

Familia

Diálogo

Crianza

Guillermo A. Castaño Pérez - César Augusto Jaramillo Jaramillo

CONSUMO DE DROGAS Y LUDOPATÍA EN EL MUNICIPIO DE ENVIGADO

ISBN: 978-958-8399-81-2

Educación

Salud

Prevención

CONSUMO DE DROGAS Y LUDOPATÍA EN EL MUNICIPIO DE ENVIGADO

Guillermo Alonso Castaño Pérez

Investigador principal. Líder del grupo de investigación
en Farmacodependencia y Otras Adicciones
Fundación Universitaria Luis Amigó

César Augusto Jaramillo Jaramillo

Coinvestigador. Grupo de Investigación Psicología Aplicada y Sociedad —PAYS—
Institución Universitaria de Envigado

Medellín, 2014

362.29 C346c

Castaño Pérez, Guillermo A.

Consumo de drogas y ludopatía en el municipio de Envigado / Guillermo Alonso Castaño Pérez, investigador principal, César Augusto Jaramillo Jaramillo, coinvestigador. -- Medellín : Fundación Universitaria Luis Amigó, 2014.
ISBN: 978-958-8399-78-2

Guillermo Alonso Castaño Pérez, investigador principal, líder del grupo de investigación en Farmacodependencia y otras Adicciones. Fundación Universitaria Luis Amigó. César Augusto Jaramillo Jaramillo, coinvestigador. Grupo de Investigación Psicología Aplicada y Sociedad -PAYS- Institución Universitaria de Envigado

ABUSO DE DROGAS--INVESTIGACIONES--ENVIGADO; JUEGOS DE AZAR--INVESTIGACIONES--ENVIGADO ; Jaramillo Jaramillo, César Augusto ; Castaño Pérez, Guillermo A.

CONSUMO DE DROGAS Y LUDOPATÍA EN EL MUNICIPIO DE ENVIGADO

© Fundación Universitaria Luis Amigó. Departamento de Fondo Editorial
Transversal 51A 67 B 90. Medellín, Antioquia, Colombia
Tel: (574) 448 76 66 (Ext. 9711)
www.funlam.edu.co - fondoeditorial@funlam.edu.co

© Municipio de Envigado
Dirección: Carrera 43 38 Sur 35 – Palacio Municipal
Teléfono: 3394000

© Institución Universitaria de Envigado
Carrera 27 B 39 A Sur 57. Envigado, Colombia
PBX: 3391010 - Fax (574) 3330148
www.iue.edu.co - info@iue.edu.co

ISBN: 978-958-8399-81-2

Fecha de edición: 23 de febrero de 2015

Autores: Guillermo Alonso Castaño Pérez
César Augusto Jaramillo Jaramillo

Corrección de estilo: Juan Carlos Rodas Montoya

Diagramación y diseño: Arbey David Zuluaga Yarce

Edición: Fondo Editorial Fundación Universitaria Luis Amigó (Jefe de Departamento: Carolina Orrego Moscoso).

Impreso y hecho en Colombia / Printed and made in Colombia

Texto resultado de la investigación "Consumo de drogas y prevalencias de juego en población general y sus principales factores asociados de riesgo y protección, del municipio de Envigado (Antioquia) – 2013". Este estudio fue realizado para la Secretaría de Salud del municipio de Envigado por los grupos de investigación en Farmacodependencia y otras adicciones, de la Fundación Universitaria Luis Amigó, y Psicología Aplicada y Sociedad -PAYS-, de la Institución Universitaria de Envigado.

La publicación fue financiada por la Secretaría de Salud de Envigado con aportes de la Fundación Universitaria Luis Amigó y la Institución Universitaria de Envigado.

Los autores son moral y legalmente responsables de la información expresada en este libro, así como del respeto a los derechos de autor. Por lo tanto, no comprometen en ningún sentido a la Secretaría de Salud de Envigado, a la Fundación Universitaria Luis Amigó ni a la Institución Universitaria de Envigado. Los resultados producto de la investigación son avalados por la Secretaría de Salud del Municipio de Envigado.

Esta obra puede ser reproducida parcialmente, por cualquier medio o con cualquier propósito, siempre y cuando se citen debidamente los autores y las instituciones que la hicieron posible. Se prohíbe la reproducción total del contenido de esta publicación.

ESTUDIO REALIZADO PARA:
Municipio de Envigado

Héctor Londoño Restrepo
Alcalde

Ricardo Castrillón Quintero
Secretario de Salud

Ana Cristina Moreno Montoya
Jefe Oficina Sistemas de Información en Salud

Mauricio Ospina Arroyave
Jefe de Salud Mental y Adicciones

COORDINACIÓN TÉCNICA
Investigadores Principales

MD. Guillermo A. Castaño Pérez. Ph.D
Médico, Especialista en Farmacodependencia, Fundación Universitaria Luis Amigó; Magister en Drogodependencias, Universidad Complutense de Madrid; Doctor en Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández (España); Docente investigador y líder del grupo de investigación en Farmacodependencia y otras adicciones de la Fundación Universitaria Luis Amigó; Miembro de la Asociación Latinoamericana de Adiccionología –ALAD– y de la Red de investigadores en drogas de América Latina –Redla– de la Cicad/OEA.

MCs. César Augusto Jaramillo Jaramillo
Psicólogo, Universidad de Antioquia, Especialista en Estudios sobre Juventud, Universidad de Antioquia, Magister en Educación y Desarrollo Humano de la Universidad de Manizales/Cinde. Docente de Tiempo Completo Programa de Psicología de la Institución Universitaria de Envigado y Docente de la Escuela de Posgrados de la Funlam.

ASESORES EPIDEMIOLÓGICOS

MD. Alejandro Vargas Gutiérrez. MCs

Médico, Universidad de Antioquia, Magister en Epidemiología,
Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

MCs. Eduardo Santacruz Sanmartín.

Gerente en Sistemas de Información en Salud, Magister en
Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública, Universi-
dad de Antioquia.

ANÁLISIS DE DATOS

Mónica Tibisay Giraldo Torres

Gerente en Sistemas de Información en Salud, Facultad Nacio-
nal de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

TRABAJO DE CAMPO

Coordinadora operativa

María Francy Preciado Calle

Socióloga, Universidad de Antioquia.

Encuestadores

Juan Diego Taborda López; Juan Camilo Lopera; Juan David
Múnera Echeverry; Lizeth Carolina Rendón Vásquez; Laura
Vélez Gil; Sara Meneses Arango; Mónica Múnera Gil; Rienzi
Cataño Tangarife; Karina Vallejo Tovar; Marcela Cano Ocampo;
Luis Eduardo Rojas Osorno; Natalia Herrera Pérez; Tatiana
Gonzáles Agudelo.

EQUIPO INTERINSTITUCIONAL

Ana Cristina Moreno Montoya
Jefe Oficina Sistemas de Información en Salud
Secretaría de Salud
Municipio de Envigado

Mauricio Ospina Arroyave
Jefe de Salud Mental y Adicciones
Secretaría de Salud
Municipio de Envigado

María Victoria García Orrego
Profesional Universitaria Psicología
Secretaría de Salud
Municipio de Envigado

Carlos Mario Cano Gallego
Profesional Universitario
Subdirección Sistemas de Información
Departamento Administrativo de Planeación
Municipio de Envigado

Guillermo A. Castaño Pérez
Médico, Magister en Drogodependencias y Doctor en
Psicología de la Salud.
Fundación Universitaria Luis Amigó

César Augusto Jaramillo Jaramillo
Psicólogo, Magister en Educación y Desarrollo Humano y
Especialista en Estudios sobre Juventud.
Institución Universitaria de Envigado

Hugo Grisales Romero
Matemático, Magister y Doctor en Epidemiología
Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia

Samuel Arias Valencia
Médico, Magister en Epidemiología.
Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia

ÍNDICE GENERAL

PRÓLOGO

INTRODUCCIÓN

1. OBJETIVOS	19
1.1. Objetivos generales	19
1.2. Objetivos específicos	19
2. METODOLOGÍA	21
2.1. Diseño	21
2.2. Población	21
2.3. Muestra	21
2.3.1. Marco muestral y unidades de muestreo	22
2.3.2. Tamaño de la muestra	23
2.3.3. Criterios de inclusión	25
2.3.4. Criterios de exclusión	25
2.4. Definición y operacionalización de variables	25
2.4.1. Factores de riesgo y protección	26
2.4.2. Variables del estudio	26
2.4.2.1. Variables para el caso de problemas relacionados con el juego	28
2.4.2.2. Variable en relación con la presencia de factores de riesgo o de protección	29
2.4.3. Indicadores de consumo, abuso y dependencia de alcohol o drogas	30
2.4.4. Indicadores de problemas relacionados con el juego	31
2.4.5. Indicadores de presencia de factores de riesgo y protección	31
2.5. Instrumentos	32
2.5.1. Validación de instrumentos	34
2.6. Recolección de la información	34
2.7. Selección y capacitación del personal de campo	37
2.8. Calidad de los datos	37

2.9. Procesamiento de la información	38
2.10. Aspectos éticos	40
2.11. Validación de resultados de la investigación	40
3. MARCO REFERENCIAL	41
3.1. Antecedentes investigativos	41
3.1.1. Antecedentes internacionales del consumo de sustancias psicoactivas	42
3.1.2. Antecedentes nacionales, regionales y locales del consumo de sustancias psicoactivas	44
3.1.3. Antecedentes internacionales sobre la ludopatía	50
3.1.4. Antecedentes de estudios nacionales sobre la ludopatía	51
3.2. Marco teórico	53
3.2.1. Drogas o sustancias psicoactivas	53
3.2.2. Principales drogas de abuso	54
3.2.3. Fases del consumo	55
3.2.4. Farmacodependencia	56
3.2.5. Factores de riesgo	56
3.2.6. Factores de protección	57
3.2.7. La ludopatía	58
3.2.8. Factores de riesgo para el juego patológico	61
4. RESULTADOS	63
4.1. Características sociodemográficas	63
4.2. Prevalencias de consumo de drogas	65
4.2.1. Drogas legales	65
4.2.1.1. Cigarrillo	65
4.2.1.2. Alcohol	67
4.2.1.3. Medicamentos sin prescripción	70
4.2.2. Drogas ilegales	80
4.2.2.1. Marihuana	80
4.2.2.2. Cocaína (perico)	82
4.2.2.3. Pasta básica de cocaína (Basuco)	84
4.2.2.4. Drogas de síntesis	85
4.2.2.5. Inhalantes (Poppers)	89
4.2.2.6. Cacao sabanero	90
4.2.2.7. Hongos	91

4.2.2.8. Heroína	92
4.2.2.9. Consumo de drogas inyectadas	92
4.3. Consumo iniciado en el año 2013	94
4.4. Tasas de abuso y dependencia de drogas ilícitas (según criterios DSM-IV para abuso y CIE10 para dependencia)	95
4.5. Factores asociados de riesgo y protección	96
4.5.1. Factores de riesgo individuales	96
4.5.2. Factores de riesgo familiares	97
4.5.2.1. Riesgo familiar relacionado con el consumo	98
4.5.2.2. Riesgo familiar general	98
4.5.3. Factores de riesgo sociales	98
4.5.3.1. Riesgo social general	99
4.5.3.2. Riesgo social relacionado con consumo	99
4.5.4. Factores de riesgo ambientales	99
4.5.4.1. Riesgo ambiental relacionado directamente con las drogas	100
4.5.4.2. Riesgo ambiental general	100
4.6. Acceso y oferta de drogas ilícitas y percepción acerca de la gravedad del consumo de drogas en el municipio de Envigado	101
4.7. Información sobre programas de prevención en el municipio de Envigado	102
4.8. Juegos de azar en la población general de Envigado	104
4.8.1. Tipos de juegos de azar preferidos por la población general de Envigado	105
4.8.2. Características sociodemográficas de los jugadores de juegos de azar en Envigado...	105
4.8.3. Factores de riesgo individuales relacionados con el juego patológico en población general de Envigado	107
4.9. Factores de riesgo y consumo de alcohol	108
4.9.1. Análisis bivariados	108
4.9.2. Análisis multivariado del consumo problemático de alcohol y factores asociados	112
4.10. Factores de riesgo y consumo de drogas ilícitas	113
4.10.1. Análisis bivariados	113
4.10.2. Análisis multivariado	116
4.11. Factores de riesgo y ludopatía	116
4.11.1 Análisis bivariado	117
4.11.2. Análisis multivariado	119

5. ANÁLISIS COMPARATIVO: CONSUMO DE DROGAS EN ENVIGADO CON RESPECTO A

COLOMBIA	121
5.1. Cigarrillo	121
5.2. Alcohol	123
5.3. Marihuana	126
5.4. Cocaína	127
5.5. Basuco	128
5.6. Éxtasis	129
CONCLUSIONES	131
RECOMENDACIONES	135
REFERENCIAS	139
ANEXOS	145
Anexo 1. Historia del Plan Municipal de Drogas de Envigado	145
Anexo 2. Instrumento	152
Anexo 3. Consentimiento informado	162

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Población por zonas y muestra seleccionada con viviendas de reemplazo	24
Tabla 2. Audit	27
Tabla 3. Criterios de abuso (DSM IV) para el consumo de drogas	27
Tabla 4. Criterios de dependencia (CIE 10), para el consumo de drogas	28
Tabla 5. Sustancias psicoactivas consumidas, según zona de residencia y total municipal	46
Tabla 6. Estudios españoles sobre juego problemático y patológico 1990-2004	51
Tabla 7. Características sociodemográficas de los participantes	64
Tabla 8. Prevalencia de vida, último año y último mes para el cigarrillo, según sexo	66
Tabla 11. Prevalencia de vida, último año y último mes para el cigarrillo, según escolaridad	66
Tabla 12. Prevalencia de vida, último año y último mes para el alcohol, según sexo	67
Tabla 13. Prevalencia de vida, último año y último mes para el alcohol, según grupos de edad	68
Tabla 14. Prevalencia de vida, último año y último mes para el alcohol, según estrato socioeconómico..	68
Tabla 15. Prevalencia de vida, último año y último mes para el alcohol, según escolaridad	68
Tabla 16. Número y porcentaje de personas encuestadas con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol, según grupos de edad	69
Tabla 17. Número y porcentaje de personas encuestadas con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol, según sexo	70

Tabla 18. Prevalencia de vida, último año y último mes para analgésicos derivados opiáceos según sexo, grupos de edad, estrato y escolaridad	70
Tabla 19. Prevalencia de vida, último año y último mes para metadona, según sexo, grupos de edad, estrato y escolaridad	72
Tabla 20. Prevalencia de vida, último año y último mes para morfina, según sexo, grupos de edad, estrato y escolaridad	73
Tabla 21. Prevalencia de vida, último año y último mes para tramal, según sexo, grupos de edad, estrato y escolaridad	74
Tabla 22. Prevalencia de vida, último año y último mes para clonazepam, según sexo, grupos de edad, estrato y escolaridad	75
Tabla 23. Prevalencia de vida, último año y último mes para Rohypnol, según sexo, grupos de edad, estrato y escolaridad	76
Tabla 24. Prevalencia de vida, último año y último mes para inductores del sueño, según sexo, grupos de edad, estrato y escolaridad	77
Tabla 25. Prevalencia de vida, último año y último mes para sacol, según sexo, grupos de edad, estrato y escolaridad	79
Tabla 26. Prevalencia de vida, último año y último mes para dick, según sexo, grupos de edad, estrato y escolaridad	80
Tabla 27. Prevalencia de vida, último año y último mes para la marihuana, según sexo	81
Tabla 28. Prevalencia de vida, último año y último mes para la marihuana, según grupos de edad ..	81
Tabla 29. Prevalencia de vida, último año y último mes para la marihuana, según estrato socioeconómico	82
Tabla 30. Prevalencia de vida, último año y último mes para la marihuana, según escolaridad	82
Tabla 31. Prevalencia de vida, último año y último mes para la cocaína, según sexo	83
Tabla 32. Prevalencia de vida, último año y último mes para la cocaína, según grupos de edad	83
Tabla 33. Prevalencia de vida, último año y último mes para la cocaína, según estrato socioeconómico	
Estudio sobre consumo de drogas, ludopatía y factores asociados de riesgo y protección	83
Tabla 34. Prevalencia de vida, último año y último mes para la cocaína, según escolaridad	83
Tabla 35. Prevalencia de vida, último año y último mes para el basuco, según sexo	84
Tabla 36. Prevalencia de vida, último año y último mes para el basuco, según grupos de edad de los participantes	84
Tabla 37. Prevalencia de vida, último año y último mes para el basuco, según estrato socioeconómico de los participantes	85
Tabla 38. Prevalencia de vida, último año y último mes para el basuco, según escolaridad	85
Tabla 39. Prevalencia de vida, último año y último mes para el éxtasis, según sexo, grupos de edad, estrato y escolaridad	86

Tabla 40. Prevalencia de vida, último año y último mes para las anfetaminas, según sexo, grupos de edad, estrato y escolaridad	87
Tabla 41. Prevalencia de vida, último año y último mes para las metanfetaminas, según sexo, grupos de edad, estrato y escolaridad	88
Tabla 42. Prevalencia de vida, último año y último mes para poppers, según sexo, grupos de edad, estrato y escolaridad	89
Tabla 43. Prevalencia de vida, último año y último mes para cacao sabanero, según sexo, grupos de edad, estrato y escolaridad	90
Tabla 44. Prevalencia de vida, último año y último mes para hongos, según sexo, grupos de edad, estrato y escolaridad	91
Tabla 45. Prevalencia de vida, último año y último mes para heroína	92
Tabla 46. Prevalencia de vida, último año y último mes para drogas inyectadas, según sexo, grupos de edad, estrato y escolaridad	93
Tabla 47. Número y porcentaje de personas con abuso o dependencia de cualquier sustancia ilícita, según sexo, grupos de edad y estrato socioeconómico	95
Tabla 48. Características sociodemográficas, según la clasificación por tipo de jugador	106
Tabla 49. Análisis bivariado para el consumo problemático de alcohol, según características demográficas y de factores de riesgo y protección	110
Tabla 50. Factores predictores de consumo problemático de alcohol	112
Tabla 51. Análisis bivariado de la población que ha consumido drogas, según características demográficas y de factores de riesgo y protección	114
Tabla 52. Factores predictores asociados con el consumo de sustancias psicoactivas (ilícitas)	116
Tabla 53. Análisis bivariado de la población con juego problemático y patológico y su asociación con variables demográficas y de factores de riesgo y protección	118
Tabla 54. Factores predictores de juego problemático y patológico	120

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Mapa de Envigado por barrios	35
Figura 2. Prevalencia de vida, último año y último mes para el cigarrillo	65
Figura 3. Prevalencia de vida, último año y último mes para el alcohol	67
Figura 4. Riesgo de consumo, según Audit	69
Figura 5. Prevalencia de vida, último año y último mes para la marihuana	81
Figura 6. Prevalencia de vida, último año y último mes para la cocaína	82
Figura 7. Prevalencia de vida, último año y último mes para el basuco	84

Figura 8. Incidencia de año y mes del consumo de cigarrillo, alcohol, marihuana, basuco, cocaína de la población encuestada	94
Figura 9. Distribución de los factores de riesgos individuales	97
Figura 10. Riesgos individuales relacionados con consumo de alcohol y drogas	97
Figura 11. Distribución de los factores de riesgos familiares	98
Figura 12. Distribución de los factores de riesgos sociales	99
Figura 13. Distribución de los factores de riesgos ambientales	100
Figura 14. Porcentaje de percepción social del consumo de drogas en los últimos años en el municipio. Estudio Envigado, 2013.	101
Figura 15. Porcentaje de percepción social del consumo de drogas en los últimos años en el barrio o sector. Estudio Envigado, 2013.	101
Figura 16. Distribución porcentual de la percepción de la gravedad del consumo de drogas, en el barrio o sector	102
Figura 17. Distribución porcentual acerca de la percepción del tráfico de drogas en el barrio y consumo de drogas en lugares públicos	102
Figura 18. Distribución porcentual de las personas que han recibido información sobre la prevención del consumo de alcohol o drogas	103
Figura 19. Distribución porcentual de las personas que conocen el Programa integral para las adicciones y la salud mental	103
Figura 20. Conocimiento y calificación de los programas de prevención del consumo de alcohol o drogas que se desarrollan en el municipio	104
Figura 21. Distribución porcentual de las personas con problemas de juego, según la clasificación SOGS	104
Figura 22. Distribución porcentual de los tipos y frecuencia de juego	105
Figura 23. Distribución porcentual de presentación de factores de riesgo individuales relacionados con juego en casinos y máquinas tragamonedas, en población encuestada	107

PRÓLOGO

El consumo de drogas y las consecuencias asociadas constituyen un problema social y sanitario que afecta a la sociedad en general. Un número significativo de la población, en gran parte jóvenes e incluso adolescentes, consume sustancias como alcohol, tabaco, marihuana, cocaína y drogas de síntesis.

Tener datos exactos sobre lo que sucede en una comunidad, con respecto al consumo de drogas, es una necesidad prioritaria de las administraciones públicas para emprender y evaluar programas de prevención.

La Alcaldía de Envigado, la Secretaría de Salud y el Área de Salud Mental y Adicciones, se complacen en presentar el informe de resultados del estudio de Consumo de sustancias psicoactivas y problemas relacionados con los juegos de azar en población general, tanto urbana como rural -2013-, realizado con el propósito de estimar la magnitud del consumo de drogas, la ludopatía y los factores asociados de riesgo y protección, en los habitantes del municipio entre los 12 y los 65 años.

Esta investigación, llevada a cabo a través de una encuesta de hogares, dispone de información útil, válida, confiable y comparable sobre la magnitud del consumo de sustancias psicoactivas y de los problemas relacionado con los juegos de apuestas, los segmentos de población más afectados, la percepción del riesgo frente a las principales sustancias y el juego, las edades de inicio del consumo para las principales sustancias psicoactivas, la valoración subjetiva del acceso a las mismas y las principales frecuencias de consumo.

De los resultados obtenidos se infiere que el consumo de sustancias en la población general de Envigado es un problema real, que viene en aumento y que en la amplia variedad de sustancias usadas se destacan no sólo las drogas ilícitas sino, también, el alcohol y el tabaco.

Sin duda alguna, esta investigación se convierte en una fuente esencial de consulta y de provisión de información que contribuye con la definición de políticas, planes, programas y proyectos dirigidos a disminuir y controlar el impacto del “fenómeno de las drogas” en general, y del uso y abuso de las sustancias psicoactivas en particular, así como de los problemas asociados con los juegos de azar.

Estos hallazgos advierten la necesidad de fortalecer las intervenciones en prevención del consumo de drogas y movilizar acciones que brinden respuestas al problema en su actual dimensión. No obstante, atender la situación del consumo de drogas y de los problemas relacionados con el juego, que revela esta encuesta, requiere la participación de todos. La responsabilidad de trabajar en la prevención del consumo de sustancias es un asunto que trasciende la esfera del gobierno, en la que deben participar todas las secretarías e involucra, además, a la familia, el barrio, la escuela, la universidad, los medios de comunicación y a la sociedad plena.

Sin duda, este estudio constituye un insumo relevante para fundamentar las acciones en prevención. Por ello, nuestro anhelo es que las distintas instancias administrativas, organizaciones no gubernamentales y actores sociales del nivel local, se apropien de la presente información y hagan uso de ella en beneficio de nuestros jóvenes envigadeños.

Mauricio Ospina Arroyave

Jefe de Salud Mental y Adicciones

INTRODUCCIÓN

El consumo, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas se plantean como desafíos universales de grandes proporciones, que afectan la salud pública de millones de seres humanos alrededor de los cinco continentes. Las cifras del último informe anual de Naciones Unidas son muy significativas por sí solas:

Se calcula que 230 millones de personas, o el 5% de la población adulta del mundo, consumió alguna droga ilícita por lo menos una vez en 2010. Los consumidores problemáticos de drogas suman unos 27 millones, o el 0,6% de la población adulta mundial. En general, el uso de drogas ilícitas parece haberse estabilizado en todo el mundo, aunque aumenta en varios países en desarrollo. La heroína, la cocaína y otras drogas cobran la vida de aproximadamente 0,2 millones de personas cada año, siembran devastación en las familias y causan sufrimiento a miles de personas. Las drogas ilícitas socavan el desarrollo económico y social y fomentan la delincuencia, la inestabilidad, la inseguridad y la propagación del VIH (ONUDD, 2012, p. 32).

Colombia no escapa a esta problemática porque es un país en el que son evidentes prevalencias relevantes de consumo en sus últimos estudios que impactan todos los estratos sociales y los grupos etarios, pero, sobre todo, que afectan con fuerza la población adolescente y joven de manera temprana.

Un análisis de las tendencias de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, desde que se tienen estudios en población general, el primero realizado en 1993 y el último en el año 2008, permite identificar unos patrones de evolución que describen la situación actual del tema en el país (Scoppeta, 2010):

- El consumo tiende al aumento
- El consumo es más frecuente en jóvenes de zonas urbanas
- El consumo se inicia a edades cada vez más tempranas
- Las mujeres tienden a igualar el consumo de los hombres
- Aparecen y toman fuerza en el mercado nuevas sustancias

Los problemas biopsicosociales de la población, provocados por uso, abuso y dependencia, han llevado a las autoridades a declarar el consumo de drogas como un problema de salud pública y, por tanto, ha presionado a las autoridades sanitarias de los entes territoriales a desarrollar acciones para fortalecer las intervenciones en prevención del consumo de drogas y movilizar acciones que den respuesta al problema.

Los estudios epidemiológicos son, sin duda, una herramienta clave para dar cuenta de una determinada problemática en su actual dimensión y, por tanto, son útiles para orientar la formulación de políticas públicas y enfrentarla.

El municipio de Envigado, desde la Secretaría de Salud, ha sido pionero en Colombia en el diseño y despliegue de propuestas de intervención para enfrentar el problema del consumo de drogas. Desde mediados de la década de los años ochenta, del siglo pasado, la Administración Municipal estableció, de forma articulada y concertada, el Programa de prevención de drogadicción, como resultado de las recomendaciones y estudios que se produjeron en su momento y que, además, contó con colaboración intersectorial que se mantenía con los diferentes actores de la ciudad. Protagonistas de este proyecto municipal fueron la Alcaldía, la Personería, las secretarías de Gobierno, Educación y Deportes, las direcciones del Hospital Manuel Uribe Ángel, Comfama y los Rotarios y un representante de la empresa privada. Desde entonces hasta la fecha la Alcaldía municipal, a través de la Secretaría de Salud, ha venido fortaleciendo sus acciones.¹

Con los hallazgos de este estudio, el municipio de Envigado ha compilado información valiosa para orientar sus propios programas de prevención y tratamiento y, sobre todo, para establecer una línea de base con el objeto de evaluar sus acciones, lo que la pone en consonancia con las políticas nacionales e internacionales que señalan la necesidad de ejercer vigilancia epidemiológica frente al fenómeno del uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas y la presencia de otras dependencias no químicas, como la ludopatía, tal como lo plantea el Gobierno nacional colombiano.

¹La historia completa sobre el Plan Municipal de Drogas de Envigado puede verse en el Anexo 1.

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivos generales

- 1.1.1. Estimar la magnitud del consumo de drogas, lícitas e ilícitas, en población general y sus principales factores asociados de riesgo y protección.
- 1.1.2. Definir la tasa de jugadores problemas y patológicos en la población general y sus principales factores asociados de riesgo y protección.

1.2. Objetivos específicos

- 1.2.1. Determinar la prevalencia de vida, último año y último mes del consumo de drogas, lícitas e ilícitas, de acuerdo con variables de sexo, grupos de edad, escolaridad y estrato socioeconómico.
- 1.2.2. Estimar la edad de inicio en el consumo de drogas en general.
- 1.2.3. Medir la incidencia de último año y mes del consumo de drogas en general.
- 1.2.4. Definir la tasa de abuso/dependencia de alcohol, según criterios (Audit).
- 1.2.5. Determinar la tasa de abuso y dependencia de drogas ilícitas (según DSM-IV (abuso), CIE10 (dependencia)).
- 1.2.6. Estimar la percepción sobre el nivel de acceso y oferta de drogas ilícitas en general.

- 1.2.7. Explorar los factores de riesgo y protección asociados con el uso de drogas en general.
- 1.2.8. Medir la percepción acerca de la gravedad del consumo de drogas.
- 1.2.9. Definir la tasa de jugadores problemas y patológicos, según criterios del SOGS, con variables de sexo, grupos de edad, escolaridad y estrato socioeconómico.
- 1.2.10. Determinar los factores de riesgo y protección asociados con el juego problemático y patológico.

2. METODOLOGÍA

2.1. Diseño

El estudio es observacional, descriptivo analítico y de corte transversal. Esta elección deja entrever el cumplimiento de los objetivos planteados, es decir, determinar la prevalencia del uso y abuso de sustancias químicas y del juego en población urbana y rural del municipio de Envigado para el 2013 y su asociación con posibles factores de riesgo y protección, con el propósito de orientar los programas de prevención.

2.2. Población

La población objetivo estuvo conformada por la población de área urbana y rural del municipio de Envigado entre los 12 y los 65 años. La muestra de este estudio se tomó de los datos reportados por la Oficina de Planeación del municipio de Envigado y avalados por el DANE para el año 2011. Dicha muestra se organizó por grupos etarios (0 – 4, 5 – 9, 10 – 14, y así sucesivamente). Además, se tomó la población referenciada en el rango de 12 a 65 años, y la base fue 152.336 personas en la zona urbana, 6.736 habitantes en zona rural, para un total de 159.073.

2.3. Muestra

La muestra del estudio fue aleatoria simple² de hogares urbanos y rurales, la cual se completó con un procedimiento de selección, también aleatorio, de personas dentro de los hogares, mediante la tabla de Kish³. Como medida de referencia para describir la magnitud del uso de

² El muestreo aleatorio estratificado fue sugerido inicialmente para determinar diferencias entre zonas; sin embargo, las limitaciones presupuestales limitaron esta estratificación. Por ello, los resultados del estudio se aplican y tienen validez para la población total de Envigado, pero no para determinar diferencias entre zonas.

³ Tabla de Kish permite al encuestador seleccionar aleatoriamente al integrante de la vivienda que responderá la encuesta

drogas, se utilizó el promedio de la prevalencia del consumo en el último año (incluye sustancias como el alcohol, la marihuana, el basuco y la cocaína) en aquellos que declararon haber consumido al menos una vez la droga señalada en los últimos 12 meses. Como las prevalencias de alcohol en población adulta es muy alta (más del 50%) pero el de otras sustancias, como la marihuana y la cocaína en el país, es baja (menos del 4% en estudios poblacionales del país en 2008), el promedio de la prevalencia usado fue del 15%.

2.3.1. Marco muestral y unidades de muestreo

El diseño muestral propuesto corresponde a una muestra probabilística, bietápica, proporcional al tamaño de habitantes en la zona, es decir, el tamaño de la muestra fue proporcional, pero no representativa, con el número de habitantes de cada zona⁴. El Marco Muestral Maestro (MMM) estuvo compuesto por unidades muestrales, caracterizadas por tener límites geográficos fijos, llamadas viviendas, que en este estudio son denominadas unidades primarias de muestreo. Por lo tanto, las viviendas particulares ocupadas fueron identificadas como las unidades primarias de muestreo.

Finalmente, ubicado el hogar e identificados los integrantes, se hizo una selección de uno de los integrantes de manera aleatoria y probabilística, mediante la tabla de Kish⁵. La persona seleccionada fue quien proporcionó la información y se constituyó en la unidad secundaria de muestreo.

Es menester expresar que con este marco muestral se seleccionaron las viviendas en las que se aplicaron las encuestadas, así como las viviendas de reemplazo. En cada una de las zonas seleccionadas se calculó un 20% de viviendas de reemplazo, para sustituir aquellas viviendas que en el muestreo inicial estuvieran ocupadas por personas que no están dentro del rango que establece el estudio (12 a 64 años), estuvieran desocupadas, hubieran cambiado de uso, no atendieran a los encuestadores o se rehusaran contestar la encuesta.

⁴ El municipio de Envigado está conformado por trece (13) zonas, pero, como la zona uno (1) es muy pequeña, su población se adhiere en el estudio a la zona ocho (8) y, por ello, el total de zonas es de doce (12)

⁵ Es una herramienta estadística que permite realizar una selección aleatoria entre un determinado grupo de sujetos.

2.3.2. Tamaño de la muestra

Para la determinación del tamaño de la muestra se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones, tomadas del último Estudio en población general de Colombia (Ministerio de la Protección Social y Dirección Nacional de Estupefacientes, 2008):

- La estimación obtenida para proporciones y errores muestrales de las variables: “cualquier droga consumo de vida”; “cualquier droga consumo al año” y “cualquier droga consumo al mes”.
- La incorporación en el tamaño muestral del efecto del diseño, según resultados recogidos en estos estudios.
- Optimizar la distribución del tamaño muestral proporcionalmente en cada una de las zonas del municipio de Envigado, incluidas el área urbana y el área rural.
- Confianza del estudio: 95%.
- Error máximo permitido: 3%.
- Prevalencia promedio: 15% (estimado según consumo de licor, tabaco, marihuana, basuco y cocaína).
- Tamaño de la muestra: 543⁶.
- Efecto de diseño⁷: 1.5.

Con estos indicadores y con el programa Epidat, se calculó la muestra que arrojó un resultado de 814 personas para encuestar (Ver Tabla 1).

Es preciso decir que esta muestra es representativa por municipio y no por zona. De acuerdo con la información aportada por la oficina asesora de Planeación de la Alcaldía de Envigado, para el año 2011 la población total de personas entre los 10 y 64 años era de 159.073 (el municipio no contaba en el momento del estudio con la distribución de la población por edades simples y, por esta razón, se tuvieron en cuenta estos grupos de edad). Los datos no fueron tomados del DANE por cuanto no tenía la población distribuida por zonas del municipio. Aunque la muestra se calculó sobre la población contemplada en el rango de 10 a 64 años, antes anotada, la encuesta se aplicó sólo a las personas que estuvieron entre los 12 y los 64 años.

⁶ Para verificar el cálculo de la muestra ir a: <http://www.med.unne.edu.ar/biblioteca/calculos/calculadora.htm>

⁷ Permite ajustar el tamaño original de la muestra, asociado con los posibles sesgos en el diseño del muestreo. Este factor contribuye significativamente a incrementar la validez del estudio.

Después de tener el tamaño de la muestra, se calculó submuestras por área y por zona con el uso del número total de habitantes en cada una de éstas y el porcentaje que representaba en el municipio. Para controlar las posibles pérdidas de información (viviendas desocupadas, tiendas, etc.), cada muestra zonal se incrementó en un 20% (Ver tabla 1).

Para la selección de las viviendas en cada zona se utilizó la base de datos en Excel que contenía las direcciones de las viviendas del municipio, suministrada por la Oficina de Planeación y con este archivo se hizo un cálculo aleatorio por zona de la muestra y sus respectivos reemplazos. Ubicadas las personas que cumplían los criterios de inclusión dentro de las viviendas, se ordenaron por sexo y edad, primero con los hombres, de mayor a menor edad y, posteriormente, con las mujeres, también ordenadas de mayor a menor edad y, mediante la tabla de Kish modificada, se seleccionó, aleatoriamente, la persona que diligenciaría la encuesta (Ver en instrumento, Anexo 2, tabla de Kish modificada). La tabla de Kish modificada para este estudio tomó el último dígito del número de la encuesta y lo cruzó con el número de integrantes de la vivienda que cumplieran los criterios de inclusión y se determinó el sujeto que debía contestar la encuesta en la tabla Kish.

Tabla 1. Población por zonas y muestra seleccionada con viviendas de reemplazo

Zona	Población por zona		Tamaño de la muestra	Reemplazo	Total
	Población 2011				
	# personas	%			
2	14521	9,5	74	15	89
3	18991	12,5	98	20	118
4	5825	3,8	30	6	36
5	8817	5,8	45	9	54
6	25833	17	132	26	158
7	34025	22,3	174	35	209
8	16663	10,9	85	17	102
9	27662	18,2	142	28	170
Total	152336	100	780	156	936
10	1649	24,5	8	2	10

2.3.3. Criterios de inclusión

Se incluyó en el estudio el individuo seleccionado mediante la tabla Kish, de cualquier sexo, con edades comprendidas entre 12 y 64 años, que residiera, como mínimo, seis (6) meses en zona urbana o rural del municipio de Envigado y que aceptara voluntariamente participar del estudio.

2.3.4. Criterios de exclusión

Se excluyeron de este estudio personas que, aunque estuvieran en el rango de edad propuesto (12 a 64 años) y residieran en el municipio de Envigado, tanto en la zona urbana como rural, correspondiera a población habitante de calle, hospitalizada o privada de la libertad. Se excluyeron, además, aquellas personas que, aunque seleccionadas mediante la tabla de Kish, tuvieran un déficit cognitivo o no estuvieran en condiciones mentales o físicas para responder el cuestionario. No se excluyeron de este estudio los invidentes (podían oír) ni las personas con déficit auditivo (podían leer y escribir).

2.4. Definición y operacionalización de variables

De acuerdo con el objetivo del estudio, el análisis se centró en las drogas legales, ilegales, los juegos de azar y los factores asociados de riesgo y de protección.

Se consideraron las siguientes drogas: tabaco, alcohol; marihuana (cripa); basuco; cocaína; heroína; éxtasis, otras drogas sintéticas (anfetaminas, LSD, metanfetaminas, ketamina); sustancias inhalables (sacol, poppers, dick); medicamentos susceptibles de crear dependencia (codeína, morfina, demerol, metadona, zoplicona, zolpiden, benzodiazepinas) y otras drogas como: hongos y cacao sabanero.

En relación con el juego: máquinas tragamonedas, póker; apuestas en casinos, apuestas en deportes, juego de cartas y dado con dinero; juegos en bingos, loterías, chance, baloto; apuestas en caballos, peleas de gallos; juegos de bolos, billar, fútbol u otros por dinero.

2.4.1. Factores de riesgo y protección

- **Factores de riesgo y protección individuales:** autoestima, relaciones interpersonales, percepción del riesgo, habilidades sociales, autocontrol, manejo de emociones, ocupación de ocio y tiempo libre y espiritualidad.
- **Factores de riesgo y protección familiares:** funcionalidad; comunicación, expresión de sentimientos; manejo de la norma y la autoridad; tolerancia al consumo de alcohol, drogas y juego; antecedentes familiares de alcoholismo, drogadicción o ludopatía.
- **Factores de riesgo y protección sociales:** presión de grupo, amigos consumidores o jugadores.
- **Factores de riesgo y protección ambientales:** presencia de “jíbaros”⁸ y consumo de drogas en sectores donde vive, casino o máquinas tragamonedas en el sector, permisividad social en el consumo de drogas, permisividad social en el consumo y venta de tabaco, alcohol a menores y uso de máquinas tragamonedas, presencia y exposición a programas de prevención al consumo de alcohol, drogas y ludopatía, presencia de espacios en el sector para el uso adecuado del ocio y tiempo libre.

2.4.2. Variables del estudio

Se consideraron las variables consumo y de abuso y dependencia de alcohol o drogas de acuerdo con las siguientes definiciones operacionales:

Consumo: uso de cualquiera de las drogas, lícitas e ilícitas, anteriormente indicadas, una o más veces en la vida. Se consideraron las siguientes categorías, según la presencia o no de consumo de cualquiera de las drogas incluidas en el estudio, en un determinado lapso.

- **Consumo en el último mes o consumo actual:** la persona declaró haber usado una droga determinada una o más veces durante los últimos 30 días.
- **Consumo en el último año o consumo reciente:** la persona declaró haber usado una droga determinada una o más veces durante los últimos 12 meses.
- **Consumo alguna vez en la vida:** la persona declaró que ha usado una droga determinada una o más veces en cualquier periodo de su vida.

⁸ Expendedores de drogas relacionados con el microtráfico.

- **Incidencia año:** la persona declaró haber iniciado el consumo de una droga determinada durante el último año.
- **Incidencia mes:** la persona declaró haber iniciado el consumo de una droga determinada durante el último mes.
- **Abuso y dependencia:** en el caso del alcohol, a aquellas personas que declararon haber consumido algún tipo de alcohol en los últimos 12 meses, se les aplicó el instrumento Audit, sugerido por la Organización Mundial de la Salud (Ver Tabla 2). En cambio, para cada droga ilícita consumida durante el último año, como marihuana, cocaína y pasta básica base/basuco, se aplicaron dos instrumentos; el primero, para evaluar abuso, que se calcula a partir de la existencia de uno o más síntomas, reunidos en una lista total de cinco, de la clasificación de Enfermedades mentales de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos (APA) (Ver Tabla 3).

Tabla 2. Audit

El Test de identificación de trastornos debido al consumo de alcohol (Audit, por sus siglas en inglés)⁹ fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método de tamizaje del consumo excesivo de alcohol.

El test tiene una sensibilidad de 95% y una especificidad del 85% para el uso perjudicial, cuando se utilizó un punto de corte de 8 o más. El Audit es un cuestionario de 10 preguntas que entrega un puntaje que permite clasificar, en tres categorías de riesgo, a los consumidores de alcohol. De acuerdo con la recomendación de la OMS, los puntajes que identifican los distintos niveles de riesgo en la escala Audit son:

7 puntos: consumo sin problema

Entre 8 y 15 puntos: consumo de riesgo

Entre 16 y 19 puntos: consumo perjudicial (abuso)

20 puntos o más: dependencia

Cada una de las preguntas es de opción múltiple y cada respuesta tiene una calificación que va de 0 a 4. Se suman las puntuaciones para obtener una total (Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente y Grant, 1993).

Tabla 3. Criterios de abuso (DSM IV) para el consumo de drogas

¿Ha dejado de cumplir sus deberes en la casa, en el trabajo o donde estudia por causa de la marihuana? Como descuidar a los niños, faltar al trabajo o a clases, bajar su rendimiento en el trabajo o en el estudio, o perder el empleo.

¿Ha puesto en peligro su integridad física por causa del consumo recurrente de marihuana? Como por ejemplo: ha estado a punto de chocarse en auto o sufrir cualquier otra clase de accidente.

¿Ha hecho algo bajo los efectos de la marihuana que pudiera causarle problemas con la autoridad pública o con la Ley? Como conducir vehículos en ese estado, rayar paredes, destruir equipamiento público, molestar a los vecinos, robar o algo parecido.

