



Percepción de riesgo de consumo en los estudiantes de primer semestre de todos los programas académicos de la Universidad Católica Luis Amigó

Presentado por:

Alejandra Alzate

Katherin López

Solangie Manco Quintero

Asesora:

Olena Klimenko

Curso:

Trabajo de grado II

Universidad Católica Luis Amigó

Especialización en Adicciones

Medellín

2021

Resumen

El presente estudio se realizó con 521 estudiantes de los diferentes programas ofertados en la Universidad Católica Luis Amigó, con el fin de conocer cuál es su percepción de riesgo frente al consumo. Se utilizó un enfoque cualitativo, con un nivel de estudio descriptivo-correlacional, de tipo no experimental, transversal y, además se diseñó el instrumento “ad hoc” para la recolección de información. Entre los hallazgos, se determina que el consumo de sustancias depende en gran medida de la percepción de riesgo que se tiene de las mismas y que, además ésta se relaciona con las áreas personal, social, familiar y legal. También se encuentra que las sustancias con mayor percepción de riesgo son la heroína, cocaína, drogas de diseño e inhalantes y perciben como menos riesgosas el tabaco y la marihuana.

Palabras clave

Percepción de riesgo, familia, estudiantes universitarios, drogas

Abstract

The present study was carried out with 521 students from different programs offered at the Luis Amigo Catholic University in order to determine their perception of risk in relation to drug use. A qualitative approach was used, with a descriptive-correlational, non-experimental, cross-sectional study level, and an "ad hoc" instrument was designed for the collection of information. Among the findings, it was determined that substance use depends to a great extent on the perception of risk and that this is related to the personal, social, family and legal areas. It is also found that the substances with the highest risk perception are heroin, cocaine, designer drugs and inhalants, while tobacco and marijuana are perceived as less risky.

Keywords

Risk perception, family, university students, drugs.

Tabla de contenido

Resumen.....	1
Palabras clave.....	1
Abstract.....	1
Keywords.....	1
Introducción.....	5
Planteamiento del problema.....	6
Pregunta.....	10
Justificación.....	11
Objetivos.....	13
General:.....	13
Específicos:.....	13
Marco referencial.....	14
Antecedentes.....	14
Marco teórico.....	35
Contexto histórico de las drogas.....	35
Percepción del riesgo.....	39
Ciclo vital.....	40
Factores de riesgo y protección.....	41
Acompañamiento familiar.....	44
Contexto universitario.....	46
Hábitos y estilos de vida saludables.....	48
Estrés académico.....	49
Metodología.....	51
Enfoque de estudio.....	51
Nivel de estudio.....	51

Método de estudio.....	52
Población.....	52
Muestra	53
Técnicas de recolección de información.....	53
Tabla N 2:	54
Tabla N 3.....	55
Procedimiento	55
Aspectos éticos del estudio	55
Análisis de información	56
Resultados	57
Tabla N 6.....	59
Tabla N 7.....	61
Tabla N 8.....	62
Tabla N 9.....	62
Tabla N 10.....	63
Tabla N 11.....	63
Tabla N 12.....	64
Tabla N 13.....	65
Tabla N 14.....	65
Tabla N 15.....	67
Tabla N 16.....	69
Tabla N 17.....	70
Tabla N 18.....	70
Tabla N 19.....	71
Tabla N 20.....	72

Tabla N 21.....	73
Tabla N 22.....	73
Tabla N 23.....	74
Discusión de resultados.....	75
Conclusiones.....	80
Referencias.....	83
Anexo N 1.....	88

Introducción

Diversos estudios han demostrado que el consumo de drogas es una realidad actual y, que además representa un riesgo para el desarrollo de la persona en sus diferentes áreas de vida, aunque la percepción que tienen las personas pueda ser distinta. El presente estudio, contiene aspectos referentes a la investigación de la percepción de riesgo de consumo en estudiantes de la Universidad Católica Luis Amigó, específicamente, los de primer semestre de los diferentes programas ofertados por la institución.

El objetivo principal, es poder identificar cuáles son los factores que influyen o no en que los estudiantes perciban el consumo como un riesgo para sí mismo y sus entornos, al iniciar la vida universitaria; que además refiere un momento de cambio, para los adolescentes, jóvenes y adultos que inician sus procesos de preparación profesional.

La percepción de riesgo, puede definirse como un juicio que las personas tienen acerca de algo, en este caso el consumo y, de los riesgos que conlleva; esa percepción puede verse influida por múltiples factores como lo son los contextos sociales, la familia, los valores, creencias, aspectos culturales o características de personalidad, que van generando una determinada visión frente a las diferentes situaciones y como responder a ello.

Para el análisis de la percepción de riesgo, se hace necesario entrar a cuestionar y abordar elementos como, el consumo de diferentes sustancias, la frecuencia de consumo, aspectos sociodemográficos, edad, estado civil, creencias religiosas, relaciones interpersonales, género, familia, legalidad, entre otros; para ello, se utilizó un instrumento virtual, donde se realizaron múltiples preguntas a los estudiantes, con respecto a los factores previamente mencionados.

Con lo que respecta al marco teórico, fue basado en estudios previamente realizados en instituciones de servicios educativos, la revisión del contexto histórico de las drogas, estudios relacionados con la percepción de riesgo en diferentes etapas vitales, los factores de riesgo y protección que acompañan el consumo, el acompañamiento familiar y el contexto universitario.

Planteamiento del problema

El consumo de sustancias psicoactivas es un tema que día a día toma más fuerza, hasta tal punto de convertirse en una problemática social y de salud pública, en la cual se ve afectada toda la población, independiente de la edad o la clase social a la cual pertenece. A este problema social se le suma no solo la indiferencia de gran parte de la sociedad ante la población consumidora, sino también la normalización de la situación por parte de las personas que se consideran ajenas a ella. Además, un agravante que se suma a esta preocupante situación, es el hecho de que cada vez los consumidores son más jóvenes, es ahí donde radica la importancia de la presente investigación.

Es importante conocer cuáles son las percepciones y los imaginarios que tienen los estudiantes universitarios sobre el consumo de drogas, dado que esto podría facilitar el reconocimiento de los factores que llevan a estos estudiantes a probar y consumir sustancias a las que posiblemente generen dependencia en el futuro.

Es necesario entender qué tanto influye en las conductas adictivas elementos como la libertad que adquieren los jóvenes al ingresar a la universidad, ya que es un espacio en el cual se tiene un alto grado de independencia, donde hay poca vigilancia y donde es el estudiante quien debe ser consciente de las actitudes y comportamientos que adoptan y que le ayudarán al cumplimiento de los objetivos académicos o por el contrario el entorpecimiento de estos.

Es no solo interesante, sino también de gran importancia determinar cuál es el grado de normalización e indiferencia que presentan los estudiantes respecto al consumo de drogas en este entorno, ya que, teniendo claridad y evidencia sobre el tema podría pensarse en un futuro en la construcción de estrategias que ayuden a combatir esta problemática.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, es necesario abordar el tema de las adicciones químicas y no químicas como un fenómeno que se ha ido convirtiendo a través de los años en una problemática social que afecta a una parte importante de la población mundial, hasta el punto de llegar a ser consideradas por la Organización Mundial de la Salud como una enfermedad.

Actualmente se siguen consumiendo sustancias como la marihuana, la cocaína y la heroína y muchas otras existentes hace largo tiempo; sin embargo, en los últimos años ha habido un incremento en el consumo de medicamentos que, aunque cuentan con prescripción médica, no son utilizados para estos fines, además está la aparición de nuevas drogas, cuyos orígenes son desconocidos e ilegales; por todo lo anterior, es preciso pensar que es primera vez que la sociedad tiene tan fácil acceso a una gran diversidad de drogas (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, 2018).

A lo largo de los años, no solo han ido surgiendo nuevas sustancias, sino que también ha habido variaciones en la producción de las drogas ya existentes. Entre estas sustancias están: los opiáceos, que han tenido un descenso significativo en su producción durante los últimos años; la producción de cocaína que, al contrario de los opiáceos, tuvo un aumento bastante marcado entre los años 80 y 90 y que se estabilizó hace apenas diez años, dejando como resultado una gran cantidad de cocaína disponible al consumo, sin embargo, en los últimos años el consumo de esta sustancia podría estar descendiendo. Además, está el cannabis, que es una de

las drogas más consumidas a nivel mundial, ya que su cultivo y producción es sencillo y se produce en la mayoría de países del mundo; finalmente están las sustancias sintéticas que cada vez aumentan más, tanto su consumo como su producción (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, 2015).

En cuanto al aumento del consumo de drogas sintéticas, es mucho mayor que hace unos años. Actualmente en varios países se ha presentado un incremento del consumo de medicamentos que requieren prescripción pero que no se hace con fines médicos; estas sustancias se ingieren de manera inadecuada, abusando de las dosis recomendadas o del consumo por personas a quienes no les fueron recetadas, generando a mediano y largo plazo una adicción. (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, 2015).

Por otro lado, se ha evidenciado que el inicio del consumo de drogas y alcohol se da en la adolescencia, como resultado de un proceso cultural y de vinculación con pares. En los jóvenes entre 19 y 25 años, la prevalencia de consumo es alta, estos experimentan cierto periodo de distanciamiento con la edad adulta, un proceso de búsqueda de la identidad, creencias y comportamientos donde es fundamental la pertenencia a grupos; en estos grupos sociales se comparten experiencias, aprendizajes y comportamientos con los cuales se vinculan sus miembros, dentro de estas experiencias pueden destacarse el consumo de drogas (Cazenave et al., 2017).

La elaboración de la identidad que acompaña esta etapa se basa en prácticas que buscan construirla y delimitarla desde una perspectiva juvenil, ser joven significa el ingreso a este mundo donde se establecen formas específicas de expresión, códigos y discursos, distintas a las de los adultos (Cazenave et al., 2017, p.16).

El sentimiento de incompreensión es algo muy común en la etapa adolescente, es por esta razón que los jóvenes buscan pertenecer a algún grupo que les ayude a llenar ese sentimiento, encontrando personas que atraviesan por la misma situación. Esta conformación de grupos sociales entre los adolescentes, que cada vez es más común, puede suponer un riesgo para esta población y puede ser la puerta de entrada a un posible consumo de sustancias.

En general, los adolescentes que comienzan a consumir, desconocen por completo las implicaciones y las consecuencias que esto puede tener en sus vidas a mediano y largo plazo, esto dado que no tienen conocimiento de la composición o los efectos reales que tienen dichas sustancias en el organismo y del impacto negativo que produce en la vida personal, familiar y social; por esta razón es común que la percepción que tienen los jóvenes sobre el consumo de sustancias sea desde una perspectiva positiva, basándose únicamente en los efectos inmediatos.

Sin embargo, la conformación de grupos en busca de identidad no es exclusivo de los adolescentes, esto se observa también al interior del contexto universitario, donde los grupos se conforman por afinidad en las carreras, por gustos musicales, porque se comparten pasatiempos en común e incluso por el consumo de alguna sustancia. Esta situación de consumo de drogas al interior de las universidades crece cada vez con más fuerza, esto por la normalización de algunos tipos de conductas que hace a esta población indiferente a las situaciones que van pasando a su alrededor, como, por ejemplo, el consumo de sustancias psicoactivas.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante que los gobiernos implementen estrategias para combatir el aumento en el consumo de drogas, y esto debe comenzar por controlar el crecimiento y la producción acelerada de las diferentes sustancias que cada vez son más dañinas y más adictivas para quienes las consumen. El primer paso para enfrentar esta

situación es lograr identificar cuáles son los factores que hacen a una persona propensa a caer en el consumo y el abuso de drogas.

Existen diversos factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes, entre ellos está la percepción que estos tienen del consumo de algunas sustancias que han sido normalizadas socialmente y son legales, como el cigarrillo, el alcohol y los psicofármacos. Esta percepción incide directamente en la experimentación y prevalencia del consumo de sustancias, ya que se evidencia que una percepción de riesgo baja o distorsionada del consumo está relacionada con un mayor consumo y con la transición a drogas ilegales como la marihuana. (Ruiz et al., 2010). La baja percepción del consumo de ciertas sustancias da cuenta de la normalización de estas a nivel social y en el espacio público, no hay ocultamiento del consumo tanto de sustancias legales como ilegales y se convierte en una práctica común entre grupos sociales. Luego de que se presenta la experimentación y consumo de sustancias, puede presentarse la dependencia, y en este punto es difícil para el sujeto poder dejar de consumir, a pesar de que ya logra percibir sus efectos perjudiciales (Knight, 2018). Lo anterior reitera el interés por conocer la percepción de riesgo en los jóvenes para prevenir un posible abuso y dependencia a sustancias psicoactivas.

Pregunta

¿Cuál es la percepción de riesgo de consumo que tienen los estudiantes de primer semestre de todos los programas académicos de la Universidad Católica Luis Amigó?

Justificación

El consumo de sustancias psicoactivas es una realidad social que ha estado presente desde épocas anteriores, hasta la actualidad, sin embargo, su presencia ha tomado cada vez más fuerza en los diferentes contextos donde se desarrolla el ser humano. Su uso, proviene de diferentes factores de riesgo a nivel personal, social, educativo, laboral, familiar y genera consecuencias negativas significativas para la calidad de vida de quienes consumen las sustancias y quienes le rodean, ya que, hay impacto en todas las esferas que atraviesan al ser humano.

Si bien el consumo de sustancias hace presencia en nuestros diferentes contextos, su percepción puede variar, de acuerdo a edades, creencias, experiencias y múltiples factores que conllevan a que se genere concepción de lo que es una sustancia, una conducta abusiva de consumo y los factores de riesgo que existen alrededor de dicho comportamiento.

Para el presente trabajo, la población objeto son los estudiantes de primer semestre de la Universidad Católica Luis Amigó, quienes son en su gran mayoría, personas en edades tempranas y en quienes puede presentarse un índice alto de riesgo de consumo, teniendo en cuenta aspectos como sus ideologías, concepción del consumo de sustancias, historias familiares, aspectos psicológicos, entornos de convivencia y por supuesto sus contextos sociales; dicho lo anterior, se hace oportuno tener un acercamiento a la percepción de los estudiantes acerca del consumo de sustancias, para así, lograr una identificación de posibles factores de riesgo y protección existentes, que a su vez, podrán apoyar la construcción de programas de promoción y prevención dentro de la Universidad, beneficiando así, a la comunidad educativa y a sus familias de manera indirecta.

Si bien la investigación por sí sola no logra resolver la problemática de consumo, si se convierte en un punto de partida e insumo para el descubrimiento de las necesidades que hay en esta población y poder realizar un aporte al programa de prevención de consumo de sustancias psicoactivas que desarrolla la universidad, en este caso, llamado TOMA, el cual enfoca sus esfuerzos en la construcción y aplicación de estrategias de prevención e intervención en consumo de sustancias psicoactivas, tanto dentro como fuera del contexto académico.

Por otro lado, la realización de la presente investigación, permitirá hacer un aporte al conocimiento concerniente a la percepción del consumo de sustancias en jóvenes y universitarios de diferentes focos académicos, que ingresan por primera vez a dicho contexto.

El presente estudio, también genera un aporte social, ya que, da a conocer información importante para otras entidades que tengan un enfoque hacia la población universitaria y quieran generar programas que permitan trabajar la temática del consumo de sustancias y abordar los factores de riesgo alrededor los mismos, teniendo presente las etapas de vida en la que se encuentran y la percepción que tienen de las sustancias y su consumo.

Finalmente, con lo que respecta a las investigadoras, les permitirá generar nuevos aprendizajes a nivel teórico e investigativo, con todo lo que corresponde al campo del consumo de sustancias psicoactivas, relacionándolo con los campos de acción de la psicología y el trabajo social y teniendo la investigación como un medio, para el acercamiento a contextos reales, que sirven como método de práctica para generar contenido teórico e investigativo en torno al consumo de sustancias.

Objetivos

General:

Describir la percepción de riesgo de consumo que tienen los estudiantes de primer semestre de todos programas académicos de la Universidad Católica Luis Amigó

Específicos:

- Reconocer patrones de consumo en la muestra de estudio.
- Identificar las características de la percepción de riesgo de consumo en los estudiantes de primer semestre de todos programas académicos de la Universidad Católica Luis Amigó.
- Contrastar la percepción de riesgo según variables sociodemográficas de género, programa de estudio y edad.
- Relacionar patrones de consumo con la percepción de riesgo.

Marco referencial

Antecedentes

A través de la revisión documental de investigaciones en torno a la percepción de riesgo de consumo, se encontraron algunas investigaciones que abordan el tema de una manera amplia, en contextos universitarios y escolares, con población joven y de diferentes países, las cuales permiten llevar a cabo esta investigación dando luces sobre qué se ha investigado anteriormente con relación al tema investigado para servir de soporte, qué vacíos se encuentran en el conocimiento del mismo y qué nuevas propuestas se pueden generar a partir de este conocimiento para aportar a la ciencia.

Una de las investigaciones sobre el tema es la llamada: “consumo de marihuana en contextos universitarios: percepción de los pares”, realizado por Cazenave et al. (2017), un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, el cual tuvo como objetivo: evaluar la norma percibida del consumo de marihuana en los pares en estudiantes de las carreras de Enfermería y Educación de una universidad pública de una región del norte de Chile; la población participante del estudio fueron 166 estudiantes de segundo a cuarto año de las carreras de Educación y Enfermería de una universidad pública. El instrumento aplicado fue la encuesta auto aplicada de 30 preguntas, dividida en cuatro secciones, creada por Bustamante et al. (2009). Dentro de los resultados de este estudio se destaca que la mayoría de los encuestados eran mujeres, solteros y estudiantes de enfermería; el alto consumo de marihuana para las categorías de “alguna vez en la vida: 52%”, “último año: 54.8%” y “último mes: 25.5%”; sobreestimación del consumo de marihuana de sus pares, en especial los estudiantes de Educación, comparado con el uso y frecuencia reales de marihuana.

Respecto al estudio, se puede concluir que la elevada percepción de consumo los pares frente al consumo real de marihuana en los estudiantes de esta universidad, significa un factor de riesgo para el consumo de marihuana; por otro lado, si bien la etapa universitaria por sí misma puede conllevar altas cargas académicas, algunas carreras, en este caso enfermería, implica una carga académica mucho más alta, más exigencias y competitividad, lo cual se convierte también en un factor de riesgo importante para el consumo de sustancias.

Otra investigación que puede aportar al conocimiento del tema es “Percepción de riesgo y consumo de drogas legales en estudiantes de psicología de una universidad mexicana” de los autores: De San Jorge, Montes, Beverido y Salas, del año 2015. El cual fue un estudio transversal, observacional y analítico, donde se utilizó un muestreo aleatorio estratificado probabilístico, y un instrumento que midió la prevalencia de consumo y la percepción de riesgo mediante tres indicadores: percepción sobre el riesgo del consumo, gravedad del problema en la universidad y posibles respuestas de las autoridades de la Facultad de Psicología ante el problema. Entre los resultados del estudio, se encuentra que la mayor parte de los participantes fueron mujeres, la edad promedio de todos eran 22 años, la percepción de riesgo específicamente para el cigarrillo se evidencia que el 96% de los evaluados consideraba muy peligroso el hecho de fumar una cajetilla de cigarrillos al día, y el restante lo percibe como medianamente peligroso. Para el consumo de alcohol hasta emborracharse, el 75% lo consideró muy peligroso, 22% medianamente peligroso, 3% poco peligroso.

En la anterior investigación se logra concluir que no hay una relación significativa entre la percepción de riesgo de consumo y el consumo de los participantes, debido a que, los jóvenes a pesar de reconocer el alto riesgo de ciertas sustancias, continúan consumiéndolas. Por otro lado, si se evidencia una percepción de riesgo más baja para el consumo de alcohol, lo cual

puede relacionarse con que, además de ser una droga legal, ha sido más normalizada socialmente y su consumo se extiende ampliamente a diferentes contextos sociales y familiares.

Dentro del rastreo, se tiene en cuenta la investigación “relación de percepción de riesgo y consumo de alcohol en adolescentes” desarrollada por Mendez-Ruiz et al, (2015). El propósito principal de este estudio fue conocer la relación entre percepción de riesgo y el consumo de alcohol en adolescentes de preparatoria. El estudio fue de tipo descriptivo, correlacional, con una muestra de 345 adolescentes de 15 a 20 años de edad, utilizando como instrumentos el Cuestionario de Percepción de Riesgo hacia el Consumo de Alcohol y AUDIT (Prueba de Identificación de Desórdenes por Uso de Alcohol). El promedio de edad en todos los participantes fue de 16 años, predominio del sexo femenino, se reporta una media de 3.6 para la cantidad de bebidas alcohólicas consumidas en un día típico y su consumo comenzó a los 15 años en promedio, reflejando un inicio de consumo cada vez más pronto, contextualizándose en el año en que fue realizada la investigación. En cuanto a la prevalencia, se encontró que gran parte de los participantes consumieron alcohol en el último año y el último mes. Por otro lado, en los resultados se observa que mayor parte de los participantes muestra un consumo sensato de alcohol, de la parte restante, poco más de la mitad mostraron un consumo dependiente, y el restante, un consumo dañino.

Se destaca del estudio la relación encontrada entre bajo o nulo consumo de alcohol y mayor percepción de riesgo de su consumo por parte de los adolescentes participantes, y de otro lado, una menor percepción de consumo es considerada por los participantes que si consumen alcohol. Se evidencia que el miedo o una actitud negativa hacia las drogas, hace que los jóvenes se abstengan de consumirlas, lo cual puede reflejar también que la percepción de riesgo de

consumo de drogas puede convertirse en un factor de riesgo o protección para adolescentes y jóvenes e incidirá en gran medida en su consumo de sustancias.

Otro estudio rastreado fue “Diferencias en función del sexo en la percepción del riesgo asociado al consumo de drogas en jóvenes” llevado a cabo por Herruzo et al. (2016a) en Andalucía España, en el cual participaron 3819 jóvenes entre 18 y 29 años, mayormente mujeres. Como instrumento se utilizó un cuestionario que pretende describir los patrones de consumo de sustancias ilegales en función de variables como la edad, el sexo, los estudios universitarios, características familiares, etc. y las preguntas se dividían por tipos de drogas. Por otro lado, se preguntaba también por el riesgo de cada sustancia.

Dentro de los resultados de este estudio hay ciertas diferencias de percepción de riesgo de algunas sustancias como el tabaco entre hombres y mujeres, se evidencia que las mujeres tienen una percepción de riesgo más alta que los hombres, solo se encuentra una percepción igual entre los dos sexos en las drogas inhalantes, en las cuales los participantes las evaluaron como peligrosas. En el estudio se realiza un análisis sobre la percepción de riesgo de los participantes para cada sustancia estudiada, por un lado, se evidencia que los jóvenes tienen cierto nivel de claridad sobre los diferentes efectos producidos por distintos tipos de drogas y su nivel de peligro en ciertas ocasiones; sin embargo, la percepción del riesgo de los y las jóvenes por ejemplo, para el consumo de alcohol y sus implicaciones a nivel psíquico, es muy baja, cuando los estudios han demostrado que el consumo masivo de alcohol entre jóvenes ha aumentado y las consecuencias a nivel psíquico a largo plazo son altas, por lo cual los autores recomiendan el fortalecimiento de las campañas de prevención en este ámbito. Para el consumo de tabaco, la percepción de peligro es alta, se tiene conocimiento sobre las implicaciones en distintos niveles; el cannabis muestra ser la droga ilegal más consumida y se evidencia en el estudio el gran nivel de tolerancia social y

la baja percepción de riesgo que se tiene sobre esta; finalmente, drogas como las anfetaminas, cocaína y heroína tienen un patrón de percepción de riesgo alto.

