

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA POLITÉCNICO GRANCOLOMBIANO

FACULTAD SOCIEDAD CULTURA Y CREATIVIDAD

GRUPO DE INVESTIGACIÓN PSICOLOGÍA EDUCACIÓN Y CULTURA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA TALENTO HUMANO Y SOCIEDAD

PSICOLOGÍA (VIRTUAL)

EL IMPACTO DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ACTUALMENTE EN COLOMBIA

INFORME DE PROYECTO DE GRADO COMO REQUISITO PARCIAL PARA OPTAR POR
EL TÍTULO DE “PSICÓLOGO”

PRESENTA:

ELKIN DARIO FELACIO NEMOCON

1311750014

DIRECTOR:

JULIAN ANDRES HERNANDEZ GOMEZ

DOCENTE PROGRAMA DE PSICOLOGÍA.

MAYO 2019

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PERSONAS CON ADICCIÓN EN COLOMBIA

1.1 Antecedentes

Para el año 2017 el Observatorio de Drogas de Colombia nos muestra en el informe un reporte la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) un capítulo de reducción de oferta y demanda, resalto que: el promedio de un cuarto de billón de individuos que es cerca de un 5% entre 15 y 64 años consumió o por lo menos una vez en 2015, la marihuana se mantiene como la sustancia psicoactiva más usada, con un promedio de 3,8% de población adulta, las sustancias de tipo anfetamínico ocupan el segundo lugar a nivel mundial, con un promedio de 35 millones en el último año, un promedio de 17 millones de individuos consumieron cocaína alrededor del mundo en el último año, alrededor de 21,6 millones consumieron éxtasis solo en el último año. En Colombia se hacen avances importantes en estudios epidemiológicos dirigidos a poblaciones claves: entre 12 y 15 años, escolar, y universitaria, en junta del Ministerio de educación, Ministerio de justicia y del derecho y Ministerio de salud y protección social, gracias a los estudios disponibles se logró identificar algunas tendencias sobre el consumo en Colombia (Observatorio de Drogas de Colombia, 2017).

Cerca de la quinta parte está en situación de peligro asociado a su abuso, es preocupante la presencia del consumo en edades tempranas aunque exista la prohibición de venta a los menores, una encuesta que se le realizó a la población escolar mostró que el 65,71% consumió en el último año, el consumo está relacionado con el año escolar y la edad, un 20% reporto consumo en el último mes entre los 11 y 12 años, aumenta a 43% de 13 y 15 años, y seguido a 58,16 % entre 16 y 18 años, en el informe de abuso de drogas en las Américas, Colombia, San Vicente, las Granadinas y Argentina son los que tienen el mayor porcentaje de consumo en el último mes. En el 2013 el estudio nacional de consumo señalo una reducción en el año y mes de uso de cigarrillo

o tabaco, además de prevalencia también disminuyó en personas que comenzaron su consumo en los últimos 12 meses, pasando de un promedio de 4,7% en 2008 a 1,88% en 2013, por otro lado el consumo de sustancias ilícitas va en aumento, más que todo porque el mercado es más diverso y amplio, en la encuesta del 2013 se evidencia el aumento pasando tanto como de prevalencia de uso de un 8,8% en el 2008 a 12,2% en 2013, como del consumo durante el último año del 2,6% a 3,6% (Observatorio de Drogas de Colombia 2017) Podemos evidenciar un aumento en las cifras a comparación del tercer estudio a nivel nacional sobre el consumo de sustancias en Colombia que se realizó en el 2008 por parte del Ministerio de protección social, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas CICAD, la Organización de los Estados Americanos OEA y con el apoyo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC donde el tema principal del estudio fue establecer las características y magnitud del consumo de psicoactivos con respecto a las variables sociodemográficas, comprender como la sociedad percibe el riesgo que se asocia a distintas sustancias de las que se abusa y saber sobre la oferta y disponibilidad de las sustancias ilícitas que más se conocen. Según los resultados del estudio, un promedio del 50% de las personas en Colombia consume con frecuencia sustancias como el alcohol y el cigarrillo que son legales, y cerca de una quinta parte está en riesgo por problemas relacionados con el abuso. Alrededor de un 10% de las personas consumió sustancias ilícitas en un determinado momento de su vida, y casi 3% la consumieron en los últimos 12 meses previo a la realización de la investigación (el 3% equivale aproximadamente a 540.000 personas), el consumo es mayor tres veces más en los hombres que el consumo en mujeres, las edades que más prevalecen en el consumo de sustancias psicoactivas ilícitas está entre los 18 a 24 años que es el 6%, y le sigue el otro rango de edad que está entre 25 a 34 años que equivale a 3,9%, y de 12 a 17 años que equivale a un 3,4%. Este estudio reveló que las sustancias ilícitas

que más se consumen en Colombia son: sustancias inhalables 0,2%, bazuco con el 0,2%, éxtasis con el 0,3%, cocaína con el 0,7%, marihuana con el 2,3% en el último año previo a este estudio, además los reportes confirmados de centros de tratamiento con personas con un consumo creciente de heroína. Los datos muestran que de 4281 encuestados entre edades de 12 y 17 años de la muestra global que es de 29.164 individuos, 1 de cada 5 consumió alcohol en el último mes que es un promedio de 19,55% y de los mismos cerca de la tercera parte podría considerarse como un consumidor de riesgo, las sustancias tranquilizantes Clonazepan, Lorazepan, Alprazolam y Diazepan con el 0,2% de los jóvenes la consumieron en el último año previo al estudio, por otro lado las sustancias ilícitas la que las se consume es la marihuana con 2,7% después esta la cocaína con el 0,8%, luego los inhalables 0,5%, éxtasis con el 0,4% y el bazuco 0,1%, aunque el estudio sobre el consumo de sustancias de 2008 es una de las investigaciones más grandes realizadas para este tema la cobertura no tuvo en cuenta personas internadas en clínicas, cárceles, personas de la calle ni áreas rurales, pero este estudio nos ayuda a profundizar y ampliar el conocimiento sobre consumo en poblaciones específicas como lo son adolescentes en conflicto con la ley y jóvenes escolarizados (Ministerio de Justicia, Observatorio de Drogas y el Ministerio de Salud 2013)

1.2 Justificación

La realización de este proyecto va direccionada a buscar y entender un entorno como es el de las adicciones en la cual se encuentra una gran población, en la mayoría desde jóvenes, el consumir sustancias psicoactivas es una de las principales características, aun cuando hay diferentes tipos de consumidores, se ha evidenciado un aumento en las personas que entran a este mundo de la adicción, ya sea por factores psicológicos o sociales, a continuación definiremos que son sustancias psicoactivas, consumidores para los cuales las sustancias psicoactivas se han vuelto un problema, prevención, reducción y ejemplos de la facilidad para obtener estas sustancias. Sustancias Psicoactivas son aquellas que se puede introducir en el organismo de cualquier manera de administración, ya sea fumada, ingerida, inyectada, inhalada ente otras, provoca la alteración del funcionamiento correcto del sistema nervioso central de la persona, que cambia la conciencia, los procesos de pensamiento y ánimo, y esto conlleva a consumo dependiente o problemático. Consumidores (problemático) son aquellos para los que el consumo se vuelve un problema cuando se ve afectada la salud, relaciones con amigos y familia, y además altera las actividades que realiza cotidianamente ya sea en el trabajo, estudio, con la ley o problemas económicos. De esta manera se busca mitigar o disminuir el consumo mediante la prevención y reducción de daños que son conjuntos los cuales van dirigidas a reducir, regular o evitar el consumo de las sustancias que generan riesgo o alteración en funcionamiento social, familiar y salud, la prevención puede ser: Universal: que va para todas las poblaciones para fortalecer y evitar el consumo. Selectiva: va para individuos con factores de riesgo específico o con índices altos de comenzar el consumo. Indicada: va dirigido a los individuos que su consumo de sustancias aumenta las posibilidades de volverse un consumo dependiente. Las intervenciones las lidera por entidades de salud territoriales, y las implementan entidades promotoras de salud,

todas estas intervenciones se incluyen en planes de beneficio y el plan de intervención colectiva (Ministerio de salud, 2016).