¿Ha tenido algún problema o han aumentado los problemas con su familia o amigos por causa de su consumo de marihuana? Por ejemplo: discusiones serias o violencia.

⁹ Traducido al español es Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol.

En el segundo instrumento, para medir dependencia, se consideró dependiente de una sustancia psicoactiva a la persona que ha declarado consumo de una determinada droga en el último año y que califica como tal de acuerdo con preguntas específicas de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud. En este caso, la dependencia está asociada con síntomas autodeclarados de privación (uso de alguna droga para evitar problemas o éstos aparecen cuando se deja de usar la droga), tolerancia (se requiere consumir más que antes para producir el mismo efecto o la misma cantidad tiene menos efecto) y uso compulsivo (se usa droga, a pesar de que se tiene el propósito de no hacerlo o de que ella provoca manifiestamente problemas o trastornos que se desearían evitar). Esta tasa de signos de dependencia (y no dependencia propiamente tal, por no tratarse de una situación con encuadre clínico) se calcula a partir de la existencia de tres criterios de un total de seis, reunidos en una lista de 10 síntomas, de la CIE-10. En ambos casos, los resultados se presentan como proporción en relación con los consumidores de la respectiva droga durante el último año (Ver Tabla 4).

Tabla 4. Criterios de dependencia (CIE 10), para el consumo de drogas

¿Consumió la droga para eliminar o evitar que se presenten problemas como estos: ansioso, inquieto, irritable, estrés o depresión, náuseas, vómitos, problemas de concentración, tembloroso, tiritón, ver, oír o sentir cosas inexistentes, fatigado, somnoliento, débil, taquicardia, problemas para dormir?

¿Ha observado que para obtener el mismo efecto con la droga ha consumido mayor cantidad que antes?

¿Ha notado que la misma cantidad de droga tiene menos efecto que antes?

¿Ha consumido la droga, a pesar de que tenía la intención de no hacerlo?

¿Ha terminado consumiendo la droga en mayores cantidades de lo que pensó?

¿Ha dedicado más tiempo que antes a conseguir y consumir la droga, o pasa más tiempo recuperándose de sus efectos?

¿Ha dejado de hacer o ha suspendido actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la droga?

¿Ha continuado consumiendo la droga, a pesar de que le ocasione problemas de salud física, emocionales o nerviosos?

2.4.2.1. Variables para el caso de problemas relacionados con el juego

Se definieron las siguientes variables operacionales:

- **Juego:** manifestación de una persona de participar en apuestas en algún momento de la vida.

- **Prevalencia de juego:** se tuvo en cuenta la persona que declara haber participado en juegos de apuesta una o más veces en cualquier periodo de su vida.
- **Jugador en riesgo y jugador patológico:** a la persona que declaró haber participado en cualquier juego de apuestas, se le aplicó el instrumento Cuestionario SOGS (South Oaks Gambling Screening), compuesto por 20 ítems y está basado en los criterios diagnósticos de juego patológico del DSM III y del DSM III-R (American Psychiatric Association –APA–) y que valora la compulsión por el juego, los problemas que ocasiona y continuar jugando, a pesar de los problemas que causa. El riesgo de abuso o jugador patológico está asociada con síntomas autodeclarados sobre la presencia de alguno de estos síntomas, cuya puntuación es: 0 “sin problemas”, 1 a 4 “*riesgo o algunos problemas*” y 5 o más “*probable jugador patológico*”.

2.4.2.2. Variable en relación con la presencia de factores de riesgo o protección

La variable operacional definida fue la siguiente:

Factor de riesgo y protección: el primero se define como “un atributo o característica individual, condición situacional, contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)”. El segundo como “un atributo o característica individual, condición situacional o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas” (Clayton, 1992, pp. 15 - 16)

Para dar cuenta de estos factores se retomó un instrumento a partir del Cuestionario de factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas (FRP-SPA), originalmente propuesto por Salazar, Varela, Tovar y Cáceres (2006), del grupo de investigación Psicología, salud y calidad de vida, de la Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia. El cuestionario incluye factores individuales, sociales, familiares y ambientales.

En la escala se asume que el grado de presencia de un factor como de riesgo o de protección se puede evaluar dentro de un rango continuo de valores que pueden ser observados indirectamente a través de una escala de intervalos. Con base en esto, a cada uno de los

Ítems de la prueba se le asignará un valor de uno o cero para indicar “riesgo” o “protección” de acuerdo con su redacción y se tiene en cuenta que a mayor puntaje mayor riesgo y a menor puntaje mayor protección.

2.4.3. Indicadores de consumo, abuso y dependencia de alcohol o drogas

A partir de las variables anteriores, se construyeron los siguientes indicadores:

- **Prevalencia de alguna vez en la vida:** proporción de personas que consumieron una determinada droga alguna vez en la vida.
- **Prevalencia de último año (consumo reciente):** proporción de personas que consumieron una determinada droga alguna vez en el último año.
- **Prevalencia de último mes, (consumo actual):** proporción de personas que consumieron una determinada droga alguna vez en el último mes.
- **Incidencia de último año:** proporción de personas que consumieron una determinada droga por primera vez en el último año, entre quienes no habían consumido esa droga hasta ese momento.
- **Incidencia de último mes:** proporción de personas que consumieron una determinada droga por primera vez en el último mes, entre quienes no habían consumido esa droga hasta ese momento.
- **Tasa de uso problemático de alcohol:** proporción de personas que cumplieron los criterios de consumo de riesgo o perjudicial, así como una posible dependencia al alcohol, basados en el Audit, con puntos de corte de siete para las mujeres y de ocho para los hombres (de un total de 40 puntos).
- **Tasa de abuso de drogas ilícitas:** proporción de personas que cumplieron los criterios de abuso de la droga ilícita de que se trate, entre los consumidores del último año (uno o más ejes positivos de los cuatro ejes del instrumento).
- **Tasa de dependencia de alcohol:** proporción de personas que cumplieron los criterios de una dependencia o el inicio de una dependencia al alcohol entre los consumidores del último año. Está basado en las siguientes tres, de las 10 preguntas del Audit:

¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha sido incapaz de parar de beber cuando ya había empezado?

¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido?

Si para al menos una de ellas la respuesta es “mensualmente” o “semanalmente” o “a diario o casi a diario”, entonces la persona se clasifica con un signo importante para una posible dependencia al alcohol.

- **Tasa de dependencia a drogas ilícitas:** proporción de personas que cumplieron los criterios de dependencia a la droga de que se trate, entre los consumidores del último año (tres o más ejes positivos de los seis ejes del instrumento CIE-10).

2.4.4. Indicadores de problemas relacionados con el juego

- **Prevalencia de alguna vez en la vida:** proporción de personas que jugaron alguna vez en la vida.
- **Tasa de riesgo para el juego o abuso:** proporción de personas que cumplieron los criterios de riesgo, según el cuestionario SOGS, entre los que declaran haber jugado (una a cuatro respuestas positivas, de las 11 variables del instrumento).
- **Tasa de jugadores patológicos:** proporción de personas que cumplieron los criterios de jugador patológico, según el cuestionario SOGS, entre los que declaran haber jugado (cinco o más respuestas positivas, de las 11 variables del instrumento).

2.4.5. Indicadores de presencia de factores de riesgo y protección

- **Tasa de factores de riesgo:** proporción de personas con presencia de factores de riesgo, según la escala de valoración de cada ítem, en la que se le asigna a cada respuesta un valor de “0” a “3” de acuerdo con su redacción y corresponde el mayor valor “3”, a un factor de riesgo.

- **Tasa de factores de protección:** proporción de personas con presencia de factores de protección, según la escala de valoración de cada ítem, en la que se le asigna a cada respuesta un valor de “0” a “3” de acuerdo con su redacción y corresponde el menor valor “0” a un factor de protección.

2.5. Instrumentos

En relación con el estudio sobre prevalencia del consumo de drogas, se ha tomado y modificado un instrumento, del Sistema interamericano de datos uniformes sobre el consumo de drogas (Siduc) de la Comisión interamericana para el control del abuso de drogas (Cicad-OEA, 2011) para obtener una información que refleje la situación local de la demanda de sustancias psicoactivas y que, luego, los resultados puedan ser comparados con las sucesivas investigaciones que se hagan, o las realizadas en otros municipios, pues en la actualidad la recomendación de este organismo internacional es que los observatorios nacionales de drogas usen las mismas metodologías e instrumentos, con el fin de contrastar los hallazgos, entre países, regiones y localidades, porque ellos proponen en sus instrumentos *indicadores uniformes y armonizados*.

El Siduc utiliza metodologías estandarizadas para los estudios sobre consumo de drogas en determinados grupos o individuos, lo que arroja información válida para comparar los niveles, cambios en los patrones de consumo y tendencias del consumo en estos grupos. Esta información favorece a las administraciones públicas en la toma de decisiones, formulación de políticas para mejorar su labor preventiva. En suma, el objetivo del Siduc es construir un sistema de recolección de información sobre varios indicadores permanentes en el tiempo, lo que implica rigor en la construcción de la metodología, captura y análisis de los datos. Del cuestionario propuesto por el Siduc para estudios en población general, sólo se tomaron los siguientes módulos. Drogas: información sobre tráfico de drogas y algunas variables del módulo de medidas de prevención. Sobre el estudio sobre ludopatía se usará el SOGS (South Oaks Gambling Screening) desarrollado por Lesieur y Blume (1987) y validado para población antioqueña por Zapata, Torres y Montoya (2011), del grupo de investigación en Salud Mental, Facultad de Medicina-Universidad CES, en abril 2009, con permiso de los autores.

Este instrumento ha sido catalogado por Echeburúa, Báez, Fernández y Páez (1994) y Stinchfield (2002), como uno de los cuestionarios más válido y fiable para estudios epidemiológicos. Está compuesto por 20 ítems y se basa en los criterios diagnósticos de juego patológico del DSM III y del DSM III-R (American Psychiatric Association, 2000).

La adaptación para el departamento de Antioquia, con permiso de sus autores Lesieur y Blume (1987), consta de 13 ítems, tiene un alfa de Cronbach de 0,84, que demuestra una buena fiabilidad y consistencia interna (George y Mallery, 1995), valor cercano al resultado de 0,94 de la validación española (Echeburúa, et. al., 1994) y del resultado de 0,97 de la validación original de Lesieur y Blume (1987).

Para el análisis y la interpretación se usó la propuesta original de sus autores (Lesieur y Blume, 1987) y que fue usada también por el grupo de investigación que lo validó para Antioquia-Colombia, cuya puntuación es: 0 “sin problemas”, 1 a 4 “riesgo o algunos problemas” y 5 o más “probable jugador patológico”, más una clasificación dual propuesta para este estudio que enriquecerá el análisis de los resultados bivariados y se denomina “sin problema” a la puntuación 0 y “riesgo general” a la puntuación mayor a 1. Comprende dos niveles de riesgo, *algunos problemas* y *jugador patológico*. Esta agrupación ha sido utilizada en otras investigaciones para el estudio del riesgo de juego patológico en adolescentes como las de Shaffer y Hall (1996) y Winters, Stinchfield, Botzet y Anderson (2002).

En la calificación del cuestionario se tiene en cuenta:

- La pregunta 1 es informativa-descriptiva, no se puntúa.

De las respuestas posibles restantes, se califican con 1 punto las respuestas afirmativas, igualmente las que revelan una respuesta de riesgo.

- Pregunta 2, calificación afirmativa: la mayoría de las veces que pierdo o siempre.
- Pregunta 3, calificación afirmativa: Sí, algunas veces o Sí, casi siempre.

Finalmente, para dar cuenta de los factores asociados de riesgo y protección se construyó un instrumento a partir del cuestionario de factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en jóvenes universitarios, desarrollado y validado en Colombia por Salazar, et. al. (2006), del grupo de investigación Psicología, salud y calidad de vida de la Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia. En él se incluyen factores de riesgo, individuales, sociales, familiares y ambientales.

2.5.1. Validación de instrumentos

Todos los instrumentos, pese a que los dos primeros (cuestionario para dar cuenta de las prevalencias del consumo de drogas y el South Oaks Gambling Screening, SOGS) han sido validados en Colombia y el último más específicamente en población antioqueña, fueron sometidos a una evaluación por cuatro (4) jueces externos expertos, quienes analizaron, a partir de los objetivos propuestos para la investigación, la pertinencia y la relevancia de los ítems.

Los instrumentos también fueron sometidos a una prueba piloto con una muestra de 38 sujetos, con quienes se evaluó experticia de los encuestadores en su aplicación, duración de la entrevista, comprensión de las preguntas, fatiga de los sujetos cuando contestaron y rechazos a no contestar preguntas.

2.6. Recolección de la información

En la recolección de la información se tuvieron en cuenta el área urbana y el área rural, del municipio, según las referencias del mapa (Figura 1) e información facilitada por la oficina asesora de Planeación del municipio de Envigado (2010), que facilitó conocer la división territorial urbana y rural de la población de Envigado.

Con el fin de informar a la población para que colaborara con los encuestadores, se utilizaron los medios de comunicación (programas de T.V. locales (Telenvigado), avisos en página Web, volantes, perifoneo y envío de cartas a los administradores de unidades residenciales). En estos espacios se hizo referencia al estudio que se realizaría, se solicitó la cooperación de los hogares seleccionados y se hizo énfasis sobre la confidencialidad que se le daría a la información suministrada y que sería para uso exclusivo de la investigación.

MUNICIPIO DE ENVIGADO MAPA ZONAS DE PLANIFICACIÓN

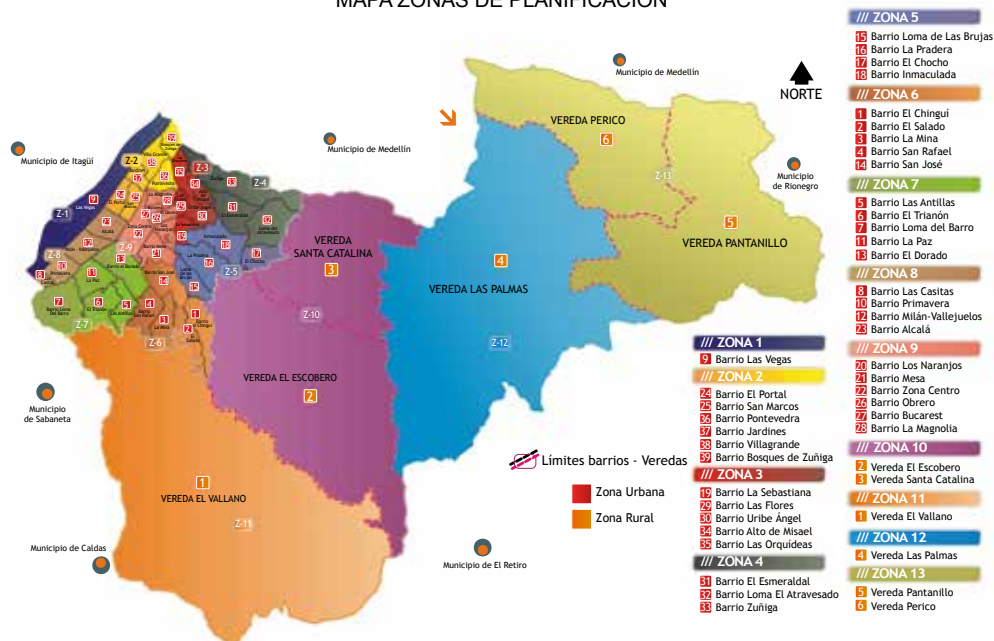


Figura 1. Mapa de Envigado por barrios. (Oficina asesora de Planeación del municipio de Envigado, 2010, párr. 1).

Cuando se ubicaron los hogares de la muestra por zonas, con la anuencia de la oficina de Planeación y la Secretaría de Gobierno de Envigado, se identificaron los teléfonos de las residencias seleccionadas, con el objeto de que el equipo de trabajo de campo (encuestadores y coordinadora) hiciera las llamadas previas para confirmar la dirección y si efectivamente correspondía a una casa de familia, informar sobre el estudio que se estaba realizando y solicitar la cooperación y participación voluntaria del contactado.

A cada encuestador se le asignó una zona determinada y se le suministraron las respectivas direcciones y teléfonos, para que realizara un reconocimiento previo del terreno, ubicara las familias y, de ser posible, concertara la cita para la entrevista y optimizar el tiempo.

En el caso de que la vivienda estuviera desocupada, o hubiera cambiado de uso, o la dirección no se encontrara, o no respondieran al llamado, o se rehusaran a contestar la encuesta, o sus moradores no cumplieran los criterios de inclusión, se reemplazaría por otra casa, ubicada en la misma zona y que hubiera sido previamente seleccionada (Ver viviendas de reemplazo).

Previo entrenamiento exhaustivo sobre la aplicación del consentimiento informado y el instrumento, el equipo de encuestadores y la coordinadora del trabajo de campo iniciaron la recogida de la información.

Ubicada la dirección de la vivienda seleccionada aleatoriamente para realizar la encuesta, se presenta al encuestador y se anuncia que iba en nombre de la Secretaría de Salud de Envigado e informa sobre qué trata la investigación anunciada, sus propósitos y alcances. . Además, se identificaron las personas que vivían permanentemente en esa vivienda (incluidos los empleados). La identificación de las personas sólo se hacía con el sexo y la edad y con enumeración, primero los hombres de mayor a menor edad y luego las mujeres también de mayor a menor edad. Quedan excluidos aquellos sujetos que se indicaron en los criterios de exclusión.

Identificadas las personas que habitaban en esa vivienda y ya ordenadas, según indicaciones del parrafo anterior, el encuestador selecciona aleatoriamente a la persona a quien aplicaría el cuestionario con la tabla de Kish.

Se les pidió a los demás miembros de la familia que dejaran solo a quien fue elegido con la tabla Kish, previa lectura, comprensión y firma del consentimiento informado (en el caso de un menor de edad, debía ser firmado también por el acudiente responsable), y se comenzaba el diligenciamiento del cuestionario.

El instrumento podía ser autodiligenciado o leído por el encuestador. Se recomendó lo primero para garantizar mayor privacidad y fiabilidad en la información y se dejó la segunda opción para los menores de 13 años y para los mayores de 60 o para quienes solicitaran la asistencia del encuestador.

Si el instrumento era autodiligenciado, el encuestador estaba todo el tiempo presente para resolver las dudas o inquietudes y motivar permanentemente a su diligenciamiento completo para revisar, al final, que estuviera totalmente tramitado. El encuestador da las gracias a la persona y continúa su trabajo en otra vivienda seleccionada.

Al final la jornada, los encuestadores entregan las encuestas a la coordinadora del trabajo de campo, quien hacía una revisión final. En el caso de que el cuestionario no tuviera la calidad esperada, se le pedía al encuestador que contactara nuevamente al informante para completar el instrumento y, si éste no era ubicado o se rehusaba a hacerlo, era reemplazado por otra persona de otro de los hogares determinados como de reemplazo.

2.7. Selección y capacitación del personal de campo

Para la recolección de la información se seleccionaron ocho (8) estudiantes de los últimos semestres del programa de Psicología de la Institución Universitaria de Envigado –IUE–, que conocieran el municipio y el contexto cultural de la población y que estuvieran dispuestos a recibir entrenamiento y con disponibilidad de tiempo para recoger la información. Estos fueron coordinados y acompañados en terreno por una socióloga con experiencia en entrevistas cara a cara y en estudios epidemiológicos.

La capacitación de los encuestadores incluyó la descripción de la metodología de muestreo y selección de hogares e informantes, el uso de los formatos, el protocolo de abordaje y presentación del estudio, el procedimiento de entrevista y aplicación del cuestionario y manejo de contingencias especiales. En la capacitación se dieron indicaciones precisas para garantizar la privacidad y el anonimato de los encuestados, y se insistió en la confidencialidad de la información suministrada.

La coordinadora de trabajo de campo, quien cumplió también funciones de supervisora, recibió instrucción sobre los procedimientos establecidos y la descripción detallada del trabajo de campo. La supervisión comprendía el acompañamiento de los encuestadores en el recorrido (distribución de unidades de muestreo), la verificación del diligenciamiento de los formatos, el contacto en el hogar seleccionado, la elaboración del listado de miembros del hogar y la selección final de la persona que debía ser encuestada.

Además de la instrucción en aula (con exposiciones didácticas, ilustraciones y ayudas visuales), se hicieron simulaciones de entrevista-encuesta, se realizó una salida a campo con ejercicios de muestreo y aplicación real del cuestionario, y un taller de retroalimentación y solución de problemas e inquietudes.

2.8. Calidad de los datos

Para garantizar la calidad de los datos se siguieron los siguientes procedimientos:

- Entrenamiento a los encuestadores.
- Supervisión de su trabajo en el campo.
- Llamadas de supervisión a los hogares para comprobar que sí fueron encuestados.

- Revisión de la calidad de los datos consignados en los cuestionarios (se desecharon cuestionarios incompletos o con enmendaduras).
- Diseño apropiado de la base para definir correctamente los atributos o tipos de datos en la misma y su revisión por parte de los investigadores.
- Diseño adecuado de los procesos de producción de datos para garantizar que los datos lleguen a la base de datos, libres de defecto y con las demás características deseadas (Redman, 2001).
- Supervisión aleatoria de los cuestionarios registrados en la base de datos.
- Revisión cuidadosa de los análisis realizados por el Software SPSS y los datos arrojados.

En la recolección de los datos se realizaron varios procedimientos: uno de ellos era la verificación del diligenciamiento en físico del instrumento, en el mismo momento de la recolección, con el fin de comprobar la cantidad y calidad de las respuestas y, en el caso de identificar alguna dificultad, era devuelto al entrevistado para completar o corregir, de acuerdo con cada caso específico. Para el control de calidad en la digitación, se diseñó una base de datos en Microsoft Access® 2010, con un interfaz de usuario que contenía validaciones para cada variable, de manera que el ingreso de los datos estuviera controlado por las posibilidades de la variable misma, lo que contribuiría a evitar el ingreso de datos errados.

Cuando se terminó la digitación, se migraron los datos ingresados al SPSS versión 18.0 para realizar los análisis estadísticos correspondientes, que se iniciaron con el proceso de depuración, en el que se buscaba la coherencia de los mismos con respecto a lo recogido en el instrumento y se realizaron las correcciones necesarias.

2.9. Procesamiento de la información

El procesamiento y análisis de la información se hizo a través del software estadístico SPSS versión 18 y los valores p de las variables en Epidat. Para gráficos y presentación de informes se utilizó el procesador de texto Word y hojas de cálculo de Excel. Además, se efectuaron análisis estadísticos descriptivos, bivariados y multivariados.

Para el análisis descriptivo de la población estudiada se emplearon herramientas y técnicas de la estadística descriptiva, así: las variables cualitativas se describieron por distribuciones de frecuencia absoluta y porcentual; mientras que para las variables cuantitativas, en primer lugar, se indagó por su distribución a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov o de Shapiro Wilk, de acuerdo con el número de personas en la categoría analizada o el número válido de datos en cada variable y, luego, se describieron los estadísticos de resumen, con medidas de tendencia central y de dispersión.

Para el análisis bivariado se definieron las variables dependientes y las pruebas de hipótesis utilizadas se determinaron por la naturaleza y nivel de medición de la variable dependiente, el número de valores válidos y esperados de la misma, la distribución normal o no en el caso de variables cuantitativas, y el número de categorías que podía tomar. Por lo tanto, cuando la variable independiente era cualitativa, se utilizó la prueba exacta de Fisher o la prueba chi cuadrado de Pearson, se tuvo en cuenta el número de valores esperados; con variables cuantitativas las pruebas fueron la U de Mann Whitney o la prueba de Kruskal Wallis (Anova no paramétrico), cuando las variables no seguían una distribución normal. Para establecer las asociaciones estadísticas significativas, se tuvo como criterio de elección el valor p proveniente de las pruebas empleadas, que se consideró significativo cuando era menor que 0,05.

Para dar cuenta de un modelo explicativo que predijera la edad de inicio en el consumo de drogas en la población de Envigado, se realizó un modelo de regresión logística y se estableció una variable dependiente (edad de inicio) y otras independientes (factores de riesgo al consumo). El modelo de regresión logística, se caracterizó de la siguiente forma (Barón y Téllez, 2000):

Si tiene una variable que describe una respuesta en forma dicotómica (consumir drogas antes de los 15 años –inicio temprano o hacerlo después de los 16 años– inicio tardío) y se quiere estudiar el efecto que otras variables (independientes) tienen sobre ella. El modelo de regresión logística multivariada puede ser de gran utilidad para lo siguiente:

- Estimar la probabilidad de que se presente el evento de interés (inicio temprano o inicio tardío), por los valores de las variables independientes.
- Evaluar la influencia que cada variable independiente tiene sobre la respuesta en forma de OR (ODD RATIO). Una OR mayor que uno indica aumento en la probabilidad del evento y una OR menor que uno implica una disminución.

Se realizó el modelo multivariado de regresión logística con el fin de ajustar el riesgo de inicio temprano de consumo de drogas con los potenciales factores de riesgo y de protección que, en el análisis bivariado, se encontraron relacionados y con aquellos factores que fueron significativos a un nivel estadístico de 0,25, según el criterio de Hosmer-Lemeshow.

2.10. Aspectos éticos

De acuerdo con los lineamientos de la Resolución 008430 del Ministerio de Salud Colombiano (República de Colombia-Ministerio de Salud, 1993), por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. En la presente investigación se consideraron aspectos como los mencionados en el artículo 6 del capítulo II, con respecto al consentimiento informado, para el cual se contó con la autorización expresa de los sujetos participantes, con la aprobación del proyecto, por parte de los Comités de Ética de las instituciones responsables de la investigación, que para el caso fueron la Fundación Universitaria Luis Amigó y la Institución Universitaria de Envigado.

Con respecto al anonimato mencionado en el artículo 8 del capítulo II, para este proyecto la investigación protegió la privacidad y el anonimato de los participantes. Se consideró, además, según el artículo 11 del capítulo II, que el presente estudio es una investigación sin riesgo, puesto que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaban en el estudio.

2.11. Validación de resultados de la investigación

Cuando se efectuaron el análisis y la interpretación de resultados y, antes de redactar el informe final y su publicación, éstos fueron validados con el grupo de profesionales de la Secretaría de Salud de Envigado y con expertos temáticos en la región.

3. MARCO REFERENCIAL

Un marco teórico está constituido por un conjunto de teorías, enfoques teóricos, investigaciones y antecedentes que se consideran válidos para el encuadre correcto de la investigación que se quiere realizar (Santalla, 2003) citado en López, Juárez y Acevedo (2010). También es conocido como marco de referencia y se constituye en “la exposición y análisis de la teoría o grupo de teorías que sirven como fundamento para explicar los antecedentes e interpretar los resultados” (Munch y Ernesto, 1993, p. 69). Su importancia radica en que permite ampliar la descripción del problema y su objetivo primordial no es otro que lograr la integración y relación de la teoría con la investigación que se está llevando a cabo (Castro, 2003).

En este marco de referencia se da cuenta de estudios epidemiológicos nacionales y locales sobre consumo de drogas y problemas de juego; definición de conceptos sobre qué son las drogas, la farmacodependencia y la ludopatía; principales drogas de abuso, fases del consumo y factores de riesgo y protección.

3.1. Antecedentes investigativos

Es preciso diseñar líneas de base que provean estudios cuantitativos y cualitativos en el campo de la salud pública y, específicamente en torno a las adicciones químicas y comportamentales, con el fin que ayuden a dimensionar el problema y dar cuenta de cuál es su magnitud real para producir estrategias de prevención e, incluso, de rehabilitación.

En este apartado se pretende mostrar los estudios más significativos que sirvieron como referentes investigativos en el marco internacional, nacional y local para dar cuenta de la magnitud del problema sobre el consumo de sustancias psicoactivas y los juegos de azar para reconocer que se trata de un fenómeno que afecta a todas las sociedades, sin excepción.

3.1.1. Antecedentes internacionales del consumo de sustancias psicoactivas

De manera alarmante irrumpe en la contemporaneidad el fenómeno del uso y abuso de sustancias psicoactivas (SPA) como una problemática de enormes proporciones que produce impactos significativos en la salud pública y afecta sujetos y colectivos humanos en el concierto de las naciones con una dimensión global e inusitada.

Según el último informe de las Naciones Unidas, producido y divulgado por la Oficina contra la Droga y el Delito (Unodc, 2012), en el Prefacio, se afirma que, aunque el uso de las adicciones químicas se ha estabilizado, esto no deja de preocupar y afectar la salud pública planetaria, pues afecta el tejido social entero y, en especial, el de los países en vía de desarrollo: se producen violencias, delitos y graves afectaciones a la salud física y mental de sus pobladores, tanto en el contexto rural como en el urbano. Según este informe:

El volumen de consumo mundial de drogas ilícitas se mantuvo estable durante cinco años hasta finales de 2010 entre el 3,4% y el 6,6% de la población adulta (personas de 15 a 64 años). Sin embargo, entre un 10% y un 13% de los usuarios de drogas continúan siendo consumidores problemáticos con drogodependencia o trastornos relacionados con el consumo de drogas (Unodc, 2012, p. 1). De otro lado, el informe de Unodc muestra que: “En el contexto mundial, las dos drogas ilícitas de mayor consumo siguen siendo el cannabis (prevalencia anual mundial entre el 2,6% y el 5,0%) y los estimulantes de tipo anfetamínico, excluido el ‘éxtasis’ (0,3% a 1,2%)” (2012, p. 1).

Con respecto a las drogas legales, las cifras no son menos alentadoras, si se comparan con el consumo de tabaco y alcohol. El informe de Naciones Unidas afirma que: las estimaciones mundiales indican que la prevalencia del consumo de tabaco durante el mes anterior a la reunión de los datos (25% de la población mayor de 15 años) es 10 veces superior a la prevalencia de consumo de drogas ilícitas durante dicho mes (2,5%). La prevalencia anual del consumo de alcohol es del 42% (el consumo de alcohol es legal en la mayoría de los países), cifra que es ocho veces superior a la prevalencia anual del consumo de drogas ilícitas (5,0%) (Unodc, 2012, p. 4).

De otro lado, la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud de los Estados Unidos, (Nsduh), que realiza anualmente la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (Samhsa), reporto en el año 2011, que unos 22.5 millones de personas

de 12 años de edad o mayores, usaron alguna droga ilícita o abusaron de medicamentos psicoterapéuticos (como analgésicos, estimulantes o tranquilizantes) en el mes anterior a la encuesta, lo que equivale al 8.7% de la población. Discriminando las sustancias consumidas, 18,1 millones consumieron marihuana; 1,4 millones cocaína; 1 millón sustancias alucinógenas; 0,6 millones inhalantes y 0,3 millones heroína (Nida, 2013, p. 1).

Finalmente para dar una visión del consumo de drogas en las Américas, se resumen los datos arrojados por el informe producido por la Comisión Interamericana contra el Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos (OEA, 2013, pp. 67-80), donde se destaca que:

El 24% del total de consumidores de marihuana del mundo se encuentra en la región de las Américas. Del total de usuarios de las Américas, 81% son de Norteamérica. En los países del Hemisferio, 6,6% de la población entre 15 y 64 años ha consumido marihuana en los últimos doce meses. El consumo de marihuana en el continente es prácticamente idéntico al de Europa y supera largamente el promedio mundial. Los promedios ocultan una variación importante entre las naciones. En algunos países de América, la prevalencia del uso en el último año es inferior a 1% de la población de 15 a 64 años, mientras que en otros supera el 14%.

Con respecto a la cocaína, el total de usuarios en las Américas se sitúa entre 7 y 7,4 millones de personas, lo que arroja una prevalencia de 1,2 por ciento, porcentaje equivalente al encontrado en la población europea. El consumo en los países de las Américas representa aproximadamente 45% del total de consumidores de cocaína a nivel mundial. En algunos países de América la prevalencia del uso de cocaína es inferior a 0,1% de la población en tanto en otros supera el 2%. El porcentaje de individuos consumidores también puede variar en forma importante en el interior de los países. Por ejemplo, los estudios en población general realizados en Colombia, Chile y Argentina muestran que la prevalencia de consumo en los departamentos/ regiones/provincias de dichos países va de 0,1 a 2%. Algo similar ocurre cuando se comparan los estados dentro de Estados Unidos.

En relación con la pasta base de cocaína (PBC), durante los últimos 10 años el consumo de esta sustancia, que anteriormente se limitaba principalmente a los países de la región andina, se ha ido extendiendo a países como Argentina, Chile y Uruguay, si bien su prevalencia es baja en comparación con otras drogas controladas. El empleo de cocaína base es menos

frecuente en Centroamérica y Norteamérica, en donde se encuentra con mayor frecuencia el uso de crack. Es importante destacar también la creciente presencia de diferentes formas de cocaína fumable en Brasil.

Las anfetaminas tipo estimulante, en los países de las Américas el uso es muy variado, con altas tasas de consumo en Canadá y Estados Unidos. Sin embargo, también se ha detectado un consumo importante de sustancia tipo éxtasis en la población joven de muchos otros países del hemisferio.

Los inhalables, se encuentran entre las sustancias utilizadas por los estudiantes de enseñanza media en el hemisferio, junto con alcohol, tabaco, marihuana y farmacéuticos. En más de un país es la droga de mayor uso. Según el estudio de 2011, la mayor prevalencia del uso de inhalables se registra en Brasil (14,4 por ciento), seguido de Jamaica (13,9 por ciento), Trinidad y Tobago (13,3 por ciento) y Guyana (10,4 por ciento), en tanto que Estados Unidos (6 por ciento) y México (5 por ciento) presentan una prevalencia significativa aunque menor.

Lo anterior muestra de manera contundente la necesidad de la vigilancia epidemiológica de la problemática del uso, abuso y dependencia no sólo de las sustancias ilegales sino, también, de las legales, que se sabe, en el caso del alcohol, ocasionan graves problemas de salud pública y están asociados con incrementos de las enfermedades cardiovasculares, hepáticas y problemáticas psicosociales como las agresiones físicas, los accidentes de tránsito y la violencia intrafamiliar, por mencionar algunas de las más relevantes.

3.1.2. Antecedentes nacionales, regionales y locales del consumo de Sustancias Psicoactivas

Este apartado está constituido por estudios realizados en Colombia, en los contextos local, regional y nacional, para tener una idea sobre la magnitud del consumo de drogas en el país. Estos son:

- “Hacia decisiones saludables para todos. Diagnóstico de la situación de salud. Envigado” (2006). Realizado por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, por el grupo de investigación Demografía y Salud. Este es el único referente de un estudio en el contexto del municipio de Envigado en el que se analizan impactos del consumo de psicoactivos.

- Consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados del departamento de Antioquia. Investigación comparativa 2003-2007. Plan departamental de prevención del consumo de drogas, Empresa Social del Estado –Carisma– (2008).
- Estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en Colombia (2008). Ministerio de la Protección Social, Dirección Nacional de Estupefacientes.
- Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar. Colombia-2011 (2011). Realizado por el Gobierno nacional de la República de Colombia, a través del Ministerio de Justicia y del Derecho (Observatorio de Drogas de Colombia).
- Primer estudio poblacional de salud mental, Medellín, 2011-2012 (2012). Realizado por: Torres, Posada, Mejía, Bareño, Sierra, Montoya y Agudelo, en convenio entre Secretaría de Salud de Medellín-Grupo de Salud Mental-CES.
- Factores asociados con abuso y dependencia de sustancias en adolescentes colombianos: con base en los resultados del WMH-CIDI (2010), elaborado por: Torres, Posada, Berbesi y Bareño.

El estudio de Envigado, del año 2006, se centró en revelar el porcentaje de personas que consumía sustancias psicoactivas e indagó por el mismo aspecto pero en alcohol, tabaco y marihuana, tanto en el sector urbano como en el rural. Allí se halló una prevalencia de vida de cerca del 40%. Para dar cuenta del consumo por zonas se reportó lo siguiente: la zona con la mayor proporción de personas consumidoras fue la Zona 12, con un 39,6%, mientras que la Zona 10 resultó con el porcentaje más bajo, con un 23,2%. El promedio municipal de consumo de drogas para el año 2006 encontró que había un 30,0% de personas consumidoras, incluidas las tres sustancias psicoactivas evaluadas. El promedio de consumo de drogas por zona detectado fue el siguiente: Zona 1, un 24,8%; Zona 2, con el 26, 1%; Zona 3, con el 30,4%; Zona 4, en un 29,0%; Zona 5, en un 28,3%; Zona 6, reportó un 36,4%; Zona 7 en un 29,3%; Zona 8 un 24,8%; Zona 9 en un 29,1%; Zona 10, con un 23,2%; la Zona 11, un 35,0% y, finalmente, la Zona 12, con un 39,6% (Ver Tabla 5) (Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, 2006). Respecto al tipo de sustancia psicoactiva que se consumía, se encontró una prevalencia de vida para el alcohol del 74,7%, que es el más consumido y ocupa el segundo lugar el tabaco, con el 48,7%. En relación con la marihuana, los envigadeños encuestados manifestaron que fue consumida en promedio por el 0,7% de las personas indagadas y que su mayor prevalencia se observó en las Zonas 1-8 con un 1,5 % (Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, 2006).

Tabla 5. Sustancias psicoactivas consumidas según zona de residencia y total municipal. Estudio de Envigado, 2006.

Concepto total		Zonas (%)											
Zonas	Total	2	3	4	5	6	7	1-8	9	10	11	12	
Alcohol	22,1	22,0	20,6	20,5	22,9	24,6	20,5	16,6	21,9	13,9	28,6	31,7	
Tabaco	14,4	10,6	15,6	15,6	11,5	17,5	13,3	11,9	14,2	16,2	15,8	17,7	
Marihuana	0,7	0,8	1,0	0,3	0,3	0,6	0,5	1,5	1,1	0,7	0,7	0,6	

Tomada y adaptada: (Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, 2006, p. 1).

La edad de inicio del consumo de las drogas, consultada en los hombres envigadeños (alcohol, tabaco y marihuana), arrojó un promedio 16,5 años. Con respecto a las mujeres la edad media fue 20,5 años. Cuando se consultó por los motivos para el inicio de consumo, un 90,5% de los preguntados afirmó haber iniciado su consumo por iniciativa propia. Se preguntó también con quién consumía y se encontró que los amigos son las personas con las que frecuentemente consume, con un 70% de los casos, seguido de la pareja o el cónyuge, que se convierte en el compañero de consumo en un 12%.

En cuanto a la investigación sobre *Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados del departamento de Antioquia. Investigación comparativa (2003-2007) nuevas tendencias y comportamientos sociales asociados (2008)*, realizada por la Empresa Social del Estado, Carisma, se evidencia que las sustancias ilegales que más consumieron en la temporalidad evaluada son, en su orden: la marihuana en un 6,1%, el popper en un 3,7% y la cocaína en un 3,3% (Carisma, 2008). Los datos globales mostraron que el Valle de Aburrá fue la región del departamento de Antioquia en la que se presentó mayor consumo de sustancias psicoactivas, seguida por las regiones del norte y suroeste, mientras tanto, la región que presenta menor consumo de drogas es el Bajo Cauca (Carisma, 2008).

Envigado es un municipio que pertenece al Valle de Aburrá, es decir, comparte condiciones similares a sus municipios vecinos, de lo cual se infiere que los datos arrojados para este estudio sirven de referencia, guardadas las proporciones y diferencias, respecto del resto, con los que se compare y con las poblaciones que fueron evaluadas, pues, sólo se circunscribieron a adolescentes en el estudio realizado para Antioquia.

Sobre los riesgos que produce el consumo de sustancias, este estudio detectó que los adolescentes encuestados identificaron que existen mayores riesgos para la salud asociados con el consumo de SPA, tales como: mayor cantidad de accidentes de tránsito, mayor estímulo para conductas violentas y para realizar actividades sexuales inseguras.

En los estudiantes que consumen hongos (alucinógenos), cacao sabanero (escopolamina) y heroína, se reportó baja en el rendimiento académico descrito como regular o malo (Carisma, 2008). Los factores de riesgo de mayor importancia que se encontraron en este estudio con jóvenes escolarizados en Antioquia: la curiosidad, la diversión, la posibilidad de relajarse, sentirse incluido en determinado grupo social y vencer la timidez, conflictos familiares, siguen siendo los principales motivos por los cuales los adolescentes antioqueños se inician en el consumo de SPA (Carisma, 2008). Otra de las investigaciones revisadas en este marco de referencia lo constituye el Estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, publicado en el 2008 y que fue realizado en alianza por el Ministerio de la Protección Social y Dirección Nacional de Estupefacientes, el cual, por los instrumentos y la metodología utilizada, es el único que permitirá hacer comparaciones con este estudio que realizamos en población general del municipio de Envigado.

Los datos más puntuales del Estudio nacional, en población general, se resumen a continuación:

- La prevalencia en el consumo de tabaco alguna vez en la vida, es del 45% (56% en el caso de los hombres y 34% entre las mujeres), sólo el 17% podía considerarse consumidores actuales, es decir, son los que han usado tabaco al menos una vez en los últimos 30 días (24% entre los hombres y 11% en el caso de las mujeres); esta cifra equivale a 3,3 millones de consumidores. Entre los menores de 18 años, un 6% declara consumo actual, cifra que llega al 20% a partir de esa edad.
- En cuanto al consumo de alcohol, si bien un 86% de los encuestados declara haber consumido alguna vez en la vida, un 35% afirma haber usado alcohol en los últimos 30 días (lo que equivale a 6,9 millones de personas), con claras diferencias por sexo: mientras un 46% de los hombres expresa haber consumido en el último mes, es decir, en una proporción de uno de cada dos hombres y, en el caso de las mujeres, la cifra es de un 25%, lo que se traduce en una de cada cuatro mujeres.
- El consumo actual de alcohol, es decir, en el último mes, muestra diferencias importantes también por edad, así: mientras que en el grupo de 12 a 17 años sólo un 20% (uno de cada cinco) declara consumo. Esta cifra se duplica en los grupos de edad siguientes y llega a un 46% entre los 18 y 24 años y un 43% en el grupo 25 a 34 años, y decae en las siguientes edades.