Se encuentra interesante el estudio llamado “ El consumo de cannabis y la percepción de riesgo en jóvenes universitarios” de Ruiz-Olivares et al. (2010), el cual tuvo como objetivo relacionar el consumo de cannabis con la percepción de riesgos como, sufrir un accidente de tráfico, padecer problemas de salud transitorios, problemas legales, dificultad en las relaciones interpersonales, disminución de la capacidad para realizar tareas y problemas de salud graves e irreversibles, con una muestra de 1011 estudiantes de la Universidad de Córdoba, en España, de los cuales había una mayor parte mujeres. Se realizaron 2 cuestionarios que evaluaban los patrones de consumo de las diferentes sustancias y la motivación para dicho consumo en relación a algunos factores de distinción.

Respecto a los resultados y discusión obtenidos del estudio se puede evidenciar que los jóvenes que más consumían cannabis, valoraban mucho más bajo los riesgos asociados a su uso y efectos sobre accidentes de tráfico, enfermedades, problemas legales, dificultades en las relaciones interpersonales, entre otros, generando una fuerte relación entre la percepción de riesgo y el consumo de los jóvenes. Del mismo modo, la relación entre percepción de riesgo y consumo se ve evidenciada en los jóvenes que no consumen o lo hacen de manera ocasional, y tienen una percepción de riesgo más alta, lo que puede convertirse en un factor protector para ellos, ya que conciben que el consumo de cannabis puede conllevar a mayores problemas de diversas índoles.

Entre los estudios abordados, se encuentra uno titulado “Consumo de marihuana: percepción de riesgo en adolescentes”, llevado a cabo por Knight en el año 2018, en Buenos

Aires, Argentina. El objetivo del estudio fue conocer la percepción de riesgo del consumo de marihuana y determinar su asociación con el consumo de dicha sustancia.

Para su desarrollo se emplea una metodología de estudio no experimental, mixto, exploratorio, descriptivo y correlacional de corte transversal, en adolescentes de sexo femenino y masculino, escolarizados, con edades de 13 a 18 años de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires. Utilizando una técnica de muestreo no probabilística por disponibilidad de distintas escuelas públicas y privadas, contando con una muestra de 389 casos.

Los instrumentos de recolección de datos fueron un Cuestionario de Consumo de Marihuana auto administrado, el mismo fue construido AD-HOC, con datos sociodemográficos, una serie de preguntas sobre el consumo y una serie de frases organizadas en escala Likert. Teniendo en cuenta lo anterior, se concluye que los adolescentes tienen la creencia de que el consumo de sustancias relaja, divierte, ayuda a la cura y el tratamiento de enfermedades, pero también reconocen que puede ser perjudicial para la salud y el funcionamiento cognitivo.

Adicionalmente, se concluye que los adolescentes consumidores perciben que la marihuana es menos perjudicial que el tabaco y los de mayor edad consumen más que los de menor edad; lo cual aporta al estudio que se está llevando a cabo, en el sentido de analizar los comportamientos y creencias según edades, experiencias y evaluando factores como el acercamiento al consumo de sustancias y también la fuente de información que tienen los estudiantes y la educación entorno al consumo.

Otro de los estudios abordados, fue el titulado como “Análisis del consumo de drogas legales como el alcohol, el tabaco y los psicofármacos, y la percepción del riesgo en jóvenes universitarios”, llevado a cabo por Ruiz Olivares et al. (2010), en la ciudad de Córdoba, España.

El estudio presentó como objetivo principal, relacionar el consumo de sustancias como el alcohol, el tabaco, y los psicofármacos con la percepción de riesgos como, sufrir un accidente de tráfico, padecer problemas de salud transitorios, problemas legales, dificultad en las relaciones interpersonales, disminución de la capacidad para realizar tareas y problemas de salud graves e irreversibles. Con un diseño *expost-facto* prospectivo de grupo único, y un cuestionario elaborado a partir de la encuesta sobre drogas del Plan Nacional y el Plan andaluz y en el cuestionario utilizado en el trabajo de Arenas et al. (2002). En el estudio participaron 1011 (42% hombres y 56% mujeres) estudiantes universitarios de los diferentes centros que componen la UCO, de los cuales el 59,3% estudian una carrera de las macro áreas de ciencias y el 47% una carrera de las macro áreas de humanidades, ciencias sociales y jurídicas con edades entre los 18 y 27 años.

Entre los hallazgos del estudio, se logra evidenciar que en general aquellos jóvenes universitarios que consumen habitualmente, valoran con una menor puntuación los diferentes riesgos asociados al consumo y coinciden a la hora de valorar como posible riesgo el consumo de alcohol a un accidente de tráfico y el tabaco a problemas de salud; sin embargo la percepción de riesgo sigue siendo baja, lo cual evidencia una posible falencia en los programas de prevención que se desarrollan en las universidades y muestra al estudio en desarrollo, la necesidad de que dicha temática sea abordada con nuevas estrategias, que más que hacer una relación de consumo y riesgo; busquen educar de manera participativa y trabajar en la percepción que se tiene del consumo.

Una de las investigaciones que aborda este tema, es la llamada “Creencias y motivos asociados al consumo y no consumo de cocaína en población escolarizada de la ciudad de Valencia (España)”, escrito por los autores C.C. Morales-Manrique, F.J. Bueno-Cañigral, R.

Aleixandre-Benavent, y J.C. Valderrama-Zurián, en el año 2010. Esta investigación tiene como objetivo explorar las diferentes creencias y motivos relacionados con el consumo o no consumo de cocaína en la población escolarizada de España, haciendo énfasis en la diversidad de género.

En la realización de esta investigación participaron 1.324 estudiantes que se encontraban cursando la secundaria y obligatoria del curso de 2007-2008, de los que el 48% eran hombres y entre las estrategias utilizadas se incluyeron las pruebas chi cuadrado y regresiones logísticas, y entre los resultados obtenidos en este estudio relacionados con el no consumo de cocaína, están las creencias de que el consumo es perjudicial para la salud física y mental y para las personas que se desenvuelven en estos entornos sociales. Además, se pueden presentar conductas delictivas o accidentes una vez se haya perdido el control de uno mismo por el exceso de consumo.

También se encontró que los motivos del consumo de drogas se encuentran relacionado con los contextos sociales como fiestas y reuniones, el establecimiento de relaciones sexuales, para disfrutar o “resistir” más y las razones encontradas para no consumir están ligadas a los daños en salud física y mental.

A manera de conclusión, es importante dar a conocer cuáles son los efectos y consecuencias que deja el consumir sustancias y los efectos adversos que puede acarrear, esto con el fin de que las personas comprendan que por más que se crea posible controlar el consumo, finalmente terminan perdiendo el control y así disminuir el consumo de drogas.

Otra investigación relacionada con el tema es “Percepción de la comunidad universitaria sobre el consumo de sustancias psicoactivas en la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia” realizado por Isabel Cristina Posada, Eneida Puerta-Henao Psic,² Eliana María Alzate, Paola Andrea Oquendo, en el año 2014.

Esta investigación tiene como objeto realizar un análisis acerca de la percepción que tienen los estudiantes universitarios sobre el contexto y los factores de riesgo que se presentan en este relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

Este trabajo contó con una metodología de investigación, basada en un diseño cualitativo con un enfoque hermenéutico. Para su implementación se entrevistó 18 personas, entre las que se encontraban estudiantes y profesores del área de Bienestar Universitario; su análisis se llevó a cabo mediante la codificación, categorización, interpretación y sus resultados identificaron a la universidad como una institución de calidad en educación e investigación donde se asume una posición ante la vida, la ciudad y la academia y, a su vez, como un escenario con elementos que facilitan el consumo: espacio físico, imaginarios, estilos de vida, lo que simboliza ser universitario y el expendio de drogas; concluyendo así, que el consumo de drogas debe abordarse desde una perspectiva que inicie de lo micro a lo macro, de lo nacional a lo internacional.

Esta investigación habla de la percepción del riesgo definida por la Comisión de Estupefacientes de la ONU en 1999 como el cambio en la forma en la que la sociedad percibe el uso indebido de drogas y su mayor tolerancia. De ahí que la percepción del riesgo es el proceso de la identificación del grado de peligrosidad o no de una conducta realizada, convirtiéndose en una problemática en la cual intervienen factores como la información disponible de ciertos temas, el consumo social en los contextos recreativos, las expectativas que se tiene antes de consumir, las experiencias vividas a lo largo de su vida y el ambiente en el que se desenvuelve.

La gravedad que presentan estas problemáticas que se derivan del consumo de drogas y la rapidez con que evolucionan los contextos sociales en cuanto a la percepción del riesgo que tiene la sociedad sobre el consumo, buscando contrarrestar estas, con el control que se le ha

hecho a los cultivos de droga y la producción y comercialización se suman las nuevas sustancias emergentes y las nuevas percepciones de riesgo, considerándose este como el pilar fundamental en los programas de prevención del consumo.

En este trabajo se emplearon encuestas EDADES 2015 y ESTUDES 2014-2015 del PND aplicando sus respectivas estadísticas, acompañado de un trabajo de campo en el que han intervenido alumnos de las instituciones: IES Fernando de Herrera de Sevilla y el IES Ramón y Cajal de Tocina (Sevilla). Además, se realizó una encuesta centrada en la percepción del riesgo sobre el consumo de drogas, en especial el consumo de los estudiantes, una conferencia con fines educativos sobre los aspectos tóxicos más relevantes del alcohol, tabaco y cannabis y finalmente una segunda encuesta con la cual se desea comprobar si ha habido algún cambio en la percepción del riesgo, luego de dicha conferencia.

Este trabajo tiene como fin hacer una relación entre el consumo de algunas sustancias como el alcohol, el tabaco, y los psicofármacos con la percepción de riesgos frente a situaciones como los accidentes de tráfico, los problemas de salud transitorios, problemas con la ley, problemas en las relaciones interpersonales y sociales, cambios en el comportamiento y disminución en la capacidad de realizar tareas que solía hacer sin ninguna dificultad, problemas de salud que pueden llegar a ser graves e irreversibles y un deterioro en las relaciones familiares.

La metodología que se implementó consistió en la implementación de un cuestionario que se elaboró a partir del cuestionario utilizado en el estudio “Andaluces ante las drogas”, recogiendo información sociodemográfica en relación con la percepción del riesgo de distintas sustancias en estudiantes de la Universidad de Córdoba. Posteriormente se analizaron los resultados de la investigación en los que se observa que son los jóvenes consumidores de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas quienes tienen una percepción del riesgo más baja sobre

sus efectos y los posibles riesgos derivados del consumo. “Además, el modelo de regresión para cada una de las sustancias indica que una valoración baja en determinados riesgos puede predecir un mayor consumo de la misma. En conclusión, dadas las tendencias de consumo de drogas en estudiantes universitarios y la baja percepción del riesgo de ciertas consecuencias negativas derivadas del mismo sería conveniente poner en marcha estrategias preventivas en el ámbito universitario” (Oliveres et al., 2010, p.25).

Actualmente la percepción que tienen los jóvenes del consumo, en gran medida se encuentra relacionada con un tema de “moda”, ya que, según las charlas y conferencias, es una gran parte de la población estudiantil quienes presentan consumo de drogas, adicional a esto estas sustancias adictivas son de fácil acceso en el mercado de las drogas como el alcohol, tabaco o marihuana haciendo vulnerables a los estudiantes que no son consumidores.

Partiendo de lo anterior, se quiere dar a conocer la dinámica de esta investigación. Este trabajo se llevó a cabo durante el mes de julio del año 2015, en la institución educativa de los Valles de la Universidad de Guadalajara, con los estudiantes de la misma facultad. Partiendo de ese contexto universitario es importante conocer si los estudiantes de esta Universidad atraviesan por situaciones de consumo de drogas, mediante una búsqueda exhaustiva de información.

La metodología que se implementó en este trabajo se llevó a cabo en dos partes: inicialmente se realizó una descripción de los aspectos conceptuales y etiológicos en relación con el consumo de drogas y las conductas adictivas en la población universitaria. En segundo lugar, se indaga por los factores de riesgo y los factores de protección más cercanos a los estudiantes, como los elementos que inician o mantienen la conducta de consumo, describiendo la relación entre consumo y percepción del riesgo.

Posterior a esto se analizó que los jóvenes de esta institución educativa manifiestan marcadas conductas de consumo con relación a sustancias como el alcohol, el tabaco, las benzodiazepinas, el cannabis, la cocaína y los alucinógenos, donde las personas que presentan mayor consumo, además, presentan una percepción del riesgo más baja ante sus efectos y sus consecuencias.

La realización de esta investigación tiene como objetivo investigar la relación que existe entre la percepción de riesgo y el consumo de drogas legales e ilegales. Se implementa una muestra de 150 hombres y 149 mujeres estudiantes de bachillerato, con una edad promedio de 17 años. Para llevarla a cabo el docente elaboró una encuesta relacionada con la percepción del riesgo y el consumo de drogas, en la que se incluyeron preguntas como la opinión de cuál es el grado de peligrosidad de las sustancias psicoactivas legales e ilegales y la frecuencia en que se consume cada sustancia.

La diferencia en los resultados de los hombres y las mujeres fue cuantitativamente significativa en la frecuencia en que consumen alcohol, lo que evidencia que entre menor percepción de riesgo mayor es la frecuencia y cantidad de consumo de drogas. Finalmente concluye que estos hallazgos tienen gran influencia sobre las intervenciones de tipo preventivas y terapéuticas en los adolescentes.

La investigación titulada como “Percepción de riesgos y consumo de drogas en estudiantes universitarios de enfermería, Arequipa, Perú”, realizada por Fidel Urday-Concha, Caridad González-Vera, Lorenzo Jesús Peñalva Suca, Esther Lourdes Pantigoso Bustamante, Serafín Humberto Cruz Sánchez, Lino Pinto en el año 2019, en la ciudad de Arequipa.

Su objetivo principal fue tener una primera aproximación sobre la prevalencia de vida, información, percepciones y comportamientos de riesgo respecto del consumo de drogas lícitas, ilícitas y médicas, según sexo, en estudiantes de enfermería.

Para dar cuenta de lo anterior, se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo exploratorio y corte transversal, tipo censo en estudiantes universitarios matriculados en el tercer año, ciclos V y VI, segundo semestre de 2014, de la Escuela de Enfermería de una universidad privada de Arequipa Metropolitana, utilizando como herramienta de recolección, un cuestionario auto diligenciado, estandarizado, previamente evaluado y validado en la población universitaria de los países andinos y éste fue aplicado a 94 estudiantes.

Como hallazgos de dicho estudio, se encuentra una alta prevalencia de vida del consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas en estudiantes de enfermería, de las que el alcohol es la droga de mayor consumo (88,4%), seguido del tabaco (62,8%) y de la marihuana (17,4%). Adicionalmente, hay una percepción de riesgo del consumo frecuente de alcohol, donde se evidencia también que casi ocho de cada 10 estudiantes perciben el consumo de alcohol como una conducta de alto riesgo, mientras que para el consumo de drogas ilícitas nueve de cada 10 refieren que son las de más riesgo para la salud.

Como aporte a la presente investigación, podemos evidenciar que el consumo de sustancias como el alcohol y el tabaco, son del común uso de estudiantes universitarios, lo cual podría generar cuestionamientos en torno a la accesibilidad que tienen los estudiantes a éste tipo de droga y cuáles podrían ser las causas de que se incremente su uso con la actividad académica.

Otro de los estudios abordados, se titula como “Uso de sustancias y percepción de riesgo: Estudio comparativo entre jóvenes de Bogotá y Barcelona”, desarrollado por Ángela

María Trujillo, María Forns i Santacana y Augusto Pérez Gómez, en las ciudades de Bogotá, Colombia y Barcelona, España, en el año 2007.

El estudio mencionado tuvo como objetivo principal, el determinar las diferencias y similitudes existentes entre jóvenes de Barcelona y jóvenes de Bogotá, en cuanto a sus hábitos de consumo de sustancias psicoactivas, la percepción que tienen sobre actividades que involucran el consumo y cómo la percepción de riesgo influye en estos hábitos.

Para llevar a cabo el estudio comparativo, se utilizaron las variables de riesgo estudiadas por Benthin, Slovic y Severson (1993) para evaluar la percepción de riesgo y los hábitos de consumo, también se emplearon algunas de las escalas de Benthin et al. (1993). Con estas escalas se analizaron algunas actividades de riesgo de consumo. La muestra la componen 865 jóvenes de ambas ciudades escolarizados, entre los 15 y los 18 años y hubo participación de diez instituciones en Barcelona y seis en Bogotá, con estudiantes de los grados noveno, décimo y once de bachillerato.

Entre los resultados del estudio, se encontró que la edad de inicio en el consumo de alcohol, marihuana y la primera vez que se embriagan, es significativamente diferente según la ciudad en la que se vive, teniendo un consumo mayor los jóvenes de Barcelona en comparación con los de Bogotá; adicionalmente, se sugiere que existen diferencias en cuanto a la edad de inicio de consumo de alcohol, de cigarrillo y marihuana entre los jóvenes de ambas ciudades; resaltando que esta diferencia en la edad en que se inicia el consumo de marihuana solo se presenta para los jóvenes de 17 a 18 años.

También parece existir una similitud entre ambas ciudades en el inicio del consumo de tabaco y de drogas como la cocaína, la heroína o las pastillas. En lo que refiere a la percepción,

no parece haber una influencia en los hábitos de consumo, después de conocer sus riesgos y consecuencias.

Lo anterior, permite explorar e identificar los comportamientos de consumo e intención de consumo que se van desarrollando desde edades tempranas y etapas de cambio como lo pueden vivir los jóvenes entre las edades propuestas; adicionalmente, pueden evaluarse variables a nivel social, individual y familiar como aportantes a dichas conductas de consumo.

Otro de los estudios abordados, se titula “Percepción del Consumo de Sustancias Psicoactivas en estudiantes de Pregrado en la Universidad Tecnológica de Pereira”, por María Camila Correa Torres, en la ciudad de Pereira, Risaralda, en el año 2019.

Su objetivo principal fue describir las percepciones e imaginarios asociados al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de pregrado de la Universidad Tecnológica de Pereira, para lo cual fue utilizada una metodología de corte cualitativo, guiada a partir de un enfoque crítico social. Con respecto a la población, ésta fue determinada por grupos focales de 7 a 10 estudiantes de las diferentes facultades de la universidad.

Entre los hallazgos y conclusiones del presente estudio, se puede evidenciar la importancia de reconocer la comunidad estudiantil, sus contextos y particularidades, que pueden ser un medio para llegar al consumo; adicionalmente, se evidencia que las universidades enfrentan situaciones de oferta y demanda de SPA, como otros mercados que también incitan al consumo. También se encuentra que el consumo se está generando en las edades tempranas y que no necesariamente el ámbito universitario es el que incita a los estudiantes al consumo.

Finalmente, este estudio hace un aporte contextual, ya que es desarrollado en Colombia y en el sector universitario, lo cual permite hacer cuestionamientos acerca de la efectividad de los programas que se desarrollan en torno al análisis del consumo en dicha

población y adicionalmente invita a una prevención más temprana, como herramienta para disminuir el riesgo.

Entre los estudios abordados se encuentra una investigación titulada como “Percepción de los alumnos de enfermería de la Universidad de La Laguna del consumo de cannabis”, realizado por David Jared Fumero Molina, en España.

El objetivo para su investigación fue conocer la percepción de los estudiantes de enfermería de la Universidad de La Laguna sobre el consumo de cannabis. La metodología utilizada fue una búsqueda bibliográfica de trabajos sobre el cannabis, mediante diferentes bases de datos académicos y también su estudio fue descriptivo transversal.

Con respecto a la población abordada, el universo de estudio fueron todos los alumnos de enfermería de la Universidad de La Laguna del Hospital Universitario de Canarias, formado por los cuatro cursos de enfermería. La muestra está formada por todos los estudiantes que colaboraron en el cuestionario siguiendo los criterios de inclusión y exclusión, con un total de 166 alumnos.

Como conclusión de la investigación se encuentra que la prevalencia de consumo de cannabis en esta población es menor a la general; también se encuentra como característica principal, que la mayoría de ellos probaron la sustancia en edades de entre los 16 a los 19 años. También se encuentra que la percepción de peligro en el consumo de drogas es mayor entre los estudiantes de enfermería, lo cual puede deberse a un mayor grado de conciencia, teniendo en cuenta a lo que se dedican.

Finalmente, el presente estudio tiene una relevancia para la presente investigación, teniendo en cuenta dos patrones como lo son el área de estudio y la edad, los cuales pueden influir en que se presente o no un mayor riesgo de consumo de sustancias como el cannabis; es

decir puede haber una relación entre la conciencia sobre el tema y el desconocimiento del mismo.

También se encuentra como referencia el estudio titulado como “Percepción de los alumnos de enfermería de la Universidad de La Laguna del consumo de cannabis”, desarrollado por Viviana Betancur Quiceno, Angel David Jimenez, Luis Carlos Rios y Víctor Manuel Ocampo, en el año 2019, en la ciudad de Boyacá.

El objetivo del estudio fue conocer cuál es la percepción que tienen los estudiantes de 13 a 18 años de la institución educativa técnica Boyacá de Ibagué, sobre el consumo prematuro de sustancias alucinógenas, a fin de poder diseñar estrategias de prevención en torno a esta situación.

El desarrollo de la investigación se da desde una metodología de enfoque mixto y el diseño de la investigación es descriptivo. Para el desarrollo del estudio se tomó como población a los estudiantes entre 13 y 18 años de la institución Educativa Técnica Boyacá, 20 de género femenino y 20 de género masculino, de familias humildes, donde la descomposición familiar se hace evidente, con bajo nivel académico, social y cultural. Como instrumento, se aplicó un cuestionario que consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir con las categorías de riesgo contextual, percepción de consumo y la de conocimiento general de sustancias.

Entre las conclusiones de la investigación se encuentra que la percepción de los estudiantes con relación al consumo de sustancias alucinógenas, puede estar permeada por el nivel de riesgo contextual, teniendo presente el núcleo social; así mismo se refleja un inicio temprano de consumo. Adicionalmente, los resultados arrojan una frecuencia de consumo alto y manifiestan que las sustancias son de fácil acceso para ellos.

Lo anterior es de gran importancia en el estudio, ya que, concuerda con otros estudios que se han realizado, donde se encuentra como un factor principal de riesgo el contexto social y la percepción va ligada a ello, más el acceso que se tiene a las drogas. También es de vital importancia conocer otros sectores académicos, no solo el universitario, ya que ello amplía la oportunidad de conocer otras perspectivas y el manejo que se le da en términos de prevención desde las comunidades educativas.

Para la presente investigación, también fue abordado el estudio titulado “Percepción de riesgo y consumo de alcohol y/o tabaco en estudiantes universitarios de ciencias de la salud”, realizado por los autores Pedro González Angulo, Juan Yovani Telumbre Terrero, Manuel Antonio López Cisneros, Jasmín Urania Camacho Martínez, José Luis Ulloa Mayo y Javier Salazar Mendoza en el año 2018 en México. El objetivo de este fue identificar la relación entre la percepción de riesgo y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de una institución pública educativa de la Ciudad del Carmen Campeche, México.

Para su metodología se utilizó un diseño no experimental de tipo descriptivo y correlacional, con una muestra de 190 estudiantes seleccionados por el muestreo probabilístico aleatorio simple; también se utilizó como instrumento el cuestionario de percepción de riesgo hacia el Consumo de Drogas Lícitas y la Prueba de Identificación de Desórdenes por Uso de Alcohol.

La población estuvo formada por 380 estudiantes de las licenciaturas en enfermería, medicina, fisioterapia y psicología, de una institución educativa pública de nivel superior ubicada en Ciudad del Carmen del estado de Campeche, México y se obtuvo una muestra de 190 estudiantes.