La reducción de daños se centra en disminuir los efectos negativos del consumo, entre otros los programas de reducción que más se conocen son de intercambio de jeringuillas en los inyectores, sustitución con heroína y metadona en personas dependientes, y los dispositivos primordiales de bajo umbral, los programas tienen como objetivo eliminar y reducir los problemas que surgen por el consumo (Ministerio de salud, 2010). A continuación veremos un ejemplo sobre la facilidad con la que se puede obtener las sustancias psicoactivas:

La revista Semana en Marzo de 2017 contacto con un "Dealer" que es un expendedor de droga, según este "Dealer" solo se requiere con ofrecer una muestra gratis a un menor para asegurar un cliente a futuro, para el "Dealer" acceder a los menores es cada vez más fácil, la tecnología también ayuda para este hecho, tan solo con una llamada él va y suministra el producto como si fuera un domicilio, y en la actualidad casi todos los menores tienen un celular, las sustancias más usuales con las que inician son la cocaína y la marihuana y sus valores varían entre \$4.000 y \$20.000, depende de la calidad, aunque hay un recurso más económico como el bóxer, a través de los años los jóvenes cambian a otro tipo de sustancias como ácidos, Popper e inhalantes y su valor esta entre \$30.000 y \$100.000 (SEMANA, 2017).

1.3 Objetivo principal

- Recopilar literatura disponible y así lograr un artículo orientativo sobre las adicciones

Objetivos secundarios

- Generar ruta de atención basada en la evidencia encontrada en la literatura disponible.
- Orientar sobre el entorno que conduce a las adicciones.

1.4 Marco teórico

Muchos estudios de psicoterapia mostraron que con tratamiento profesional las personas generan un cambio positivo (Lambert, Shapiro & Bergin, 1986; Smith, Glass & Miller, 1980). Aunque los datos sobre como los individuos cambian es muy poco en psicoterapia (Rice & Greenberg, 1984) varios estudios mostraron que muchos de los individuos logran modificar sin la ayuda de psicoterapia problemas de comportamiento (Marlatt, Baer, Donovan & Divlahan, 1988; Schachter, 1982; Shapiro et al, 1984). Se lograron identificar resultados similares en estudios relacionados con comportamiento adictivo, varios métodos muestran resultados con éxito en el alcoholismo y demás comportamientos adictivos (Miller & Hester, 1980, 1986). Se ha demostrado que los cambios cuando se abusa de sustancias alucinógenas tales como tabaquismo, uso de opiáceos y alcohol (Cohen et al, 1989; Shachter, 1982; Tuchfeld, 1981). Los estudios muestran que la modificación de cada comportamiento surge con o sin ayuda. Podemos resaltar que cada persona que consume sustancias y empieza un proceso para dejar de consumir, este proceso que inicia se compone de varias fases entre ellas se encuentran precontemplacion,

contemplación, preparación, acción y mantenimiento, aunque el propósito del estudio de las adicciones es establecer la eficacia de cada tratamiento he intervención, aun así las investigaciones demuestran que no todos los individuos que sufren de desorden adictivo se recuperan, una parte de los individuos abandonan el tratamiento, otra parte recae (Kanfer, 1986; Marlatt&Gordon, 1985). Resistencia a la terapia, capacidad para relacionarse y motivación inadecuada son variables importantes para la empresa de cambio. Se han resaltado dos etapas de cambio de maneras diferentes, mediante una discreta medida que son determinadas desde una serie de cuestionamientos (DiClemente et al, 1991). Y una medición continua produce escalas para precontemplación, mantenimiento y acción (McConaughy et al, 1989; Prochaska&DiClemente, 1982).

Precontemplación es la fase en la que no hay intención de modificación de comportamiento en el futuro, el individuo no ve o minimiza el problema, así como dijo G.K.Chesterton, “No es que no puedan ver la solución, es que no pueden ver el problema”. La mayoría de personas que rodea al individuo es consciente que la persona tiene problemas y el afectado cuando acude a psicoterapia en la mayoría de los casos es por la presión de los demás ya sea por un suceso que le puede afectar como perder el trabajo, perder el hogar o incluso terminar en la cárcel, de esta manera puede adoptar la posición de cambio pero solo mientras se sienta presionado y cuando ya no se sienta más presionado el individuo tiende a volver a tomar el hábito ((Prochaska, Norcross y DiClemente 1994)).

Contemplación donde el individuo es consciente de su problema y quiere superarlo, aunque aún no ha comenzado, no se ha comprometido, las personas suelen quedarse atascadas en esta etapa por mucho tiempo, se realizó un estudio a un grupo de 200 individuos, y la respuesta

fue seguir en la etapa de contemplación cerca de dos años sin realizar nada significativo (DiClemente&Prochaska, 1985).

Preparación es la mezcla entre criterio de comportamiento e intención, las personas en esta etapa van a intentar pasar a acciones en alrededor de un mes, pero llegaron a la acción sin éxito en alrededor de un año, estos individuos han mejorado en su situación pero sin alcanzar una acción efectiva. Acción, es en esta etapa que la persona modifica el comportamiento, gracias al entorno o experiencias que ayudan a superar el o los problemas, esta etapa el individuo modifica sus comportamientos, ya que esta etapa requiere compromiso de energía y tiempo, las acciones son más evidentes y son reconocidas, las personas se clasifican en esta etapa solo si lograron con éxito de 1 a 6 meses (DiClemente et al, 1991).

Mantenimiento, es la etapa en la que el individuo trabaja para prevenir cualquier tipo de recaída, esto se extiende de 6 meses a un largo tiempo, para que alguien se catalogue en esta etapa debe mantenerse lejos de los comportamientos de adicción y ser comprometido en sus acciones más de 6 meses (Prochaska, Norcross y DiClemente 1994)

Patrón espiral de cambio, en la mayoría de individuos usa varias acciones para cambiar la adicción sin ningún progreso al comenzar, un ejemplo seria los que fuman bastante intentan por ellos mismos hasta 4 veces por acción, después se vuelven mantenedores a un periodo considerable (Schatters, 1982).

El proceso de las etapas y la recaída normalmente sucede cuando las personas tratan de cambiar o dejar sus hábitos adictivos. Especialistas usan combinaciones en el modelo de etapa en modificación del comportamiento para conocer más sobre la recaída porque pesa más que la excepción para las adicciones, surge la necesidad de buscar el cambio en modelo de las etapas,

siendo algo posible aunque relativo encontrar personas que avancen poco a poco en las etapas, de una forma lineal en comportamientos adictivos (Brownell et al 1986; Donovan & Marlatt, 1988)



(Figura1 DiClemente, C. C.; McConnaughy, E.A.; Norcross, J.C. y Prochaska, J.O., 1986)

En la figura se puede ver un modelo en espiral que nos muestra como cada individuo avanza a por medio de cada etapa de cambio, aquí podemos ver como cada individuo puede ir de contemplación hasta llegar a preparación, luego acción y terminar en mantenimiento, aunque muchas de las personas recaen. En su fase de recaída las personas normalmente vuelven a su fase anterior, algunas de las personas después de una recaída pierden el sentido de seguir, se desmoralizan y vuelven a la fase inicial y duran en esta etapa mucho tiempo (DiClemente, C. C.; McConnaughy, E.A.; Norcross, J.C. y Prochaska, J.O., 1986)

Aunque hay un porcentaje del 85% de las personas de este estudio que luego de volver a la primera etapa ya están buscando y planeando una nueva manera de seguir avanzando nuevamente (Prochaska&DiClemente, 1984).

Otra cantidad de individuos que compone el 60% como por ejemplo que se propusieron a dejar su adicción para una época como año nuevo, al ver que no lograron su propósito se proyectan a hacerlo de nuevo el siguiente año (Norcross, Ratzin&Payne,1989).

Muchos de los recaídos que van por cada fase logran comprender y aprender de cada recaída y buscan formas diferentes para volverlo a intentar (DiClemente et al, 1991).

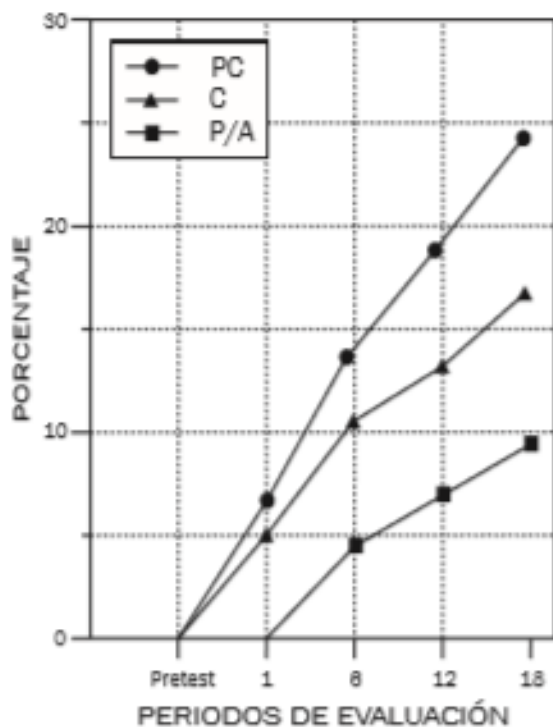
Obtener un cambio con éxito realmente es muy limitado y esto va solo para las personas que logran quedarse en la etapa de mantenimiento, en cuanto más formas de cambiar una conducta adictiva es mucho más probable el éxito de cambio, por esta razón son cada vez más importantes las investigaciones y conocer cada beneficio que ayuda en el progreso de aquellos que lo logran (Cohen et al, 1989; Schachter 1982).

