos valiosos, incluso en presencia de experiencias privadas desafiantes o no deseadas como pensamientos, sentimientos, sensaciones fisiológicas, recuerdos (Ruiz & Odriozola- González, 2014), sería el opuesto de la evitación experiencial.

### **La Terapia de Aceptación y Compromiso en el consumo de SPA**

La Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) (sus siglas son: ACT) está desarrollada para tratamiento de la evitación experiencial, que tiene que ver con la respuesta contenida en las dimensiones cognitivas y emocionales, la forma de afrontar, las estrategias empleadas respecto a ello y buscar el cumplimiento de compromisos con lo que es importante para la persona. La Aceptación es una habilidad de realización de cambios en las respuestas a los contenidos cognitivos, emocionales y la falta de habilidad para enfrentarse a cumplir o aceptar los cambios. Su principal objetivo en los comportamientos adictivos, es enfrentar la abstinencia y las sensaciones, pensamientos y recuerdos que pudieran ser dolorosos (Ferro, 2000; Luciano, Páez-Blarrina, & Valdivia-Salas, 2010; Luciano, & Valdivia, 2006).

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) ha sido aplicada en el tratamiento de consumo de sustancias psicoactivas, en diversidad de contextos. Se cuenta con el reporte de investigaciones de estudios de caso y diseños de grupos. Luciano, Gómez, Hernández y Cabello (2001), reportan un caso de consumo de alcohol en un adulto de 40 años, con un tratamiento intensivo y un seguimiento durante 13 meses, con buenos resultados. Por su parte Batten y Hayes (2005), reportan el caso de una mujer de 19 años con trastorno de estrés postraumático y abuso de sustancias (alcohol, anfetaminas, cocaína y marihuana), cuyo tratamiento se extendió durante 17 meses, logrando al final una mejoría en la sintomatología.

Así como, Heffner, Eifert, Parker, Hernández & Sperry (2003), reportan un caso de un hombre de edad media con un trastorno crónico de dependencia de alcohol, con una intervención de 15 sesiones de terapia y 6 de seguimiento, al finalizar los resultados fueron muy satisfactorios. Twohig, Shoenberger, & Hayes (2007), Reportan de caso de 3 adultos (2 hombres entre las edades 19 y 20 años y una mujer de 43 años) con criterios de dependencia a la marihuana, con una intervención de 8 sesiones semanales de 90 minutos, sus resultados fueron el poder lograr controlar el consumo más que al inicio.

Stotts, Masuda, & Wilson (2009), reportan caso de un hombre de 57 años con caso de desintoxicación de metadona, con una intervención de 24 sesiones de 50 minutos, sus resultados fueron poder lograr la reducción de consumo.

Hernández-Ardieta (2010), reportan caso de un hombre de 30 años con un problema de dependencia de cocaína y abuso de alcohol, la intervención realizada fue en 18 sesiones repartidas a lo largo de 6 meses, los resultados fue el de mantener en abstinencia en presencia de malestar ganas de consumir.

Hernández-Ardieta (2013), reportan caso de un hombre de 40 años poli consumidor de sustancias como la heroína, cocaína y la metadona desde hace 25 años, la intervención realizada fue durante citas individuales quincenales y mensuales con el médico y trabajadora social durante dos años, los resultados fueron permitir la recuperación significativa en las áreas vitales importantes y el logro de los objetivos terapéuticos.

Gifford, et al. (2004), reportan una investigación en donde se comparó ACT con la terapia sustitutiva con nicotina de cara a la abstinencia al tabaco, la intervención consistió en terapias de sesiones individuales y grupales, los resultados fueron un incremento en la disposición a la rehabilitación para dejar de fumar.

Hayes et al (2004), reportan caso de 124 participantes entre edades de 23 y 64 años poli consumidores de opioides en tratamiento con metadona.

Asignados aleatoriamente a tres condiciones: 1. ACT y metadona, 2. El Tratamiento Intensivo de los 12 Pasos y metadona, y 3 sólo metadona, el tratamiento de 16 semanas que consta de 48 sesiones individuales de 1 hora y 16 sesiones grupales de 90 minutos, los resultados fueron satisfactorios. (Nowinski, Baker & Carroll, 1995).

Hernández-López, Luciano, Bricker, Róales-Nieto, Montesinos, (2009), reportan el caso de adultos fumadores de tabaco, que consistió en la comparación de ACT con la terapia cognitivo conductual, el tratamiento fue de siete sesiones semanales de 90 minutos de forma grupal de 81 personas el protocolo de tratamiento ACT fue una adaptación de ACT a dejar de fumar basado en dos manuales. Los resultados mostraron efectividad por la comparación de la ACT y la terapia cognitivo-conductual.

Smout, Longo, Harrison, Minniti, Wendy y White (2010). Reportan una comparación de la eficacia diferencial entre ACT y terapia cognitivo-conductual en 104 participantes en edades de 16 a 65 años de edad con abuso o dependencia de anfetaminas. El tratamiento consistió en 12 sesiones semanales individuales de 60 minutos de ACT Y la terapia cognitivo-conductual. Los resultados no fueron satisfactorios ya que no se ven mejorías con el tratamiento.

Bricker, Bush, Zbikowski, Mercer, & Heffner, (2014), reportan una investigación de adultos con tabaquismo, el tratamiento utilizado fue el de la ACT en modalidad telefónica versus la terapia cognitivo-conductual, los resultados fueron satisfactorios.

Bricker, et al (2014), reportan el caso de consumo de tabaco en mayores de 18 años, el tratamiento fue utilizar un mecanismo de cambio de comportamiento de una aplicación

innovadora de aceptación y compromiso terapéutico (ACT) entregada por teléfono inteligente para dejar de fumar, los resultados fueron lograr bajar el consumo y dependencia a la nicotina.

Bricker, Wyszynski, Comstock, Heffner. (2013), reportan una investigación con consumidores de tabaco en mayores de 18 años. El tratamiento fue el de aplicar ACT basado en la web (WebQuit.org), los resultados fueron satisfactorios.

Gifford, et al (2011), señalan el tratamiento de trescientos tres fumadores de una comunidad, el tratamiento se asignó aleatoriamente a bupropión, un medicamento ampliamente utilizado para dejar de fumar, o bupropión más psicoterapia analítica funcional (FAP) y aceptación y terapia de compromiso (ACT). Los resultados fueron satisfactorios para el grupo de ACT.

Luoma, Kohlenberg, Hayes, & Fletcher, (2012), reportan un estudio de 133 adultos consumidores de múltiples drogas (61 mujeres y 72 hombres en edades medias de 33.6 años), el tratamiento fue residencial de 28 días, donde fueron asignados de forma aleatoria por parejas para recibir el tratamiento habitual (TAU) o la intervención ACT que consistió en tres sesiones grupales de 2 horas programadas durante una semana. Los resultados una mejor asistencia al tratamiento y un menor consumo de sustancias.

González-Menéndez, Fernández, Rodríguez, & Villagrà, (2014), refieren un estudio de 37 mujeres encarceladas en edades de 22- 49 años poli- consumidoras de sustancias, el tratamiento fue realizar una comparación la terapia de aceptación y compromiso (ACT), con un protocolo cognitivo conductual (TCC) con un seguimiento a los 6, 12 y 18 meses, los resultados obtenidos mostraron resultados exitosos ya que los niveles a la ansiedad y los repertorios de evitación se redujeron.

Stotts, et al. (2012), evidencian un estudio de consumo de opiáceos en 56 adultos en edades de 25 a 60 años, el tratamiento fue basado en ACT, durante 24 sesiones de terapia individual, los resultados mostraron reducción de la dosis de metadona durante seis meses.

Petersen & Zettle (2009), realizaron una investigación con 29 adultos consumidores de alcohol, el tratamiento fue de sesiones individuales de ACT y tratamiento habitual (TAU) en el contexto de un programa en curso de 12 pasos, Los resultados indicaron reducciones significativas, pero equivalentes, en los niveles de depresión para ambas condiciones de tratamiento.

Brown, et al (2005), realizaron un estudio con consumidores de tabaco, en donde participaron 49 adultos en edades de 18- 65 años, el tratamiento consistió en sesiones grupales e individuales, de 8 semanas de tratamiento comenzando en el día de dejar de fumar, incluidas 4 semanas del parche de 21 mg, 2 semanas de 14 mg, y 2 semanas de 7 mg transdérmico parche de nicotina, los resultados indicaron un impacto clínico significativo.

Villagrà & González (2013), reportaron un estudio con 31 mujeres adultas en prisión, el tratamiento de 16 sesiones con base en ACT todos fueron evaluados en tres momentos: pre, post y al cabo de seis meses de recibir el tratamiento, Los resultados tras la intervención, al cabo de seis meses se obtuvo un porcentaje del 27,8% y del 43,8% de la abstinencia también provocó mejorías como reducciones en los porcentajes psicopatología asociada y de sensibilidad a la ansiedad, así como aumento de la flexibilidad psicológica.

La aplicación de este tratamiento no solo se han realizado en la cárcel de mujeres, también en un centro penitenciario donde se tomó como muestra 18 hombres condenados por violencia de género el proceso de intervención consistió en 2 sesiones y otras doce sesiones para entrenar estrategias dirigidas a la aceptación de pensamientos y sentimientos asociados a la

conducta violenta, los resultados mostraron la dirección esperada, se registraron cambios en el AAQ-II, en la escala de impulsividad Plutchik, en el Registro de Malestar y Acción (Sahagún & Salgado, 2013).

Brown, et al. (2008), realizaron un estudio con adultos en edades de 18-65 años de edad, el tratamiento comprendió seis sesiones individuales de 50 minutos, nueve sesiones grupales de 2 horas y 8 semanas de sesiones donde se usó el parche transdérmico de nicotina, los resultados fueron significativos.

Luoma, Kohlenberg, Hayes, Bunting, & Rye (2008), trabajaron con 88 adultos consumidores, el tratamiento fue 6 horas de taller grupal enfocado en la atención plena, la aceptación y el trabajo de valores en relación con el autoestima, los resultados mostraron efectos favorables en el post-tratamiento.

Villagrá, Fernández, Rodríguez, & González – Menéndez (2014), reportaron el tratamiento a 50 mujeres encarceladas en edades de 21- 49 años, consumidoras de SPA. Se realizó una evaluación pre y pos tratamiento, así como seguimiento de 6 meses utilizando instrumentos de: índice a la ansiedad, índice de gravedad de adicción, los resultados mostraron mejoría en dichos índices.

Litvin, Kovacs, Hayes, & Brandon (2012), reportaron el tratamiento para el consumo de tabaco en 162 adultos fumadores en edades entre 18 - 65 años, el tratamiento consistió en que fueron asignados aleatoriamente para recibir una breve intervención de afrontamiento basada en Aceptación o supresión, y luego fueron expuestos a señales de fumar, los resultados indicaron que el grupo de supresión, fue más exitoso para suprimir los pensamientos de fumar ya que informaron menos pensamientos de fumar que los otros grupos.

Stein, et al. (2015), informan los resultados de un tratamiento de consumidores de opiáceos, 49 adultos en edades entre 18-85 años, el tratamiento con agonista opioide con buprenorfina (OAT), recibieron buprenorfina-naloxona por inducción y 3 de buprenorfina de mantenimiento más siete sesiones individuales de 50 minutos, DT versus control de educación de la salud (HE)) durante un período de 28 días, relacionado con las visitas de dosificación de medicamentos clínicos, y comenzando 2 días antes de la inducción de buprenorfina. Los resultados primarios incluyeron el uso de opiáceos ilícitos (se definió positivo como cualquier uso auto informado en los 28 días previos o se detectó mediante toxicología urinaria) y el abandono del tratamiento. Los resultados indican que tuvieron tasas más bajas de uso de opiáceos en las tres evaluaciones mensuales.

Megan, Hannah, Forsyth, Ziedonis, Kalman & Cooney (2015), reportan el caso de fumadores de tabaco (19 adultos), el tratamiento consistió en nueve sesiones semanales de consejería individual y recibieron ocho semanas de terapia con parches de nicotina. Los resultados de la evaluación de monóxido de carbono del aire expirado, confirmó la abstinencia de la prevalencia en siete días, los antojos y los síntomas del TEPT.

Zeng, Heffner, Copeland, Mull, & Bricker. (2016), trataron a 84 adultos consumidores de tabaco. Se utilizaron los datos del archivo de registro de la aplicación empleada para el tratamiento, se examinaron las medidas de adherencia y los cuatro componentes clave del modelo de cambio de comportamiento de ACT como predictores de la cesación y reducción del tabaquismo. Los resultados de los usuarios, fueron la probabilidad de dejar de fumar cuatro veces más.

Mak & Loke (2015), señalan un estudio fumadores de tabaco, adultos mayores de 18 años, el tratamiento fue dividirlos en dos grupos con evaluación antes de la intervención y

mediante seguimiento telefónico a los tres y seis meses, la intervención (ACT) consistió en una sesión inicial cara a cara y dos sesiones telefónicas, los resultados de este estudio proporcionarán a los médicos la información necesaria para desarrollar estrategias que ayuden a los fumadores a dejar de fumar al usar una intervención menos intensa en un momento conveniente para ellos.

Heffner, Vilaradaga, Mercer, Kientz, & Bricker (2015), refieren un estudio con 76 adultos fumadores de tabaco. El tratamiento consistió de terapia de aceptación y compromiso (ACT) durante 8 semanas he evaluó la abstinencia del hábito tabáquico a los treinta días de prevalencia a los 60 días de seguimiento, teniendo resultados favorables en la reducción de consumo.

Thekiso, Murphy, Milnes, Lambe, Curtin, & Farren, (2015), señalan los resultados de un tratamiento a 26 adultos que consumían alcohol. El tratamiento fue de forma grupal e individual durante 4 semanas de tratamiento integrado para pacientes hospitalizados, los resultados del consumo de alcohol y el deseo de consumo fueron la abstinencia total de alcohol, la duración acumulada de la abstinencia (CAD) y la Escala de Consumo Obsesivo Compulsivo (OCDS) a los 3 y 6 meses después de la intervención, mostraron reducción.

Los estudios mencionados corresponden al abordaje del consumo de SPA con adultos, encontrando poca evidencia en adolescentes, por lo que se considera pertinente evaluar la posibilidad de aplicación de esta intervención en esta población, dada su evidencia en adultos, por lo que resulta necesario evaluar la relación del consumo con la evitación experiencial.

## **ESTRATEGIA METODOLÓGICA**

### **Enfoque metodológico y diseño**

El presente estudio se realizó bajo un enfoque cuantitativo (Hernández, Fernández, &



Baptista, 2014). El alcance del proyecto es descriptivo –correlacional, pues se estableció la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en la población evaluada, así como se estableció la relación de dicho consumo con la flexibilidad psicológica y la consistencia con los valores. El diseño es no experimental, dado que no se manipularon variables. Específicamente es de tipo transaccional, ya que se recogieron los datos en un momento particular (Hernández, et al, 2014).