- Mediante el test de Audit se indagó sobre el consumo problemático. El estudio arrojó que 12.2% de la población total de 12 a 65 años tiene riesgo de presentar un consumo problemático, cifra que equivale a 2,4 millones de personas en el país. Si se considera solamente los consumidores actuales de alcohol (quienes declararon haber consumido en los últimos 30 días), un 35% de ellos puede ser considerado con consumo problemático.
- En relación con el uso de drogas ilícitas en la población de 12 a 65 años, este estudio detectó que el 9,1% de la población global ha usado alguna droga ilícita al menos una vez en su vida, con un 14,4% en el caso de los hombres y un 4,5% entre las mujeres.
- El uso reciente de alguna droga ilícita o consumo el último año (prevalencia del último año) fue declarado por el 2,7% de los encuestados, lo que equivale a aproximadamente 540 mil personas. El consumo reciente es muy superior entre los hombres (4,5%) que entre las mujeres (1,2%).
- Al igual que en la gran mayoría de países del mundo occidental, la marihuana es la droga ilícita de mayor consumo en Colombia. En términos de prevalencia de consumo alguna vez en la vida, un 8% de las personas declara haber consumido esta droga al menos una vez, con un 13% en los hombres y un 4% en las mujeres. Si se considera el uso reciente, es decir, el consumo el último año, este estudio revela que un 2,3% declara haber usado marihuana al menos una vez durante dicho periodo, que representa un 4% de los hombres y un 1% entre las mujeres. Esta cifra equivale a cerca de 450 mil personas. El mayor consumo se observa entre los jóvenes de 18 a 25 años con un 5%, seguido del grupo 26 a 34 años (3,2%) y el de 12 a 17 años (2,7%).
- Un 2,5% de la población del país declara haber consumido cocaína alguna vez en la vida, cifra muy superior en hombres que en mujeres, 4,2% versus 1%. Sobre el consumo reciente de esta droga, uso en el último año, un 0,7% de la población declara haber usado cocaína al menos una vez en dicho periodo: 1,3% en los hombres y 0,2% entre las mujeres.

- Un 1,1% de la población global declaró haber usado basuco al menos una vez en la vida, cifra que se reduce a menos de un 0,2% cuando se evalúa el uso reciente o en los últimos 12 meses. Esta cifra equivale a cerca de 34 mil personas, la mayoría de ellas (29 mil) está conformada por hombres y de éstos entre los 25 a 34 años (11 mil) usan esta SPA y esta población se halla concentrada entre los estratos 1 al 3.
- Un 0,9% de la población declaró haber consumido éxtasis alguna vez en la vida. Esta cifra baja a un 0,3% en relación con la declaración del uso de esta droga en el último año, lo que representa unas 55 mil personas en el país. Mayoritariamente estas personas son hombres (38 mil), jóvenes entre 18 y 24 años (31 mil) y de los estratos 4, 5 y 6 (21 mil).
- El estudio arrojó las siguientes cifras sobre uso de heroína: 0,2% de los encuestados dijo haber consumido esta sustancia alguna vez en la vida; 0,02% de las personas de la muestra reportó consumo de heroína en el último año y un porcentaje similar lo hizo en el último mes. Las estimaciones indican que en el país hay más de 3.000 consumidores de heroína, de los cuales, la gran mayoría la conforman los hombres.
- En cuanto al consumo de sustancias inhalables, el estudio indica que 0,8% de las personas de la muestra ha consumido estas sustancias alguna vez en la vida; de ellas, 0,2% lo hizo en el último año y 0,1% en el último mes.

La muestra correspondiente a Antioquia, incluida en este estudio, fue de 3.227 personas entre los 12 y los 65 años (2.503 de Medellín y Área Metropolitana; y 724 en el resto de municipios del departamento). Sin discriminar municipios en el departamento de Antioquia, las prevalencias de consumo de alcohol y drogas arrojadas por este estudio fueron las siguientes:

- La prevalencia último mes para consumo de alcohol se comportó así: en Medellín y el Área Metropolitana 41% y para el resto de Antioquia 33,5%.
- El porcentaje de personas con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol: en Medellín y Área Metropolitana 18,74%, el resto de Antioquia 11,88%.
- El consumo reciente (prevalencia último año) de cualquier sustancia ilícita: Medellín y Área Metropolitana 6,31% (ocupa el primer lugar del país) y el resto de Antioquia 1,62%.

- El porcentaje de personas con abuso o dependencia de cualquier sustancia ilícita: en Medellín y Área Metropolitana 3,57%, el resto de Antioquia 0,53%.
- El consumo reciente (prevalencia último año) de marihuana: en Medellín y Área Metropolitana 5,26% (la más alta del país), el resto de Antioquia 0,88%.
- El porcentaje de personas con abuso o dependencia de marihuana: en Medellín y Área Metropolitana 2,92% (la más alta del país), el resto de Antioquia 0,30%.
- El consumo reciente (prevalencia último año) de cocaína: en Medellín y Área Metropolitana 2,05% (la más alta del país), el resto de Antioquia 0,53%.
- El porcentaje de personas con abuso o dependencia de cocaína: en Medellín y Área Metropolitana 1,61% (la más alta del país), el resto de Antioquia 0,53%.

Para dimensionar el problema del consumo de drogas en el país, se da cuenta del Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar, Colombia-2011.

Los datos arrojados por esta investigación, con respecto al departamento de Antioquia, indican que esta región tienen los índices más altos de consumo del país y que, además, la tendencia es hacia el policonsumo. Además, dio cuenta de cambios en la vía de administración de las drogas, puesto que reporta la aparición de cocaína inyectada, de las mezclas de drogas, especialmente alcohol y cocaína y del aumento en el uso de inhalantes como el dick (Gobierno nacional de la República de Colombia, 2011). Acerca de los resultados del Primer estudio de salud mental en la población general, Medellín 2011-2012. Otro de los trabajos incluidos en esta revisión identifica que el consumo de sustancias es un problema de todos los barrios de Medellín y de todos los municipios que conforman el Valle de Aburrá. En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas, la encuesta reveló que 16,3% de los hombres y 3% de las mujeres, reconocieron haber abusado de drogas alguna vez en su vida. Se encontró, además, que el 5,2 de los hombres consumidores y el 0,5% de las mujeres, cumplían criterios de dependencia (CES y Secretaría de Salud del municipio de Medellín, 2012).

3.1.3. Antecedentes internacionales sobre la ludopatía

En lo atinente a los antecedentes sobre la ludopatía y los juegos de azar en el rastreo cibergráfico realizado, se halló el *Manual de intervención en juego patológico (2008)*, editado en España, que contiene un capítulo sobre la *Epidemiología del trastorno*, en el que se muestran

estudios hechos por este país ibérico desde 1990 a 2004, casi tres lustros de trabajo de investigaciones locales que servirán de base para comparar tendencias con lo hallado en el estudio de Envigado. En la siguiente tabla se resumen dichas tendencias:

Tabla 6. Estudios españoles sobre juego problemático y patológico 1990-2004

Estudio	N	Muestra	Jugador patológico	Jugador problema	Instrumento
Cayuela (1990)	1.230	Cataluña	2,50 % ¹⁰	2,50 % ¹⁰	SOGS
Legarda y otros (1992)	598	Sevilla	1,7 %	5,2 %	SOGS
Becoña (1993)	1.615	7 principales ciudades de Galicia	1,7 %	1,6 %	Cuestionario propio. DSM III R
Becoña y Fuentes (1994)	1.028	Galicia	1,4 %	2,0 %	SOGS
Echeburúa et al (1994)		País Vasco	2,0 %		
Fajer/Irurita (1994)	4.977	Andalucía	1,8 %	4,4 %	Cuestionario propio
Tejeiro (1998)	419	Algeciras	1,9 %	3,8 %	
Ramírez (1999)	3.000	Andalucía	1,6%	1,4%	SOGS
PFD (Plan foral de drogodependencias) (2000)	1.504	Navarra	0,80 %. (JCP) ¹¹	1,60 %. (JPP) ¹²	DSM-IV. Cuestionario propio
Becoña (2004)	1.624	Galicia	0,9% a lo largo de la vida	0,3% en el último año	NODS

Tabla que recopila estudios de varios autores españoles. Tomada y adaptada de (Santos, 2008, p. 19).

Otro de los trabajos realizados fue el de Palumberi y Mannino (2008, p. 161), que afirma que: “Según los datos del Informe Eurispes 2007, el juego de azar involucra, en Italia, hasta el 70-80% de la población adulta, alrededor de 30 millones de apostadores” y agrega que en este país, aproximadamente, el 80% de la población juega, por lo menos una vez por año y el porcentaje de los jugadores patológicos está comprendido entre el 1% y el 3%.

3.1.4. Antecedentes de estudios nacionales sobre la ludopatía

En Colombia son pocos los estudios que se han hecho sobre este tema. Uno de ellos es el de Tobón, Cano y Londoño (2010), una investigación de corte cuantitativo que comparó dos grupos: uno, con ludopatía y otro sin problemas y encontró diferencias en relación con los esquemas mal adaptativos tempranos de: desconfianza / abuso, es decir, los sujetos indagados consideraban que los demás podrían lastimarles y humillarles, y esto según los autores,

¹⁰ Suma de Jugadores Patológicos y de Jugadores Problemas.

¹¹ Jugador con problemas.

¹² Jugador con posibles problemas.

está relacionado con el rasgo de los ludópatas de culpar al otro por sus pérdidas, ya sea a la máquina, al casino y las demás personas que lo desconcentraron, entre otras argucias cognitivas que “justifican” su comportamiento irracional.

Otro de los hallazgos de los investigadores fue la existencia de otro esquema mal adaptativo temprano, denominado derecho/grandiosidad, que alude a que el sujeto se cree superior a los demás y que éstos tienen derechos especiales que los excluyen de la normatividad social. Además, la investigación identificó las creencias centrales de los trastornos de personalidad puesto que encontraron entre los ludópatas, perfiles cognitivos de tipo antisocial y dependiente y el perfil límite narcisista.

Un segundo estudio realizado sobre el tema de los problemas asociados con los juegos de apuesta y azar, fue hecho en la Universidad CES de Medellín, Colombia, en el que se consideró una muestra que correspondió a 3.486 estudiantes de secundaria entre 10 y 19 años de edad, que se seleccionaron en forma aleatoria y representativa de un total de los estudiantes matriculados en los centros educativos de secundaria de la ciudad de Medellín (290.000) (Zapata, Torres y Montoya, 2011, p. 19).

Los investigadores usaron el instrumento South Oaks Gambling Screen (SOGS) y encontraron que el 48,6% de jóvenes encuestados no tiene problemas con el juego, 37,6% presenta riesgo o algunos problemas y el 13,8% del total de la población está conformado por probables jugadores patológicos (Zapata, Torres y Montoya, 2011).

Con respecto a este dato, los investigadores muestran en la discusión su preocupación por la magnitud de este resultado, el cual supera ampliamente los hallazgos encontrados en otras investigaciones y regiones del mundo, lo que puede explicarse por el gran aumento en los últimos años de sitios legales e ilegales de juegos de apuestas en la ciudad de Medellín, según diagnóstico presentado por Gutiérrez (2010).

Entre las modalidades de apuestas, practicadas por la población incluida en el estudio, se encontró:

Las máquinas tragamonedas (10,4%), juegos de bolos, billar, fútbol (8,8%) y juego de cartas (7,6%). Las apuestas en casino, a pesar de su restricción legal a menores de edad, son reportadas 1,9% en la categoría de una vez por semana o más y las apuestas en casinos por internet son del 3,6%. Otro tipo de apuestas observadas aparentemente inocuas por los adultos como las apuestas en juego de bingo, ocupan un lugar preponderante en las preferencias de juego de los jóvenes (Zapata, Torres y Montoya, 2011, p. 20).

El estudio revela que sobre la distribución del riesgo o la probabilidad de juego patológico según sexo, los hombres tienen una mayor proporción para la categoría de probables jugadores patológicos en comparación con las mujeres (71,4% hombres versus 28,6% en mujeres). Se presenta una relación 2,5:1. Para el caso de los jóvenes en riesgo, es ligeramente mayor la proporción de mujeres en riesgo (52,1% versus 47,9%). Estas diferencias de proporciones fueron estadísticamente significativas.

3.2. Marco teórico

3.2.1. Drogas o sustancias psicoactivas

La palabra droga es el término coloquial usado para nombrar las sustancias psicoactivas, que son todas aquellas sustancias de origen natural u obtenidas por medio de un proceso químico, que son capaces de producir estados alterados de conciencia, cuando se introducen en el organismo, por cualquier vía de absorción y que, por llegar al cerebro, modifican el comportamiento de un ser vivo en la esfera biológica y en la psíquica si éste es un ser humano (Taboada, 1997).

Existen diversas formas de catalogar o clasificar las sustancias psicoactivas. Para los efectos de esta investigación se tomará una que propone reunir las o agruparlas en tres categorías:

- Sustancias psicoactivas depresoras del sistema nervioso central
- Sustancias psicoactivas estimulantes del sistema nervioso central
- Sustancias psicoactivas alucinógenas (Taboada, 1997).

Sustancias psicoactivas depresoras del sistema nervioso central (SNC). Disminuyen la actividad del SNC y las personas que las consumen presentan una disminución en el estado de conciencia, su capacidad de respuesta a la estimulación sensorial se reduce al igual que la espontaneidad y presentan bajo funcionamiento cognitivo y reducción de la actividad física. El nombre de esta categoría no significa que produzca un estado emocional de depresión o tristeza. Los depresores del SNC producen dependencia física y psicológica y tolerancia. Este grupo incluye sustancias como el alcohol, el opio y sus derivados, los barbitúricos, los sedantes, tranquilizantes, inhalantes y anestésicos (Taboada, 1997).

Sustancias psicoactivas estimulantes del sistema nervioso central. Son sustancias que aumentan la acción de algunos neurotransmisores; estas sustancias dan la impresión de aumentar la agudeza psicológica y la capacidad física, que se manifiesta por la elevación del estado de ánimo, la reducción de la fatiga, disminución del apetito, euforia, incremento del estado de alerta y un aparente mejor desempeño. Las principales sustancias psicoactivas son: la cocaína y sus derivados, las anfetaminas y la cafeína (Taboada, 1997).

Sustancias psicoactivas alucinógenas. Son sustancias que producen en el cerebro alteración de la conciencia y propician cambios en la percepción del tiempo y espacio de sí mismo y de los demás. Estas sustancias son estimulantes del sistema nervioso central y pueden generar alucinaciones en los campos visual, auditivo y táctil. Existen dos clases de alucinógenos: los naturales y los sintéticos, los naturales en Colombia y Suramérica son sustraídos de las plantas utilizadas por grupos indígenas ancestrales, y los alucinógenos sintéticos son sustancias obtenidas químicamente a través de los laboratorios. Entre éstas están: Yahé o Ayahuasca, Dietilamida del Ácido Lisérgico (LSD), Mezcalina, Psilocibina, Bufotenina, Marihuana y Fenciclidina (PCD o polvo de ángel) (Taboada, 1997).

3.2.2. Principales drogas de abuso

La constituyen las sustancias psicoactivas que se usan con mayor frecuencia en un contexto específico, su consumo varía de acuerdo con la situación geográfica, las costumbres y tradiciones y depende, también, de su uso en los grupos de pares, de la disponibilidad de las sustancias, de la normalización o aceptación de su consumo entre un grupo etario o colectivo humano en particular, de las redes de macro y micro tráfico y de las conductas adictivas que se implementan en determinados países, ciudades o regiones, las cuales van cambiando y evolucionado de acuerdo con el tipo de consumidores, las sensaciones y experiencias de placer que buscan, la capacidad económica, el estrato social e, incluso, aspectos como la percepción del riesgo cuando se consumen.

Aquí se enuncian las más usadas en Colombia y por las cuales se preguntó en este estudio: cigarrillo, alcohol, marihuana, basuco, cocaína, LSD, ketamina, heroína, éxtasis, medicamentos estimulantes que se usan sin fórmula médica, metanfetamina, sacol, dick, poppers, cacao sabanero, hongos, analgésicos sin receta médica, metadona, morfina, tramadol, tranquilizantes sin receta médica, inductores de sueño: zolpiden, zopiclona y benzodiazepinas (flunitrazepan-rohypnol- y clonazepan- rivotril).

Estas sustancias psicoactivas que son usadas o abusadas, afectan la salud integral de la persona y están asociadas con múltiples enfermedades físicas y psicológicas que, con su uso reiterado, reducen la calidad y la expectativa de vida de una porción significativa de la población mundial, nacional y local; por ello, es de crucial importancia mantener una observación de su comportamiento epidemiológico para diseñar estrategias de prevención e intervención que reduzcan los efectos negativos en la salud pública de sujetos y colectivos.

3.2.3. Fases del consumo

La OMS (2004) define las fases para el consumo de SPA de la siguiente manera:

Experimental: lo constituyen los ensayos aislados, generalmente, con amigos íntimos, con tiempos limitados, por motivos como la curiosidad, por la expectativa de efectos, el ofrecimiento, la oportunidad, la prueba y los refuerzos positivos o negativos.

Socio-recreativo: es el consumo más regular, realizado voluntariamente, entre amigos y conocidos, que facilita el contacto social o la búsqueda activa de la sustancia o la aceptación con mayor facilidad de los ofrecimientos, la reexperimentación, unida a los efectos agradables que la sustancia puede proporcionar, pero con control sobre la frecuencia, las dosis y las circunstancias de consumo, y sin consecuencias posteriores importantes para su salud física, psicológica, o para sus relaciones y ocupaciones.

Abuso: se da como un consumo en grandes cantidades, aunque no necesariamente todos los días, con presencia de problemas relacionados con el consumo tales como: conflictos familiares, descuido ocupacional de quehaceres domésticos, académicos o laborales, descuido físico o enfermedad física, malestares psíquicos o enfermedad mental asociada, mayor descuido o incumplimiento de obligaciones, mayor exposición a situaciones de riesgo, negación o subvaloración de problemas y fantasía de control.

Dependencia: se anuncia con la presencia de tolerancia, el síndrome de abstinencia, la dificultad para detenerse después de iniciar el consumo, los intentos fallidos de suspensión, la mayor inversión de tiempo en la búsqueda del consumo de SPA, el consumo problemático y los intentos fallidos de abandono o de la búsqueda de recuperación, la reducción de las actividades significativas que le permiten construir metas futuras y, por todos estos factores, se mantiene en el círculo del consumo, a pesar de las consecuencias para su proyecto existencial.

3.2.4. Farmacodependencia

Abarcar la problemática de la farmacodependencia es un asunto complejo, que no sólo debe tener en cuenta los aspectos bio-psíquicos, sino, también, una serie de multi factores que intervienen en ella y que son determinantes como las dimensiones psicosociales y socioculturales que ayudan a consolidar los hábitos de adicción en el individuo en su trayecto vital.

La farmacodependencia se puede definir como un estado que resulta de la absorción periódica o continua de ciertas sustancias químicas (estupefacientes, analgésicos, alucinógenos, delirógenos, embriagantes, hipnóticos y psicoanalépticos), en el que el individuo tiene necesidad de continuar su intoxicación, que, además, produce la dependencia de la sustancia y se acude a ella para sentirse bien psíquicamente (dependencia psíquica o psicológica y acostumbamiento toxicomaniaco o toxicofilia), o porque el motivo que le impulsa es la búsqueda del placer o el deseo de ahuyentar una sensación de malestar o dolor físico y psíquico; o bien porque ya depende físicamente de ella (dependencia física o fisiológica) porque su organismo ya se la exige, para conservar o recuperar su equilibrio normal y, por ello, se autoadministra de forma regular y progresiva que alcanza un estado de compulsión y, ante la suspensión o neutralización o disminución de los efectos del tóxico, se provocan intensos trastornos físicos y psíquicos (OMS, 2004).

3.2.5. Factores de riesgo

Los factores de riesgo de consumo de drogas son aquellas características sociales, culturales e individuales (biológicas y psíquicas) que, en conjunción y en los momentos de riesgo, incrementan la vulnerabilidad de las personas a su consumo.

La conducta del consumo de sustancias psicoactivas es el resultado de la interacción entre factores personales, sociales, culturales y ambientales, a los que está expuesto el sujeto y que están a lo largo del trayecto vital de su psicodesarrollo, desde el nacimiento hasta la etapa de adulto mayor y que, en algún momento del desarrollo evolutivo, pueden articularse con factores predisponentes o ambientales o intrapsíquicos, que ponen en peligro el equilibrio del desarrollo integral de un sujeto y crean condiciones contribuyentes y multifactoriales que desembocan en el consumo problemático de SPA (Becoña y Cortés, 2011).

Para analizar los factores de riesgo implicados en la conducta del consumo de drogas, es necesario tener en cuenta los elementos que interactúan para que esta situación se dé: el sujeto, la sustancia y el contexto.

Hawkins, Catalano y Miller (1992), nombran entre los factores de riesgo contextuales: la falta de leyes y normas relacionadas con la prevención y la falta de políticas y programas para la reducción de la oferta y la demanda, la disponibilidad de las sustancias, la pobreza y la desorganización comunitaria. También mencionan algunos de los factores individuales e interpersonales que están en el inicio y mantenimiento de las conductas adictivas: los factores genéticos fisiológicos, el consumo y las actitudes de la familia hacia el alcohol o las drogas, la disfunción familiar; las conductas problemáticas tempranas y persistentes, el pobre rendimiento académico, el consumo de drogas de los iguales, la presión de grupo, la alienación y rebeldía, las actitudes favorables al uso de drogas.

El Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2007, p. 72), da cuenta de aquellos factores de riesgo más frecuentes que se están encontrando en los jóvenes que inician el consumo y destacan la curiosidad por experimentar, la búsqueda de placer y emociones fuertes; la baja percepción del riesgo; la baja tolerancia a la frustración, la presión del grupo de iguales (compañeros), la dificultad para plantearse metas a mediano o largo plazo; el control familiar muy autoritario o muy relajado o variable y la disponibilidad de las drogas.

3.2.6. Factores de protección

Se definen como cualquier evento o circunstancia de origen biológico, psicológico, social o cultural que disminuye, neutraliza o previene la probabilidad de que se consolide una adicción (Da Silva, 2011).

Los factores de protección permiten dar una respuesta positiva frente a los factores de riesgo por cuanto los contrarrestan, a partir del desarrollo del sujeto, en aspectos cognitivos, afectivos y del comportamiento que posibiliten neutralizar o minimizar una relación problemática entre sujeto y drogas. Por dichas razones, los factores de protección facilitan la elección entre opciones de vida saludables en su vida cotidiana y configuran un estilo de vida saludable (Becoña, Iglesias y Cortés, 2011).

Los factores de protección encontrados hasta el momento, en cuanto al consumo de drogas en los distintos estudios, son:

Nivel personal: capacidad de autonomía, independencia, empatía, satisfacción por lo recibido, tendencia al acercamiento hacia las personas y situaciones en el nivel intelectual, autoestima positiva, actitudes asertivas, existencia de un proyecto de vida, desarrollo de actividades sanas (pertenencia a clubes juveniles, música, pintura), realización de ejercicio físico (Smith, 1997).

Nivel familiar: las relaciones sinceras y afectuosas entre papá, mamá e hijos, contar con adultos responsables y conscientes en el ejercicio de sus tareas de dirección, desarrollo familiar en un ambiente de respeto y colaboración, la claridad y firmeza de las normas y los principios familiares y la comunicación funcional.

Nivel comunal y social: se toman en cuenta los microambientes en los que la persona se desarrolla como: la escuela, el colegio, la universidad, lugares de trabajo, lugares de recreación, la calle, entre otros; siempre y cuando éstos favorezcan la formación integral (San Lee, 1998).

3.2.7. La ludopatía

Parece paradójico pensar que el juego, que es una actividad vital y necesaria en el desarrollo psicoevolutivo del sujeto y que se relaciona con el desarrollo cognitivo, emocional y relacional de cada persona desde la infancia hasta la adultez, pueda desencadenar en una adicción comportamental como la ludopatía.

Aunque el juego incida no sólo en lo cognitivo, afectivo y en las relaciones sociales, también se relaciona con el aprendizaje de los valores, con la asunción de la norma y la apropiación del mundo exterior por parte de quien juega; pero cuando en su práctica se pierde la capacidad de poner límite en cualquier momento del ciclo vital de un individuo, se afecta el equilibrio y se presentan problemáticas adictivas comportamentales, que se evidencian en signos tales como: bajo rendimiento académico en niños, adolescentes y jóvenes o las bajas en la capacidad laboral en jóvenes y adultos, las problemáticas familiares y relacionales e, incluso, la aparición de las adicciones químicas y, para acabar de ajustar se suma la ludopatía, que se entiende como juego patológico y se define como un trastorno en el control de los impulsos, el fracaso crónico y progresivo en resistir los impulsos de jugar y la aparición de una conducta de juego que compromete, rompe o lesiona los objetivos personales, familiares o vocacionales (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002, citada por Tobón, Cano y Londoño, 2010, p. 4).

Dentro de las características que pueden conducir a que la actividad normal del juego se torne en una adicción psicológica, los autores coinciden en los criterios de dependencia utilizados para dar cuenta del abuso a sustancias psicoactivas y los trasladan para delimitar las adicciones comportamentales y rescatan la acción de los mecanismos de dependencia psicológica que, conjuntamente con los síntomas de: craving, polarización atencional, modificación del estado de ánimo y pérdida de control, son los responsables de esta conducta (Carbonell, Talarn, Beranuy, Obersty y Graner, 2009).

Cabe señalar que la ludopatía o adicción al juego o el juego patológico, es la adicción comportamental que más atención del medio científico ha recibido de las adicciones no químicas o atípicas, como se les ha llamado. Desde los años 80 del siglo XX y hasta hoy en las primeras dos décadas del siglo XXI, sus criterios diagnósticos están definidos por el DSM ahora en su V versión, es la única adicción sin sustancias, recogida por esta clasificación de los trastornos mentales, que antes eran denominados trastornos de control de impulsos, no clasificados en otros apartados.

En lo atinente al tipo de juegos de azar que más generan dependencia, ésta se relaciona sobre todo con el uso compulsivo de las máquinas tragamonedas, por las características de funcionamiento de las mismas: “fácil accesibilidad, apuestas pequeñas con la posibilidad de conseguir ganancias proporcionalmente importantes, inmediatez entre la apuesta y el resultado, y manipulación personal de la máquina, a lo que se asocia cierta ilusión de control, y los estímulos visuales y sonoros” (Becoña y Cortés, 2011, p. 26).

Con respecto a los criterios diagnósticos para establecer si una persona tiene o no problemas con el juego Bisso-Andrade (2007) indica los siguientes:

- Preocupación por dar continuidad a la actividad del juego
- Sentirse inquieto o irritable al tratar de jugar menos o dejar de jugar, o sentimientos de fracaso por los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego.
- El juego se utiliza como estrategia ilusoria para intentar escapar de los problemas.
- Apostar mayores cantidades de dinero para recuperar las pérdidas.
- Sensación creciente de tensión o de activación (arousal) antes de llevar a cabo la acción.
- Mentir sobre la cantidad de tiempo o dinero que invierte en el juego.
- Necesidad de pedir dinero prestado por las pérdidas ocasionadas por el juego.

- Engañar a los miembros de la familia, los terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación en el juego.
- Perder el trabajo, una relación u oportunidades en sus estudios o en su carrera por causa del juego.
- Comisión de delitos para conseguir dinero para jugar como: robo, fraude y estafa, principalmente.

De otro lado, entre los signos y síntomas que presenta un jugador patológico, según Tobón, Cano y Londoño, se destacan:

- La ilusión de control: idea de disponer de una estrategia útil para ganar en los juegos de azar, que permite el convencimiento de que todo lo que piensa es cierto.
- La insensibilidad al tamaño muestral: autoengaño de tener la certeza de que el próximo juego será mejor.
- La disponibilidad: tiempo disponible para jugar en cualquier momento.
- La correlación ilusoria, en otras palabras, “pensamiento mágico”.
- La ratificación del sesgo: cuando las creencias no se cumplen se busca una justificación.
- La fijación en las frecuencias absolutas: recordar las ocasiones en las que se ha ganado.
- La confusión entre azar y suerte: cuando aparece el fracaso, el ludópata se plantea que la suerte no está de su lado (2010, pp. 5-6).

Además de los factores cognitivo-conductuales de origen psicológico, en la ludopatía existen factores sociales, familiares, ambientales y culturales que favorecen la adquisición de una adicción comportamental como ésta y es por esta complejidad multifactorial que esta adicción comportamental compulsiva trae como grandes perjuicios que implican pérdida del límite y el sujeto pierde la capacidad de control y la regulación sobre los aspectos fundamentales y básicos de su existencia.

3.2.8. Factores de riesgo para el juego patológico

Se describen a continuación los factores de riesgo más frecuentes reportados por la literatura y citados por García, Montes y Alcol (2012, p. 31):

Factores culturales y avances tecnológicos: el hecho de que el juego sea considerado una actividad legal, ha dado lugar a un incremento paulatino del juego patológico. Así mismo, el aumento de casinos en las ciudades y la variedad de juegos arraigados en la propia cultura, se unen al fomento directo o indirecto del juego que se hace a través de los medios de comunicación masivos tales como la: televisión, radio o Internet, todo ello incide directamente en el desarrollo de la ludopatía entre los adolescentes, jóvenes y adultos.

Factores genéticos: numerosos estudios científicos han demostrado que el factor genético influye en la predisposición del sujeto para adquirir conductas adictivas entre las que se menciona la ludopatía. Pero, aunque el factor genético sólo influya alrededor de un 50% y sea mayor en el inicio de la conducta, cuando se habla del inicio es necesario referir que el posterior mantenimiento de la conducta adictiva va a estar determinado no por la incidencia de lo genético sino que allí interactúan con los factores ambientales que rodean al sujeto.

Factores asociados con la personalidad: en la contemporaneidad no se dispone de información exacta para la descripción precisa de la personalidad de los ludópatas. No se cuenta con evidencia empírica ni teórica que permita caracterizarlos como un grupo homogéneo. Los dos aspectos que llaman la atención en el estudio sobre su posible personalidad son la categoría de búsqueda de sensaciones (Zuckerman, 1979; Brown, 1993) y la categoría de impulsividad (Castellani y Rugle, 1995; Steel y Blaszczynski, 1996; Fernández, Echeburua y Baez, 1999, citados por García, Montes y Alcol, 2012, p. 31).

Factores familiares: entre los que se asocian están el juego compulsivo o recurrente en los padres que ejercen una importante influencia para que, a su vez, los hijos los practiquen. Los estudios muestran que una parte relevante de éstos serán jugadores patológicos y se constituye una segunda generación de jugadores patológicos (Becoña, 1996, citado por García, Montes y Alcol, 2012, p. 31).

Factores psicológicos: en la literatura científica se han encontrado la depresión y la sintomatología depresiva en los sujetos ludópatas. Su mayor sensibilización, por los episodios de depresión, los hace cada vez más susceptibles hacia eventos vitales negativos, y cuando este rasgo psicopatológico depresivo se une al juego patológico, le sirve como

estrategia de escape o mecanismo de afrontamiento. Pero, paradójicamente y concurrentemente, el hecho de perder dinero, o no tener más dinero para la actividad ludópata, transforma el juego en un evento negativo y se torna cada vez más crónico con el ciclo repetitivo de conseguir dinero, jugar y perder dinero constantemente. Esto es lo que lleva al sujeto a caer en conductas disfuncionales de búsqueda de dinero, pedirlo prestado, robarlo o, como consecuencia, a jugar más y descuidar los aspectos funcionales de su existencia como ir a clase o inventar excusas para no ir, no ir a trabajar, centrarse cada vez más en la actividad ludópata y, finalmente, presentar graves problemáticas psicoafectivas, relacionales y disfuncionales asociadas con el juego compulsivo.

Factores asociados con drogas y otras sustancias: la ejecución de conductas de juego suele realizarse en contextos en los que las posibilidades de acceder a ciertos tipos de sustancias (alcohol, tabaco...) son altas y reforzadas. En España se observa que el 25% de los jugadores patológicos consume 100 c.c. o más de alcohol frente al 5% de la población general que lo hace en ese nivel. Rodríguez Martos (1987) encuentra que el 15% de las personas diagnosticadas como alcohólicas muestra un doble diagnóstico de juego patológico. En grupos de menores y en relación con el uso de tabaco, el 16,3% de los que decían consumir actualmente presentaba problemas con el juego y el 11% de los que reconocían beber (Arbinaga, 1996, citado por García, Montes y Alcol, 2012, p. 31).

Factor social: desde la perspectiva del aprendizaje social, se ha logrado constatar que la exposición temprana al juego y valores familiares que se apoyen en símbolos materiales y financieros, son factores de riesgo significativos para convertirse en jugador patológico. Obtención de recompensas que fortalecen la conducta por medio del juego. Los reforzadores pueden ser de varios tipos: monetarios, reforzadores primarios (bebidas, comida y otro tipo de reforzadores que se encuentran en los centros de apuestas) y el aumento del nivel de activación o arousal (desde el constructo de búsqueda de sensaciones). Utilización del juego como vía de escape, de atontamiento, para evitar ciertos estímulos aversivos (García, Montes y Alcol, 2012, p. 31).

4. RESULTADOS

4.1. Características sociodemográficas

La edad promedio de los participantes del estudio es de 40 años, con una desviación estándar de 16 años. El 50% de la población encuestada tenía 41 años o menos. El 60,5% de la población está compuesto por mujeres y el resto por hombres. El 96,1% (842) estaba ubicado en el área urbana y el 3,9% (34) en el área rural. El máximo nivel educativo alcanzado por la población encuestada fue la secundaria con un 47,6%, seguido por los estudios universitarios con un 41,8%. En lo que se refiere a la actividad realizada se encontró que el 38,5% trabajaba; el 21,9% señala que se dedica a estudiar y el 18,5% se dedica a oficios del hogar.

De acuerdo con el nivel socioeconómico de las viviendas, el porcentaje de personas en el estrato 3 es el más alto con 44,5%, seguido del estrato 2 con un 25%, el estrato 6 es el más bajo con 0,8%. En cuanto a la religión que predomina en la población encuestada fue la católica, seguida de otra religión y el resto de las personas manifestó ser atea, protestantes o agnósticas (6,6%) (Ver Tabla 7).

Información de salud

Cuando se indagó sobre el estado de salud en los últimos 12 meses de los participantes en el estudio, se encontró que el 54,1% (446) manifestó tener buena salud, el 16,1% (133) indicó tener muy buena salud y tan sólo el 0,5% (4) señaló encontrarse con muy mala salud. Respecto a su afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSS– el 92,6% está afiliado en el Régimen subsidiado o contributivo y sólo un 7% no está afiliado a ninguno de ellos (Ver Tabla 7).

Tabla 7. Características sociodemográficas de los participantes. Estudio Envigado, 2013.

Característica		n	%
Sexo	Hombre	346	39,5
	Mujer	530	60,5
Área de ubicación	Urbana	842	96,1
	Rural	34	3,9
Estrato socioeconómico	1	16	1,8
	2	219	25,0
	3	390	44,5
	4	146	16,7
	5	93	10,6
	6	7	0,8
	Sin dato	5	0,6
Afiliación al SGSSS	Si	811	92,6
	No	59	6,7
	No sabe/No responde	6	0,7
Estado de salud	No sabe/No contesta	13	1,6
	Muy malo	4	0,5
	Malo	15	1,8
	Regular	123	14,9
	Bueno	446	54,1
	Muy bueno	133	16,1
	Excelente	91	11,0
Escolaridad	Sin estudios	3	0,3
	Primaria	86	9,8
	Secundaria	417	47,6
	Universitaria	366	41,8
	No sabe/No responde	4	0,5
Estado civil	Casado	287	32,8
	Unión libre	84	9,6
	Soltero	385	43,9
	Viudo	37	4,2
	Separado	76	8,7
	No sabe/No responde	7	0,8
Religión	Católica	746	85,2
	Protestante	14	1,6
	Agnóstico	7	0,8
	Ateo	37	4,2
	Otra	49	5,6
	No sabe/No contesta	23	2,6

4.2. Prevalencias de consumo de drogas

4.2.1. Drogas legales

En este apartado se presentarán los principales resultados sobre el uso de drogas legales. Las sustancias psicoactivas consideradas son: tabaco/cigarrillo, alcohol, así como tranquilizantes y estimulantes usados sin prescripción médica¹³.

4.2.1.1. Cigarrillo

En la Figura 2 pueden verse las prevalencias para el consumo de cigarrillo de la población encuestada de Envigado. El consumo de cigarrillo, al menos 01 vez en la vida, es de 41,4%. Con respecto al consumo reciente, un 23,3% consumió en el último año y el 19,7% en el último mes. El promedio de la edad de inicio de consumo de cigarrillo es de 16 años con una desviación estándar de 6,3 años, y la edad más frecuente fue de 15 años. El 25% inició su consumo a los 14 años o antes (percentil 25%) y el 75% de la población comenzó a los 18 años.

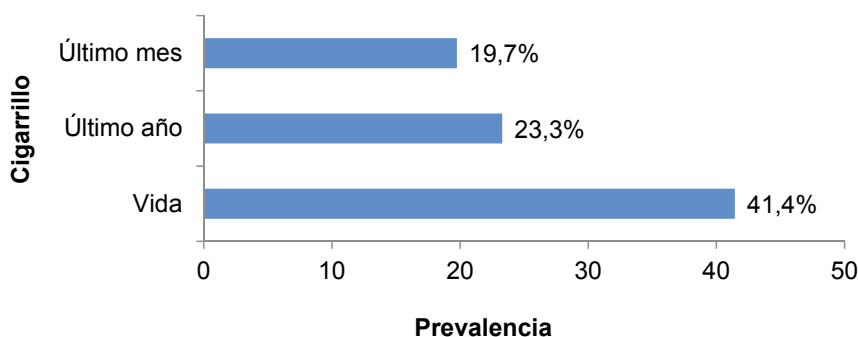


Figura 2. Prevalencia de vida, último año y último mes para el cigarrillo. Estudio Envigado, 2013.

Según sexo, la prevalencia de consumo de cigarrillo en los hombres es mayor que en las mujeres (Tabla 8). Por otro lado, el grupo de edad con mayor prevalencia de vida, año y mes de consumo de cigarrillo está en el rango de 18 a 24 años, seguido por el grupo de 25 a 34 años (Tabla 9).

¹³ Para simplificar y hacer más ágil la exposición y la lectura del texto, en lo sucesivo se usarán indistintamente los términos tabaco o cigarrillo y se entiende que este último corresponde a la presentación más común y utilizada del tabaco.

Tabla 8. Prevalencia de vida, último año y último mes para el cigarrillo, según sexo. Estudio Envigado, 2013.

Sexo	Vida	Año	Mes
Hombre	54,6	32,1	26,9
Mujer	32,8	17,5	15,1

Tabla 9. Prevalencia de vida, último año y último mes para el cigarrillo, según grupos de edad. Estudio Envigado, 2013.

Edad	Vida	Año	Mes
12-17	27,7	12,0	7,2
18-24	54,5	36,6	26,1
25-34	49,6	26,0	23,6
35-44	33,8	21,1	20,4
45-65	40,0	21,0	18,7

En cuanto al estrato socioeconómico, la mayor prevalencia de vida en el consumo de cigarrillo se presenta en el estrato dos, seguido de los estratos seis y tres (48%, 43%, 42%, respectivamente). Los consumos actuales de cigarrillo (prevalencia de último año (PA) y último mes (PM), son mayores en el estrato seis (28,6% PA y PM), seguidos de los estratos dos (26,5% PA y 23,7% PV) y tres (26,2% PA y 21,3% PM) (Tabla 10).

Tabla 10. Prevalencia de vida, último año y último mes para el cigarrillo, según estrato socioeconómico. Estudio Envigado, 2013.

Estrato	Vida	Año	Mes
1	31,3	6,3	6,3
2	47,9	26,5	23,7
3	42,3	26,2	21,3
4	33,6	16,4	13,7
5	36,6	17,2	15,1
6	42,9	28,6	28,6

En cuanto a la escolaridad, la mayor prevalencia de vida en el consumo de cigarrillo la tienen las personas con estudios de primaria (45,3%), seguidos por los que tienen estudios universitarios (43,7%). Los consumos más recientes, prevalencia de último año y último mes corresponden a las personas sin estudio (Tabla 11).

Tabla 11. Prevalencia de vida, último año y último mes para el cigarrillo, según escolaridad. Estudio Envigado, 2013.

Escolaridad	Vida	Año	Mes
Sin estudios	33,3	33,3	33,3
Primaria	45,3	27,9	23,3
Secundaria	38,8	21,8	18,0
Universitaria	43,7	23,5	20,5

4.2.1.2. Alcohol

Prevalencias de consumo

El 78,2% de la población de Envigado ha consumido algún tipo de alcohol (cerveza, chicha, vino, aguardiente, ron, brandy, champaña, o licores fuertes como tequila, wiski, vodka, ginebra, etc.), alguna vez en la vida. Con respecto al consumo reciente el 59,9% lo consumió en el último año y el 41,9% en el último mes (Figura 3).

La edad de inicio del consumo de alcohol es de aproximadamente 17 años (DE= 5,39). Se encontró que el 25% de las personas encuestadas que consumieron alcohol alguna vez en la vida lo hizo por primera vez a los 15 años y el 75% de la población lo hizo a los 19 años o antes.

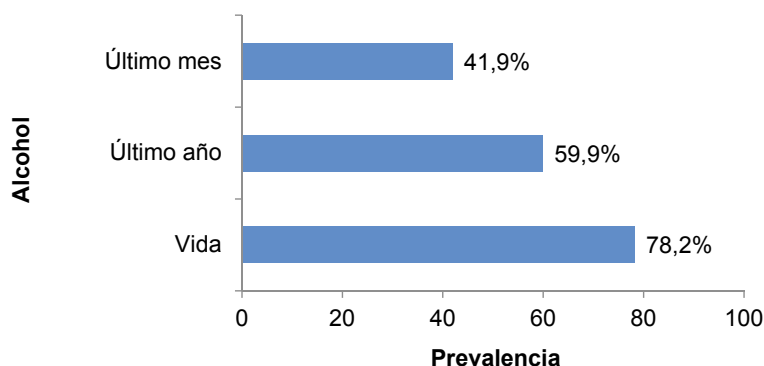


Figura 3. Prevalencia de vida, último año y último mes para el alcohol. Estudio Envigado, 2013.

Según sexo, las mayores prevalencias de consumo la tienen los hombres (Tabla 12).

Tabla 12. Prevalencia de vida, último año y último mes para el alcohol, según sexo. Estudio Envigado, 2013.