Entre los hallazgos del estudio, se identificó que los participantes inician el consumo de alcohol y tabaco en promedio a los 16 años de edad, que los estudiantes de ciencias de la salud consumen en promedio cuatro bebidas alcohólicas y dos cigarrillos por ocasión y se indica que la mayoría de los estudiantes tienen una alta percepción de las consecuencias negativas que tienen el consumo de drogas, alcohol y tabaco, que a pesar de esto siguen presentado un consumo en ocasiones dañino.

Para concluir, el aporte del anterior estudio a la investigación es la posibilidad de ver cómo la percepción de riesgo, sí puede hacer una diferencia en el consumo de sustancias; en el caso de carreras vinculadas a la salud, se esperaría un porcentaje menor del consumo, al saber las consecuencias que ello acarrea; sin embargo, es necesario también educar a dicha población y generar programas que puedan disminuir ese riesgo de consumo en tal área.

Dentro del rastreo se encuentra un artículo bastante interesante respecto a los cigarrillos electrónicos, los cuales han tomado popularidad en los últimos años. La investigación llamada “Conocimiento, uso y percepción de los cigarrillos electrónicos en estudiantes de ciencias de salud” realizada por Goretti García Castrillo, Juan Carlos Martín Sánchez, Cristina Martínez, José M Martínez Sánchez. Este estudio tuvo una muestra de 380 estudiantes del grado de medicina y enfermería de la Universitat Internacional de Catalunya (Barcelona, España), donde se les aplicaron cuestionarios relacionados con el consumo de tabaco, conocimiento del cigarrillo electrónico y la percepción de nocividad de este.

Los resultados obtenidos a través del estudio demostraron que la gran mayoría de participantes conocían los cigarrillos electrónicos sin encontrarse diferencias en edad, sexo o carrera, que los estudiantes de enfermería mostraron un mayor porcentaje en haber consumido al

menos una vez esta sustancia, frente a los de medicina. En comparación con los cigarrillos convencionales, los estudiantes perciben los cigarrillos electrónicos como menos nocivos.

Es importante mencionar que se percibe menor el riesgo de los cigarrillos electrónicos y la mayoría de quienes lo han consumido lo han hecho por curiosidad, ya que se han utilizado como alternativas al consumo de cigarrillos convencionales prometiendo reducción de la adicción y menores riesgos para la salud. Por otro lado, llama la atención en este estudio, la gran prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos y convencionales en estudiantes de carreras de la salud, quienes precisamente deben preservar y promocionar la salud.

Respecto a los estudios internacionales relacionados con el tema de investigación, se encuentra el llamado “Percepción del riesgo respecto al consumo de alcohol en estudiantes angolanos” de los autores Pedro García do Nascimento, Osana Molerio Pérez, Evelyn Fernández-Castillo realizado en la República de Angola entre el 2016 y el 2017. Se utilizó una muestra de 218 estudiantes universitarios, a los cuales se les aplicó el cuestionario para la evaluación de la percepción de riesgo sobre consumo de alcohol y el cuestionario de creencias, expectativas y actitud ante el consumo de alcohol, el cual fue construido para esa investigación en específico.

Dentro de lo que miden los cuestionarios y los resultados obtenidos se encuentran los riesgos percibidos del consumo de alcohol como trastornos físicos y mentales, el alcohol como un problema social, agresividad o problemas de conducta a partir de su consumo, entre otras; se encuentra también un componente afectivo-motivacional en el cual se encuentran diferentes motivos para consumir como motivo de celebración de un logro, por diversión, por integración con amistades, presión social, estrés, entre otros; se evidencia también un componente intencional en el cual se expresa que algunos jóvenes fuman cuando están bebiendo alcohol, que

piensan que sin alcohol no hay disfrute en las fiestas, o que consideran que el consumo de alcohol recurrente no implica ningún riesgo; finalmente, expectativas frente a otras personas, donde algunos jóvenes expresan que les preocupa ver que los jóvenes consumen cada vez más, que intentarían disuadir a alguien de consumir alcohol, sentir pena por quienes tienen problemas de alcoholismo, que debe evitarse el consumo de alcohol frente a niños y adolescentes, entre otras.

Se encuentra entonces, que la percepción de peligrosidad del consumo de alcohol para la salud es un factor de suma importancia para decidir consumir o no esta sustancia, en especial en las escalas relacionadas con la valoración e información de los riesgos del consumo de alcohol, además, en quienes consumen alcohol frecuentemente, se evidencia una media alta en el componente afectivo-motivacional, lo cual puede interpretarse también en función de la normalización del consumo de alcohol en diferentes escenarios sociales y familiares.

En el rastreo se encuentra una investigación social participativa muy interesante llamada “Percepciones sobre el uso problemático de sustancias en adolescentes” realizada por Carlos Torrado Lois y Gabriela Di Landro en Ecuador con adolescentes. En este estudio se utiliza una metodología participativa en la que se incluye a la comunidad en la promoción de la salud y hábitos saludables a través de metodologías lúdico-expresivas enfocadas en habilidades para la vida y factores protectores. En este estudio no se llevan a cabo cuestionarios estructurados que conlleven a porcentajes sobre respuestas, sino a una construcción colectiva de conocimiento o perspectivas, en este caso, en torno a la percepción sobre el uso de sustancias.

Se encuentra entonces que el consumo de sustancias viene en parte determinado por el contexto social en el que se encuentre el adolescente, al igual que la interacción con otras personas, pero también otros aspectos como la personalidad o factores de riesgo y protección

específicos de cada persona, en este caso, la adolescencia como una etapa evolutiva más susceptible para el consumo de sustancias. En ese mismo orden de ideas, se establece una relación estrecha entre la percepción de riesgo de consumo y el consumo de sustancias, incluyendo también factores relacionados con la comunicación asertiva, la información, la interacción con otros, las relaciones familiares, entre otros, como un cúmulo de experiencias y factores que influyen en la percepción sobre sustancias y el consumo de las mismas.

Marco teórico

Contexto histórico de las drogas

Las drogas han sido consumidas por los humanos desde el principio de la historia de la humanidad, pues muchas de estas provienen de la naturaleza; la percepción que se ha tenido sobre las drogas ha ido cambiando a medida que se conoce más sobre ellas y sus usos, se han utilizado las drogas con distintos fines, en los cuales pueden destacarse los fines religiosos y chamánicos, donde se consumían con el fin de llegar a estados alucinógenos excepcionales, los cuales les permitían hacer predicciones del futuro, interpretar los sueños y “desprender su alma de su cuerpo realizando viajes a la muerte”. Para su uso medicinal, datan hechos desde el 5000 A.C del uso del opio con fines anestésicos para intervenciones quirúrgicas; además, otros médicos, entre ellos Hipócrates, utilizaban el vino y otros tipos de drogas como medicamentos para diferentes enfermedades y molestias. Las drogas, como es sabido, han sido utilizadas mayormente en reuniones sociales, donde el vino en exceso era el protagonista en las fiestas dionisíacas, se creía que este causaba efectos que permitían dejar de sentir miedo, desafiar rivales y cometer actos heroicos. Se utilizaban también hongos alucinógenos y hierbas potentes para realizar brebajes, los cuales producían fenómenos masivos que afectaba a una gran cantidad de personas en los pueblos (Rossi, 2018).

Como se mencionó anteriormente, la percepción que se ha construido sobre las drogas ha sido cambiante, dependiendo de la novedad de los productos, sus usos y las consecuencias que traen consigo, descubiertas a través de consumos masivos. En este mismo orden de ideas, se estima que los primeros psicoactivos empleados por los humanos fueron el alcohol y los opiáceos en el año 5.000 antes de Cristo. El opio, gracias a la morfina, su ingrediente activo, era utilizado para calmar el dolor, producir sensación de bienestar, favorecer el sueño, para la diarrea, contra la fiebre y para reducir aflicciones (López, 2016); en China se empezó a consumir el opio fumado, lo que incrementó la población de adictos, fue hasta finales del siglo XIX que se empezó a considerar un verdadero problema de salud pública (Corrêa de Carvalho, 2007). Además, con la creación de la heroína, comercializada desde 1898, se extendió el consumo de derivados del opio mucho más fuertes, lo que causó una ola de adicción entre militares retirados (López, 2016). Después de los 70, es considerada como una de las drogas más perjudiciales, debido a la muerte de al menos una generación de adictos a la heroína.

Por su lado, el alcohol es considerado la droga más antigua de todas, fue consumido como vino y cerveza en regiones como China, Egipto y Mesopotamia hacia el año 3500 a.c. y se le atribuía una función mágico-religiosa, en la biblia también se hablaba de los poderes curativos del vino (Díez Hernández, 2003). Se dice que la fermentación de la miel que se realizaba en vasijas de esta miel y agua fueron el origen de la primera bebida alcohólica. Actualmente, el alcohol es consumido de manera excesiva y es normalizado en casi todas las culturas debido a su legalidad, este consumo excesivo es una de las mayores causas de riñas, violaciones, abandono familiar y laboral, accidentes de tránsito, detenciones judiciales, asesinatos, entre otros (García et al., 2004).

Se estima que el cannabis pudo haber sido cultivado en Asia Central desde hace 10.000 años, y en el año 4.000 a.c. Fue utilizado con el nombre de cáñamo como fibras textiles para hacer cuerdas, alpargatas, ropas, velas de barcos. Hacia el año 3.000 ya se conocían sus propiedades alucinógenas, relacionándolas con la comunicación con los espíritus (Corrêa de Carvalho, 2007). En la época medieval en Europa, fue empleado también como medicina para los dolores de cabeza, problemas estomacales, heridas, entre otros usos. El ingrediente activo de la marihuana o cannabis es el THC, un alucinógeno suave que sirve como “analgésico, relajante muscular, antidepresivo y antiemético, y reduce los ataques epilépticos, estimula el apetito y dilata el tejido bronquial” (López, 2016, p. 33). En la época actual, los cannabinoides son altamente utilizados en occidente en forma de marihuana, hachís y aceite de hachís, donde las cantidades de THC varían significativamente de acuerdo a su presentación (Corrêa de Carvalho, 2007).

La coca se utilizaba como estimulante en el viejo continente y Asia, al parecer, las hojas de coca se mascaban en la región Andina desde 5.000 a.c (Corrêa de Carvalho, 2007). La planta de coca era cultivada por indios en Colombia y luego la difundieron al sur, se le ha adjudicado poder como estimulante suave que brinda resistencia en el trabajo, disminuye el apetito y sirve remedio casero para algunos malestares, además ha tenido un papel simbólico y religioso en la historia. El químico alemán Albert Niemann creó en 1859 el clorhidrato de cocaína, aislando esta de las hojas de coca, así fue más fácil su distribución y consumo en Europa, fue utilizada primero como anestésico y luego Angelo Mariani, un farmacéutico francés creó el famoso Vino Mariano, compuesto por vino y coca. Otra bebida creada con este ingrediente fue la Coca Cola, compuesta por vino, cocaína y cola (Samper, 2013). A partir de la base de coca, en algunos países se empezaron a crear otras presentaciones de cocaína más barata

y perjudicial, lo que en la actualidad representa una droga altamente dañina en occidente, con grandes inversiones destinadas a la desintoxicación y rehabilitación de la adicción a esta (Corrêa de Carvalho, 2007).

Como es conocido, las hojas de tabaco fueron utilizadas en América, los primeros en fumarlas fueron los mayas desde el 2.000 a.c. Los conquistadores de América llevaron las semillas de esta planta para cultivarlas en el viejo continente, luego pasó a ser cultivada en países de Asia, África y Europa. Posteriormente, en 1855, el consumo de tabaco se incrementó alarmantemente y llevó a las industrias tabacaleras a poseer un gran poder comercial (Corrêa de Carvalho, 2007). Actualmente, es una droga legal y se conocen los efectos nocivos de esta, incluso la Organización Mundial de la Salud (OMS) describe “el tabaquismo como la principal causa evitable de muerte precoz” (Corrêa de Carvalho, 2007, p. 4).

El LSD, por su parte, fue descubierto por el químico Albert Hoffman en 1938 y lo difundió con el nombre Delycid, era usado para la psicoterapia, para combatir el alcoholismo, anomalías sexuales, entre otras. Posteriormente esta droga se prohíbe, pero su uso ilegal se extiende en la época de los 60-70 por universitarios, intelectuales, artistas y músicos en busca de otros estados de conciencia (Corrêa de Carvalho, 2007). En la actualidad se siguen utilizando el LSD, los hongos alucinógenos y otro tipo de plantas, pero el auge está en las nuevas drogas sintéticas, como catinonas sintéticas que son comercializadas como éxtasis del grupo de las anfetaminas como PMMA, DOC, DOI, Salva Divinorium, entre muchas otras drogas emergentes que son muchísimo más perjudiciales y con sustancias químicas hechas en laboratorio (Corrêa de Carvalho, 2007).

Percepción del riesgo

La percepción de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas es el eje transversal y el término principal de la presente investigación; esta se puede definir como la concepción que se tiene sobre los efectos de las diferentes drogas y el riesgo que estas pueden traer consigo, esta concepción varía de acuerdo al tipo de droga, frecuencia de consumo, creencias y construcción social sobre la sustancia dentro de un contexto social en particular. Respecto a la percepción del riesgo, estudios han demostrado que esta se relaciona directamente con el consumo de sustancias, en especial aquellas que son legales, debido a que se evidencia una normalización de estas, por lo tanto, el riesgo percibido es menor (Olivares, et al. 2010).

Según García (2012), la percepción puede entenderse como creencia y como actitud, además de ser un proceso cognitivo individual relacionado con la información obtenida a través de otras personas, contextos, interacciones, objetos, y que configuran automáticamente un juicio de valor ante una situación o comportamiento. En cuanto al riesgo, este puede comprenderse desde dos perspectivas, la real y la subjetiva; el riesgo desde lo real dependerá de factores objetivos y demostrables, como la vulnerabilidad de un sujeto a padecer cierta enfermedad o a consumir ciertas sustancias por cuestiones genéticas; y desde lo subjetivo, se crea una valoración del riesgo individual y en algunos casos, subjetiva-colectiva, en ambas, se pone de manifiesto las creencias construidas a través del tiempo en un contexto social determinado (García, 2012).

Por otro lado, el modelo de creencias en salud intenta explicar y predecir “los comportamientos saludables que se generan en función de una serie de creencias que las personas elaboran a partir de acontecimientos relacionados con la salud” (García, 2012, p.142). Este modelo concibe la percepción de riesgo como una interacción de diferentes elementos que determinarán que una persona realice actividades saludables o de riesgo; estos elementos son: la

susceptibilidad a que la persona conciba las probabilidades de enfermar, la gravedad percibida en caso de que enferme y cómo podría repercutir en su vida, los beneficios que perciba respecto a la reducción de riesgos y adopción de conductas saludables (García, 2012).

Ciclo vital

Otro factor importante en la percepción de riesgo de consumo de sustancias, en este caso en población universitaria, es el ciclo vital en el que se encuentran los estudiantes. La adolescencia y juventud son los ciclos vitales mayor vistos en las universidades y quienes son más vulnerables al consumo, a pesar de que también se encuentren estudiando personas en edad madura.

La adolescencia entonces, es el período comprendido entre los 12 y 19 años de edad, donde a partir de los 16 años algunos comienzan su etapa universitaria, este ciclo se caracteriza por la transición de la niñez a la juventud o vida adulta, donde se presentan diversos cambios y maduraciones en el desarrollo, incluidos los referentes al área psicosocial como, por ejemplo, desarrollar una identidad, se comienza la independencia de los padres y se presenta mayor afinidad y unión con los pares (Rice, 1997).

Según algunos autores, la tarea principal de la adolescencia es el desarrollo de la identidad, en sus diferentes facetas: sexual, física, psicológica, social, entre otras. La identidad no es sólo individual sino también social, por lo cual los adolescentes pueden identificarse tanto a nivel personal como a nivel de grupo y sociedad a través del “nosotros somos”. “Los adolescentes que son capaces de aceptarse, que han desarrollado una identidad positiva, tienen más probabilidad de ser mentalmente sanos que los que tienen una identidad negativa o no se agradan ellos mismos” (Rice, 1997, p. 330).

Un concepto importante para comprender la vulnerabilidad de los adolescentes y jóvenes frente al consumo de sustancias es la *moratoria social*, que se refiere a la etapa de la vida entre la niñez y la vida adulta donde el individuo puede experimentar y explorar su identidad y encontrar un rol socialmente aceptado, este proceso de identificación puede ser tensionante y confuso, lo que puede generar en ellos ciertas perturbaciones, que generalmente desembocan en aislamiento, consumo de sustancias y otras prácticas de riesgo, con el fin de intentar disminuir la ansiedad producida (Rice, 1997).

Por otro lado, el periodo de la adultez, donde se encuentran una gran parte de los universitarios, comienza desde los 20 hasta más o menos los 50 años, principalmente la población entre 20 y 35 años son quienes transitan los contextos universitarios. Un hito importante en la juventud y adultez es la independencia de los padres, mientras esta se desarrolla, el joven comienza a interactuar activamente con sus pares, encontrando allí compañía, orientación y afinidad (Rice, 1997).

Factores de riesgo y protección

En el proceso de acercamiento y/o consumo de sustancias psicoactivas, pueden existir diferentes factores que sirven de vehículo al desarrollo de conductas adictivas, los cuales son reconocidos como factores de riesgo, considerándolos como “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)” (Clayton, 1992, como se citó en Becoña, 1999, p. 166).

Como se puede notar en la definición anterior, los factores de riesgo podrán estar presentes en los diferentes momentos, actividades y contextos donde se desarrolla el ser humano y que, además va influenciado de factores internos compuestos por emociones, experiencias,

intereses, personalidad; o también de factores externos como podría ser el entorno en que se desenvuelve la persona, sus grupos sociales y actividades cotidianas.

Otro de los factores de riesgo que se convierte en un elemento significativo para los estudiantes universitarios y su acercamiento al consumo de sustancias, tiene que ver con:

La disponibilidad y el acceso a estas, el exceso de tiempo libre, las discusiones familiares; modelos paternos de consumo de drogas, el mal ejemplo por parte de docentes que son a su vez consumidores, la identificación con pares y el consumo por imitación; el consumo para satisfacer curiosidad, utilizar la droga como alternativa para aliviar sintomatología de origen mental, para expresar independencia y rebeldía, adquirir un estado superior de conocimiento o mejorar la capacidad creativa; conseguir una sensación de bienestar, comodidad, y la necesidad de evadir situaciones (Tirado et al., 2012, p. 39).

Si bien hay una evidencia de los diferentes factores de riesgo existentes en el contexto universitario y la etapa de desarrollo donde se encuentran los estudiantes; también es necesario realizar un abordaje a los factores que juegan un papel protector para ellos y que son facilitadores de conductas de bienestar. Teniendo en cuenta lo anterior, el factor protector hace referencia a: “un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas” (Clayton, 1992, como se citó en Becoña, 1999, p. 22).

Nuevamente, se puede evidenciar que los factores de protección se conforman desde las características personales y contextuales; por tanto, es necesario fortalecer aquellos elementos

del estudiante y el ambiente universitario que pueden servir como herramienta de apoyo y prevención ante situaciones de riesgo de consumo.

Es preciso potenciar todas aquellas actividades culturales y de ocio que incrementen las opciones de desarrollo personal en el estudiante universitario, siendo este tipo de acciones un canal fundamental para la prevención. No obstante, para los casos de consumo habitual, también consideramos oportuno crear en un entorno protector como el universitario, servicios y programas de ayuda para la reducción o extinción de los mismos (Tirado et al., 2000, p. 180).

El desarrollo de estrategias preventivas incluye que se realice una propuesta llamativa y de fácil acceso, donde los estudiantes puedan sentirse movilizados y que incluso pueda convertirse en parte de esa cultura universitaria, promoviendo acciones individuales y grupales que generen bienestar y contrarresten un posible acceso al consumo.

En primer lugar, está la promoción de comportamientos incompatibles con el consumo de sustancias psicoactivas, tales como hacer ejercicio, mejorar la alimentación y la regulación de los horarios de comida, el desarrollo de habilidades de afrontamiento, entre ellas la solución de problemas y de conflictos interpersonales, la comunicación asertiva, el manejo del estrés y la presión de pares (Salazar & Arrivillaga, 2004, p. 81).

Trabajar en los aspectos psicológicos de los estudiantes debería ser una acción tomada por los contextos universitarios, ya que muchos de estos elementos emocionales, pueden conllevar a un consumo, por ejemplo: “el autoconcepto y la valoración del cuerpo y de la vida se encuentran asociadas de manera significativa y se constituyen como factores de protección para el consumo de tabaco” (Guerrero, 2011, p. 46).

Si bien los factores de riesgo siempre estarán presentes y hace parte de la tarea el poder disminuir su fuerza en los contextos universitarios, también el diseño de un buen programa de promoción y prevención será la mejor vía para promover conductas saludables y vincular a los estudiantes en acciones que les generen bienestar, así se cumple con un propósito de manera indirecta y se puede disminuir la población consumidora.

Acompañamiento familiar

La familia es considerada uno de los ejes fundamentales para acompañar y apoyar en los procesos de promoción, prevención e intervención de adicciones, para ello hay diferentes modalidades de abordaje que facilitan la comprensión de dicha dinámica.

Desde el modelo de terapia familiar funcional, los trastornos adictivos se consideran como una conducta funcional que tiene lugar dentro de un contexto en el que interaccionan, fundamentalmente, la historia pasada y las expectativas futuras del consumidor y de cada uno de los miembros de la familia (López et al., 2003, p. 205).

La familia tiene un papel fundamental, ya que son quienes tienen el principal acceso a los estudiantes, es el núcleo central, desde donde parten determinadas conductas, tendencias y se fortalecen aspectos personales para el desarrollo de vida.

“Es en la familia donde se adquieren y desarrollan las actitudes, creencias, valores, hábitos, estilos de vida y comportamientos, que determinará el modo de los hijos de enfrentarse a la vida y, por tanto, el modo de relacionarse con las drogas” (Ríos et al., 1997, p. 30).

Si bien se espera que la familia pueda promover buenas conductas en el ser humano, en muchas ocasiones, la disfuncionalidad y problemas al interior de la misma, pueden ser un causante de daños a nivel individual, en la toma de decisiones y por supuesto en el consumo de sustancias psicoactivas.

Una familia se configurará como un factor de riesgo cuando en la misma se promueven actitudes de consumo de drogas legales o ilegales y más aún cuando el consumo se encuentra presente por parte de padres o adultos, cuando hay baja supervisión sobre los adolescentes, cuando la historia familiar promueve conductas antisociales, alta conflictividad intrafamiliar, abuso físico o psíquico, y de bajas expectativas para los niños en lo que se refiere a su desarrollo personal (Aguirre et al., 2016, p. 3).

Para los estudiantes no es ajeno permearse de esas situaciones familiares, de hecho, muchas de sus decisiones y comportamientos en el ámbito universitario, vienen influidos por esas experiencias pasadas y también la etapa de vida en la que se encuentran, lo cual justifica en muchos casos también que puedan ser tendentes al consumo de sustancias.

Entre las familias y el inicio y permanencia de los niños, niñas y adolescentes en el consumo de SPA, los estudiantes universitarios establecieron relaciones directas e indirectas, que tienen como categoría central la imperiosa necesidad de llenar vacíos, justificar ausencias y enfrentar crisis situacionales, manifestadas como una búsqueda permanente en su tránsito por el ciclo vital (Muñoz et al., 2012, p. 140).

Se podría afirmar que la familia es el principal factor de riesgo o de protección para el individuo y su comportamiento a nivel académico, social, espiritual y demás, ya que es allí

donde se fundamenta el desarrollo de habilidades para la vida; si bien el consumo de sustancias en la etapa universitaria, es multicausal, la familia es un factor elemental en ese camino.