### **Participantes**

Los participantes fueron estudiantes de una Institución Educativa de carácter público, ubicada en la Localidad de Kennedy, en el rango de edad comprendido entre los 13 y 18 años, del grado sexto de bachillerato a once. El universo está conformado por 440 estudiantes, según los datos proporcionados por la Institución. El tamaño de la muestra, se efectuó de acuerdo a la fórmula para estimar una proporción (para una población finita), que corresponde a:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

n = Tamaño de la muestra

N= Total de la población de 440

Z= Valor obtenido mediante niveles de confianza. 99% de confianza equivale a 2,576

d= Margen de error (0.05)

p = Proporción esperada = 0.5 (50%).

q= 1 – p

De acuerdo a lo anterior, el tamaño mínimo de la muestra es de 265 personas, logrando la participación de 285, con el respectivo consentimiento de la Institución y de los padres. El

muestreo utilizado en la investigación es de tipo no probabilístico por conveniencia.

### **Variables**

#### ***Consumo de sustancias psicoactivas.***

Se refiere al consumo de alguna sustancia sea por vía oral, inyectada o por inhalación, que altere el funcionamiento del sistema nervioso (Rodríguez & González, 2005).

#### ***Flexibilidad psicológica***

Se refiere a la capacidad de comportarse de acuerdo a la situación, para perseguir objetivos valiosos, incluso en presencia de experiencias privadas desafiantes o no deseadas como pensamientos, sentimientos, sensaciones fisiológicas, recuerdos (Ruiz & Odriozola- González, 2014).

#### ***Consistencia con valores***

Se refiere a las consecuencias elegidas libremente y construidas verbalmente de patrones evolutivos, dinámicos, en curso, dinámicos y en evolución que establecen reforzadores predominantes para esa actividad que son intrínsecos en el compromiso en el patrón de comportamiento valioso en sí mismo (Smout, Davies, Burns, Christie, 2014).

#### ***Ansiedad***

Es una respuesta emocional, que varía en un estímulo determinado, que varía según el estímulo que la produzca y suele presentarse con la presencia de sentimientos de inquietud, recelo, miedo, nerviosismo, estado de agitación, zozobra del ánimo, regularmente está relacionada a preocupaciones obsesivas. La ansiedad se puede transformar en investigación cuando afecta el comportamiento del individuo, de tal manera que deja de ser una acción de defensa para cambiar hacer una amenaza que el individuo no puede intervenir. Las

manifestaciones se pueden dar tanto físicas y mentales que no son aplicables a riesgos actuales ya que se muestran de forma de dificultad o bien como un estado perseverante y indeterminado hasta logra el pánico. (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003 p. 14- 27).

### ***Depresión***

Es un síndrome o agrupación de síntomas con una alteración patológica del estado de ánimo con bajo estado de humor que termina en sentimientos o emociones de tristeza, decaimiento, irritabilidad, acompañada de diversos síntomas signos de tipo vegetativo, emocionales del pensamiento, comportamiento, de los ritmos vitales que persisten por tiempo habitualmente prolongado. (Ministerio de Salud 2006, p.6).

El diagnóstico de un trastorno depresivo se da a partir del aspecto en la apariencia y aspecto personal lentitud en la realización de movimientos, agotamiento, se nota la persona cansada, tono de voz baja, triste, escasa concentración durante alguna conversación, poco expresiva, llanto fácil o espontaneo, alteración en el ritmo facial, abuso de alcohol o tóxicos,; (Alberdi, Taboada, Castro, & Vásquez, 2006).

### ***Estrés***

Estado de falta de armonía o una amenaza a la homeostasis que compromete la integridad fisiológica o psicológica de una persona, de manera que se genera una respuesta fisiológica o conductual, llevando a una elevación en los niveles de glucocorticoides y catecolaminas en circulación. El estrés puede ser producido por un entorno demandante donde la reacción genera cambios en los organismos, ya sean morfológicos, fisiológicos o comportamentales acompañando cada uno de los cambios evolutivos en donde las respuesta de las personas puede ir desde tolerancia y evitación del estresor a nivel individual a la rápida aparición de nuevos rasgos (Naranjo, 2009).

### *Seguimiento de reglas tipo pliance*

Es la ejecución de conductas por complacencia a los demás. Es un tipo de regulación verbal bajo el control de una historia de consecuencias socialmente establecidas (habitualmente por los padres), al corresponderse la regla y la conducta. (Ruiz & Gómez, 2016).

“Pero sin que exista contacto con las contingencias directas del hacer; es decir implicaría una historia de reforzamiento por el seguimiento de las reglas (per se), como clase de respuestas”. (Ruiz & Gómez, 2016, p.146).

### **Hipótesis**

A mayor flexibilidad psicológica y consistencia con los valores, menor es el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes.

El consumo de sustancias psicoactivas se asocia con relaciones familiares regulares y malas, y alteraciones emocionales como la ansiedad, depresión y estrés.

### **Instrumentos**

Se emplearon los siguientes instrumentos que se encuentran en los anexos.

#### **El Cuestionario de Evitación psicológica (AFQ-Y):**

El Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y; Greco, Lambert, & Baer, 2008), es un cuestionario que consta de 17 ítems de escala Likert de cinco puntos (5 = mucho, 1= nada), se utilizó para evaluar la evitación experiencial y la fusión cognitiva, así como la capacidad de poder decidir el cómo poder actuar en cuanto a las emociones. Respecto a las propiedades psicométricas, el alfa de Cronbach es de 0.87 y en las sub escalas, 1. FC ( $a = .81$ ) y b) EE ( $a = .76$ ) 2. La puntuación media de la escala es de 30.06 ( $DT = 8.56$ ). Hay varios autores que han publicado artículos como Valdivia-Salas et al., (2016) en el que se emplea esta prueba en diferentes contextos e instituciones en las cuales se han mostrado resultados muchos más altos en

niveles de información que otras pruebas realizadas con otros cuestionarios o escalas (Cobos-Sánchez, Flujas – Contreras, Gómez- Becerra, 2017).

**Cuestionario de Seguimiento de Reglas Tipo Pliance (GPQ-C):**

El Generalized Pliance Questionnaire – Children. (El GPQ-C; Salazar, Ruiz, & Flórez, 2017). Consta de 11 elementos que responden en una escala tipo Likert de 5 puntos (5 = siempre verdadero, 1= nunca verdadero). El cuestionario es una versión reducida del GPQ original para adultos (Ruiz, Suárez-Falcón, Barbero-Rubio, & Flórez, 2018), eliminando elementos con contenido típico de adultos y cambiando la redacción de algunos ítems de la versión original para facilitar la comprensión de los niños. El GPQ-C mostró una buena consistencia interna en niños colombianos y una estructura de un factor (Salazar et al. 2017). El alfa del GPQ-C fue de 0.83.

**Cuestionario de consistencia con valores (VQ):**

El Valuing Questionnaire (VQ; Smout, Davies, Burns, & Christie, 2014), es un cuestionario que está compuesto por 10 ítems de escala tipo Likert, con escala de 7 elementos (0 = En absoluto verdad, 6 = Completamente verdad), ha demostrado según sus aplicaciones y resultados que es una de las técnicas que cuenta con buena validez ya que ha demostrado efectos positivos y negativos según las mediciones que ha tenido en poblaciones clínicas y no clínicas (Smout, Davies, Burns, Christie, 2014). Cuenta con dos sub-escalas: obstrucción que indica dificultad para encaminarse a los valores y progreso, que se refiere a un mayor avance en dirección a los valores. Esta escala se encuentra en proceso de validación en Colombia por Ruiz, Suárez-Falcón, Riaño-Hernández, & Gil (2017).

**Cuestionario de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21)**

El cuestionario Depression, anxiety and Stress Scale- 21 (DASS-21, Antony, Bieling, Cox, Enns, & Swinson, 1998), cuenta con la validación Colombiana realizada por Ruiz, Garcia, Suarez & Odriozola, (2017) está basado en 21 ítems escala tipo Likert, con escala de 3 elementos, (0 = No me ha ocurrido, 3= Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo). Las escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés fueron creadas con el objetivo de lograr una discriminación máxima entre estas condiciones. El DASS-21 fue desarrollado para cumplir las exigencias psicométricas de una escala de auto-reporte desde una concepción más categórica de los trastornos psicológicos. Cada escala tiene siete ítems y su puntaje total se calcula con la suma de los ítems pertinentes a esa escala. (Román, Santibáñez, & Vinet, 2016).

La escala de Depresión evalúa disforia, falta de sentido, auto depreciación, falta de interés y anhedonia. La escala de Ansiedad considera síntomas subjetivos y somáticos de miedo, activación autonómica, ansiedad situacional y experiencia subjetiva de afecto ansioso. La escala de Estrés evalúa activación persistente no específica, dificultad para relajarse, irritabilidad e impaciencia. (Román, Santibáñez, & Vinet, 2016, p. 2329 - 2330).

### **Cuestionario de datos generales y de consumo**

El cuestionario indagaba datos sociodemográficos, composición familiar, relaciones familiares, consumo de SPA en la familia, consumo personal de SPA alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes, frecuencia de consumo, edad de inicio y razones de consumo.

### **Procedimiento**

Se solicitó la aprobación para realizar la investigación al Colegio participante, una vez obtenida dicha autorización, se solicitó la aprobación por parte de los padres, lo que se formalizó a través de la firma del consentimiento informado. Posteriormente, se realizó la aplicación de los instrumentos, previa garantía de confidencialidad y anonimato de la información. Posteriormente

se realizó la tabulación de los datos y los análisis estadísticos respectivos.

### **Análisis estadísticos**

Para los análisis, se utilizó el software estadístico SPSS versión 22. Inicialmente se realizaron análisis descriptivos, de medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (varianza, desviación estándar, mínimo, máximo y rango), así como de distribución de frecuencias para las variables nominales y ordinales. Para establecer la prevalencia de las condiciones clínicas, se realizó una recodificación de las variables clínicas a un nivel de medición nominal según el punto de corte.

DASS-21 = Depresión: 5-6 depresión leve, 7-10 depresión moderada, 11-13 depresión severa, 14 o más depresión extremadamente severa. Ansiedad: 4 ansiedad leve 5-7, ansiedad moderada 8-9, ansiedad severa, 10 o más ansiedad extremadamente severa. Estrés: 8-9 estrés leve, 10-12 estrés moderado, 13-16 estrés severo, 17 o más estrés extremadamente severo P -. VQ= Progreso bajo 0 – 17, medio 18 – 20, alto 21 - 30; Obstrucción bajo 0-9, medio 10 – 12, alto 13-30. (DASS-21, Antony, Bieling, Cox, Enns, & Swinson, 1998).

También se realizaron análisis inferenciales, empleando el estadístico chi cuadrado para determinar la asociación del consumo de sustancias psicoactivas, con algunas variables personales y familiares. De igual manera se empleó la r de Pearson con un nivel de significancia de 0.01 para establecer la relación entre la evitación experiencial y variables emocionales como depresión, ansiedad, estrés, y seguimiento de reglas tipo pliance. Finalmente, se realizó el análisis de diferencia de medias, con el estadístico t de Student para muestras independientes, para establecer si existían diferencias estadísticamente significativas, entre los grupos de consumo y no consumo, con las variables de evitación experiencial y consistencia con valores.

### **Consideraciones éticas**

En esta investigación se tuvo en cuenta la confidencialidad y las debidas medidas para preservar el bienestar de los participantes, lo que se encuentra plasmado en la ley 1090 de 2006 en el artículo 1. Así mismo, otros apartados de la ley hacen referencia al uso del consentimiento informado (artículo 2), que en esta investigación se tuvo en cuenta, como la debida prudencia en el uso de las pruebas como test y cuestionarios (artículo 17).

Por otro lado, se tuvo en cuenta la Resolución 8430 de 1993, que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. En el artículo 5, se indica el deber de respetar los derechos y dignidad de la persona, empleando el consentimiento informado. Este aspecto se retoma en el capítulo III, en los artículos 23 al 28 (Ministerio de Salud, 1993).

## RESULTADOS

Tabla 1. *Estadísticos descriptivos de características sociodemográficas y familiares de la muestra total (N=285).*

Variable	Valor	N	%
Sexo	Masculino	144	50.5
	Femenino	141	49.5



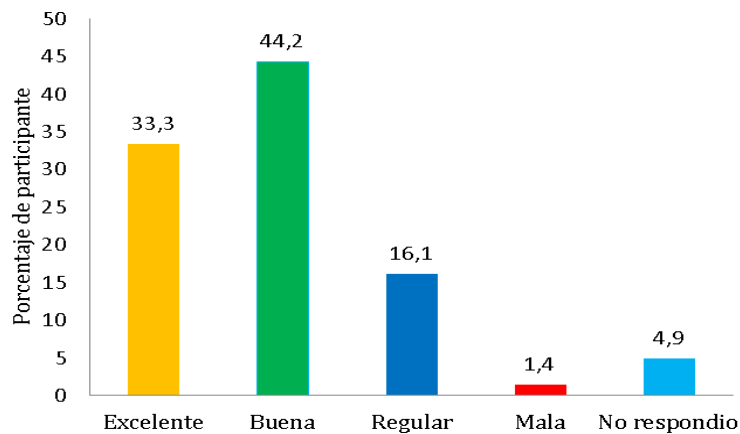
Edad	Años	M: 15.02 DE: 1.42 Mínimo: 13 Máximo: 18	
	13	48	16.8
	14	59	20.7
	15	79	27.7
	16	40	14
	17	43	15.1
	18	12	4.2
Estrato	No responde	4	1.4
	1	13	4.6
	2	134	47
	3	96	33.7
	4	3	1.1
Curso	No responde	39	13.7
	Sexto	14	4.9
	Séptimo	62	21.7
	Octavo	65	22.8
	Noveno	79	27.7
	Décimo	41	14.4
	Once	22	7.7
Integrantes de la familia con quienes convive	No responde	2	7
	Papá y mamá	131	46
	Solo con el padre	22	7.71
	Solo con la madre	113	39.64
	Hermanos	222	77.9
	Abuelos	63	22.1
	Tíos	58	20.4
	Otros	51	17.9
Relación con los familiares	Excelente	95	33.3
	Buena	126	44.2
	Regular	46	16.1
	Mala	4	1.4
	No responde	14	4.9

*Nota:* N= Número de participantes; %= porcentaje de participantes; M= Media; DE= Desviación Estándar  
Fuente: elaboración propia.