Sexo	Vida	Año	Mes
Hombre	86,7	73,4	56,6
Mujer	72,6	51,1	32,3

El grupo de edad con mayor prevalencia de consumo de vida, año y mes es el de 18 a 24 años, seguido por el grupo de 25 a 34 años (Tabla 13).

Tabla 13. Prevalencia de vida, último año y último mes para el alcohol, según grupos de edad. Estudio Envigado, 2013.

Edad	Vida	Año	Mes
12-17	66,3	55,4	34,9
18-24	89,6	76,1	59,0
25-34	85,8	74,0	53,5
35-44	78,9	62,0	46,5
45-65	74,1	50,0	32,1

En cuanto al estrato socioeconómico, la mayor prevalencia de vida, año y mes en el consumo de alcohol se presentó en el estrato uno, seguido de los estratos dos y cuatro (Tabla 14).

Tabla 14. Prevalencia de vida, último año y último mes para el alcohol, según estrato socioeconómico. Estudio Envigado, 2013.

Estrato	Vida	Año	Mes
1	87,5	75,0	50,0
2	84,9	65,8	48,4
3	74,6	59,5	40,0
4	79,5	57,5	42,5
5	75,3	50,5	33,3
6	71,4	57,1	28,6

En relación con la escolaridad, los mayores consumos se presentan en los universitarios (PV= 83,3%); PA (58,0%) y PM= (46,7%). Le siguen los sujetos con estudios de secundaria (Tabla 15).

Tabla 15. Prevalencia de vida, último año y último mes para el alcohol, según escolaridad. Estudio Envigado, 2013.

Escolaridad	Vida	Año	Mes
Sin estudios	66,7	33,3	33,3
Primaria	72,1	46,5	29,1
Secundaria	75,3	58,0	40,3
Universitaria	83,3	65,6	46,7

Abuso/dependencia de alcohol, según criterios (Audit)

En el estudio se encontró que de las personas encuestadas que beben alcohol, el 76,7% no tiene problemas con la bebida; el 17,0 tiene un consumo de riesgo y el 6,3% ya tiene problemas de abuso (2,5%) o dependencia (3,8%) (Figura 4).

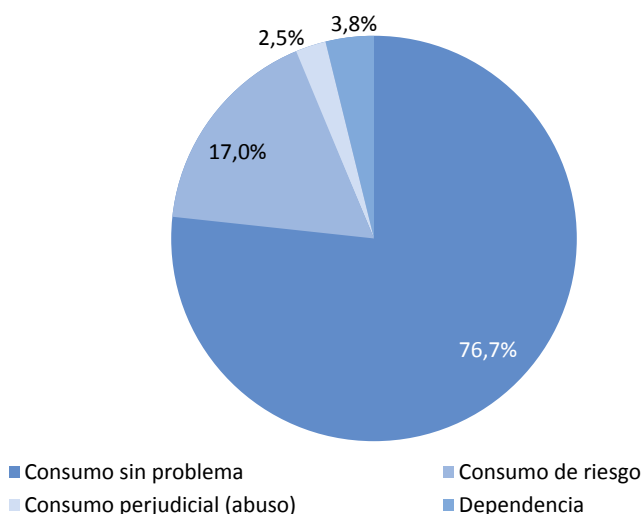


Figura 4. Riesgo de consumo según Audit. Estudio Envigado, 2013.

Por otra parte, 102 personas, con edades entre 12 y 65 años, presentaron un consumo de riesgo o perjudicial, que equivale a cerca del 28% de los consumidores actuales o el 11,6% de la población encuestada. Se encontró, además, que la mayor proporción de encuestados con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol se halla en el grupo de 18 a 24 con un 20,9%, seguido del grupo de 25 a 34 con un 14% (Tabla 16).

Tabla 16. Número y porcentaje de personas encuestadas con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol, según grupos de edad. Estudio Envigado 2013.

Grupos de Edad	Número de consumidores de riesgo o perjudicial	% Respecto a total encuestados	% Respecto a total beben	% Respecto a consumidores en los últimos 30 días
12-17	9	10,8	20,0	31,0
18-24	28	20,9	27,5	35,4
25-34	18	14,2	19,1	26,5
35-44	19	13,4	21,6	28,8
45-65	28	7,2	14,4	22,4
Total	102	11,6	19,5	27,8

En cuanto al sexo, se observó que 71 personas con problemas por el consumo de alcohol eran hombres y 31 mujeres, lo que quiere decir que por cada dos hombres consumidores hay una mujer (Tabla 17).

Tabla 17. Número y porcentaje de personas encuestadas con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol, según sexo. Envigado 2013.

Sexo	Número de consumidores de riesgo o perjudicial	% Respecto a total encuestados	% Respecto a total beben	% Respecto a consumidores en los últimos 30 días
Hombre	71	20,5	28,0	36,2
Mujer	31	5,8	11,5	18,1
Total	102	11,6	19,5	27,8

4.2.1.3. Medicamentos sin prescripción¹⁴

Derivados opiáceos

- **Codeína**

El consumo de analgésicos como el acetaminofén con mezcla de un opiáceo como la codeína (Codeína; Algimide, Winadol F) y antitusivos (Codipront), entre los habitantes de Envigado presenta una prevalencia de vida del 3,1%, anual del 2% y mensual del 1%. Los consumos son muy similares entre hombres y mujeres y están ubicados en el grupo de 25 a 44 años, de estratos socioeconómicos 4 y 5 y con estudios de bachillerato y universitarios (Tabla 18).

Tabla 18. Prevalencia de vida, último año y último mes para analgésicos derivados opiáceos, según sexo, grupos de edad, estrato y escolaridad. Estudio Envigado, 2013.

Característica	Prevalencia		
	Vida	Año	Mes
Sexo			
Hombre	1,4	0,9	0,6
Mujer	1,7	1,1	0,4
Grupos de edad			
12-17	0,0	0,0	0,0
18-24	0,0	0,0	0,0
25-34	3,9	2,4	0,8
35-44	2,8	2,8	2,1
45-65	1,3	0,5	0,0

Esta tabla continúa en la siguiente página

¹⁴ Son fármacos susceptibles de producir adicción que son consumidos sin ser formulados por un médico.

Ver inicio de tabla en la página anterior

Característica	Prevalencia		
	Vida	Año	Mes
Estrato socioeconómico			
1	0,0	0,0	0,0
2	0,0	0,0	0,0
3	1,0	0,5	0,5
4	3,4	2,7	1,4
5	5,4	3,2	0,0
6	0,0	0,0	0,0
Escolaridad			
Sin estudios	0,0	0,0	0,0
Primaria	0,0	0,0	0,0
Secundaria	1,4	0,7	0,5
Universitaria	2,2	1,6	0,5

- **Metadona**

La metadona es un analgésico derivado opiáceo usado por los médicos para el manejo del dolor en pacientes con cáncer terminal y, además, para la desintoxicación y tratamiento de personas adictas a la heroína. En la población encuestada se encontró una prevalencia de vida para el consumo de esta sustancia sin prescripción médica del 1,6%; una prevalencia anual del 1,3% y para el último mes del 0,7%. El consumo se ha dado más en hombres que en mujeres y con respecto a la prevalencia de vida, el grupo de edad de mayor consumo está entre los 18 y 24 años; los grupos entre los 35 y 44 años son los que presentan las mayores prevalencias actuales (último año y último mes).

La mayor prevalencia de consumo alguna vez en la vida fue para las personas de estrato dos, seguidas de las de estrato tres y cuatro, 0,9%, 0,8%, 0,7%, respectivamente. Según nivel de escolaridad, la mayor prevalencia de consumo de metadona alguna vez en la vida y en el último año fue para las personas con estudios de primaria (1,2%) y las prevalencias de consumo del mes fue para las personas con formación universitaria (Tabla 19).

Tabla 19. Prevalencia de vida, último año y último mes para metadona según sexo, grupos de edad, estrato y escolaridad. Estudio Envigado, 2013.

Característica	Prevalencia		
	Vida	Año	Mes
Sexo			
Hombre	1,4	0,9	0,3
Mujer	0,2	0,4	0,4
Grupos de edad			
12-17	0,0	0,0	0,0
18-24	2,2	0,7	0,0
25-34	0,8	0,8	0,8
35-44	1,4	1,4	1,4
45-65	0,3	0,3	0,0
Estrato			
1	0,0	0,0	0,0
2	0,9	0,5	0,0
3	0,8	0,5	0,3
4	0,7	1,4	1,4
5	0,0	0,0	0,0
6	0,0	0,0	0,0
Escolaridad			
Sin estudios	0,0	0,0	0,0
Primaria	1,2	1,2	0,0
Secundaria	0,7	0,5	0,2
Universitaria	0,5	0,5	0,5

- **Morfina**

Este es otro analgésico opiáceo usado por los médicos para el manejo del dolor agudo y crónico. En Envigado la población encuestada presentó una prevalencia de consumo pasado y reciente del 0,3%, en los hombres, sin presentarse el consumo en las mujeres. El grupo de edad del consumidor se ubicó entre los 35 y 44 años, de estrato socioeconómico cuatro y con estudios universitarios (Tabla 20).

Tabla 20. Prevalencia de vida, último año y último mes para morfina, según sexo, grupos de edad, estrato y escolaridad. Estudio Envigado, 2013.

Característica		Prevalencia		
		Vida	Año	Mes
Sexo				
	Hombre	0,3	0,3	0,3
	Mujer	0,0	0,0	0,0
Grupos de edad				
	12-17	0,0	0,0	0,0
	18-24	0,0	0,0	0,0
	25-34	0,0	0,0	0,0
	35-44	0,7	0,7	0,7
	45-65	0,0	0,0	0,0
Estrato				
	1	0,0	0,0	0,0
	2	0,0	0,0	0,0
	3	0,0	0,0	0,0
	4	0,7	0,7	0,7
	5	0,0	0,0	0,0
	6	0,0	0,0	0,0
Escolaridad				
	Sin estudios	0,0	0,0	0,0
	Primaria	0,0	0,0	0,0
	Secundaria	0,0	0,0	0,0
	Universitaria	0,3	0,3	0,3

- **Tramadol**

El tramadol o tramal es otro analgésico opiáceo, formulado por médicos para dolores fuertes, que se puede comprar sin fórmula médica. En la población que participó del estudio se encontraron las siguientes prevalencias: PV= 4,9%; PA= 1,6% y PM= 0.9%. Las prevalencias de consumo en la vida son muy similares entre hombres y mujeres. Las prevalencias de consumo en el último año y el último mes, son mayores en estas últimas.

Los grupos de edad con mayores prevalencias de consumo de esta sustancia son los de los 18 y 24 años y los 35 a 44. El consumo se da en los estratos 2,3, 4 y 5, y son similares las prevalencias de vida. En cuanto al nivel de escolaridad, la mayor prevalencia de consumo de tramal alguna vez en la vida fue para las personas universitarias, en el último año para las de primaria y de uso actual para las personas de secundaria (Tabla 21).

Tabla 21. Prevalencia de vida, último año y último mes para tramal, según sexo, grupos de edad, estrato y escolaridad. Estudio Envigado, 2013.

Característica	Prevalencia		
	Vida	Año	Mes
Sexo			
Hombre	2,3	0,3	0,3
Mujer	2,6	1,3	0,6
Grupos de edad			
12-17	1,2	0,0	0,0
18-24	5,2	2,2	1,5
25-34	2,4	0,8	0,0
35-44	3,5	2,1	1,4
45-65	1,5	0,3	0,0
Estrato socioeconómico			
1	0,0	0,0	0,0
2	2,3	0,9	0,5
3	2,6	1,0	0,5
4	2,7	0,7	0,7
5	3,2	1,1	0,0
6	0,0	0,0	0,0
Escolaridad			
Sin estudios	0,0	0,0	0,0
Primaria	1,2	1,2	0,0
Secundaria	2,4	1,0	0,7
Universitaria	3,0	0,8	0,3

Benzodiacepinas

• Clonazepam (Rivotril)

La prevalencia de consumo en la vida para esta sustancia en la población encuestada es del 6,3%. En el último año 2,3% y en el último mes 0,8%. El mayor consumo se da en hombres y el grupo de edad con mayor prevalencia de consumo en la vida y en el último año fue para los jóvenes de 18 a 24 años de edad. La mayor prevalencia de consumo en la vida, fue para las personas de estrato dos, mientras que la prevalencia en el último año fue para las personas de estrato tres (1,3%). Según nivel de escolaridad, la mayor prevalencia de vida de consumo de clonazepam fue para las personas de primaria y el mayor consumo en el último año se presentó en los universitarios (Tabla 22).

Tabla 22. Prevalencia de vida, último año y último mes para clonazepam, según sexo, grupos de edad, estrato y escolaridad. Estudio Envigado, 2013.

Característica		Prevalencia		
		Vida	Año	Mes
Sexo				
	Hombre	5,5	1,7	0,6
	Mujer	0,8	0,6	0,2
Grupos de edad				
	12-17	1,2	0,0	0,0
	18-24	8,2	3,0	0,0
	25-34	2,4	1,6	0,0
	35-44	4,2	2,1	2,1
	45-65	0,5	0,0	0,0
Estrato socioeconómico				
	1	0,0	0,0	0,0
	2	3,2	0,9	0,5
	3	3,1	1,3	0,3
	4	0,7	0,7	0,7
	5	3,2	1,1	0,0
	6	0,0	0,0	0,0

Esta tabla continúa en la siguiente página

Ver inicio de tabla en la página anterior

Característica	Prevalencia		
	Vida	Año	Mes
Escolaridad			
Sin estudios	0,0	0,0	0,0
Primaria	1,2	0,0	0,0
Secundaria	2,9	1,0	0,5
Universitaria	2,5	1,4	0,3

- **Flunitrazepan (Rohypnol)**

La prevalencia de consumo para Rohypnol alguna vez en la vida, en el último año o el último mes fue mayor para los hombres, comparada con el consumo en las mujeres. En el total de la población encuestada la prevalencia de vida es del 6,5%, la anual del 2,8% y del último mes es de 1,1%. En cuanto al grupo de edad la mayor prevalencia de consumo en la vida es para el grupo de los 18 a 24 años, y para el último año y último mes fue para las personas entre los 35 a 44 años. La mayor prevalencia de consumo en la vida, se encontró en las personas de estrato uno, seguido del dos y del tres 6,3%, 3,7% y 2,7%, respectivamente. Según el nivel de escolaridad, la mayor prevalencia de consumo de Rohypnol en la vida fue para las personas de primaria (3,5%) y universitarios (3,0%) (Tabla 23).

Tabla 23. Prevalencia de vida, último año y último mes para Rohypnol, según sexo, grupos de edad, estrato y escolaridad. Estudio Envigado, 2013.

Característica	Prevalencia		
	Vida	Año	Mes
Sexo			
Hombre	6,1	2,0	0,9
Mujer	0,4	0,8	0,2
Grupos de edad			
12-17	0,0	0,0	0,0
18-24	6,0	2,2	0,7
25-34	3,9	2,4	0,0
35-44	5,6	2,8	2,1
45-65	0,5	0,3	0,0

Esta tabla continúa en la siguiente página

Ver inicio de tabla en la página anterior

Característica		Prevalencia		
		Vida	Año	Mes
Estrato				
	1	6,3	0,0	0,0
	2	3,7	1,4	0,5
	3	2,6	1,3	0,5
	4	1,4	1,4	0,7
	5	2,2	1,1	0,0
	6	0,0	0,0	0,0
Escolaridad				
	Sin estudios	0,0	0,0	0,0
	Primaria	3,5	0,0	0,0
	Secundaria	1,9	1,2	0,5
	Universitaria	3,0	1,6	0,5

Inductores del sueño

- Zolpiden**

La prevalencia de vida para el consumo de esta sustancia sin fórmula médica, alguna vez en la vida es del 2,0%; en el último año del 1,0% y en los últimos 30 días de 0,8%. Los consumos entre hombres y mujeres son muy similares. Las mayores prevalencias del consumo de esta sustancia se dan entre los 18 y los 44 años, sobre todo de estrato cuatro (Tabla 24).

Tabla 24. Prevalencia de vida, último año y último mes para inductores del sueño, según sexo, grupos de edad, estrato y escolaridad. Estudio Envigado, 2013.

Característica		Prevalencia		
		Vida	Año	Mes
Sexo				
	Hombre	1,2	0,6	0,6
	Mujer	0,8	0,4	0,2

Esta tabla continúa en la siguiente página

Ver inicio de tabla en la página anterior

Característica	Prevalencia		
	Vida	Año	Mes
Grupos de edad			
12-17	0,0	0,0	0,0
18-24	1,5	0,7	0,0
25-34	1,6	0,8	0,8
35-44	1,4	1,4	1,4
45-65	0,5	0,0	0,0
Estrato socioeconómico			
1	0,0	0,0	0,0
2	1,4	0,0	0,0
3	0,5	0,5	0,3
4	1,4	1,4	1,4
5	1,1	0,0	0,0
6	0,0	0,0	0,0
Escolaridad			
Sin estudios	0,0	0,0	0,0
Primaria	1,2	0,0	0,0
Secundaria	0,7	0,5	0,2
Universitaria	1,1	0,5	0,5

Sustancias de uso industrial usadas como drogas

- Sacol (pegamentos de caucho)**

La prevalencia de vida para el consumo de sacol entre los habitantes de Envigado fue del 5,1%. En el último año consumió el 1,6% de los encuestados y en el último mes el 0,3%. El mayor consumo se dio entre hombres. El grupo de edad con mayor consumo está entre los 18 a 24 años. El consumo se ha dado sobre todo en estratos socioeconómicos uno y dos y en personas con estudios de primaria, seguidos por los de secundaria (Tabla 25).

Tabla 25. Prevalencia de vida, último año y último mes para sacol, según sexo, grupos de edad, estrato y escolaridad. Estudio Envigado, 2013.

Característica		Prevalencia		
		Vida	Año	Mes
Sexo				
	Hombre	4,9	1,4	0,3
	Mujer	0,2	0,2	0,0
Grupos de edad				
	12-17	2,4	1,2	0,0
	18-24	5,2	1,5	0,0
	25-34	0,8	0,0	0,0
	35-44	2,1	0,7	0,7
	45-65	1,3	0,5	0,0
Estrato				
	1	6,3	0,0	0,0
	2	4,1	1,8	0,5
	3	2,1	0,3	0,0
	4	0,0	0,0	0,0
	5	1,1	1,1	0,0
	6	0,0	0,0	0,0
Escolaridad				
	Sin estudios	0,0	0,0	0,0
	Primaria	3,5	1,2	0,0
	Secundaria	1,9	0,5	0,2
	Universitaria	1,6	0,8	0,0

- **Dick-Diclorometano (Disolvente)**

El 4,4% de los encuestados de la población de Envigado, refirió haber consumido dick en algún momento de la vida, 2,3% lo hizo en el último año y 0,5% en el último mes. El consumo es mayor en los hombres, con una diferencia de consumo en la prevalencia de vida de 3,2%, con respecto a las mujeres. El grupo de edad con mayor prevalencia de consumo es el que está entre 18 a 24 años de edad. Según estrato socioeconómico la mayor prevalencia de consumo de dick lo tienen las personas del estrato dos y con estudios de primaria (Tabla 26).

Tabla 26. Prevalencia de vida, último año y último mes para dick, según sexo, grupos de edad, estrato y escolaridad. Estudio Envigado, 2013.

Característica		Prevalencia		
		Vida	Año	Mes
Sexo				
	Hombre	3,8	1,7	0,3
	Mujer	0,6	0,6	0,2
Grupos de edad				
	12-17	3,6	3,6	0,0
	18-24	7,5	2,2	0,7
	25-34	0,8	0,8	0,0
	35-44	1,4	0,7	0,7
	45-65	0,3	0,3	0,0
Estrato socioeconómico				
	1	0,0	0,0	0,0
	2	3,7	2,3	0,9
	3	1,3	0,8	0,0
	4	1,4	0,7	0,0
	5	0,0	0,0	0,0
	6	0,0	0,0	0,0
Escolaridad				
	Sin estudios	0,0	0,0	0,0
	Primaria	2,3	2,3	0,0
	Secundaria	1,9	1,2	0,5
	Universitaria	1,6	0,5	0,0

4.2.2. Drogas ilegales

4.2.2.1. Marihuana

Como se muestra en la Figura 5, el 27,9% de la población general encuestada ha probado marihuana al menos una vez en la vida. La prevalencia del último año fue de 10,7% y en los últimos 30 días es de 6,5%.

Las personas encuestadas tenían una edad promedio de alrededor de 17 años con una desviación estándar de 4,3 años; la edad más frecuente de consumo fue de 15 años. El 25% de las personas que dijo haber usado marihuana alguna vez en la vida, lo hizo primero a la edad de 15 años y el 75% de la población probó por primera vez a los 18 años o menos.

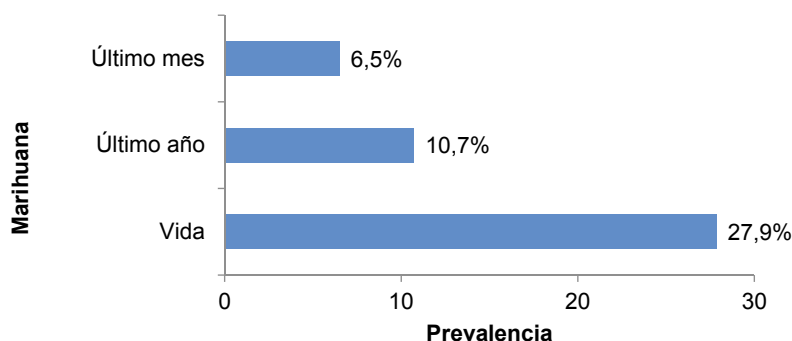


Figura 5. Prevalencia de vida, último año y último mes para la marihuana. Estudio Envigado, 2013.

Según sexo, la prevalencia de consumo de marihuana es mayor en los hombres (Tabla 27).

Tabla 27. Prevalencia de vida, último año y último mes para la marihuana, según sexo. Estudio Envigado, 2013.

Sexo	Vida	Año	Mes
Hombre	46,8	19,7	11,3
Mujer	15,5	4,9	3,4

La marihuana en la población general de Envigado, es consumida por todos los grupos de edad entre los 12 y los 65 años. El grupo de edad con mayor prevalencia de vida, año y mes de consumo es el de 18 a 24 años, seguido por el de 25 a 34 (Tabla 28).

Tabla 28. Prevalencia de vida, último año y último mes para la marihuana, según grupos de edad. Estudio Envigado, 2013.

Edad	Vida	Año	Mes
12-17	22,9	13,3	4,8
18-24	53,7	33,6	20,1
25-34	36,2	12,6	7,1
35-44	27,5	5,6	3,5
45-65	17,4	3,6	3,1

En cuanto al estrato socioeconómico, la mayor prevalencia de consumo en la vida, se da en el estrato dos con el (34,2%), seguido del tres (30,8%) y el uno (25,0%). Con respecto a consumos recientes (último año y último mes), el consumo se da sobre todo en el estrato dos (Tabla 29).

Tabla 29. Prevalencia de vida, último año y último mes para la marihuana, según estrato socioeconómico. Estudio Envigado, 2013.

Estrato	Vida	Año	Mes
1	25,0	12,5	6,3
2	34,2	14,6	11,0
3	30,8	12,3	6,9
4	17,1	2,1	1,4
5	18,3	8,6	2,2
6	14,3	0,0	0,0

Respecto a la escolaridad, la prevalencia de vida más alta la presentan los sujetos sin estudios (33,3%), seguidos de los universitarios (30,6%). El consumo actual (prevalencias de último año y último mes) se da sobre todo en el estrato uno (Tabla 30).

Tabla 30. Prevalencia de vida, último año y último mes para la marihuana, según escolaridad. Estudio Envigado, 2013.

Escolaridad	Vida	Año	Mes
Sin estudios	33,3	33,3	33,3
Primaria	23,3	3,5	3,5
Secundaria	25,9	12,0	7,4
Universitaria	30,6	10,7	6,0

4.2.2.2. Cocaína (perico)

La prevalencia de vida para el consumo de esta sustancia en la población general de Envigado encuestada fue el 10.5%. El uso actual, es decir, durante el último año fue de 2,9% y en el último mes 1,7%. La edad en la que iniciaron el consumo de cocaína las personas encuestadas fue de 18 años. El 25% de la población que la probó lo hizo por primera vez a los 16 años y el 75% a los 20 años o menos (Figura 6).

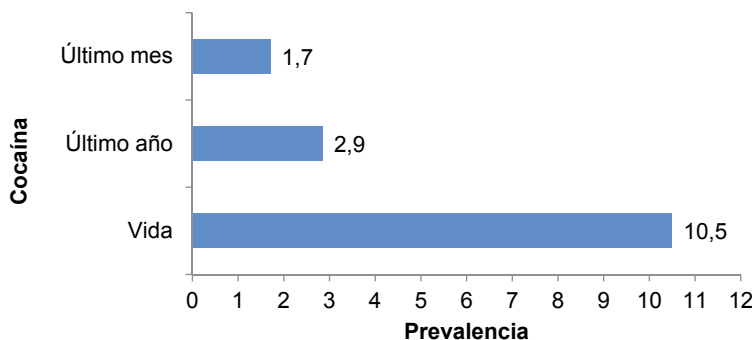


Figura 6. Prevalencia de vida, último año y último mes para la cocaína. Estudio Envigado, 2013.

Los hombres son los mayores consumidores (Tabla 31).

Tabla 31. Prevalencia de vida, último año y último mes para la cocaína, según sexo. Estudio Envigado, 2013.

Sexo	Vida	Año	Mes
Hombre	20,8	6,6	4,0
Mujer	3,8	0,4	0,2

El grupo de edad con las tasas de prevalencia de vida más altas es el que está entre los 18 y 24 años (22,4%). Los consumos actuales (último año y último mes) se dan sobre todo en el grupo de los 25 a 34 años (Tabla 32).

Tabla 32. Prevalencia de vida, último año y último mes para la cocaína, según grupos de edad. Estudio Envigado, 2013.

Edad	Vida	Año	Mes
12-17	4,8	3,6	2,4
18-24	22,4	5,2	2,2
25-34	13,4	7,1	4,7
35-44	12,7	3,5	2,1
45-65	5,9	0,3	0,3

En cuanto al estrato socioeconómico, la mayor prevalencia de vida, año y mes en el consumo de cocaína se presenta en el estrato uno, seguido de los estratos dos y tres (Tabla 33).

Tabla 33. Prevalencia de vida, último año y último mes para la cocaína, según estrato socioeconómico. Estudio sobre consumo de drogas, ludopatía y factores asociados de riesgo y protección. Estudio Envigado, 2013.

Estrato	Vida	Año	Mes
1	12,5	6,3	6,3
2	11,0	4,1	2,7
3	11,8	2,3	1,3
4	6,2	0,7	0,0
5	9,7	4,3	3,2
6	0,0	0,0	0,0

En relación con la escolaridad de los encuestados que consumen cocaína, la prevalencia más alta se da en los universitarios, seguidos de los de secundaria (Tabla 34).

Tabla 34. Prevalencia de vida, último año y último mes para la cocaína, según escolaridad. Estudio Envigado, 2013.

Escolaridad	Vida	Año	Mes
Sin estudios	0,0	0,0	0,0
Primaria	8,1	1,2	1,2
Secundaria	10,3	2,2	1,4
Universitaria	10,9	3,8	2,2

4.2.2.3. Pasta básica de cocaína (basuco)

En la figura 7, se puede observar que el 2,9% de las personas encuestadas declaró haber consumido basuco al menos una vez en la vida, el 0,3% en el último año y el 0,3% en los últimos 30 días. La edad media de inicio en el consumo de esta sustancia fue 19 años.

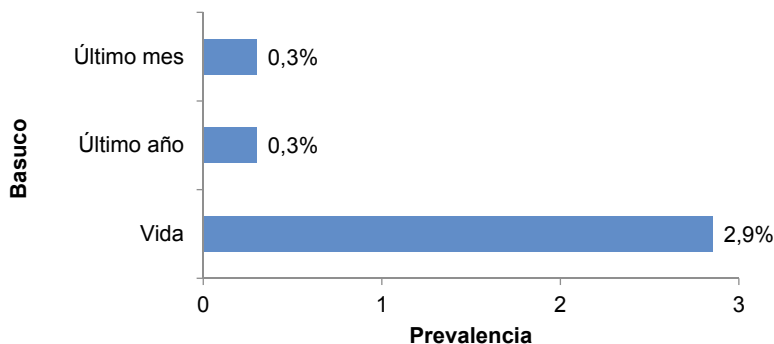


Figura 7. Prevalencia de vida, último año y último mes para el basuco. Estudio Envigado, 2013.

El consumo de esta sustancia se da, en su mayoría, en hombres (Tabla 35).

Tabla 35. Prevalencia de vida, último año y último mes para el basuco, según sexo. Estudio Envigado, 2013.

Sexo	Vida	Año	Mes
Hombre	6,4	0,9	0,9
Mujer	0,6	0,0	0,0

El grupo de edad con mayor prevalencia de consumo en la vida está entre los 45-65 años y los consumos recientes (último año y último mes) fue para las personas entre los 25-34 años (Tabla 36).

Tabla 36. Prevalencia de vida, último año y último mes para el basuco, según grupos de edad de los participantes. Estudio Envigado, 2013.

Edad	Vida	Año	Mes
12-17	0,0	0,0	0,0
18-24	1,5	0,0	0,0
25-34	2,4	0,8	0,8
35-44	2,1	0,7	0,7
45-65	4,4	0,3	0,3

Respecto al estrato socioeconómico, la mayor prevalencia de vida, año y mes en el consumo de basuco fue para el estrato dos. No se encontraron prevalencias en los estratos uno, cuatro y seis (Tabla 37).

Tabla 37. Prevalencia de vida, último año y último mes para el basuco, según estrato socioeconómico de los participantes. Estudio Envigado, 2013.

Estrato	Vida	Año	Mes
1	0,0	0,0	0,0
2	5,0	0,3	0,3
3	3,3	0,0	0,0
4	0,0	0,0	0,0
5	1,1	0,0	0,0
6	0,0	0,0	0,0

En relación con la escolaridad, la mayor prevalencia de vida para el consumo de basuco se dio en las personas con estudios de primaria, mientras que para las prevalencias de último año y último mes ésta se presentó en las personas de secundaria (Tabla 38).

Tabla 38. Prevalencia de vida, último año y último mes para el basuco, según escolaridad. Estudio Envigado, 2013.

Escolaridad	Vida	Año	Mes
Sin estudios	0,0	0,0	0,0
Primaria	7,0	0,0	0,0
Secundaria	2,6	0,5	0,5
Universitaria	2,2	0,3	0,3

4.2.2.4. Drogas de síntesis

El término droga de síntesis se refiere a un conjunto de sustancias psicoestimulantes, en su mayoría, derivadas de anfetaminas. Las drogas de síntesis se presentan habitualmente en forma de comprimidos con colores, imágenes o logotipos llamativos y se denominan vulgarmente como “pepas”. Entre estas drogas, por las que se indagó en este estudio, se encuentra el éxtasis – MDMA (3,4 metilendioxitetanfetamina), las anfetaminas – pirulas o motorolas– como se conocen en el “argot” callejero y la metanfetamina (Ice o Crystal).

Éxtasis

El 9,5% de la población encuestada ha consumido éxtasis alguna vez en la vida; 4% ha consumido en el último año y 0,7% lo ha hecho en el último mes. Los hombres son los mayores consumidores de esta sustancia. El grupo de edad con mayor prevalencia de vida, año y mes de consumo es el de 18 a 24 años, seguido por el grupo de 25 a 34 años y la menor

prevalencia de consumo se presentó en las personas de edades entre los 45 y 65 años de edad. En cuanto al estrato socioeconómico, la mayor prevalencia de vida y en el último año, se presenta en el estrato uno.

La mayor prevalencia de consumo mes se encontró en los estratos dos y tres (0.5%). Con respecto a la escolaridad el porcentaje mayor se dio más en los universitarios (Tabla 39).

Tabla 39. Prevalencia de vida, último año y último mes para el éxtasis, según sexo, grupos de edad, estrato y escolaridad. Estudio Envigado, 2013.

Característica		Prevalencia		
		Vida	Año	Mes
Sexo				
	Hombre	7,2	2,9	0,3
	Mujer	2,3	1,1	0,4
Grupos de edad				
	12-17	2,4	1,2	0,0
	18-24	15,7	7,5	2,2
	25-34	7,9	3,1	0,0
	35-44	2,1	0,0	0,0
	45-65	0,3	0,3	0,0
Estrato				
	1	6,3	6,3	0,0
	2	5,9	2,7	0,5
	3	3,8	1,8	0,5
	4	2,1	0,7	0,0
	5	5,4	1,1	0,0
	6	0,0	0,0	0,0
Escolaridad				
	Sin estudios	0,0	0,0	0,0
	Primaria	1,2	0,0	0,0
	Secundaria	2,6	1,2	0,0
	Universitaria	6,8	3,0	0,8

Anfetaminas

La prevalencia de vida para el consumo de anfetaminas en la población general de Envigado es del 2,6%. La prevalencia anual del 1,8% y la mensual de 1,3%. Según sexo, los hombres tienen las prevalencias más altas de consumo. El grupo de edad con mayores prevalencias de vida para el consumo de anfetaminas es el de 25 a 34 años, seguido por el de 18 a 24 años. La mayor prevalencia de consumo para el último año la presentó el grupo de edad de los 18 a los 24 años y la del último mes el grupo de los 25 a 43 años. Las mayores prevalencias de consumo se presentan en el estrato cinco y le siguen el dos y el tres. Según la escolaridad, los participantes que, en el momento de la encuesta, tenían el nivel de primaria presentaron las mayores prevalencias de consumo de anfetaminas en la vida, año y mes (Tabla 40).

Tabla 40. Prevalencia de vida, último año y último mes para las anfetaminas, según sexo, grupos de edad, estrato y escolaridad. Estudio Envigado, 2013.

Característica		Prevalencia		
		Vida	Año	Mes
Sexo				
	Hombre	2,0	1,4	0,9
	Mujer	0,6	0,4	0,4
Grupos de edad				
	12-17	0,0	0,0	0,0
	18-24	2,2	2,2	1,5
	25-34	2,4	1,6	1,6
	35-44	1,4	0,7	0,0
	45-65	0,5	0,3	0,3
Estrato				
	1	0,0	0,0	0,0
	2	1,8	0,9	0,5
	3	1,0	0,8	0,5
	4	0,0	0,0	0,0
	5	2,2	2,2	2,2
	6	0,0	0,0	0,0
Escolaridad				
	Sin estudios	0,0	0,0	0,0
	Primaria	1,2	1,2	1,2
	Secundaria	1,2	0,5	0,5
	Universitaria	0,5	1,1	0,5

Metanfetamina

La prevalencia de vida para el consumo de metanfetamina en la población encuestada fue del 2,5%. La prevalencia del último año 1,1% y del último mes 0,3%. Los hombres son los que presentan las mayores prevalencias de consumo. El grupo de edad con mayor prevalencia de vida y año de consumo de esta sustancia fue el de 25 a 34 años, mientras que el grupo de edad con mayor prevalencia de mes fue el de 45 a 65 años. Según nivel de escolaridad la mayor prevalencia de consumo de metanfetamina, vida, año y mes fue para las personas con nivel educativo de primaria. La mayor prevalencia de consumo en la vida, y el último mes se presentó en las personas de estrato dos y la mayor prevalencia para el consumo en el último año en el estrato cinco (Tabla 41).

Tabla 41. Prevalencia de vida, último año y último mes para las metanfetaminas, según sexo, grupos de edad, estrato y escolaridad. Estudio Envigado, 2013.

Característica		Prevalencia		
		Vida	Año	Mes
Sexo				
	Hombre	2,3	0,9	0,3
	Mujer	0,2	0,2	0,0
Grupos de edad				
	12-17	0,0	0,0	0,0
	18-24	3,0	0,7	0,0
	25-34	1,6	0,8	0,0
	35-44	1,4	0,7	0,0
	45-65	0,3	0,3	0,3
Estrato				
	1	6,3	0,0	0,0
	2	2,3	0,9	0,5
	3	0,5	0,3	0,0
	4	0,0	0,0	0,0
	5	1,1	1,1	0,0
	6	0,0	0,0	0,0
Escolaridad				
	Sin estudios	0,0	0,0	0,0
	Primaria	1,2	1,2	1,2
	Secundaria	1,0	0,7	0,0
	Universitaria	0,8	0,0	0,0

4.2.2.5. Inhalantes (poppers)

El 18,4% de los encuestados refirió haber consumido poppers en algún momento de la vida, 7.6% lo consumió en el último año y 2,8% en el último mes. El sexo masculino presenta las mayores prevalencias de consumo. El grupo de edad en el que se presenta más consumo es el de los 18 a 24 años, seguido por el de 25 a 43. Por estratos las mayores prevalencias de consumo para vida se presentan en el estrato dos, seguido del tres y el cinco. Respecto a los consumos recientes (último año y último mes), se han dado sobre todo en los estratos uno, dos y cuatro. En las personas con estudios universitarios es donde se dan las mayores prevalencias de consumo (Tabla 42).

Tabla 42. Prevalencia de vida, último año y último mes para poppers, según sexo, grupos de edad, estrato y escolaridad. Estudio Envigado, 2013.

Característica	Prevalencia		
	Vida	Año	Mes
Sexo			
Hombre	15,0	6,1	2,0
Mujer	3,4	1,5	0,8
Grupos de edad			
12-17	1,2	1,2	1,2
18-24	26,1	11,2	3,7
25-34	14,2	5,5	2,4
35-44	6,3	3,5	1,4
45-65	1,8	0,3	0,0
Estrato socioeconómico			
1	6,3	6,3	0,0
2	11,9	5,5	2,7
3	7,2	2,1	0,8
4	6,2	4,1	1,4
5	6,5	2,2	0,0
6	0,0	0,0	0,0
Escolaridad			
Sin estudios	0,0	0,0	0,0
Primaria	4,7	1,2	0,0
Secundaria	6,2	2,9	0,7
Universitaria	10,7	4,4	2,2

4.2.2.6. Cacao sabanero

El cacao sabanero lo ha consumido el 5,2% de la población encuestada alguna vez en la vida; el 0,7% en el último año y la misma tasa en los últimos 30 días a la aplicación de la encuesta. La prevalencia de consumo en la vida es mayor en los hombres, pero los consumos recientes (último año y último mes), son muy similares para ambos sexos. El grupo de edad con mayor prevalencia de vida, año y mes de consumo fue el de 18 a 24 años, seguido por el de 12 a 17 años. La mayor prevalencia de vida fue para las personas de estrato dos, mientras que la prevalencia de año y mes fue igual para las personas de estrato dos y tres (0.5%).

Según nivel de escolaridad, la mayor prevalencia de vida de consumo de cacao sabanero se presenta en personas con estudios de primaria, seguido por la secundaria y universitaria; mientras que las mayores prevalencias de consumo para el último año y último mes, fue para los sujetos con estudios de secundaria (Tabla 43).

Tabla 43. Prevalencia de vida, último año y último mes para cacao sabanero, según sexo, grupos de edad, estrato y escolaridad. Estudio Envigado, 2013.

Característica		Prevalencia		
		Vida	Año	Mes
Sexo				
	Hombre	4,3	0,3	0,3
	Mujer	0,9	0,4	0,4
Grupos de edad				
	12-17	3,6	1,2	1,2
	18-24	6,0	1,5	1,5
	25-34	3,1	0,0	0,0
	35-44	2,8	0,0	0,0
	45-65	0,3	0,0	0,0
Estrato				
	1	0,0	0,0	0,0
	2	5,5	0,5	0,5
	3	1,5	0,5	0,5
	4	0,7	0,0	0,0
	5	1,1	0,0	0,0
	6	0,0	0,0	0,0

Esta tabla continúa en la siguiente página

Ver inicio de tabla en la página anterior

Característica	Prevalencia		
	Vida	Año	Mes
Escolaridad			
Sin estudios	0,0	0,0	0,0
Primaria	3,5	0,0	0,0
Secundaria	2,2	0,7	0,7
Universitaria	1,9	0,0	0,0

4.2.2.7. Hongos

El 7,9% de la población de Envigado encuestada ha consumido hongos en algún momento de la vida; 2,6% lo hizo el último año y 0,9% el último mes. Los mayores consumos se dan en hombres. Con respecto a los grupos de edad en los que se dan los consumos, el grupo de los 18 a los 24 tiene las mayores prevalencias, seguidas por el grupo de 35 a 44 años. La mayor prevalencia de vida se presentó en personas de estrato cinco (5,4%), seguidas de las de estrato dos (4,6%). En relación con la escolaridad, la mayor prevalencia de consumo en la vida se presentó en personas con estudios universitarios (4,6%) y la mayores prevalencias de último año y último mes se da en personas que tienen estudios de primaria y secundaria (Tabla 44).

Tabla 44. Prevalencia de vida, último año y último mes para hongos, según sexo, grupos de edad, estrato y escolaridad. Estudio Envigado, 2013.

Característica	Prevalencia		
	Vida	Año	Mes
Sexo			
Hombre	6,6	2,6	0,9
Mujer	1,3	0,0	0,0
Grupos de edad			
12-17	1,2	0,0	0,0
18-24	9,7	3,7	0,7
25-34	3,9	0,0	0,0
35-44	4,2	0,7	0,7
45-65	1,3	0,8	0,3
Estrato socioeconómico			
1	0,0	0,0	0,0
2	4,6	1,8	0,9

Esta tabla continúa en la siguiente página

Ver inicio de tabla en la página anterior

Característica	Prevalencia		
	Vida	Año	Mes
3	2,8	0,8	0,0
4	2,7	1,4	0,7
5	5,4	0,0	0,0
6	0,0	0,0	0,0
Escolaridad			
Sin estudios	0,0	0,0	0,0
Primaria	2,3	2,3	1,2
Secundaria	2,4	0,7	0,2
Universitaria	4,6	1,1	0,3

4.2.2.8. Heroína

Por la importancia que representa para la salud pública esta sustancia y, aunque es muy baja la prevalencia de consumo de esta droga en la población general de Envigado, se da cuenta de ello en el estudio (Tabla 45).

Tabla 45. Prevalencia de vida, último año y último mes para heroína. Estudio Envigado, 2013.