Contexto universitario

El ingreso a la vida universitaria, suele ser un paso significativo y un logro para los individuos, su familia, e incluso tiene una carga social significativa, al menos en el contexto colombiano, ya que puede referir que el estudiante quiere progresar a nivel académico y que probablemente está actuando en pro de generar beneficios económicos y sociales.

La etapa de la juventud, especialmente en su momento universitario, es un momento de vulnerabilidad para el consumo de SPA, lo cual se produce por las dinámicas y experiencias propias del ambiente estudiantil y juvenil. Las prácticas de consumo de SPA exponen como vulnerables a toda la población estudiantil, no solo a las personas de condiciones socioeconómicas difíciles (Espinosa-Herrera et al., 2016, p. 1467).

En dicho ciclo, como se ha mencionado anteriormente, también pueden desarrollarse conductas no saludables como lo es el consumo de sustancias psicoactivas, debido a múltiples razones, que pueden incluir la carga emocional, académica y social, “los amigos, los pares más cercanos, parejas y grupos pequeños se convierten en una influencia dominante que determina el consumo de sustancias” (Zapata et al., 2012, p. 130).

En el contexto universitario se generan nuevos vínculos sociales, ideologías, hay múltiples maneras de concebir la vida debido a la multipluralidad, y también puede haber una tendencia a cambios comportamentales y de pensamiento, que puede ser influenciado por externos. “Los jóvenes conocen personas que consumen alcohol dentro de la universidad, lo cual

refleja que ésta es una práctica que hace parte del contexto en el que los estudiantes se desenvuelven, facilitando así su aparición y mantenimiento” (Lema et al., 2011, p. 269).

Con las dinámicas de riesgo de consumo o consumo de sustancias, las universidades deben focalizar sus acciones en la promoción, prevención e intervención del consumo y brindar a los estudiantes programas que permitan conocer y cuestionarse en torno a dicha problemática y sus consecuencias. “Las intervenciones actuales sobre el tema en los contextos universitarios, se han orientado en su mayoría hacia la reflexión sobre el fenómeno del consumo y han sido dirigidas a toda la comunidad y no a grupos objetivos” (Lema et al., 2011, p. 270).

También es tarea de las universidades hacer que sus propuestas sean llamativas, integrales y que los estudiantes se motiven a participar de las mismas, en pro de su salud mental y física, además de poder integrarlas a sus estilos de vida.

Fomentar el bienestar de la ética del autocuidado desde escenarios cotidianos como la universidad, así como el empoderamiento individual, la autonomía, la capacidad para tomar decisiones son habilidades que permiten obtener la creación de entornos psicosociales saludables, así como el desarrollo de habilidades para la vida, capacidad para participar y decidir e incidir en diferentes espacios y escenarios de la comunidad académica; contribuyendo al equilibrio de la salud mental y física, generando posibilidades y transformando entornos y espacios de participación. (Álvarez, y Marín, 2016, p. 34-35).

El contexto Universitario logra ser un espacio de autonomía para sus estudiantes, donde siempre existirán riesgos, pero también habrá posibilidad de ser partícipes del cambio y de integrar los estilos de vida saludables y el bienestar a la vida de los estudiantes; para ello es

necesario la investigación, la actualización, cuestionar a los mismos estudiantes, la vinculación con programas externos y una amplia oferta de posibilidades, que le permitan al estudiante vincularse desde su identidad.

Hábitos y estilos de vida saludables

Para llevar un estilo de vida saludable, es necesario evitar los comportamientos de excesos. Se debe entender una vida saludable, como aquella en la que hay un equilibrio respecto a elementos como la alimentación sana y balanceada, una buena rutina de ejercicio, equilibrio en el desarrollo de una vida sexual sana, cumplimiento con las horas de sueño necesarias para lograr un sueño reparador y un buen manejo del estrés. Además, es necesario mantener buenas relaciones interpersonales, paz espiritual y una buena relación en cada uno de los contextos en que se desenvuelve cada persona (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Teniendo en cuenta lo anterior, se conoce como hábitos o estilos de vida saludable todos los patrones de comportamiento del ser humano relacionados con temas de la salud. Sin embargo, es necesario reconocer los diferentes elementos que pueden llegar a afectar de manera negativa estos estilos de vida. Entre los más comunes se encuentran las relaciones sociales, en las cuales se presenta generalmente el consumo y abuso de drogas, como por ejemplo el cigarrillo y el alcohol. Otro aspecto que tiene una gran influencia en los estilos de vida es el factor económico, ya que en los momentos de crisis en este ámbito suelen aparecer diferentes enfermedades crónicas, esto se presenta generalmente en los estratos socioeconómicos más bajos, afectando la nutrición y el ejercicio físico y fortaleciendo el abuso de las sustancias mencionadas anteriormente (García et al, 2012).

Estrés académico

Por otra parte, y para aprender a manejar este tipo de situaciones en caso de presentarse, es necesaria la implementación de estos hábitos de vida como una estrategia básica de prevención, aplicada al interior del hogar y reforzada en las instituciones educativas mediante los programas de promoción y prevención, durante la etapa de niñez y adolescencia. Asimismo, hay un factor que, a diferencia de los hábitos y estilos de vida saludable, tiene una influencia negativa en el consumo de sustancias y otras adicciones, este es, el estrés que puede llegar a generar la carga académica en especial en la etapa universitaria. Definiendo el estrés como:

El estrés es la respuesta psicológica, fisiológica o emocional de una persona al intentar adaptarse a las presiones internas o externas; incluso hechos positivos que exigen gran cambio o implican algún proceso de adaptación a nivel físico o mental pueden generar estrés. Cuando estas situaciones, sean positivas o negativas, se generan en el contexto escolar como parte del proceso educativo, es frecuente referirse al estrés que estas generan, como estrés académico (Cantillo et al, 2015, p.4).

En el entorno académico se pueden presentar constantemente situaciones que generan alto grado de estrés, llegando a perjudicar significativamente los diferentes hábitos y estilos de vida saludables, afectando el ámbito emocional, físico y cognitivo, lo que puede alterar de manera negativa la alimentación, el ejercicio físico o los momentos de descanso y, por el contrario, aumentando las posibilidades de caer en el consumo de drogas como el alcohol y el tabaco u otros comportamientos adictivos (Cantillo et al, 2015).

El estrés que se genera a partir de una gran carga académica, puede llegar a ser el detonante de un primer acercamiento con las drogas y otros comportamientos que de manera

compulsiva se pueden convertir en una adicción. Algunas causas por las cuales se puede incrementar el estrés, y por ende iniciar con un consumo son: el exceso de trabajo académico, falta de tiempo para lograr cumplir con los compromisos académicos, presiones económicas o materias y programas muy demandantes. Además del estrés como factor de riesgo, también puede influir situaciones como los contextos sociales donde hay personas consumidoras. Cuando esto sucede puede llegar a presentarse situaciones como la disminución del rendimiento académico, la aparición de conductas depresivas e incluso desarrollar un cuadro severo de depresión, deserción universitaria, embarazos no deseados, accidentes de tránsito, lesiones personales, conflictos en las relaciones sociales y deterioro en las relaciones familiares; el estado físico y psicológico que produce las grandes cantidades de estrés y el consumo de drogas (Hinojosa et al, 2017).

Finalmente, puede decirse que el estrés es uno de los principales problemas de salud que afecta la sociedad actual, y no se presenta únicamente en el contexto académico, sino también laboral, familiar e incluso social. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que es la universidad el lugar donde los estudiantes pasan la mayor parte de su tiempo y debe ser esta institución de la mano con las familias, quienes construyan e implementen estrategias educativas enfocadas en la promoción y prevención del consumo de drogas, fomentando no solo la educación sobre este tema, sino también promoviendo espacios que ayuden a los estudiantes a liberar el estrés que generan sus responsabilidades y a fortalecer tanto la salud física como la salud mental (Hinojosa et al., 2017).

Metodología

Enfoque de estudio

La presente investigación cuenta con un enfoque cuantitativo, ya que su planteamiento del problema se encuentra delimitado con el fin de medir un fenómeno específico, que sería la percepción de riesgo del consumo, evaluado a través de un instrumento estandarizado y revisado por una comunidad científica, donde los resultados obtenidos se analizarán mediante la utilización de métodos estadísticos.

Cuando se lleva a cabo una investigación utilizando un enfoque cuantitativo es necesario observar y analizar los fenómenos de manera objetiva, evitando los sesgos y juicios de valor que puedan llegar a interferir en el resultado del estudio. Para llevar a cabo la medición, se realizó inicialmente una revisión exhaustiva de la literatura relacionada con fenómenos a investigar para explicar los resultados y generar nuevo conocimiento respecto al tema y la población.

Nivel de estudio

El presente trabajo investigativo cuenta con un nivel de estudio de alcance descriptivo-correlacional. El nivel descriptivo busca reconocer y describir fenómenos, situaciones o contextos con el fin de entender cómo surgen y de qué manera se manifiestan. Se especifican los aspectos particulares de cada uno, es decir las características de las comunidades o el perfil de la persona, grupo de personas u objetos que hagan parte del proceso de investigación y análisis.

Los estudios descriptivos dan a conocer las dimensiones o los imaginarios de un fenómeno, una comunidad o contexto o determinadas situaciones y es importante que la persona

a cargo de la investigación se encuentre en la capacidad de definir y visualizar los elementos que se medirán.

Por otro lado, el alcance correlacional busca no solo dar respuesta a las preguntas de investigación, sino también dar a conocer la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular. En general, la correlación suele realizarse entre dos variables, sin embargo, en ocasiones se incluyen en el estudio tres, cuatro o más variables.

Para el análisis de las variables, independiente de la cantidad, al momento de los estudios correlacionales inicialmente se mide cada una de manera individual, posteriormente se cuantifican y analizan y en un tercer momento se establecen las relaciones; y cada una de las correlaciones debe sustentarse con una hipótesis, que a su vez debe estar sometida a una prueba.

Método de estudio

La presente investigación es de tipo no experimental debido a que no se pretenden manipular las variables o fenómenos a estudiar, sino la naturaleza del fenómeno y sus implicaciones en la población establecida. También es transversal debido a que los datos sobre la percepción de riesgo de consumo se recolectarán en un momento único con los estudiantes que decidan responder el cuestionario de manera voluntaria y se procederá a establecer relaciones y causales entre las variables percepción de riesgo y consumo de sustancias.

Población

Los participantes de la presente investigación fueron los estudiantes de primer semestre de todas las facultades y programas de la Universidad Católica Luis Amigó, de todas sus sedes y en modalidad presencial y a distancia.

Muestra

Para el presente estudio la muestra fue aleatoria, no existe un manejo o elección por parte de los investigadores, y se establece únicamente por la participación voluntaria de los estudiantes de primer semestre de todos los programas académicos de la Universidad Católica Luis Amigó, en todas sus sedes y modalidades.

Técnicas de recolección de información

Para el presente estudio se diseñó el instrumento ad hoc para valorar la percepción de riesgo de consumo de sustancias.

El instrumento evalúa el riesgo de consumo de tabaco, alcohol, marihuana, alucinógenos, cocaína, heroína, drogas de diseño y anfetaminas, inhalantes, fármacos estimulantes, fármacos tranquilizantes, antidepresivos y para dormir. Se valora la percepción de riesgo de consumo de sustancias anteriores en tres formas de consumo: experimental, ocasional y habitual.

En cuanto a las áreas en la cuales se valora la percepción del riesgo son:

Consecuencias personales

Efectos y daños físicos

Problemas psíquicos (ansiedad, pérdida de memoria, daños cerebrales, deterioro emocional, etc.).

Deficiencias académicas o cognitivas

Consecuencias sociales

Accidentes de tráfico

Problemas familiares o de relación con los amigos

Consecuencias legales

Problemas legales (probabilidad de cometer un crimen y/o ser arrestado)

Por otro lado, se crea un cuestionario, el cual está en un formato de escala Likert con 4 opciones de respuesta, que permiten valorar el riesgo de consumo mediante 4 opciones: nada, poco, moderado, mucho. Igualmente, al inicio del cuestionario se valora la frecuencia de consumo en los últimos 3 meses (todos los días, algunas veces a la semana, una vez a la semana y nunca), respecto a las siguientes sustancias: tabaco, alcohol, marihuana, alucinógenos, cocaína, heroína, drogas de diseño y anfetaminas, inhalantes, fármacos estimulantes, fármacos tranquilizantes, antidepresivos y para dormir, fármacos analgésicos. Finalmente, se indagan también las variables sociodemográficas de edad, género, programa de estudio, estrato de residencia, estado civil, religión, si se tienen familiares que consumen y qué sustancias consumen; si tiene amigos que consumen y qué sustancias consumen.

El cuestionario se sometió al juicio de expertos (2) y se calculó el índice de concordancia Kappa de Cohen (tabla N 2)

Tabla N 2:

Cálculo de índice de Kappa para medida de suficiencia, coherencia, relevancia y claridad de redacción de los ítems del cuestionario de percepción de riesgo de consumo de sustancias

Medida de suficiencia		Valor	Sig. Aproximada
	Medida de acuerdo	Kappa	1,000
	N de casos válidos	a	,000
		22	
Medida de coherencia		Valor	Sig. Aproximada

	Medida de acuerdo	Kappa	,890	,010
	N de casos válidos		22	
Medida de relevancia		Valor		Sig. Aproximada
	Medida de acuerdo	Kappa	,763	,000
	N de casos válidos		22	
Medida de claridad de redacción		Valor		Sig. Aproximada
	Medida de acuerdo	Kappa	,906	,018
	N de casos válidos		22	

También se realizó su aplicación en la prueba piloto (53 personas) y se calculó el coeficiente de consistencia interna de Alfa Cronbach, que fue de ,946

Tabla N 3

Alfa Cronbach del Cuestionario de percepción de riesgo de consumo de sustancias

Alfa de Cronbach	N de elementos
,946	22

Procedimiento

Se diseñó el cuestionario con la herramienta de Google Forms, luego pasa a validación y posteriormente se procede a hacer el envío por medio de los correos institucionales de la base de datos de los estudiantes de primer semestre de los diferentes programas académicos.

Aspectos éticos del estudio

Para la recolección de los datos se realizó un consentimiento informado en el cual se da a conocer a los evaluados que el estudio se está llevando en la Universidad Católica Luis Amigo orientado desde el bienestar universitario, y que conforme a los principios éticos que

sustentan los procesos de investigación en Colombia sus datos serán anónimos, se guardará completa confidencialidad y que la información recolectada se utilizará únicamente con fines investigativos y esta no será divulgada. Por otro lado, se expone que la participación es voluntaria y no representará ningún daño a nivel psicológico o físico y que podrá desistir de responder en cualquier momento.

Análisis de información

Se realizó la prueba de normalidad de distribución de variables, indicando la distribución no normal.

Tabla N 4

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Consumo tabaco	,532	521	,000	,205	521	,000
Consumo alcohol	,337	521	,000	,737	521	,000
Consumo marihuana	,537	521	,000	,191	521	,000
Drogas de diseño	,540	521	,000	,162	521	,000
Inhalantes	,531	521	,000	,080	521	,000
tranquilizantes	,516	521	,000	,345	521	,000
Analgésicos	,481	521	,000	,503	521	,000

- a. Corrección de la significación de Lilliefors
- b. Alucinógenos es una constante y se ha desestimado.
- c. consumo cocaína es una constante y se ha desestimado.
- d. consumo heroína es una constante y se ha desestimado.
- e. estimulantes es una constante y se ha desestimado.

Se empleó la estadística descriptiva para calcular las medias y desviación típica en los valores de las variables. Para la comparación de variables según los grupos de variables sociodemográficas, se empleó U de Mann-Whitney para dos grupos y Kruscall-Wallis para más de dos grupos.

Se empleó la correlación Spearman para identificar la presencia de relación entre variables de consumo y percepción de riesgo.

Resultados

Las variables sociodemográficas relacionadas con los participantes de la investigación, se componen por 521 estudiantes de primer semestre, en mayor porcentaje de la carrera de psicología, seguida por licenciaturas y negocios internacionales. El rango de edad predominante es de 16 a 20 años representando el 91% de la muestra, 341 mujeres y 180 hombres. El estrato de residencia que prima es el 3 con un 42,8% y el estado civil predominante es soltero; además, el 54% sí practica alguna religión y el 45,9% no lo hace.

El 42,8% tiene familiares consumidores y el 57,2% no los tiene, siendo el alcohol y el cigarrillo los más consumidos con 19,8% y la marihuana 14,2%. El 57% de los estudiantes tienen amigos que consumen y el 43% no los tiene. Finalmente, los amigos consumidores de alcohol y cigarrillo representan el 17,3% y marihuana 24,4%.

Tabla N 5
Datos sociodemográficos de la muestra

	Variables	Frecuencia	Porcentaje
Semestre	2021-1	231	44,3
	2021-2	290	55,7
Edad	16-20	474	91,0
	21-25	26	5,0
	26-30	7	1,3
	31-35	5	1,0
	35-60	9	1,7
Genero	masculino	180	34,5
	femenino	341	65,5
Programa de estudio	Psicología	104	20,0
	Licenciaturas	65	12,5

	Negocios internacionales	61	11,7
	Comunicación social	57	10,9
	Diseño gráfico	55	10,6
	Administración de empresas	44	8,4
	Derecho	31	6,0
	Ingenierías	28	5,4
	Arquitectura	19	3,6
	Gastronomía	15	2,9
	Contaduría pública	12	2,3
	Publicidad	9	1,7
	Trabajo social	7	1,3
	Filosofía	7	1,3
	Desarrollo familiar	6	1,2
	Teología	1	,2
Estrato de residencia	1	46	8,8
	2	179	34,4
	3	223	42,8
	4	55	10,6
	5	17	3,3
	6	1	,2
Estado civil	Sotero(a)	417	80,0
	Noviazgo	90	17,3
	Casado(a)	9	1,7
	Unión libre	4	,8
	Divorciado(a)	1	,2
Practica alguna religión	si	282	54,1
	no	239	45,9
Tiene familiares que consumen	si	223	42,8
	no	298	57,2
Que consumen familiares	Cigarrillo	23	4,4
	Alcohol y cigarrillo	103	19,8
	Marihuana	74	14,2
	Cocaína/heroína	4	,8
	Policonsiumo (alucinógenos, hongos, cocaína, alcohol)	22	4,2
Tiene amigos que consumen	si	297	57,0
	no	224	43,0
Sustancias que consumen los amigos	Cigarrillo	9	1,7
	Alcohol y cigarrillo	90	17,3

Marihuana	127	24,4
drogas sintéticas/alucinógenos	8	1,5
Policonsumo (alucinógenos, hongos, cocaína, alcohol)	55	10,6
Total	521	100

Consumo en los últimos tres meses

Los resultados de la tabla indican que el 95,2% no ha consumido tabaco nunca y el porcentaje restante lo ha hecho entre una vez a la semana y diariamente. En cuanto al alcohol, el 53,7% nunca ha consumido, el 35,6% una vez a la semana y el 10,9% restante algunas veces a la semana. El 96% nunca ha consumido marihuana y el porcentaje restante lo ha hecho entre una y algunas veces a la semana. En cuanto a los alucinógenos, cocaína, heroína y fármacos estimulantes, el 100% dice no haber consumido nunca. Para las drogas de diseño y anfetaminas, el 96,9% nunca ha consumido y el porcentaje restante lo ha hecho una vez a la semana. El 98,8% nunca han consumido drogas inhalantes y el porcentaje restante lo ha hecho una vez a la semana. El 89,4%, nunca ha consumido tranquilizantes ni anti depresivos y el porcentaje restante lo ha hecho entre una vez a la semana y diariamente. El 80,6% nunca ha consumido fármacos analgésicos, el 14,6% lo ha hecho una vez a la semana y el porcentaje restante lo ha hecho entre algunas veces a la semana y diariamente.

Tabla N 6

Consumo de sustancias en los últimos tres meses en la población de estudio

Consumos últimos tres veces		Frecuencia	Porcentaje
Tabaco	Nunca	496	95,2
	Una vez a la semana	13	2,5
	Algunas veces en la semana	7	1,3
	Todos los días	5	1,0

Alcohol	Nunca	280	53,7
	Una vez a la semana	184	35,3
	Algunas veces en la semana	57	10,9
	Todos los días	0	0
Marihuana	Nunca	500	96,0
	Una vez a la semana	17	3,3
	Algunas veces en la semana	4	,8
	Todos los días	0	0
Alucinógenos	Nunca	521	100
Cocaína	Nunca	521	100
Heroína	Nunca	521	100
Drogas de diseño y anfetaminas (éxtasis, polvo de ángel, cristal, ice, speed, etc.)	nunca	505	96,9
	Una vez a la semana	16	3,1
Inhalantes	Nunca	515	98,8
	Una vez a la semana	6	1,2
Fármacos estimulantes (ritalín, adderal, etc.) (sin prescripción médica)	Nunca	521	100
Fármacos tranquilizantes, antidepresivos y para dormir (sin prescripción médica)	Nunca	466	89,4
	Una vez a la semana	31	6,0
	Algunas veces en la semana	16	3,1
	Todos los días	8	1,5
Fármacos analgésicos (sin prescripción médica)	Nunca	420	80,6
	Una vez a la semana	76	14,6
	Algunas veces en la semana	24	4,6
	Todos los días	1	,2

Diferencias de consumo de sustancias según variables sociodemográficas en la muestra del estudio

La comparación de consumo de sustancias según los grupos de edad, mostró la diferencia significativa estadísticamente en todas las sustancias, excepto el consumo de tranquilizantes y analgésicas.

En el tabaco, el mayor consumo se identificó en la edad de 31 a 35 años, el consumo de alcohol mostró puntajes en aumento desde la edad de 17 años en adelante, hasta alcanzar el mayor puntaje en la edad de 26 a 30 años, e indicó la tendencia a disminución en las edades mayores.

El consumo de cannabis se identificó sólo en las edades de 17 a 30 años, manteniendo su frecuencia constante.

En cuanto a las drogas de diseño, sólo se identificó su consumo en edad de 17 a 20 años.

En cuanto a los inhalantes, se identificó su consumo en las edades entre 17 y 25 años, con mayor prevalencia en la edad de 21 a 25 años.

Con relación al consumo de tranquilizantes y analgésicas, no hay diferencia significativa entre las edades, mostrando su consumo valores parecidos a lo largo de las edades.

Tabla N 7

Diferencias de consumo de sustancias según edad

Variables	17-20	21-25	26-30	31-35	36-60	Chi-	p
	Me (Ri)	cuadrado					
Tabaco	1,(3)	1,3,(8)	1, 1,(3)	1,6(1,3)	1,3,(6)	18,384	,001
Alcohol	1,6,(6)	1,7,(7)	2,(8)	1,2,(4)	1,2,(3)	7,430	,015
Marihuana	1,(2)	1,2,(3)	1,2,(4)	0	0	6,371	,043
Drogas del diseño	1,(2)	0	0	0	0	1,634	,003
Inhalantes	1,(1)	1,(6)	0	0	0	1,938	,047
Tranquilizantes	1,1,(6)	1,2,(5)	1,2 ,(7)	1,4,(8)	1,3,(9)	2,072	,223
Analgésicos	1,2,(5)	1,4,(6)	1,3,(4)	1,8,(8)	1,3,(4)	7,049	,133

La comparación de consumo de sustancias en la muestra del estudio, según el estrato socioeconómico, mostró la diferencia significativa estadísticamente en inhalantes evidenciándose un mayor uso en estratos más bajos. El alcohol, las drogas de diseño y los analgésicos presentan una tendencia más o menos constante indiferentemente del estrato. En cuanto a cannabis, su consumo mostró un aumento a medida que sube el estrato, sin presentar una diferencia significativa estadísticamente. Por último, el consumo de tranquilizantes tiende a aumentar conforme asciende el estrato.

Tabla N 8*Diferencias de consumo de sustancias según estrato*

Variab les	1	2	3	4	5	Chi-	p
	M (Dt)	M (Dt)	M (Dt)	M(Dt)	M (Dt)	cuadrado	
Tabaco	1,(2)	1,(3)	1,(2)	1,2,(6)	1,(2)	1,216	,875
Alcohol	1,4,(5)	1,6,(6)	1,6,(5)	1,5,(6)	1,5,(5)	5,183	,269
Marihuana	1,(3)	1,(3)	1,(2)	1,2,(3)	1,3,(5)	9,537	,249
Drogas del diseño	1,(2)	1,(2)	1,(2)	1,(3)	1,(3)	2,493	,646
Inhalantes	1,(2)	1,(2)	1,(1)	0	0	4,059	,038
Tranquilizantes	1,2,(6)	1,1,(4)	1,2,(4)	1,3,(8)	1,4,(8)	7,287	,121
Analgésicos	1,2,(4)	1,2,(4)	1,3,(6)	1,3,(6)	1,(3)	5,939	,204

En la comparación de consumo según el estado civil se encontró que, en el grupo de casados se presenta un menor consumo de alcohol, evidenciando una diferencia significativa estadísticamente. En el mismo grupo no se presentó el consumo de cannabis, drogas de diseño, ni inhalantes. Sin embargo, estos resultados deben confirmarse nuevamente con otros estudios, debido a una no equivalencia numérica entre los grupos. Por su parte, en los grupos de solteros y en noviazgo, que son los más representativos para el presente estudio, se evidenció que el alcohol es la sustancia más consumida, seguida por los tranquilizantes y analgésicos.

Tabla N 9*Diferencias de consumo de sustancias según estado civil*

Variab les	soltero	noviazgo	casado	Chi-	p
	M (Dt)	M (Dt)	M (Dt)	cuadrado	
Tabaco	1,1,(3)	1,(4)	1,2,(5)	2,492	,477
Alcohol	1,6,(6)	1,6,(6)	1,1,(3)	7,503	,037
Marihuana	1,(2)	1,(3)	0	1,617	,046
Drogas del diseño	1,(2)	1,(2)	0	1,954	,042
Inhalantes	1,(2)	0	0	1,496	,033
Tranquilizantes	1,2,(4)	1,2,(3)	1,3,(3)	1,101	,777

Analgésicos 1,2,(3) 1,3,(3) 1,4,(3) 4,776 ,189

En cuanto a los grupos de practica de religión, se presentó la diferencia significativa estadísticamente en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis, superior en el grupo que no practica ninguna religión. Las principales sustancias que consumen los participantes que practican alguna religión son alcohol, analgésicos y tranquilizantes.

Tabla N 10

Diferencias de consumo de sustancias según religión

Variab	si	no	U de Mann-	p
	M (Dt)	M (Dt)	Whitney	
Tabaco	1,(3)	1,2,(5)	18,530	,000
Alcohol	1,5,(6)	1,7,(7)	13,233	,000
Marihuana	1,(2)	1,2,(3)	8,078	,004
Drogas del diseño	1,(4)	1,(2)	,714	,398
Inhalantes	1,(4)	1,1,(2)	3,424	,064
Tranquilizantes	1,2,(5)	1,2,(4)	,147	,702
Analgésicos	1,3,(4)	1,2,(5)	1,045	,307

La comparación de consumo según el grupo con presencia o no de familiares que consumen, muestra una diferencia estadísticamente significativa para el consumo de alcohol y drogas de diseño, superior en el grupo con presencia de familiares que consumen. Las sustancias más consumidas por los participantes que no tienen familiares que consumen, son alcohol, tranquilizantes y analgésicos.

Tabla N 11

Diferencias de consumo de sustancias según familiares que consumen

Variables	si	no	U de Mann-	p
	M (Dt)	M (Dt)	Whitney	
Tabaco	1,(3)	1,(4)	32399,500	,189
Alcohol	1,7,(7)	1,4,(6)	27586,000	,000
Marihuana	1,(3)	1,(3)	32714,500	,376
Drogas del diseño	1,2 ,(1)	1,(2)	32224,500	,048
Inhalantes	1,(3)	1,(2)	32854,000	,235
Tranquilizantes	1,2,(4)	1,2,(5)	32075,000	,204
Analgésicos	1,3,(5)	1,2,(5)	32332,500	,444

En la comparación de consumo según los grupos con presencia o no de amigos que consumen, se evidenció una diferencia significativa estadísticamente para el consumo de tabaco, alcohol, cannabis, drogas de diseño e inhalantes, superior en el grupo que cuentan con amigos que consumen. Las sustancias más consumidas por los participantes que no tienen amigos que consumen, son alcohol, tranquilizantes y analgésicos.

Tabla N 12

Diferencias de consumo de sustancias según amigos que consumen

Variables	si	no	U de Mann-	p
	M (Dt)	M (Dt)	Whitney	
Tabaco	1,2,(4)	1,(3)	31263,500	,001
Alcohol	1,7,(5)	1,3,(5)	23828,500	,000
Marihuana	1,3,(4)	1,(3)	31708,500	,007
Drogas del diseño	1, 2,(2)	1,(3)	32972,000	,036
Inhalantes	1,2,(5)	1,(4)	32592,000	,033
Tranquilizantes	1,2,(3)	1,2,(4)	32096,500	,198
Analgésicos	1,3,(4)	1,2,(4)	32174,000	,351

Percepción sobre riesgo de consumo totales

Los puntajes generales frente a la percepción de riesgo de consumo de sustancias indican una percepción de mayor a menor riesgo así: heroína, drogas de diseño, inhalantes, cocaína, alucinógenos, analgésicas, estimulantes, tranquilizantes, alcohol, tabaco y marihuana.

Tabla N 13

Percepción de riesgo de consumo en totalidad de cada sustancia

Variables	M (Dt)
Total tabaco	2,8 (,7)
Total alcohol	3,1(,6)
Total marihuana	2,8 (,6)
Total alucinógenos	3,3(,6)
Total cocaína	3,4(,6)
Total heroína	3,5(,5)
Total drogas de diseño	3,4(,5)
Total inhalantes	3,4(,6)
Total estimulantes	3,2(,7)
Total tranquilizantes	3,1(,7)
Total analgésicas	3,3(,7)

La comparación de puntajes en la percepción de riesgo de consumo de cada sustancia en relación a la frecuencia de su consumo muestra que hay un aumento estadísticamente significativo en la percepción de riesgo de consumo de todas las sustancias a medida que aumenta su frecuencia de uso.

Tabla N 14

Diferencias en la percepción de riesgo de consumo según sustancia y frecuencia de uso

Sustancias	Consumo ocasional M(Dt)	Consumo regular M(Dt)	U de Mann-Whitney	p
Percepción sobre consumo de tabaco	2,6(,7)	3,1(,8)	22972,000	,031
Percepción sobre consumo de alcohol	2,9(,8)	3,4(,9)	32592,000	,022

	Consumo experimen tal M(Dt)	Consumo ocasional M(Dt)	Consumo habitual M(Dt)	Chi- cuadrado	p
Percepción sobre consumo de cannabis	2,6(,9)	2,9(,7)	3,5(,6)	23917,500	,000
Percepción sobre consumo de alucinógenos (LSD, hongos, peyote, ketamina, popper, GHB, etc.)	2,8(,7)	3,3(,6)	3,8(,6)	26224,500	,006
Percepción sobre consumo de cocaína	2,9 (,6)	3,4(,6)	3,9(,6)	23785,500	,000
Percepción sobre consumo de heroína	3,1(,6)	3,5(,5)	3,9(,8)	25199,500	,001
Percepción sobre consumo de drogas de diseño y anfetaminas (éxtasis, polvo de ángel, cristal, ice, speed, etc.)	3,1 (,5)	3,5(,5)	3,8(,7)	17648,500	,015
Percepción sobre consumo de inhalantes (sacol, pinturas, thinner, Popper, Dick)	3,0 (,7)	3,4(,6)	3,8 (,8)	17389,500	,010
	Consumo ocasional M(Dt)	Consumo regular M(Dt)	U de Mann- Whitney	p	
Percepción sobre consumo de fármacos estimulantes sin prescripción médica (metilfenidato/ritalina/concerta o modafinilo/vigia/carim, adderal, etc.)	2,8(,6)	3,6(,6)	21263,500	,011	
Percepción sobre consumo de fármacos tranquilizantes, antidepresivos y para dormir, sin prescripción médica (Rivotril, Rohypnol, Roches, ruedas, Xanax, Valium, Diazepam, Lorazepam, Alprazolam, Clonazepan)	2,8(,7)	3,4(,9)	13828,500	,020	
Percepción sobre consumo de analgésicos opioides sin prescripción médica (morfina, oxicodona/oxicontin, fentanilo/durogesic, hidromorfona, meperidina, tramadol/tramal, hidrocodona/vicodin/sinalgen/dovir)	3,0 (,8)	3,6(,9)	21708,500	,017	

El análisis de los puntajes en relación a la percepción de riesgo de consumo según diferentes áreas que pueden ser afectadas por el consumo de cada sustancia respectiva, muestran que los participantes del estudio perciben el riesgo de consumo de forma distinta según área de afectación y según sustancia.

En primer lugar, se observa el aumento de percepción de riesgo con el aumento de frecuencia de consumo en cada sustancia.

En el área de accidentes de tráfico fue valorada con la menor percepción de riesgo en todas las sustancias, excepto en el alcohol. En esta sustancia esta área puntuó más alto, seguido por problemas con familiares y amigos, y daños físicos y problemas legales.

Al respecto de la percepción de riesgo de tabaco, el área que mayor valoración obtuvo fueron los daños a la salud física, seguida por problemas psíquicos (ansiedad, pérdida de memoria, deterioro emocional, daño cerebral, etc.)

En cannabis se observó un mayor riesgo percibido en términos de problemas psíquicos y problemas con amigos y familiares, seguido por problemas físicos y deficiencias cognitivas.

En cuanto a la percepción de riesgo de consumo de alucinógenos, cocaína, heroína, drogas de diseño y anfetaminas e inhalantes, la percepción de riesgo fue mayor para los problemas psíquicos, siendo el resto de los aspectos valorados de la misma forma de riesgo alto.

En cuanto al consumo de estimulantes y tranquilizantes, la mayor percepción de riesgo fue para daños físicos y psíquicos por igual, seguido por deficiencias cognitivas. En cuanto a los analgésicas el área percibida como la más afectada fue problemas físicos seguida por problemas psíquicos.

Tabla N 15

Percepción de riesgo según áreas de vida afectadas

	Efectos y daños físicos	Problemas psíquicos (ansiedad, pérdida de memoria, daños cerebrales, deterioro emocional, etc.)	Deficiencias académicas o cognitivas	Accidentes de tráfico	Problemas familiares o de relación con los amigos	Problemas legales (probabilidad de cometer un crimen y/o ser arrestado)
Consumo ocasional de tabaco	3, 2,(8)	2,9,(9)	2,6,(8)	1,9,(7)	2,6,(7)	2,3,(6)
Consumo regular de tabaco	3,4,(7)	3,3 ,(7)	2,9 ,(9)	2,5,(6)	3 ,(8)	2,5 ,(1)

Consumo ocasional de alcohol	2,7(,8)	2,6(,7)	2,6(,6)	3,2(,8)	2,9(,5)	2,9(,6)
Consumo regular de alcohol	3,4(,5)	3,3(,7)	3,2(,7)	3,6(,7)	3,5(,9)	3,4(,9)
Consumo experimental de cannabis	2,5(,5)	2,6(,6)	2,5(,8)	2,5(,6)	2,8(,7)	2,7(,8)
Consumo ocasional de cannabis	2,9(,5)	3,0(,8)	2,9(,9)	2,8(,5)	3,1(,6)	2,9(,8)
Consumo habitual de cannabis	3,5(,5)	3,6(,6)	3,5(,7)	3,3(,7)	3,6(,7)	3,4(,8)
Consumo experimental alucinógenos	2,9(,4)	3,0(,7)	2,9(,8)	3,0(,8)	3,0(,9)	3,0(,9)
Consumo ocasional alucinógenos	3,2(,6)	3,3(,6)	3,2(,7)	3,2(,7)	3,3(,8)	3,3(,8)
Consumo habitual alucinógenos	3,7(,9)	3,8(,9)	3,7(,8)	3,6(,7)	3,7(,7)	3,7(,7)
Consumo experimental cocaína	2,9(,8)	3,0(,8)	2,9(,9)	2,9(,9)	3,0(,6)	3,0(,6)
Consumo ocasional cocaína	3,3(,8)	3,4(,7)	3,3(,8)	3,2(,8)	3,4(,8)	3,3(,9)
Consumo habitual cocaína	3,8(,8)	3,9(,9)	3,8(,9)	3,7(,6)	3,8(,5)	3,8(,5)
Consumo experimental heroína	3,2(,6)	3,2(,7)	3,1(,9)	3,1(,6)	3,2(,5)	3,2(,8)
Consumo ocasional heroína	3,5(,4)	3,5(,8)	3,4(,8)	3,4(,7)	3,5(,5)	3,5(,5)
Consumo habitual heroína	3,8(,5)	4,0(,5)	3,9(,6)	3,8(,7)	3,8(,8)	3,8(,7)
Consumo experimental drogas de diseño y anfetaminas	3,1(,9)	3,2(,7)	3,2(,7)	3,1(,7)	3,2(,7)	3,2(,7)
Consumo ocasional drogas de diseño y anfetaminas	3,4(,8)	3,4(,7)	3,4(,6)	3,3(,6)	3,5(,7)	3,4(,7)
Consumo habitual drogas de diseño y anfetaminas	3,8(,7)	3,9(,7)	3,8(,7)	3,7(,8)	3,8(,6)	3,8(,6)
Consumo experimental inhalantes	3,0(,7)	3,0(,7)	2,9(,8)	2,9(,6)	3,1(,7)	3,0(,8)
Consumo ocasional inhalantes	3,3(,6)	3,4(,7)	3,3(,6)	3,2(,7)	3,4(,7)	3,3(,7)
Consumo habitual inhalantes	3,8(,7)	3,9(,6)	3,7(,6)	3,6(,6)	3,7(,7)	3,8(,7)
Consumo ocasional estimulantes	3,0(,7)	3,1(,7)	3,0(,6)	2,9(,7)	3,0(,7)	2,9(,7)
Consumo regular estimulantes	3,6(,6)	3,5(,7)	3,4(,8)	3,2(,7)	3,4(,8)	3,2(,9)
Consumo ocasional tranquilizantes	3,0(,8)	3,2(,7)	3,0(,8)	2,9(,9)	3,0(,9)	2,8(,8)

Consumo regular tranquilizantes	3,4(,6)	3,5(,7)	3,3(,7)	3,2(,8)	3,3(,7)	3,1(,7)
Consumo ocasional analgésicos opioides	3,1(,7)	3,2(,8)	3,1(,8)	3,0(,9)	3,1(,9)	3,0(,9)
Consumo regular analgésicos opioides	3,6(,7)	3,6(,7)	3,5(,8)	3,4(,9)	3,4(,7)	3,3(,7)

Diferencias de percepción de riesgo de consumo de sustancias según variables sociodemográficas

La comparación de la percepción de riesgo de consumo según género, se identificó la diferencia estadísticamente significativa en todas las sustancias con una percepción de riesgo mayor en el género femenino, excepto para cocaína y heroína, sustancias para las cuales la percepción es similar independientemente del sexo.

Tabla N 16

Diferencias de percepción de riesgo según género

Variables	Femenino Me (Ri)	Masculino Me (Ri)	U de Mann- Whitney	p
Tabaco	2,8(1)	2,5(1,1)	23917,500	,000
Alcohol	3,3(,8)	3(1,1)	26224,500	,006
Marihuana	3,2(1)	2,8(1,3)	23785,500	,000
Alucinógenos	3,4(1)	3,1(1,2)	25199,500	,001
Cocaína	3,4(1)	3,4(1,1)	29125,500	,333
Heroína	3,4(,9)	3,4(,9)	30494,500	,903
Drogas del diseño y anfetaminas	3,7(,9)	3,5(1)	28388,000	,040
Inhalantes	3,6(1)	3,4(1)	28838,000	,043
Estimulantes	3,4(1,2)	3,2(1,7)	26166,000	,005
Tranquilizantes	3,3(1)	3(1,4)	27648,500	,045
Analgésicos	3,5(1,1)	3,3(1)	27389,500	,030

La comparación de percepción de riesgo según grupos de estratos socioeconómicos mostró una diferencia significativa estadísticamente en la percepción de riesgo de consumo de cannabis y alucinógenos, indicando una menor percepción de riesgo en estratos más altos. En el caso de los estratos socioeconómicos inferiores las sustancias con menor percepción de riesgo fueron tabaco y alcohol.

Tabla N 17

Diferencias de percepción de riesgo según estrato

Variables	1	2	3	4	5	Chi-	p
	Me (Ri)	Me(Ri)	Me(Ri)	Me (Ri)	Me (Ri)	cuadrado	
Tabaco	3,2(1,4)	2,7(,9)	2,7(1,2)	2,7(1)	2,5(1)	6,401	,171
Alcohol	3,3(,8)	3,2(,8)	3,2(,8)	3(1)	3,2(,7)	5,174	,270
Marihuana	3,4(,6)	3(,9)	3(,9)	2,6(,8)	2,6(,9)	8,025	,041
Alucinógenos	3,5(,9)	3,3(1)	3,3(1)	3(,8)	2,9(,8)	9,219	,046
Cocaína	3,6(,8)	3,3(,1)	3,5(1)	3,3(,9)	3,2(,9)	5,114	,276
Heroína	3,8(,8)	3,4(,9)	3,7(,9)	3,8(,9)	3,3(,9)	3,650	,455
Drogas del diseño	3,6(,8)	3,4(,9)	3,7(,9)	3,3(1)	3,3(1)	6,376	,173
Inhalantes	3,6(,8)	3,3(1)	3,6(,9)	3,3(1)	3,5(,9)	4,678	,322
Estimulantes	3,5(1)	3,4(1,2)	3,3(1)	3(1)	3,3(1,1)	6,609	,158
Tranquilizantes	3,5(,8)	3,5(1,1)	3(1,4)	3(1,2)	3(1,1)	5,830	,212
Analgésicos	3,5(1,1)	3,5(1)	3,4(1)	3,5(1)	3(,9)	1,874	,759

La comparación de la percepción de riesgo de consumo de sustancias según grupo de edad mostró una diferencia significativa estadísticamente casi en todas las sustancias, indicando aumento de percepción de riesgo a medida que aumenta la edad, excepto para los casos de analgésicos y alcohol.

Tabla N 18

Diferencias de percepción de riesgo según edad

VARIABLES	17-20	21-25	26-30	31-35	36-60	Chi-	p
	Me (Ri)	Me(Ri)	Me(Ri)	Me (Ri)	Me (Ri)	cuadrado	
Tabaco	2,8(1,1)	2,5(1,1)	3,2(1,6)	3,8(1,6)	3,6(1,4)	3,635	,048
Alcohol	3,2(,8)	3,5(1)	3,2(,9)	3,5(,9)	3(,8)	10,210	,137
Marihuana	3(1)	3,2(,8)	3,2(,9)	4(,9)	4(,9)	10,873	,028
Alucinógenos	3,3(,9)	3,8(,8)	4(,9)	4(,7)	4(,8)	13,635	,009
Cocaína	3,3(,5)	3,9(,8)	4(,8)	4(,6)	4(,8)	16,997	,002
Heroína	3,6(,9)	4(,8)	4(,9)	4(,7)	4(,7)	23,510	,000
Drogas del diseño	3,5(1)	3,8(,6)	4(,7)	4(1)	4(,9)	18,601	,001
Inhalantes	3,4(,9)	3,7(,8)	4(,9)	4(,8)	4(,9)	19,135	,001
Estimulantes	3,3(,7)	3,5(,7)	3,9(,8)	4(,8)	4(,9)	13,412	,009
Tranquilizantes	3,2(,7)	3,4(,7)	4(,8)	4(,6)	4(,8)	13,697	,008
Analgésicos	3,5(,5)	3,7(,8)	3,5(,9)	4(,8)	4(,8)	4,358	,360

La comparación de la percepción de riesgo según los grupos de estado civil identificó una diferencia estadísticamente significativa en todas las sustancias, mostrando una mayor percepción de riesgo en el grupo de casados, excepto en el caso del tabaco.

Sin embargo, es necesario confirmar estos resultados en los estudios posteriores debido a no equivalencia numérica de grupos.

Tabla N 19

Diferencias de percepción de riesgo según estado civil

VARIABLES	soltero	noviazgo	casado	Chi-	p
	Me (Ri)	Me(Ri)	Me(Ri)	cuadrado	
Tabaco	2,7(1,1)	2,9(1)	2,6(1)	5,311	,150
Alcohol	3,1(,9)	3,4(,5)	3,4(1)	7,816	,050
Marihuana	3(1)	3(,9)	3,6(,8)	10,476	,015
Alucinógenos	3,3(,8)	3,3(,9)	4(,6)	7,856	,049
Cocaína	3,4(,8)	3,3(,7)	4(,6)	9,208	,027
Heroína	3,5(,5)	3,6(,5)	4(,9)	6,086	,048
Drogas del diseño	3,6(,4)	3,3(,5)	4(,8)	7,620	,055
Inhalantes	3,5(,3)	3,3(,8)	4(,7)	8,315	,040
Estimulantes	3,3(,5)	3,3(,8)	4(,5)	8,518	,036
Tranquilizantes	3,2(,7)	3,4(,9)	4(,6)	10,900	,012

Analgésicos	3,5(,8)	3,4(,9)	3,8(,8)	2,725	,036
-------------	---------	---------	---------	-------	------

En la comparación de percepción de riesgo de consumo según grupos que practican o no alguna religión, se identificó la presencia de diferencias significativas estadísticamente en los casos de tabaco, alcohol, cannabis, inhalantes, estimulantes y tranquilizantes, indicando una mayor percepción de riesgo en el grupo que practica alguna religión.

Tabla N 20

Diferencias de percepción de riesgo según practica de religión

Variables	si Me (Ri)	no Me (Ri)	U de Mann- Whitney	p
Tabaco	2,9 (1,2)	2,6(,7)	27478,500	,000
Alcohol	3,2(,8)	3(,6)	29853,000	,024
Marihuana	3,1(,6)	2,9(,7)	29604,000	,017
Alucinógenos	3,3(,6)	3,3(,5)	32239,500	,390
Cocaína	3,4(,6)	3,3(,6)	31050,000	,118
Heroína	3,7(,9)	3,7(,7)	32412,000	,442
Drogas del diseño	3,7(1)	3,5(,9)	31157,500	,030
Inhalantes	3,6(1)	3,4(,9)	30643,000	,072
Estimulantes	3,4(,7)	3,2(,5)	30845,500	,091
Tranquilizantes	3,5(,8)	3(,9)	29158,000	,007
Analgésicos	3,5(1)	3,4(,7)	32352,000	,425

En la comparación de percepción de riesgo de consumo según la presencia de consumo familiar, se identificó una diferencia significativa estadísticamente en la percepción de riesgo de consumo de todas las sustancias, mostrando una mayor percepción de riesgo en el grupo que no tiene familiares que consumen alguna sustancia, excepto en los casos de tranquilizantes y analgésicas, donde la diferencia en la percepción es menos evidente.

Tabla N 21*Diferencias de percepción de riesgo según familiares que consumen*

Variables	si	no	U de Mann-	p
	Me (Ri)	Me (Ri)	Whitney	
Tabaco	2,6(1)	2,9(1)	24895,000	,000
Alcohol	3,1(,9)	3,3(,8)	28970,000	,012
Marihuana	2,9(1)	3,3(,9)	24739,500	,000
Alucinógenos	3,2(,9)	3,5(,9)	27330,000	,000
Cocaína	3,2(1)	3,7(,9)	25254,000	,000
Heroína	3,4(,9)	3,7(,9)	28991,000	,011
Drogas del diseño	3,3(,8)	3,7(1)	26393,500	,000
Inhalantes	3,3(,9)	3,7(,9)	26470,000	,000
Estimulantes	3,2(,9)	3,5(1)	29539,500	,028
Tranquilizantes	3,2(1)	3,4(,1)	31237,500	,236
Analgésicos	3,4(1)	3,5(,9)	33134,000	,956

La comparación de percepción de riesgo de consumo según grupos que cuentan con amigos que consumen o no, indicó la presencia de una diferencia significativa estadísticamente en todas las sustancias excepto la heroína. Los participantes del estudio que cuentan con amigos que consumen manifestaron una menor percepción de riesgo de consumo.

Tabla N 22*Diferencias de percepción de riesgo según amigos que consumen*

Variables	si	no	U de Mann-	p
	Me (Ri)	Me (Ri)	Whitney	
Tabaco	2,6(1)	3(1)	24778,500	,000
Alcohol	3(1)	3,4(,8)	24901,500	,000
Marihuana	2,9(,9)	3,3(1)	23537,500	,000
Alucinógenos	3,2(,9)	3,5(1)	26922,500	,000
Cocaína	3,3(,9)	3,6(1)	28445,500	,004
Heroína	3,7(,9)	3,7(1)	33062,500	,903
Drogas del diseño	3,4(1)	3,7(1)	29733,500	,034

Inhalantes	3,4(,9)	3,6(,9)	28984,500	,011
Estimulantes	3(1,2)	3,5(,9)	25723,500	,000
Tranquilizantes	3(,8)	3,5(,9)	26350,500	,000
Analgésicos	3,4(,8)	3,6(,9)	28922,500	,010

Correlación entre el consumo de sustancia y percepción de riesgo de su respectivo consumo

Se identificó la correlación entre el consumo de sustancias y su respectiva percepción de riesgo de consumo. En el caso de consumo de tabaco, alcohol, cannabis, tranquilizantes y analgésicos, se presentó una correlación negativa, mediana y significativa estadísticamente, indicando que el consumo de sustancias se relaciona con una menor percepción de su riesgo de consumo.

Tabla N 23

Correlación entre consumo y percepción

Variables	Rho de Spearman	P
Consumo tabaco/percepción de riesgo de consumo de tabaco	-,423**	,000
Consumo alcohol/ percepción de riesgo de consumo de alcohol	-,502**	,000
Consumo marihuana/ percepción de riesgo de consumo de marihuana	-,414**	,000
Consumo de tranquilizantes/ percepción de riesgo de consumo de tranquilizantes	-,582**	,000
Consumo de analgésicos/ percepción de riesgo de consumo de analgésicos	-,555**	,006

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Discusión de resultados

Como se explicó en la metodología, el alcance de esta investigación es descriptivo correlacional y arrojó resultados de interés para el análisis. En primer lugar, llama la atención el reducido consumo de tabaco y marihuana entre la población analizada, situación diferente a la del alcohol, sustancia consumida por todos los encuestados en mayor o menor intensidad, siendo la sustancia popular con menor percepción de riesgo de consumo. En cuanto a sustancias menos populares, no se evidencia consumo de alucinógenos, cocaína, heroína y fármacos estimulantes; y se evidencia un consumo modesto de inhalantes, tranquilizantes y anti depresivos, y analgésicos; si bien conviene prevenir el consumo de estas dos últimas sustancias, consumidas por una décima parte de la población y una quinta parte, respectivamente.

Con relación al consumo de sustancias por edades, sobresale el hecho de que los mayores de 30 años suelen consumir menos alcohol y marihuana, lo cual puede explicarse por particularidades del ciclo vital tales como una mayor dedicación de tiempo a las obligaciones laborales, la constitución de una familia o contraer matrimonio; sin embargo, consumen más tabaco y su consumo de tranquilizantes y analgésicos no varía significativamente frente a individuos ubicados en los demás rangos de edad. Los menores de 30, por su parte, consumen más alcohol, cannabis, y drogas que no consumen los mayores, como las de diseño e inhalantes, quizá por hallarse en un momento de menor estabilidad económica, emocional y disponer de más tiempo libre.

Una explicación más rigurosa la ofrece Rice (1997), quien desarrolla el concepto de *moratoria social*, refiriéndose a la etapa de la adolescencia, en la que el individuo busca experimentar, explorar su identidad y encontrar un rol socialmente aceptado, proceso que puede ser tensionante y confuso, generando ciertas perturbaciones, que generalmente desembocan en el

aislamiento, el consumo de sustancias y otras prácticas de riesgo, pretendiendo disminuir la ansiedad producida.

Un estudio que conviene mencionar en relación con el consumo de inhalantes, es uno desarrollado por la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, en el cual detectó que el 1% de los colombianos es adicto a los mismos, esto sin incluir a los habitantes de calle, dejando en evidencia que el mayor índice de consumo oscila en edades desde los 12 a 17 años (Torres, 1997).

Por estrato socioeconómico, salta a la vista el mayor consumo de inhalantes en población de menor estrato y el mayor consumo de tranquilizantes en población de mayor estrato, lo cual se corresponde con la capacidad adquisitiva de los encuestados.

Por estado civil, se observa que los casados consumen menos alcohol y no consumen cannabis, drogas de diseño o inhalantes, lo cual puede deberse a que son individuos que encuentran en la vida familiar y de pareja un factor de protección, en la medida en que les puede proporcionar estabilidad emocional y económica. Por su parte, los solteros consumen más alcohol, tranquilizantes y analgésicos.

Por práctica o no de alguna religión, se identificó que profesar alguna fe aparentemente opera como factor de protección frente al consumo de algunas sustancias, pues quienes lo hacen consumen menos tabaco, alcohol y cannabis que quienes no lo hacen. El sentido de pertenencia a un grupo, el apoyo de los líderes espirituales y los principios morales cultivados pueden estar en la raíz de este comportamiento.

Por presencia o no de familiares que consumen alguna sustancia se identificó que, tanto quienes tienen familiares consumidores como quienes no los tienen, suelen consumir alcohol,

además de sustancias como las drogas de diseño en el primer caso y tranquilizantes y analgésicos en el segundo. La coincidencia en el consumo de alcohol puede deberse a la naturalización de su consumo en la sociedad, que lleva a la percepción de que su consumo no es nocivo, independientemente de que se consuma o no en el núcleo familiar.

Por presencia o no de amigos consumidores se evidenció que quienes los tienen, tienden a consumir más tabaco, alcohol, cannabis, drogas de diseño e inhalantes y quienes no los tienen suelen consumir más alcohol, tranquilizantes y analgésicos. Nuevamente se resalta el consumo del alcohol independientemente de que se tengan o no personas cercanas que consuman sustancias, pero, además, salta a la vista que tener amigos consumidores ejerce una influencia importante en el número de sustancias que un individuo consume.

En relación con la percepción de riesgo de consumo según diferentes áreas que pueden ser afectadas se percibe que el consumo de alcohol conlleva un mayor riesgo de accidentes de tráfico; el consumo de tabaco un mayor riesgo para la salud física; el consumo de cannabis un mayor riesgo de problemas psíquicos y con amigos y familiares; el consumo de alucinógenos, cocaína, heroína, drogas de diseño y anfetaminas, e inhalantes, un mayor riesgo de problemas psíquicos; el consumo de estimulantes y tranquilizantes, un mayor riesgo de daños físicos y psíquicos; y el consumo de analgésicos, un mayor riesgo de problemas físicos. Lo anterior se corresponde con la evidencia científica frente a los efectos del consumo de diferentes tipos de drogas.

Frente a las diferencias en la percepción de riesgo de consumo de sustancias se observa, en general, una mayor percepción en el género femenino, lo cual se corresponde con la menor tendencia en este género a poner en riesgo la integridad y, en consecuencia, a tener mayor longevidad, como se evidencia en estudios de diferentes disciplinas y contextos geográficos.

Por estratos socioeconómicos, los encuestados de estratos superiores perciben menor riesgo para el consumo de cannabis y alucinógenos, mientras los de estratos inferiores lo hacen para el consumo de tabaco y alcohol. Lo anterior, nuevamente, puede ser el reflejo de la mayor accesibilidad a las sustancias conforme a la capacidad adquisitiva de los encuestados.

Por grupos de edad, se observa el aumento en la percepción de riesgo para casi todas las sustancias a medida que aumenta la edad, lo cual se corresponde con la tendencia de los individuos a tener una mayor preocupación por su salud a medida que se hacen mayores.

Por estado civil, se evidencia una mayor percepción de riesgo de consumo de sustancias en el grupo de casados, quizá explicado por los efectos negativos que se estima que puede tener sobre la vida familiar y de pareja, así como sobre la vida laboral y la estabilidad económica.

Por la práctica o no de alguna religión, nuevamente parece evidenciarse que la profesión de alguna fe actúa como factor protector, en la medida en que quienes lo hacen tienen una mayor percepción de riesgo del consumo de diferentes sustancias como tabaco, alcohol, cannabis, inhalantes, estimulantes y tranquilizantes, en comparación con quienes no lo hacen.

Por la presencia o no de consumidores en la familia, quienes no tienen familiares consumidores tienen una mayor percepción del riesgo de consumo de casi todas las sustancias, lo cual refleja la influencia que tiene el contexto familiar en la predisposición o no de los individuos para el consumo de sustancias.

Por la presencia o no de consumidores en el círculo de amigos, quienes tienen amigos consumidores manifestaron una menor percepción de riesgo de consumo de sustancias o, lo que es lo mismo, una mayor predisposición a consumir.

Con el desarrollo del estudio se pudo evidenciar la existencia de una mayor percepción de riesgo de consumo de cada sustancia, conforme aumenta su frecuencia de uso, además de la correlación entre el consumo de sustancias y su respectiva percepción de riesgo de consumo. Lo anterior coincide con diferentes estudios según los cuales la percepción del riesgo está relacionada directamente con el consumo de sustancias, en especial aquellas que son legales, debido a que se evidencia una normalización de estas, por lo tanto, el riesgo percibido es menor (Olivares, et al. 2010). En el caso de consumo de tabaco, alcohol, cannabis, tranquilizantes y analgésicos, se presentó una correlación negativa, mediana y significativa estadísticamente, indicando que el consumo de sustancias se relaciona con una menor percepción de su riesgo de consumo.

Finalmente, para el contexto universitario resulta conveniente considerar los planteamientos de Tirado et al. (2012). De acuerdo con los autores, en la percepción de riesgo de consumo de sustancias de los universitarios intervienen:

(...) la disponibilidad y el acceso a estas, el exceso de tiempo libre, las discusiones familiares, modelos paternos de consumo de drogas, el mal ejemplo por parte de docentes que son a su vez consumidores, la identificación con pares y el consumo por imitación, el consumo para satisfacer curiosidad, utilizar la droga como alternativa para aliviar sintomatología de origen mental, para expresar independencia y rebeldía, adquirir un estado superior de conocimiento o mejorar la capacidad creativa; conseguir una sensación de bienestar, comodidad, y la necesidad de evadir situaciones (Tirado et al., 2012, p. 39).

Conclusiones

En la actualidad el consumo de sustancias legales e ilegales entre población joven se ha generalizado al punto que se puede afirmar que constituye uno de los problemas de salud pública más desafiantes, tanto para las autoridades sanitarias de los países desarrollados como de los países en vías de desarrollo, como se pudo evidenciar en los antecedentes de la presente investigación.

Una de las mayores preocupaciones es que el consumo de sustancias está teniendo lugar a edades cada vez más tempranas. Sin duda la pertenencia a hogares disfuncionales, donde los padres usualmente no están preparados para asumir una paternidad responsable, hay manifestaciones frecuentes de violencia física y psicológica, se evidencian carencias al momento de satisfacer necesidades básicas como la alimentación, los padres o hermanos consumen sustancias, y los hijos no reciben la atención necesaria y suficiente en su proceso de crecimiento, es uno de los factores que influye en esta situación.

Es evidente pues que la etapa del ciclo vital por la que el individuo se encuentra transitando resulta determinante en su predisposición a consumir sustancias. Así como vivir la niñez en un hogar disfuncional puede generar una mayor predisposición, vivir la adolescencia sin el suficiente apoyo y acompañamiento familiar, puede generar una sensación de incompreensión que se busca saciar por medio de la pertenencia a un grupo en el proceso de formación de la identidad o simplemente de la necesidad percibida de “estar a la moda” y, con mucha frecuencia, el consumo de sustancias actúa como una suerte de requisito para conseguir ambos.

Lo anterior se complejiza con el ingreso a la universidad, que en la mayoría de los casos tiene lugar aún en la adolescencia, en la medida en que, en este contexto, suelen estar naturalizados, tanto el consumo de sustancias legales (que con frecuencia viene naturalizado ya

desde el contexto familiar), como el consumo de sustancias ilegales. En los términos de la presente investigación, la percepción de riesgo del consumo de sustancias, tanto en el ámbito personal como en el colectivo, suele reducirse en la universidad.

De la percepción de riesgo del consumo de sustancias depende en gran medida el grado de consumo de las mismas. En la presente investigación, se indagó por la percepción que tienen los estudiantes de primer semestre de la Universidad Católica Luis Amigó en todas sus sedes y todas sus modalidades de estudio, frente a los riesgos que conlleva el consumo de diferentes sustancias en términos de accidentes de tráfico, problemas de salud transitorios, problemas legales, problemas en las relaciones interpersonales y sociales, cambios en el comportamiento y disminución en la capacidad de realizar tareas, problemas de salud graves e irreversibles, y deterioro de las relaciones familiares.

No debe perderse de vista, además, la influencia del entorno social en la predisposición a consumir sustancias. Una sociedad permeada por la violencia desde sus orígenes, donde se perciben pocas oportunidades de escalar social y económicamente, se tiene poca confianza en las instituciones, hay escaso sentido de comunidad, solo por mencionar algunas de sus características, es una sociedad en la que el individuo tiende a preocuparse menos por su integridad física, mental y emocional, entregándose a un mayor consumo de sustancias.

Para que los estudiantes de la Universidad reduzcan al máximo el consumo de sustancias legales e ilegales, teniendo en cuenta todos los factores que los predisponen al consumo habitual y excesivo, es necesario dirigir esfuerzos que permitan potenciar factores protectores como el acompañamiento familiar; la adopción de hábitos y estilos de vida saludable, respondiendo a una ética del autocuidado; la conformación de entornos psicosociales saludables, en términos de Álvarez & Marín (2016); y la ejecución de programas de promoción, prevención e intervención

de adicciones no diseñados para el público en general, sino dirigidos a grupos objetivo como sugieren Lema et al. (2011). Lo anterior permitirá, además, mitigar un factor de riesgo adicional evidenciado en los entornos escolar y universitario, el estrés académico.

Por otra parte, es pertinente llevar a cabo programas enfocados a grupos objetivo de acuerdo con la edad, así: prevención de consumo de tabaco para población entre 31 y 35 años, de alcohol y marihuana para población entre 17 y 30 años, de drogas de diseño entre 17 y 20 años, de inhalantes entre 17 y 25 años.

En el desarrollo de los programas de promoción, prevención e intervención de adicciones, es importante tener en cuenta además, las diferencias en el consumo de sustancias de acuerdo con características de los individuos como el género, el estrato socioeconómico, el estado civil, la práctica o no de alguna religión, la presencia o no de familiares consumidores y la presencia o no de amigos que consumen; la percepción de riesgo de consumo de acuerdo con las mismas características; y la percepción de riesgo de consumo según diferentes áreas que pueden ser afectadas por el consumo de cada sustancia.

Referencias

- Betancur Quiceno, V., Jimenez Severiche, A. D., Rios Bogallo, L. C., & Vargas Ocampo, V. M. (2019). *Consumo prematuro de sustancias alucinógenas: percepción de los estudiantes de la I.E.T Boyacá de Ibagué*. Politécnic Grancolombiano, 1-22.
<http://hdl.handle.net/10823/1553>
- Cazenave, A., Saavedra, W., Huerta, P., Mendoza, C., & Aguirre, C. (2017). Consumo de marihuana en jóvenes universitarios: percepción de los pares. *Ciencia y enfermería*, 23(1), 15-24. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532017000100015
- Contreras, S. (2015). Consumo de Drogas y Percepción de Riesgo en Jóvenes del CUValles de la U. de Guadalajara. Guadalajara. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*. 5(10), 2007-7467.
<https://www.ride.org.mx/index.php/RIDE/article/view/201>
- Correa Torres, M. C. (2019). *Percepción del Consumo de Sustancias Psicoactivas en estudiantes de pregrado en la Universidad Tecnológica de Pereira*. Pereira: Universidad Tecnológica de Pereira, 1-117. <http://repositorio.utp.edu.co/dspace/handle/11059/11076>
- De San Jorge-Cárdenas X, Montes-Mendoza M, Beverido-Sustaeta P, Salas-García B. (2016). Percepción de riesgo y consumo de drogas legales en estudiantes de psicología de una universidad mexicana. *Revista Investig. Salud Univ*. 3:16-33.
<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/586>

Fumero Molina, D. J. (2019). *Percepción de los alumnos de enfermería de la Universidad de La Laguna del consumo de cannabis*. Repositorio institucional de la Universidad de La Laguna, 1-62. <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/15111>

García Castrillo, Goretti, Martín Sánchez, Juan Carlos, Martínez, Cristina, & Martínez Sánchez, José M. (2019). Conocimiento, uso y percepción de los cigarrillos electrónicos en estudiantes de ciencias de salud. *Index de Enfermería*, 28(4), 179-183. Epub 14 de septiembre de 2020. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000300004&lng=es&tlng=es.

García do Nascimento, P., Molerio Pérez, O., & Fernández-Castillo, E. (2019). Percepción del riesgo respecto al consumo de alcohol en estudiantes angolanos. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 15(1).
<http://www.revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/45/41>

González Angulo, P., Yovani Telumbre Terrero, J., López Cisneros, M. A., Camacho Martínez, J. U., Ulloa Mayo, J. L., & Salazar Mendoza, J. (2018). Percepción de riesgo y consumo de alcohol y/o tabaco en estudiantes universitarios de ciencias de la salud. NURE investigación: *Revista Científica de enfermería*, 97, 15(97), 1-11.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7125050&info=resumen&idioma=SPA>
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7125050&info=resumen&idioma=ENG>

Herruzo, C., Lucena, V., Ruiz, R., Raya, A., & Pino, M. J. (2016). Diferencias en función del sexo en la percepción del riesgo asociado al consumo de drogas en jóvenes. *Acción*

Psicológica, 13(1), 79-90. <https://scielo.isciii.es/pdf/acp/v13n1/1578-908X-acp-13-01-00079.pdf>

Hinojosa, L, Donato, E, Castillo, M, Silva, R, García, P, García, V. (2017). Estrés académico y consumo de alcohol en universitarios de nuevo ingreso. *Brasil. Universidad de Sao Paulo*. 2(1):133-147. <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/m8qvh>.

Iglesias, D, Navarro, I. (2016). *Percepción del riesgo de consumo de alcohol, tabaco y cannabis en la población escolar. estudio de intervención*. Sevilla. Universidad de Sevilla. <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/65110/DIAZ%20IGLESIAS%2C%20M%20AA%20DOLORES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Knight, L. (2018). *Consumo de marihuana: percepción de riesgo en adolescentes*. Tesis de Licenciatura, Universidad Católica Argentina, Facultad de Psicología y Psicopedagogía. <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/greenstone/cgi-bin/library.cgi?a=d&c=tesis&d=consumo-marihuana-percepcionriesgo>

Mendez-Ruiz, M. D., de Jesús Alonso-Castillo, M. T., Alonso-Castillo, M. M., Uribe-Alvarado, J. I., & Armendáriz-García, N. A. (2015). Relación de percepción de riesgo y consumo de alcohol en adolescentes. *SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 11(3), 161-167. <https://www.redalyc.org/pdf/803/80342807007.pdf>.

Morales, C et. al. (2010). Creencias y motivos asociados al consumo y no consumo de cocaína en población escolarizada de la ciudad de Valencia (España). *Elsevier España, S.L.y Sociedad Española de Toxicomanías*. 12 (6), [file:///C:/Users/Aleja/Downloads/X1575097310844750%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Aleja/Downloads/X1575097310844750%20(1).pdf)

- Oliveres, R; Jurado, L; Osuna, P; Cabrera, H. (2010). Análisis del consumo de drogas legales como el alcohol, el tabaco y los psicofármacos, y la percepción del riesgo en jóvenes universitarios. Córdoba. *Psychology, Society, & Education* 2 (1), 25-37,
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6360131.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Guía de entornos y estilos de vida saludables, comunidades indígenas*. Yamaranguila. Organización Panamericana de la Salud.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34580/vidasaludable2016-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Posada, I; Henao, P; Alzate, M; Oquendo, A. (2014). Percepción de la comunidad universitaria sobre el consumo de sustancias psicoactivas en la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. *Revista de Ciencia y Salud*. 12 (3), 411-22.
<http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v12n3/v12n3a10.pdf>
- Ruiz, R., Lucena, V., Pino, M., Raya, A., & Herruzo, J. (2010). El consumo de cannabis y la percepción del riesgo en jóvenes universitarios. *Behavioral Psychology*, 18(3), 579-590.
https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/07.Ruiz-Olivares_18-3r.pdf.
- Ruiz-Olivares, R., Lucena, V., Pino, M. J., & Herruzo, J. (2010). Análisis del consumo de drogas legales como el alcohol, el tabaco y los psicofármacos, y la percepción del riesgo en jóvenes. *Psychology, Society, & Education*, 2(1), 25.
<https://doi.org/10.25115/psye.v2i1.433>

Sampieri, H; Collado, F; Lucio, B. (2014). *Metodología de la investigación*. Editorial MC Graw Hill Education S.A., Vol. (6), núm. 736 S.A.

<https://www.uca.ac.cr/wpcontent/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>.

Torrado Lois, C., & Di Landro, G. (2017). Percepciones sobre el uso problemático de sustancias en adolescentes. *RECUS: Revista Electrónica Cooperación Universidad Sociedad*, 2(1), 33-39. <http://oaji.net/pdf.html?n=2017/6747-1543938787.pdf>.

Torres, Y. (1997). *Segundo estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas: Colombia 1997*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/segundo-estudio-nacional-salud-mental-consumo-spc-1997.pdf>

Trujillo, Á. M., Santacana, M. F. I., & Gómez, A. P. (2007). Uso de sustancias y percepción de riesgo: Estudio comparativo entre Jóvenes de Bogotá y Barcelona. *Adicciones*, 19(2), 179-189. <https://doi.org/10.20882/adicciones.315>

Urday Concha, V. F., Gonzáles-Vera, C., Peñalva Suca, L. J., Pantigoso-Bustamante, E. L., Cruz Sánchez, S. H., & Pinto-Oppe, L. (2019). Percepción de riesgos y consumo de drogas en estudiantes universitarios de enfermería, Arequipa, Perú. *Enfermería actual en Costa Rica*, 18(36). <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i36.33416>

Uribe, J, et al. (2011). Relación entre percepción de riesgo y consumo de drogas en estudiantes de bachillerato. *Psicología y Salud*. 21 (1), 47-55.

http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_abuso/Articulos/relacionpercepcionriesgoconsumodrogasestudiantesbachillerato_1.pdf

Anexo N 1

Percepción sobre el riesgo de consumo de tabaco

1. Consideras que el uso ocasional de tabaco causa: [efectos y daños físicos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	23	4,4
poco	134	25,7
moderado	172	33,0
mucho	192	36,9
Total	521	100,0

2. Consideras que el uso ocasional de tabaco causa: [problemas psíquicos (ansiedad, pérdida de memoria, daños cerebrales, deterioro emocional, etc.),]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	35	6,7
poco	145	27,8
moderado	162	31,1
mucho	179	34,4
Total	521	100,0

3. Consideras que el uso ocasional de tabaco causa: [deficiencias académicas o cognitivas]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	66	12,7
poco	174	33,4
moderado	151	29,0
mucho	130	25,0
Total	521	100,0

4. Consideras que el uso ocasional de tabaco causa: [accidentes de tráfico]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	188	36,1
poco	212	40,7
moderado	85	16,3
mucho	36	6,9
Total	521	100,0

5. Consideras que el uso ocasional de tabaco causa: [problemas familiares o de relación con los amigos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	65	12,5
poco	150	28,8
moderado	152	29,2
mucho	154	29,6
Total	521	100,0

6. Consideras que el uso ocasional de tabaco causa: [problemas legales (probabilidad de cometer un crimen y/o ser arrestado)]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	157	30,1
poco	147	28,2
moderado	113	21,7
mucho	104	20,0
Total	521	100,0

7. Consideras que el uso regular de tabaco causa: [efectos y daños físicos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	6	1,2
poco	53	10,2
moderado	178	34,2
mucho	284	54,5
Total	521	100,0

8. Consideras que el uso regular de tabaco causa: [problemas psíquicos (ansiedad, pérdida de memoria, daños cerebrales, deterioro emocional, etc.),]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	14	2,7
poco	68	13,1
moderado	199	38,2
mucho	240	46,1
Total	521	100,0

9. Consideras que el uso regular de tabaco causa: [deficiencias académicas o cognitivas]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	42	8,1
poco	112	21,5
moderado	188	36,1
mucho	179	34,4
Total	521	100,0

10. Consideras que el uso regular de tabaco causa: [accidentes de tráfico]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	104	20,0
poco	155	29,8
moderado	146	28,0
mucho	116	22,1
Total	521	100,0

11. Consideras que el uso regular de tabaco causa: [problemas familiares o de relación con los amigos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	43	8,3
poco	95	18,2
moderado	202	38,8
mucho	181	34,7
Total	521	100,0

12. Consideras que el uso regular de tabaco causa: [problemas legales (probabilidad de cometer un crimen y/o ser arrestado)]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	120	23,0
poco	147	28,2
moderado	135	25,9
mucho	119	22,8
Total	521	100,0

Percepción sobre riesgo de consumo de alcohol

1. Consideras que el uso ocasional del alcohol causa: [efectos y daños físicos]

	Frecuencia	Porcentaje
--	------------	------------

nada	52	10,0
poco	171	32,8
moderado	170	32,6
mucho	128	24,6
Total	521	100,0

2. Consideras que el uso ocasional del alcohol causa: [problemas psíquicos (ansiedad, pérdida de memoria, daños cerebrales, deterioro emocional, etc.),]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	69	13,2
poco	172	33,0
moderado	142	27,3
mucho	138	26,5
Total	521	100,0

3. Consideras que el uso ocasional del alcohol causa: [deficiencias académicas o cognitivas]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	92	17,7
poco	129	24,8
moderado	175	33,6
mucho	125	24,0
Total	521	100,0

4. Consideras que el uso ocasional del alcohol causa: [accidentes de tráfico]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	25	4,8
poco	90	17,3
moderado	152	29,2
mucho	254	48,6
Total	521	100,0

5. Consideras que el uso ocasional del alcohol causa: [problemas familiares o de relación con los amigos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	47	9,0
poco	116	22,3
moderado	191	36,7
mucho	167	32,1
Total	521	100,0

6. Consideras que el uso ocasional del alcohol causa: [problemas legales (probabilidad de cometer un crimen y/o ser arrestado)]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	46	8,8
poco	125	24,0
moderado	169	32,4
mucho	181	34,7
Total	521	100,0

7. Consideras que el uso regular del alcohol causa: [efectos y daños físicos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	11	2,1
poco	61	11,7
moderado	165	31,7
mucho	284	54,5
Total	521	100,0

8. Consideras que el uso regular del alcohol causa: [problemas psíquicos (ansiedad, pérdida de memoria, daños cerebrales, deterioro emocional, etc.),]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	16	3,1
poco	58	11,1
moderado	183	35,1
mucho	264	50,7
Total	521	100,0

9. Consideras que el uso regular del alcohol causa: [deficiencias académicas o cognitivas]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	16	3,1
poco	88	16,9
moderado	164	31,5
mucho	253	48,6
Total	521	100,0

10. Consideras que el uso regular del alcohol causa: [accidentes de tráfico]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	6	1,2
poco	36	6,9
moderado	102	19,6
mucho	377	72,4
Total	521	100,0

11. Consideras que el uso regular del alcohol causa: [problemas familiares o de relación con los amigos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	13	2,5
poco	48	9,2
moderado	148	28,4
mucho	312	59,9
Total	521	100,0

12. Consideras que el uso regular del alcohol causa: [problemas legales (probabilidad de cometer un crimen y/o ser arrestado)]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	12	2,3
poco	73	14,0
moderado	147	28,2
mucho	289	55,5
Total	521	100,0

Percepción sobre riesgo de consumo de marihuana

1. Consideras que el uso experimental de marihuana causa: [efectos y daños físicos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	113	21,7
poco	166	31,9
moderado	118	22,6
mucho	124	23,8
Total	521	100,0

2. Consideras que el uso experimental de marihuana causa: [problemas psíquicos (ansiedad, pérdida de memoria, daños cerebrales, deterioro emocional, etc.),]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	86	16,5
poco	158	30,3
moderado	128	24,6
mucho	149	28,6
Total	521	100,0

3. Consideras que el uso experimental de marihuana causa: [deficiencias académicas o cognitivas]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	111	21,3
poco	156	29,9
moderado	131	25,1
mucho	123	23,6
Total	521	100,0

4. Consideras que el uso experimental de marihuana causa: [accidentes de tráfico]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	109	20,9
poco	159	30,5
moderado	132	25,3
mucho	121	23,2
Total	521	100,0

5. Consideras que el uso experimental de marihuana causa: [problemas familiares o de relación con los amigos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	67	12,9
poco	147	28,2
moderado	142	27,3
mucho	165	31,7
Total	521	100,0

6. Consideras que el uso experimental de marihuana causa: [problemas legales (probabilidad de cometer un crimen y/o ser arrestado)]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	86	16,5
poco	151	29,0
moderado	138	26,5
mucho	146	28,0
Total	521	100,0

7. Consideras que el uso ocasional de marihuana causa: [efectos y daños físicos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	28	5,4
poco	141	27,1
moderado	205	39,3
mucho	147	28,2
Total	521	100,0

8. Consideras que el uso ocasional de marihuana causa: [problemas psíquicos (ansiedad, pérdida de memoria, daños cerebrales, deterioro emocional, etc.),]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	18	3,5
poco	112	21,5
moderado	211	40,5
mucho	180	34,5
Total	521	100,0

9. Consideras que el uso ocasional de marihuana causa: [deficiencias académicas o cognitivas]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	40	7,7
poco	133	25,5
moderado	202	38,8
mucho	146	28,0
Total	521	100,0

10. Consideras que el uso ocasional de marihuana causa: [accidentes de tráfico]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	54	10,4
poco	127	24,4
moderado	190	36,5
mucho	150	28,8
Total	521	100,0

11. Consideras que el uso ocasional de marihuana causa: [problemas familiares o de relación con los amigos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	17	3,3
poco	88	16,9
moderado	214	41,1
mucho	202	38,8
Total	521	100,0

12. Consideras que el uso ocasional de marihuana causa: [problemas legales (probabilidad de cometer un crimen y/o ser arrestado)]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	47	9,0
poco	115	22,1
moderado	189	36,3
mucho	170	32,6
Total	521	100,0

13. Consideras que el uso habitual de marihuana causa: [efectos y daños físicos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	13	2,5
poco	31	6,0
moderado	144	27,6
mucho	333	63,9
Total	521	100,0

14. Consideras que el uso habitual de marihuana causa: [problemas psíquicos (ansiedad, pérdida de memoria, daños cerebrales, deterioro emocional, etc.),]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	8	1,5
poco	21	4,0
moderado	131	25,1
mucho	361	69,3
Total	521	100,0

15. Consideras que el uso habitual de marihuana causa: [deficiencias académicas o cognitivas]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	13	2,5
poco	49	9,4
moderado	122	23,4
mucho	337	64,7
Total	521	100,0

16. Consideras que el uso habitual de marihuana causa: [accidentes de tráfico]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	25	4,8
poco	87	16,7
moderado	120	23,0
mucho	289	55,5
Total	521	100,0

17. Consideras que el uso habitual de marihuana causa: [problemas familiares o de relación con los amigos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	7	1,3
poco	34	6,5
moderado	120	23,0
mucho	360	69,1
Total	521	100,0

18. Consideras que el uso habitual de marihuana causa: [problemas legales (probabilidad de cometer un crimen y/o ser arrestado)]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	16	3,1
poco	72	13,8
moderado	114	21,9
mucho	319	61,2
Total	521	100,0

Percepción de riesgo consumo de alucinógenos

1. Consideras que el uso experimental alucinógenos (LSD, hongos, peyote, ketamina, popper, GHB, etc.) causa: [efectos y daños físicos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	37	7,1
poco	159	30,5
moderado	135	25,9
mucho	190	36,5
Total	521	100,0

2. Consideras que el uso experimental alucinógenos (LSD, hongos, peyote, ketamina, popper, GHB, etc.) causa: [problemas psíquicos (ansiedad, pérdida de memoria, daños cerebrales, deterioro emocional, etc.),]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	25	4,8
poco	144	27,6
moderado	154	29,6
mucho	198	38,0
Total	521	100,0

3. Consideras que el uso experimental alucinógenos (LSD, hongos, peyote, ketamina, popper, GHB, etc.) causa: [deficiencias académicas o cognitivas]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	44	8,4
poco	141	27,1
moderado	146	28,0
mucho	190	36,5
Total	521	100,0

4. Consideras que el uso experimental alucinógenos (LSD, hongos, peyote, ketamina, popper, GHB, etc.) causa: [accidentes de tráfico]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	39	7,5
poco	120	23,0
moderado	177	34,0
mucho	185	35,5
Total	521	100,0

5. Consideras que el uso experimental alucinógenos (LSD, hongos, peyote, ketamina, popper, GHB, etc.) causa: [problemas familiares o de relación con los amigos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	35	6,7
poco	119	22,8
moderado	153	29,4
mucho	214	41,1
Total	521	100,0

6. Consideras que el uso experimental alucinógenos (LSD, hongos, peyote, ketamina, popper, GHB, etc.) causa: [problemas legales (probabilidad de cometer un crimen y/o ser arrestado)]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	41	7,9
poco	125	24,0
moderado	152	29,2
mucho	203	39,0
Total	521	100,0

7. Consideras que el uso ocasional de alucinógenos (LSD, hongos, peyote, ketamina, popper, GHB, etc.) causa: [efectos y daños físicos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	10	1,9
poco	73	14,0
moderado	221	42,4
mucho	217	41,7
Total	521	100,0

8. Consideras que el uso ocasional de alucinógenos (LSD, hongos, peyote, ketamina, popper, GHB, etc.) causa: [problemas psíquicos (ansiedad, pérdida de memoria, daños cerebrales, deterioro emocional, etc.),]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	7	1,3
poco	60	11,5
moderado	207	39,7
mucho	247	47,4
Total	521	100,0

9. Consideras que el uso ocasional de alucinógenos (LSD, hongos, peyote, ketamina, popper, GHB, etc.) causa: [deficiencias académicas o cognitivas]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	15	2,9
poco	76	14,6
moderado	208	39,9
mucho	222	42,6
Total	521	100,0

10. Consideras que el uso ocasional de alucinógenos (LSD, hongos, peyote, ketamina, popper, GHB, etc.) causa: [accidentes de tráfico]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	25	4,8
poco	75	14,4
moderado	203	39,0
mucho	218	41,8
Total	521	100,0

11. Consideras que el uso ocasional de alucinógenos (LSD, hongos, peyote, ketamina, popper, GHB, etc.) causa: [problemas familiares o de relación con los amigos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	12	2,3
poco	53	10,2
moderado	200	38,4
mucho	256	49,1
Total	521	100,0

12. Consideras que el uso ocasional de alucinógenos (LSD, hongos, peyote, ketamina, popper, GHB, etc.) causa: [problemas legales (probabilidad de cometer un crimen y/o ser arrestado)]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	18	3,5
poco	66	12,7
moderado	203	39,0
mucho	234	44,9
Total	521	100,0

13. Consideras que el uso habitual de alucinógenos (LSD, hongos, peyote, ketamina, popper, GHB, etc.) causa: [efectos y daños físicos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	6	1,2
poco	23	4,4
moderado	93	17,9
mucho	399	76,6
Total	521	100,0

14. Consideras que el uso habitual de alucinógenos (LSD, hongos, peyote, ketamina, popper, GHB, etc.) causa: [problemas psíquicos (ansiedad, pérdida de memoria, daños cerebrales, deterioro emocional, etc.),]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	6	1,2
poco	11	2,1
moderado	71	13,6
mucho	433	83,1
Total	521	100,0

15. Consideras que el uso habitual de alucinógenos (LSD, hongos, peyote, ketamina, popper, GHB, etc.) causa: [deficiencias académicas o cognitivas]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	6	1,2
poco	26	5,0
moderado	99	19,0
mucho	390	74,9
Total	521	100,0

16. Consideras que el uso habitual de alucinógenos (LSD, hongos, peyote, ketamina, popper, GHB, etc.) causa: [accidentes de tráfico]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	9	1,7
poco	40	7,7
moderado	105	20,2
mucho	367	70,4
Total	521	100,0

17. Consideras que el uso habitual de alucinógenos (LSD, hongos, peyote, ketamina, popper, GHB, etc.) causa: [problemas familiares o de relación con los amigos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	8	1,5
poco	13	2,5
moderado	86	16,5
mucho	414	79,5
Total	521	100,0

18. Consideras que el uso habitual de alucinógenos (LSD, hongos, peyote, ketamina, popper, GHB, etc.) causa: [problemas legales (probabilidad de cometer un crimen y/o ser arrestado)]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	8	1,5
poco	36	6,9
moderado	81	15,5
mucho	396	76,0
Total	521	100,0

Percepción sobre el riesgo de consumo de cocaína

1. Consideras que el uso experimental de cocaína causa: [efectos y daños físicos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	42	8,1
poco	149	28,6
moderado	137	26,3
mucho	193	37,0
Total	521	100,0

2. Consideras que el uso experimental de cocaína causa: [problemas psíquicos (ansiedad, pérdida de memoria, daños cerebrales, deterioro emocional, etc.),]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	30	5,8
poco	141	27,1
moderado	149	28,6
mucho	201	38,6
Total	521	100,0

3. Consideras que el uso experimental de cocaína causa: [deficiencias académicas o cognitivas]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	46	8,8
poco	161	30,9
moderado	124	23,8
mucho	190	36,5
Total	521	100,0

4. Consideras que el uso experimental de cocaína causa: [accidentes de tráfico]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	50	9,6
poco	135	25,9
moderado	147	28,2
mucho	189	36,3
Total	521	100,0

5. Consideras que el uso experimental de cocaína causa: [problemas familiares o de relación con los amigos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	29	5,6
poco	130	25,0
moderado	148	28,4
mucho	214	41,1
Total	521	100,0

6. Consideras que el uso experimental de cocaína causa: [problemas legales (probabilidad de cometer un crimen y/o ser arrestado)]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	31	6,0
poco	137	26,3
moderado	149	28,6
mucho	204	39,2
Total	521	100,0

7. Consideras que el uso ocasional de cocaína causa: [efectos y daños físicos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	7	1,3
poco	63	12,1
moderado	209	40,1
mucho	242	46,4
Total	521	100,0

8. Consideras que el uso ocasional de cocaína causa: [problemas psíquicos (ansiedad, pérdida de memoria, daños cerebrales, deterioro emocional, etc.),]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	3	,6
poco	53	10,2
moderado	194	37,2
mucho	271	52,0
Total	521	100,0

9. Consideras que el uso ocasional de cocaína causa: [deficiencias académicas o cognitivas]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	9	1,7
poco	62	11,9
moderado	198	38,0
mucho	252	48,4
Total	521	100,0

10. Consideras que el uso ocasional de cocaína causa: [accidentes de tráfico]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	25	4,8
poco	85	16,3
moderado	178	34,2
mucho	233	44,7
Total	521	100,0

11. Consideras que el uso ocasional de cocaína causa: [problemas familiares o de relación con los amigos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	5	1,0
poco	52	10,0
moderado	183	35,1
mucho	281	53,9
Total	521	100,0

12. Consideras que el uso ocasional de cocaína causa: [problemas legales (probabilidad de cometer un crimen y/o ser arrestado)]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	10	1,9
poco	69	13,2
moderado	183	35,1
mucho	259	49,7
Total	521	100,0

13. Consideras que el uso habitual de cocaína causa: [efectos y daños físicos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	6	1,2
poco	6	1,2
moderado	61	11,7
mucho	448	86,0
Total	521	100,0

14. Consideras que el uso habitual de cocaína causa: [problemas psíquicos (ansiedad, pérdida de memoria, daños cerebrales, deterioro emocional, etc.),]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	3	,6
poco	4	,8
moderado	55	10,6
mucho	459	88,1
Total	521	100,0

15. Consideras que el uso habitual de cocaína causa: [deficiencias académicas o cognitivas]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	3	,6
poco	8	1,5
moderado	73	14,0
mucho	437	83,9
Total	521	100,0

16. Consideras que el uso habitual de cocaína causa: [accidentes de tráfico]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	6	1,2
poco	42	8,1
moderado	79	15,2
mucho	394	75,6
Total	521	100,0

17. Consideras que el uso habitual de cocaína causa: [problemas familiares o de relación con los amigos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	3	,6
poco	7	1,3
moderado	69	13,2
mucho	442	84,8
Total	521	100,0

18. Consideras que el uso habitual de cocaína causa: [problemas legales (probabilidad de cometer un crimen y/o ser arrestado)]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	5	1,0
poco	21	4,0
moderado	60	11,5
mucho	435	83,5
Total	521	100,0

Percepción sobre riesgo de consumo de heroína

1. Consideras que el uso experimental de heroína causa: [efectos y daños físicos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	18	3,5
poco	104	20,0
moderado	146	28,0
mucho	253	48,6
Total	521	100,0

2. Consideras que el uso experimental de heroína causa: [problemas psíquicos (ansiedad, pérdida de memoria, daños cerebrales, deterioro emocional, etc.),]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	13	2,5
poco	113	21,7
moderado	138	26,5
mucho	257	49,3
Total	521	100,0

3. Consideras que el uso experimental de heroína causa: [deficiencias académicas o cognitivas]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	23	4,4
poco	122	23,4
moderado	135	25,9
mucho	241	46,3
Total	521	100,0

4. Consideras que el uso experimental de heroína causa: [accidentes de tráfico]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	42	8,1
poco	104	20,0
moderado	137	26,3
mucho	238	45,7
Total	521	100,0

5. Consideras que el uso experimental de heroína causa: [problemas familiares o de relación con los amigos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	14	2,7
poco	96	18,4
moderado	155	29,8
mucho	256	49,1
Total	521	100,0

6. Consideras que el uso experimental de heroína causa: [problemas legales (probabilidad de cometer un crimen y/o ser arrestado)]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	21	4,0
poco	106	20,3
moderado	137	26,3
mucho	257	49,3
Total	521	100,0

7. Consideras que el uso ocasional de heroína causa: [efectos y daños físicos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	6	1,2
poco	33	6,3
moderado	185	35,5
mucho	297	57,0
Total	521	100,0

8. Consideras que el uso ocasional de heroína causa: [problemas psíquicos (ansiedad, pérdida de memoria, daños cerebrales, deterioro emocional, etc.),]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	3	,6
poco	28	5,4
moderado	180	34,5
mucho	310	59,5
Total	521	100,0

9. Consideras que el uso ocasional de heroína causa: [deficiencias académicas o cognitivas]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	6	1,2
poco	50	9,6
moderado	180	34,5
mucho	285	54,7
Total	521	100,0

10. Consideras que el uso ocasional de heroína causa: [accidentes de tráfico]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	20	3,8
poco	53	10,2
moderado	163	31,3
mucho	285	54,7
Total	521	100,0

11. Consideras que el uso ocasional de heroína causa: [problemas familiares o de relación con los amigos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	7	1,3
poco	33	6,3
moderado	154	29,6
mucho	327	62,8
Total	521	100,0

12. Consideras que el uso ocasional de heroína causa: [problemas legales (probabilidad de cometer un crimen y/o ser arrestado)]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	10	1,9
poco	41	7,9
moderado	166	31,9
mucho	304	58,3
Total	521	100,0

13. Consideras que el uso habitual de heroína causa: [efectos y daños físicos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	5	1,0
poco	8	1,5
moderado	53	10,2
mucho	455	87,3
Total	521	100,0

14. Consideras que el uso habitual de heroína causa: [problemas psíquicos (ansiedad, pérdida de memoria, daños cerebrales, deterioro emocional, etc.),]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	3	,6
poco	6	1,2
moderado	43	8,3
mucho	469	90,0
Total	521	100,0

15. Consideras que el uso habitual de heroína causa: [deficiencias académicas o cognitivas]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	4	,8
poco	8	1,5
moderado	60	11,5
mucho	449	86,2
Total	521	100,0

16. Consideras que el uso habitual de heroína causa: [accidentes de tráfico]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	9	1,7
poco	27	5,2
moderado	62	11,9
mucho	423	81,2
Total	521	100,0

17. Consideras que el uso habitual de heroína causa: [problemas familiares o de relación con los amigos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	3	,6
poco	8	1,5
moderado	57	10,9
mucho	453	86,9
Total	521	100,0

18. Consideras que el uso habitual de heroína causa: [problemas legales (probabilidad de cometer un crimen y/o ser arrestado)]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	4	,8
poco	18	3,5
moderado	60	11,5
mucho	439	84,3
Total	521	100,0

Percepción consumo drogas de diseño y anfetaminas

1. Consideras que el uso experimental de drogas de diseño y anfetaminas (éxtasis, polvo de ángel, cristal, ice, speed, etc.) causa: [efectos y daños físicos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	27	5,2
poco	111	21,3
moderado	153	29,4
mucho	230	44,1
Total	521	100,0

2. Consideras que el uso experimental de drogas de diseño y anfetaminas (éxtasis, polvo de ángel, cristal, ice, speed, etc.) causa: [problemas psíquicos (ansiedad, pérdida de memoria, daños cerebrales, deterioro emocional, etc.),]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	11	2,1
poco	125	24,0
moderado	142	27,3
mucho	243	46,6
Total	521	100,0

3. Consideras que el uso experimental de drogas de diseño y anfetaminas (éxtasis, polvo de ángel, cristal, ice, speed, etc.) causa: [deficiencias académicas o cognitivas]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	42	8,1
poco	112	21,5
moderado	148	28,4
mucho	219	42,0
Total	521	100,0

4. Consideras que el uso experimental de drogas de diseño y anfetaminas (éxtasis, polvo de ángel, cristal, ice, speed, etc.) causa: [accidentes de tráfico]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	35	6,7
poco	113	21,7
moderado	139	26,7
mucho	234	44,9
Total	521	100,0

5. Consideras que el uso experimental de drogas de diseño y anfetaminas (éxtasis, polvo de ángel, cristal, ice, speed, etc.) causa: [problemas familiares o de relación con los amigos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	29	5,6
poco	96	18,4
moderado	146	28,0
mucho	250	48,0
Total	521	100,0

6. Consideras que el uso experimental de drogas de diseño y anfetaminas (éxtasis, polvo de ángel, cristal, ice, speed, etc.) causa: [problemas legales (probabilidad de cometer un crimen y/o ser arrestado)]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	39	7,5
poco	91	17,5
moderado	141	27,1
mucho	250	48,0
Total	521	100,0

7. Consideras que el uso ocasional de drogas de diseño y anfetaminas (éxtasis, polvo de ángel, cristal, ice, speed, etc.) causa: [efectos y daños físicos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	6	1,2
poco	53	10,2
moderado	173	33,2
mucho	289	55,5
Total	521	100,0

8. Consideras que el uso ocasional de drogas de diseño y anfetaminas (éxtasis, polvo de ángel, cristal, ice, speed, etc.) causa: [problemas psíquicos (ansiedad, pérdida de memoria, daños cerebrales, deterioro emocional, etc.),]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	3	,6
poco	49	9,4
moderado	183	35,1
mucho	286	54,9
Total	521	100,0

9. Consideras que el uso ocasional de drogas de diseño y anfetaminas (éxtasis, polvo de ángel, cristal, ice, speed, etc.) causa: [deficiencias académicas o cognitivas]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	7	1,3
poco	62	11,9
moderado	180	34,5
mucho	272	52,2
Total	521	100,0

10. Consideras que el uso ocasional de drogas de diseño y anfetaminas (éxtasis, polvo de ángel, cristal, ice, speed, etc.) causa: [accidentes de tráfico]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	18	3,5
poco	65	12,5
moderado	160	30,7
mucho	278	53,4
Total	521	100,0

11. Consideras que el uso ocasional de drogas de diseño y anfetaminas (éxtasis, polvo de ángel, cristal, ice, speed, etc.) causa: [problemas familiares o de relación con los amigos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	7	1,3
poco	45	8,6
moderado	167	32,1
mucho	302	58,0
Total	521	100,0

12. Consideras que el uso ocasional de drogas de diseño y anfetaminas (éxtasis, polvo de ángel, cristal, ice, speed, etc.) causa: [problemas legales (probabilidad de cometer un crimen y/o ser arrestado)]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	10	1,9
poco	54	10,4
moderado	174	33,4
mucho	283	54,3
Total	521	100,0

13. Consideras que el uso habitual de drogas de diseño y anfetaminas (éxtasis, polvo de ángel, cristal, ice, speed, etc.) causa: [efectos y daños físicos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	5	1,0
poco	8	1,5
moderado	81	15,5
mucho	427	82,0
Total	521	100,0

14. Consideras que el uso habitual de drogas de diseño y anfetaminas (éxtasis, polvo de ángel, cristal, ice, speed, etc.) causa: [problemas psíquicos (ansiedad, pérdida de memoria, daños cerebrales, deterioro emocional, etc.),]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	4	,8
poco	15	2,9
moderado	64	12,3
mucho	438	84,1
Total	521	100,0

15. Consideras que el uso habitual de drogas de diseño y anfetaminas (éxtasis, polvo de ángel, cristal, ice, speed, etc.) causa: [deficiencias académicas o cognitivas]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	4	,8
poco	11	2,1
moderado	90	17,3
mucho	416	79,8
Total	521	100,0

16. Consideras que el uso habitual de drogas de diseño y anfetaminas (éxtasis, polvo de ángel, cristal, ice, speed, etc.) causa: [accidentes de tráfico]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	8	1,5
poco	29	5,6
moderado	78	15,0
mucho	406	77,9
Total	521	100,0

17. Consideras que el uso habitual de drogas de diseño y anfetaminas (éxtasis, polvo de ángel, cristal, ice, speed, etc.) causa: [problemas familiares o de relación con los amigos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	4	,8
poco	7	1,3
moderado	82	15,7
mucho	428	82,1
Total	521	100,0

18. Consideras que el uso habitual de drogas de diseño y anfetaminas (éxtasis, polvo de ángel, cristal, ice, speed, etc.) causa: [problemas legales (probabilidad de cometer un crimen y/o ser arrestado)]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	5	1,0
poco	17	3,3
moderado	77	14,8
mucho	422	81,0
Total	521	100,0

Percepción consumo inhalantes

1. Consideras que el uso experimental de inhalantes (sacol, pinturas, thinner, Popper, Dick)

causa: [efectos y daños físicos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	34	6,5
poco	127	24,4
moderado	143	27,4
mucho	217	41,7
Total	521	100,0

2. Consideras que el uso experimental de inhalantes (sacol, pinturas, thinner, Popper, Dick)

causa: [problemas psíquicos (ansiedad, pérdida de memoria, daños cerebrales, deterioro emocional, etc.),]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	24	4,6
poco	144	27,6
moderado	137	26,3
mucho	216	41,5
Total	521	100,0

3. Consideras que el uso experimental de inhalantes (sacol, pinturas, thinner, Popper, Dick)

causa: [deficiencias académicas o cognitivas]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	49	9,4
poco	131	25,1
moderado	137	26,3
mucho	204	39,2
Total	521	100,0

4. Consideras que el uso experimental de inhalantes (sacol, pinturas, thinner, Popper, Dick)

causa: [accidentes de tráfico]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	44	8,4
poco	137	26,3
moderado	131	25,1
mucho	209	40,1
Total	521	100,0

5. Consideras que el uso experimental de inhalantes (sacol, pinturas, thinner, Popper, Dick)

causa: [problemas familiares o de relación con los amigos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	28	5,4
poco	109	20,9
moderado	146	28,0
mucho	238	45,7
Total	521	100,0

6. Consideras que el uso experimental de inhalantes (sacol, pinturas, thinner, Popper, Dick)

causa: [problemas legales (probabilidad de cometer un crimen y/o ser arrestado)]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	45	8,6
poco	119	22,8
moderado	131	25,1
mucho	226	43,4
Total	521	100,0

7. Consideras que el uso ocasional de inhalantes (sacol, pinturas, thinner, Popper, Dick)

causa: [efectos y daños físicos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	7	1,3
poco	61	11,7
moderado	200	38,4
mucho	253	48,6
Total	521	100,0

8. Consideras que el uso ocasional de inhalantes (sacol, pinturas, thinner, Popper, Dick) causa: [problemas psíquicos (ansiedad, pérdida de memoria, daños cerebrales, deterioro emocional, etc.),]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	9	1,7
poco	48	9,2
moderado	205	39,3
mucho	259	49,7
Total	521	100,0

9. Consideras que el uso ocasional de inhalantes (sacol, pinturas, thinner, Popper, Dick) causa: [deficiencias académicas o cognitivas]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	14	2,7
poco	62	11,9
moderado	204	39,2
mucho	241	46,3
Total	521	100,0

10. Consideras que el uso ocasional de inhalantes (sacol, pinturas, thinner, Popper, Dick)

causa: [accidentes de tráfico]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	23	4,4
poco	80	15,4
moderado	167	32,1
mucho	251	48,2
Total	521	100,0

11. Consideras que el uso ocasional de inhalantes (sacol, pinturas, thinner, Popper, Dick)

causa: [problemas familiares o de relación con los amigos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	10	1,9
poco	55	10,6
moderado	182	34,9
mucho	274	52,6
Total	521	100,0

12. Consideras que el uso ocasional de inhalantes (sacol, pinturas, thinner, Popper, Dick)

causa: [problemas legales (probabilidad de cometer un crimen y/o ser arrestado)]

	Frecuencia	Porcentaje
--	------------	------------

nada	21	4,0
poco	63	12,1
moderado	177	34,0
mucho	260	49,9
Total	521	100,0

13. Consideras que el uso habitual de inhalantes pegantes (sacol, pinturas, thinner, Popper, Dick) causa: [efectos y daños físicos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	6	1,2
poco	11	2,1
moderado	67	12,9
mucho	437	83,9
Total	521	100,0

14. Consideras que el uso habitual de inhalantes pegantes (sacol, pinturas, thinner, Popper, Dick) causa: [problemas psíquicos (ansiedad, pérdida de memoria, daños cerebrales, deterioro emocional, etc.),]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	4	,8
poco	12	2,3
moderado	75	14,4
mucho	430	82,5
Total	521	100,0

15. Consideras que el uso habitual de inhalantes pegantes (sacol, pinturas, thinner, Popper, Dick) causa: [deficiencias académicas o cognitivas]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	4	,8
poco	27	5,2
moderado	74	14,2
mucho	416	79,8
Total	521	100,0

16. Consideras que el uso habitual de inhalantes pegantes (sacol, pinturas, thinner, Popper, Dick) causa: [accidentes de tráfico]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	12	2,3
poco	46	8,8
moderado	93	17,9
mucho	370	71,0
Total	521	100,0

17. Consideras que el uso habitual de inhalantes pegantes (sacol, pinturas, thinner, Popper, Dick) causa: [problemas familiares o de relación con los amigos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	4	,8
poco	17	3,3
moderado	72	13,8
mucho	428	82,1
Total	521	100,0

18. Consideras que el uso habitual de inhalantes pegantes (sacol, pinturas, thinner, Popper, Dick) causa: [problemas legales (probabilidad de cometer un crimen y/o ser arrestado)]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	10	1,9
poco	29	5,6
moderado	81	15,5
mucho	401	77,0
Total	521	100,0

Percepción consumo fármacos estimulantes sin prescripción medica

1. Consideras que el uso ocasional de fármacos estimulantes sin prescripción médica (metilfenidato/ritalina/concerta o modafinilo/vigia/carim, adderal, etc.) causa: [efectos y daños físicos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	28	5,4
poco	122	23,4
moderado	168	32,2
mucho	203	39,0
Total	521	100,0

2. Consideras que el uso ocasional de fármacos estimulantes sin prescripción medica (metilfenidato/ritalina/concerta o modafinilo/vigia/carim, adderal, etc.) causa: [problemas psíquicos (ansiedad, pérdida de memoria, daños cerebrales, deterioro emocional, etc.)]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	19	3,6
poco	104	20,0
moderado	184	35,3
mucho	214	41,1
Total	521	100,0

3. Consideras que el uso ocasional de fármacos estimulantes sin prescripción medica (metilfenidato/ritalina/concerta o modafinilo/vigia/carim, adderal, etc.) causa:

[deficiencias académicas o cognitivas]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	36	6,9
poco	117	22,5
moderado	167	32,1
mucho	201	38,6
Total	521	100,0

4. Consideras que el uso ocasional de fármacos estimulantes sin prescripción medica (metilfenidato/ritalina/concerta o modafinilo/vigia/carim, adderal, etc.) causa: [accidentes de tráfico]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	55	10,6
poco	137	26,3
moderado	142	27,3
mucho	187	35,9
Total	521	100,0

5. Consideras que el uso ocasional de fármacos estimulantes sin prescripción médica (metilfenidato/ritalina/concerta o modafinilo/vigia/carim, adderal, etc.) causa: [problemas familiares o de relación con los amigos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	33	6,3
poco	115	22,1
moderado	169	32,4
mucho	204	39,2
Total	521	100,0

6. Consideras que el uso ocasional de fármacos estimulantes sin prescripción médica (metilfenidato/ritalina/concerta o modafinilo/vigia/carim, adderal, etc.) causa: [problemas legales (probabilidad de cometer un crimen y/o ser arrestado)]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	60	11,5
poco	114	21,9
moderado	150	28,8
mucho	197	37,8
Total	521	100,0

7. Consideras que el uso habitual de fármacos estimulantes sin prescripción medica (metilfenidato/ritalina/concerta o modafinilo/vigia/carim, adderal, etc.) causa: [efectos y daños físicos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	10	1,9
poco	44	8,4
moderado	158	30,3
mucho	309	59,3
Total	521	100,0

8. Consideras que el uso habitual de fármacos estimulantes sin prescripción medica (metilfenidato/ritalina/concerta o modafinilo/vigia/carim, adderal, etc.) causa: [problemas psíquicos (ansiedad, pérdida de memoria, daños cerebrales, deterioro emocional, etc.),]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	13	2,5
poco	34	6,5
moderado	146	28,0
mucho	328	63,0
Total	521	100,0

9. Consideras que el uso habitual de fármacos estimulantes sin prescripción médica (metilfenidato/ritalina/concerta o modafinilo/vigia/carim, adderal, etc.) causa:

[deficiencias académicas o cognitivas]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	16	3,1
poco	55	10,6
moderado	144	27,6
mucho	306	58,7
Total	521	100,0

10. Consideras que el uso habitual de fármacos estimulantes sin prescripción médica (metilfenidato/ritalina/concerta o modafinilo/vigia/carim, adderal, etc.) causa:

[accidentes de tráfico]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	23	4,4
poco	103	19,8
moderado	121	23,2
mucho	274	52,6
Total	521	100,0

11. Consideras que el uso habitual de fármacos estimulantes sin prescripción médica (metilfenidato/ritalina/concerta o modafinilo/vigia/carim, adderal, etc.) causa:

[problemas familiares o de relación con los amigos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	15	2,9
poco	55	10,6
moderado	154	29,6
mucho	297	57,0
Total	521	100,0

12. Consideras que el uso habitual de fármacos estimulantes sin prescripción médica (metilfenidato/ritalina/concerta o modafinilo/vigia/carim, adderal, etc.) causa:
[problemas legales (probabilidad de cometer un crimen y/o ser arrestado)]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	29	5,6
poco	85	16,3
moderado	132	25,3
mucho	275	52,8
Total	521	100,0

Percepción consumo fármacos tranquilizantes, antidepresivos y para dormir

1. Consideras que el uso ocasional de fármacos tranquilizantes, antidepresivos y para dormir, sin prescripción médica (Rivotril, Rohypnol, Roches, ruedas, Xanax, Valium, Diazepam, Lorazepam, Alprazolam, Clonazepan) causa: [efectos y daños físicos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	41	7,9
poco	102	19,6
moderado	170	32,6
mucho	208	39,9
Total	521	100,0

2. Consideras que el uso ocasional de fármacos tranquilizantes, antidepresivos y para dormir, sin prescripción médica (Rivotril, Rohypnol, Roches, ruedas, Xanax, Valium, Diazepam, Lorazepam, Alprazolam, Clonazepan) causa: [problemas psíquicos (ansiedad, pérdida de memoria, daños cerebrales, deterioro emocional, etc.),]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	27	5,2
poco	88	16,9
moderado	183	35,1
mucho	223	42,8
Total	521	100,0

3. Consideras que el uso ocasional de fármacos tranquilizantes, antidepresivos y para dormir, sin prescripción médica (Rivotril, Rohypnol, Roches, ruedas, Xanax, Valium, Diazepam, Lorazepam, Alprazolam, Clonazepan) causa: [deficiencias académicas o cognitivas]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	36	6,9
poco	106	20,3
moderado	170	32,6
mucho	209	40,1
Total	521	100,0

4. Consideras que el uso ocasional de fármacos tranquilizantes, antidepresivos y para dormir, sin prescripción médica (Rivotril, Rohypnol, Roches, ruedas, Xanax, Valium, Diazepam, Lorazepam, Alprazolam, Clonazepan) causa: [accidentes de tráfico]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	48	9,2
poco	122	23,4
moderado	156	29,9
mucho	195	37,4
Total	521	100,0

5. Consideras que el uso ocasional de fármacos tranquilizantes, antidepresivos y para dormir, sin prescripción médica (Rivotril, Rohypnol, Roches, ruedas, Xanax, Valium, Diazepam, Lorazepam, Alprazolam, Clonazepan) causa: [problemas familiares o de relación con los amigos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	42	8,1
poco	113	21,7
moderado	160	30,7
mucho	206	39,5
Total	521	100,0

6. Consideras que el uso ocasional de fármacos tranquilizantes, antidepresivos y para dormir, sin prescripción médica (Rivotril, Rohypnol, Roches, ruedas, Xanax, Valium, Diazepam, Lorazepam, Alprazolam, Clonazepan) causa: [problemas legales (probabilidad de cometer un crimen y/o ser arrestado)]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	82	15,7
poco	109	20,9
moderado	134	25,7
mucho	196	37,6
Total	521	100,0

7. Consideras que el uso habitual de fármacos tranquilizantes, antidepresivos y para dormir, sin prescripción médica (Rivotril, Rohypnol, Roches, ruedas, Xanax, Valium, Diazepam, Lorazepam, Alprazolam, Clonazepam) causa: [efectos y daños físicos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	24	4,6
poco	50	9,6
moderado	158	30,3
mucho	289	55,5
Total	521	100,0

8. Consideras que el uso habitual de fármacos tranquilizantes, antidepresivos y para dormir, sin prescripción médica (Rivotril, Rohypnol, Roches, ruedas, Xanax, Valium, Diazepam, Lorazepam, Alprazolam, Clonazepam) causa: [problemas psíquicos (ansiedad, pérdida de memoria, daños cerebrales, deterioro emocional, etc.)]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	17	3,3
poco	42	8,1
moderado	146	28,0
mucho	316	60,7
Total	521	100,0

9. Consideras que el uso habitual de fármacos tranquilizantes, antidepresivos y para dormir, sin prescripción médica (Rivotril, Rohypnol, Roches, ruedas, Xanax, Valium, Diazepam, Lorazepam, Alprazolam, Clonazepam) causa: [deficiencias académicas o cognitivas]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	29	5,6
poco	44	8,4
moderado	164	31,5
mucho	284	54,5
Total	521	100,0

10. Consideras que el uso habitual de fármacos tranquilizantes, antidepresivos y para dormir, sin prescripción médica (Rivotril, Rohypnol, Roches, ruedas, Xanax, Valium, Diazepam, Lorazepam, Alprazolam, Clonazepan) causa: [accidentes de tráfico]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	32	6,1
poco	88	16,9
moderado	130	25,0
mucho	271	52,0
Total	521	100,0

11. Consideras que el uso habitual de fármacos tranquilizantes, antidepresivos y para dormir, sin prescripción médica (Rivotril, Rohypnol, Roches, ruedas, Xanax, Valium, Diazepam, Lorazepam, Alprazolam, Clonazepan) causa: [problemas familiares o de relación con los amigos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	27	5,2
poco	65	12,5
moderado	164	31,5
mucho	265	50,9
Total	521	100,0

12. Consideras que el uso habitual de fármacos tranquilizantes, antidepresivos y para dormir, sin prescripción médica (Rivotril, Rohypnol, Roches, ruedas, Xanax, Valium, Diazepam, Lorazepam, Alprazolam, Clonazepan) causa: [problemas legales (probabilidad de cometer un crimen y/o ser arrestado)]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	54	10,4
poco	80	15,4
moderado	130	25,0
mucho	257	49,3
Total	521	100,0

Percepción consumo analgésicos opioides sin prescripción médica

1. Consideras que el consumo ocasional de analgésicos opioides sin prescripción médica (morfina, oxicodona/oxicontin, fentanilo/durogesic, hidromorfona, meperidina, tramadol/tramal, hidrocodona/vicodin/sinalgen/dovir) causa: [efectos y daños físicos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	20	3,8
poco	90	17,3
moderado	208	39,9
mucho	203	39,0
Total	521	100,0

2. Consideras que el consumo ocasional de analgésicos opioides sin prescripción médica (morfina, oxicodona/oxicontin, fentanilo/durogesic, hidromorfona, meperidina, tramadol/tramal, hidrocodona/vicodin/sinalgen/dovir) causa: [problemas psíquicos (ansiedad, pérdida de memoria, daños cerebrales, deterioro emocional, etc.),]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	23	4,4
poco	85	16,3
moderado	200	38,4
mucho	213	40,9
Total	521	100,0

3. Consideras que el consumo ocasional de analgésicos opioides sin prescripción médica (morfina, oxicodona/oxicontin, fentanilo/durogesic, hidromorfona, meperidina, tramadol/tramal, hidrocodona/vicodin/sinalgen/dovir) causa: [deficiencias académicas o cognitivas]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	30	5,8
poco	95	18,2
moderado	184	35,3
mucho	212	40,7
Total	521	100,0

4. Consideras que el consumo ocasional de analgésicos opioides sin prescripción médica (morfina, oxicodona/oxicontin, fentanilo/durogesic, hidromorfona, meperidina, tramadol/tramal, hidrocodona/vicodin/sinalgen/dovir) causa: [accidentes de tráfico]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	39	7,5
poco	122	23,4
moderado	177	34,0
mucho	183	35,1
Total	521	100,0

5. Consideras que el consumo ocasional de analgésicos opioides sin prescripción médica (morfina, oxicodona/oxicontin, fentanilo/durogesic, hidromorfona, meperidina, tramadol/tramal, hidrocodona/vicodin/sinalgen/dovir) causa: [problemas familiares o de relación con los amigos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	29	5,6
poco	94	18,0
moderado	174	33,4
mucho	224	43,0
Total	521	100,0

6. Consideras que el consumo ocasional de analgésicos opioides sin prescripción médica (morfina, oxicodona/oxicontin, fentanilo/durogesic, hidromorfona, meperidina, tramadol/tramal, hidrocodona/vicodin/sinalgen/dovir) causa: [problemas legales (probabilidad de cometer un crimen y/o ser arrestado)]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	45	8,6
poco	103	19,8
moderado	174	33,4
mucho	199	38,2
Total	521	100,0

7. Consideras que el consumo habitual de analgésicos opioides sin prescripción médica (morfina, oxicodona/oxicontin, fentanilo/durogesic, hidromorfona, meperidina, tramadol/tramal, hidrocodona/vicodin/sinalgen/dovir) causa: [efectos y daños físicos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	15	2,9
poco	40	7,7
moderado	98	18,8
mucho	368	70,6
Total	521	100,0

8. Consideras que el consumo habitual de analgésicos opioides sin prescripción médica (morfina, oxicodona/oxicontin, fentanilo/durogesic, hidromorfona, meperidina, tramadol/tramal, hidrocodona/vicodin/sinalgen/dovir) causa: [problemas psíquicos (ansiedad, pérdida de memoria, daños cerebrales, deterioro emocional, etc.),]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	14	2,7
poco	28	5,4
moderado	114	21,9
mucho	365	70,1
Total	521	100,0

9. Consideras que el consumo habitual de analgésicos opioides sin prescripción médica (morfina, oxicodona/oxicontin, fentanilo/durogesic, hidromorfona, meperidina, tramadol/tramal, hidrocodona/vicodin/sinalgen/dovir) causa: [deficiencias académicas o cognitivas]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	16	3,1
poco	45	8,6
moderado	120	23,0
mucho	340	65,3
Total	521	100,0

10. Consideras que el consumo habitual de analgésicos opioides sin prescripción médica (morfina, oxicodona/oxicontin, fentanilo/durogesic, hidromorfona, meperidina, tramadol/tramal, hidrocodona/vicodin/sinalgen/dovir) causa: [accidentes de tráfico]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	18	3,5
poco	76	14,6
moderado	127	24,4
mucho	300	57,6
Total	521	100,0

11. Consideras que el consumo habitual de analgésicos opioides sin prescripción médica (morfina, oxicodona/oxicontin, fentanilo/durogesic, hidromorfona, meperidina, tramadol/tramal, hidrocodona/vicodin/sinalgen/dovir) causa: [problemas familiares o de relación con los amigos]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	17	3,3
poco	49	9,4
moderado	135	25,9
mucho	320	61,4
Total	521	100,0

12. Consideras que el consumo habitual de analgésicos opioides sin prescripción médica (morfina, oxicodona/oxicontin, fentanilo/durogesic, hidromorfona, meperidina, tramadol/tramal, hidrocodona/vicodin/sinalgen/dovir) causa: [problemas legales (probabilidad de cometer un crimen y/o ser arrestado)]

	Frecuencia	Porcentaje
nada	28	5,4
poco	62	11,9
moderado	131	25,1
mucho	300	57,6
Total	521	100,0