Las implicaciones terapéuticas profesionales elaboran constantemente tratamientos dirigidos al auto ayuda y acción, aunque es desmotivador cuando solo es un pequeño porcentaje de individuos adictos los que se inscriben, o también cuando la mayor parte de esta población abandona el tratamiento después de estar inscrito, un ejemplo paso en una organización que busca el mantenimiento de salud (HMO) sobre un 70% de personas que tenían una adicción específica se comprometieron que si les ayudaban ellos entrarían al programa, aun así se realizó mucha publicidad al tratamiento dirigido a la acción, con todo esto solo se obtuvo una participación del 4% de la población (Orleans et al, 1988).

Muchas de las personas que tienen comportamientos adictivos realmente no se encuentran en la acción (Abrams Follick&Biener, 1988; Gottlieb, Galavotti, McCuan&McAlister, 1990), sobre investigación de los tratamientos cerca del 10% al 15% están dispuestos para la acción, un promedio de 30% al 40% se encuentran en contemplación, de un

50% al 60% están en precontemplación. Si esta información se aplica para todos los casos de adicción y también para la mayoría de poblaciones todo profesional que se dirija solo con tratamientos que vayan direccionados a la acción, puede que no le funcione a la mayoría de las personas de la comunidad o que el tratamiento sea usado de una forma incorrecta, pasando a los resultados del proceso hemos evidenciado que el progreso de las personas luego de la intervención terapéutica se encuentra en la etapa de cambio en la que se encontraban antes del tratamiento (ej. Prochaska & DiClemente, 1992; Prochaska, Norcross, 1992).

Porcentaje de abstinencia en 18 meses para fumadores en Precontemplación (PC), contemplación (C) y preparación (P/A), etapas antes de tratamiento (N=570)



(Figura2 Ej. Prochaska, J.O. y DiClemente, 1992).

La imagen representa un promedio de 570 fumadores de los cuales no fumaban durante 4 seguimientos que se les realizaron posteriormente, en promedio de año y medio, de la misma forma en la imagen el porcentaje de fumadores después de la intervención se relacionó directamente con la fase en la que se encontraba antes de la intervención, (Prochaska & DiClemente, 1992). Los datos recopilados muestran que los tratamientos que se han generado para ayudar a los individuos a que progresen una de las etapas en un promedio de 1 mes logran duplicar las oportunidades sobre los individuos que pasen a la acción por ellos mismos (Prochaska & DiClemente, 1992). Por otro lado la etapa no específica que es cuando el cambio del individuo nos ofrece información prescriptiva en las formas de tratamiento, hay muchas terapias que están orientadas a que el paciente vaya a la acción y son muy efectivas con pacientes que se encuentran en la fase de acción o preparación, aun así varios de estas terapias no son efectivas en algunos casos para pacientes que se encuentran en fases de contemplación o pre contemplación. Por ejemplo en el caso de una terapia intensa dirigida a dejar el cigarrillo, se logró un alto porcentaje de éxito para los pacientes que se encontraban en la fase de acción, aun así esta misma terapia no obtuvo el mismo resultado con pacientes que estaban en la fase de contemplación y pre contemplación, (Ockene, Ockene & Kristellar, 1988). Los individuos que pertenecían a este programa se les brindo un trato especial, por parte de un tratamiento que les brindo el hospital de manera personalizada por medio de teléfono, esto fue durante un periodo de 6 meses tras la hospitalización, los participantes de este tratamiento en la fase de preparación y acción un porcentaje de 94% no dejaron el cigarrillo mientras duro el seguimiento que fue el periodo de 6 meses. Aun así el porcentaje es mucho más que la escala del 66% de participantes que no consumían cigarrillo en fases similares de los cuales obtuvieron ayuda de manera regular, aun así este programa casi no tuvo un resultado que fuera significativo con los integrantes de las

fases de contemplación y pre contemplación, aun cuando el cuidado que se manejó fuese igual o mejor, fuera de la terapia que se brindó se evidencia la relación que hay en la fase de pretratamiento y resultados, los participantes que no consumieron cigarrillo durante 6 meses seguido al tratamiento su porcentaje fue de 76% en acción o preparados, 43% contempladores, 22% pre contemplación, en otra terapia que iba dirigida a fumadores surgió un desajuste de fases, un tratamiento para mujeres embarazadas que se basó en HMO para que no continuaran consumiendo cigarrillo, se logró con participantes preparadas para la acción aunque fue negativo en participantes que estaban en la fase de pre contemplación, de las mujeres participantes que se encontraban en la fase de preparación a las cuales se les dio una serie de libros por correo de auto ayuda tan solo el 38% no consumía cigarrillos cuando tuvieron sus bebés (aproximado seis meses después de la terapia) se supuso que este resultado fue tres veces de tasa de lo que se había logrado anteriormente (12%) que se había obtenido de las participantes a las que se les brindo ayuda regular hojas y consejos, un 6% de los participantes que se encuentran en la fase de pre contempladores con ayuda regular y otro 6% con varios cuidados especiales no consumían cigarrillo al momento en el que finalizo el embarazo (Ershoff, Mullen & Quinn, 1987).

Los estudios presentados nos muestran la importancia y la influencia de adecuar los tratamientos a las fases del cliente (DiClemente, Prochaska, 1991).

¿Cuál es el progreso realizado por el paciente mientras se encuentra en las fases de cambio? En seccional-cruzado que es un estudio se comparó una puntuación en fases de cambio, 365 participantes en psicoterapia con un porcentaje de 166 participantes que realmente estaban comprometidos con la terapia (Prochaska & Costa, 1989). Los participantes que empezaron con la terapia se caracterizaron en la fase de acción porque su puntuación alta se encontraba ya para la fase de contemplación y la siguiente puntuación más alta se encontraba en la fase de acción,

las puntuaciones de las fases de acción y contemplación normalmente se cruzan para los participantes en la parte media de la terapia, los participantes que se encuentran en esta parte media su principal característica es que se encontraban en la fase de acción y por debajo de las fases de pre contemplación y contemplación. Se interpretó la información de los datos cruzados-seccionales, como factores indicativos en el tiempo, los participantes que siguen en la terapia van de estar listos para la acción a la acción, esto significa que se pasa de pensar en los problemas a realizar acciones que les ayuden a superarlos, un puntuación que este por debajo en la fase de pre contemplación nos muestran mientras empezaban la terapia los participantes disminuían su resistencia, los 166 que son la mayoría participaron en psicoterapia orientada, el progreso de contemplación a acción es muy importante para obtener resultados positivos, aunque la terapia este en dirección a la introspección o acción, el patrón que se denomina cruzado de contemplación a acción lo encontramos también en un estudio longitudinal de un tratamiento de comportamiento que se realizó en un control de peso (Prochaska, Norcross, et al, 1992).

1.5 Programas de prevención, reducción de riesgos y daños

El consumo de sustancias se ha convertido en un gran problema para la salud, la idea en este proyecto es describir las características e intervenciones más eficientes de varios de estos programas de prevención de sustancias, se lograron identificar cinco programas que en su gran mayoría se enfoca en prevención unitaria, estos programas abordan también la influencia que tiene la sociedad sobre el consumo, se resalta que cada sesión de refuerzo es realmente importante, los programas de Rooney, Bruvold y Murray son programas que van dirigidos más específicamente al tabaco, mientras los programas de Ennet, Stratton, Tobler y colaboradores van dirigidos a alcohol, tabaco y cannabis, y el programa de Pitts y White van dirigidas más

directamente a la prevención de cannabis. Los resultados que se obtuvieron en los post-test nos muestran más efecto con respecto a la conducta en programas afectivos, estos programas son aquellos que el abordaje incluye las influencias sociales y aquellas alternativas al consumo que son las que mantienen los efectos que son positivos de manera consistente por un largo tiempo (Fernández, Nebot y Jané, 2002)