En la investigación se contó con la participación de 285 estudiantes, en edades comprendidas entre los 13 y los 18 años (Media=15.02, DE=1.42). De acuerdo a los análisis descriptivos presentados en la Tabla 1, el 50.5% fueron de sexo masculino y el 49.5% de sexo femenino. El 47% de los participantes pertenecían a estrato 2, correspondiente a un 47%, seguido por el estrato 3 con un 33.7%, los estratos con menor frecuencia fueron el 1, con 4,6% y el

estrato 4, con un 3%. Los estudiantes cursaban los diferentes grados de bachillerato, desde sexto a once, como se puede observar en la tabla 1.

En cuanto a la composición familiar, el 46% de los participantes conviven con su papá y su mamá, el 7.71% señaló que vivía solo con el papá y el 39.64% viven solo con la mamá. El 77.9% afirmaron tener hermanos que vivían con ellos. También se indagó por la existencia de otros familiares que cohabitaran con los participantes, por ejemplo, el 22.1% informó que los abuelos formaban parte del núcleo familiar, el 20.4% indicaron que también vivían con los tíos y el 17.9% señaló que habían personas con otro parentesco que convivían en sus hogares. Respecto a las relaciones familiares el 33.3% indicó que son excelentes, el 44.2%, señaló que las relaciones son buenas, mientras que el 16.1% informó que son regulares, el 1.4% afirmó que son malas y el 4.9% no respondió.



*Figura 1. Relaciones Familiares*

Se indagó acerca del consumo de sustancias psicoactivas a nivel familiar, posteriormente se evaluó el consumo a nivel personal, explorando dicho consumo alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes, de igual manera se consultó la frecuencia y razones de consumo.

Fue posible establecer que el 21.8% de los participantes (N=62) tiene antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas en la familia, como se observa en la figura 2. La frecuencia

de consumo de SPA a nivel familiar fue de 5 veces por semana con una frecuencia de 25, que corresponde al 8.8%; el consumo de 3 a 4 veces por semana fue reportado por 20 participantes (7%) y por último, la frecuencia de consumo de 2 veces por semana o menos fue reportado por 21 estudiantes (7.4%), como se detalla en la tabla 2.

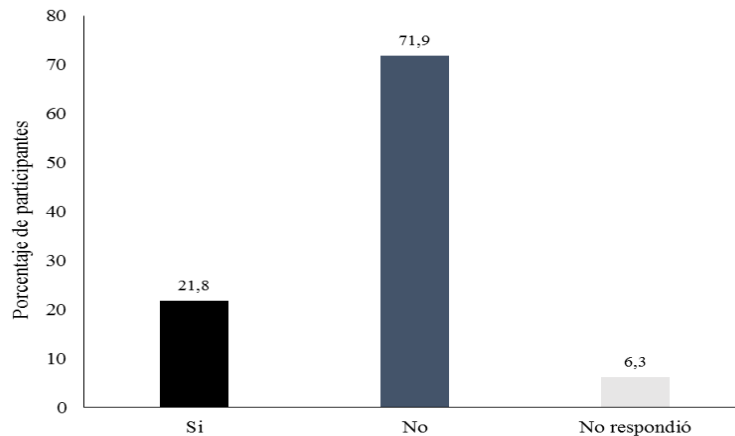


Figura 2. Consumo de sustancias psicoactivas en la familia

Tabla 2. Frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas a nivel familiar a total (N=285).

Variable	Valor	N	%
Frecuencia de consumo A nivel familiar	5 veces por semana	25	8.8
	3 a 4 veces por semana.	20	7.0
	2 veces por semana o menos	21	7.4
	No responde	219	76.8

Nota: N= Número de participantes; %= porcentaje de participantes.

Fuente: elaboración propia

Tabla 3. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en la muestra total (N=285).

Sustancia	Consumo		
	Alguna vez en la vida	En el último año	En el último mes
<b>Cigarrillo</b>	33.3% (95)	20.0% (57)	12.3% (35)
<b>Alcohol</b>	61.1% (174)	55.4% (158)	30.5% (87)
<b>Tranquilizantes</b>	3.9% (11)	1.1% (3)	1.1% (3)
<b>Estimulantes</b>	0.7% (2)	0.4% (1)	0.4% (1)
<b>Inhalables</b>	2.5% (7)	0.4% (1)	2.5% (7)

<b>Marihuana</b>	13.3% (38)	7.4% (21)	3.9% (11)
<b>Basuco</b>	0.7% (2)	0.7% (2)	0.7% (2)
<b>Cocaína</b>	2.5% (7)	0.7% (2)	0.7% (2)
<b>Éxtasis</b>	0.4% (1)	1.1% (3)	0.7% (2)
<b>Heroína</b>	0.7% (2)	0.4% (1)	0.7% (2)
<b>Metanfetamina</b>	1.1% (3)	0.7% (2)	0.7% (2)
<b>LSD</b>	2.1% (6)	0.7% (2)	0.7% (2)
<b>Hongos</b>	2.5% (7)	0.4% (1)	1.1% (3)

Fuente: elaboración propia

En cuanto a la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas, se observó que las principales sustancias fueron el alcohol, el cigarrillo y la marihuana. Como se observa en la tabla 3, el 33.3% de los estudiantes encuestados (95 participantes) indicaron haber fumado cigarrillo alguna vez en la vida. Sin embargo el 20.0% han consumido esta sustancia en el último año (57 estudiantes) y en el último mes 12,3% usaron esta sustancia (35 encuestados).

El 61.1% de los resultados al consumo de bebidas alcohólicas, 174 contestan haber consumido alguna vez en la vida. Mientras que el 55,4% indican (158) que han probado en el último año. Indicando que en el último mes el 30,5% de estos 87 han tomado licor.

Un 13.3% de los (38) han probado marihuana alguna vez en la vida. El 7.4% de (21) han prevalecido esta droga en el último año y 3.9 indica que (11) incidieron en el último mes.

Respecto a la frecuencia de consumo de alcohol, cigarrillo, marihuana y otras; los resultados se observan en la figura 3, 4 y 5. El mayor porcentaje de frecuencia de consumo de alcohol, se ubica en la categoría de un día a la semana, corresponde al 22,1% (63), así como el

cigarrillo, cuyo consumo un día a la semana tuvo un porcentaje de 8,1% y de marihuana el consumo una vez en la semana es de 2,8% y el consumo todos los días es de 1,4%. En otras sustancias diferentes, los resultados se presentan en la figura 6, donde la mayor frecuencia es de 5 días a la semana, que corresponde a un 1,1% (3 estudiantes).

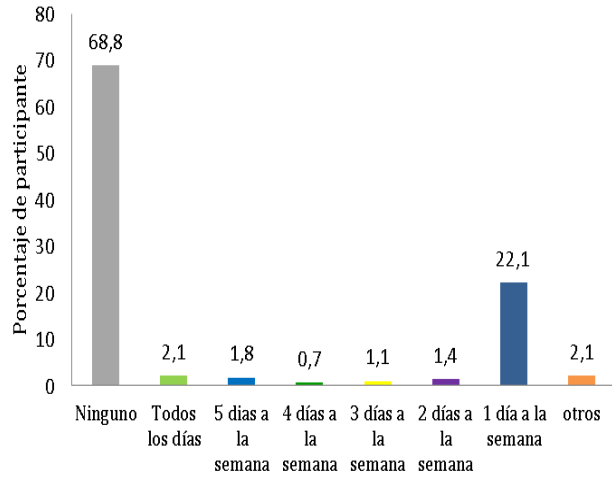


Figura 3. Frecuencia consumo actual alcohol

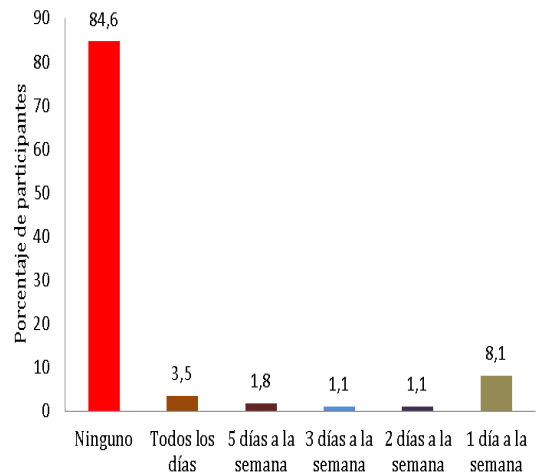


Figura 4. Frecuencia consumo actual cigarrillo

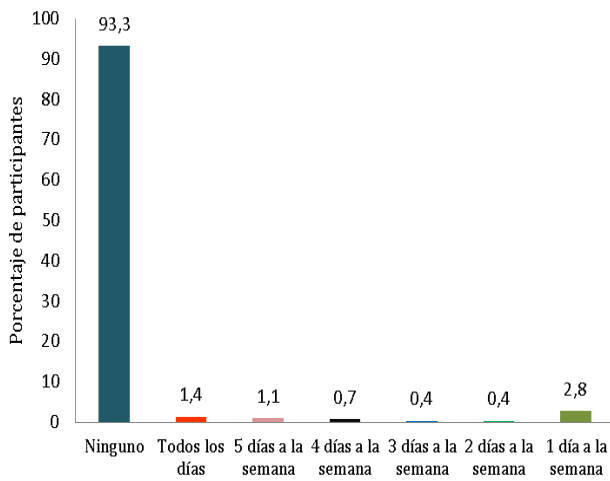


Figura 5. Frecuencia consumo actual Marihuana

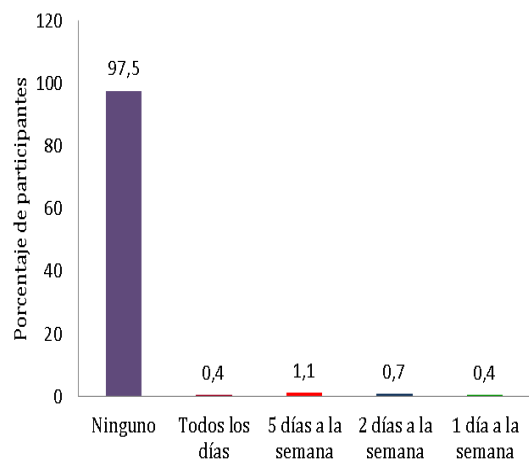


Figura 6. Frecuencia consumo actual Otro.

La edad de inicio de consumo más frecuente es 13 años, con un (13.7%), seguido de los

15 años (10.5%), 14 años (9.1%), 11 años (8.1%), 12 años (7.4%), 16 años (4.9%), 10 años o menos (3.5%) y 17 años o más (1.8%). El 41.1% de los participantes no respondieron a este ítem.

En cuanto a las razones de consumo, como se observa en la figura 7, las razones que más predominan son ninguna de las respuestas con el 20.7%, seguido de problemas familiares 10.5%, la sensación que produce 8.4%, otra razón 8.1%, no sabe con 7.7%, problemas personales 7.4%. Las que no menor predominan son problemas familiares 2.8%, dificultades académicas 2.8%, presión de los amigos 0.4%.

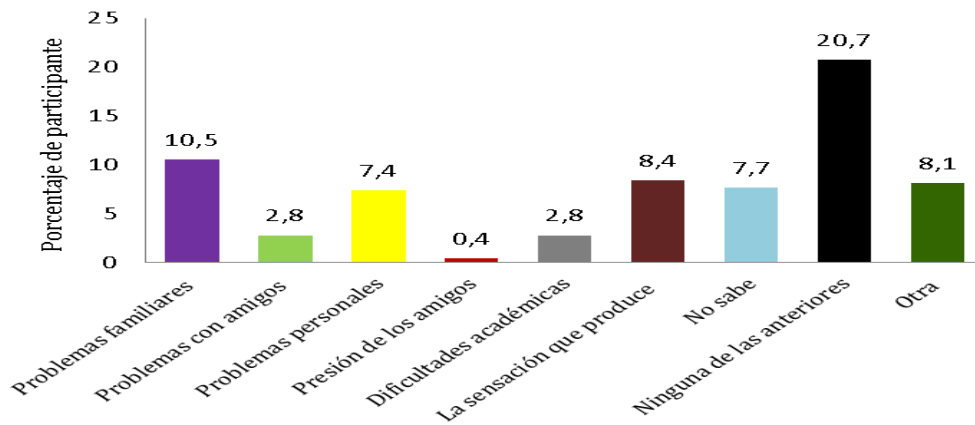


Figura 7. Razones de consumo

Se evaluaron variables relacionadas con inflexibilidad psicológica, depresión, ansiedad, estrés, seguimiento de reglas tipo pliance y consistencia con valores, como se observa en la Tabla 4, en la que están representadas las medias y desviaciones estándar de las variables.

La prevalencia de depresión, se presenta en la figura 8. Se observa que el 43.9% presentaron Ausencia de depresión, el 7.7% mostraron depresión leve, el 22.5% evidenciaron depresión moderada, el 10.2% mostraron depresión severa, el 15.8% manifestaron tener depresión extremadamente severa.

La prevalencia de ansiedad, se presenta en la figura 9. Se observa que el 43.2%

presentaron ausencia de ansiedad, el 6.7% mostraron ansiedad leve, el 16.5% evidenciaron ansiedad moderada, el 10.2 % manifestaron ansiedad severa y el 23.5% indicaron ansiedad extremadamente severa.

La prevalencia de estrés clínico, se presenta en la figura 10. Se observa que el 62.8% presentaron ausencia de estrés, el 10.2 % mostraron estrés leve, el 9.8% evidenciaron estrés moderado, el 11.2% demostraron estrés severo, el 6% Estrés extremadamente severo.

Tabla 4. Resultados descriptivos de las variables inflexibilidad psicológica, depresión, ansiedad, estrés, seguimiento de reglas tipo pliance y consistencia con valores.