Sustancia	Prevalencia		
	Vida	Último año	Último mes
Heroína	0,2	0,0	0,0

4.2.2.9. Consumo de drogas inyectadas

El consumo de drogas inyectadas se puede constituir también en un grave problema para la salud pública, pues tras estas formas de consumo aparecen malas prácticas de inyección y, con ello, la posibilidad de contagio con VIH, Hepatitis B y C. Por tal razón, se consideró pertinente y oportuno preguntarle a la población general de Envigado sobre la existencia de esta práctica de consumo.

El 1,3% de los encuestados reportó haber consumido drogas por vía inyectada en algún momento de la vida; el 1,1% en el último año y 0,6% en el último mes. Esta práctica de consumo se ha dado tanto en hombres como en mujeres, y es mayor en los hombres. El grupo

de edad donde más se ha presentado este tipo de consumo está entre los 35 a los 44 años. Los consumos recientes (último año y último mes), se han dado en este grupo, seguidos del grupo de los 18 a 24 años.

La mayor prevalencia de consumo, alguna vez en la vida y en el último año, fue para las personas de estrato cinco, seguidas de los estratos dos y tres. Los consumos más recientes (último mes), aunque con bajas prevalencias, se han dado también en estratos dos y tres. Según nivel de escolaridad, la mayor prevalencia de uso de drogas inyectables alguna vez en la vida fue para las personas de secundaria, seguida de las universitarias con una prevalencia de 0,7% y 0,5%, respectivamente (Tabla 46).

Tabla 46. Prevalencia de vida, último año y último mes para drogas inyectadas, según sexo, grupos de edad, estrato y escolaridad. Estudio Envigado, 2013.

Característica		Prevalencia		
		Vida	Año	Mes
Sexo				
	Hombre	0,9	0,9	0,6
	Mujer	0,4	0,2	0,0
Grupos de edad				
	12-17	0,0	0,0	0,0
	18-24	0,7	0,7	0,7
	25-34	1,6	0,8	0,0
	35-44	2,1	1,4	0,7
	45-65	0,0	0,0	0,0
Estrato				
	1	0,0	0,0	0,0
	2	0,9	0,9	0,5
	3	0,3	0,3	0,3
	4	0,7	0,0	0,0
	5	1,1	1,1	0,0
	6	0,0	0,0	0,0

Esta tabla continúa en la siguiente página

Ver inicio de tabla en la página anterior

Característica	Prevalencia		
	Vida	Año	Mes
Escolaridad			
Sin estudios	0,0	0,0	0,0
Primaria	0,0	0,0	0,0
Secundaria	0,7	0,5	0,2
Universitaria	0,5	0,5	0,3

4.3. Consumo iniciado en el año 2013

La incidencia se define como el número de casos nuevos que aparecen en un tiempo determinado. En este caso, se da cuenta de aquellas personas que se iniciaron en el consumo de drogas en el año en el que se realizó esta investigación: 2013.

En el estudio se encontró que 11,9% de las personas encuestadas declaró haber consumido alcohol por primera vez durante el último año, es decir, es la sustancia con mayor incidencia, seguida del cigarrillo con 4,22%, la marihuana 3,2% y la cocaína con 0,9%. El menor consumo informado por primera vez en el último año fue del basuco, con 0,11%.

De otro lado, se encontró que el 6,3% de los que nunca habían tomado alcohol, lo hizo por primera vez durante el último mes; 2,6% manifestó iniciarse el último mes a la aplicación de la encuesta, con el cigarrillo, 1,4% con marihuana, 0,5% con cocaína y 0,1% con basuco (Figura 8).

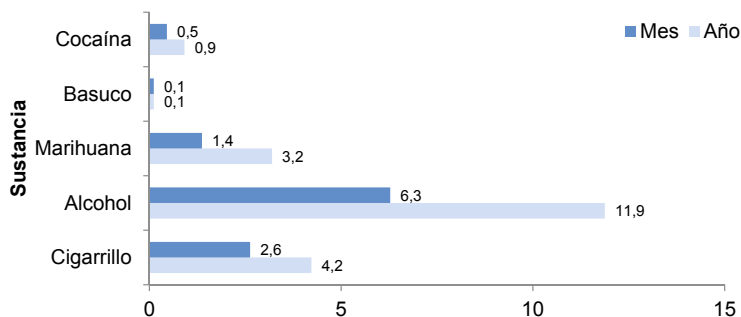


Figura 8. Incidencia de año y mes del consumo de cigarrillo, alcohol, marihuana, basuco, cocaína de la población encuestada. Estudio Envigado, 2013.

4.4. Tasas de abuso y dependencia de drogas ilícitas (según criterios DSM-IV para abuso y CIE10 para dependencia)

En la tabla 47, se advierte sobre las personas que consumen drogas que se clasificaron como dependientes o abusadoras para cualquier sustancia ilícita. Entre los consumidores de drogas de Envigado, se encontró que 46 personas (5,6%) cumplieron con criterios de abuso, según el Manual diagnóstico de enfermedad mental, de la Asociación de Psiquiatría Americana -DSM-IV. Con respecto a tener ya una adicción, 54 personas (6,2%), cumplieron los criterios CIE10 propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Si se suman ambos resultados, 100 personas encuestadas resultaron clasificadas en las categorías de abuso o dependencia a alguna sustancia ilícita (marihuana, cocaína o basuco).

Los problemas de abuso y dependencia se presentan más en hombres que en mujeres, con una proporción de 8 a 1 para el caso de abuso. Por grupo de edad, se encontró que un poco más de la mitad de las 100 personas que cumplen con los criterios de abuso y dependencia tenía entre 18 y 34 años. Menores de 18 años con problemas de abuso y dependencia (16 encuestados). Respecto al estrato socioeconómico, de los 100 registros de personas con abuso y dependencia, 83 se presentan en los estratos dos y tres, mientras que en el estrato seis no se presentan registros.

Tabla 47. Número y porcentaje de personas con abuso o dependencia de cualquier sustancia ilícita, según sexo, grupos de edad y estrato socioeconómico. Estudio Envigado, 2013.

Característica	N° de personas que abusan de sustancias ilícitas		N° de personas que dependen de sustancias ilícitas		Abuso o dependencia
	n	%	n	%	
Sexo					
Hombre	41	11,8	42	12,1	83
Mujer	5	,9	12	2,3	17
Total	46	5,3	54	6,2	100
Grupos de edad					
12-17	8	9,6	8	9,6	16
18-24	15	11,2	20	14,9	35
25-34	9	7,1	10	7,9	19

Esta tabla continúa en la siguiente página

Ver inicio de tabla en la página anterior

Característica	N° de personas que abusan de sustancias ilícitas		N° de personas que dependen de sustancias ilícitas		Abuso o dependencia
	n	%	n	%	
35-44	9	6,3	9	6,3	18
45-65	5	1,3	7	1,8	12
Total	46	5,3	54	6,2	100
Estrato					
1	2	12,5	2	12,5	4
2	19	8,7	24	11,0	43
3	18	4,6	22	5,6	40
4	1	,7	1	,7	2
5	5	5,4	4	4,3	9
6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
No sabe/no responde	1	20,0	1	20,0	2
Total	46	5,3	54	6,2	100

4.5. Factores asociados de riesgo y protección

4.5.1. Factores de riesgo individuales

Con respecto a los factores individuales, se indagó por los siguientes: autoestima, curiosidad, habilidades sociales, relaciones interpersonales, manejo de emociones, manejo del ocio y tiempo libre y espiritualidad. En la figura 9, se observa que los mayores factores de riesgo encontrados en la población que participó del estudio, en orden de frecuencia, son: los problemas con el control de impulsos, que fue el factor de riesgo más relevante, con el 63,05 de los encuestados, siguiendo el mal manejo de emociones (63,0%); el mal uso del ocio y tiempo libre (41,0%); la curiosidad (35,5%); no practicar una creencia religiosa (32,5%); las pocas habilidades sociales básicas (28,1%); las malas relaciones interpersonales (14,3%) y la baja autoestima (12,9%).

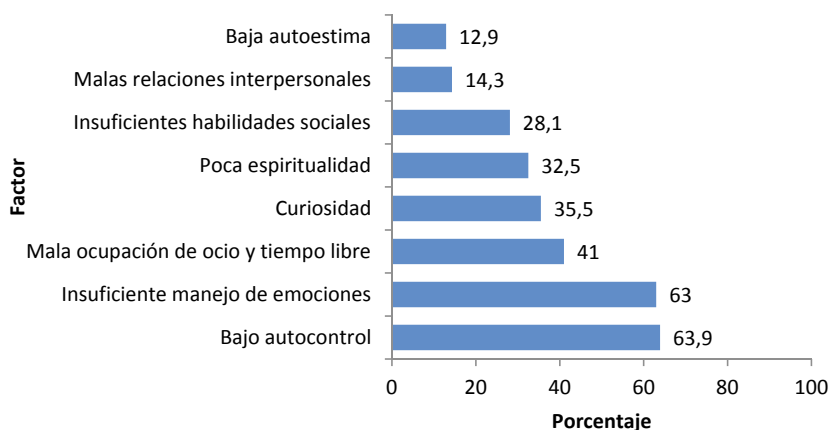


Figura 9. Distribución de los factores de riesgos individuales. Estudio Envigado, 2013.

Dentro de los factores de riesgo individual, se encontró que el 57,4% y el 24,9% respectivamente, de las personas encuestadas, pensaron que consumir estas sustancias es dañino y, a pesar de eso, lo consumieron (Figura 10).

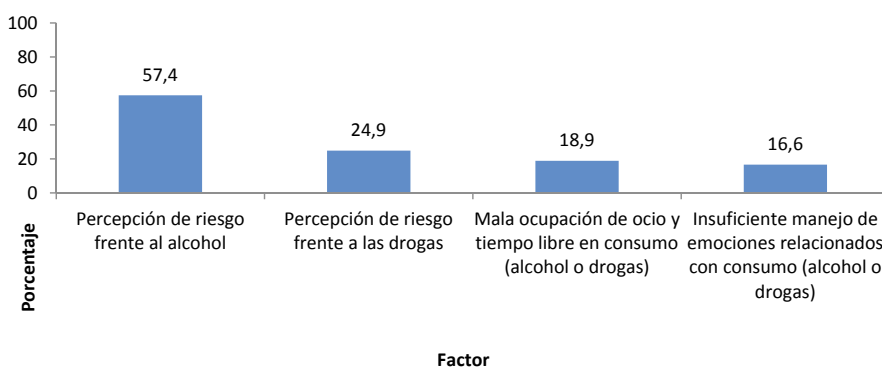


Figura 10. Riesgos individuales relacionados con consumo de alcohol y drogas. Estudio Envigado, 2013.

4.5.2. Factores de riesgo familiares

Para efectos de la presentación de los datos y con el análisis factorial arrojado por el SPSS 15.0 al cual fue sometido el cuestionario de factores de riesgo y protección aplicado, los factores de riesgo familiares se agruparon en las siguientes categorías:

4.5.2.1. Riesgo familiar relacionado con el consumo

En la familia se tolera el consumo de alcohol, tabaco y marihuana pero no otras drogas; en la familia hay antecedentes de abuso de alcohol, alcoholismo y consumo de drogas.

4.5.2.2. Riesgo familiar general

No se siente querido por la familia; malas relaciones entre miembros de la familia; mala comunicación, no hablan de los problemas con tranquilidad; no se expresan los sentimientos; normas muy laxas y permisividad.

En la figura 11, se observan los resultados de los factores de riesgo más presentados en el ámbito familiar. Los factores de riesgo relacionados con el consumo se hallaron en el 42,8% de los encuestados. Los relacionados con el riesgo familiar general fueron encontrados en el 33,4% de los participantes del estudio. Dentro de esta categoría de riesgos familiares, la parte de ludopatía se observó en 24,1%.

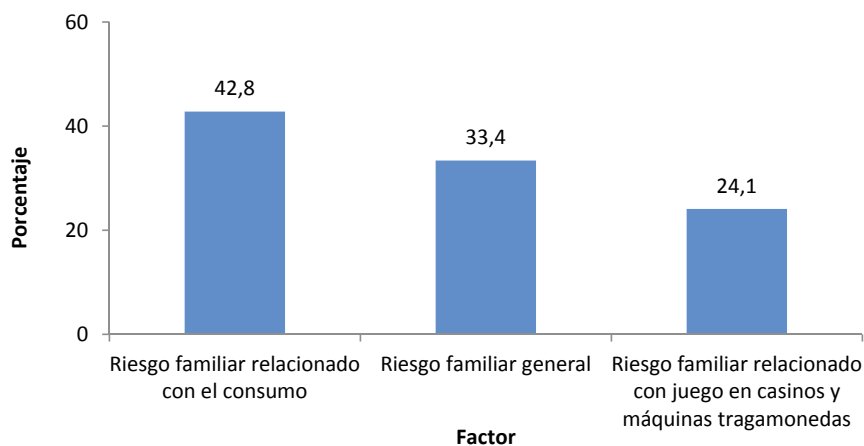


Figura 11. Distribución de los factores de riesgos familiares. Estudio Envigado, 2013.

4.5.3. Factores de riesgo sociales

Para efectos de la presentación de los datos y teniendo en cuenta en análisis factorial, los factores de riesgo sociales se agruparon en las siguientes categorías:

4.5.3.1. Riesgo social general

Alcanzar el éxito personal significa tener dinero (las frustraciones por no alcanzar el éxito y la presión social llevan al consumo).

4.5.3.2. Riesgo social relacionado con consumo

El grupo de amigos bebe alcohol y no le ve problemas a su consumo; el grupo de amigos no le ve problemas al consumo de marihuana u otras drogas y, en algún momento, ha sido presionado para consumir alcohol o drogas.

Con respecto a los factores de riesgo sociales, se encontró que ambas categorías, el riesgo social y el riesgo social relacionado con el consumo, representaron un poco más del 52,0% (Figura 12).

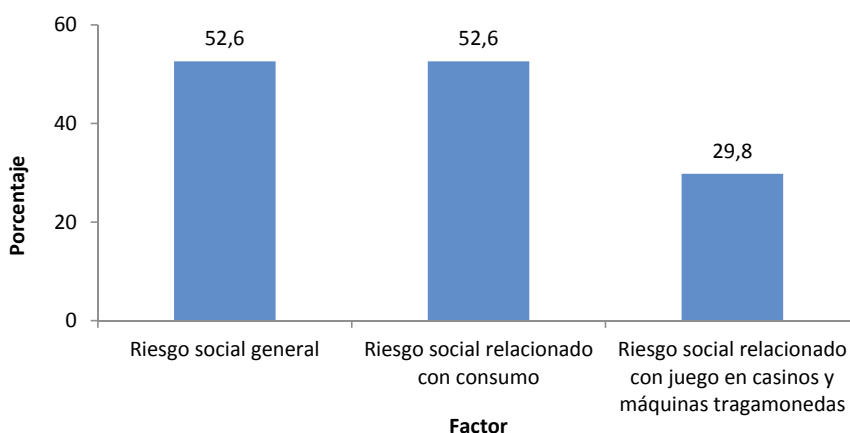


Figura 12. Distribución de los factores de riesgos sociales. Estudio Envigado, 2013.

4.5.4. Factores de riesgo ambientales

Los factores de riesgo ambientales se ubicaron en categorías, de acuerdo con los resultados del análisis factorial:

4.5.4.1. Riesgo ambiental relacionado directamente con las drogas

En el barrio venden y es frecuente ver a menores de edad que consumen alcohol o drogas; en el sector es fácil conseguir drogas, hay *jíbaros*, expendios y permisividad frente al consumo; poca participación en programas de prevención de consumo de alcohol o drogas; poca información sobre riesgos y consecuencias del consumo de drogas.

4.5.4.2. Riesgo ambiental general

Pocos espacios y actividades para ocio y tiempo libre en el sector. Los factores de riesgo de estas categorías, manifestados por los encuestados, correspondieron al 68,9% los ambientales relacionados directamente con las drogas y el 63,7% con factores de riesgo ambientales generales. En este caso, la falta de espacios para ocupación del tiempo libre por parte de los jóvenes. Además, el 57,5% está expuesto al riesgo relacionado con la presencia de casinos y maquinillas tragamonedas (Figura 13).

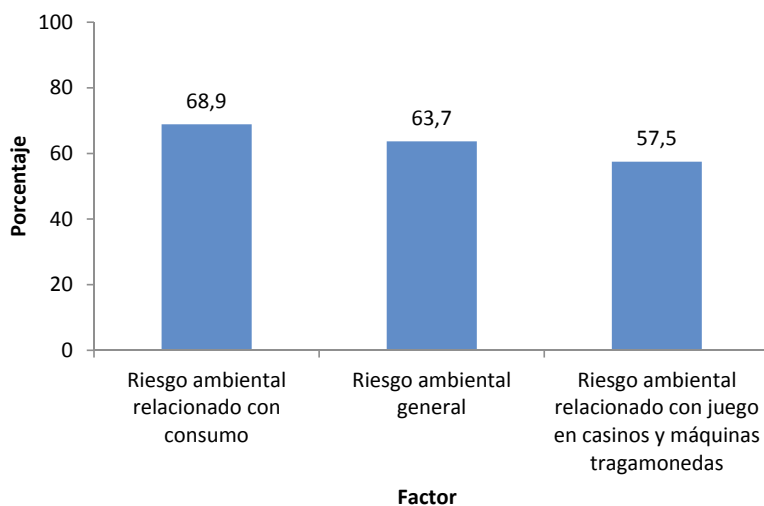


Figura 13. Distribución de los factores de riesgos ambientales. Estudio Envigado, 2013.

4.6. Acceso y oferta de drogas ilícitas y percepción acerca de la gravedad del consumo de drogas en el municipio de Envigado

Según los resultados que se muestran en la figura 14, el 79,5% (IC 95%, 76,71 - 82,18) de las personas encuestadas, cree que el consumo de drogas en el municipio ha aumentado y el 9,3% que ha disminuido o ha permanecido igual. Con respecto a sus barrios y entornos donde residen, el 61,1% de las personas encuestadas cree que también había aumentado el consumo de drogas, (IC 95% 15,54 - 20,76), con respecto al 23,5% que considera que ha disminuido o se mantiene igual (Figuras 14 y 15).

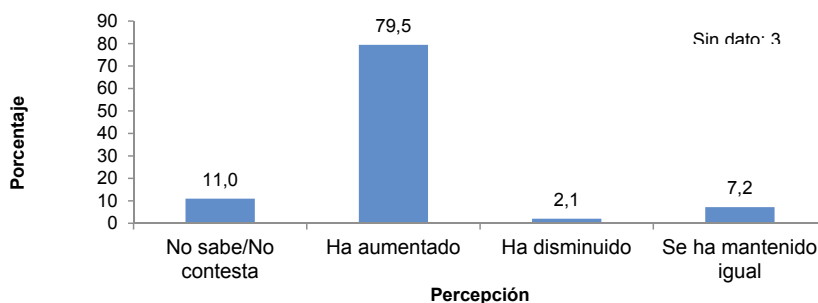


Figura 14. Porcentaje de percepción social del consumo de drogas en los últimos años en el municipio. Estudio Envigado, 2013.

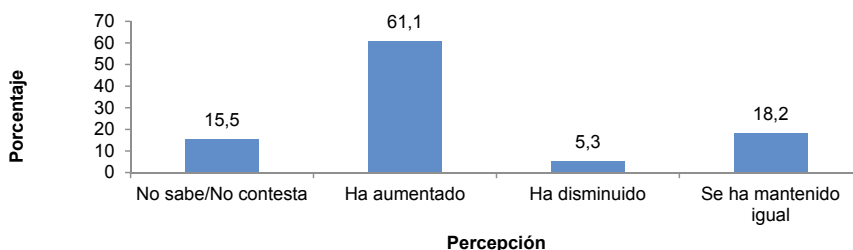


Figura 15. Porcentaje de percepción social del consumo de drogas en los últimos años en el barrio o sector. Estudio Envigado, 2013.

Con respecto a la percepción de la gravedad del problema del consumo de drogas en el barrio, en la Figura 16 se observa que un poco más de la mitad de las personas afirmó que el consumo de drogas es grave (51%, IC 95% 47, 89 - 54, 62).

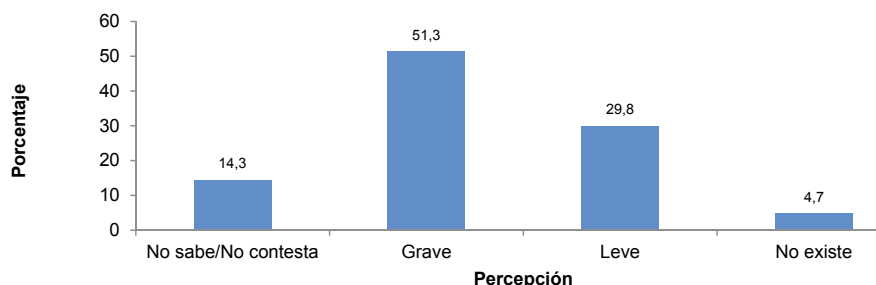


Figura 16. Distribución porcentual percepción de la gravedad del consumo de drogas, en el barrio o sector. Estudio Envigado, 2013.

También se indagó acerca del conocimiento del tráfico de drogas y del consumo de drogas ilícitas en lugares públicos como en la calle o plazas y más de la mitad de las personas refirió no saber sobre el tráfico de drogas, pero, en cuanto al consumo en lugares públicos el 48,7% afirmó que era mucho (Figura 17).

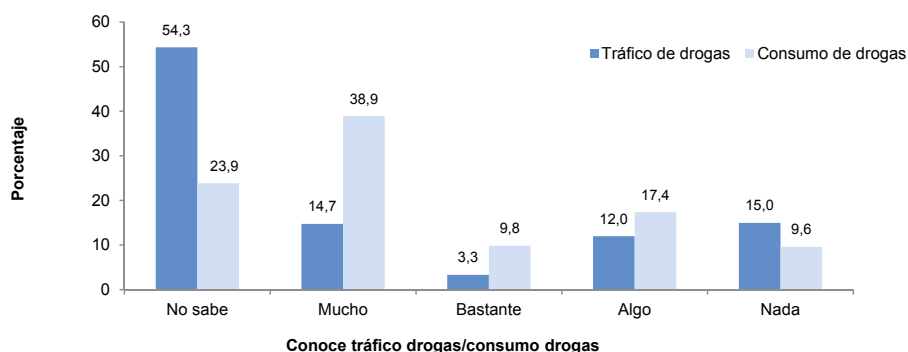


Figura 17. Distribución porcentual acerca de la percepción del tráfico de drogas en el barrio y consumo de drogas en lugares públicos. Estudio Envigado, 2013.

4.7. Información sobre programas de prevención en el municipio de Envigado

Con el fin de indagar sobre el conocimiento de la población general con respecto a los programas de prevención que se adelantan en el municipio se preguntó a las personas encuestadas. El 66,7% había recibido información sobre drogas y un 28,7% afirmó que no (Figura 18).

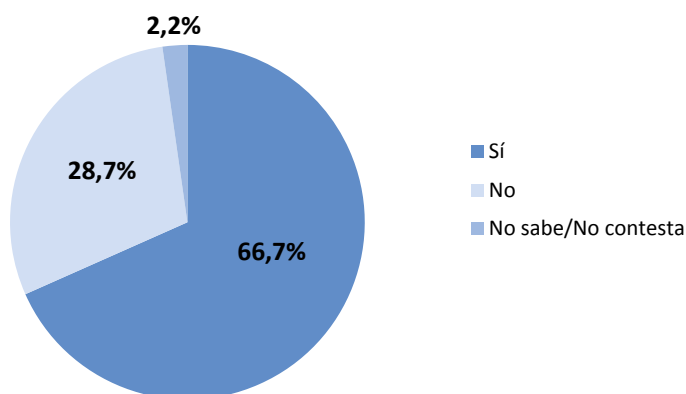


Figura 18. Distribución porcentual de las personas que han recibido información sobre la prevención del consumo de alcohol o drogas. Estudio Envigado, 2013.

Con respecto a si conocían el Programa integral para las adicciones y la salud mental de Envigado, el 82,5% dice que no y sólo el 14,0% lo conoce (Figura 19).

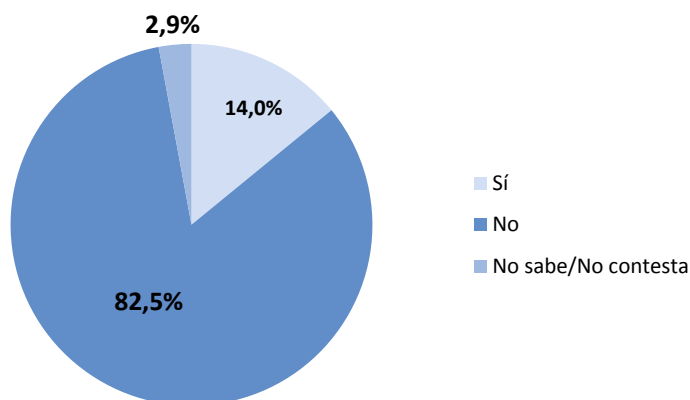
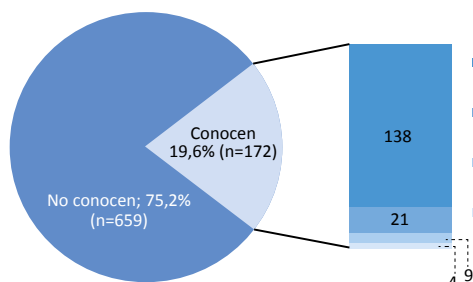


Figura 19. Distribución porcentual de las personas que conocen el Programa integral para las adicciones y la salud mental. Estudio Envigado, 2013.

Se preguntó por el conocimiento de los programas que adelanta la Secretaría de Salud de Envigado a través de su Plan integral para las adicciones y la salud mental y la percepción de la calidad de los mismos. Se encontró que el 75,2% de los encuestados no conoce los programas y sólo un 19,6% lo conoce pero, en su mayoría, piensa que son buenos y contribuyen con la prevención (Figura 20).

Conocimiento de los programas



Percepción sobre los programas

- Buenos, contribuyen a prevenir el consumo de drogas
- Regulares, lo que hacen no es conocido por las Personas
- Malos, definitivamente no contribuyen a prevenir el consumo de drogas
- Generan mayor curiosidad por el consumo de drogas entre los adolescentes y jóvenes

4 9

n=876

Sin dato= 27(3,1%)

Figura 20. Conocimiento y calificación de los programas de prevención del consumo de alcohol o drogas que se desarrollan en el municipio. Estudio Envigado, 2013

4.8. Juegos de azar en la población general de Envigado

Del total de la muestra encuestada (N= 876), el 38,8%, 305 personas, ha interactuado con los juegos de azar. De éstos, el 61%, aunque juega no tiene problemas, el 35,1% está en riesgo de tener problemas o ya tiene algunos y el 3,9% potencial jugador patológico, según el instrumento sicométrico South Oaks Gambling Screen – SOGS (Figura 21).

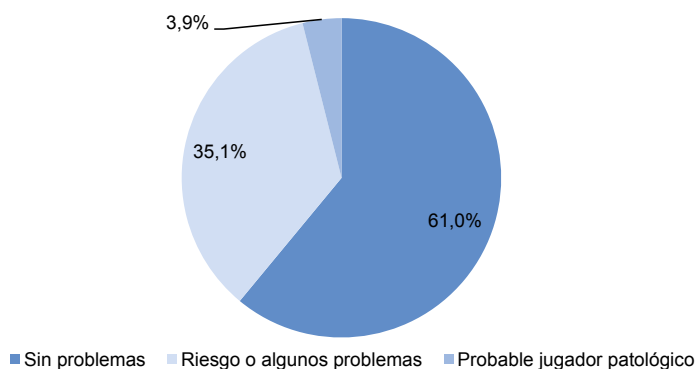


Figura 21. Distribución porcentual de las personas con problemas de juego, según la clasificación SOGS. Estudio Envigado, 2013.

4.8.1. Tipos de juegos de azar preferidos por la población general de Envigado

En orden de frecuencia, los juegos de azar más jugados por los encuestados fueron: lotería, chance y baloto (24,8%); los juegos de carta (8,8%); las máquinas tragamonedas (8,0%); el bingo (6,8%) y las apuestas en bolos, billar y fútbol (5,4%). Con respecto a la frecuencia de apuestas en promedio el 4,49%, lo hace menos de 01 vez a la semana y el 2,35% lo hace 01 vez a la semana o más (Figura 22).

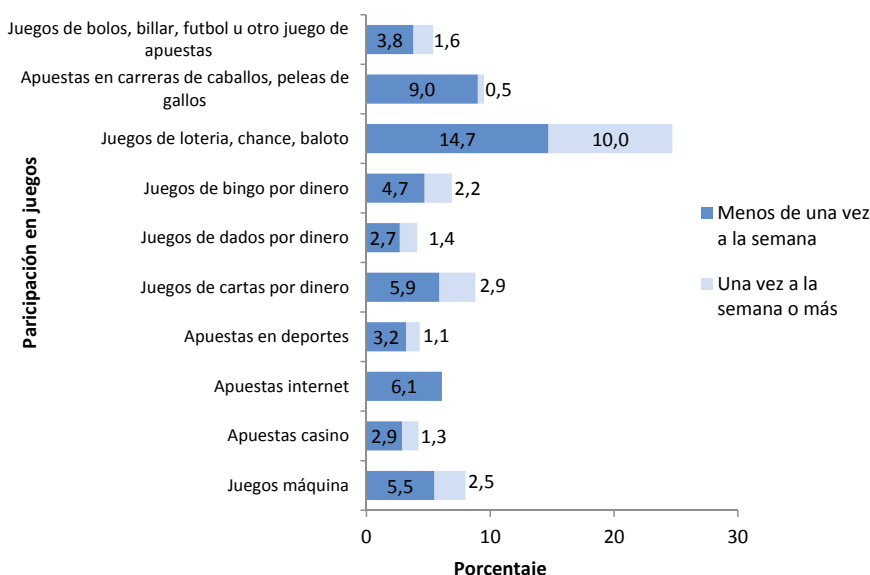


Figura 22. Distribución porcentual de los tipos y frecuencia de juego. Estudio Envigado, 2013.

4.8.2. Características sociodemográficas de los jugadores de juegos de azar en Envigado

Según sexo, las mujeres son las que más juegan en Envigado. Del total de jugadores 305, el 54,0% (165), pertenece a este género. En relación con su escolaridad y estrato socioeconómico, el 47,21% tiene estudios de secundaria, seguidos por universitarios con el 39,34%. El 38% pertenece al estrato socioeconómico tres y el 30,1% al dos. Los jugadores de Envigado que participaron de este estudio son mayores de 31 años.

Con respecto a los jugadores en riesgo o con algunos problemas, de acuerdo con el SOGS, según los hallazgos, éstos corresponden al 40% de los hombres, frente al 30,9% de las mujeres; con estudios de primaria (42,5%), secundaria (37,5%) y universidad (29,2%), de estratos socioeconómicos dos (44,6%); seis (40,0%) y cinco (36,0%). En relación con la edad, los jugadores en riesgo o con algunos problemas que contestaron la encuesta se ubicaron de la siguiente manera: 50% menores de 18 años; entre los 18 y 30 años (41,8%) y mayores de 51 (34%).

De otro lado, según el SOGS, los jugadores ya probablemente patológicos, 7,1% hombres y 1,2% mujeres; con estudios de secundaria (4,9%) y universidad (3,3%) y en los siguientes estratos socioeconómicos: uno (12,5%), cinco (12%), tres (4,3%) (Tabla 48).

Tabla 48. Características sociodemográficas, según la clasificación por tipo de jugador. Estudio Envigado, 2013.

Variable	Categoría	Sin problemas		Riesgo o algunos problemas		Probable jugador patológico	
		n	%	n	%	n	%
Grupos de edad	Menores de 18	9	45,0	10	50,0	1	5,0
	18-30	36	53,7	28	41,8	3	4,5
	31-50	74	66,1	33	29,5	5	4,5
	51 y más	67	63,2	36	34,0	3	2,8
	Total	186	61,0	107	35,1	12	3,9
Sexo	Hombre	74	52,9	56	40,0	10	7,1
	Mujer	112	67,9	51	30,9	2	1,2
	Total	186	61,0	107	35,1	12	3,9
Escolaridad	Sin estudios	0	,0	0	,0	0	,0
	Primaria	22	55,0	17	42,5	1	2,5
	Secundaria	83	57,6	54	37,5	7	4,9
	Universitaria	81	67,5	35	29,2	4	3,3
	No sabe/No responde	0	,0	1	100,0	0	,0
	Total	186	61,0	107	35,1	12	3,9
Estrato socioeconómico	1	7	87,5	0	,0	1	12,5
	2	49	53,3	41	44,6	2	2,2
	3	75	64,7	36	31,0	5	4,3
	4	38	66,7	18	31,6	1	1,8
	5	13	52,0	9	36,0	3	12,0
	6	3	60,0	2	40,0	0	,0
	Sin dato	1	50,0	1	50,0	0	,0
	Total	186	61,0	107	35,1	12	3,9

4.8.3. Factores de riesgo individuales relacionados con el juego patológico en población general de Envigado

Con el análisis factorial al que se sometió el cuestionario de factores de riesgo y con la misma línea propuesta para la presentación de los datos de los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y drogas, los factores de riesgo individuales relacionados con el juego patológico se organizaron en las siguientes categorías:

- **Percepción del riesgo frente a juegos en casinos y máquinas tragamonedas:** tener poca percepción de riesgo con respecto a los juegos de azar, pensar que son dañinos y, a pesar de eso, jugar.
- **Ocupación de ocio y tiempo libre en casinos y máquinas tragamonedas:** pasa el tiempo libre en casinos o jugando en máquinas tragamonedas.
- **Mal manejo de emociones:** acudir a casinos y máquinas tragamonedas frente a problemas o estrés; busca en casinos y máquinas tragamonedas nuevas emociones.

Acerca de estos factores de riesgo, se encontró que el 25,8% del total de encuestados (N=876), tenía muy baja percepción del riesgo frente a los juegos de azar y que, aunque la tuviera, jugaba; el 12,9% ocupa su tiempo libre jugando en casinos y máquinas tragamonedas y 12,8%, cuando tiene problemas acude a los casinos o busca en ellos nuevas emociones (Figura 23).

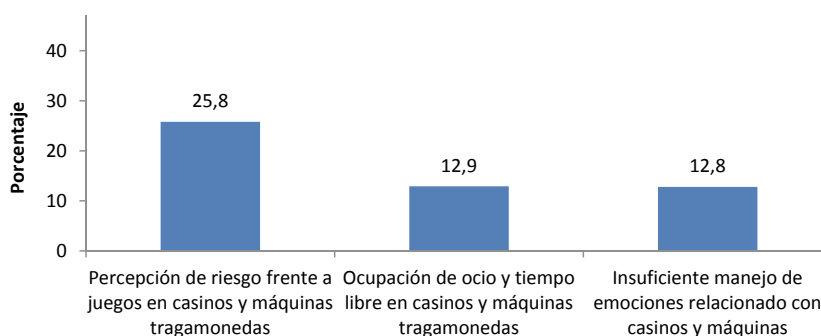


Figura 23. Distribución porcentual de presentación de factores de riesgo individuales relacionados con juego en casinos y máquinas tragamonedas, en población encuestada. Estudio Envigado, 2013.

4.9. Factores de riesgo y consumo de alcohol

4.9.1. Análisis bivariados

Con el fin de dar cuenta de la significancia estadística de los factores de riesgo hallados en relación con el consumo problemático de alcohol, se realizó un análisis bivariado, en el que se incluyeron las variables sociodemográficas y los factores de riesgo con mayor peso, según el análisis factorial. Este último análisis es una técnica de reducción de datos, que fue utilizada para compactar el número de preguntas del formulario de recolección de datos, en el que se tuvieran en cuenta aquellos grupos de preguntas que indagaban por un riesgo en particular (mínimo cuatro preguntas).

Para establecer las asociaciones estadísticas significativas, se tuvo como criterio de elección el valor p proveniente de las diferentes pruebas empleadas, y se consideró significativo cuando era menor que 0,05.

Iniciando el análisis con las variables sociodemográficas, el sexo fue la única variable que mostró una asociación estadística significativa para el consumo problemático de alcohol puesto que se encontró que ser hombre se asoció de manera significativa con este tipo de consumo. Con respecto a la magnitud de esta asociación se puede observar que ser de sexo masculino presentó diferencias con respecto a ser de sexo femenino: los hombres tienen 3,5 veces más posibilidad de consumir (OR 4,5 IC95% 3,0 - 6,9) que las mujeres. Según el área de residencia de los encuestados, se encontró que no tiene asociación estadística significativa. Con respecto a la escolaridad de los encuestados no se encontró asociación estadística significativa con el consumo problemático.

De otro lado, aunque la asociación entre el estrato y el consumo problemático de alcohol no fue significativa, se observa que la magnitud de la asociación (OR 1,5 IC95% 0,9-2,3), indica que las personas encuestadas del estrato bajo tenían 0,5 veces la oportunidad de consumir de manera problemática comparado con la oportunidad de aquellos que vivían en estrato alto.

En relación con los factores de riesgo, poca espiritualidad y los ambientes relacionados con la ausencia de espacios para ocupar el ocio y tiempo libre, se encontró que no se asocian significativamente con el consumo problemático de alcohol.

Con respecto a las características individuales relacionadas con baja autoestima (OR: 3,3), deficientes relaciones interpersonales (OR: 2,1), mala percepción de riesgo frente al consumo de alcohol (OR: 18,3), deficientes habilidades sociales básicas (OR: 2,7) (como consumir drogas o tomar alcohol para expresarse), la ausencia de autocontrol (OR: 2,9), mal manejo de emociones en general (OR: 2,9) y frente al consumo (OR: 3,9), la curiosidad (OR: 3,0), la mala ocupación y programación del tiempo libre (OR: 2,0), usar el tiempo libre con el consumo de alcohol o drogas con los amigos (OR: 5,2), se encontró que son estadísticamente significativas ($p=0,00$) y se puede afirmar que las personas encuestadas con estas características tienen más oportunidad de consumir alcohol de forma problemática.

En cuanto a los factores de riesgo familiares (disfunción familiar (OR: 3,0), antecedentes familiares de consumo y permisividad para el uso) también, se evidenció que existe asociación estadísticamente significativa ($p=0,00$). Por lo tanto, se puede afirmar que las personas encuestadas con disfunción familiar tienen dos (2) veces más oportunidad de consumir problemáticamente alcohol (OR 3,0 IC 95% 2,0-4,4), en relación con los que tenían buenas relaciones, ejercicio de la norma y la autoridad, comunicación eficaz y asertiva y adecuada expresión de sentimientos, que presentan factores de protección.

En lo que atañe a los factores de riesgo sociales (aquellos relacionados con la percepción de que el éxito es el dinero y la frustración por no alcanzarlo) (OR: 3,2) y los factores de riesgo relacionados con la presión de grupo (el grupo de amigos bebe alcohol o consume drogas y no le ve problemas a su consumo; en algún momento ha sido presionado para consumir alcohol o drogas) (OR: 5,3), se encontró que también eran estadísticamente significativas ($p=0,00$) y estaban ligadas con el consumo problemático de alcohol.

Finalmente, en relación con los riesgos ambientales, que tienen que ver con la disponibilidad y venta de drogas en el barrio, el fácil acceso, la falta de información y programas de prevención, se encontró que éstos presentan una asociación estadísticamente significativa ($p=0,00$). De ello, se infiere que las personas encuestadas expuestas a estos factores de riesgo, tienen una oportunidad más de consumir alcohol de forma problemática (OR 2 IC 95% 1,2-3,2), sobre quienes no están expuestos.

Tener pocos lugares para la utilización adecuada del ocio y tiempo libre por parte de los jóvenes, también mostró una asociación estadística con el consumo problemático de alcohol, pero más débil ($p=0,5$) (Tabla 49).

Tabla 49. Análisis bivariado para el consumo problemático de alcohol, según características demográficas y de factores de riesgo y protección. Estudio Envigado, 2013.

Característica	Consumo problemático de alcohol		Total	OR	IC 95% OR		Chi cuadrado	Valor p
	Sí	No			Min	Max		
Sexo								
Hombre	86	260	346	4,5	3,0	6,9	57,0	0,0
Mujer	36	494	530	1,0				
Área								
Urbana	115	727	842	0,6	0,3	1,4	1,3	0,3
Rural	7	27	34	1,0				
Estrato								
Bajo	95	530	625	1,5	0,9	2,3	2,6	0,1
Alto	27	219	246	1,0				
Escolaridad								
Sin estudios	0	3	3	ND				
Primaria	13	73	86	1,0	0,5	1,9	0,0	1,0
Secundaria	50	367	417	0,7	0,5	1,1	1,8	0,2
No sabe/No responde	2	2	4	5,4	0,8	39,3	1,4	0,2
Universitaria	57	309	366	1,0				
FR autoestima								
Sí	34	79	113	3,3	2,1	5,2	28,3	0,0
No	88	675	763	1,0				
FR relaciones interpersonales								
Sí	29	96	125	2,1	1,3	3,4	10,5	0,0
No	93	658	751	1,0				
FR percepción consumo alcohol								
Sí	116	387	503	18,3	8,0	42,2	82,2	0,0
No	6	367	373	1,0				
FR habilidades sociales								
Sí	58	188	246	2,7	1,8	4,0	26,6	0,0
No	64	566	630	1,0				
FR autocontrol								
Sí	100	460	560	2,9	1,8	4,7	20,0	0,0
No	22	294	316	1,0				
FR manejo de emociones en general								
Sí	99	453	552	2,9	1,8	4,6	20,0	0,0
No	23	301	324	1,0				

Esta tabla continúa en la siguiente página

[Ver inicio de tabla en la página anterior](#)

Característica	Consumo problemático de alcohol		Total	OR	IC 95% OR		Chi cuadrado	Valor p
	Sí	No			Min	Max		
FR manejo de emociones relacionado con consumo								
Sí	50	113	163	3,9	2,6	6,0	46,9	0,0
No	72	641	713	1,0				
FR curiosidad								
Sí	71	240	311	3,0	2,0	4,4	31,9	0,0
No	51	514	565	1,0				
FR mal uso del tiempo libre								
Sí	68	291	359	2,0	1,4	2,9	12,8	0,0
No	54	463	517	1,0				
FR paso tiempo libre consumiendo								
Sí	57	109	166	5,2	3,4	7,8	71,2	0,0
No	65	645	710	1,0				
FR espiritualidad								
Sí	95	575	670	1,1	0,7	1,7	0,2	0,7
No	27	179	206	1,0				
FR familiares (disfunción familiar)								
Sí	68	225	293	3,0	2,0	4,4	31,6	0,0
No	54	529	583	1,0				
FR familiares (antecedentes familiares y permisividad de uso)								
Sí	79	295	374	2,9	1,9	4,3	28,2	0,0
No	43	459	502	1,0				
FR sociales (presión al éxito)								
Sí	92	369	461	3,2	2,1	4,9	29,5	0,0
No	30	385	415	1,0				
FR sociales consumo (influencia de pares)								
Sí	101	360	461	5,3	3,2	8,6	51,7	0,0
No	21	394	415	1,0				
FR ambientales consumo								
Sí	98	506	604	2,0	1,2	3,2	8,6	0,0
No	24	248	272	1,0				
FR ambiental (pocos espacios para ocio y tiempo libre)								
Sí	74	484	558	0,9	0,6	1,3	0,6	0,5
No	48	270	318	1,0				

4.9.2. Análisis multivariado del consumo problemático de alcohol y factores asociados

Con el fin de ajustar el riesgo de consumo problemático de alcohol con los potenciales factores de riesgo y de protección, se realizó una regresión logística, con el método Adelante: RV. Las variables candidatas a ingresar al modelo fueron aquellas que en el análisis bivariado tuvieron una asociación significativa (según criterio de Hosmer Lemeshow 1989 $p < 0,25$) con la variable consumo de alcohol. Tales factores fueron: sexo, estrato, escolaridad, FR autoestima, FR relaciones interpersonales, FR alcohol, FR habilidades sociales, FR autocontrol, FR manejo emociones, FR manejo de emociones consumo, FR curiosidad, FR ocio, FR ocio consumo, FR familiares, FR familiares consumo, FR sociales, FR sociales consumo, FR ambientales consumo (Tabla 50).