En los estudios de Stratton y Tobler se evidencia que los programas donde se interactúa más son más efectivos, aun así con los interactivos no hay efectos positivos en conducta ni en actitud, el impacto de los programas donde se interactúa no representa mucho significado en los casos de Tabaquismo, Ennet y sus colaboradores que como ya se ha resaltado que llevaron a cabo un meta análisis con ocho evaluaciones de DARE que es un programa, el mayor impacto es en habilidad social y conocimiento, se puede resaltar que aunque los efectos de autoestima y actitud también es alto, en conducta no lo es, al comparar los resultados con los anteriores del meta análisis de Tobler, se puede evidenciar con respecto al programa DARE son menores los efectos de los programas interactivos, pero mayores los efectos de los no interactivos, el estudio que mide el impacto del programa global de la marihuana nos muestra que su efecto puede ser pequeño pero significativo aunque con el tiempo va disminuyendo (Fernández, Nebot y Jané, 2002)

Según el informe mundial de las drogas en el 2016 por lo menos uno de veinte adultos, que es casi un promedio de 250 millones de personas que van de quince a sesenta y cuatro años, consumieron en 2014 algún tipo de droga, alrededor de veintinueve millones que consumen tiene trastornos relacionados con las mismas, en promedio 43,5 muertes por cada millón, se ha evidenciado que en los últimos años la sustancia más consumida es la marihuana y sigue en aumento, en promedio son los más jóvenes quienes buscan tratamiento por los debidos trastornos

por consumo de anfetaminas y cannabis con mayor frecuencia que con cualquier otro tipo de sustancia (Ministerio de salud, Protección social y Oficina de las naciones unidas, 2016)

Programa de orientación dirigida a jóvenes

De forma ambulatorio-comunitario que aborda la parte psicoeducativa para la prevención sobre un riesgoso uso de sustancias y las consecuencias desde jóvenes y adolescentes, este proceso se centra en: abordar la temática sobre prevención de consumir sustancias, una intervención familiar, programas que tengan información y vayan orientados para jóvenes, adolescentes y las familias, que estén basados en la intervención breve. Por tanto para esta estrategia se requerirán psicopedagogos, trabajadores sociales, terapeutas y psicólogos, que son los encargados de recibir a los jóvenes que han sido motivados en los ámbitos educativos o comunitarios y sensibilizados, en un proceso de ingreso, acogida y valoración psicosocial, por tanto esta valoración integral he inicial se realizara por cada una de las personas que conforman el equipo, los profesionales sugeridos son el psicólogo que realiza la valoración inicial y con la familia, talleres a los jóvenes y familiares y por ultimo asesoramiento, después tenemos al trabajador social, realiza un proceso de acogimiento, valoración y talleres, por ultimo está el terapeuta ocupacional, realiza las intervenciones para las necesidades escolares, talleres de habilidades y estilo de vida saludable (Ministerio de salud, Protección social y Oficina de las naciones unidas, 2016)

Programa de Intervención Breve

Esta intervención ha mostrado ser efectiva y se ha evidenciado ser cada vez más valiosa para el manejo de personas que consumen de una manera perjudicial y riesgosa tabaco, alcohol, y cualquier tipo de sustancias, esta intervención no tiene el diseño para tratar individuos con dependencia, los pasos para esta intervención son: Evaluación de forma profunda con respecto al uso de sustancias y retroalimentación, Determinación y negociación de los objetivos para la intervención, Técnica dirigida a modificar la conducta, Lecturas muy específicas de beneficios, riesgos de cambio de comportamiento que vayan dirigidas sobre cada sustancia, Constante seguimiento y bastante refuerzo positivo, Direccionamiento de complejidad. Luego de estos pasos se pasa a una entrevista motivacional, la cual va dirigida al paciente, la dirección de esta entrevista es explorar y resolver todas sus ambivalencias con respecto al consumo de sustancias e iniciar haciendo cambios de forma positiva, para finalizar sigue una escucha reflexiva, hace parte de la entrevista emocional, el profesional no solo escucha también responde a lo que el individuo va diciendo, el terapeuta decide que ignora y que refleja, en esta escucha reflexiva se pretende favorecer las frases de preocupación del consultante ya que las personas tienden a creer mucho más en lo que se escucha decir de sí misma, tener una conducta empática ayuda a el consultante se siga expresando, para esta parte de la intervención se usan algunas técnicas como son: señalar un sentimiento, rephrasear, repetir y parafrasear (Ministerio de salud, Protección social y Oficina de las naciones unidas, 2016)

Programa de canalización, atención y seguimiento

Los pasos para esta intervención son: Actividades donde se realiza intervención comunitaria, Detección y también intervención temprana, Intervenciones y etapas, Detección, evaluación diagnóstica, Intervención preventiva. Esta intervención tiene en promedio una duración de 4 o 5 sesiones, después de 1 año que el paciente este en intervención si ha mostrado mejoría y los resultados sean buenos el paciente se le puede dar alta, por otro lado si aún parece estar en riesgo se reevaluara el caso con una consultoría de salud, después que el consultante acepte la información esto será clave para la efectividad de la referencia como lo es: alta que es el último paso de la intervención, abandono que es la ausencia a 3 o más actividades sin justificación, seguimiento y rescate este empieza cuando hay ausencia de 2 o más actividades. (Ministerio de salud, Protección social y Oficina de las naciones unidas, 2016)

Programa de intervención específica para tabaco

El cigarrillo es una de las principales causas que provocan el cáncer pulmonar, por esta razón cuando llega un consultante se debe usar la estrategia de las 5 ``As`` para sensibilizarlo, y recomendar que deje el cigarrillo, el cigarrillo tiene 250cc de humo, que tiene más de 4000 sustancias químicas, de estas sustancias 40 producen cáncer. La estrategia cinco “A’s” trata de intervención breve, en esta se busca una ruta definida y así poder actuar de forma estructurada así como se evidencia en la figura 3. (Ministerio de salud, Protección social y Oficina de las naciones unidas, 2016)

La estrategia de la 5 “A’s”	
1. AVERIGUAR sobre el consumo de tabaco.	¿Usted fuma? ¿Cuánto fuma? ¿Cuánto tarda desde que se levanta hasta que fuma su primer cigarrillo? ¿Quiere dejar de fumar? ¿Ha intentado alguna vez dejar de fumar? ¿Qué pasó?
2. ACONSEJAR a todos los pacientes que dejen de fumar o sigan sin hacerlo.	Aconsejar claramente: La evidencia científica sobre la importancia de no fumar es inexcusable y el mensaje debe transmitirse claramente y sin ambigüedades. Personalizar el mensaje: Tenga en cuenta la condición clínica, la historia de consumo de tabaco, los intereses personales o los roles sociales.
3. ACORDAR con el paciente, el plan de intervención y las actividades para lograr dejar de fumar.	Si el paciente está en etapa de preparación (quiere dejar de fumar dentro de un mes): fijar el día D dentro de las 2 semanas siguientes. Si no está listo para dejar de fumar, acordar acciones y tareas. Determinar modalidad de intervención de acuerdo a sus características personales y las disponibilidades locales.
4. AYUDAR al paciente a dejar de fumar	Elaborar plan de acción según la etapa de cambio en que se encuentra el paciente y lo acordado con él. Firmar contrato de Día D, analizar situaciones de riesgo, temores y obstáculos. Practicar estrategias de enfrentamiento de situaciones problemas Estimular el diálogo interno, planificar ejercicios, tareas. Estimular la constitución redes de apoyo.
5. ACOMPAÑAR al paciente en todo el proceso	Repetir la intervención en todas las oportunidades posibles. Evaluar las posibilidades y formas de comunicación: llamadas telefónicas, reuniones de grupo, consultas individuales, controles de rutina, etc. Controles después del día D: 3 días, 15 días, 1 mes, 2 meses.

Figura 3 Tomado de: Becoña, E. Manual para dejar de fumar. Universidad Santiago de Compostela, 2004. www.socidrogalcohol.org (40)

Por otro lado la estrategia de cinco “R’s” va dirigida a aquellas personas a las cuales no les interesa hacer el intento para dejar el cigarrillo, los que se encuentran en la fase de contemplación y pre contemplación, las cinco “R’s” se compone de una intervención motivacional en donde podemos complementar después de saber que el individuo fuma y no tiene ningún interés en dejarlo, por lo menos no antes de 1 mes, esta intervención se usa en el momento de aconsejar, nos da la opción de modificar el consejo y nos ayuda a subir el nivel para la disminución del consumo (figura 4) (Ministerio de salud, Protección social y Oficina de las naciones unidas, 2016)

La estrategia de las 5 “Rs”	
1. Relevancia	Incentivar al paciente a que defina por qué es tan relevante para él dejar de fumar. “La información motivacional tiene mayor impacto si es relevante para el estado o riesgo de salud específico del paciente, de su familia o de su situación social”.
2. Riesgos	Riesgos agudos: falta de aire, exacerbación del asma, daños en el embarazo, impotencia, infertilidad. Riesgos a largo plazo: infarto, accidente vascular encefálico, cáncer de pulmón y muchos otros, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), discapacidad. Riesgos ambientales: mayor riesgo de cáncer de pulmón de su pareja, mayores probabilidades que sus hijos fumen, asma, otitis, infecciones respiratorias en niños. “Sugerir y remarcar aquellas que parecen ser más relevantes para el paciente.”
3. Recompensas	El clínico debería ayudar al paciente a identificar beneficios potenciales del abandono del fumar, sugiriendo y remarcando los beneficios más relevantes para el paciente.
4. Resistencias	“Es el único placer que me queda”. “Voy a engordar al dejar de fumar”. “No voy a poder estudiar/trabajar”. “Me haré un mar de nervios”.
5. Repetición	Esta intervención motivacional debería ser repetida cada vez que un paciente no motivado concurre a algún servicio de salud. Los fumadores que han fallado en los intentos anteriores de abandono deben saber que la mayoría de las personas tienen que hacer repetidos intentos antes de lograr éxito.