VARIABLES	Instrumento	M	DE
Inflexibilidad psicológica	AFQ-Y	25.00	14.410
Depresión	DASS-21 (depresión)	6.67	5.891
Ansiedad	DASS-21 (ansiedad)	5.90	5.461
Estrés	DASS-21 (estrés)	6.86	5.499
Depresión, ansiedad y estrés (total)	DASS-21 (total)	19.43	16.042
Seguimiento de reglas tipo pliance	GPQ-C	23.33	8.919
Dificultad para encaminarse a valores	VQ – Obstrucción	10.63	7.314
Avance en dirección a valores	VQ-Progreso	17.06	7.870

Note: AFQ-Y= Avoidance and Fusion Questionnaire - Youth; DASS-21= Depression Anxiety Stress Scale-21; GPQ-C= Generalized Pliance Questionnaire – Children, VQ= Valuing Questionnaire. M=Media; DE= Desviación estándar. Fuente: elaboración propia

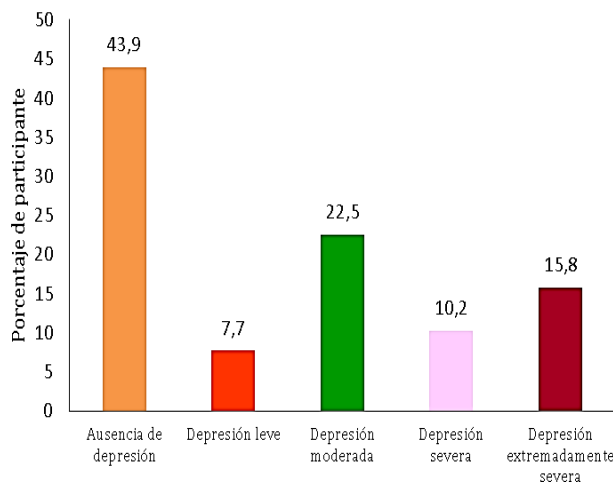


Figura 8. Prevalencia de depresión

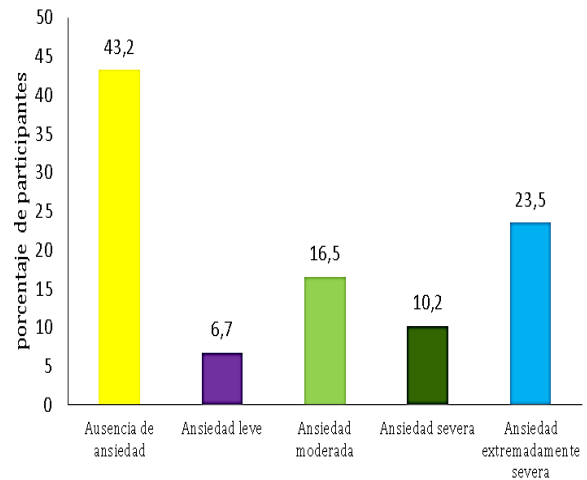
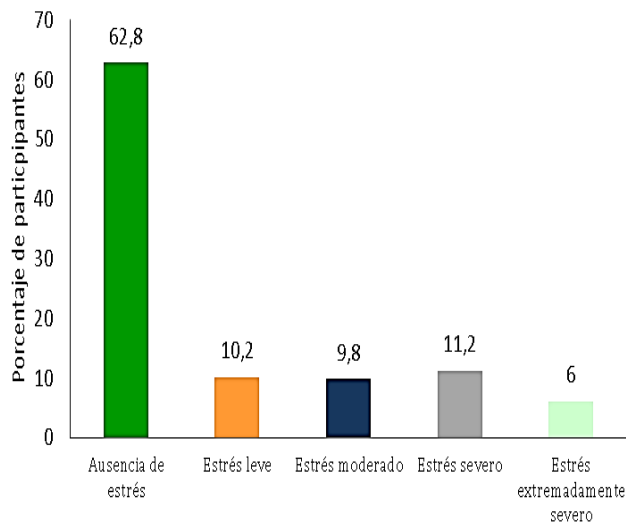
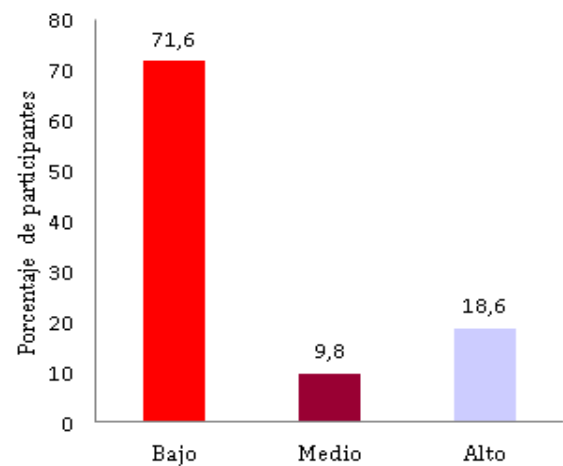


Figura 9. Prevalencia de Ansiedad

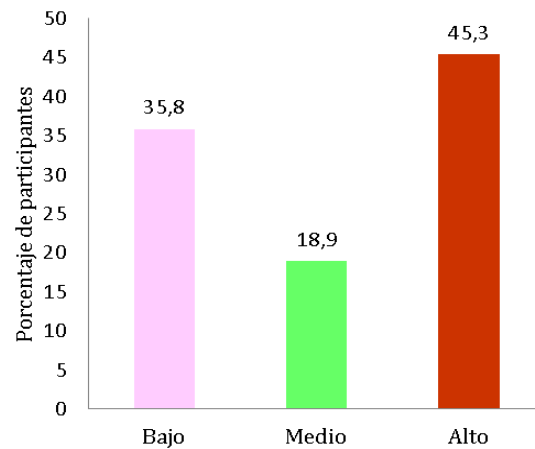


*Figura 10. Prevalencia de estrés*



*Figura 11. Prevalencia VQ – Obstrucción*

La prevalencia de VQ\_ Obstrucción, se presenta en la figura 11. Se observa que el 71.6% fue bajo, el 9.8% fue medio y el 18.6% fue alto. La prevalencia del VQ, se presenta en la figura 12. Se observa que el 35.8% fue bajo, el 18.9% fue medio, y el 45.3% fue alto.



*Figura 12. Prevalencia VQ-Progreso*

Se realizaron análisis de asociación de diferentes variables, para establecer la relación con el consumo de SPA, con variables personales y familiares.



Tabla 5. *Distribución del consumo de cigarrillo en el último año por variables familiares (convivencia con los dos padres, antecedentes de consumo de SPA a nivel familiar y relaciones familiares)*

		Consumo de cigarrillo en el último año				Valor p Chi <sup>2</sup>
		Sí		No		
		N	%	N	%	
Convivencia con los dos padres	Si	22	38.6%	109	47.8%	0.212
	No	35	61.4%	119	52.2%	
Consumo de SPA en la familia	Si	18	31.6%	44	19.3%	0.044**
	No	39	68.4%	184	80.7%	
Relaciones familiares	Excelente- Buena	40	72.7%	181	83.8%	0.059
	Regular-Mala	15	27.3%	35	16.2%	

Nota: \*\* p < 0.01. Fuente: elaboración propia.

La distribución del consumo de cigarrillo en el último año por variables familiares según muestra la tabla 5, indica que de los participantes que presentaron consumo el 61.4% no convivía con los dos padres. Así mismo, quienes presentaron consumo de esta sustancia el último año, el 31.6% tenían antecedentes de consumo en la familia, mientras que los no consumidores, el 80.7% afirman no tener ningún antecedente de este tipo. Del grupo de consumo, el 72.7% señalan tener unas excelentes y buenas relaciones familiares, así como en el grupo de no consumo el 83.8% también indicó tener este tipo de relaciones. Los análisis de asociación con el estadístico Chi cuadrado, muestran que hay una asociación entre consumo de cigarrillo el último año, con el consumo de SPA en la familia.

La distribución de consumo de cigarrillo en el último mes por variables familiares se muestra la tabla 6, La convivencia con los dos padres, muestra una distribución muy semejante en los grupos de consumo y no consumo, a diferencia de la variable consumo en la familia, que en el grupo de consumo tuvo un menor porcentaje (25.7%) y en el grupo de no consumo el mayor porcentaje correspondió a la ausencia de consumo de SPA en familia (78.8%). Las

relaciones familiares en el grupo de no consumo, correspondió a un 83.5%, siendo esta variable que mostró asociación significativa con el consumo de cigarrillo en el último mes.

Tabla 6. *Distribución del consumo de cigarrillo en el último mes por variables familiares (convivencia con los dos padres, antecedentes de consumo de SPA a nivel familiar y relaciones familiares).*

		Consumo de cigarrillo en el último mes				Valor p Chi <sup>2</sup>
		Sí		No		
		N	%	N	%	
Convivencia con los dos padres	Si	17	48.6%	114	45.6%	0.741
	No	18	51.4%	136	54.4%	
Consumo de SPA en la familia	Si	9	25.7%	53	21.2%	0.544
	No	26	74.3%	197	78.8%	
Relaciones familiares	Excelente- Buena	23	67.6%	198	83.5%	0.025**
	Regular-Mala	11	32.4%	39	16.5%	

Nota: \*\* p < 0.01. Fuente: elaboración propia.

Tabla 7. *Distribución del consumo de cigarrillo en el último año por razones de consumo.*

		Consumo de cigarrillo en el último año				Valor p Chi <sup>2</sup>
		Sí		No		
		N	%	N	%	
Problemas familiares	Si	19	63.3%	38	14.9%	0.000**
	No	11	36.7%	217	85.1%	
Problemas con amigos	Si	5	8.8%	3	1.3%	0.002**
	No	52	91.2%	225	98.7%	
Problemas personales	Si	12	21.1%	9	3.9%	0.000**
	No	45	78.9%	219	96.1%	
Presión de amigos	Si	1	1.8%	0	0.0%	0.045**
	No	56	98.2%	228	100.0%	
Dificultades académicas	Si	4	7.0%	4	1.8%	0.031**
	No	53	93.0%	224	98.2%	
Sensaciones que provoca el consumo	Si	12	21.1%	12	5.3%	0.000**
	No	45	78.9%	216	94.7%	

Nota: \*\* p < 0.01. Fuente: elaboración propia.

La distribución del consumo de cigarrillo en el último año por razones de consumo se presenta en la tabla 7 y se observó una asociación significativa con todas.

Tabla 8. *Distribución del consumo de alcohol en el último año por variables familiares (convivencia con los dos padres, antecedentes de consumo de SPA a nivel familiar y relaciones familiares).*

		Consumo de alcohol en el último año				Valor p Chi <sup>2</sup>
		Sí		No		
		N	%	N	%	
Convivencia con los dos padres	Si	69	43.7%	62	48.8%	0.386
	No	89	56.3%	65	51.2%	
Consumo de SPA en la familia	Si	39	24.7%	23	18.1%	0.181
	No	119	75.3%	104	81.9%	
Relaciones familiares	Excelente- Buena	123	82.6%	98	80.3%	0.639
	Regular-Mala	26	17.4%	24	19.7%	

Fuente: elaboración propia.

Tabla 9. *Distribución del consumo de alcohol en el último mes por variables familiares (convivencia con los dos padres, antecedentes de consumo de SPA a nivel familiar y relaciones familiares).*

		Consumo de alcohol en el último mes				Valor p Chi <sup>2</sup>
		Sí		No		
		N	%	N	%	
Convivencia con los dos padres	Si	37	42.5%	94	47.5%	0.440
	No	50	57.5%	104	52.5 %	
Consumo de SPA en la familia	Si	23	26.4%	39	19.7%	0.204
	No	64	73.6%	159	80.3%	
Relaciones familiares	Excelente- Buena	64	76.2 %	157	84.0%	0.127
	Regular-Mala	20	23.8 %	30	16.0%	

Fuente: elaboración propia.

La distribución de consumo de alcohol en el último año, respecto a la convivencia con los dos padres es semejante en los grupos de consumo y no consumo. En el grupo de no consumo, se observa que el 81.9% no hay antecedentes de consumo en la familia. Respecto a las relaciones familiares, éstas son calificadas como excelentes y buenas, y los porcentajes son semejantes en los grupos de consumo y no consumo (82.6% y 80.3%). No se observaron asociaciones estadísticamente significativas del consumo de alcohol en el último año y las variables familiares, como se presenta en la tabla 8.

Respecto al consumo de alcohol en el último mes por variables familiares, se observó una distribución semejante en cuanto a la convivencia con los dos padres en los grupos de consumo y no consumo. En cuanto al consumo de SPA en la familia, solo el 26.4% de los participantes que manifestaron consumo, reportaron antecedentes de sus familias en este sentido. Respecto a las relaciones familiares, los mayores porcentajes en los grupos de consumo y no consumo, corresponden a relaciones excelentes y buenas (76.2% y 84%). No se observaron asociaciones significativas (tabla 9).

La distribución del consumo de alcohol en el último año por razones de consumo que se presenta en la tabla 10, muestra solo la asociación significativa con la búsqueda de sensaciones.

En cuanto a la distribución de consumo de marihuana en el último año por variables familiares, como lo indica la tabla 11, La mayoría del grupo de consumo, no convive con los dos padres (71.4%). También se observa que el 76.2% del grupo de consumo no presenta antecedentes familiares de consumo de SPA. En cuanto a las relaciones familiares, en el grupo de no consumo, el 84.1% señalan que son excelentes y buenas, siendo esta variable la que mostró asociación significativa con el consumo de marihuana en el último año. Así mismo, el consumo de marihuana en el último mes, mostró asociación con las relaciones familiares (tabla 12).

Tabla 10. *Distribución del consumo de alcohol en el último año por razones de consumo.*

		Consumo de alcohol en el último año				Valor p Chi <sup>2</sup>
		Sí		No		
		N	%	N	%	
Problemas familiares	Si	20	12.7%	10	7.9%	0.191
	No	138	87.3%	117	92.1%	
Problemas con amigos	Si	4	2.5%	4	3.1 %	0.754
	No	154	97.5%	123	96.9%	
Problemas personales	Si	13	8.2 %	8	6.3%	0.536
	No	145	91.8%	119	93.7 %	
Presión de amigos	Si	1	0.6%	0	0.0%	0.369
	No	157	99.4%	127	100.0%	
Dificultades académicas	Si	4	2.5 %	4	3.1 %	0.754
	No	154	97.5%	123	96.9%	
Sensaciones que provoca el consumo	Si	18	11.4%	6	4.7%	0.044**
	No	140	88.6%	121	95.3%	

Nota: \*\* p < 0.01. Fuente: elaboración propia.

Tabla 11. *Distribución del consumo de marihuana en el último año por variables familiares (convivencia con los dos padres, antecedentes de consumo de SPA a nivel familiar y relaciones familiares).*

		Consumo de marihuana en el último año				Valor p Chi <sup>2</sup>
		Sí		No		
		N	%	N	%	
Convivencia con los dos padres	Si	6	28.6%	125	47.3%	0.097
	No	15	71.4%	139	52.7 %	
Consumo de SPA en la familia	Si	5	23.8%	57	21.6%	0.813
	No	16	76.2%	207	78.4%	
Relaciones familiares	Excelente- Buena	10	50.0%	211	84.1%	0.000**
	Regular-Mala	10	50.0%	40	15.9%	

Nota: \*\* p < 0.01. Fuente: elaboración propia.

Tabla 12. *Distribución del consumo de marihuana en el último mes por variables familiares (convivencia con los dos padres, antecedentes de consumo de SPA a nivel familiar y relaciones familiares).*

		Consumo de marihuana en el último mes				Valor p Chi <sup>2</sup>
		Sí		No		
		N	%	N	%	
Convivencia con los dos padres	Si	3	27.3%	128	46.7%	0,205
	No	8	72.7 %	146	53.3%	
Consumo de SPA en la familia	Si	0	0.0%	62	22.6%	0,074
	No	11	100%	212	77.4%	
Relaciones familiares	Excelente- Buena	5	50.0%	216	82.8%	0.009**
	Regular-Mala	5	50.0%	45	17.2%	

Nota: \*\* p < 0.01. Fuente: elaboración propia.