Tabla 50. Factores predictores de consumo problemático de alcohol. Estudio Envigado, 2013.

Variable	OR	IC 95% OR		Valor p
		Min	Max	
Sexo (hombre)	2,818	1,767	4,494	0,000
Escolaridad				0,098
Escolaridad (sin estudio)	0,000	0,000	.	0,999
Escolaridad (primaria)	1,780	0,793	3,993	0,162
Escolaridad (secundaria)	0,755	0,468	1,218	0,250
Escolaridad (No sabe/No responde)	12,842	0,740	222,747	0,080
FR percepción sobre el riesgo y consumir (Sí)	15,705	6,497	37,963	0,000
FR paso mi tiempo libre bebiendo (Sí)	3,096	1,845	5,195	0,000
FR disfunción familiar (Sí)	1,756	1,095	2,815	0,019
FR Social (éxito=dinero y frustración por no lograrlo) (Sí)	1,672	0,999	2,797	0,050
FR presión de pares (Sí)	1,859	1,056	3,272	0,032
Constante	0,003			0,000

Prueba de Hosmer-Lemeshow: Estadístico Chi-cuadrado= 2,75 valor p= 0,95

Según la prueba de bondad de ajuste¹⁵ con la razón de verosimilitud, se puede decir que el modelo propuesto es significativo, es decir, se ajusta bien a los datos. Las variables incluidas en el modelo logran explicar el 39% de la variabilidad en el consumo problemático de alcohol (R^2 Nagelkerke = 0,39); el restante 61% es explicado por otras variables. El modelo obtenido presenta una capacidad predictiva del 87,8% con una alta especificidad y una sensibilidad del 97,1%.

¹⁵ Las pruebas de bondad de ajuste tienen como objetivo determinar si los datos se ajustan a una determinada distribución o no.

De todas las variables que ingresaron al modelo, cinco fueron estadísticamente significativas. Según esto, se puede afirmar, para el sexo, que la oportunidad de consumo problemático de alcohol es aproximadamente tres (3) veces más en los hombres que en las mujeres (OR 2,82 IC 95% 1,77-4,5), ello aplicó en este estudio para los que tienen: baja percepción del riesgo, o para los que tienen la percepción que consumir alcohol es un asunto de riesgo y, sin embargo, lo hacen (OR 15,7 IC 95% 6,5-38,0); para los que pasan su tiempo libre tomando alcohol con los amigos (OR 3,1 IC 95% 1,9-5,2); para los que tienen, entre los factores de riesgo, la disfunción familiar (OR 1,756 IC 95% 1,1-2,9) y, además, presentan factores de riesgo sociales relacionados con la presión de pares para el consumo (OR 1,9 IC 95% 1,1-3,3).

De acuerdo con estos resultados, se podría decir que los factores de riesgo de contexto, familiares y los sociales, tuvieron mayor peso que los factores individuales, para que una persona fuera consumidora de bebidas alcohólicas (Tabla 50).

Con los resultados de este modelo de regresión logística, se puede concluir que en la población de Envigado, ante la intervención de varios factores en el mismo momento, la posibilidad de ser un consumidor de alcohol problemático se incrementa con el hecho de ser hombre, tener baja escolaridad, saber que el alcohol es dañino y, a pesar de eso, consumirlo, pasar el tiempo libre tomando alcohol con los amigos o consumiendo drogas, bajo soporte familiar en cuanto a afecto y laxitud en las normas y bajo soporte social por considerar que la clave del éxito está en conseguir dinero y relacionarse con grupos de amigos que beben, a lo que no le ven inconveniente y que, además, en ocasiones presionan para consumir alcohol o drogas.

4.10. Factores de riesgo y consumo de drogas ilícitas

4.10.1. Análisis bivariados

De acuerdo con los factores individuales, se encontró que la baja autoestima y las malas relaciones interpersonales tuvieron una asociación estadísticamente significativa ($p=0,00$), por lo que se puede afirmar que los encuestados que tenían baja autoestima, la posibilidad de consumo de drogas es 1,5 veces más, con respecto a los encuestados con alta autoestima

(OR 2,5 IC95% 1,4-4,2). Así mismo, las personas encuestadas con malas relaciones interpersonales tienen 0,8 veces más oportunidad de usar drogas (OR 1,8 IC 95% 1,1-3,2) que los que manifestaron tener buenas relaciones interpersonales (Tabla 51).

Tabla 51. Análisis bivariado de la población que ha consumido drogas, según características demográficas y de factores de riesgo y protección. Estudio Envigado, 2013.

Característica	Consumo drogas		Total	OR	IC 95% OR		Chi cuadrado	Valor p
	Sí	No			Min	Max		
Escolaridad								
Sin estudios	1	2	3	4,6	0,4	51,8	0,1	0,7
Primaria	8	78	86	0,9	0,4	2,1	0,0	1,0
Secundaria	41	376	417	1,0	0,6	1,6	0,0	0,9
No sabe/No responde	0	4	4	ND				
Universitaria	36	330	366	1,0				
Sexo								
Hombre	37	309	346	1,2	0,7	1,8	0,5	0,5
Mujer	49	481	530	1,0				
Área de ubicación								
Urbana	85	757	842	3,7	0,5	27,4	1,9	0,2
Rural	1	33	34	1,0				
FR autoestima								
Sí	21	92	113	2,5	1,4	4,2	11,3	0,0
No	65	698	763	1,0				
FR relaciones interpersonales								
Sí	19	106	125	1,8	1,1	3,2	4,8	0,0
No	67	684	751	1,0				
FR percepción del riesgo								
Sí	25	193	218	1,3	0,8	2,1	0,9	0,3
No	61	597	658	1,0				
FR habilidades sociales								
Sí	28	218	246	1,3	0,8	2,0	0,9	0,3
No	58	572	630	1,0				
FR autocontrol								
Sí	55	505	560	1,0	0,6	1,6	0,0	1,0
No	31	285	316	1,0				
FR manejo de emociones								
Sí	52	500	552	0,9	0,6	1,4	0,3	0,6
No	34	290	324	1,0				
FR manejo de emociones con consumo								
Sí	14	149	163	0,8	0,5	1,5	0,3	0,6
No	72	641	713	1,0				

Esta tabla continúa en la siguiente página

Ver inicio de tabla en la página anterior

Característica	Consumo drogas		Total	OR	IC 95% OR		Chi cuadrado	Valor p
	Sí	No			Min	Max		
FR curiosidad								
Sí	34	277	311	1,2	0,8	1,9	0,7	0,4
No	52	513	565					
FR mal uso del ocio y tiempo libre								
Sí	35	324	359	1,0	0,6	1,6	0,0	1,0
No	51	466	517	1,0				
FR paso mi tiempo libre consumiéndolo								
Sí	23	143	166	1,7	1,0	2,8	3,8	0,1
No	63	647	710	1,0				
FR espiritualidad								
Sí	70	600	670	1,4	0,8	2,4	1,3	0,3
No	16	190	206	1,0				
FR disfunción familiar								
Sí	30	263	293	1,1	0,7	1,7	0,1	0,8
No	56	527	583	1,0				
FR antecedentes familiares y permisividad al consumo								
Sí	40	334	374	1,2	0,8	1,9	0,6	0,5
No	46	456	502	1,0				
FR social (éxito personal = dinero y frustración)								
Sí	51	410	461	1,4	0,9	2,1	1,7	0,2
No	35	380	415	1,0				
FR presión de pares para el consumo								
Sí	43	418	461	0,9	0,6	1,4	0,3	0,6
No	43	372	415	1,0				
FR ambiental (oferta drogas y falta de programas de prevención)								
Sí	60	544	604	1,0	0,6	1,7	0,0	0,9
No	26	246	272	1,0				
FR ambiental (falta de espacios para ocio-tiempo libre)								
Sí	54	504	558	1,0	0,6	1,5	0,0	0,9
No	32	286	318	1,0				

4.10.2. Análisis multivariado

En esta misma línea y para determinar la relación de los factores de riesgo con el consumo de drogas ilícitas durante el último año (consumo reciente), se realizó un modelo multivariado de regresión logística con el método Adelante: RV. Las variables candidatas a ingresar al modelo fueron aquellas que, en el análisis bivariado, tuvieron una asociación estadística significativa (según criterio de Hosmer Lemeshow 1989 $p < 0,25$). Dichas variables relacionadas con el consumo de sustancias ilícitas, fueron: Área de ubicación (urbana o rural), FR autoestima, FR relaciones interpersonales, FR paso tiempo de ocio consumiendo y FR sociales (presión de pares para consumir) (Tabla 52).

Tabla 52. Factores predictores asociados con el consumo de sustancias psicoactivas (ilícitas). Estudio Envigado, 2013.

Variable	OR	IC 95% OR		Valor p
		Min	Max	
FR autoestima (Sí)	2,451	1,431	4,197	0,001
Constante	0,093			0,000

Según la prueba de bondad de ajuste con la razón de verosimilitud, se puede decir que el modelo es significativo, es decir, se ajusta bien a los datos; sin embargo, por quedar una sola variable como la posible asociada con el consumo de sustancias, el modelo sólo logra explicar el 2% de la variabilidad en el resultado, lo cual sugiere que el resto de la variabilidad en el consumo es por otros factores (R^2 Nagelkerke = 0,02). Sólo una variable ingresó al modelo, la autoestima y fue estadísticamente significativa ($p = 0,001$). Ante dicho hallazgo, se sugiere profundizar con análisis más robustos y, según esto, se infiere que tener una baja autoestima es un factor de riesgo para que las personas consumieran sustancias ilícitas (OR 2,45 IC95% 1,43 – 4,20), lo que se denota por una oportunidad de consumo de 1,5 veces mayor en los que presentan dicho factor (Ver Tabla 52).

4.11. Factores de riesgo y ludopatía

Para dar cuenta de la significancia estadística, entre los factores de riesgo y la posibilidad de desarrollar problemas con el juego, se realizaron también análisis bivariados y multivariados, que se presentan a continuación.

4.11.1. Análisis bivariado

Cuando se analizaron las variables sociodemográficas de la población encuestada, con el riesgo de tener problemas con el juego, se encontró que el sexo masculino se asocia de manera significativa con el juego problemático y patológico ($p=0,00$). Al considerar la magnitud de esta asociación, pudo observarse que ser de sexo masculino presentó diferencias con respecto a ser de sexo femenino (OR 1,9 IC95% 1,2 - 3,0); lo que indica que en el hombre es mayor la oportunidad de ludopatía en 0,9 veces con respecto a la mujer. Sobre el área de residencia: vivir en el área urbana se constituye en un factor protector frente al juego problemático y patológico ($p= 0,00$) respecto a las personas que viven en el área rural, ya que protege en un 70%. No se encontró una asociación estadística entre el estrato socioeconómico y tener problemas con el juego.

Cuando se analizó el factor de riesgo, curiosidad por jugar máquinas tragamonedas, se encontró que ésta sí se asocia significativamente con las prácticas de juego problemático y patológico ($p=0,00$), lo que permite afirmar que las personas encuestadas con estas características tienen 0,9 veces más oportunidad de realizar dichas prácticas que aquellas que no sienten la curiosidad de hacerlo (OR: 1,9; IC95%: 1,2-3,1).

Con respecto a los factores de riesgo individuales relacionados con el mal uso del ocio y tiempo libre, se encontró también que éste tiene una asociación estadística significativa ($p=0,00$), con tener problemas con el juego, la medida de asociación obtenida para el tiempo libre fue de OR: 2,0 (IC95%: 1,3-3,2) y con el ocio fue de OR: 2,1 (IC95%: 1,1-4,1).

En relación con los factores de riesgo sociales, se encontró que cuando los amigos juegan en casinos o máquinas tragamonedas y no le ven problema, esto se asocia significativamente con tener problemas con el juego ($p=0,00$), por tanto, se infiere que las personas encuestadas con estas características tienen 1,2, veces, más oportunidad de tener problemas con el juego (OR: 2,2; IC95%: 1,4-3,6) (Tabla 53).

Tabla 53. Análisis bivariado de la población con juego problemático y patológico y su asociación con variables demográficas y de factores de riesgo y protección. Estudio Envigado, 2013.

Característica	SOGS		Total	OR	IC 95% OR		Chi cuadrado	Valor p
	Sí	No			Min	Max		
Sexo								
Hombre	66	74	140	1,9	1,2	3,0	7,2	0,0
Mujer	53	112	165	1,0				
Área								
Urbana	110	182	292	0,3	0,1	0,9	5,2	0,0
Rural	9	4	13	1,0				
Estrato								
Bajo	85	131	216	1,1	0,6	1,8	0,1	0,8
Alto	33	54	87	1,0				
Escolaridad								
Primaria	18	22	40	1,7	0,8	3,5	1,5	0,2
Secundaria	61	83	144	1,5	0,9	2,5	2,3	0,1
No sabe/No responde	1	0	1	ND				
Universitaria	39	81	120	1,0				
FR Ambiente (oferta de casinos y falta de programas de prevención a la ludopatía)								
Sí	64	119	183	0,7	0,4	1,0	3,1	0,1
No	55	67	122	1,0				
FR autoestima								
Sí	18	22	40	1,3	0,7	2,6	0,7	0,4
No	101	164	265	1,0				
FR relaciones interpersonales								
Sí	17	27	44	1,0	0,5	1,9	0,0	1,0
No	102	159	261	1,0				
FR juego								
Sí	60	55	115	2,4	1,5	3,9	13,4	0,0
No	59	131	190	1,0				
FR habilidades sociales								
Sí	41	52	93	1,4	0,8	2,2	1,4	0,2
No	78	134	212	1,0				
FR autocontrol								
Sí	85	127	212	1,2	0,7	1,9	0,3	0,6
No	34	59	93	1,0				
FR manejo de emociones								
Sí	88	123	211	1,5	0,9	2,4	2,1	0,1
No	31	63	94	1,0				
FR acudo a juego cuando tengo problemas								
Sí	21	21	42	1,7	0,9	3,2	2,5	0,1
No	98	165	263	1,0				
FR curiosidad								
Sí	60	64	124	1,9	1,2	3,1	7,7	0,0
No	59	122	181	1,0				

Esta tabla continúa en la siguiente página

Ver inicio de tabla en la página anterior

Característica	SOGS		Total	OR	IC 95% OR		Chi cuadrado	Valor p
	Sí	No			Min	Max		
FR mal uso del tiempo libre								
Sí	62	65	127	2,0	1,3	3,2	8,8	0,0
No	57	121	178	1,0				
FR ocupo mi ocio jugando								
Sí	23	19	42	2,1	1,1	4,1	5,1	0,0
No	96	167	263	1,0				
FR espiritualidad								
Sí	91	132	223	1,3	0,8	2,3	1,1	0,3
No	28	54	82	1,0				
FR familiar (disfunción)								
Sí	46	52	98	1,6	1,0	2,6	3,8	0,1
No	73	134	207	1,0				
FR familia con antecedentes de juego y poca percepción del riesgo								
Sí	32	53	85	0,9	0,6	1,5	0,1	0,8
No	87	133	220	1,0				
FR social (éxito personal = dinero y frustración)								
Sí	77	101	178	1,5	1,0	2,5	3,2	0,1
No	42	85	127	1,0				
FR amigos juegan y no le ven problema								
Sí	56	53	109	2,2	1,4	3,6	10,9	0,0
No	63	133	196	1,0				
FR pocos espacios para ocio y tiempo libre								
Sí	81	115	196	1,3	0,8	2,1	1,2	0,3
No	38	71	109	1,0				

4.11.2. Análisis multivariado

Para determinar la relación de los factores de riesgo individuales y de contexto con la probabilidad de tener problemas con el juego, se realizó un modelo multivariado de regresión logística con el método Adelante: RV. Las variables candidatas a ingresar al modelo fueron aquellas que en el análisis bivariado tuvieron una asociación significativa (según criterio de Hosmer Lemeshow 1989 $p < 0,25$) con la variable juego problemático y patológico. Tales variables fueron: sexo, área donde reside (urbana o rural), escolaridad, FR ambiente ludopatía (oferta de casinos y falta de programas de prevención a la ludopatía), FR baja percepción del riesgo con el juego (sí o no), FR habilidades sociales, FR manejo de emociones, FR acudir al juego cuando hay problemas, FR curiosidad, FR mal uso del ocio y tiempo libre, FR ocupar el ocio con juegos de azar, FR disfunción familiar; familiar, FR social (éxito personal = dinero y frustración), FR amigos juegan y no le ven problema (Tabla 54).

Tabla 54. Factores predictores de juego problemático y patológico. Estudio Envigado, 2013.

Variable	OR	IC 95% OR		Valor p
		Min	Max	
Sexo (hombre)	1,640	1,011	2,661	,045
FR baja percepción del riesgo con el juego (Sí)	2,015	1,226	3,311	,006
FR mal uso del ocio y tiempo libre (Sí)	1,768	1,087	2,874	0,022
Constante	,299			0,000

Prueba de Hosmer-Lemeshow: Estadístico Chi-cuadrado= 7,33 valor p= 0,29

Según la prueba de bondad de ajuste utilizada en la razón de máxima verosimilitud se encuentra que el modelo propuesto es significativo, es decir, se ajusta bien a los datos. Según la prueba de Hosmer-Lemeshow ($p=0,29$) se puede afirmar que los valores observados son iguales a los valores esperados, lo que sugiere que el modelo está bien especificado (Ver Tabla 54).

Las tres variables que ingresaron al modelo fueron estadísticamente significativas y, por ello, se puede inferir que ser hombre, más la baja percepción del riesgo de estos individuos frente a los juegos en casinos y las máquinas tragamonedas, sumado a que, sabiendo que producen problemas, juegan. Estas variables asociadas representan ser factores de riesgo para tener problemas con el juego (OR 2,01 IC95% 1,22 – 3,31). Con respecto al género, se encontró que los hombres tienen mayor riesgo de tener un juego problemático o patológico, con respecto a las mujeres (OR 1,64 IC95% 1,01– 2,66) (Ver Tabla 54).

Igualmente, se encontró que las personas que hacían una mala ocupación del tiempo libre u ocupaban este tiempo en casinos o jugando en máquinas tragamonedas, tenían un 76% más de riesgo (OR 1,76 IC95% 1,08-2,87) que aquellas personas que realizan una buena distribución y ocupación de ocio y tiempo libre (Ver Tabla 54).

Estas variables logran explicar el 9,8% la variabilidad de la probabilidad de que las personas encuestadas puedan tener problemas con el juego (R^2 Nagelkerke = 0,09), el 90,2% es explicado por variables no incluidas; además, el modelo obtenido presenta una capacidad predictiva del 65,6% (Ver Tabla 54).

De esta forma, al analizar todos los riesgos en conjunto, se obtuvo que el juego problemático y patológico en Envigado se relaciona principalmente con el hecho de ser hombre, realizar una mala ocupación del tiempo libre u ocupar este tiempo en casinos o jugando en máquinas tragamonedas.

5. ANÁLISIS COMPARATIVO: CONSUMO DE DROGAS EN ENVIGADO CON RESPECTO A COLOMBIA

Cuando se analizaron los datos de la presente investigación, sus hallazgos se contrastaron con los resultados del Estudio en población general en Colombia, realizado en 2008, por ser el único que permite comparaciones, por cuanto utilizó un instrumento similar y la misma metodología.

Los aspectos más importantes para destacar entre el Estudio nacional (2008) y el Estudio de Envigado (2013), son:

5.1. Cigarrillo

La prevalencia en el consumo de tabaco en el Estudio de Colombia (2008) se presentó así: el consumo vida fue de 44.49%, el consumo año fue de 21.46% y el consumo mes fue de 17.06%. Mientras tanto, las mismas prevalencias en el Estudio de Envigado (2013) se comportaron así: consumo al menos una (1) vez en la vida, 41,4%; prevalencia en el ultimo año 23,3% y en el último mes 19,7%.

Se ve que, frente al consumo vida, en la población estudiada en Envigado (2013), se refleja un significativo menor porcentaje de consumo de cigarrillo (3,09 %) a lo largo de la vida, con respecto a la población colombiana (2008) estudiada en el periodo indicado; sin embargo, en consumos recientes sí están por encima de los promedios nacionales, pues el consumo año en Envigado fue 1,84% más y el consumo mes fue de 2.64%, también superior al reportado en población colombiana.

Estos datos alertan sobre la necesidad de reforzar las campañas de prevención y estrategias de salud pública, para que el consumo reciente no se siga incrementando y pueda afectar el incremento de consumo vida, que dispara los posibles impactos negativos de los fumadores, tanto activos como pasivos, en la población envigadeña.

En cuanto al sexo consumieron más cigarrillos los Hombres (H) que las Mujeres (M) en la vida, en el último año y en el último mes, tanto en el Estudio nacional (Vida H: 56.25% M: 34,15%, Año H: 29.7% M: 14.76% y Mes H: 23.81% M: 11.13%) como en el de Envigado (Vida H: 54,6% M: 32,8%, Año H: 32,1% M: 17,5% y Mes H:26.9% M:15.1%). Se observa, además, que el consumo durante la vida es superior en el contexto nacional e inferior en Envigado, pero se ve que los consumos último año y mes son superiores en Envigado que en el ámbito nacional.

Se observa que los hombres encuestados en Envigado tuvieron consumos ligeramente inferiores en promedio vida (1,65% menos) y las mujeres también un menor porcentaje representado en el 1,35% de consumo vida de cigarrillo, con respecto al estudio nacional.

En cuanto a consumos recientes, se observa en los datos, que los hombres y mujeres de Envigado (2013) consumieron más, en los periodos último año y último mes, que el promedio nacional colombiano (2008), así: Año H: 2,24% más y M: 2,74% más; Mes H: 3,9% y M: 3,97% más.

Lo anterior sugiere que las campañas preventivas y los programas de salud pública, deben estar orientados por la Secretaría de Salud local y considerar estos incrementos en los géneros masculino y femenino, enfocar sus programas sobre todo en los consumos recientes (último año y último mes).

Los mayores consumos de cigarrillos en el Estudio de Envigado por rango de edad se presentan en entre los 18 a 24 años con un promedio de 26,1% de consumo (último mes), seguido por el grupo de 25 a 34 años con un 23,6%, que señala la necesidad de diseñar programas y estrategias dirigidas a jóvenes y jóvenes adultos, porque son las poblaciones más afectadas por dicho consumo en estos momentos del ciclo vital. Estos datos se asemejan a los arrojados por el Estudio nacional, en el que estos dos rangos de edad son los mayores para consumo actual (18-24 años el 20,85% y 25-34 años el 19,19%). Comparadas estas cifras con las de Envigado, éstas son 5,25% mayores para el rango de edad de 18-24 años y 4,41% mayores para rango de 25-34, es decir, se presenta una significativa mayor prevalencia de consumo de esta sustancia en estos dos rangos de edad.

Así mismo, el menor rango de consumo de cigarrillo se presenta en Envigado, así: entre 12-17 años, igual que el rango de edad para consumo nacional de cigarrillo, que se ubica en este rango etario con un 5,93%, respecto al de Envigado, que estuvo en un 7,2%, con una pequeña pero superior diferencia de 1,27% frente al guarismo nacional. Asunto que también sugiere la necesidad de dirigir los procesos preventivos hacia el grupo adolescente puesto que en Envigado aparece incrementado el consumo de cigarrillo con respecto a las cifras nacionales.

Coinciden los dos estudios en que el estrato socioeconómico que más consumos presenta de cigarrillo en el último mes es el estrato alto (5-6 con el 24,76% para el nacional y 6 para Envigado con el 28,6%), seguido del 3 (medio con el 18,45%) para el nacional y el 2 (bajo con el 23,7%) para Envigado, lo que permite afirmar la necesidad de focalizar las acciones de prevención del consumo de sustancias que contengan tabaco en estratos altos (sumados estratos 5 y 6 son un promedio de 43,7%) y el bajo con énfasis en el estrato 2. Sin embargo, si se suman los consumos último mes por estratos 1 y 2, éstos representan un 30% para el municipio de Envigado, lo cual permite afirmar que no se puede dejar de lado el estrato medio pues, sumados el 3 y el 4, suben a un 35% de la población encuestada. Debe, por tanto, considerarse el diseño de las políticas públicas en salud para la prevención y tratamiento frente al uso y abuso de esta sustancia de expendio legal.

El promedio de edad de inicio de consumo de cigarrillo fue de 16 años, un año menos en Envigado con respecto a la nacional, que se ubicó en 17 años¹⁶; sin embargo, la mayoría de la población, en ambos estudios, reportó haber comenzado a los 18 años de edad en un 75% de los casos. Asunto que permite la conclusión de enfatizar los programas de prevención en el inicio de la adolescencia a los 12 años para ambos géneros, finalizando los estudios primarios o iniciando los secundarios.

5.2. Alcohol

El Estudio nacional (2008) reveló que el 86% de los encuestados declaró haber consumido alguna bebida alcohólica al menos una (1) vez en su vida, y es mayor el consumo entre los hombres (90%) más que las mujeres (82%). En cuanto al caso del Estudio de Envigado

¹⁶ El Estudio nacional (2008) plantea que en las mujeres el inicio del consumo de cigarrillo se da un año más tarde que en los hombres.

(2013) un 78,2% manifestó haber consumido en su vida algún tipo de alcohol, un 86,7% hombres y un 72,6% mujeres. Para los casos de consumos totales y por sexo los guarismos se comportaron más bajos en Envigado.

En el Estudio nacional frente a la prevalencia de consumo de alcohol, la prevalencia vida en hombres fue de 90,26% y en mujeres de 82,4%; la prevalencia año fue 71,95% para los hombres y de 51% para las mujeres y la prevalencia mes en hombres se reportó en 46,06% y en mujeres 24, 83%. En cambio, el Estudio de Envigado se comportó así: hombres vida 86.7%, año 73,4% y mes 56,6%; y mujeres vida 72,6%, año 51,1% y mes 32,3%.

Comparados los datos de estos dos estudios se observa que la prevalencia de los consumos de bebidas alcohólicas alguna vez en la vida para ambos géneros, es inferior en Envigado (en hombres con un significativo 3,56% menos y en mujeres un representativo 9,8% menos con respecto al Estudio nacional). Lo anterior lleva a concluir que el consumo de alcohol alguna vez en la vida es más bajo en los hombres envigadeños y aún más bajo (un poco más del doble) en las mujeres con respecto del nacional.

Pero si se mira la prevalencia de los consumos recientes año y mes, se observa que son más altos en el Estudio de Envigado con respecto al Estudio nacional y se destaca, entre ellos, el consumo mes en las mujeres envigadeñas que se dispara en la prevalencia en un 7,5% con respecto del nacional. Asunto que corrobora la necesidad de hacer prevención específica con el grupo de mujeres que, década a década en Colombia, incrementa el consumo de bebidas alcohólicas por los factores de riesgo psicosociales a los que están expuestas.

Igual que para el tabaco, los rangos de edad de mayor prevalencia para el consumo de alcohol último mes son: 18-24, seguido de 25-34 años en ambos estudios, con una prevalencia de 59% y 53,5%, respectivamente para el Estudio de Envigado, y para el nacional de 46,25% y 42,77%, respectivamente. Como se observa, Envigado supera ampliamente los consumos en estos dos rangos de edad (18-24 y 25-34 años) en 12,75% más para el primero y en un 10,73% más para la segunda. Este asunto es preocupante como fenómeno de salud pública y debe motivar a pensar en acciones preventivas que lo mitiguen y lo reduzcan en las poblaciones afectadas, que son jóvenes y adultos jóvenes, de acuerdo con los rangos de edad detectados. El grupo de edad con menores prevalencias de consumo de alcohol último mes, sigue siendo, como para el tabaco, el rango de edad de 12-17 años en el Estudio nacional con 19,55% y para el de Envigado con un 32,1%. Los adultos entre los 45 a 65 años, fue el rango de edad de menor consumo mes.

La mayor prevalencia de consumo de alcohol último mes en el Estudio nacional por estrato fue el 5-6 (56,94%) seguido del 4 con un 38,41%; por su lado, el Estudio de Envigado arrojó un consumo por estrato de 50% para estrato 1 seguido de 48,4 para estrato 2, lo que arroja, en comparación con el Estudio nacional, que consumieron más los estratos altos (5 y 6) y medio (4); en cambio, para Envigado fue predominante el estrato bajo 1 y 2, y allí se deben centrar las acciones de salud pública y dentro de éstas las preventivas y hacer énfasis en los estudiantes universitarios y los que cursan secundaria que fueron los que tuvieron mayores consumos vida-año-mes.

Según criterios Audit, para abuso/dependencia de alcohol, revelaron que los envigadeños encuestados reflejaron que beben alcohol en un 76,7% y no tienen problemas con la bebida; mientras que el 17% presenta consumo de riesgo y el 6,3% manifiesta problemas de abuso el 2,5% y dependencia en un 3,8%. Entre tanto, el Estudio nacional muestra que las personas encuestadas presentan un mayor uso de alcohol que se puede considerar de riesgo o perjudicial en un 35%, con respecto al de Envigado, con un 28%.

Frente a dependencia, con criterios Audit, las cifras nacionales mostraron un 1,57% frente a un 3,8% de Envigado, que superan en 2,23% (más del doble) la dependencia en la población nacional. Este es un asunto alarmante y sobre el que se deben disponer acciones preventivas y afinar dispositivos para el tratamiento y la rehabilitación.

Frente al consumo de alcohol perjudicial o de riesgo, la proporción nacional es por cada 4 consumidores con consumos de riesgo, tres (3) son hombres y una (1) es mujer. En Envigado, en cambio, por cada dos (2) hombres con consumo de riesgo hay una (1) mujer.

En cuanto a la edad, en el Estudio nacional se observa que la mayor proporción de personas con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol se encuentra entre los jóvenes de 18 a 24 años, casi 20% (uno de cada cinco), seguido del 15% de las personas en edades entre 25 y 34 años. Igual comportamiento presentan las personas encuestadas de Envigado. Con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol se encontraban en el grupo de 18 a 24 con un 20,9%, seguido del grupo de 25 a 34 con un 14%. Con cifras muy parecidas y con pequeñas variaciones en ambos estudios.

5.3. Marihuana

Se observa en el Estudio nacional que el 7,99% de la población general entre 12 y 65 años ha consumido marihuana al menos una vez en la vida, con una tasa cuatro veces mayor en los hombres que en las mujeres. En Envigado, la cifra es del 27, 9% de la población general encuestada, o sea, casi el 20% más que el guarismo nacional, y la prevalencia del consumo de marihuana vida por género es que por cada tres hombres, una mujer consume marihuana.

La edad de inicio del consumo de marihuana es, en promedio, alrededor de 17 años, tanto entre los hombres como entre las mujeres en ambos estudios. El 25% de las personas que dijo haber usado marihuana alguna vez en la vida, lo hizo a los 15 años o antes y así lo manifestaron las personas en ambos estudios.

En cuanto a consumos por grupos de edad en el último año, el Estudio nacional mostró que el primer lugar lo ocupó el grupo de 18 a 24 años con un 5%, seguido por el grupo de 25 a 34 años, con un 3.2%. Así mismo se comportó la población del Estudio de Envigado, en el que se lee que ocurrió el consumo en estos dos grupos etarios, pero con prevalencias mucho más altas 33,6% (28,6% más) y un 12,6% (9,4% más), respectivamente. Lo que reitera que las acciones de prevención se deben centrar en jóvenes y adultos jóvenes.

En cuanto a prevalencia de consumo de marihuana último año por estrato se destaca ligeramente el 4 (3,34%) en primer lugar, seguido por el 5-6 (2,55%) en el Estudio nacional. En cuanto al de Envigado, el comportamiento fue distinto, se destaca el dos como el estrato de consumo más alto en todas las prevalencias (consumo en la vida (34,2%); año (14,6%) y mes (11%)). Según estas cifras las acciones de salud pública se deben centrar en los estratos bajos 1,2 y 3.

El Estudio de Envigado, con respecto a la escolaridad, asociada con la prevalencia de consumo vida de marihuana, encontró que la más alta la presentan los sujetos sin estudios en un 33,3%, seguidos de los universitarios con un 30,6%.

5.4. Cocaína

En el Estudio nacional se reporta que 2.5% de las personas encuestadas admitieron haber consumido cocaína al menos una vez en la vida, con un consumo cuatro veces más alto entre los hombres que entre las mujeres. Por su lado, el Estudio de Envigado mostró una prevalencia de vida para el consumo de esta sustancia en la población general encuestada del 10.5%, o sea, tres veces más que el promedio nacional y el consumo por género es cuatro veces más alto en los hombres (20,8%) que en las mujeres (3,8%).

Según el Estudio de Envigado la edad en la que iniciaron el consumo de cocaína las personas encuestadas fue de 18 años. El 25% de la población que la probó lo hizo por primera vez a los 16 años y el 75% a los 20 años o menos. El Estudio nacional coincide con el de Envigado en la edad de inicio del consumo de cocaína que es alrededor de los 18 años. También coinciden en que el 25% de las personas usó cocaína alguna vez en la vida y lo hizo por primera vez a los 16 años. De otro lado, el 75% de personas que declaró haber consumido cocaína, lo hizo por primera vez a los 21 años o menos, o sea, estas personas comenzaron un año más tarde que los envigadeños.

El uso actual de cocaína reportado en el Estudio de Envigado, durante el último año fue de 2,9% y en el último mes fue de 1,7%. En cambio, el Estudio nacional mostró una prevalencia del último año de 0.72% y es alrededor de cinco veces más alta en los hombres que en las mujeres. De manera similar, el uso actual, es decir, durante el último mes es 0.43% en la población general de Colombia, que fue también mucho más alta en los hombres que en las mujeres: 0.84% y 0.08%, respectivamente.

En cuanto al estrato socioeconómico, el Estudio de Envigado muestra que la mayor prevalencia de vida, año y mes en el consumo de cocaína se presenta en el estrato uno, seguido de los estratos dos y tres. En el Estudio nacional las prevalencias último año más altas se encuentran en los estratos uno y cuatro. En ambos estudios aparece como el estrato más afectado el uno (1) en el consumo último año de cocaína.

En términos de rangos de edad, la prevalencia en el Estudio nacional del último año, es más alta en el grupo de 25 a 34 años con 1.4%, seguida del grupo de 18 a 24 años con 1.2%. En el Estudio de Envigado las tasas de prevalencia de vida más altas estuvieron en el rango

de edad de 18 y 24 años (22,4%), y los consumos actuales (último año y último mes) se dieron en el grupo de los 25 a 34 años. Siguen predominando los grupos de edad de adultos jóvenes y jóvenes también para el consumo de cocaína.

En cuanto a la escolaridad, en el Estudio de Envigado, los encuestados que consumen cocaína presentan las prevalencias más altas y la ocupan los universitarios, seguidos de los que tienen estudios de secundaria.

5.5. Basuco

El estudio de Envigado mostró que 2,9% de las personas encuestadas declaró haber consumido basuco al menos una vez en la vida, el 0,3% en el último año y el 0,3% en los últimos 30 días. La edad media de inicio en el consumo de esta sustancia fueron los 19 años y que el consumo de esta droga se da mayormente en hombres en un 6,4% y no llega al 1% en las mujeres (0,6%). Por su lado, el Estudio nacional muestra que el 1.1% de las personas encuestadas reportó haber consumido basuco alguna vez en su vida, con claras diferencias entre hombres (1,93%) y mujeres (0,36%), cifras más bajas que las del Estudio de Envigado. La edad de inicio en el Estudio nacional está en un año menos que en el de Envigado que se ubica en 18 años.

El grupo de edad con mayor prevalencia de consumo en la vida en el Estudio de Envigado estuvo entre los 45-65 años (adultos) y los consumos recientes (último año y último mes) fue para el rango de 25-34 años (jóvenes adultos). En cambio, en el Estudio nacional fueron los rangos de 25-34 (jóvenes adultos) años seguido de 18-24 años (jóvenes).

Respecto al estrato socioeconómico, en el Estudio de Envigado, la mayor prevalencia de vida, año y mes en el consumo de basuco fue para el estrato dos. Mientras que el Estudio nacional fue para el último año en orden decreciente, estrato tres, seguido del uno y, finalmente, el dos.

En relación con la escolaridad, el Estudio de Envigado arrojó como la mayor prevalencia de vida para el consumo de basuco, en las personas con estudios de primaria, mientras que para las prevalencias de último año y último mes ésta se presentó en las personas de secundaria.

5.6. Éxtasis

La edad de inicio en el consumo de éxtasis se ubica, para ambos estudios, entre 16 y 20 años. De acuerdo con los resultados del Estudio nacional, el 0.9% de las personas admitió haber consumido esta sustancia al menos una vez en la vida, con cifras mayores en hombres con respecto a las mujeres. Cerca de 0.3% declaró haber consumido éxtasis durante los últimos 12 meses. Por su lado, el Estudio de Envigado mostró que el 9,5% de la población encuestada consumió éxtasis alguna vez en la vida, el 4% lo consumió en el último año y 0,7% lo hizo en el último mes. Los hombres son los mayores consumidores de esta sustancia. Estas cifras muestran los marcados mayores consumos de esta droga en la población envigadeña con respecto de la nacional.

En relación con los rangos de edad, el consumo de éxtasis en el Estudio nacional se concentra principalmente en los jóvenes de 18 a 24 años y entre los adolescentes de 12 a 17 años. En el Estudio de Envigado el grupo de edad con mayor prevalencia de vida, año y mes de consumo: jóvenes de 18 a 24 años, seguido por el grupo de jóvenes adultos de 25 a 34 años.

En el Estudio de Envigado el estrato socioeconómico de mayor prevalencia de consumo de éxtasis, para la vida y en el último año, se presentó en el estrato uno (1). La mayor prevalencia de consumo mes se encontró en los estratos dos y tres, con 0.5% para ambos, y con respecto a la escolaridad el porcentaje mayor se dio más en los universitarios. En tanto en el Estudio nacional el estrato socioeconómico en el que más se consume esta sustancia es el estrato cuatro, seguido por los estratos cinco y seis y, finalmente, el estrato uno.

CONCLUSIONES

- La edad media de inicio para el consumo de alcohol, cigarrillo y marihuana en la población general de Envigado está en los 16 años. Para otras sustancias como la cocaína son los 18 y para el basuco 19 años.
- Las drogas más consumidas son las legales, el alcohol con el 78,2%, el cigarrillo con el 41,4%; seguidas de las ilegales como la marihuana con el 27,9%, la cocaína con el 10,5%, el popper 8,0% y el LSD y el éxtasis, ambas con el 4,2%.
- Según sexo, las mayores prevalencias de vida, con respecto al alcohol, la tienen los hombres (86,7%) con respecto a las mujeres (72,6%). El cigarrillo también es el más consumido por los hombres con un 54,6%, mientras que las mujeres lo usan en un 32,8%.
- El grupo de edad con mayor consumo de alcohol es el de 18 a 24 años, seguido por el grupo de 25 a 34 años, de estratos socioeconómicos uno y dos. El uso de esta sustancia psicoactiva (SPA) se da en mayor número en universitarios y en personas con estudios de secundaria.
- Según el Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol (Audit), el 2,5% de la población de Envigado entre los 12 y los 65 años, es decir, 3.977 personas tiene problemas de abuso y el 3,8% (6.044 personas), presenta posibles riesgos de una dependencia.
- La mayor proporción de encuestados con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol se encuentra en el grupo de 18 a 24 con un 20,9%, seguido del grupo de 25 a 34 con un 14%.
- Aunque con prevalencias bajas, existe un consumo importante de medicamentos sin prescripción médica, susceptibles de crear dependencia, tales como codeína, morfina, metadona, benzodiacepinas y zolpiden.