Figura 4 Tomado de: Becoña, E. Manual para dejar de fumar. Universidad Santiago de Compostela, 2004. www.socidrogalcohol.org

Análisis de tratamientos sobre el consumo de sustancias

Hemos encontrado varios tipos de tratamientos entre ellos los que modifican la conducta los cuales son muy efectivos para los diferentes tipos de adicción, así como en un ambiente ambulatorio y/o residencial, de cierta manera si hablamos de las terapias conductuales se podría decir que en muchas ocasiones son el único tratamiento que es muy efectivo y se encuentra disponible para la variedad de problemas que se encuentran relacionados con sustancias, aun así

también se puede ver que los enfoques más eficaces son los que están integrados entre tratamiento conductual y el tratamiento farmacológico. Una de las terapias que van dirigida a la conducta que ha mostrado mayor resultado entre los consumidores es el de incentivos o de contingencia que va dirigido a la motivación, estos incentivos son particularmente útiles en el apoyo para que el paciente pueda lograr llegar a una etapa de abstinencia. Observando estos tratamientos podemos decir que en la actualidad no hay un tratamiento que sea único y que se aplique para todos los individuos, cada tratamiento que sea efectivo debe estar a disposición cuando sea requerido, muchos de estos tratamientos pueden ser usados para muchas necesidades de las personas aparte del uso de sustancias, los tratamientos así como un plan de servicios constantemente deben ser revisados, evaluados y modificados para poder asegurar que atiendan completamente las necesidades de los pacientes, para la mayoría de los tratamientos es crucial y de vital importancia que los pacientes estén por un periodo entre 3 a 6 meses para que este sea efectivo, los pacientes que están en la etapa del abuso o dependencia que además presentan otro trastorno requieren una terapia para las dos problemáticas de forma integral, una de las piezas claves en las terapias conductuales es la consejería de grupo o individual para la efectividad de la misma, la fase de desintoxicación aunque es muy importante realmente hace muy poco en la percepción de los pacientes para cambiar el abuso de sustancias, hay tratamientos que no necesariamente deben ser voluntarios para que tengan efectividad.(Hernández D. 2010)

1.6 Consumo de sustancias y el impacto de los tratamientos en Colombia

Se han aplicado diversos estudios a través de los años para comparar los indicadores de años anteriores como son los del año 2004 y 2011, sobre el consumo de sustancias, se han utilizado criterios definidos para obtener el marco de muestras, como lo son los establecimientos

de educación tanto privados como públicos, en sus diferentes tipos de jornada, probabilidad de selección entre los establecimientos y municipios teniendo en cuenta el número de estudiantes, el factor de expansión es al igual equivalente al recíproco, probabilidad final en la selección de cada integrante del establecimiento o instituto educativo de ser encuestado. Los estudios han tenido diferencias con respecto a los grados encuestados, como lo es el del 2004 que se realizó con estudiantes de 7, 9, y 11, el estudio del año 2011 se amplió y se tomaron estudiantes del grado 6 al grado 11, para el 2016 se habían considerado solo los grados del 7 al grado 11 y para analizar solo a quienes tenían de 12 a 18 años, para el año 2016 se tomó en cuenta zonas rurales, para comparar estos estudios se tomó en cuenta: 2011 y 2016 estudiantes de grado 7, 9 y 11, en los 3 estudios estudiantes entre 12 y 18 años más estudiantes que no tenían información en cuanto a la variable de sexo, como en el 2016 tenía zonas rurales solo se tomó datos en zonas urbanas, no incluye a 872 estudiantes, lo que equivale a 37.163 estudiantes de la población, podemos resaltar que de los 82.336 casos estudiados 2.374 se excluyeron por estar fuera del rango de 12 a 18 años, por eso la muestra fue de 80.018, que nos mostraba el universo de 3.213.377 estudiantes (Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

Consumo de cigarrillo

Los resultados de estos estudios son con respecto al cigarrillo: 24,1% fumaron en algún momento de su vida, en las mujeres un 21,2% y en los hombres 28,3%. Para el último año disminuyeron estos porcentajes en los hombres, aunque para las mujeres la reducción fue menor, para los estudiantes que fumaron en el último mes el porcentaje es de 8,1% de la población que se estudió, 6,4% mujeres y 10% hombres, también podemos notar que los indicadores nos

muestran que el 9,6% no tuvieron contacto con el tabaco sino en el último año y un 4,2% en los últimos 30 días, el consumo de cigarrillo está en aumento de forma significativa llegando a una prevalencia de 13,5% lo cual está entre estudiantes que tienen 17 y 18 años, según los datos recopilados el promedio para empezar el consumo es de 12,9 años para ambos géneros (Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

Consumo de alcohol

Por otro lado tenemos el consumo de alcohol: Con un porcentaje de 69,2% de los estudiantes afirman haber tomado bebidas alcohólicas, un 68,1% en hombres y 70,4% en mujeres, disminuyendo en el último año 1 punto en mujeres y 10 puntos en hombres, un porcentaje de 48,6% de población que no había consumido lo hizo el último año, el consumo de alcohol se incrementa dependiendo el año de escolaridad, para las escuelas privadas el consumo es superior que el consumo de las escuelas públicas, la privada cuenta con un porcentaje de 39,4% y la escuela pública con un 36,5% de diferencia, la cerveza es la bebida que se consume más, por lo menos un tercio toma cada semana de 1 a 2 veces, la edad para el primer contacto con bebidas alcohólicas en promedio es de 13 años en ambos géneros, para los estimulantes o tranquilizantes sin tener una prescripción médica: Con un 3% en consumo alguna vez, 2% en los últimos 12 meses y 1% en el último mes, con estos porcentajes podemos decir que alrededor de 64.000 estudiantes consumieron tranquilizantes durante los últimos 12 meses previos a la aplicación de esta encuesta (Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

Consumo de marihuana

Para el consumo de marihuana los indicadores nos muestran que: 11,7% han consumido alguna vez, el 10,5% mujeres y en hombres 13,1%, un 4,9% de los estudiantes que no consumían la probaron en el último año, el consumo en el último año se diferencia de una forma significativa en la edad, entre estudiantes de 15 a 16, 1 de 10 consumió en los últimos 12 meses, y en los estudiantes de 17 a 18, 1 de 7, la edad promedio es de 14 años, esto significa que 50% de los que han consumido lo hicieron a los 14 años o menos, según las cifras 23,6% de los estudiantes que muestran consumo en los últimos 12 meses están en una situación de consumo de alto riesgo, por otro lado el 30,8% se encuentran en la situación de bajo riesgo de consumo, un 45,6% en la fase de no problemático (Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

Consumo de cocaína

El consumo de cocaína en población escolar con sus variables: 3,9% de los estudiantes aceptaron haber consumido por lo menos una vez, 2,7% acepto consumir en los últimos 12 meses y un 1,5% el último mes, se evidencia un incremento en el consumo de cocaína esto va ligado de la edad entre mayor edad se aumenta el consumo, de 12 a 14 tiene un porcentaje de 1,7% y en estudiantes de 17 a 18 el porcentaje es de 4,7%, la edad para el consumo está alrededor de los 14 años tanto en mujeres y hombres, aunque la información muestra una inclinación a las mujeres porque empiezan su vida de consumo 1 año más antes que los hombres

(Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

Consumo de bazuco

Resultados del consumo de bazuco: 1,3% de los participantes aceptaron consumir esta sustancia por lo menos 1 vez, 1,1% mujeres y 1,6% hombres, en cuanto a la edad no hay diferencias significativas, en cuanto a la edad en la que se inicia el consumo es de un promedio de 13 años tanto en mujeres como en hombres (Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