Tabla 13. *Distribución del consumo de marihuana el último año por razones de consumo.*

		Consumo de marihuana en el último año				Valor p Chi <sup>2</sup>
		Sí		No		
		N	%	N	%	
Problemas familiares	Si	9	42.9%	21	8.0%	0.000**
	No	12	57.1%	243	92.0%	
Problemas con amigos	Si	3	14.3%	5	1.9%	0.001**
	No	18	85.7%	259	98.1%	
Problemas personales	Si	9	42.9%	12	4.5%	0.000**
	No	12	57.1 %	252	95.5%	
Presión de amigos	Si	1	4.8 %	0	0.0%	0.000**
	No	20	95.2%	264	100.0%	
Dificultades académicas	Si	5	23.8%	3	1.1%	0.000**
	No	16	76.2%	261	98.9%	
Sensaciones que provoca el consumo	Si	9	42.9%	15	5.7%	0.000**
	No	12	57.1%	249	94.3%	

Nota: \*\* p < 0.01. Fuente: elaboración propia.

La distribución del consumo de marihuana en el último año por razones de consumo se presenta en la tabla 13, mostró asociación estadísticamente significativa con cada una de ellas.

Por otro lado, se realizó el análisis de correlación entre las variables clínicas de estudio, empleando el coeficiente de correlación de Pearson, los resultados se presentan en la Tabla 14.

Las correlaciones que indican \*\* implican que son significativas en el nivel 0.01 y \* la correlación es significativa en el nivel 0.05. Se observa la correlación de todas las variables, excepto de la subescala de avance en dirección a los valores, cuya correlación con las variables clínicas es baja.

Tabla 14. *Correlaciones de Pearson entre inflexibilidad psicológica, depresión, ansiedad, estrés, seguimiento de reglas tipo pliance y consistencia con valores.*

Variables	Instrumento	1	2	3	4	5	6	7	8
Inflexibilidad psicológica	AFQ-Y	-							
Depresión	DASS-21(depresión)	.608**	-						
Ansiedad	DASS-21 (ansiedad)	.580**	.864**	-					
Estrés	DASS-21 (estrés)	.587**	.851**	.863**	-				
Depresión, ansiedad y estrés (total)	DASS-21 (total)	.622**	.953**	.953**	.949**	-			
Seguimiento de reglas tipo pliance	GPQ-C	.588**	.459**	.472**	.479**	.494**	-		
Dificultad para encaminarse a valores	VQ –Obstrucción	.590**	.525**	.545**	.572**	.575**	.522**	-	
Avance en dirección a valores	VQ-Progreso	.189**	-.005	.072	.124*	0.65	.157**	.281**	-

Note: AFQ-Y= Avoidance and Fusion Questionnaire - Youth; DASS-21= Depression Anxiety Stress Scale-21; GPQ-C= Generalized Pliance Questionnaire – Children, VQ= Valuing Questionnaire. \*\*p<.01, \*p<.05

Fuente: elaboración propia

Los resultados del análisis de diferencia de medias entre los grupos de consumo y no consumo de cigarrillo en el último año, muestran que si hay diferencias estadísticamente significativas en la inflexibilidad psicológica y en la dificultad para encaminarse a los valores (<0.05), como se presenta en la tabla 15.

Los resultados del análisis de diferencia de medias entre los grupos de consumo y no consumo de cigarrillo en el último mes, muestran que si hay diferencias estadísticamente significativas en la inflexibilidad psicológica, como se observa en la tabla 16.

Tabla 15. *Pruebas t para los grupos de consumo y no consumo de cigarrillo en el último año.*

<b>Variable</b>	<b>t</b>	<b>GI</b>	<b>P</b>
Inflexibilidad psicológica	3.863	283	.000
Dificultad para encaminarse a valores	2.061	283	.040
Avance en dirección a valores	-0.816	283	.415

Tabla 16. *Pruebas t para los grupos de consumo y no consumo de cigarrillo en el último mes.*

<b>Variable</b>	<b>t</b>	<b>GI</b>	<b>P</b>
Inflexibilidad psicológica	2.645	283	.009
Dificultad para encaminarse a valores	1.012	283	.312
Avance en dirección a valores	-1.635	283	.103

Tabla 17. *Pruebas t para los grupos de consumo y no consumo de alcohol en el último año.*

<b>Variable</b>	<b>t</b>	<b>GI</b>	<b>P</b>
Inflexibilidad psicológica	1.267	283	.206
Dificultad para encaminarse a valores	1.663	283	.097
Avance en dirección a valores	1.665	283	.097

Las pruebas de diferencia de medias no evidenciaron diferencias estadísticamente significativas para los grupos de consumo y no consumo de alcohol en el último año y en el último mes (tabla 17 y 18). De igual manera no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas para los grupos de consumo y no consumo de marihuana en el último año y en el



último mes (tabla 19 y 20).

Tabla 18. Pruebas t para los grupos de consumo y no consumo de alcohol en el último mes.

<b>Variable</b>	<b>t</b>	<b>GI</b>	<b>P</b>
Inflexibilidad psicológica	1.251	283	.212
Dificultad para encaminarse a valores	1.398	283	.163
Avance en dirección a valores	.340	283	.734

Tabla 19. Pruebas t para los grupos de consumo y no consumo de marihuana en el último año.

<b>Variable</b>	<b>t</b>	<b>GI</b>	<b>P</b>
Inflexibilidad psicológica	1.783	283	.081
Dificultad para encaminarse a valores	.986	283	.325
Avance en dirección a valores	-.583	283	.560

Tabla 20. Pruebas t para los grupos de consumo y no consumo de marihuana en el último mes.

<b>Variable</b>	<b>t</b>	<b>GI</b>	<b>P</b>
Inflexibilidad psicológica	1.024	283	.307
Dificultad para encaminarse a valores	.676	283	.500
Avance en dirección a valores	-.728	283	.467

Tabla 21. *Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas de acuerdo al sexo en la muestra total (N=285).*

Sustancia	Consumo								
	Alguna vez en la vida			En el último año			En el último mes		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
<b>Cigarrillo</b>	33.3%	33.3%	33.3%	19.4%	20.6%	20.0%	11.8%	12.8%	12.3%
	(48)	(47)	(95)	(28)	(29)	(57)	(17)	(18)	(35)
<b>Alcohol</b>	65.3%	56.7%	61.1%	59.0%	51.8%	55.4%	32.6%	28.4%	30.5%
	(94)	(80)	(174)	(85)	(73)	(158)	(47)	(40)	(87)
<b>Tranquilizantes</b>	3.5%	4.3%	3.9%	1.4%	0.7%	1.1%	0.7%	1.4%	1.1%
	(5)	(6)	(11)	(2)	(1)	(3)	(1)	(2)	(3)
<b>Estimulantes</b>	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%	0.0%	0.4%	0.0	0.7%	0.4%
	(1)	(1)	(2)	(1)	(0)	(1)	(0)	(1)	(1)
<b>Inhalables</b>	0.7%	4.3%	2.5%	0.7%	0.0%	0.4%	0.7%	0.7%	2.5%
	(1)	(6)	(7)	(1)	(0)	(1)	(1)	(1)	(7)
<b>Marihuana</b>	13.2%	13.5%	13.3%	5.6%	9.2%	7.4%	2.1%	5.7%	3.9%
	(19)	(19)	(38)	(8)	(13)	(21)	(3)	(8)	(11)
<b>Basuco</b>	0.7%	0.7%	0.7%	0.0%	1.4%	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%
	(1)	(1)	(2)	(0)	(2)	(2)	(1)	(1)	(2)
<b>Cocaína</b>	3.5%	1.4%	2.5%	1.4%	0.0%	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%
	(5)	(2)	(7)	(2)	(0)	(2)	(1)	(1)	(2)
<b>Éxtasis</b>	0.0%	0.7%	0.4%	2.1%	0.0%	1.1%	0.7%	0.7%	0.7%
	(0)	(1)	(1)	(3)	(0)	(3)	(1)	(1)	(2)
<b>Heroína</b>	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%	0.4%	0.7%	0.7%	0.7%
	(1)	(1)	(2)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(2)
<b>Metanfetamina</b>	1.4%	0.7%	1.1%	1.4%	0.0%	0.7%	0.7%	0.7	0.7%
	(2)	(1)	(3)	(2)	(0)	(2)	(1)	(1)	(2)
<b>LSD</b>	0.7%	3.6%	2.1%	0.0%	1.4%	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%
	(1)	(5)	(6)	(0)	(2)	(2)	(1)	(1)	(2)
<b>Hongos</b>	2.1%	2.8%	2.5%	0.7%	0.0%	0.4%	1.4%	0.7%	1.1%
	(3)	(4)	(7)	(1)	(0)	(1)	(2)	(1)	(3)

Fuente: elaboración propia

La prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas de acuerdo al sexo en los indicadores alguna vez en su vida, en el último año y el último mes se encuentran los mayores porcentajes del uso drogas el alcohol, cigarrillo, marihuana, tranquilizantes; ocupando el primer lugar el alcohol entre los indicadores de consumo, tanto en hombres con mayor porcentaje más que en mujeres, mientras que las demás son resultados más bajos en donde la utilización también tanto en hombres como en mujeres ya es más proporcionado o iguales, en algunos casos no se encuentra hallazgo de consumo de acuerdo a los 285 encuestados.

## DISCUSION

El objetivo de la presente investigación fue establecer la relación entre la flexibilidad psicológica y la consistencia con los valores en adolescentes de la ciudad de Bogotá, se encontró que las sustancias que presentaron mayor prevalencia de consumo fueron: alcohol, cigarrillo, marihuana, tranquilizantes, ya que se pueden ver altos porcentajes en el consumo alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes, esto es coherente con los hallazgos de otras investigaciones en el contexto nacional e internacional que muestra que estas sustancias son las de mayor consumo (UNODC, 2013). Sobresale el alcohol, con un consumo de 61,1% alguna vez en la vida, dato que se puede comparar con un estudio nacional de consumo de SPA, en donde también se muestra que el consumo actual del alcohol tiene un porcentaje de 64%. (ICBF & DNE, 2009).

Respecto a la edad de inicio de consumo, se observó que el rango más frecuente fue de 13 años (13.7%). En investigaciones del año 2005 la cifras de consumo de SPA, han mostrado que el inicio de consumo se sitúa en el rango de edades de entre 14 hasta los 18 años, así como en el año 2000 jóvenes entre 12 y 17 años de edad (Pérez, Mejía, Reyes & Cardozo, 2015).

Los resultados encontrados en esta investigación sobre la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas en los estudiantes encuestados según su género (hombres/mujeres), el alcohol es la sustancia con mayor índice de consumo, seguida del cigarrillo, marihuana y tranquilizantes en dónde los hombres son mayores consumidores que las mujeres. Hay investigaciones que nos demuestran que en los grupos con mayor prevalencia, se tienen mayor riesgo de recaer, ya que en las demás se puede dar consumo pero con menores índices (Páez, et al 2012).

En cuanto a las razones de consumo se destacaron los problemas familiares, la sensación que produce, problemas personales, dificultades académicas, presión de los amigos. Dados estos resultados hay diferentes investigaciones en la que nos afirma que tanto estos factores influyen, pero suele tener mayor influencia el ambiente familiar (UNODC, 2013).

Los antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas en la familia, si bien tuvieron un porcentaje bajo (21,8%), constituye un factor de riesgo para los jóvenes (Aguirre-Guiza, Aldana-Pinzón, & Bonilla-Ibáñez, 2016). Precisamente, se encontró una asociación entre el consumo de cigarrillo en el último año y el consumo de SPA en la familia.

Se observaron en las variables clínicas evaluadas, altos niveles medios de sintomatología de depresión, ansiedad, estrés, seguimiento de reglas tipo pliance, inflexibilidad psicológica y dificultad para encaminarse hacia los valores, y en el análisis de correlación mostraron estar relacionadas entre sí, como suele ser frecuente, según afirman algunos autores (Luciano, Valdivia, Gutiérrez, Páez-Blarrina, 2006, pag. 191).

Respecto a la inflexibilidad psicológica y la consistencia con valores, son pocas las investigaciones que se han hecho. Suelen ser más frecuentes estudios que evalúen ansiedad, depresión y estrés, como categorías diagnósticas, y la mayoría de ellos son referidos a adultos, siendo aún poca la investigación con adolescentes (Ruiz, Garcia-Palacios, Gómez – Becerra, 2016).

Si bien la mayoría de la muestra evidenció ausencia de depresión (43.9%), hay que tener en cuenta que la depresión es una de las principales causas de consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes y ésta, puede ser también consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas (Ministerio de protección social, 2003). Respecto a la ansiedad, hay

diferentes tipos que se pueden presentar en la adolescencia: ansiedad por separación, trastornos de evitación en la infancia y trastornos de ansiedad generalizada, que suelen ser tratados mediante terapia cognitivo– conductual (Ballesteros-Cabrera, Sarmiento-López 2013), por lo que al detectar la sintomatología, se puede hacer una intervención oportuna que reduzca el riesgo de que un problema emocional sea que detonante para el consumo de SPA.

Para la prevalencia de estrés, el 11.2% de los participantes, se situaron en un nivel severo, investigaciones escolares muestran que esta variable en espacios educativos afecta el rendimiento académico (Maturana & Vargas, 2015) y puede constituir una variable que incrementa el riesgo de consumo.

En el caso de la prevalencia de obstrucción en dirección a los valores, evaluada con el VQ –, el 71.6% indicó un nivel bajo, mientras que el 9.8% señaló un nivel medio y el 18.6% un nivel alto. Esta variable que se asoció con el consumo de cigarrillo en el último año, cuenta con pocas investigaciones en las que se haya explorado, por lo que este estudio aporta evidencia de la relación entre estas variables, que debe continuarse explorando.

Por lo anterior, se decidió abordar en este estudio, la relación que pudieran tener la inflexibilidad psicológica o evitación experiencial, y la consistencia con valores, por ser un campo poco estudiado y podría aportar evidencia de la pertinencia de emplear intervenciones como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para el tratamiento de esta condición clínica.

El trastorno de evitación experiencial es una actuación persistente orientada a la eliminación de eventos privados indeseados, y está relacionado con problemas de ansiedad, la depresión, el alcoholismo y otras adicciones teniendo como consecuencia a largo plazo una

disminución y restricción en la vida de las personas. Según un estudio realizado en cuanto a la dependencia a la nicotina, se pudo encontrar que los bajos niveles de evitación e inflexibilidad, aumentan la abstinencia cuando está en un tiempo de seguimiento, (Perea-Gil, 2017), esto es coherente con los hallazgos de esta investigación en donde se pudieron observar las diferencias entre los grupos de consumo y no consumo de cigarrillo en el último año y en el último mes, en el AFQ-Y que medía evitación experiencial. Existen investigaciones que de acuerdo a lo anteriormente mencionado, muestran que el consumo de esta sustancia tiene que ver con características individuales (Cogollo, Gómez, Campo, 2009).