- Con respecto a la marihuana, la edad del primer consumo se dio a los 15 años. El consumo es mayor en hombres y, sobre todo, en el grupo de 18 a 24 años. Un 22,9% de los consumidores está entre 12 y 17 años. El mayor consumo se da en jóvenes sin estudio, seguidos por los universitarios. Predomina el consumo de esta droga en el estrato dos con el (34,2%), seguido del tres (30,8%) y, finalmente, el uno (25,0%).
- El 25% de la población consumidora de drogas probó por primera vez la cocaína a los 16 años. Los hombres son los mayores consumidores de esta sustancia. El grupo de edad con las tasas de prevalencia de vida más altas es el que está entre los 18 y 24 años (22,4%), le siguen el grupo de los 25 a 34 años (13,4%). El estrato uno, seguido de los estratos dos y tres y los universitarios, son los más consumidores.
- La prevalencia de vida del consumo de basuco en la población general de Envigado es el 2,9%, pero los consumos recientes (consumo último año y último mes) son muy bajos (0,3%).
- Existe un consumo reciente (último año) importante de drogas de síntesis y el éxtasis alcanzó el 4,0%; las anfetaminas el 1,8% y la metanfetamina 1, 1%. Las prevalencias de vida para estas sustancias son más altas.
- Las prevalencias del consumo de popper en la población general de Envigado son altas: 18,4% alguna vez en la vida, 7,6% en el último año y 2,6% en el último mes. El grupo de edad en el que se presentan más consumos es el de los 18 a 24 años y con estudios universitarios.
- La heroína presenta prevalencias de consumo muy bajas en la población general de Envigado (Prevalencia de vida= 0,2%). Los consumos en el último año y el último mes no fueron reportados.
- Sin determinarse cuál es o son las sustancias, existe consumo de drogas por vía inyectada, entre la población general de Envigado. El 1,3% en algún momento de la vida; el 1,1% en el último año y 0,6% en el último mes.
- Entre los consumidores de drogas existen personas con problemas de abuso y dependencia: 46 personas (5,6% de los consumidores) cumplieron con criterios de abuso y 54 personas (6,2%) tienen ya una posible dependencia.

- Con respecto a la ludopatía: el 38,8% de la población general de Envigado ha practicado juegos de azar. El 35,1% está en riesgo de tener problemas o ya tiene algunos y el 3,9% está compuesto por probables jugadores patológicos. En orden de frecuencia, los juegos de azar más buscados son: lotería, chance y baloto (24,8%); los juegos de cartas (8,8%); las máquinas tragamonedas (8,0%); el bingo (6,8%) y las apuestas en bolos, billar y fútbol (5,4%).
- Según el sexo, las mujeres son las que más juegan en Envigado. Del total de jugadores (305), el 54% (165), pertenece a este género. En relación con su escolaridad y estrato socioeconómico, el 47,21% tiene estudios de secundaria, seguidos por universitarios con el 39,34%. El 38% pertenece al estrato socioeconómico tres y el 30,1% al dos. En relación con la edad, los jugadores en riesgo o con algunos problemas, el 50% de menores de 18 años; 41,8% está entre los 18 y 30 años y 34% mayores de 51 años.
- Los factores de riesgo ambientales como el consumo y el tráfico de drogas en las diferentes zonas del municipio de Envigado, así como la poca oferta de espacios para el adecuado manejo del ocio y tiempo libre, fueron los más referenciados en el estudio, para el caso del consumo de drogas.
- Con respecto a la ludopatía los factores de riesgo ambientales, como la presencia de casinos y máquinas tragamonedas en el sector y la falta de información sobre los riesgos y consecuencias de las apuestas, también fueron nombrados como los de mayor riesgo. Le siguen a los factores de riesgo ambientales, los riesgos personales y, entre ellos, el pobre control de impulsos, seguido de insuficiente manejo de emociones, la mala ocupación del ocio y tiempo, la curiosidad; la poca espiritualidad, insuficientes habilidades sociales básicas, malas relaciones interpersonales y, por último, la baja autoestima.
- Los factores de riesgo sociales como la presión de grupo, tener amigos consumidores y la frustración por alcanzar el éxito, al considerar que ésta está en el dinero, ocupan el tercer lugar con respecto a los factores de riesgo. Los factores de riesgo familiares como la disfunción familiar, la baja percepción del riesgo, la tolerancia frente al consumo de alcohol, tabaco y marihuana, y la presencia de consumidores en la familia, ocupa el último lugar.

- Entre los habitantes de Envigado, existe una percepción muy alta, cercana al 80%, con respecto a que el consumo de drogas ha aumentado y alrededor del 50% considera que el problema del consumo es grave. El 30% percibe que el tráfico de drogas es cercano a sus viviendas
- Un 82,5% de los envigadeños no conoce el Programa integral para las adicciones y la salud mental de envigado. A sólo un 19,6% le llega información de los programas y el 80% considera que los programas son buenos y previenen el consumo de drogas.

RECOMENDACIONES

- Las acciones de prevención deben enfocarse a retrasar la edad de inicio en el consumo, tanto de las drogas legales (alcohol y tabaco), como de las ilegales, especialmente, marihuana y la cocaína.
- Gracias a la baja percepción del riesgo que se tiene con respecto a la marihuana y las altas prevalencias de consumo de esta droga (una de las más altas de Colombia) deben emprenderse acciones concretas y específicas para esta sustancia.
- Con especial atención, deben atenderse a los jóvenes entre los 12 y los 25 años, de estratos socioeconómicos uno, dos y tres por cuanto allí es donde se están presentando las mayores prevalencias de consumo de droga.
- Los universitarios son un grupo prioritario para las acciones de prevención que se emprendan porque allí se encuentran tasas elevadas de consumo.
- Ante la aparición de consumo de medicamentos susceptibles de crear dependencia y tomados sin prescripción médica, deben emprenderse acciones de educación para las comunidades y prevenir sobre sus riesgos y consecuencias e implementar mayores controles en las farmacias.
- Las drogas de síntesis presentaron prevalencias importantes de consumo en la población general de Envigado. Por ello es menester el desarrollo de acciones de prevención, sobre todo, en jóvenes y que se hagan controles e interdicción en las zonas de “rumba”, donde habitualmente se da el consumo de drogas.
- La metanfetamina, una droga con un alto poder adictivo y produce un importante deterioro biopsicosocial, apareció entre las drogas de síntesis consumidas por la población general de Envigado. A esta sustancia debe ponerse especial atención por su grave afectación a la salud pública.

- El VIH, la Hepatitis B y C y una importante morbilidad, se presentan en consumidores de drogas por vía inyectada, con graves implicaciones para la salud pública. En este estudio ya aparece esta vía de administración y, por ello, es preciso prestarle atención desde las políticas de vigilancia epidemiológica.
- Entre los consumidores de alcohol y drogas aparecen personas con problemas de abuso y dependencia. Se hace necesario, por tanto, que las comunidades conozcan su derecho a ser atendidos por esta patología en sus respectivas EPS y vigilar que esto se cumpla, por parte de las autoridades locales.
- Los juegos de azar hacen parte relevante de la vida de los envigadeños. Entre la población jugadora se detectan problemas relacionados con el juego. Es menester emprender acciones de prevención para advertir a las comunidades sobre los riesgos de estas prácticas, planificar de mejor manera la instalación de estos juegos en la ciudad y hacer un llamado a las empresas dedicadas a esta actividad para que promuevan un juego responsable.
- Las acciones para prevenir problemas asociados con los juegos de azar, deben emprenderse entre el grupo de edad de los 12 a los 30 años y en los mayores de 50, con especial atención a las mujeres.
- En la oferta de servicios de salud mental de la ciudad, debe incluirse la atención a personas con juego problemático o ludopatía, pues esta patología ya empieza a presentarse entre los jugadores habituales de juegos de azar.
- Los factores de riesgo ambientales tales como consumo y tráfico de drogas en los sectores, poca oferta de espacios para el adecuado manejo del ocio y tiempo libre, presencia de casinos y máquinas tragamonedas en el sector, falta de información sobre los riesgos y consecuencias de las apuestas, fueron los más encontrados en la población general de Envigado, por encima de los personales, sociales y familiares. En su control, deben involucrarse las secretarías de Gobierno, Educación, Salud, Bienestar social y Comunitario.
- Para la intervención de los demás factores de riesgo al consumo de drogas y ludopatía, encontrados en la población general de Envigado y que incluyen aspectos personales, sociales y familiares, se recomienda diseñar programas de prevención que potencien las habilidades para la vida en los jóvenes y el fortalecimiento de la comunicación, adecuado ejercicio de la norma y autoridad, los valores y la expresión de sentimientos en la familia.

- Se hace necesario visibilizar más, entre la población de Envigado, las acciones que el Programa de prevención de adicciones de la Alcaldía municipal, por parte de los operadores y, además, mediante acciones masivas a través de medios de comunicación.
- Ante la gravedad del problema del consumo de drogas en el municipio de Envigado, que presenta una de las tasas más altas de prevalencia del país, se hace necesario establecer una política pública, basada en la evidencia científica, con el concurso de todas las secretarías, con el propósito central de intervenir adecuadamente el problema.
- Con esta línea de base y establecida una política pública que permita enfrentar el problema mediante el desarrollo de programas de promoción de la salud mental, prevención de las adicciones y tratamiento y rehabilitación para los afectados, basados en la evidencia, que sean sistemáticos continuos y permanentes en el tiempo, evaluando sus procesos y resultados, se recomienda, en 03 años, medir sus impactos mediante la realización de un nuevo estudio epidemiológico que siga la misma metodología aplicada para hacer las correspondientes comparaciones.
- Si bien el problema de las adicciones es multicausal y complejo, lo que hace difícil su intervención y, por tanto, las acciones a veces parecen no tener impacto, se recomienda, a la hora de plantear los objetivos de un programa de prevención, trazar metas alcanzables como: desacelerar las tasas de prevalencia e incidencia; retrasar la edad de inicio en el consumo; enfocar las acciones a sustancias específicas y evaluar los resultados de manera particular; prevenir la escalada a consumos abusivos o la instalación de una dependencia y reducir los riesgos asociados con el consumo.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Text Revision. Washington, D.C.: Autor.
- Barón López, F. J. Y. Téllez Montiel F. (2000). *Apuntes de Bioestadística: 52-57*. Consultado el 15 de mayo de 2012, disponible en <http://www.bioestadistica.uma.es/baron/apuntes/ficheros/cap02.pdf>
- Becoña, Iglesias, E. y Cortés, Tomás, M. [Coordinadores] (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Valencia, España: Sociodrogalcohol. Recuperado de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/ManualAdiccionesPires.pdf>
- Bisso-Andrade, A. (2007). Ludopatía. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 20, (2), 63 – 67. Recuperado de <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v20n2/pdf/a06v20n2.pdf>
- Carbonell, X., Talar, A., Beranuy, M., Oberst, U. y Graner, C. (2009). Cuando jugar se convierte en un problema: el juego patológico y la adicción a los juegos de rol online. *Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Espor.* (25), 201-220.
- Castro, F. (2003). *El proceso de investigación y su esquema de elaboración*. Caracas: Uyapar.
- CICAD/OEA (2011). *SIDUC - Sistema Interamericano de Datos Uniformes Protocolo de la Encuesta sobre Drogas en Hogares. Instrumentos para la realización de los Estudios Nacionales de Drogas en Población General*. Recuperado de http://www.cicad.oas.org/oid/protocols/1_PROTOCOLO_Encuesta_Hogares_Julio_2011.pdf
- CICAD-OEA. (2011). *Informe del Uso de Drogas en Las Américas 2011*. Washington: OID. Recuperado de http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/Uso_de_Drogas_en_Americas2011_Esp.pdf
- Clayton, R.R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse*. 15-51. Washington, DC: American Psychological Association.

- Da Silva Rodio, F. (2011). Adicciones con o sin Drogas. Su Prevención. Centro IZCALI, Uruguay. Recuperado de: http://www.google.com.co/#hl=es-419&tbo=d&q=adicciones+no+quimicas+pdf&revid=1598297940&sa=X&ei=oeAbUcf3JY6i8gT4IAE&sqi=2&ved=0CI8BENUCKAA&ba-v=on.2,or.r_gc.r_pw.r_qf.&fp=e141508f52e32d2d&biw=1249&bih=538
- Echeburúa, E. (2002). ¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones [Archivo PDF]. Recuperado de: <http://www.edesclée.com/pdfs/9788433013785.pdf>
- Echeburúa, E. (1999). ¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Echeburúa, E., Baez, C., Fernández, J. y Paez, D. (1994). Cuestionario de juego patológico de South Oaks (SOGS): Validación española. *Análisis y Modificación de Conducta*, (20), 769-791.
- García, A., Montes, C. y Alcol, I. (2012). El juego patológico en los adolescentes. *Psicología de las Adicciones*. 1, 29-34. Recuperado de <http://www.unioviedo.es/gca/uploads/pdf/Psicologia%20de%20las%20Adicciones,%20vol.1,%202012.pdf>
- George, D., y Mallery, P. (1995). SPSS/PC+ step by step: A simple guide and reference. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company.
- Gutiérrez, F. (2010). Juegos de azar casinos y máquinas tragamonedas. Recuperado de <http://www.federicogutierrez.com/web2010/assets/nuestroTrabajo/Descargas/CasinosTragamonedas.pdf>
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F., y Miller J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105
- Jaramillo, C. A. (2010). Aportes de la Psicología a la comprensión e intervención de las Adicciones. En: *Katharsis Institución Universitaria de Envigado*. 10, (2) julio- diciembre. 127 - 135. Medellín, Colombia: L. Vieco e Hijos Ltda.
- Lesieur, H.R. y Blume, S.B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.
- López, E. K., Juárez, F. y Acevedo, M. (2010). Métodos y técnicas de investigación. En: Reidl LM, Mas O (editores). *Metodología Científica y Aplicación de la Estadística Descriptiva e Inferencial* (19-102). México. UNAM Programa Universitario de Investigación en Salud.

- Ministerio de la Protección Social y Dirección Nacional de Estupefacientes. (2008). Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Recuperado de: <http://odc.dne.gov.co/IMG/pdf/20.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Guía sobre drogas. [PDF]. Madrid: Avenida Gráfica.
- Munch, L. y Ernesto, A. (1993). Métodos y técnicas de investigación. México: Trillas.
- NIDA. (2013). Drug Facts. Tendencias nacionales. Recuperado de: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/tendencias-nacionales>
- OEAS. (2013). El problema de las drogas en las Américas. Recuperado de: http://www.pnsd.msc.es/novedades/pdf/OEAS_Informe.pdf
- Oficina Asesora de Planeación del municipio de Envigado. (2010). Mapa de Envigado por barrios. Recuperado de <http://www.envigado.gov.co/AsiesEnvigado/Documentos%20compartidos/Division%20Territorial.pdf>
- OMS. (2004). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Ginebra, Suiza. Recuperado de: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_S.pdf
- Palumberi, E. y Mannino, G. (2008, mayo). Ludopatía. Un estudio comparativo realizado en Italia y España. *Revista Humanismo y Trabajo Social*. (7), 155-196. Recuperado de: <https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/1457/Palumberi.pdf?sequence=1>
- Redman, Thomas C. (2001). Sistemas de calidad de datos de segunda generación. Manual de Calidad de Juran. McGraw Hill.
- República de Colombia - Ministerio de Salud (1993). Resolución N° 008430 (4 de octubre). Recuperado de http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf
- Salazar, I. C., Varela, M. T., Tovar, J. R. y Cáceres D. E. (2006). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en jóvenes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 9, (2): 19 - 30.
- San Lee, L. (1998). Factores de riesgo y protectores en el medio universitario costarricense (investigación cualitativa-grupos focales). San José: Instituto Tecnológico de Costa Rica. Taller de Publicaciones. Comisión IAFA Universidades. Subcomisión de Investigación.

- Santos Cansado, J.A. (E). (2008). Manual de Intervención en Juego Patológico. Junta de Extremadura: Consejería de Sanidad y Dependencia y Servicio Extremeño de Salud: Secretaría Técnica de Drogodependencias. España: Imprenta Moreno. Recuperado de: <http://www.unad.org/upload/57/33/ManualJuegoPatologico.pdf>
- Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., De la Fuente, J.R. y Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative projection early detection of persons with harmful alcohol consumption. II. *Addiction*, 88,791 - 804.
- Scoppetta, O. (2010). Consumo de drogas en Colombia, características y tendencias. Dirección Nacional de Estupeficientes, Observatorio de Drogas de Colombia. Recuperado de: http://www.academia.edu/1875383/Consumo_de_drogas_en_Colombia_caracteristicas_y_tendencias.
- Secretaria de Salud del Municipio de Envigado. (2012). Programa integral para las Adicciones y la Salud mental. [Versión PDF]. Envigado, Colombia: Alcaldía de Envigado.
- Secretaría General de la Comunidad Andina. (2009). Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población Universitaria. Informe comparativo: Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, 2009. [Versión PDF]. Lima, Perú: Tetis Graf.
- SENDA. (2011). Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2010. [Versión PDF]. Santiago de Chile, Chile: Editorial Atenas Ltda. Recuperado de: http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2012/02/2010_noveno_estudio_nacional.pdf
- Shaffer, H.J., Hall, M.N. y Vander Bilt, J. (1996). Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: a research synthesis. *American Journal of Public Health*, (89), 1369-1376.
- Smith, K. (1997). Factores protectores y de riesgo en las condiciones de vida de estudiantes de segundo ciclo de la Escuela Balvaner Vargas Molina. Estrategia metodológica para su identificación desde el punto de vista de las y los estudiantes. Tesis para optar al grado de licenciatura en Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Stinchfield, R. (2002). Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addictive Behaviors*, (27), 1-19.

- Taboada, W.B. (1997). *Farmacodependencia: un enfoque multidisciplinario*. México D.F., México: Procuraduría General de la República México y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Procuraduría General de la República. Recuperado de: [http://books.google.com.co/books?id=-CXL8HAAACAAJ%](http://books.google.com.co/books?id=-CXL8HAAACAAJ%20)
- Tobón, N., Cano, V. y Londoño, N. (febrero – mayo de 2010). Perfil Cognitivo en personas con ludopatía: aproximación a la población no institucionalizada. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 29, 98-121. Recuperado de: <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/73>
- Torres de Galvis, Y., Posada Villa, J., Mejía Montoya, R., Bareño Silva, J., Sierra Hincapié, G. M., Montoya Vélez, L. P. y Agudelo Martínez, A. (2012). Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012. [Versión PDF]. En convenio entre Secretaria de Salud de Medellín – Grupo de Salud Mental-CES. Medellín: L Vieco e Hijas Ltda. Recuperado de <http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Publicaciones/Documentos/2012/Investigaciones%202011-2012/Libro%20Salud%20Mental%20-%202011.pdf>
- UNODC - Naciones Unidas, Oficina contra la Droga y el Delito. (2012). Informe Mundial sobre las Drogas (Resumen Ejecutivo). [Versión PDF]. Recuperado de: http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/Executive_summary_spanish.pdf
- Winters, K.C., Stinchfield, R.D., Botzet, A. y Anderson N. (2002). A prospective study of youth gambling behaviors. *Psychology of Addictive Behaviors*, (16), 3-9.
- Zapata, M. A., Torres, Y. y Montoya, L. (2011). Riesgo de Juego Patológico. Factores y trastornos mentales asociados en jóvenes de Medellín – Colombia. *Adicciones*, 23 (1), 17-25. Recuperado de <http://www.adicciones.es/files/17-26%20zapata%2023-1.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Historia del plan municipal de drogas de Envigado

En 1985, la Administración Municipal creó un programa de prevención de drogas, de carácter interinstitucional, en el que participaban las secretarías de Gobierno, Educación y Deportes, además del Alcalde municipal, el Personero municipal, la directora del Hospital Manuel Uribe Ángel, la directora de Comfama, un representante del Club Rotario y un representante de la empresa privada. La administración contrató dos psicólogas para que coordinaran el proceso y, además, se contrata con la Universidad Pontificia Bolivariana un estudio epidemiológico con población adolescente del municipio para conocer el estado de la problemática. En él se encontró, entre otros datos, que el 27% había consumido algún tipo de droga y el 77% alcohol alguna vez en su vida, pero como elemento sustancial se detectó que este último afectaba a todos los sectores de la población.

Inicialmente, el programa se fue construyendo e implementando lentamente; sin embargo, fueron apareciendo las necesidades evaluativas y otros componentes del problema, como lo eran y continúan siendo, las cifras extremadamente altas que revelan la gravedad del problema, la práctica diversificada por la gran cantidad de droga con la que se cuenta en el medio y su fácil acceso.

En este contexto, el Municipio comienza a plantearse la idea de adelantar un programa de tratamiento dirigido a la población afectada, con políticas de prevención y tratamiento. Dicha idea logra materializarse en el año 1992, cuando, por iniciativa de la Administración Municipal, se destina un lote de propiedad del Municipio que, para ese momento, estaba dado en comodato a Telecom y se comienzan a hacer los contactos técnicos para el montaje del programa. En ese momento los recursos económicos provenían, en su totalidad,

del Municipio ya que la decisión era que el programa fuera gratuito para los beneficiarios y se convirtió en el único programa de esta naturaleza no sólo en Antioquia sino en el país. A partir de 1996, se estipuló el cobro de una tarifa de acuerdo con el nivel del Sisben y, aun con tarifas moderadas, se dejó abierta la posibilidad de un descuento del 30% para aquellos usuarios que no estaban en capacidad de pagar la tarifa completa.

Esta decisión surgió con el propósito de analizar la posición asistencialista que estaba teniendo el Municipio y el poco o ningún compromiso con el tratamiento de rehabilitación por parte de los usuarios.

La Comunidad Terapéutica Las Palmas, surgió como una política de emergencia, basada en un enfoque cognitivo-conductual-humanista; con un modelo sistémico desde Trabajo Social y un enfoque socio-educativo desde la pedagogía reeducativa. Se buscaba mantenerse a corto y mediano plazo para dar respuesta a un problema que no se podía atender sólo desde la parte preventiva; sin embargo, la creación del programa de tratamiento influyó en el desmonte del programa de prevención y, con ello, la disminución de las acciones con dicho fin (es decir, algunas instituciones dejaron de hacerlas y otras lo hicieron ya de manera individual), puesto que los esfuerzos del personal se encaminaron al montaje del nuevo programa y a atender lo urgente. Lo que se ganó en tratamiento se perdió en prevención, por un periodo que va desde 1993 hasta mediados del año 1997.

Esta situación, afectó la política de atención al problema de farmacodependencia y generó un incremento en los índices de consumo, pero, a su vez, condujo a la Comunidad Terapéutica hacia un proceso de implementación, crecimiento y desarrollo, lo que se evidencia en un fuerte posicionamiento institucional en la comunidad.

En 1997, por iniciativa nuevamente de la Administración Municipal, se crea el Plan de prevención integral sobre drogas del municipio; lo primero fue crear una imagen corporativa que está representada en los colores de la bandera de Envigado, en forma de dos manos que acogen un amanecer iluminado, soleado, el futuro. Y con el lema: **“Tú también haces parte del Plan”**, se busca que las personas se comprometan con el tema como mediadores del mismo.

En 1999 se ve la necesidad de actualizar el estudio del 87 y se contrata, con la Facultad Nacional de Salud Pública, de la Universidad de Antioquia, una investigación del consumo de drogas en la población escolarizada de los colegios oficiales y privados desde sexto grado hasta once con los siguientes resultados, entre otros:

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS

SPA	Actual	Año	Vida	Exconsumidores
Cigarrillo	21.60%	35.00%	43.90%	20.20%
Alcohol	48.20%	n.d	78.60%	n.d
Tranquilizantes	4.20%	6.80%	11.10%	38.90%
Marihuana	8.50%	12.70 %	21.00%	39.80%
Cocaína	1.80%	3.60%	6.80	47.30%
Basuco	0.60%	0.70%	1.00%	25%
Inhalables	1.60%	3.40%	4.90%	30.00%
Éxtasis	2.20%	3.40%	4.90%	30.00%

Estos datos motivaron enormemente el trabajo con esta población y se decidió que para obtener mejores resultados era necesario:

- Formar padres de familia y docentes como mediadores y preventores en el tema de drogas.
- Que cada una de las instituciones educativas incluyera el tema de drogas en su Proyecto Educativo Institucional.
- Inclusión del tema de drogas en el manual de convivencia.
- Elaboración del proyecto preventivo en cada una de las instituciones educativas.
- Asesoría, apoyo, acompañamiento y capacitación, por parte de los empleados del Plan de prevención, a cada uno de los grupos organizados que demanden el servicio de prevención.
- Compra del material del programa La aventura de la vida para los niños de los grados tercero, cuarto y quinto de las instituciones educativas oficiales.

Estos resultados motivaron la necesidad de atender a la población con problemas de consumo, a través de un tratamiento ambulatorio, para las personas consumidoras que cumplen con los criterios de no disfuncionalidad en todas las áreas, es decir, aún conservan trabajo o estudio y, en su mayoría, son estudiantes de los colegios del municipio. En 2002, la Secretaría de Salud del municipio de Envigado habilitó el programa ambulatorio que se ubicó en la zona urbana del municipio.

En el año 2008 el Plan de prevención de las adicciones de la Secretaría de Salud del municipio de Envigado, de acuerdo con las circunstancias clínicas y médicas de las adicciones entre hombre y mujeres, creó la Comunidad Terapéutica de Mujeres, ubicada en la vereda El Vallano, con una capacidad para 12 mujeres. En este mismo año la Comunidad Terapéutica de Hombres contaba con 70 cupos disponibles.

A comienzos del 2011 se realizaron nuevas reformas y, con la normatividad vigente en su momento, las comunidades terapéuticas fueron entregadas al Centro de Salud Mental con la interventoría de la Secretaría de Salud y el Plan de prevención centra sus esfuerzos y recursos en el desarrollo de actividades preventivas para las comunidades educativas y grupos organizados del municipio, lo que se ha venido fortaleciendo hasta el día de hoy.

Actualmente, el Programa de prevención de las adicciones, tiene como objetivo general: “Brindar herramientas formativas que orienten a la población hacia la construcción de una cultura de la prevención y la práctica de actitudes y hábitos de vida saludables, generando respuestas autónomas y responsables frente a la construcción y desarrollo del proyecto de vida”. Por ello enfoca su trabajo en las siguientes áreas de intervención.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN

EDUCATIVA. Los estudiantes hacen parte de una población relevante porque han sido considerados como de alta vulnerabilidad en relación con el tema de las adicciones de acuerdo con los factores de riesgo. De allí, la urgencia por implementar estrategias que apunten a la atenuación y disminución de dichos riesgos, con un diseño coherente para que la lúdica, la creatividad y el respeto por los procesos de desarrollo de los menores sean la directriz a lo largo de cada uno de los encuentros.

En los grados de primaria la capacitación se realiza a través de seis encuentros.

Tema	Duración máxima	Objetivo
Autoconocimiento	1:20 horas	Entregar herramientas como claves para el autoconocimiento (factor primordial en el autocuidado y reconocimiento de su cuerpo y su ser).
Autoestima		Fomentar en los menores la construcción de una buena autoestima, como factor central en la interacción con el otro y el manejo de sus experiencias y vivencias cotidianas.
Control de emociones		Posibilitar el reconocimiento y manejo adecuado de las emociones, como elemento sustancial en la interrelación humana y, en especial, en los ámbitos familiar y escolar.
Violencia intrafamiliar		Brindar conocimientos básicos en relación con la violencia intrafamiliar y sus diferentes manifestaciones, con el fin de que las identifiquen y exijan su prevención en los hogares.
Comunicación		Promover la reflexión en torno a elementos comunicativos que se dan cotidianamente y rescatar la importancia de mejorarlos de acuerdo con la edad.
Deberes y derechos		Generar conocimiento, adherencia y defensa de deberes y derechos, como una manera de promover la responsabilidad y el respeto por sí mismos y los demás.
Evaluación		Evidenciar los conocimientos e información que internalizaron los estudiantes de primaria en los cinco encuentros formativos que se realizaron en las instituciones educativas.

Después de ello, se llevan a cabo los carruseles preventivos, en los que se busca reafirmar los elementos conceptuales más relevantes trabajados con los menores.

En los grados 6, 7 y 8 de secundaria se realizan 4 módulos.

Tema	Duración máxima	Objetivo
Autoconocimiento		Posibilitar un espacio de reflexión y encuentro consigo mismo para identificar o reconocer las características que lo definen como sujeto de la individualidad.
Habilidades para la vida		Promover conocimientos sobre la importancia de desarrollar habilidades para la vida.
Mitos y realidades de las adicciones	2 horas	Generar espacios de reflexión en torno a la desmitificación de las falsas creencias del consumo de sustancias psicoactivas y sus consecuencias.
Proyecto de vida		Propiciar un espacio de reflexión para que los participantes identifiquen sus fortalezas y debilidades, y las amenazas y oportunidades frente a su proyecto de vida.

Con los grados 9, 10 y 11 se realizan las jornadas preventivas.

Las jornadas preventivas tienen como objetivo promover en los adolescentes y jóvenes un espacio de reflexión desde la vivencia en 5 bases:

1. **Desafíos.** Deben enfrentarse al reto de armar y descifrar unos desafíos.
2. **Daños físicos.** Se abordan los daños físicos que causa el consumo de drogas.

3. **El reflejo de la realidad.** Con la proyección de un video, de 8 minutos, se evidencian, desde los propios protagonistas, las vivencias a las que se ven abocados si deciden emprender un consumo de SPA.
4. **Simulacro de los sentidos.** En esta base se permite experimentar una serie de pasos en relación con los sentidos.
5. **Socialización.** Con esta actividad se realiza el cierre, espacio para que los estudiantes expresen sus vivencias y hagan un análisis sobre la relación de cada una de las bases con las causas y consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas.

TRABAJO CON PADRES DE FAMILIA Y DOCENTES

Padres de familia. Se realizan encuentros informativos en las instituciones educativas a los que se da continuidad si existe compromiso de los padres. Estos encuentros están orientados para sensibilizar a los padres o acudientes sobre la necesidad de adquirir conocimientos en relación con la problemática de adicción y el papel de la familia en la prevención.

Temas: señales de consumo, mitos y realidades de las adicciones; norma, autoridad y límite.

Docentes. Cuando la institución educativa facilita el tiempo, se brinda al personal docente capacitación en temas como el papel del docente como modelo en los procesos de formación, señales de consumo y el debido proceso.

La metodología utilizada en la capacitación es el taller reflexivo, con actividades lúdicas según los niveles educativos, con el propósito principal de reflexionar sobre los conocimientos, valores, actitudes y comportamientos en su diario vivir.

Con el rescate de las prácticas, se fortalecen estrategias que posibiliten cambios desde el reconocimiento de las acciones inadecuadas, individuales y colectivas.

El lema del Plan de prevención es Aprender jugando. El uso de esta metodología facilita la recordación de los temas; además, los participantes brindan aportes y se apropian del desarrollo y existe un mayor dinamismo en cada evento que se ejecuta.

Los principales logros alcanzados durante los años 2011- 2014:

- Reconocimiento y posicionamiento dentro de las instituciones educativas públicas y privadas del municipio.
- Ampliación de la cobertura de la población atendida de los diferentes grados de primaria con talleres dirigidos al fortalecimiento de las habilidades para la vida.
- Aplicación de metodología “Aprender jugando” y alta receptividad. Se construye conocimiento desde la valoración de las vivencias de los participantes.
- Creación de material didáctico-educativo propio.
- Construcción de línea base para el diseño de estrategias de intervención en prevención de las adicciones.
- Reactivación de Comité municipal de salud mental y adicciones.

Dificultades percibidas en el programa

- Carencia en el compromiso de actores institucionales sobre la tarea preventiva.
- Falencias en los procesos de articulación con los entes involucrados en las acciones de prevención.
- El programa de Prevención se visualiza en el municipio como único responsable de las actividades relacionadas con la prevención y tratamiento de las adicciones, situación que produce sobrecarga de trabajo e impide la articulación necesaria y suficiente para un adecuado proceso frente a la problemática.

Anexo 2. Instrumento



Primer estudio en población general sobre consumo de drogas, ludopatía y factores de riesgo/protección asociados – 2013



Con el fin de desarrollar estrategias de prevención e intervención a la problemática del consumo de drogas y de juegos de azar, la Secretaría de Salud del Municipio de Envigado realiza esta investigación entre sus habitantes de las zonas urbana y rural. Agradecemos su colaboración contestando con sinceridad y honestidad a las siguientes preguntas; con ello contribuirás al mejoramiento de la calidad de vida de nuestra comunidad.

Formulario N:

--	--	--

En cada pregunta marque con una X sobre el número que corresponde a la respuesta. En las casillas donde se pide número, escriba dentro de la casilla.

A. DATOS DE LA VIVIENDA

1. Área de ubicación	1	Urbana																							
	2	Rural																							
2. Zona	<table border="1"> <tr> <td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td> </tr> </table>													2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13														
3. Nombre del barrio o vereda																									
4. Dirección																									

5. Nombre de la Urbanización		Número del bloque	
		Número del apartamento	
6. Números de teléfonos (Celular-Fijo)			
7. Visitas	Primera visita	DD/MM/AAAA	
	Segunda visita	DD/MM/AAAA	
	Tercera visita	DD/MM/AAAA	
	Cuarta visita	DD/MM/AAAA	
8. Resultado de la visita			

Tabla código resultado de visitas		
Encuestas logradas	111	Entrevista completa en primera visita.
	112	Entrevista completa en segunda visita.
	113	Entrevista completa en tercera visita.
	114	Entrevista completa en cuarta visita (recuperación).
	12	Entrevista parcial.
Encuestas de la muestra no logradas	211	Persona seleccionada se niega, no tiene tiempo.
	212	Persona seleccionada se niega, no cree en la confidencialidad.
	213	Persona seleccionada se niega, preguntas muy personales.
	214	Persona seleccionada se niega, las encuestas no sirven.
	215	Persona seleccionada se niega, no gana nada respondiendo.
	216	Persona seleccionada se niega, le aburre.
	217	Persona seleccionada se niega sin dar razones.
	22	Persona seleccionada no está disponible (volver).
	23	Persona seleccionada no está presente (volver).

Encuestas de la muestra no logradas	24	No se logró comunicación con persona seleccionada (Idioma, discapacidad).
	25	Habitantes de la vivienda se niegan a entregar información para seleccionar al entrevistado.
	261	Vivienda habitada sin moradores presentes (No hay nadie, pero viven personas) en primera visita.
	262	Vivienda habitada sin moradores presentes (No hay nadie, pero viven personas) en segunda visita.
	263	Vivienda habitada sin moradores presentes (No hay nadie, pero viven personas) en tercera visita.
	264	Vivienda habitada sin moradores presentes (No hay nadie, pero viven personas) en cuarta visita.
Encuestas no logradas sin saber si están fuera de la muestra	27	Comunidad negó acceso (Administrador, conserje o junta de vigilancia niega acceso).
	31	Se desconoce uso de la propiedad.
	32	Difícil acceso al Sector
Encuestas fuera de muestra	33	No se encontró la dirección.
	41	Ningún habitante de la vivienda tiene entre 12 y 65 años (fuera de rango).
	42	Inmueble para uso NO habitacional (Cambió el uso a negocio, oficina, institución, etc.).
	43	Vivienda para uso ocasional (Hogar la tiene como 2 vivienda, viven ocasionalmente).
	44	Vivienda desocupada (En arriendo, en venta, etc.).
	45	Vivienda demolida o inhabitable.

Esta tabla continúa en la siguiente página

Ver inicio de tabla en la página anterior

	5	Bachillerato completo
	6	Universitaria incompleta
	7	Universitaria completa
	8	Técnico/tecnólogo
	9	Con Título Ed. Superior/Universitaria
	10	Con Grado Académico, Especialista, Maestría/PhD
19. ¿Con qué religión o credo se identifica usted?	11	No sabe/No contesta
	1	Católica
	2	Protestante
	3	Agnóstico(a)
	4	Es ateo (Ninguna religión)
	5	Otra. Cuál _____
	6	No sabe/No contesta

C. MÓDULO SALUD

20. ¿Practica algún deporte?	1	Si
	2	No. <i>Passar a la 22</i>
21. ¿Cuántas veces a la semana practica deporte?	1	Una vez
	2	Dos veces
	3	Tres veces
	4	Cuatro veces y más
22. ¿Cómo calificaría Ud. su estado de salud, en general, durante los últimos 12 meses?	1	Muy malo
	2	Malo
	3	Regular
	4	Bueno
	5	Muy bueno
Aquí tiene una tarjeta para ayudar a MOSTRAR TARJETA 1	6	Excelente
	0	No sabe/No contesta
23. Durante los últimos 12 meses, ¿Ha sufrido Ud. algún accidente que le haya impedido realizar sus actividades habituales por uno o más días?	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta
24. Durante los últimos 12 meses, ¿Ha sufrido Ud. alguna enfermedad por la que haya debido guardar cama o reposo bajo consejo médico?	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta
25. Y durante los últimos 12 meses, ¿Ha visitado Ud. a algún profesional de la salud por problemas de angustia, relaciones personales, depresión u otros?	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta

D. MÓDULO TABACO

26. ¿Ha fumado Ud. cigarrillos alguna vez en su vida?	1	Si
	2	No. <i>Passar a la 34</i>
	3	No contesta

42. ¿Qué tan seguido toma usted 6 o más tragos en una sola ocasión?	0	Nunca
	1	Menos de una vez al mes
	2	Mensualmente
	3	Semanalmente
	4	Todos o casi todos los días
43. ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, usted no pudo parar de beber una vez que había empezado?	0	Nunca
	1	Menos de una vez al mes
	2	Mensualmente
	3	Semanalmente
	4	Todos o casi todos los días
44. ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, su consumo de alcohol alteró el desempeño de sus actividades normales?	0	Nunca
	1	Menos de una vez al mes
	2	Mensualmente
	3	Semanalmente

alguna vez en su vida?	35. ¿Cuándo fue la primera vez que Ud. consumió alcohol en su vida?	1	Durante los últimos 30 días
		2	Hace más de un mes, pero menos de un año
		3	Hace más de un año
		4	No sabe/No contesta

MOSTRAR TARJETA 2

36. ¿Qué edad tenía cuando consumió por primera vez alcohol? (no considere cuando le dieron a probar de niño)	1	En años cumplidos: _____
	2	No contesta

37. ¿Cuándo fue la última vez que Ud. consumió alcohol?	1	Durante los últimos 30 días
	2	Hace más de un mes, pero menos de un año <i>Passar a la pregunta 40</i>
	3	Hace más de un año <i>Passar a la 54</i>
	4	No sabe/No contesta <i>Passar a la 54</i>

MOSTRAR TARJETA 2

38. Piense solamente en los últimos 30 días, ¿Cuántos días ha tomado algún tipo de alcohol?	1	Nº de días (de 1 a 30) : _____
	2	No contesta

39. Durante los últimos 30 días, ¿Qué tipo de bebida alcohólica tomó con más frecuencia?	1	Cerveza
	2	Vino
	3	Licores fuertes
	4	No sabe/No contesta

Cuestionario AUDIT sobre consumo de alcohol

40. ¿Qué tan seguido toma usted alguna bebida alcohólica?	0	Nunca
	1	1 vez al mes o menos
	2	2 o 4 veces al mes
	3	2 o 3 veces a la semana
	4	4 o más veces a la semana
41. ¿Cuántos tragos suele tomar usted en un día de consumo de alcohol?	0	Entre 0-2
	1	Entre 3-4
	2	Entre 5-6
	3	Entre 7-9
	4	10 o más

Utilice la escala de abajo para estimar el número de tragos

MOSTRAR TARJETA 2.1**ESCALA**

Trago	Una botella o lata individual de cerveza (333 ce.)
	Un vaso de vino (140 ce.)
	Un trago de licor (40 ce.) (aguardiente, ron vodka, whisky) solo o combinado
1 trago y medio	Medio litro de cerveza
3 tragos	Un litro de cerveza
6 tragos	Una botella de vino (750 ce.)
8 tragos	Una caja de vino (11litro)
18 tragos	Una botella de licor (750 ce.)