Consumo de éxtasis

Para el consumo de éxtasis los indicadores nos muestran 2,1% de porcentaje que consumió esta sustancia por lo menos 1 vez, 1,9% en mujeres y 2,4% de porcentaje para los hombres, alrededor de 43.000 estudiantes consumieron por lo menos 1 vez, de acuerdo a la edad no se ve una diferencia significativa, con respecto al inicio del consumo se evidencia que empieza alrededor de 14 años con porcentajes muy parecidos entre mujeres y hombres, aun así las mujeres tienden a consumir 1 año antes que los hombres, en síntesis el 70.7% de participantes aceptaron que consumieron alguna sustancia, 61.3% consumió los últimos 12 meses, 39.1% en los últimos 30 días, el alcohol es la sustancia que tiene mayor consumo entre los estudiantes, seguida por el cigarrillo, continuada con la marihuana y después el Popper, en cuanto a la edad se evidencia que hay un incremento al consumo en cuanto se incrementa la edad, en cuanto a los

establecimientos hay un incremento en entidades educativas privadas de 64.9% y publicas con 60.5%, también se observa un incremento del consumo a medida que va subiendo de grado, y de esta manera se ve una leve estabilidad en el consumo cuando pasa del grado Décimo a Undécimo (Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

Riesgos

Con el estudio realizado se procedió al análisis del riesgo que se presenta por el consumo de las sustancias, en el estudio se anexaron preguntas al riesgo que se percibe a nivel global desde la utilización o el consumo de vez en cuando o frecuentemente y los resultados son para el consumo de cigarrillo 16,1% piensan que hay un alto riesgo de fumar cigarrillo de vez en cuando, y con un porcentaje de 64% hombre y 58% mujeres piensan que se corre más riesgo al consumo de cigarrillo frecuentemente, con respecto al alcohol un 9.2% consideran un peligro consumir de vez en cuando siendo un promedio de 10.2% en hombres y 8.3% en mujeres, en el caso de tomar hasta emborracharse se nota un alto porcentaje en los estudiantes que ven un alto riesgo con un porcentaje de 42.6%. Con respecto a las sustancias inhalables (solventes y pegantes) un promedio de 46.7% de estudiantes considera riesgo usar sustancias inhalables de vez en cuando, y con un 64% consideran un riesgo consumir frecuentemente. Con respecto a la marihuana solo un 27.7% de los estudiantes piensas que hay un riesgo en consumir esta sustancia de vez en cuando, el porcentaje de riesgo aumenta cuando se consume frecuentemente con un 61.4% en mujeres y un 54.4% en hombres. Con respecto al consumo de cocaína solo un 38.6% percibe riesgo en consumir de vez en cuando esta sustancia, para el uso frecuente los porcentajes en escolares que perciben riesgo son 66.7% en mujeres y 62% en estudiantes hombres. Con

respecto al consumo de éxtasis el porcentaje de estudiantes que percibe un riesgo en el consumo de vez en cuando es de 41.1% y un 63% con respecto al uso frecuente de la sustancia con un 66.1% en mujeres y un 59.8% en hombres. Todos estos datos se hicieron en lo que perciben los estudiantes con respecto al consumo de sustancias tanto de forma ocasional o frecuente. Además de las preguntas sobre el riesgo de consumir se preguntó también sobre el uso y la oferta de sustancias en la institución con un 41.3% de los estudiantes piensan que hay compañeros que traen sustancias, pasan o prueban entre ellos dentro de la institución, con un leve aumento cuando se pregunta por alrededores con un 48.3% (Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

Para este estudio también se tomó en relación los padres por la influencia que ellos pueden ejercer en sus hijos con respecto al consumo de sustancias, uno de los pasos claves en la influencia parental es manejo y reducción en el potencial con respecto a la desviación que viene de los padres, esto se tomaría como autonomía prematura que significa que los papas se desentienden tempranamente o que los jóvenes tienen contacto con padres desviados (Dishion T., Nelson S. y Bullok B. 2004)

Los componentes que se usaron para la escala de los padres involucrados se construyó con siete preguntas en donde cada una es dicotomizada, esto se realizó con valores 0 y 1, así como lo podemos evidenciar en el siguiente cuadro donde se describe cada una de las preguntas, y también se presentan de forma agrupada las respuestas con los valores 0 y 1 (Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

Preguntas de la escala de padres involucrados		
Preguntas	Alternativas de respuestas	Valores en la escala
Después de que sales del colegio o durante los fines de semana, ¿cuántas veces ocurre	Siempre saben dónde estoy	1
	A veces no saben / nunca o casi nunca saben dónde estoy	0
En general, ¿algunos de los adultos con los que vives se fija	SI	1
	NO	0
¿Qué tan atentos están tus padres, o adultos con los que	Mucho/bastante	1
	Poco/nada	0
En una semana normal, ¿cuántos días se sientan a comer juntos,	6 o 7 días	1
	Ninguno/1 a 5 días	0
Durante los fines de semana o en tu tiempo libre ¿alguno de los	SI	1
	NO	0
En general, ¿tú dirías que tus padres conocen a tus amigos	Mucho	1
	Algo/poco/nada	0
Cuando sales de la casa en las tardes o en los fines de semana, ¿alguno de los adultos con los	Si lo hacen/si pregunta (n)	1
	Nunca lo hacen/nunca pregunta (n)	0

Figura 5 Versión adaptada del National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University, CASA, 2001. <http://alcoholfacts.org/CASAAAlcoholStatisticsAbuse.html>.

Las respuestas a estas 7 preguntas se pueden definir como la suma individual de los valores, de esta forma 0 indica que los padres o adultos con los que comparten los comportamientos señalados y 7 que tienen todos los comportamientos anteriores, a continuación se presentara una gráfica en donde veremos los resultados que estarán agrupados en los valores 0 y 1, de esta forma podemos evidenciar un porcentaje de 3.2% de los estudiantes informan que en 1 o ninguna de las preguntas se evidencia un resultado positivo, y por el otro lado vemos un 11.6% de los alumnos respondió afirmativo para las siete preguntas (Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

Mercados de drogas

Colombia es un país donde podemos evidenciar que aparte de ser productor y exportador el consumo también tiene un rol muy importante en Bogotá, como respuesta a las políticas en combinación con la autoridad han afectado los lugares claves para la venta de sustancias, por tal razón la venta se dispersó poco a poco, el monitoreo de estos lugares se ha complicado para las autoridades, por lo tanto se da una nueva forma para lograr monitorear las sustancias más populares, al mismo tiempo también se puede tener información del comportamiento de dichos mercados, logrando obtener valores y cantidades comercializadas en el mercado, esta información se obtiene por medio de encuestas a través de la policía utilizando el mapeo social, después se aplican varias técnicas SIG y así poder analizar los datos recopilados junto con la información de los delitos que tuvieran relación con las sustancias psicoactivas en los mercados (Escudero, JA y Ramírez, B. Crime Sci, 2018)

1.7 Aportes para la disminución del consumo de sustancias en la actualidad

Desde el año 2013 el proyecto ``Échele cabeza`` busco analizar las sustancias psicoactivas en las fiestas encontrando así que un 92% de los análisis de sustancias en las fiestas coincidieron con las pruebas realizadas en el laboratorio, estas pruebas fueron realizadas por el sistema de alertas tempranas, por lo tanto la fuente de los datos es confiable, hay una complementación en los datos por parte de la oficina de reducción de riesgo y daño, analizar el consumo y una asesoría personalizada, el método de trabajo entre iguales o pares, incrementa de forma positiva el impacto de la intervención, gracias a este método las personas encuestadas sienten más confianza y valoran la opinión de alguien que sabe del tema y logra orientarlos bien,

en un 83% a quienes se les recomienda no tener contacto ni consumir por lo tanto siguen la recomendación (Artículo Échele cabeza, 2019).

La asesoría y orientación que va dirigida a los jóvenes que están en una etapa inicial de consumo, presenta un modelo de estrategia que va dirigido a la disminución de los riesgos del consumo, ir disminuyendo poco el consumo y evitar la dependencia de estas sustancias, con esto podemos fortalecer la orientación juvenil, este modelo fue diseñado por profesionales en educación y salud basados en programas en los cuales se realizó una intervención comunitaria o social, el principal objetivo es a intervención de forma oportuna cuando se presente un consumo inicial y así impedir que este se vuelva permanente, de esta manera podemos evitar perder un proyecto de vida, la deserción, el rechazo y estigmatización. La estrategia se realiza con lineamientos apoyados de modo comunitario y ambulatorio de forma psicoeducativa que va dirigido a la prevención del consumo de sustancias y las consecuencias por el uso de las mismas, bajo las directrices que están en la resolución 518 de 2015 (Ministerio de salud, Protección social y Oficina de las naciones unidas, 2016).

Todas las sustancias tienen algo en común y es: activar en nuestro cerebro los sistemas de refuerzo que se relacionan con recompensa, esta recompensa de forma neurológica consiste en la liberación de dopamina, en el núcleo de Accumbens, esto significa que una conducta que tenga una consecuencia y genere una acción de supervivencia por el consumo de sustancias nos va a activar un refuerzo sobre la acción del consumo de sustancias que nos dará la percepción que la acciones importante para nuestra supervivencia, las sustancias someten al individuo y ahí se empieza a desarrollar una dependencia. La adicción es básicamente una enfermedad mental, y al no ser tratada como tal influye en que se continúe o se aumente la cantidad de personas que consumen, aunque los individuos tienen muchas creencias sobre el consumo como por ejemplo

que por consumir hay una falta a la moralidad, que hay una debilidad en el carácter y todo esto genera una estigmatización donde la sociedad los señala y los aparta, como sociedad se debería entender y asumir más que el consumo es una enfermedad y ese sería un paso importante para ayudar a los consumidores (Hipolito, 2019).

El consumidor tiene una dependencia, que es una necesidad por consumir, busca en las sustancias calma, refugio, etc. La población que podríamos considerar que está en riesgo son los que dependen y abusan, se pueden encontrar diferentes tipos de sustancia como estimulantes, depresoras, distorsionadoras y cannabinoides, los problemas para empezar y continuar con el consumo de sustancias tienen su inicio en factores como el genético, el psicológico y social (Damin, 2015). Los niños se desarrollan en un 95% desde su niñez hasta la adolescencia, el otro 5% de la adolescencia hasta los 24 años, en ese tiempo los niños y jóvenes son muy vulnerables y en muchas ocasiones los padres son la influencia para que los chicos no se desarrollen de la forma correcta, en la inexperiencia de los padres empujan a los jóvenes al mundo de consumidores, esto puede surgir en eventos, reuniones y al entender que una inadecuada conducta por parte de los padres es lo correcto (Gomez, 2017).

1.8 Conclusión

Con los estudios recabados podemos evidenciar que a través de los años hay una disminución en el consumo de sustancias lícitas y un aumento en el consumo de sustancias ilícitas como lo muestran investigaciones realizadas por el observatorio de drogas y los ministerios de salud y protección social desde el año 2008, aun así aunque va en aumento el consumo en Colombia se han logrado diferentes formas para abordar este tema, se han utilizado

diversas intervenciones para tratar el consumo de sustancias y varias no cuentan con evidencia de ser efectivas, dependiendo el método de implementación del programa como por ejemplo los de Stratton y Tobler donde la interacción genera más efectividad (Fernández, Nebot y Jané, 2002). También son muy efectivos los programas de prevención de consumo más intervención familiar que apoyan mucho la disminución aunque esta requiere más personal como psicopedagogos, terapeutas, trabajadores sociales y de más, de los programas que más sobresale que se encuentra en la intervención breve, la estrategia cinco A`S y cinco A`R, una intervención donde se estructura la forma de tratar dependiendo la rutina de la persona, esto hace que sea más personalizada, (Ministerio de salud, Protección social y Oficina de las naciones unidas, 2016), Durante el tiempo que duró esta investigación hemos podido evidenciar la trayectoria de las sustancias psicoactivas, podemos decir que han tenido un efecto profundo en la sociedad, estas sustancias han hecho difícil y en muchos casos imposible una sana convivencia con los demás o tener una vida estable, las sustancias psicoactivas pueden acabar con la base de cada relación que tiene el individuo, ya sea de trabajo, familiar o amistades, no obstante algunos consumidores logran esconder por un tiempo sus problemas y adicciones para lograr llevar una vida aceptable, de esta manera se aumentan sus niveles de Soledad, ansiedad y depresión, a decir verdad muchos de los individuos con adicciones no llegan a recibir un tratamiento aun cuando el tratamiento sea efectivo, la gran mayoría de consumidores se sienten solos y muestran una gran dependencia de estas sustancias, por ello realizó esta investigación para que con mi búsqueda se pueda entender más el tema, no es difícil ver constantemente cómo crece y evoluciona la sociedad de la misma forma los constantes problemas en nuestro país ya sea por la intolerancia, el estrés, las necesidades como por ejemplo la falta de empleo, todo esto genera el entorno perfecto para que muchas personas se aferren a algo que sienten que por un momento los aleja de la realidad, los

haga sentir relajados, en cuanto empeore la situación ya sea social, familiar o laboral más buscara la sustancia y con el tiempo empezara la dependencia, esta chocará con su entorno generando problemas en su vida, un consumo excesivo básicamente es un problema que aleja a la persona de la búsqueda de una vida plena, en los adolescentes a través de lo que se ha evidenciado se va incrementando la población de consumidores aparte de ver que existe una gran variedad de sustancias, los adolescentes y su desarrollo dependen en un porcentaje de sus familiares otro de sus relaciones en el colegio y el último de los porcentajes de las relaciones en su entorno fuera del colegio como los vecinos, los dos primeros son pilares fundamentales para un buen desarrollo y al debilitarse uno de estos aparecen las sustancias y de ahí la dependencia. Para la Dra Ana Peñuela la familia es un influyente muy importante cuando el adolescente busca apoyo y acompañamiento y de esta forma desarrolla un vínculo con su familia, al no haber participación y supervisión se ha podido evidenciar que estos son factores claves para que los jóvenes ingresen en este mundo de las sustancias, se ha evidenciado que los padres al estar más pendientes de los jóvenes hay una disminución entre un 60% y 80% que el adolescente consuma sustancias, una de las cualidades que se debe tener en cuenta es el fortalecimiento de la individualidad, aprender de cada una de las partes, y tener más momentos de calidad (Peñuela, 2018).

1.5 Bibliografía

Abrams, D.B., Follick, M.J., & Biener, L. (1988, November). Individual versus group self-help smoking cessation at the workplace: Initial impact and 12-month outcomes. In T. Glynn (Chair), *Four National Cancer Institute-funded self-help smoking cessation trials: Interim results and emerging patterns*. Symposium conducted at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, New York.

American Psychiatric Association. Guía clínica para el tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias, alcohol, cocaína, opiáceos. Ars Médica. 2004.

Artículo Échele cabeza, (2019, Julio) Los análisis de drogas en festivales salvan vidas, *Proyecto Échele cabeza*, RECUPERADO EN: <https://www.echelecabeza.com/los-analisis-de-drogas-en-festivales-salvan-vidas/>

Baer, (1988) Cognitive assessment in smoking behavior. En D. M. Donovan y G. A. Marlatt (Comps.) *Assessment of Addictive Behavior*. New York: Guilford Press.

Becoña, E. Manual para dejar de fumar. *Universidad Santiago de Compostela*, 2004. www.socidrogalcohol.org

Brownell, K.D., Marlatt, G.A., Lichtenstein, E., & Wilson G.T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist*, 41, 765-782.

Bruvold WH. A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *Am J Public Health* 1993; 83: 872-880.

Cohen, S., Lichtenstein, E., Prochaska, J.O., Rossi, J.S., Gritz, E.R., Carr, C.R., Orleans, C.T., Schoenbach, V.J., Biener, L., Abrams, D., DiClemente, C.C., Curry, S., Marlatt, G.A., Cummings, K.M., Emot, S.L., Giovino, G., & OssipKlein, D.(1989).*Debunking myths about self-quitting: Evidence from 10 prospective studies of persons quitting smoking by themself*. American Psychologist, 44, 1355-1365.

DiClemente, C.C. (1991).Motivational interviewing and the stages of change. In W.R.Miller & S.Rollnick (Eds), *Motivational interviewing: Preparing people for change* (pp.197-202). New York: Guilford Press

DiClemente, C. C.; McConaughy, E.A.; Norcross, J.C. y Prochaska, J.O. (1986). Integrative dimensions for psychotherapy. *Internationaf journal of Efectric Psychotherapy*, 5, 256-274.

DiClemente, C.C. y Prochaska, J.O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change of cessation and maintenance. *Addictive Behaviors*, 7, 133-142.

DiClemente, C. C. y Prochaska, J.O. (1985). Processes and stages of selfchange: *Coping and competence in smoking behavior change*. En S. 139 Shiffman y T.A. Wills (Eds.)

DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., & Gilbertini, M. (1985).Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 181-200

Dishion T., Nelson S. y Bullok B. (2004) Premature adolescent autonomy: parent disengagement and deviant peer process in the amplification of problem behavior. *Journal of Adolescence*, volume (27), 515-530

Encuesta Sobre Drogas a la Población Escolar, 1996. [Accedido 2002 abril 2]. Disponible en:

<http://www.mir.es/pnd/observa/html/principa.htm>

Ennett ST, Tobler NS, Ringwalt CL, Flewelling RL. How effective is drug abuse resistance education? A meta-analysis of project DARE outcome evaluations. *Am J Public Health* 1994; 84:1394-1401.

Ershoff, Mullen & Quinn, (1987) *Self-help interventions for smoking cessation with pregnant women*, Paper presented at the Self-Help Intervention Work-shop of the National Cancer Institute, Rockville, MD.

Escudero, JA y Ramírez, B. *Crime Sci* (2018) 7: 3. Recuperado de:

<https://doi.org/10.1186/s40163-017-0075-z>

Gobierno Nacional de la República de Colombia, a través del Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia y el Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito - UNODC -, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas - CICAD - de la Organización de los Estados Americanos - OEA -, y la Embajada de los Estados Unidos en Colombia - INL -. (2013) *ESTUDIO NACIONAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN COLOMBIA* (Estudio), Recuperado de: https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf

Gottlieb, N.H.; Galavotti, C.; McCuan, R.A. y McAlister, AL. (1990). Specification of a social-cognitive model predicting smoking cessation in a Mexican-American populations: A prospective study. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 529-542.

Hernandez Dalia, (2010), Tratamiento de adicciones en Colombia. Rev. Colomb. Psiquiat. Vol. 39, Suplemento 2010. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39s1/v39s1a11.pdf>

James O. Prochaska, Carlo C DiClemente, John C. Norcross (1994) CÓMO CAMBIA LA GENTE Aplicaciones en los comportamientos adictivos, RET, *Revista de Toxicomanías*. N°. 1, Recuperado de: https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET01_1.pdf

Jose Escudero, Boris Ramirez (Feb 2018) Metodología para monitorear los mercados de drogas ilícitas en Bogotá, *Noticias FIP con el apoyo de Open Society Foundations*, Recuperado de: <http://www.ideaspaz.org/publications/posts/1655>

Kanfer, F.J. (1986). Implications of a self-regulation model therapy for treatment of addictive behaviors. En W.R. Miller y N. Heather (Eds.): *Treating addictive behaviors: Processes of Change*. New York: Plenum Press.

Lambert M. J., Shapiro D. A. & Bergin A. E., 1986 The Effectiveness of psychotherapy, *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 157-211). Nueva York: Wiley.

Marlatt&Gordon, 1985, Relapse prevention. *Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York Guilford Press.

Marlatt, G.A.; Baer,J.S.; Donovan O.M. y Kivlahan, D.R. (1988). Addictive behaviors: Etiology and treatment. *Annual Review of Psychology*, 39, 223-252.

McConaughy, E. A., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 26(4), 494-503.

Miller&Hester, (1980, 1986). Op. Cit. Miller, W. R. and R. K.Hester (1980). Treating The Problem Drinker: Modern Approaches, in W. R. Miller (Editor), *The Addictive Behaviors*. Oxford: Pergamon Press, pp 11- 14

Miller, W; Rollnick. La Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. *Editorial Paidós*, 1999.

Ministerio de salud y protección social de Colombia (Dra Ana M. Peñuela, Ricardo Amortegui,) (2018), Ciclo sobre la prevención del consumo de sustancias psicoactivas (Youtube) de <https://www.youtube.com/watch?v=2nZ3J6mBIWM>

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (Junio 2010). *La prevención y la mitigación manos de los y las jóvenes*), Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Prevencion%20y%20mitigacion%20JOVENES_web.pdf

Ministerio de salud y protección social.(Octubre de 2016). *ABECÉ de la prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas*. Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Abece-salud-mental-psicoactivas-octubre-2016-minsalud.pdf>

Ministerio de salud, Protección social y Oficina de las naciones unidas (2016) *Estrategia de orientación a jóvenes con consumos iniciales de drogas*. Tomado de:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/estrategia-orientacion-jovenes-consumo-drogas.pdf>

Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de Salud y Protección Social (2016), Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar - Colombia 2016. Bogotá D.C. Recuperado de:
http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03142016_estudio_consumo_escolares_2016.pdf

Norcross, J. C., Ratzin, A. C., & Payne, D. (1989). Ringing in the New Year: The change processes and reported outcomes of resolutions. *Addictive Behaviors*, 14(2), 205-212.

Observatorio de Drogas de Colombia. (2017). *Reporte de drogas de Colombia*. Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia (ODC). Recuperado de:
http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/reporte_drogas_colombia_2017.pdf

Observatorio Europeo de Drogas. [accedido 2002 Feb 4]. Disponible en:
<http://www.mir.es/pnd/publica/pdf/oed-4.pdf>.

Ockene, Ockene & Kristellar, 1988. The coronary artery smoking intervention study. Worcester, MA: National Heart Lung Blood Institute.

- Orlando Scopetta DG, (Bogotá D.C., 2010), *CONSUMO DE DROGAS EN COLOMBIA CARACTERÍSTICAS Y TENDENCIA*, Recuperado de:
<http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03102010-consumo-drogas-colombia-caracteristicas-tendencias-.pdf>
- Prochaska, & Costa, (1989) A cross-sectional comparison of stages of Change for pre-therapy and within-therapy clients. Unpublished manuscript, University of Rhode Island, Kingston, RI.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C. C. (1984). The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy. Homewood. Illinois: Dorsey Press.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. En M. Hersen; R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.). *Progress in behavior modification*. Newbury Park. California: Sage.
- Prochaska, J.O.; DiClemente, C.C. y Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. *Applications to addictive behaviors*. American Psychologist, 47, 1102-1114.
- Prochaska, J.O.; DiClemente, C.C.; Velicer, W.F.; Rossi, J.S. y Guadagnoli, E. (1991). Patterns of change 11: Longitudinal analysis of self-change processes across stages of smoking cessation. Manuscrito no publicado (citado por Velicer, Prochaska, Rossi y Snow, 1992).
- Revista SEMANA, (2017, Marzo) Análisis: la droga consume a los menores de edad, *SEMANA*, RECUPERADO EN: <https://www.semana.com/educacion/articulo/drogas-consumo-de-drogas-en-menores-de-edad-en-colombia-2017/519326>

- Rice, L. N., & Greenberg, L. S. (1984). Future research directions. In L. N. Rice, & L. S. Greenberg (Eds.), *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process* (pp. 289-308). New York: Guilford.
- Rooney BL, Murray DM. A meta-analysis of smoking prevention programs after adjustment for errors in the unit of analysis. *Health Education Quarterly* 1996; 23: 48-64.
- Schachter, S. (1982). Reincidencia y autocuración del tabaquismo y la obesidad. *Psicólogo estadounidense*, Washington, Editora en Jefe Anne E. Kazak, PhD
- Shapiro et al, (1984) The Epidemiological Evaluation of Drugs, *Journal of internal Medicine*, volumen 215, pages: 5-152
- Smith, Glass, Miller, (1980). *The Benefits of Psychotherapy*, United States, By the Johns Hopkins University Press.
- Suris JC, Parera N. Enquesta de salut als adolescents escolaritzats de la ciutat de Barcelona, 1999. Barcelona: Fundació Santiago Dexeus Font; 2000.
- Susanna Fernández, Manel Nebot y Mireia Jané.(2002) EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS ESCOLARES DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y CANNABIS: ¿QUÉ NOS DICEN LOS META-ANÁLISIS?. *Revista Española de Salud Pública*. (N. ° 3) 76: 175-187 Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/170/17076302.pdf>

TED (Carlos Damin) (2015) Sustancias, sujeto y sociedad ¿Dónde está el Problema? (Youtube) de <https://www.youtube.com/watch?v=6Pk7hWBg8uk>

TED (Lucia Hipolito) (2019) Neurociencia de las adicciones: una nueva perspectiva (Youtube) de <https://www.youtube.com/watch?v=7wJvkIautCk>

Tobler NS, Stratton HH. Effectiveness of school-based drug prevention programas: a meta-analysis of the research. *The Journal of primary prevention* 1997; 18: 71-128.

Tuchfeld, 1981. Spontaneous remission in alcoholics: Empirical observations and theoretical implications. *Journal of studies on Alcohol* 42(7):626-641.

Universidad de Cartagena, fundación Salva tu vida (Willim González) (2017) Conferencia de prevención de sustancias psicoactivas (Youtube) de <https://www.youtube.com/watch?v=AwAXDRGxwRA>

White D, Pitts M. Educating young people about drugs: a systematic review. *Addiction* 1998; 93: 1475-1487.