La inflexibilidad psicológica se ha abordado en el tratamiento de consumo de sustancias psicoactivas en investigaciones con adultos especialmente, se reportan diferentes estudios de caso y estudios controlados, con sustancias como el alcohol, tabaco, opiáceos, cocaína, heroína, metanfetaminas y marihuana; sin embargo solo una de las investigaciones contó con población adolescente, en el abordaje del consumo de metanfetaminas. No obstante, la evidencia de ACT en el tratamiento del consumo y abuso de SPA en general, brinda orientaciones para su aplicación en adolescentes, no solo en la intervención, sino en la prevención de esta problemática, dada la eficacia que también ha tenido en programas de prevención y promoción de la salud mental en adolescentes.

## CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio evidencian la prevalencia del consumo de sustancias en una población adolescente entre 13 y 18 años en la ciudad de Bogotá, destacándose el consumo de alcohol, cigarrillo y marihuana, como se ha reportado en otras investigaciones a nivel internacional y local. Las razones más frecuentes corresponden a problemas familiares, lo que respalda la importancia del contexto familiar, como factor protector o de riesgo para el consumo de SPA.

Se logró establecer la asociación entre el consumo de cigarrillo en el último año con el consumo de SPA en la familia, así como con las diferentes razones de consumo. De igual manera, se observó la asociación entre el consumo de cigarrillo en el último mes y las relaciones familiares. También se pudo observar la asociación del consumo de marihuana en el último año y el último mes con las relaciones familiares, y las diferentes razones de consumo.

Fue evidente la correlación de la inflexibilidad psicológica con las diferentes variables clínicas, lo que muestra que la evitación experiencial guarda relación con las distintas alteraciones emocionales y afectivas, que han sido documentadas en otras investigaciones. Finalmente se logró establecer la relación entre el consumo de cigarrillo en el último año, con la flexibilidad psicológica y la consistencia con valores, relación que no se evidenció con las otras sustancias evaluadas (alcohol y marihuana), lo que permite plantear intervenciones que aborden la evitación experiencial para el tratamiento del consumo de esta sustancia, en adolescentes.

Se recomienda plantear programas de intervención basados en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), cuyo objetivo es el desarrollo de flexibilidad psicológica y mayor consistencia con los valores, pues si bien se han implementado con adultos, aún no hay evidencia

de su aplicación con adolescentes. Así mismo, es necesario que en la formulación de la intervención, ésta se encuentre contextualizada a los jóvenes, pues existen diferencias en el abordaje habitual que se hace con adultos, que es la población en la que más evidencia empírica existe de ACT.

De igual manera, dados los resultados que indican la influencia de las relaciones familiares y la condición de consumo en la familia, se debe contemplar en el tratamiento, la vinculación de la familia, para hacer un abordaje más eficaz, que realmente tenga un impacto en la reducción o eliminación del consumo.

Las limitaciones en el estudio tuvieron que ver con la gestión para la consecución de la muestra ante la institución y los padres, aspecto que es frecuente en investigaciones con menores de edad, por lo que se debe tener en cuenta este aspecto en la formulación de trabajos descriptivos o de intervención. Otra limitación, tiene que ver con el no poder generalizar los resultados, pues si bien fue una muestra estadísticamente significativa, se deben realizar más estudios con población adolescente, que permitan establecer la relación entre consumo de SPA, inflexibilidad psicológica y consistencia con valores.



**REFERENCIAS**

- Acosta, D. (2015). Factores biológicos que predisponen la dependencia a sustancias psicoactivas estimulantes. *Grafías*, (28), 51-61. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5615660.pdf>
- Agudelo, B., M., E., & Estrada, A. P. (2012). Cultura de prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en la familia. *Trabajo social*, 14, 79-92.
- Aguirre-Guiza, N. C., Aldana-Pinzón, & Bonilla-Ibáñez, (2016). Factores familiares de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de una institución de una educación media técnica en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 19 (1).
- Alarcón, P., A. (2008). Fundamentos técnicos de la psicoterapia de apoyo. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 37(1).
- Alberdi, S., J.; Taboada, O.; Castro, D., C. & Vásquez, V., C. (2006). Depresión. *Guías clínicas*. 6, (11).
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10(2), 176-181.  
<http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176>
- Blasco, J., Martínez-Raga, J., Carrasco, E., & Didia- Attas, J., (2008). Atención y craving o ganas compulsivas. Avances en su conceptualización y su implicación en la prevención de recaídas. *Adicciones*.20, (4), 365-376.
- Ballesteros-Cabrera, M., P., & Sarmiento-López, J. (2013). Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: comparación entre tratamientos farmacológicos y terapias psicológicas. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica* , 3 (2), 184-195.

- Barnes-Holmes, D., Rodríguez, V., M., & Whelan, R., (2005). La teoría de los marcos relacionales y el análisis experimental del lenguaje y la cognición. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 37, 2, 255-275.
- Batten, S. V., & Hayes, S. C. (2005). Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Comorbid Substance Abuse and Post-Traumatic Stress Disorder: A Case Study. *Clinical Case Studies*. 4(3), 246-262.
- Becoña, E. (1995). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención en drogas. *Madrid: Universidad Santiago de Compostela*.
- Becoña, I., E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. *Ministerio del interior Delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas*.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2009). *Manual de Psicopatología, Volumen I*. Madrid: McGraw-Hill.
- Bijttebier, P., Raes, F., Yasey, M., W., Bastin, M., Ehring, T., W. (2015). Assessment of Repetitive Negative Thinking in children: the Perseverative Thinking Questionnaire – Child Version (PTQ-C). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 34, (1), 164-170.
- Bringas, C., Rodríguez, F. J. & Moral, M. V. (2010). Consumo de drogas en población reclusa. Relación diferencial entre abuso de sustancias psicoactivas y reincidencia. *Salud y Drogas*, 10(2), 67-90.
- Bricker, J., Wyszynski, C., Comstock, B., & Heffner, J., L. (2013). Pilot randomized controlled trial of web-based acceptance and commitment therapy for smoking cessation. *Nicotine & Tobacco Research*. 15, (10).
- Bricker, J., B., Bush, T., Zbikowski, S., M., Mercer, L., D., & Heffner, J., L. (2014). Randomized trial of telephone-delivered acceptance and commitment therapy versus cognitive behavioral

therapy for smoking cessation: a pilot study. *Nicotine & Tobacco Research*.

Bricker, J., B. et al (2014). Randomized, controlled pilot trial of a smartphone app for smoking cessation using acceptance and commitment therapy. *Drugs Alcohol Depend.*

Bobes, J., & Calafat, A., (2000). De la neurobiología a la psicología del uso abuso del cannabis. *Revista Adicciones*. 12 (3) <http://file:///D:/Downloads/monografa%20cannabis%202000.pdf>.

Brown, R., A., et al (2005). Development and preliminary randomized controlled trial of a distress tolerance treatment for smokers with a history of early lapse. *Nicotine & Tobacco Research*.

Brown, R., A., et al. (2008). Distress tolerance treatment for early-lapse smokers. Rationale, program description, and preliminary findings. *Behavior Modification*. 32, 302-32.

Calderón-Romero, E., A., & Cáliz-Romero, N., E. (2015). Juventud y universidad: sujetos y escenarios para el debate crítico y autor reflexivo sobre el consumo de sustancias psicoactivas de uso legal e ilegal.

*Rev.Gerenc.Polít.Salud*.14(28):123141.<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.Rgyps18-28.juse>

Canales Q., G., F., Díaz de P. T., Guidorizzi Z. A., C., & Arena V., C., A. (2012). Consumo de drogas psicoactivas y factores de riesgo familiar en adolescentes. *Revista CUIDARTE*. 3 (1), 260-269. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/3595/359533179002.pdf>.

Campo, A., A., Dallos, B., C., M., González, R., S., J., Rodríguez, R., D. C., Sánchez, H., Z., M. & Díaz, M., L., A. (2007). Consumo de cigarrillos y síntomas depresivos en estudiantes de Bucaramanga, Colombia. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 105, 12-16.

Caravaca, M., J., A., Noh, S., Hamilton, H., Brands, B., Gastaldo, D., Miotto, W., M., G. (2015). Factores socioculturales y consumo de drogas entre estudiantes universitarios costarricenses. *Texto contexto Enferm, Florianopolis*. 24, 145,53.

- Cobos-Sánchez, L., Fluja – Contreras, J., M., & Gómez- Becerra, I., (2017). Intervención en flexibilidad psicológica como competencia emocional en adolescentes: una serie de casos. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 4 (2), 135-141.
- Colado, M. J. (2008) Éxtasis (MDMA) y drogas de diseño: estructura, farmacología, mecanismos de acción y efectos en el ser humano. *Trastornos Adictivos*. 10(3):175-82 Recuperado de: [file:///D:/Downloads/13128592\\_S300\\_es%20\(1\).pdf](file:///D:/Downloads/13128592_S300_es%20(1).pdf).
- Cogollo Z, Gómez E, Campo A. (2009) Consumo de cigarrillo entre estudiantes de Cartagena, Colombia: factores familiares asociados. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 27(3): 259-263.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2010). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Recuperado de: <file:///D:/Downloads/Manual%20de%20adicciones%20para%20psicologos%20especialistas%20en%20psicologia%20clinica%20en%20formacion,%20Elisardo%20Becona,%20Maite%20Cortes,%202011.pdf>
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos—Institutos Nacionales de la Salud (2009). Los inhalantes. Recuperado de: [http://www.manantiales.org/pdf/informacion/Los%20Inhalantes%20\(NIDA\).pdf](http://www.manantiales.org/pdf/informacion/Los%20Inhalantes%20(NIDA).pdf)
- Diputación de Alicante. Área de Igualdad y Juventud.2012. Género y drogas. Guía informativa recuperada de: [http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/GuiaGenero\\_Drogas.pdf](http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/GuiaGenero_Drogas.pdf).
- El Congreso de Colombia (2006). Ley 1090 de 2006. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Diario Oficial.

El Congreso de Colombia (2012). Ley No.1566 2012. “Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional entidad comprometida con la Prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias Psicoactivas.”

El congreso de Colombia (2013). Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones.

El ministro de salud (1993). Resolución número 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Espada, J., P., Griffin, K., W., Botvin, G., J., & Méndez, X. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 23, (84) pp. 9-17. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808402>

Fantín, M., B., & García, H., D. (2011) Factores familiares, su influencia en el consumo de sustancias adictivas. *Ajayu*. 9(2). 193-214.

Ferrel, F., Ferrel, L., Alarcón, A., & Delgado, K. (2016). El consumo de sustancias psicoactivas como indicador de deterioro de la salud mental en jóvenes escolarizados. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 10(2), 43-54.

Ferro, G., R., (2000). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un ejemplo de Evitación experiencial. *Psicothema*. 12, (3), 445-450, Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/337/33712017009.pdf>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2002). Adolescencia es una etapa fundamental. Recuperado de: [https://www.unicef.org/ecuador/pub\\_adolescence\\_sp.pdf](https://www.unicef.org/ecuador/pub_adolescence_sp.pdf).

Fuerzas militares de Colombia comando general dirección general de sanidad militar (2014). Abordaje clínico en adicciones. *Subsistema de salud de las fuerzas militares ssfm*.

- Gainza, I., Nogué, S., Martínez, V. C., Hoffman R. S., Burillo-Putze G., Dueñas A., Gómez J., M. & Pinillos M. A. (2003). Intoxicación por drogas. *ANALES Sis San Navarra*. 26 (1) 99-128. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v26s1/seis.pdf>.
- García-Baquero., M; Tobón- Borrero, L. & Ramírez-Duarte, M. (2011). Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios en Villavicencio 2009-2010. *Revista CUIDARTE*, 2 (1). 161-167.
- García-Rodríguez, O., Secades-Villa, R., García-Fernández, G., Sánchez-Hervás, E., & Zacarés-Romaguera, F. (2009). El Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA) más terapia de incentivos para el tratamiento de la adicción a la cocaína. *Norte de salud mental*. 34. 7-14
- Greco, L. A., Lambert, W., & Baer, R. A. (2008). Psychological inflexibility in childhood and adolescence: Development and evaluation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth. *Psychological Assessment*, 20(2), 93-102.
- Gómez, F., J., A., Luengo, M., Á., & Romero, T., E. (2002). Prevención del consumo de drogas en la escuela: cuatro años de seguimiento de un programa, *Psicothema*, 14, (4), pp. 685-692.
- Gómez, R. D.T., Gutiérrez, H. M. & Londoño, S. P. (2013). Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá. *Psychologia. Avances de la disciplina*. 7(1).45-51. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v7n1/v7n1a05.pdf>.
- Gifford, E., V., et al. (2004). Acceptance-Based Treatment for Smoking Cessation. *Behavior Therapy*. 35, 689-705.
- Gifford, E. V., et al (2011). Does acceptance and relationship focused behavior therapy contribute to bupropion outcomes? A randomized controlled trial of functional analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy for smoking cessation. *Behavior Therapy*. 42, 700-715.
- González-Menéndez, A., Fernández, P., Rodríguez, F., & Villagrà, P. (2014). Long-term outcomes

of Acceptance and Commitment Therapy in drug-dependent female inmates: A randomized controlled trial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 14, 18-27.

Hayes, S., C., et al (2004), A preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with Polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts. *Behavior Therapy*, 35, 667-688.

Hayes, S., C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B., (2001). Relational Frame Theory. *Relational Frame Theory: A Précis*. 8. 141-154.

Hayes SC, Strosahl KD & Wilson K., G (1999). *Acceptance and commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.

Heffner, M., Eifert, G., H., Parker, B., T., Hernández, D., H., & Sperry, J., A. (2003). Valued Directions: Acceptance and commimet Therapy in the treatment of alcohol dependence. *Cognitive and Behavioral Practice*. 10, (4). 378-383

Heffner, J., L., Vilardaga, R., Mercer, L., D., Kientz, J., A., & Bricker, J., B., (2015). Feature-level Analysis of a Novel Smartphone Application for Smoking Cessation. *Am J Drugs Alcohol Abuse*. 41(1): 68–73

Henggeler., S., W. (2012). Terapia Multisistémica: Fundamentos Clínicos y Resultados de Investigación. *Psychosocial Intervention*. 21, 181-193

Hernández-Ardieta, M., L. (2010). Intervención psicológica en un trastorno adictivo desde el paradigma conductista radical. *Salud y drogas*. 10 (2), pp. 37-46

Hernández-Ardieta, M., L., (2013). Tratamiento psicológico de la impulsividad desde la perspectiva de las terapias de conducta de tercera generación. A propósito de un caso. *Anuario de Psicología* 43, (1). 117-127

Hernández-López, M., Luciano, M., C., Bricker, J., B., Róales-Nieto, J., G., & Montesinos, F.,

- (2009). Acceptance and Commitment Therapy for Smoking Cessation: A Preliminary Study of Its Effectiveness in Comparison With Cognitive Behavioral Therapy. *Psychology of Addictive Behaviors* 23, (4), 723–730.
- Hernández, R., E., M. (2015). Evaluación de un programa de prevención del consumo de sustancias psicoactivas para la infancia. *Salud y drogas*.15, (1). pp. 67-77.España
- Herrero, Y., M., N. (2003). Adolescencia, grupo de iguales, consumo de drogas y otras conductas problemáticas. *Revista de Estudios de Juventud*.63. 81-91.
- Ibáñez C., Á. (2008). Genética de las adicciones. *Adicciones*.20, (2). 103-109.
- Kornblit, A. L., Camarotti. A. C. & Di Leo, P. F. (2010). Prevención del consumo problemático de drogas. *Modulo I: La construcción social de la problemática de las drogas*. UNICEF. Recuperado de [http://files.unicef.org/argentina/spanish/Edu\\_ModulosESI.pdf](http://files.unicef.org/argentina/spanish/Edu_ModulosESI.pdf).
- Ledoux, S., Sizaret, A., Hassler, C. & Choquet, M. (2000). Consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia. Análisis de los estudios de cohorte. *Adicciones*, 12, 255-279
- Litvin, E., B., Kovacs, M., A., Hayes, P., L., & Brandon, T., H., (2012). Responding to tobacco craving: experimental test of acceptance versus suppression. *Psychology of Addictive Behaviors*. 26, (4), 830–837.
- López, Hernández-Adieta, M. (2014).Estado actual de la terapia de aceptación y compromiso en adicciones. *Health and Addictions* 14(2), 99-108.
- Luciano, M. C., Gómez, S., Hernández, M., & Cabello, F. (2001). Alcoholismo, evitación experiencial y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(113), 333-371.



- Luciano, C., Páez, B., M., & Valdivia, S., S. (2010). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de Evitación Experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 10, (1), 141-165.
- Luciano, S., M., C., & Valdivia, S., M., S., (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*. 27(2), 79-91
- Luciano, M., C., Valdivia, S., Gutiérrez, O., Páez-Blarrina, M., (2006). Avances desde la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Edupsykhé*. 5, (2), 173-201. Recuperado de: [file:///D:/Downloads/Dialnet-AvancesDesdeLaTerapiaDeAceptacionYCompromisoACT-2147831%20\(1\).pdf](file:///D:/Downloads/Dialnet-AvancesDesdeLaTerapiaDeAceptacionYCompromisoACT-2147831%20(1).pdf).
- Lugones, B., M., Ramírez, B., M., Pichs, G., L., A., & Miyar, P., E., (2006). Las consecuencias del tabaquismo. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 44, (3).
- Luoma, J., B., Kohlenberg, B., S., Hayes, S., C., & Fletcher, L. (2012). Slow and steady wins the race: A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. 80, (1). 43 –53.
- Luoma, J., B, Kohlenberg, B., S, Hayes, S., C, Bunting, K, Rye, A., K. (2008). Reducing selfstigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addict Res Theory*, 16, 149-65.
- Llano, S., L., Martínez, S., M., G., Torres, B., M., Ochoa, P., J., M. & Peláez O., D. (2017). Prevención del consumo de sustancias psicoactivas. Revisión teórica de los modelos y estrategias preventivas. *Drugs and Addictive Behavior*, 2(1), 131-141.
- Madoz, A., Saiz, A., Baca, E. & Ochoa, E. (2001). Aspectos criminológicos en pacientes adictos a heroína: Relación entre toxicomanía y delincuencia. *Acta Española de Psiquiatría*, 29(4), 221-227.

- Mak, Y., W. & Loke, A., Y. (2015). The acceptance and commitment therapy for smoking cessation in the primary health care setting: a study protocol. *BMC Public Health*. 15, 105.
- Mañas M., I., (2007). Nuevas terapias psicológicas: la tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología*. 40, 26-34.
- Martínez, G., F., Mulet, P., E., & Heras, R., M., D. (2003). Nexus Programa para la prevención del consumo de drogas. *Deporte y Vida*.
- Maturana, H., A., & Vargas, S., A. (2015). El estrés escolar. *REV.MED.CLIN.CONDES*. 26, (1) pp. 34-41.
- Mayet, S., Ferri, M., Amato, L. & Davoli, M. (2004). Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence. *Cochrane Drugs and Alcohol Group*, 25 (1).<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004330.pub2>.
- Medina, A., N., & Carvalho, F, M. das G. (2010). Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en un municipio de Colombia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 18, 504-512.
- Megan, M. K., Hannah, S., Forsyth, J., P., Ziedonis, D., M., Kalman, D., & Cooney J. L. (2015). Acceptance and commitment therapy smoking cessation treatment for veterans with posttraumatic stress disorder: a pilot study. *Journal of dual diagnosis*. 11(1), 50–55.
- Ministerio de salud (2002). Resolución 196 de Febrero 26 2002. Por la cual se dictan las normas técnicas, científicas y administrativas para el funcionamiento de los centros de atención, tratamiento y rehabilitación integral, que prestan servicios de salud a personas con problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas y se dictan otras disposiciones. Recuperado de:[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%20196%20DE%202002.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%20196%20DE%202002.pdf).

Ministerio de la protección Social & Fundación FES Social (2003). Estudio nacional de salud mental Colombia 2003. Recuperado el 12.12.2010 de:

[http://onasm.ces.edu.co/uploads/files/124303030\\_EstudioNacionalSM2003.pdf](http://onasm.ces.edu.co/uploads/files/124303030_EstudioNacionalSM2003.pdf).

Ministerio de salud (2006). Guía clínica tratamiento de personas con depresión. *Edición, Santiago: minsal*. 1. Recuperado de:

[http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/tools/Clinica-practice-guidelines-for-depresion\\_Chile.pdf](http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/tools/Clinica-practice-guidelines-for-depresion_Chile.pdf).

Ministerio de sanidad y consumo secretaría general de sanidad delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas (2007). Realidades mitos efectos tipos riesgo abuso consumo dependencia drogas Recuperado de: [http://www.hablemosdedrogas.org/system/application/views/uploads/data/pnsd\\_guia\\_drogas.pdf](http://www.hablemosdedrogas.org/system/application/views/uploads/data/pnsd_guia_drogas.pdf).

Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas y la Embajada de los Estados Unidos en Colombia. (2014). Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, 2013. Informe Final. Recuperado de: [https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio\\_de\\_Consumo\\_UNODC.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf).

Morales, B., N., Plazas, M., Sanchez, R., Arena, V., C., A., (2011). Factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enfermería. *Rev. Latino – Am. Enfermagem*.673-83.

Moreno B. C., & Zapata, P., L. (2013). Etnografía de prácticas delictivas y consumo de sustancias psicoactivas ilícitas entre jóvenes infractores de la ciudad de Manizales. *Virajes*, 15, (2)

Naranjo, P., M., L. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de este en el ámbito educativo. *Educación*. 33, (2). 171-190.

- Nowinski, Baker & Carroll, (1995). Twelve step facilitation therapy manual. A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. *National institute on alcohol abuse and alcoholism project match monograph series*. 1
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC) (2013). Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar. *Centro de información y educación para la prevención del abuso de drogas*. Recuperado de: [https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2014/LIBRO\\_ADOLESCENTES\\_SPAs\\_UNODC-CEDRO.pdf](https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2014/LIBRO_ADOLESCENTES_SPAs_UNODC-CEDRO.pdf)
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (2014), Estimulantes de tipo anfetamínica en América Latina. Recuperado de: [http://www.cicad.oas.org/Smart/Reports/4\\_SPA.pdf](http://www.cicad.oas.org/Smart/Reports/4_SPA.pdf)
- Páez, E., A., N., Solano, A., S., Duran, P., M., Mancilla, D., Suarez, E., Melgarejo, P., Flórez, G., Ortiz, E. (2012). Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios de la salud y ciencias sociales. *Cuidarte, revista de investigación programa de enfermería UDES*. Recuperada de <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v3n1/v3n1a11.pdf>.
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin R. (2009). Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. (11ed). *Mexicano McGraw-Hill* Recuperado: <http://file:///D:/Downloads/Psicologia%20Del%20Desarrollo%20De%20La%20Infancia%20A%20La%20Adolescencia%2011%20Ed.pdf>.
- Pardo, L. R., Álvarez, G. Y., Barral, T. D. & Farré, A. M. (2007). Cafeína: un nutriente, un fármaco, o una droga de abuso. *Adicciones*. 19 (3), 225-238.
- Penado, A.M. (2011). Repercusiones Penales de las Drogas Alucinógenas. *Anuario de Psicología Jurídica*. 21, 15-25.

- Peña-Olvera, F., R., (2003). Tratamiento multisistémico en adolescentes con trastorno disocial. *Salud pública*. 45, (1).124-131.
- Perea-Gil, L. F. (2017). La terapia de aceptación y compromiso para los trastornos por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas: una revisión descriptiva. *Drugs and Addictive Behavior*, 2(1), 99-121.3
- Pérez, B., Gutiérrez, E., Rodríguez, F. J. & Bringas, C. (2008). El maltrato y el proceso de socialización: Edad de inicio en el consumo de drogas en la conducta delictiva. En Rodríguez, F. J., Bringas, C., Fariña, F., Arce, R. y Bernardo, A. (Eds), *Psicología Jurídica. Entorno Judicial y Delincuencia*, 5 (PP. 231-299). Oviedo: Colección Psicología y Ley.
- Pérez, A., M. (2014). Las terapias de tercera generación como terapias contextuales. *Editorial Sintesis*.272 Recuperado de: file:///D:/Downloads/Las\_terapias\_de\_tercera\_generacion\_Como pdf
- Pérez, P., H.; Rubio, C.; Martín, R., E. & Hardisson, A. (2003). Toxicología de las drogas de síntesis. *Revista de Toxicología*.20 (3). 182-186
- Pérez, G., A., Mejía, T., J., Reyes, R., M., F. & Cardozo, M., F., (2015). Consumo de alcohol en menores de 18 años en Colombia. *Corporación nuevos rumbos*.
- Petersen C., L., & Zettle, R., D. (2009). Treating inpatients with comorbid depression and alcohol use disorders: a comparison of acceptance and commitment therapy versus treatment as usual. *The Psychological Record*. 59, 521–536
- Pons D., J., & Berjano, P., E. (1999). El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social. *Plan nacional sobre drogas*.
- República de Colombia: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE), (2009). Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en

adolescentes infractores de la ley en Colombia – 2009. *Documento de Proyecto*.

Rivera B. R. (2002). Sedación y Analgesia: una revisión. *Acta pediátr. Costarric.* 16 (1).

Román, F., Santibáñez, P., & Vinet, E., V., (2016). Uso de escalas de Depresión, Ansiedad, Estrés (DASS-21) como instrumentó de tamizaje en jóvenes con problemas clínicos. *Acta de investigación psicológica*, 6 (1), 2325 – 2336.

Rodríguez, F. J., Bringas, C., Rodríguez, L., López-Cepero, J., Pérez, B. & Estrada, C. (2011). Drug abuse and criminal family records in the criminal history of prisoners. *The European Journal of Psychology Applied to legal context*, 3(2), 89-105.

Rodríguez, R., J., C. & González, C., C., M. (2005). Drogas: información necesaria. *Congreso Internacional Virtual de Educación*. Recuperado de:  
[http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/24525/5\\_20\\_7.pdf?sequence=1](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/24525/5_20_7.pdf?sequence=1).

Ruiz, C., D., Garcia-Palacios, A., Gómez – Becerra, I., (2016). Desarrollo de la personalidad: relación con sensibilidad a la ansiedad, rigidez y regulación verbal. *Psicología Conduction*, 24, (1), 141-158.

Ruiz F., J. & Odriozola-González, P. (2014). The Spanish version of the Work-related Acceptance and Action Questionnaire (WAAQ). *Psicothema*. 26 (1), 63-68.

Ruiz, F. J., Garcia, M., M., B., Suarez, F. J. C., Odriozola, G., P. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish version of Depression anxiety and stress scale-21. *International journal of psychology & psychological therapy*, 17, 93-101

Ruiz, C., D. & Gómez, B., M., I., (2016). Papel del control instruccional en el estudio de las tendencias de regulación verbal. *Universitas Psychologica*. 15, (2).

Ruiz, Suárez-Falcón, Barbero-Rubio, & Flórez (2018). Development and initial validation of the Generalized Pliance Questionnaire. *In Journal of Contextual Behavioral Science in press*.

101.

- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Riaño-Hernández, D., & Gil, B. (2017). Psychometric properties of the Spanish version of the Valuing Questionnaire in Colombia. En revisión.
- Sabogal-Carmona J., S., & Urrego-Novoa J., R. (2012). Composición química de muestras de bazuco incautado en Colombia primer semestre de 2010. *Rev. Salud pública. 14* (6).
- Sahagún, F., L., M., & Salgado, P., C. (2013) Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) con hombres que cumplen condena por maltrato. Un estudio piloto. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy 2013, 13* (3) 289-305.
- Salazar, D., Ruiz, F., & Flórez, C. (Junio, 2017). Psychometric Properties of the Generalized Pliance Questionnaire: Children in Colombia. En ACBS World Conference 15th. Conferencia llevada a cabo en Sevilla, España.
- Seddon T. (2006). Drugs, Crime and Social Exclusion Social Context and Social Theory in British Drugs–Crime Research. *British Journal Criminology, 46*, 680-703.
- Sierra, J., C.; Ortega, V., Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E subjetividade, 3*, (1), 10-59.
- Smout, M., F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wendy, W., & White, J., M. (2010). Psychosocial Treatment for Methamphetamine Use Disorders: A Preliminary Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavior Therapy and Acceptance and Commitment Therapy. *Substance Abuse, 31*, 98–107.
- Smout, M., Davies, M., Burns, N., & Christie, A. (2014). Development of the Valuing Questionnaire (VQ). *Journal of Contextual Behavioral Science, 3*, 164-172
- Stein, M., D., et al. (2015). A preliminary randomized controlled trial of a distress tolerance treatment for opioid dependent persons initiating buprenorphine. *Drug and Alcohol*

*Dependence*. 147, 243-250.

Stotts, A., L., Masuda, A., & Wilson, K., (2009). Using Acceptance and Commitment Therapy during Methadone Dose Reduction: Rationale, Treatment Description, and a Case Report. *Cogn Behav Pract*, 16 (2), 205–213.

Stotts, A., L., et al. (2012). A stage I pilot study of acceptance and commitment therapy for methadone detoxification. *Drug and Alcohol Dependence*, 125, 215-222.

Thekiso, T., B., Murphy, P., Milnes, J., Lambe, K., Curtin, A., & Farren, F, K. (2015). Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Alcohol Use Disorder and Comorbid Affective Disorder: A Pilot Matched Control Trial. *Behavior Therapy*.

Twohig, M., P., Shoenberger, D., & Hayes S., C. (2007). A Preliminary Investigation of Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Marijuana Dependence in Adults. *Journal of applied behavior analysis*. 40, (4) 619–632.

Valdivia-Salas, S., Martín-Albo, J., Zaldívar, P., Lombas, A., & Jiménez, T. (2016). Spanish Validation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y). *Assessment*, 17, 1-13. Doi: 10.1177/1073191116632338

Vázquez, F., M., E., Muñoz, M., M., F., Fierro, U., A., Alfaro, G., M., & Rodríguez M., L., Bustamante, M., P. (2013). Estado de ánimo de los adolescentes y su relación con conductas de riesgo y otras variables. *Rev. Pediatr Aten Primaria*. 15 (59). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322013000400003>.

Vega., F., A. (2004). Las drogas y los medios de comunicación: ¿prohibir o domesticar? Apuntes para una nueva enseñanza-aprendizaje. *Enseñanza*, 22, 369-389.

Vicente, S. M. P., Saint-Gerons, D. M., Honrubia, de la F., C., González, B. D., Montero, C., D., & Catalá-López, F. (2013). Evolución del uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en



España durante el período 2000-2011. *Rev. Esp Salud Pública*, 87 (3).

Villagrà, L., P., & González, M., A. (2013). Acceptance and Commitment Therapy for drug abuse in incarcerated women. *Psicothema*. 25(3), 307-312.

Villagrà L. P., & González M., A (2013). Acceptance and Commitment Therapy for drug abuse in incarcerated women. *Psicothema*. 25, (3), 307-312.

Villagrà, L., P., Fernández, G., P., Filomena Rodríguez, L., F., & González –Menéndez, A., (2014). Acceptance and commitment therapy vs. cognitive behavioral therapy in the treatment of substance use disorder with incarcerated women. *Journal of Clinical Psychology*. 00(00), 1–14.

Volkow, N., D. (2005). Serie de reportes la heroína: abuso y adicción. *Instituto Nacional sobre el abuso de drogas de investigación*. Recuperado de: <http://www.fq.uh.cu/descargas/heroína.pdf>

Wilson, K. & Luciano, C. (2002). *La terapia de aceptación y compromiso (ACT) Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide

Zacarés G., J., J., Iborra, C., A., Tomás, M., J., M., & Serra D., E. (2009). El desarrollo de la identidad en la adolescencia y adultez emergente: Una comparación de la identidad global frente a la identidad en dominios específicos. *Anales de Psicología*. 25, (2). 316-329.

Zaldívar, Basurto, F., López, Ríos, F., Garcia Montes, J.M., & Molina-Moreno, A. (2011). Consumo auto informado de alcohol y otras drogas en población universitaria española. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*. 9(23), 113-132.

Zarza, G., M., J., Botella, G., A., Vidal-Infer, A., Ribeiro C., B., Bisetto, P., D., & Martí, E., J. (2011). Tratamiento ambulatorio intensivo del consumo de sustancias estimulantes. *Manual del terapeuta Sesiones psicoeducativas para usuarios*.

Zeng, E., Y., Heffner, J., L., Copeland, W., K., Mull, K., E., & Bricker, B., B. (2016). Get with the

program: Adherence to a smartphone app for smoking cessation. *Addictive Behaviors*. 63  
120–124

## ANEXOS

### 1. Consentimiento Informado

El propósito de este documento es proveer información sobre el estudio psicológico a los cuidadores de los participantes. El presente estudio es conducido por María Luisa Barreto Zambrano (Psicóloga, Magister en Psicología y Docente de la Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano) y María Paz Gómez (estudiante de psicología) y pretende explorar variables relacionadas con la salud emocional y sustancias psicoactivas. Los resultados del estudio permitirán avanzar en la caracterización de la salud emocional de los adolescentes, así como diseñar intervenciones que promuevan la salud mental y prevención del consumo de sustancias.

Si usted permite la participación del menor de edad a su cargo en este estudio, se le pedirá al menor de edad responder una serie de cuestionarios relacionados con su estado de ánimo, salud emocional y consumo de sustancias. Dicha evaluación será realizada en el colegio y tendrá una duración aproximada de 15 minutos. La evaluación no tiene ninguna contraindicación; sin embargo, el menor de edad podrá retirarse voluntariamente del estudio en cualquier momento y sin que esto le suponga ningún tipo de perjuicio.

La participación en este estudio es completamente voluntaria. La información que se recogería es de carácter confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la prueba serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto serán anónimas.

Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, puede dirigirse por correo electrónico a [mbarreto@poligran.edu.co](mailto:mbarreto@poligran.edu.co)

Por la presente, yo (nombre del acudiente) \_\_\_\_\_ con  
número de cédula \_\_\_\_\_ consiento la participación del menor con nombre  
\_\_\_\_\_ y número de tarjeta de identidad  
\_\_\_\_\_ en el estudio arriba mencionado.

\_\_\_\_\_  
Nombre del acudiente

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador

\_\_\_\_\_  
Fecha

2. Cuestionario SPA



FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA Y CONSISTENCIA CON LOS VALORES:  
RELACIÓN CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES.

El presente cuestionario forma parte de una investigación que pretende explorar variables relacionadas con la salud emocional y sustancias psicoactivas. La información es de carácter confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán codificadas y por lo tanto serán anónimas.

A continuación se presentan una serie de preguntas, responda por favor con la mayor franqueza posible. Muchas gracias por su ayuda.

1. DATOS GENERALES

Edad \_\_\_\_\_ Sexo Femenino \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Curso \_\_\_\_\_ Estrato socioeconómico \_\_\_\_\_

Composición familiar (marque con una X con quién vive en el mismo hogar):

Papá \_\_\_\_\_ Mamá \_\_\_\_\_ Hermanos \_\_\_\_\_ Abuelos \_\_\_\_\_ Tíos \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_, quiénes? \_\_\_\_\_

Relaciones familiares: Indique cómo calificar la relación con su familia: Excelente \_\_\_\_\_ Buena \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Mala \_\_\_\_\_

Algún integrante de su familia consume alguna sustancia psicoactiva: sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_. En caso afirmativo indique con qué frecuencia ocurre ese consumo: 5 veces por semana o más \_\_\_\_\_ 3 o 4 veces a la semana \_\_\_\_\_ 2 veces a la semana o menos \_\_\_\_\_

2. USO DE SUSTANCIAS. Marque con una X, según corresponda a su caso.

Marque si ha consumido ALGUNAS VECES EN LA VIDA, es las sustancias

Sustancia	SI	NO
Cigarrillo		
Alcohol		
Tranquilizantes		
Estimulantes		
Inhalables		
Marihuana		
Basuco		
Cocaína		
Éxtasis		
Heroína		
Mezcla lámina		
LSD		
Hongos		

Marque si ha consumido EN EL ÚLTIMO AÑO alguna de estas sustancias

Sustancia	SI	NO
Cigarrillo		
Alcohol		
Tranquilizantes		
Estimulantes		
Inhalables		
Marihuana		
Basuco		
Cocaína		
Éxtasis		
Heroína		
Mezcla lámina		
LSD		
Hongos		

Marque si ha consumido EN EL ÚLTIMO MES alguna de estas sustancias

Sustancia	SI	NO
Cigarrillo		
Alcohol		
Tranquilizantes		
Estimulantes		
Inhalables		
Marihuana		
Basuco		
Cocaína		
Éxtasis		
Heroína		
Mezcla lámina		
LSD		
Hongos		

En caso de haber marcado afirmativamente el consumo de alguna de las sustancias, indique con una X, la frecuencia con que lo consume si lo hace en la actualidad.

Sustancia	Todos los días	Cinco días a la semana	Cuatro días a la semana	Tres días a la semana	Dos días a la semana	Un día a la semana
Alcohol						
Cigarrillo						
Marihuana						
Otra (s). Indique cuál o cuáles?						
_____						
_____						

En caso de haber marcado afirmativamente el consumo de alguna de las sustancias, indique A QUÉ EDAD INICIÓ el consumo de la primera sustancia que probó:

A los 10 años o antes \_\_\_\_\_ 11 años \_\_\_\_\_ 12 años \_\_\_\_\_ 13 años \_\_\_\_\_ 14 años \_\_\_\_\_ 15 años \_\_\_\_\_ 16 años \_\_\_\_\_ 17 o más \_\_\_\_\_

Razones de consumo:

En caso de que usted haya marcado que ha consumido o consume actualmente sustancias psicoactivas, marque con una X, cuál es la razón o razones que lo motivan a hacerlo.

Problemas familiares \_\_\_\_\_ Problemas con los amigos \_\_\_\_\_ Problemas personales \_\_\_\_\_ Presión de los amigos \_\_\_\_\_  
 Dificultades académicas \_\_\_\_\_ La sensación que produce \_\_\_\_\_ No sabe \_\_\_\_\_ Ninguna de las anteriores \_\_\_\_\_  
 Otra (s): \_\_\_\_\_

Gracias por participar.

### 3. Escalas de aplicación

#### A FQ-Y

Utilizando la escala de abajo, indica hasta qué punto te identificas con cada una de las siguientes frases.

0 Nunca	1 Raramente	2 A veces	3 Frecuentemente	4 Casi siempre	
1. Mi vida no estará bien hasta que consiga sentirme feliz	0	1	2	3	4
2. Mis pensamientos y sentimientos me dificultan la vida.	0	1	2	3	4
3. Si estoy triste o tengo miedo es porque hay algo en mí que no funciona.	0	1	2	3	4
4. Las cosas malas que pienso sobre mí deben de ser ciertas.	0	1	2	3	4
5. No hago cosas nuevas sí creo que puedo equivocarme.	0	1	2	3	4
6. Para estar bien tengo que quitarme mis miedos y preocupaciones.	0	1	2	3	4
7. Hago todo lo que puedo para no parecer tonto delante de otros.	0	1	2	3	4
8. Intento por todos los medios borrar de mi mente los recuerdos dolorosos.	0	1	2	3	4
9. No soporto el dolor.	0	1	2	3	4
10. Si se me acelera el corazón es porque hay algo en mí que no funciona.	0	1	2	3	4
11. Rechazo los pensamientos y sentimientos que no me gustan.	0	1	2	3	4
12. Dejo de hacer las cosas que son importantes para mí cuando me siento mal.	0	1	2	3	4
13. Me va peor en clase cuando tengo pensamientos tristes.	0	1	2	3	4
14. Digo cosas para parecer "chévere" delante de otros.	0	1	2	3	4
15. Ojalá tuviera una varita mágica con la que hacer desaparecer mi tristeza.	0	1	2	3	4
16. Tengo miedo de mis sentimientos.	0	1	2	3	4
17. No puedo ser buen amigo si yo me siento mal.	0	1	2	3	4

#### CPG

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúa en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED haciendo un círculo en los números de al lado. Utilice la siguiente escala para hacer su elección.

1 Nunca es verdad	2 Pocas veces es verdad	3 A veces es verdad	4 Frecuentemente es verdad	5 Siempre es verdad	
1. Mi estado de ánimo depende en gran medida de cómo me consideran mis amigos.	1	2	3	4	5
2. Me importa mucho lo que piensan mis amigos de mí.	1	2	3	4	5
3. Es muy importante que los demás me acepten.	1	2	3	4	5
4. Necesito que la gente me quiera para poder ser feliz.	1	2	3	4	5
5. Las opiniones de otras personas influyen mucho en mis decisiones.	1	2	3	4	5
6. Me preocupo mucho por dar una imagen perfecta de mí mismo.	1	2	3	4	5
7. Sólo merece la pena esforzarse si los demás te lo reconocen.	1	2	3	4	5
8. Es muy importante que los demás tengan una buena impresión de mí.	1	2	3	4	5
9. No soporto decepcionar a los demás.	1	2	3	4	5
10. Antes de hacer cosas importantes, pido consejo a los demás.	1	2	3	4	5
11. Dejo de hacer cosas por miedo a las críticas.	1	2	3	4	5

## VQ

Por favor, lea cada frase cuidadosamente y haga un círculo en el número (0, 1, 2, 3, 4, 5 o 6) que mejor describa cómo de cierta ha sido esa frase para usted DURANTE LA SEMANA PASADA, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY.

	0	1	2	3	4	5	6
En absoluto verdad							Completamente verdad
1. Pasé un montón de tiempo pensando sobre el pasado o el futuro en vez de dedicarme a actividades que eran importantes para mí.						0 1 2 3 4 5 6	
2. Estuve básicamente en "piloto automático" la mayor parte del tiempo.						0 1 2 3 4 5 6	
3. Trabajé para conseguir mis metas incluso cuando no me sentía motivado.						0 1 2 3 4 5 6	
4. Estuve orgulloso de cómo viví mi vida.						0 1 2 3 4 5 6	
5. Hice progresos en las áreas de mi vida que más me importan						0 1 2 3 4 5 6	
6. Los pensamientos, sentimientos y recuerdos difíciles se interpusieron en el camino de lo que quería hacer.						0 1 2 3 4 5 6	
7. Continué mejorando en ser el tipo de persona que deseo ser.						0 1 2 3 4 5 6	
8. Cuando las cosas no fueron según lo planeado, me di por vencido fácilmente						0 1 2 3 4 5 6	
9. Me sentí como si tuviera un propósito en la vida						0 1 2 3 4 5 6	
10. Parecía como si estuviera comportándome de manera mecánica en vez de centrarme en lo que era importante para mí.						0 1 2 3 4 5 6	

## DASS

Por favor lea las siguientes afirmaciones y marque un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación durante la semana pasada. La escala de calificación es la siguiente:

0	1	2	3
No me ha ocurrido	Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo	Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo
1. Me ha costado mucho descargar la tensión			0 1 2 3
2. Me di cuenta que tenía la boca seca			0 1 2 3
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo			0 1 2 3
4. Se me hizo difícil respirar			0 1 2 3
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas			0 1 2 3
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones			0 1 2 3
7. Sentí que mis manos temblaban			0 1 2 3
8. He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía			0 1 2 3
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo			0 1 2 3
10. He sentido que no había nada que me ilusionara			0 1 2 3
11. Me he sentido inquieto			0 1 2 3
12. Se me hizo difícil relajarme			0 1 2 3
13. Me sentí triste y deprimido			0 1 2 3
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo			0 1 2 3
15. Sentí que estaba al punto de pánico			0 1 2 3
16. No me pude entusiasmar por nada			0 1 2 3
17. Sentí que valía muy poco como persona			0 1 2 3
18. He tendido a sentirme entadado con facilidad			0 1 2 3
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico			0 1 2 3
20. Tuve miedo sin razón			0 1 2 3
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido			0 1 2 3