57. ¿Qué edad tenía cuando probó marihuana por primera vez?	1	En años cumplidos _____
	2	No contesta

58. ¿Cuándo fue la última vez que Ud. consumió marihuana?	1	Durante los últimos 30 días
	2	Hace más de un mes, pero menos de un año <i>Passar a la 63</i>
	3	Hace más de un año <i>Passar a la 77</i>

MOSTRAR TARJETA 2

59. Piense solamente en los últimos 30 días, ¿cuántos días ha consumido marihuana durante los últimos 30 días?	1	Nº de días (de 0 a 30) _____
	0	No sabe/No contesta <i>Passar a la 77</i>

60. ¿Cuántos cigarrillos de marihuana consume Ud. al mes?	1	Nº de cigarrillos _____
	0	No sabe/No contesta <i>Passar a la 77</i>

61. Según lo que Ud.	1	\$ _____
----------------------	---	----------

Esta tabla continúa en la siguiente página

Ver inicio de tabla en la página anterior

	4	Todos o casi todos los días
	0	Nunca
45. ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, usted necesitó beber en la mañana para recuperarse de haber bebido mucho el día anterior?	1	Menos de una vez al mes
	2	Mensualmente
	3	Semanalmente
	4	Todos o casi todos los días
46. ¿Qué tan seguido, en el curso de los 12 meses, usted tuvo remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	0	Nunca
	1	Menos de una vez al mes
	2	Mensualmente
	3	Semanalmente
	4	Todos o casi todos los días
47. ¿Qué tan seguido, en el curso de los 12 meses, usted no fue capaz de recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	0	Nunca
	1	Menos de una vez al mes
	2	Mensualmente
	3	Semanalmente
	4	Todos o casi todos los días
48. ¿Usted ha lesionado o herido a otra persona debido a que usted había bebido alcohol?	0	No
	2	Si pero no en el último año
	4	Si, en el último año
49. ¿Algún familiar, amigo, médico u otro profesional de la salud ha mostrado preocupación por la forma en que usted consume bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	0	No
	2	Si pero no en el último año
	4	Si, en el último año

PIENSE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

50. ¿Ha dejado de cumplir sus deberes en la casa, en el trabajo o donde estudia a causa del alcohol? Como descuidar a los niños, faltar al trabajo o a clases, bajar su rendimiento en el trabajo o en el estudio, o perder el empleo.	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta
51. ¿Ha puesto en peligro su integridad física a causa del consumo recurrente de alcohol? Como por ejemplo: ha estado a punto de chocar en auto o de sufrir cualquier otra clase de accidente.	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta
52. ¿Ha hecho algo bajo los efectos del alcohol que pudiera causarle problemas con la autoridad pública o con la ley? Como conducir vehículos en ese estado, rayar paredes, destruir equipamiento público, molestar a los vecinos, robar o algo parecido.	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta
53. ¿Ha tenido algún problema o han aumentado los problemas con su familia o amigos a causa de su consumo de alcohol? Por ejemplo: discusiones serias o violencia.	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta

F. MÓDULO MARIHUANA O CRIPA

54. ¿Ha probado Ud. marihuana alguna vez en su vida?	1	Si
	2	No <i>Pasar a la 77</i>
	3	No sabe/No contesta <i>Pasar a la 77</i>
55. ¿Qué tipo de marihuana?	1	Regular
	2	Cripa
56. ¿Cuándo fue la primera	1	Durante los últimos 30 días

Sabe, ¿cuánto cuesta un cigarro de marihuana?	0	No sabe/No contesta
62. ¿Cuánto gastó Ud. en marihuana durante los últimos 30 días?	1	\$ _____
	0	No sabe/No contesta

PIENSE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

63. ¿Consumió marihuana para eliminar o para evitar que se presenten problemas como estos? Ansioso, inquieto, irritable Estrés o depresión Náuseas, vómitos Problemas de concentración Tembloroso, tiritón Ver, oír o sentir cosas inexistentes Fatigado, somnoliento, débil Taquicardia Problemas para dormir MOSTRAR TARJETA 3	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta
64. ¿U ha presentado estos problemas cuando suspendía o disminuía el consumo de marihuana?	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta
65. ¿Ha sentido un deseo tan grande de usar marihuana que no pudo resistir o pensar en nada más?	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta
66. ¿Ha observado que para obtener el mismo efecto con marihuana ha consumido mayor cantidad que antes?	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta
67. ¿Ha notado que la misma cantidad de marihuana tiene menos efecto en Ud. que antes?	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta
68. ¿Ha consumido marihuana a pesar de que tenía la intención de no hacerlo?	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta
69. ¿Ha terminado consumiendo marihuana en mayores cantidades de lo que Ud. pensó?	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta
70. ¿Ha dejado de hacer o ha suspendido actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de marihuana?	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta
71. ¿Ha dedicado más tiempo que antes a conseguir y consumir marihuana, o pasa más tiempo recuperándose de sus efectos?	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta
72. ¿Ha continuado consumiendo marihuana a pesar de que le ocasione problemas de salud física, emocionales o nerviosos?	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta

PIENSE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

73. ¿Ha dejado de cumplir sus deberes en la casa, en el trabajo o donde estudia a causa de la marihuana? Como descuidar a los niños, faltar al trabajo o a clases, bajar su rendimiento en el trabajo o en el estudio, o perder el empleo.	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta
74. ¿Ha puesto en peligro su integridad física a causa del consumo recurrente de marihuana? Como por ejemplo: ha estado a punto de chocar en auto o de sufrir cualquier otra clase de accidente.	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta
75. ¿Ha hecho algo bajo los efectos de la marihuana que pudiera causarle problemas con la autoridad pública o con la ley? Como conducir vehículos en ese estado, rayar paredes, destruir equipamiento público, molestar a los vecinos, robar o algo parecido.	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta
76. ¿Ha tenido algún problema o han aumentado los problemas con su familia o	1	Si

Esta tabla continúa en la siguiente página

Ver inicio de tabla en la página anterior

vez que Ud. consumió marihuana?	2	Hace más de un mes, pero menos de un año
	3	Hace más de un año
MOSTRAR TARJETA 2	0	No sabe/No contesta

G. MÓDULO BASUCO

77. ¿Ha probado Ud. basuco alguna vez en su vida?	1	Si
	2	No <i>Passar a la 99</i>
	0	No sabe/No contesta <i>Passar a la 99</i>
78. ¿Cuándo fue la primera vez que Ud. probó basuco?	1	Durante los últimos 30 días
	2	Hace más de un mes, pero menos de un año
	3	Hace más de un año
MOSTRAR TARJETA 2	0	No sabe/No contesta
79. ¿Qué edad tenía cuando consumió basuco por primera vez?	1	En años cumplidos _____
	0	No sabe/No contesta
80. ¿Cuándo fue la última vez que Ud. probó la basuco?	1	Durante los últimos 30 días
	2	Hace más de un mes, pero menos de un año <i>Passar a la 85</i>
	3	Hace más de un año <i>Passar a la 99</i>
MOSTRAR TARJETA 2	0	No sabe/No contesta <i>Passar a la 99</i>
81. Piense solamente en los últimos 30 días, ¿cuántos días ha consumido basuco durante los últimos 30 días?	1	Nº de días (de 0 a 30)
	0	No sabe/No contesta <i>Passar a la 85</i>
82. ¿Cuántos cigarros de basuco consume Ud. al mes?	1	Nº de cigarros _____
	0	No sabe/No contesta
83. Según lo que Ud. sabe, ¿cuánto cuesta un "coso" de basuco?	1	\$ _____
	0	No sabe/No contesta
84. ¿Cuánto gastó Ud. en basuco durante los últimos 30 días?	1	\$ _____
	0	No sabe/No contesta

PIENSE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

85. ¿Consumió basuco para eliminar o para evitar que se presenten problemas como estos?	1	Si
	2	No <i>Passar a la 87</i>
	0	No sabe/No contesta <i>Passar a la 87</i>
Ansioso, inquieto, irritable, Estrés o depresión, Náuseas, vómitos, Problemas de concentración, Tembloroso, tiritón		
Ver, oír o sentir cosas inexistentes, Fatigado, somnoliento, débil, Taquicardia Problemas para dormir		
MOSTRAR TARJETA 3		
86. ¿Y ha presentado estos problemas cuando suspendía o disminuía el consumo de basuco?	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta
87. ¿Ha sentido un deseo tan grande de usar basuco que no pudo resistir o pensar en nada más?	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta
88. ¿Ha observado que para obtener el mismo efecto con basuco ha consumido mayor cantidad que antes?	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta
89. ¿Ha notado que la misma cantidad de basuco tiene menos efecto en Ud. que antes?	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta
90. ¿Ha consumido basuco a pesar de que tenía la intención de no hacerlo?	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta
91. ¿Ha terminado consumiendo basuco en mayores cantidades de lo que Ud. pensó?	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta
92. ¿Ha dejado de hacer o ha suspendido actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de basuco?	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta
93. ¿Ha dedicado más tiempo que antes a conseguir y consumir basuco, o pasa más tiempo recuperándose de sus efectos?	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta
94. ¿Ha continuado consumiendo basuco a	1	Si

amigos a causa de su consumo de marihuana?	2	No
Por ejemplo: discusiones serias o violencia.		
	0	No sabe/No contesta

100. ¿Cuándo fue la primera vez que Ud. probó la cocaína?	1	Durante los últimos 30 días
	2	Hace más de un mes, pero menos de un año
	3	Hace más de un año
MOSTRAR TARJETA 2	0	No sabe/No contesta

101. ¿Qué edad tenía cuando consumió cocaína por primera vez?	1	En años cumplidos _____
	0	No sabe/No contesta

102. ¿Cuándo fue la última vez que Ud. probó la cocaína?	1	Durante los últimos 30 días
	2	Hace más de un mes, pero menos de un año <i>Passar a la 107</i>
	3	Hace más de un año <i>Passar a la 121</i>
MOSTRAR TARJETA 2	0	No sabe/No contesta <i>Passar a la 121</i>

103. Piense solamente en los últimos 30 días, ¿cuántos días ha consumido cocaína durante los últimos 30 días?	1	Nº de días (de 0 a 30): _____
	0	No sabe/No contesta <i>Passar a la 121</i>

104. ¿Cuántas "papeletas" de cocaína consume Ud. al mes?	1	Nº de "papeletas" _____
	0	No sabe/No contesta

105. Según lo que Ud. sabe, ¿cuánto cuesta una "papeleta" de cocaína?	1	\$ _____
	0	No sabe/No contesta

106. ¿Cuánto gastó Ud. en cocaína durante los últimos 30 días?	1	\$ _____
	0	No sabe/No contesta

PIENSE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

107. ¿Consumió cocaína para eliminar o para evitar que se presenten problemas como estos?	1	Si
	2	No <i>Passar a la 109</i>
	0	No sabe/No contesta <i>Passar a la 109</i>
Ansioso, inquieto, irritable, Estrés o depresión, Náuseas, vómitos, Problemas de concentración, Tembloroso, tiritón		
Ver, oír o sentir cosas inexistentes, Fatigado, somnoliento, débil, Taquicardia Problemas para dormir		
MOSTRAR TARJETA 3		

108. ¿Y ha presentado estos problemas cuando suspendía o disminuía el consumo de cocaína?	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta
109. ¿Ha sentido un deseo tan grande de usar cocaína que no pudo resistir o pensar en nada más?	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta
110. ¿Ha observado que para obtener el mismo efecto con cocaína ha consumido mayor cantidad que antes?	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta
111. ¿Ha notado que la misma cantidad de cocaína tiene menos efecto en Ud. que antes?	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta
112. ¿Ha consumido cocaína a pesar de que tenía la intención de no hacerlo?	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta
113. ¿Ha terminado consumiendo cocaína en mayores cantidades de lo que Ud. pensó?	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta
114. ¿Ha dejado de hacer o ha suspendido actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de cocaína?	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta
115. ¿Ha dedicado más tiempo que antes a conseguir y consumir cocaína, o pasa más tiempo recuperándose de sus efectos?	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta
116. ¿Ha continuado consumiendo cocaína a pesar de que le ocasiona problemas de salud	1	Si
	2	No

Esta tabla continúa en la siguiente página

Ver inicio de tabla en la página anterior

pesar de que le ocasione problemas de salud física, emocionales o nerviosos?	2	No
	0	No sabe/No contesta

PIENSE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

95. ¿Ha dejado de cumplir sus deberes en la casa, en el trabajo o donde estudia a causa del basuco? Como descuidar a los niños, faltar al trabajo o a clases, bajar su rendimiento en el trabajo o en el estudio, o perder el empleo.	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta

96. ¿Ha puesto en peligro su integridad física a causa del consumo recurrente de basuco? Como por ejemplo: ha estado a punto de chocar en auto o de sufrir cualquier otra clase de accidente.	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta

97. ¿Ha hecho algo bajo los efectos del basuco que pudiera causar problemas con la autoridad pública o con la ley? Como conducir vehículos en ese estado, rayar paredes, destruir equipamiento público, molestar a los vecinos, robar o algo parecido.	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta

98. ¿Ha tenido algún problema o han aumentado los problemas con su familia o amigos a causa de su consumo de basuco? Por ejemplo: discusiones serias o violencia.	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta

H. MÓDULO COCAÍNA (PERICO)

99. ¿Ha probado Ud. cocaína alguna vez en su vida?	1	Si
	2	No <i>Passar a la 121</i>
	0	No sabe/No contesta <i>Passar a la 121</i>

122. ¿Cuándo fue la <u>última vez</u> que Ud. consumió LSD (ácidos, papellitos)? MOSTRAR TARJETA 2	1	Durante los últimos 30 días
	2	Hace más de un mes, pero menos de un año
	3	Hace más de un año
	0	No sabe/No contesta

123. ¿Ha probado Ud. Ketamina alguna vez en su vida?	1	Si
	2	No <i>Passar a la 125</i>
	0	No sabe/No contesta <i>Passar a la 125</i>

124. ¿Cuándo fue la <u>última vez</u> que Ud. consumió Ketamina?	1	Durante los últimos 30 días
	2	Hace más de un mes, pero menos de un año
	3	Hace más de un año
	0	No sabe/No contesta

125. ¿Ha probado Ud. heroína alguna vez en su vida?	1	Si
	2	No <i>Passar a la 127</i>
	0	No sabe/No contesta <i>Passar a la 127</i>

126. ¿Cuándo fue la <u>última vez</u> que Ud. consumió heroína? MOSTRAR TARJETA 2	1	Durante los últimos 30 días
	2	Hace más de un mes, pero menos de un año
	3	Hace más de un año
	0	No sabe/No contesta

127. ¿Ha probado Ud. Éxtasis o MDMA alguna vez en su vida?	1	Si
	2	No <i>Passar a la 129</i>
	0	No sabe/No contesta <i>Passar a la 129</i>

128. ¿Cuándo fue la <u>última vez</u> que Ud. consumió Éxtasis o MDMA? MOSTRAR TARJETA 2	1	Durante los últimos 30 días
	2	Hace más de un mes, pero menos de un año
	3	Hace más de un año
	0	No sabe/No contesta

129. ¿Ha probado Ud. alguno de los siguientes estimulantes sin receta médica alguna vez en su vida? Anfetaminas	1	Si
	2	No <i>Passar a la 131</i>

130. ¿Cuándo fue la <u>última vez</u> que probó alguno de estos estimulantes sin receta médica? MOSTRAR TARJETA 4	1	Durante los últimos 30 días
	2	Hace más de un mes, pero menos de un año
	3	Hace más de un año

131. ¿Ha probado Ud. alguno de	1	Si
--------------------------------	---	----

física, emocionales o nerviosos?	0	No sabe/No contesta
----------------------------------	---	---------------------

PIENSE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

117. ¿Ha dejado de cumplir sus deberes en la casa, en el trabajo o donde estudia a causa de la cocaína? Como descuidar a los niños, faltar al trabajo o a clases, bajar su rendimiento en el trabajo o en el estudio, o perder el empleo.	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta

118. ¿Ha puesto en peligro su integridad física a causa del consumo recurrente de cocaína? Como por ejemplo: ha estado a punto de chocar en auto o de sufrir cualquier otra clase de accidente.	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta

119. ¿Ha hecho algo bajo los efectos de la cocaína que pudiera causar problemas con la autoridad pública o con la ley? Como conducir vehículos en ese estado, rayar paredes, destruir equipamiento público, molestar a los vecinos, robar o algo parecido.	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta

120. ¿Ha tenido algún problema o han aumentado los problemas con su familia o amigos a causa de su consumo de cocaína? Por ejemplo: discusiones serias o violencia.	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta

I. MÓDULO OTRAS DROGAS

121. ¿Ha probado Ud. LSD (ácidos, papellitos) alguna vez en su vida?	1	Si
	2	No <i>Passar a la 123</i>
	0	No sabe/No contesta <i>Passar a la 123</i>

146. ¿Cuándo fue la última vez que probó el anterior analgésico sin receta médica? MOSTRAR TARJETA 8	1	Durante los últimos 30 días
	2	Hace más de un mes, pero menos de un año
	3	Hace más de un año

147. ¿Ha probado Ud. Morfina sin receta médica alguna vez en su vida?	1	Si
	2	No <i>Passar a la 149</i>

148. ¿Cuándo fue la última vez que probó el anterior analgésico sin receta médica?	1	Durante los últimos 30 días
	2	Hace más de un mes, pero menos de un año
	3	Hace más de un año

149. ¿Ha probado Ud. alguno de los siguientes analgésicos (Tramal o Tramadol) sin receta médica alguna vez en su vida?	1	Si
	2	No <i>Passar a la 151</i>

150. ¿Cuándo fue la última vez que probó alguno de los anteriores analgésicos sin receta médica?	1	Durante los últimos 30 días
	2	Hace más de un mes, pero menos de un año
	3	Hace más de un año

151. ¿Ha probado Ud. alguno de los siguientes tranquilizantes sin receta médica alguna vez en su vida? Clonazepam, Rivotril	1	Si
	2	No <i>Passar a la 153</i>

152. ¿Cuándo fue la última vez que probó alguno de los anteriores s tranquilizantes sin receta médica?	1	Durante los últimos 30 días
	2	Hace más de un mes, pero menos de un año
	3	Hace más de un año

153. ¿Ha probado Ud. alguno de los siguientes inductores del sueño sin receta médica alguna vez en su vida? Zopiclona, Zolpidem	1	Si
	2	No <i>Passar a la 155</i>

154. ¿Cuándo fue la última vez que probó alguno de los anteriores inductores del sueño sin receta médica?	1	Durante los últimos 30 días
	2	Hace más de un mes, pero menos de un año
	3	Hace más de un año

155. ¿Ha probado Ud. alguno de los siguientes tranquilizantes sin	1	Si
---	---	----

Esta tabla continúa en la siguiente página

Ver inicio de tabla en la página anterior

los siguientes estimulantes? Metanfetamina, ICE, Crystal	2	No Pasar a la 133
132. ¿Cuándo fue la última vez que probó alguno de estos estimulantes? MOSTRAR TARJETA 4	1	Durante los últimos 30 días
	2	Hace más de un mes, pero menos da un año
	3	Hace más de un año
133. ¿Ha probado Ud. Sacol alguna vez en su vida?	1	Si
	2	No Pasar a la 135
134. ¿Cuándo fue la última vez que probó alguno de estos inhalables? MOSTRAR TARJETA 6	1	Durante los últimos 30 días
	2	Hace más de un mes, pero menos da un año
	3	Hace más de un año
135. ¿Ha probado Ud. Dick alguna vez en su vida?	1	Si
	2	No Pasar a la 137
136. ¿Cuándo fue la última vez que probó éste inhalable? MOSTRAR TARJETA 6	1	Durante los últimos 30 días
	2	Hace más de un mes, pero menos da un año
	3	Hace más de un año
137. ¿Ha probado Ud. Poppers alguna vez en su vida?	1	Si
	2	No Pasar a la 139
138. ¿Cuándo fue la última vez que probó éste inhalable? MOSTRAR TARJETA 6	1	Durante los últimos 30 días
	2	Hace más de un mes, pero menos da un año
	3	Hace más de un año
139. ¿Ha probado Ud. Cacao Sabanero alguna vez en su vida?	1	Si
	2	No Pasar a la 141
140. ¿Cuándo fue la última vez que probó ésta sustancia?	1	Durante los últimos 30 días
	2	Hace más de un mes, pero menos da un año
	3	Hace más de un año
141. ¿Ha probado Ud. Hongos alguna vez en su vida?	1	Si
	2	No Pasar a la 143
142. ¿Cuándo fue la última vez que probó ésta sustancia?	1	Durante los últimos 30 días
	2	Hace más de un mes, pero menos da un año
	3	Hace más de un año
143. ¿Ha probado Ud. alguno de los siguientes analgésicos sin receta médica alguna vez en su vida? Codeína o Winadeine F, Algimide, Codipront, Winadol forte. MOSTRAR TARJETA 8	1	Si
	2	No Pasar a la 145
144. ¿Cuándo fue la última vez que probó alguno de los anteriores analgésicos sin receta médica?	1	Durante los últimos 30 días
	2	Hace más de un mes, pero menos da un año
	3	Hace más de un año
145. ¿Ha probado Ud. Metadona sin receta médica alguna vez en su vida?	1	Si
	2	No Pasar a la 147

K. MÓDULO ENTORNO BARRIO

R: MODULO ENTORNO BARRIO					
164. ¿Ud. Cree que en estos últimos años, el consumo de drogas en el municipio ha aumentado, ha disminuido o se ha mantenido igual?	1	Ha aumentado			
	2	Ha disminuido			
	3	Se ha mantenido igual			
	0	No sabe/No contesta			
165. ¿Usted cree que en estos últimos años, el consumo de drogas en su barrio ha aumentado, ha disminuido o se ha mantenido igual?	1	Ha aumentado			
	2	Ha disminuido			
	3	Se ha mantenido igual			
	0	No sabe/No contesta			
166. ¿Cómo calificaría el consumo de drogas, en su barrio o sector?	1	Grave			
	2	Leve			
	3	No existe			
	0	No sabe/No contesta			
167. ¿Sabe Ud. si hay lugares, pasajes, calles, zonas dentro de su barrio, donde se vendan drogas?	1	Si			
	2	No			
	0	No sabe/No contesta			
168. Hasta donde Ud. Conoce, ¿cuánto hay de las siguientes cosas en su barrio?	Mucho	Bastante	Algo	Nada	No sabe

receta médica alguna vez en su vida? Rohypnol, Flunitracepam, "Ruedas", "Roches"	2	No Pasar a la 157
156. ¿Cuándo fue la última vez que probó alguno de los anteriores tranquilizantes sin receta médica?	1	Durante los últimos 30 días
	2	Hace más de un mes, pero menos da un año
	3	Hace más de un año
157. ¿Alguna vez en su vida se ha inyectado alguna droga o sustancia?	1	Si
	2	No Pasar a la 160
	0	No sabe/No contesta Pasar a la 160
158. ¿Cuál droga o sustancia se ha inyectado?		
159. ¿Cuándo fue la última vez que se inyectó alguna droga o sustancia?	1	Durante los últimos 30 días
	2	Hace más de un mes, pero menos da un año
	3	Hace más de un año

J. MÓDULO PREVENCIÓN

160. ¿Ha recibido alguna información relacionada con la prevención del consumo de alcohol o drogas?	1	Si
	2	No
	0	No sabe/No contesta
161. ¿Conoce usted los programas de prevención del consumo de alcohol o drogas que se desarrollan en el Municipio?	1	Si
	2	No Pasar a la 163
	0	No sabe/No contesta Pasar a la 163
162. Y según lo que Ud. conoce ¿Cómo calificaría a estos programas?	1	Buenos, contribuyen a prevenir el consumo de drogas
	2	Regulares, lo que hacen no es conocida por las personas
	3	Malos, definitivamente no contribuyen a prevenir el consumo de drogas
	4	Estos programas generan mayor curiosidad por el consumo de drogas entre los adolescentes y jóvenes
	5	No contesta
163. ¿Sabe Ud. del Programa Integral para las Adicciones y la Salud Mental del Municipio de Envigado?	1	Si
(Preguntarle que hace y con base en eso, contestar)	2	No
	3	No sabe/No contesta
3. ¿Alguna vez ha afirmado haber ganado dinero cuando en realidad perdió? Mostrar tarjeta	1	Nunca
	2	Algunas veces
	3	La mayoría de las veces
	4	Siempre
4. ¿Ha tenido alguna vez problemas con el juego?	1	Si
	2	No
5. ¿Alguna vez ha jugado-apostado más dinero de lo que quería?	1	Si
	2	No
6. ¿Alguna vez alguien le ha criticado la manera de jugar o apostar dinero?	1	Si
	2	No
7. ¿Se ha sentido alguna vez culpable por jugar o por lo que le ocurre cuando juega?	1	Si
	2	No
8. ¿Ha intentado alguna vez dejar de jugar y no ha sido capaz de ello?	1	Si
	2	No
9. ¿Ha ocultado alguna vez a sus familiares billetes de lotería, fichas de apuestas, dinero obtenido en el juego u otras evidencias de apuestas?	1	Si
	2	No
10. ¿Ha tenido discusiones en la familia por dinero o el tiempo invertido en juego o apuestas?	1	Si
	2	No

Esta tabla continúa en la siguiente página

Ver inicio de tabla en la página anterior

a. Tráfico de drogas	1	2	3	4	0
b. Consumo de drogas ilícitas en lugares públicos como en la calle o plazas	1	2	3	4	0
169. Para usted conseguir alguna de las siguientes drogas sería:	Fácil	Difícil	Imposible	No sabe/No contesta	
a. Marihuana	1	2	3	0	
b. Basuco	1	2	3	0	
c. Cocaína	1	2	3	0	
d. Éxtasis	1	2	3	0	
e. Pastillas sin receta	1	2	3	0	
170. ¿Cuándo fue la última vez que una persona le ofreció alguna de las siguientes drogas?	En los últimos 30 días	Hace más de un mes pero menos de un año	Hace más de un año	Nunca me han ofrecido	
MOSTRAR TARJETA 2					
a. Marihuana	1	2	3	4	
b. Basuco	1	2	3	4	
c. Cocaína	1	2	3	4	
d. Éxtasis	1	2	3	4	
e. Pastillas sin receta	1	2	3	4	

Si nunca le han ofrecido alguna droga, por favor pasar al cuestionario SOGS

171. Según la última vez que le ofrecieron droga, ¿en qué lugar se la ofrecieron? **MOstrar TARJETA 10**

Lugar (sólo selecciona un lugar)	Marihuana	Basuco	Cocaína	Éxtasis	Pastillas sin receta
1 En la casa	1	2	3	4	5
2 En alrededores de la casa, barrio o comuna	1	2	3	4	5
3 En lugar de estudios o trabajo	1	2	3	4	5
4 En alrededores lugar de estudios o trabajo	1	2	3	4	5
5 En una fiesta, bar, discoteca	1	2	3	4	5
6 Por internet, mail o chat	1	2	3	4	5
7 En la cancha de fútbol	1	2	3	4	5
8 No aplica	1	2	3	4	5

SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN – SOGS
(Versión validada, Grupo de Investigación en Salud Mental, Facultad de Medicina-Universidad CES; Abril 2009)

A continuación le haremos algunas preguntas relacionadas con los juegos de azar. Agradecemos contestar con la mayor honestidad posible. Le recordamos la garantía del anonimato y la confidencialidad.

1. Señala en cuál de los siguientes juegos (apuestas), ha participado en su vida:	Nunca	Menos de 1 vez/sem	1 vez/sem o más
a. Juegos en máquinas (tragamonedas, póker, otros)	1	2	3
b. Apuesta en casinos	1	2	3
c. Apuestas en casinos internet	1	2	3
d. Apuestas en deportes	1	2	3
e. Juegos de cartas por dinero	1	2	3
f. Juegos de dados por dinero	1	2	3
g. Juegos de bingo por dinero	1	2	3
h. Juegos de lotería, chance, baloto	1	2	3
i. Apuesta en carreras de caballos, peleas de gallos	1	2	3
j. Juegos de bolos, billar, fútbol u otro juego de habilidad por dinero	1	2	3

Si todas las respuestas son NUNCA, pasar a Factores de riesgo / Factores de protección

2. Cuando juega con apuestas, ¿con qué frecuencia vuelve otra vez a jugar para recuperarlo	1 Nunca
	2 Algunas veces
	3 La mayoría de las veces

11. ¿No ha asistido alguna vez a actividades escolares o de trabajo debido al juego?		1	Si	
		2	No	
12. ¿Ha pedido en alguna ocasión dinero prestado a alguien y luego no pudo pagarlo a causa del juego?	1	Si		
	2	No Pasar a 1 FR/FP		
13. Si ha solicitado dinero prestado para jugar o pagar deudas de juego, ¿a quién se lo ha pedido o de donde lo obtuvo?	1	De la casa	Si	No
	2	Del padre o la madre	Si	No
	3	De otros familiares	Si	No
	4	De amigos	Si	No
	5	De cuenta de ahorros-banco	Si	No
	6	De la venta de artículos de la casa o propios	Si	No
	7	De un prestamista	Si	No
	8	De otra fuente	Si	No

FACTORES DE RIESGO/PROTECCION ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS Y OTRAS DEPENDENCIAS NO QUIMICAS. A continuación le haremos algunas preguntas en relación con aspectos personales, familiares y sociales. Valoramos su sinceridad en las respuestas. Para contestar agradecemos tener en cuenta las siguientes respuestas: **MOstrar TARJETA 11**

A. FACTORES DE RIESGO/PROTECCION INDIVIDUALES

AUTOESTIMA	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Hago muchas cosas mal	A	B	C	D
2. En conjunto, me siento satisfecho conmigo mismo.	A	B	C	D
3. Pienso que soy una persona lista	A	B	C	D
4. Creo que tengo un buen número de buenas cualidades.	A	B	C	D
5. Pienso que soy una persona agradable	A	B	C	D
6. Me gustaría cambiar algunas partes de mi cuerpo	A	B	C	D
7. Me siento inclinado a pensar que soy un/a fracasado/a en todo	A	B	C	D
RELACIONES INTERPERSONALES	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
8. Siento que mis relaciones interpersonales son buenas.	A	B	C	D
9. Me relaciono fácilmente con las personas	A	B	C	D
CON RESPECTO AL ALCOHOL, PIENSO QUE:	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
10. No es dañino	A	B	C	D
11. Es dañino pero lo consumo.	A	B	C	D
12. Es dañino y por eso NO lo consumo	A	B	C	D
CON RESPECTO A LAS DROGAS, PIENSO QUE:	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
13. No son dañinas.	A	B	C	D
14. Son dañinas pero las consumo.	A	B	C	D
15. Son dañinas y por eso NO las consumo	A	B	C	D
CON RESPECTO AL JUEGO EN CASINOS Y MAQUINAS TRAGAMONEDAS:	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
16. No hacen daño	A	B	C	D
17. Son dañinas pero yo juego.	A	B	C	D
18. Son dañinas y por eso NO	A	B	C	D

Esta tabla continúa en la siguiente página

Ver inicio de tabla en la página anterior

perdido?	4	Siempre		
HABILIDADES SOCIALES	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
19. Generalmente no sé cómo actuar cuando alguien se enoja conmigo.	A	B	C	D
20. Consigo amigos fácilmente.	A	B	C	D
21. Con frecuencia se me hace difícil decir no.	A	B	C	D
22. Me dejo influenciar fácilmente por mis amigos/as	A	B	C	D
23. Me expreso fácilmente cuando estoy en grupo	A	B	C	D
24. En ocasiones para poder expresarme necesito tomarme un trago	A	B	C	D
25. En ocasiones para poder expresarme necesito consumir una droga	A	B	C	D
26. Cuando tengo problemas los resuelvo adecuadamente	A	B	C	D
AUTOCONTROL	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
27. Con frecuencia soy acelerado e impulsivo	A	B	C	D
28. Con frecuencia primero actúo y luego pienso	A	B	C	D
MANEJO DE EMOCIONES	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
29. Con frecuencia me enoja	A	B	C	D
30. Mi forma de ser es tranquila	A	B	C	D
31. Casi siempre cuando tengo un problema me descompongo	A	B	C	D
32. Tengo dificultades para manejar mis emociones	A	B	C	D
33. Me siento molesto cuando las cosas NO salen a mi manera.	A	B	C	D
34. Cuando tengo problemas o estoy estresado acudo al alcohol	A	B	C	D
35. Cuando tengo problemas o estoy estresado acudo a las drogas	A	B	C	D
36. Cuando tengo problemas o estoy estresado acudo a los casinos o las máquinas tragamonedas	A	B	C	D
37. Cuando estoy muy contento siempre celebro con alcohol.	A	B	C	D
38. Cuando NO me salen bien las cosas me siento muy mal	A	B	C	D
39. Mi estado de ánimo se mantiene con altibajos (Unas veces triste y otras alegres)	A	B	C	D
40. Me mantengo alegre	A	B	C	D
41. Me mantengo ansioso	A	B	C	D
42. Busco en el juego de casinos y máquinas tragamonedas nuevas emociones	A	B	C	D
43. Busco en el consumo de drogas nuevas emociones	A	B	C	D
44. Cuando no cumplo las expectativas o metas me deprimó	A	B	C	D
45. Los fracasos me llevan a consumir alcohol o drogas	A	B	C	D
CURIOSIDAD	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
46. Si tuviera la ocasión	A	B	C	D

juego				
55. No soy una persona religiosa.	A	B	C	D
56. Me apoyo en la religión cuando tengo problemas.	A	B	C	D
57. Asisto con frecuencia a misa o a un culto religioso.	A	B	C	D
B. FACTORES DE RIESGO/PROTECCION FAMILIARES				
58. Me siento querido por mi familia	A	B	C	D
59. Las relaciones entre los miembros de mi familia son buenas	A	B	C	D
60. En mi familia hay normas y estas se respetan	A	B	C	D
61. En mi familia hay normas pero estas NO se respetan	A	B	C	D
62. En mi familia las normas son muy laxas	A	B	C	D
63. En mi familia hay mucha permisividad	A	B	C	D
64. En mi familia la comunicación es buena	A	B	C	D
65. En mi familia hablamos de nuestros problemas con tranquilidad	A	B	C	D
66. En mi familia nos expresamos los sentimientos	A	B	C	D
67. En mi familia se tolera el consumo de alcohol	A	B	C	D
68. En mi familia se tolera el juego en los casinos o las máquinas tragamonedas	A	B	C	D
69. En mi familia se tolera el consumo de tabaco	A	B	C	D
70. En mi familia se tolera el consumo de marihuana pero no de otras drogas	A	B	C	D
71. En mi familia hay violencia física y verbal	A	B	C	D
72. En mi familia hay mucho conflicto	A	B	C	D
73. En mi familia hay antecedentes de abuso de alcohol y/o alcoholismo	A	B	C	D
74. En mi familia hay antecedentes de consumo de drogas	A	B	C	D
75. En mi familia hay antecedentes de jugadores de casinos o máquinas tragamonedas	A	B	C	D
76. Mi familia tiene expectativas altas sobre mi futuro	A	B	C	D
C. FACTORES DE RIESGO/PROTECCION SOCIALES				
77. Para mí, alcanzar el éxito personal significa tener dinero	A	B	C	D
78. Mi grupo de amigos bebe alcohol	A	B	C	D
79. En mi grupo de amigos hay consumidores de marihuana u otras drogas	A	B	C	D
80. Mi grupo de amigos NO ve problemas si se bebe alcohol	A	B	C	D
81. Mi grupo de amigos NO ve problemas si se consume marihuana	A	B	C	D
82. Mi grupo de amigos NO ve problemas si se consumen otras drogas	A	B	C	D
83. Mis amigos incluyen trago, cigarrillo, alcohol y drogas en las actividades que realizamos	A	B	C	D
84. Mi grupo de amigos juega en casinos o en	A	B	C	D

Esta tabla continúa en la siguiente página

Ver inicio de tabla en la página anterior

¿Probaría drogas?				
47. Alguna vez ha sentido curiosidad por jugar en máquinas tragamonedas	A	B	C	D
Ocupación del ocio y tiempo libre	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
48. Ocupo bien mi tiempo libre	A	B	C	D
49. Programo como ocupar mi ocio y tiempo libre	A	B	C	D
50. No tengo tiempo libre	A	B	C	D
51. Mi tiempo libre lo paso con mis amigos, tomando alcohol	A	B	C	D
52. Mi tiempo libre lo paso con mis amigos, consumiendo drogas	A	B	C	D
53. Mi tiempo lo paso en los casinos o jugando en máquinas tragamonedas	A	B	C	D
ESPIRITUALIDAD	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
54. He tenido experiencias espirituales o religiosas importantes en mi vida.	A	B	C	D

máquinas tragamonedas				
85. Mi grupo de amigos NO ve problemas si yo juego en casinos o máquinas tragamonedas	A	B	C	D
86. En algún momento de mi vida he sido presionado para consumir alcohol	A	B	C	D
87. En algún momento de mi vida he sido presionado para consumir drogas	A	B	C	D
D. FACTORES DE RIESGO/PROTECCION AMBIENTALES				
88. En mi sector es muy fácil conseguir drogas	A	B	C	D
89. En mi sector hay mucha permisividad social frente al consumo de drogas	A	B	C	D
90. En mi sector hay casinos y negocios con máquinas tragamonedas	A	B	C	D
91. En mi sector dejan jugar a los menores en máquinas tragamonedas	A	B	C	D
92. En mi sector hay jibaros y expendios de drogas	A	B	C	D
93. En mi sector hay muchos espacios y actividades para la ocupación del ocio y tiempo libre	A	B	C	D

	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
94. He participado de programas de prevención al consumo de alcohol y drogas	A	B	C	D
95. He recibido información sobre los riesgos y las consecuencias del consumo de drogas	A	B	C	D
96. Conozco los programas de prevención al consumo de drogas que se realizan en Envigado	A	B	C	D
97. He recibido información sobre los riesgos y las consecuencias del juego de apuestas	A	B	C	D
98. El problema del juego en máquinas tragamonedas o en casinos en Envigado es grave	A	B	C	D
99. En mi barrio le venden alcohol a menores de edad	A	B	C	D
100. En mi barrio le venden cigarrillos a menores de edad	A	B	C	D
101. El mi barrio es frecuente ver menores de edad consumiendo alcohol	A	B	C	D
102. En mi barrio es frecuente ver menores de edad fumando	A	B	C	D

Recuerde que puede recibir una llamada telefónica para la verificar que la encuesta le fue realizada..

FIN DE LA ENCUESTA

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Nombre del encuestador	
Nombre del digitador	

Anexo 3. Consentimiento informado

 LUIS AMIGO FUNDACIÓN UNIVERSITARIA	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	 SIVGI Sistema de Gestión Institucional	
		Código:	FO-MI-153
		Versión:	1
		Fecha:	2-12-2011

FORMULARIO No.

--	--	--

TÍTULO: Prevalencia de consumo de drogas y otras adicciones no químicas y factores de riesgo o protección asociados en población general del municipio de Envigado

NUMERO DE PROTOCOLO:

FINANCIADOR: Secretaria de Salud del municipio de Envigado

INVESTIGADOR: Guillermo A. Castaño Pérez (investigador principal, docente Funlam), Cesar Jaramillo J (coinvestigador, docente IUE), Alejandro Vargas (asesor metodológico)

NÚMEROS DE TELÉFONO ASOCIADOS A LA INVESTIGACIÓN:

Funlam: 4487666 ext. 9732

LUGAR: zona urbana y rural del municipio de Envigado

Ver inicio de tabla en la página anterior

INTRODUCCION:

Usted ha sido seleccionado para participar en un estudio de investigación, para dar cuenta del consumo de drogas y la presencia de otras dependencias no químicas en la población general del municipio de Envigado. Estas hojas de **Consentimiento Informado** pueden contener palabras que usted no entienda. Por favor pregunte al investigador principal o a cualquier persona del estudio para que le explique cualquier palabra o información que usted no entienda claramente. Antes de que usted decida participar en el estudio por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que usted tenga, para asegurarse de que entienda los procedimientos del estudio, incluyendo los riesgos y los beneficios. Usted puede consultar con su familia antes de tomar su decisión. Si usted tuviera algún problema con el alcohol, las drogas o con el juego, puede consultar en el Centro de Salud Mental de Envigado donde podrán ayudarle (Calle 38 Sur No. 44 – 88. Teléfono: 270 19 68)

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

El objetivo general del estudio es estimar la magnitud de las adicciones químicas y prevalencias de juego en población general y sus principales factores de riesgo/protección asociados, del municipio de Envigado, con el fin de proponer estrategias de prevención, tratamiento y rehabilitación.

PARTICIPANTES DEL ESTUDIO:

Se han seleccionado al azar un grupo de personas entre los 12 y los 65 años de edad, habitantes de las zonas urbana y rural del municipio de Envigado. Podrán participar personas de cualquier sexo, religión, condición socioeconómica. No se excluirá ninguna persona. La única condición es que este en este rango de edad y resida en el municipio

Es importante resaltar que la participación en el estudio es completamente voluntaria.

PROCEDIMIENTOS:

Usted fue seleccionado(a) al azar, para participar en esta investigación debido a su condición de ser un habitante del municipio de Envigado y tener entre 12 y 65 años cumplidos. No ha sido por que pensemos que usted tiene problemas por el consumo de alcohol o drogas. Se espera que en este estudio participen varias personas como voluntarios. Si acepta voluntariamente participar en esta investigación se le solicitará que responda un cuestionario, el cual no le llevara más de 01 hora. El cuestionario es auto aplicado, anónimo y confidencial y por ninguna parte aparecerá su nombre. Le solicitaremos el número de teléfono solamente para efectos de supervisión y verificación sobre la realización de la encuesta y por tanto podrá recibir una llamada de la Secretaria de Salud del municipio o de la Fundación Universitaria Luis Amigó

Ver inicio de tabla en la página anterior

RIESGOS O INCOMODIDADES:

Algunas de las preguntas pueden causarle incomodidad, si usted no desea responderlas, está en toda la libertad de negarse a hacerlo o puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin dar explicaciones al respecto y sin tener ninguna dificultad

BENEFICIOS:

Su participación en esta investigación aportara elementos para estudiar el problema del consumo de drogas y la presencia de otras dependencias no químicas como la ludopatía en el municipio de Envigado; la información que usted nos suministre será utilizada para realizar propuestas de prevención y tratamiento. Usted no recibirá ningún beneficio económico por su participación en esta investigación y tampoco ésta le generará algún costo.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD:

La información personal que usted dará en el curso de este estudio permanecerá en secreto y no será proporcionada a ninguna persona diferente a usted bajo ninguna circunstancia. A la transcripción de las encuestas, se les asignará un código de tal forma que el personal técnico, no conocerá su identidad. La información suministrada será anónima y confidencial.

Los resultados de esta investigación pueden ser publicados libros o en revistas científicas o ser presentados en las reuniones académicas relacionadas con el tema, pero la identidad suya no será divulgada. La información puede ser revisada por el Comité de Ética de la FUNLAM, el cual está conformado por un grupo de personas quienes realizarán la revisión correspondiente, según los requisitos legales que regulan este tipo de investigaciones

DERECHO A RETIRARSE DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN:

Usted puede retirarse del estudio cuando lo desee. Sin embargo, los datos obtenidos hasta ese momento seguirán formando parte del estudio a menos que Usted solicite expresamente que su identificación y su información sea borrada de nuestra base de datos. Al retirar su participación Usted deberá informar al grupo investigador si desea que sus respuestas sean eliminadas y por tanto el cuestionario que usted haya diligenciado será incinerado.

No firme este consentimiento a menos que usted haya tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir contestaciones satisfactorias para todas ellas.

Esta tabla continúa en la siguiente página

Ver inicio de tabla en la página anterior

Si usted firma aceptando participar en este estudio, recibirá una copia firmada, con el sello de aprobación del Comité de Ética en Investigaciones de la Fundación Universitaria Luis Amigó. En caso de menor de edad, esta será firmado además por su tutor o representante legal

CONSENTIMIENTO

Nombre del Participante	Firma del participante
DI:	
Nombre del familiar	
Firma del familiar	
CC.	
Firma del Investigador Principal	
CC.	
Fecha.	

Esta tabla continúa en la siguiente página

Ver inicio de tabla en la página anterior

Estudios Futuros

Nuestros planes de investigación aparecen resumidos en el anterior formato de consentimiento. Los resultados de nuestra investigación serán gravados con un código numérico y estos no serán colocados en su protocolo de investigación. Los resultados serán publicados en revistas de literatura científica garantizando que la identificación de los participantes no aparecerá en estas publicaciones.

Es posible que en el futuro la información que nos suministre pueda ser utilizada para otras investigaciones cuyos objetivos y propósitos no aparecen especificados en el formato de consentimiento que Usted firmará. Si esto llega a suceder, toda su información será entregada de manera codificada para garantizar que no se revelará su nombre. De igual manera, si otros grupos de investigación solicitan información para hacer estudios cooperativos, la información se enviará sólo con el código. Es decir, su identificación no saldrá fuera de la base de datos codificada de nuestro grupo de investigación.

Yo estoy de acuerdo en autorizar que la información suministrada por mi o de mi representado legal sea utilizada en otras investigaciones en el futuro.

Si	No
----	----

Nombre, firma y documento de identidad del entrevistado o familiar.

Nombre _____ Firma: _____

D.I: