

CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN PARA EL CONSUMO DE DROGAS EN JÓVENES UNIVERSITARIOS¹

ISABEL CRISTINA SALAZAR TORRES*, MARÍA TERESA VARELA ARÉVALO**,
JOSÉ RAFAEL TOVAR CUEVAS***, DELCY ELENA CÁCERES DE RODRÍGUEZ****

Recibido, agosto 10/2006

Concepto evaluación, septiembre 22/2006

Aceptado, noviembre 16/2006

Resumen

En este artículo se presenta la construcción y validación del Cuestionario de medición de factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en jóvenes universitarios. Se estableció la validez de contenido, la validez de constructo mediante análisis factoriales y la fiabilidad del cuestionario. La muestra correspondió a 763 estudiantes, entre 15 y 25 años, de una universidad privada de Cali, Colombia. La consistencia interna del cuestionario fue de 0,906 y se definieron seis factores psicosociales de riesgo y protección (malestar emocional, satisfacción en las relaciones interpersonales, preconceptos y valoración de las drogas, espiritualidad, permisividad social y accesibilidad a las drogas y, habilidades sociales y de autocontrol). El instrumento actual constituye una herramienta útil para la evaluación del consumo de drogas y sus factores psicosociales asociados en jóvenes universitarios. No obstante, el cuestionario será aplicado en posteriores estudios con el fin de establecer su validez predictiva.

Palabras clave: Factores de riesgo, factores de protección, consumo de drogas, cuestionario, validación.

CONSTRUCTION AND VALIDATION OF A QUESTIONNAIRE OF RISK AND PROTECTIVE FACTORS FOR DRUG USE IN COLLEGE YOUTH

Abstract

This paper presents the construction and validation of the Risk and protective factors for drug use questionnaire in college youth. Content validity, construct validity and reliability were established. The sample consisted of 763 students between 15 and 25 years old, from a private university in Cali, Colombia. The questionnaire reliability was 0,906, and six psychosocial risk and protective factors were defined (emotional disturbance, satisfaction with interpersonal relations, beliefs and appraisal about drugs, spirituality, social permissiveness and access to drugs, social skills and self-control). The current questionnaire is a useful tool to assess drug use and the psychosocial factors associated to it in college youth. However, it will be administered in later studies in order to establish its predictive validity.

Key words: Risks factors, protective factors, drug use, questionnaire, validation.

INTRODUCCIÓN

Según el informe mundial de *United Nations Office on Drugs and Crime* [UNODC] del 2004 se ha presentado un incremento en el consumo de drogas entre jóvenes. Se estima que los consumidores de alcohol en el 2005 superan los 2000 millones de personas mayores de 15 años, el

tabaco es consumido por 650 millones aproximadamente (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2005) y el consumo de drogas ilegales está por encima de los 200 millones de personas con una prevalencia del 5% (UNODC, 2005).

En Colombia no existen datos fiables debido a un subregistro del fenómeno (Sistema de vigilancia epidemiológica para sustancias psicoactivas, 1999) y las investigaciones han

* Pontificia Universidad Javeriana Cali. Grupo de investigación Psicología, Salud y Calidad de Vida. Profesora, Departamento de Ciencias Sociales. Trabajó como psicóloga del Centro de Bienestar, de la Vicerrectoría del Medio Universitario.

** Pontificia Universidad Javeriana Cali. Grupo de investigación Psicología, Salud y Calidad de Vida. Profesora, Departamento de Ciencias Sociales.

*** Pontificia Universidad Javeriana Cali. Profesor, Departamento de Ciencias Naturales y Matemáticas. Universidad del Valle. Profesor, Departamento de Microbiología.

**** Pontificia Universidad Javeriana Cali. Grupo de investigación Psicología, Salud y Calidad de Vida. Directora Departamento de Humanidades.

¹ Investigación del grupo Psicología, Salud y Calidad de Vida, financiada por la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales y el Centro de Bienestar de la Vicerrectoría del Medio Universitario, Pontificia Universidad Javeriana Cali. Enviar correspondencia a: Isabel Cristina Salazar Torres. Pontificia Universidad Javeriana- Calle 18 # 118-250 Vía a Pance, Cali. isalazar@puj.edu.co

estado parcializadas en determinados sectores y ciudades o se han centrado en el análisis relacionado con una sola droga (Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003; Arrivillaga y Salazar, 2005; Báez, Deckers, Silva y Gómez, 2003; Bayona, Hurtado, Ruiz, Hoyos y Gantiva, 2005; Dirección Nacional de Estupefacentes, s.f.; Herrán y Ardila, 2005; Londoño, García, Valencia y Vinaccia, 2005; Rodríguez *et al.*, 2005; Salazar y Arrivillaga, 2004).

Los últimos datos nacionales sobre prevalencia del consumo de drogas corresponden a la Encuesta nacional realizada por el Programa Presidencial Rumbos en el 2001 (Comisión Nacional de Investigación en Drogas, 2001; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2002) y al informe del Programa contra la adicción a las drogas del Ministerio de la Protección Social en el 2005 (Ministerio de Educación, 2006; UNODC, 2006). En el 2001, las drogas legales fueron las de mayor consumo en los jóvenes escolarizados, y entre las drogas ilegales sobresale el consumo de marihuana y cocaína. Tanto para las drogas legales como ilegales, el consumo se presenta principalmente en hombres universitarios, con una edad de inicio entre los 10 y 14 años; siendo ellos quienes aumentan la prevalencia total de consumo de cada ciudad (Comisión Nacional de Investigación en Drogas, 2001). En el 2005, la prevalencia del consumo de todas las drogas aumentó, incluyendo aquéllas como la heroína y el éxtasis que hace unos años eran poco conocidas en este medio (véase tabla 1).

Considerando el aumento del consumo de drogas y la posibilidad de intervenir desde una perspectiva preventiva, es relevante identificar las variables o factores psicosociales que pueden estar asociados a esta problemática. Los *factores psicosociales* han sido considerados como atributos o características individuales de personalidad y de comportamiento, así como condiciones situacionales y contextuales que incrementan o disminuyen la probabilidad de iniciar y mantener el consumo de drogas y sus

consecuencias adversas (Fenzel, 2005; Salazar, Varela, Cáceres y Tovar, 2005; Salazar, Varela, Cáceres y Tovar, 2006; Varela, Salazar, Cáceres y Tovar, 2005; World Health Organization (WHO), 2002).

Existe evidencia teórica y empírica de factores psicosociales que actúan como de riesgo o protección para el consumo de drogas; no obstante, para la construcción de este instrumento se consideraron, entre otros, los siguientes:

1. La *autoestima* entendida como la forma en que los individuos se valoran a sí mismos e incluye la aceptación y la satisfacción con lo que se hace, piensa o siente sobre la forma de ser y de actuar. Puede constituir un factor de riesgo ya sea porque se presenta una excesiva (y poco realista) valoración de sus atributos y capacidades y, por tal motivo, las personas se sienten confiadas y se consideran capaces de afrontar riesgos (innecesarios), o porque se tenga una baja autoestima y se utilicen las drogas como un medio de escape ante eventos que desencadenen pensamientos y juicios autocríticos de carácter negativo (Faggiano *et al.*, 2005; Malcolm, 2004).

2. Las *alteraciones psicológicas* se refieren a las dificultades en el manejo del estado emocional y afectivo, las alteraciones en el estado de ánimo (deprimido, elevado, expansivo o irritable) y el pensamiento, caracterizadas por un conjunto de síntomas similares a los de la ansiedad, la depresión o el estrés sin tratarse necesariamente de cuadros clínicos tal y como están descritos en las clasificaciones diagnósticas. Estas alteraciones aparecen asociados con el consumo de drogas, puesto que constituyen una forma fácil y rápida para experimentar sensaciones placenteras, modificar los sentimientos asociados al malestar emocional, reducir los trastornos emocionales, mitigar la tensión y el estrés y afrontar los cambios y presiones del entorno por sus efectos sobre el sistema nervioso (Galaif, Sussman, Chou y Wills, 2003; Marmorstein y Iacono, 2003; Shrier, Harris, Kurland y Knight, 2003; Wu, Lu, Sterling y Weisner, 2004).

Tabla 1
Prevalencia del consumo de drogas en el 2001 y 2005

	2001 (Comisión Nacional de Investigación en Drogas)	2005 (Ministerio de Educación)
Alcohol	78,3%	80%
Tabaco	30,3%	46%
Marihuana	6,2%	8%
Cocaína	3%	7%
Éxtasis	1,7%	2%

Fuente: Ministerio de Educación, UNODC, 2006

3. Los *comportamientos perturbadores* son aquéllos que a menudo resultan molestos para los demás, y se caracterizan por rebeldía con tendencia a transgredir las normas sociales, indisciplina, impulsividad y/o agresividad, hurtos o tendencia a vincularse con pandillas. Sugieren la predisposición hacia la inconformidad y el desafío de figuras de autoridad y normas, oposición generalizada, rechazo a convenciones y normas sociales, y presencia de comportamientos delictivos, ilícitos, antisociales y sancionables. Algunos estudios (Best *et al.*, 2004; Ernst *et al.*, 2003; Marmorstein y Iacono, 2003; National Institutes of Health [NIH], 2003; Shrier *et al.*, 2003) han mostrado que este tipo de conducta hace vulnerables a los individuos para desarrollar problemas de consumo de drogas.

4. El *autocontrol*, entendido como la capacidad del individuo para controlar su comportamiento por consecuencias a largo plazo, implica un esfuerzo para no comportarse exclusivamente por reforzadores inmediatos y placenteros. Un individuo con autocontrol atribuye su comportamiento principalmente a factores internos y considera que éste es modificable y variable en el tiempo. Se considera un factor de riesgo para el consumo de drogas cuando se presenta en poca medida (Benda, 2005; Tibbetts y Whittimore, 2002; Wills, Gibbons, Gerrard, Murry y Brody, 2003).

5. Las *habilidades sociales* son, según Caballo (1997), aquellas conductas que realizan las personas en un contexto de interacción con el fin de expresar sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos respetando, a su vez, esas conductas en los otros, con lo cual se tiene una mayor probabilidad de resolver los problemas generados en dichos contextos o aquéllos que pudieran presentarse posteriormente. El déficit en estas habilidades se considera un factor de riesgo para el consumo de drogas porque la persona se enfrenta de manera poco asertiva con las personas y maneja con dificultad (y quizá sin éxito) la situación (Barkin, Smith y DuRant, 2002; Beyers, Toumbourou, Catalano, Arthur y Hawkins, 2004).

6. Las *habilidades emocionales* implican la capacidad para identificar las propias emociones y utilizarlas para enfrentar adecuadamente una situación difícil sin dejarse dominar por ellas. Incluye la posibilidad de reconocer y enfrentar las emociones propias y de los demás, así como la capacidad para expresar adecuadamente sentimientos negativos como la ira y la hostilidad, tolerar la frustración y manejar el estrés (Stenbacka, 2000, 2003). Un déficit en estas habilidades aumenta la probabilidad de consumir drogas ya que no se resuelve el malestar emocional asociado a los problemas y se recurre a las drogas como un mecanismo de escape o evitación.

7. Las *habilidades de afrontamiento y enfrentamiento* incluyen cualquier intento conductual o cognitivo por parte de las personas con el fin de hacer frente a las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo, ya sea reorganizando toda la conducta para ajustarse a las situaciones (en caso de ser inmodificables) o generando alternativas de solución y de cambio en aquellos casos en que es factible (Lazarus, 1993). Un déficit en estas habilidades se asocia con la dificultad para enfrentar la decisión de consumir o no drogas, sobretodo, porque en algunos casos el consumo de drogas puede ser asumido como una estrategia de afrontamiento del malestar emocional (Klein, Elifson y Sterk, 2006; Rokach, 2005).

8. Los *preconceptos y la valoración de las drogas* se refieren a las posiciones personales frente a estas sustancias y que varían desde asumir una postura condenatoria a otra más favorable; por lo tanto, los preconceptos comprenden ideas y creencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, así como la valoración y percepción del riesgo que las personas tienen frente a ellas y sus posibles efectos. Es considerada como un factor de riesgo para el consumo cuando existe una baja percepción del riesgo, de sus efectos y sus consecuencias (Chabrol, Massot y Mullet, 2004; Graña y Muñoz, 2000b; Rohsenow, Colby, Martin y Monti, 2005).

9. La *espiritualidad* no se refiere exclusivamente a la afiliación a alguna religión o la pertenencia y asistencia a una iglesia, sino a la concepción trascendente de la vida y al compromiso y la experiencia que tienen las personas con dichas creencias. No ha sido estudiada como un factor de riesgo frente al consumo de drogas sino como de protección, previniendo el consumo inicial y facilitando la abstinencia en el proceso de recuperación de la adicción (Avants, Warburton y Margolin, 2001; Klein, Elifson y Sterk, 2006; Stylianou, 2004).

10. El *maltrato* incluye toda acción u omisión que interfiere negativamente en el sano desarrollo físico o emocional de una persona causado por otro. Incluye maltrato físico, psicológico, abuso sexual y negligencia. Estudios como el de Compton, Thomas, Conway y Colliver (2005); Mullings, Hartley y Marquart (2004) mostraron que es un factor de predisposición para el consumo de drogas.

11. La *disfunción familiar*, especialmente la presencia de problemas de comunicación (discusiones, ruptura del diálogo, etc.), la ruptura de los subsistemas familiares, o la falta de afecto (ausencia de expresiones de cariño, frialdad afectiva, etc.), los patrones negativos de educación y crianza, una actitud negativa hacia la familia, o un sistema familiar en crisis o un escenario disfuncional enmarcado

por el abuso de alcohol y otras drogas en el hogar. Estos elementos han sido asociados a los primeros consumos en las personas, sobretudo adolescentes y jóvenes (Anicama, 2001; Carballo *et al.*, 2004; Dorius, Bahr, Hoffman y Lovelady, 2004; Mckeganey, Mcintosh y Macdonald, 2003; Mcleod *et al.*, 2004; Wu *et al.*, 2004).

12. La *relación con personas consumidoras* hace referencia a la interacción que el joven establece con un alto grado de apego e intimidad en particular con los iguales (amigos, pareja, compañeros) quienes, a su vez, están involucradas en el consumo de drogas, las valoran de modo favorable, constituyéndose en factores de riesgo por posibilitar el aprendizaje social o porque ejercen algún grado de presión social para que otros las consuman (Carballo *et al.*, 2004; Dorius *et al.*, 2004; Eitle, 2005; Graña y Muñoz, 2000a; Mcleod *et al.*, 2004).

13. Las *relaciones interpersonales*, es decir, aquellas interacciones que se establecen con otros y que podrían ser o no, fuente de apoyo social, y frente a las cuales el individuo establece un nivel de satisfacción. En la adolescencia y la juventud los amigos constituyen el principal referente en este sentido y, por lo tanto, podrían ser un factor de riesgo en la medida que le atribuyesen un alto valor al consumo porque constituye un medio rápido y sencillo de sentirse aceptados por sus iguales (Allen, Porter, McFarland, Marsh y McElhaney, 2005).

Teniendo en cuenta que estos estudios muestran la presencia de múltiples variables que podrían estar asociadas de forma causal con el consumo de drogas, aparece la necesidad de construir instrumentos válidos y fiables para identificar las características del consumo y, específicamente, los factores psicosociales de riesgo y protección asociados a dicho comportamiento.

Lo anterior constituye el objetivo de este trabajo, y como antecedente a la construcción del instrumento se encuentra la búsqueda de aquéllos que miden aspectos similares pero que tienen limitaciones. Por ejemplo, algunos están en el idioma inglés y no han sido traducidos ni adaptados a ninguna población de habla española, como el “Inventario de experiencias personales” (*Personal Experience Inventory*, PEI; Winters y Henley, 1989), el “Inventario de detección del consumo de drogas” (*Drug Use Screening Inventory*, DUSI, Tarter, 1990) o la “Encuesta nacional de consumo de drogas y salud 2006” (*2006 National Survey on Drug Use and Health*, US Department of Health and Human Services). Los otros instrumentos que se encontraron están en español, pero tienen la limitación de que fueron contruidos para población infantil o adolescentes en etapa escolar; tal es el caso de la “Escala de evaluación de factores de riesgo para el abuso de drogas en niños de 6 a 12 años -Escala A y B” de Anicama (2001) o el “Cuestionario

de evaluación de factores de riesgo interpersonales” de Carballo *et al.* (2004).

Considerando entonces los resultados de esa búsqueda y con la intención de ser idiográficos en la medición de los factores de riesgo en jóvenes universitarios colombianos, se presenta el proceso de construcción y el procedimiento para el establecimiento de las propiedades psicométricas parciales de un instrumento *ad hoc*, de aplicación individual o colectiva, denominado *Cuestionario de medición de factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas*. Dicho instrumento contaba inicialmente con 392 ítems, de los cuales diez se referían a *características socio-demográficas* como edad, sexo, estado civil, programa y semestre académico, tener o no pareja, actividades de ocio que realiza y personas con quien convive; 112 ítems a las *características del consumo de drogas* legales (alcohol y tabaco) e ilegales (marihuana, opiáceos, coca, anfetaminas y anorexígenos, éxtasis y otros alucinógenos), con opción de respuesta múltiple para establecer la frecuencia y forma de la conducta, las situaciones antecedentes y las consecuencias del consumo; y 270 ítems con respuesta dicotómica (sí/no) que evaluaban la presencia de 15 *factores de riesgo y protección* (a los que se hizo referencia anteriormente).

MÉTODO

Muestra

El cuestionario fue diligenciado de manera válida por 763 estudiantes de pregrado de una universidad privada de Cali, de estrato socioeconómico medio y alto, con una edad media de 20 años ($s=2,27$) y un rango que oscilaba entre los 16 y los 25 años. El 46,5% de los participantes correspondía a hombres, el 52,4% a mujeres y el 1,1% restante no reportó el género. La muestra fue seleccionada con un diseño de muestreo aleatorio simple.

Procedimiento

La primera versión del cuestionario fue sometida a evaluación por parte de tres expertos en el tema (una psicóloga y dos psiquiatras) cuya práctica clínica se relaciona con la prevención del consumo de drogas y el tratamiento de personas con trastornos por consumo de sustancias. Los jueces evaluaron la construcción de los ítems teniendo en cuenta a) la *pertinencia*, que consistía en la emisión de un concepto acerca de qué tanto el ítem se relaciona con el factor y el constructo general de la prueba, con base en las definiciones conceptuales que se asumieron en la investigación; b) la *redacción*, es decir, la apreciación acerca de la coherencia gramatical y ortográfica en el ítem, así como su juicio acerca del grado de dificultad

para ser comprendido por los individuos del estudio, aspecto que permitía realizar observaciones precisas de cómo quedaría redactado el ítem, y c) la *suficiencia*, es decir, si el número de ítems es el adecuado para medir el respectivo factor. Como resultado, el cuestionario quedó constituido por 323 ítems.

Posteriormente, se aplicó el instrumento a un grupo piloto de 40 estudiantes escogidos intencionalmente y que cumplían con las características de la población de interés. El grupo estuvo compuesto por 29 hombres y 11 mujeres, el 80% de ellos entre los 18 y los 22 años, la mayoría solteros (92,5%) y residentes en la ciudad donde se realizó el estudio. La versión del instrumento obtenida a partir del piloto fue aplicada a la muestra. Con los resultados se realizó un análisis cualitativo para evaluar la capacidad discriminativa de cada ítem a partir de las frecuencias observadas para cada una de las opciones de respuesta asignadas al mismo. Se calculó el alpha de Cronbach total y por factores para establecer la consistencia interna del cuestionario. Después se realizó un análisis factorial exploratorio utilizando el método de componentes principales con rotación varimax, el gráfico de sedimentación y la cantidad de varianza explicada para identificar el número de factores conformados a partir de las respuestas. Luego se realizó un análisis factorial confirmatorio ajustando el número de factores al esperado durante la construcción del cuestionario.

Al final del procedimiento se hizo un análisis de pertinencia desde el punto de vista clínico a aquellos ítems que, a partir de la metodología estadística, no se agruparon con otros ítems para conformar un factor y se

decidió si debían ser excluidos de la escala, reajustados o adicionados a otro factor.

Con las respuestas obtenidas por los sujetos de la muestra en cada uno de los ítems que conformaron el instrumento final, se construyó una escala numérica que permite establecer el nivel de presencia del factor y categorizarlo como de riesgo o de protección.

El análisis estadístico de los datos se realizó utilizando el paquete SPSS versión 13.0 para Windows.

RESULTADOS

La **consistencia interna** del cuestionario fue alta (alpha de Cronbach = 0,906). La fiabilidad obtenida para los factores individuales fue menor a 0,80 (mínimo valor aceptable recomendado por Carmona, 2004 y Henson, 2001) en todos los casos, a excepción de tres de los mismos (véase tabla 2). La poca fiabilidad parcial fue un motivo para la revisión y adecuación del cuestionario.

Validación del instrumento

De acuerdo con los jueces expertos, el número de ítems construido para cada uno de los factores era suficiente para medir los mismos, no obstante, fueron eliminados todos los de “cafeína” considerando el criterio de pertinencia de evaluar esta sustancia en el contexto colombiano; 60 ítems que presentaban problemas de pertinencia, y se modificaron en su redacción cuatro ítems. Posteriormente, con la aplicación al grupo piloto se hicieron más ajustes a la redacción (20 ítems) y se estableció el tiempo de diligenciamiento de aplicación (entre 30 y 40 minutos).

Tabla 2
Índices de fiabilidad obtenidos para cada uno de los factores del instrumento

Factor	Índice de Cronbach
1. Alteraciones psicológicas	0,83
2. Autoestima	0,36
3. Comportamientos perturbadores	0,76
4. Maltrato	0,60
5. Habilidades de autocontrol	0,37
6. Habilidades sociales	0,73
7. Habilidades emocionales	0,62
8. Habilidades de afrontamiento y enfrentamiento	0,67
9. Espiritualidad	0,81
10. Proyecto de vida	0,57
11. Preconceptos y valoración de las SPA	0,87
12. Relación con consumidores	0,57
13. Acceso a las SPA	0,45
14. Relaciones interpersonales	0,73
15. Funcionamiento familiar	0,69

Con base en los datos de la aplicación de la muestra se obtuvo una distribución de frecuencias simple para cada ítem y se estableció como criterio de discriminación una frecuencia mayor o igual al 80% o menor o igual al 20% en las opciones de respuesta. A partir de esto se hizo una nueva evaluación al ítem en cuanto a redacción y contenido, y se tomó la decisión de excluirlo o aceptarlo con

modificaciones. De esta manera se excluyeron 170 ítems y se aceptaron 59 de ellos.

Con las respuestas de los ítems aceptados se realizó un análisis factorial exploratorio utilizando el método de componentes principales con rotación oblicua y varimax. En ambos casos se obtuvo una agrupación de diez factores, tres de los cuales estaban conformados por dos ítems con carga factorial baja y uno de ellos con tres ítems (véase tabla 3).

Tabla 3

Factores obtenidos a partir del análisis factorial exploratorio

<p>FACTOR 1: 2. Constantemente me siento aburrido. 11. Paso fácilmente de la tristeza a la alegría o al revés. 12. Me pongo triste fácilmente. 13. Me siento angustiado con frecuencia. 16. Tengo dificultad para relajarme. 19. Me irrito con facilidad. 106. Me relajo. 109. Me tensiono fácilmente. 113. Me siento muy afectado por mis problemas. 6. Tengo pensamientos que me fastidian. 14. Tengo pensamientos repetitivos. 17. Me preocupo en exceso. 34. Han habido ocasiones en las que he sentido ganas de rebelarme contra personas de autoridad, incluso sabiendo que ellos tenían la razón. 78. Evito preguntar por temor a hacer el ridículo. 110. Generalmente no se cómo actuar cuando alguien se enoja conmigo. 188. Consigo amigos fácilmente. 156. Consumir drogas es normal entre los jóvenes. 220. Alguien de mi familia ha tenido problemas emocionales* (por ejemplo: depresión, ansiedad).</p>	<p>218. Consulto a alguno de mis padres sobre asuntos de mi vida personal.</p>	<p>FACTOR 5: 171. Mis amigos incluyen trago, cigarrillo o drogas en las actividades que realizamos. 183. Siento la necesidad de consumir alcohol o drogas cuando estoy en un bar, discoteca u otro sitio de ambiente. 184. Mi primera opción para una salida con mis amigos es un sitio donde pueda tomar o consumir drogas. 185. Para las personas de mi edad es difícil conseguir drogas.</p>
<p>FACTOR 2: 126. Creo que existe una fuerza espiritual que puede ayudarme con mis problemas. 129. Tengo fe en un poder más grande que yo. 176. Los amigos con los que ando piensan que está mal drogarse. 187. Me siento satisfecho con mis amistades. 189. Mis amigos me ayudan a enfrentar mis problemas. 190. Hay personas a quienes yo les importo. 192. Cuento con alguien para hablar si lo necesito. 193. Le agrado a otras personas de mi edad. 194. Mis amigos me tienen en cuenta para las actividades que realizan. 196. Disfruto compartiendo actividades de recreación con mis amigos.</p>	<p>FACTOR 3: 223. Con respecto al alcohol, pienso que: No es dañino y lo consumo. No es dañino y NO lo consumo. Es dañino pero lo consumo. Es dañino y por eso NO lo consumo. 224. Con respecto a los opiáceos (heroína, opio, morfina, metadona, codeína), pienso que: No son dañinos y los consumo. No son dañinos y NO los consumo. Son dañinos pero los consumo. Son dañinos y por eso NO los consumo. 225. Con respecto al cigarrillo y al tabaco, pienso que: No son dañinos y los consumo. No son dañinos y NO los consumo. Son dañinos pero los consumo. Son dañinos y por eso NO los consumo. 226. Con respecto a la coca (basuco, cocaína, base libre y crack), pienso que: No es dañina y la consumo. No es dañina y NO la consumo. Es dañina pero la consumo. Es dañina y por eso NO la consumo. 228. Con respecto a la marihuana, pienso que: No es dañina y la consumo. No es dañina y NO la consumo. Es dañina pero la consumo. Es dañina y por eso NO la consumo. 229. Con respecto al éxtasis, LSD, polvo de ángel, hongos o peyote, pienso que: No son dañinos y los consumo. No son dañinos y NO los consumo. Son dañinos pero los consumo. Son dañinos y por eso NO los consumo.</p>	<p>FACTOR 6: 42. Me preocupo cuando rompo una regla. 99. Me siento molesto cuando las cosas no salen a mi manera. 103. Me enojo cuando la gente me hace esperar. 72. Pienso mucho antes de actuar. 102. Evito herir los sentimientos de alguien a propósito. 89. Prefiero ceder para evitar problemas con otras personas. 147. Cuando se bebe en exceso se hace el ridículo.</p>
	<p>FACTOR 4: 127. Me ayuda rezar o meditar. 128. He tenido experiencias espirituales o religiosas importantes en mi vida. 130. No soy una persona religiosa. 131. Me apoyo en la religión cuando tengo problemas.</p>	<p>FACTOR 7: 5. Tengo problemas para dormir o me despierto con facilidad. 157. Las drogas son un problema más grave que el alcohol o el cigarrillo. 195. Siento que no tengo suficientes amigos.</p> <p>FACTOR 8: 76. Me gusta experimentar nuevas sensaciones. 207. Mis padres no tienen una buena relación.</p> <p>FACTOR 9: 198. Tengo algún familiar que bebe hasta emborracharse. 191. No se debe confiar en las personas.</p> <p>FACTOR 10: 175. Los amigos con los que ando piensan que está mal emborracharse. 186. Para las personas de mi edad es costoso consumir drogas frecuentemente.</p>

Al evaluar cada una de las conformaciones se identificaron algunos ítems que no guardaban relación con los otros del factor; de esta manera, se eliminaron tres ítems. En un análisis posterior de todos los ítems y de acuerdo con su definición conceptual, se realizó la reagrupación en siete factores y se ajustó de este modo el *análisis factorial confirmatorio* (véase tabla 4).

El *factor uno*, conformado por 12 de los ítems que componían el factor uno del análisis exploratorio y un ítem que pertenecía al factor siete. Estos ítems se refieren a las dificultades para manejar el estado emocional y las fluctuaciones en el estado de ánimo sin constituir un trastorno, razón por la que este factor se denominó *malestar emocional*.

Tabla 4

Matriz factorial obtenida con el análisis confirmatorio

Factores 1-3			Factores 4-6				
ITEM	1	2	3	ITEM	4	5	6
224			0,2747	102			0,3194
226			0,2681	72			0,2538
229			0,2444	42			0,2494
223			0,1663	103			0,2174
147			0,1579	78			0,1911
225			0,1443	99			0,1761
185			0,1333	89			0,1374
228			0,1072	183		0,2596	
186			0,1023	184		0,2485	
157			0,0671	171		0,2226	
194		0,1813		76		0,198	
188		0,181		156		0,1632	
193		0,1733		198		0,1401	
187		0,1725		175		0,1176	
192		0,1692		127	0,2453		
189		0,1685		131	0,2414		
190		0,162		126	0,2368		
196		0,1605		129	0,231		
176		0,1449		128	0,2226		
218		0,1324		130	0,201		
16	0,1555						
13	0,1524						
12	0,1462						
17	0,1445						
106	0,1354						
19	0,1345						
109	0,1302						
2	0,1239						
6	0,1217						
11	0,119						
5	0,1156						
14	0,0918						
113	0,0803						

El *factor dos* compartió nueve ítems con el obtenido en el análisis previo y se le adicionó un ítem que en el primer análisis pertenecía al factor uno. Estos ítems se refieren al grado de *satisfacción en las relaciones interpersonales* con sus iguales y padres.

El *factor tres* conformado por los mismos seis ítems del análisis factorial exploratorio, y se le adicionaron cuatro que pertenecían a los factores seis, siete, cinco y diez. Este factor, *preconceptos y valoración de las drogas*, agrupa las ideas y creencias relacionadas con el consumo de drogas, así como la percepción del riesgo que las personas tienen frente a ellas y sus posibles efectos.

En el *factor cuatro* quedaron dos ítems compartidos con el análisis previo y dos del segundo factor obtenido en el primer análisis. Los ítems hacen referencia a las creencias en un Ser superior, la concepción trascendente de la vida y al compromiso y las experiencias que tienen las personas con dichas creencias, por lo que se denominó a este factor *espiritualidad*.

En el *factor cinco* se agruparon tres ítems del factor previo y cuatro ítems que antes se encontraban en los factores ocho, uno, diez y nueve. Se eliminó un ítem por problemas de redacción y por no tener relación con el resto de ítems. Al factor se le denominó *permisividad social y accesibilidad a las drogas*, y hace referencia al involucramiento de los amigos en el consumo de drogas, la valoración que éstos realizan de las mismas, los contextos sociales que lo favorecen, la tendencia a incluir este tipo de sustancias en las actividades sociales y el abuso de alcohol por parte de algún familiar cercano.

El *factor seis* quedó constituido por seis de los ítems del factor inicial, además de otro ítem que estaba en el factor uno. Los ítems hacen referencia a las *habilidades sociales y de autocontrol*, específicamente a la capacidad para orientar el comportamiento por consecuencias a largo plazo y realizar esfuerzos para no comportarse exclusivamente por reforzadores inmediatos y placenteros, y a

aquellas conductas que cubren las necesidades de comunicación interpersonal en situaciones sociales.

Los ítems 110 y 195 conformaron el *factor siete*, pero fueron excluidos del cuestionario por ser insuficientes.

Posteriormente, se hizo un análisis de correlaciones entre los seis factores del cuestionario final y los valores no superaron el 0,3. Las correlaciones son bajas y estadísticamente significativas, lo cual podría implicar que los factores no guardan una relación tan fuerte para considerar que todos estarían formando un único eje factorial, pero que la relación entre los mismos es suficiente para que el conjunto mida riesgo o protección respecto al mismo constructo de interés.

Escala final de valoración de riesgo o protección

Se asume que el grado de presencia de un factor como de riesgo o de protección se puede evaluar dentro de un rango continuo de valores que pueden ser observados indirectamente a través de una escala de intervalos. Con base en esto, a cada uno de los ítems de la prueba se le asignó un valor de uno o cero para indicar “riesgo” o “protección” de acuerdo con su redacción, excepto los ítems que tenían cuatro opciones de respuesta a los cuales se les asignó un puntaje entre uno y cuatro. De esta forma, el instrumento permite medir en una escala que va de seis a 71 puntos el nivel de riesgo o protección del conjunto de factores en un sujeto. Este mismo procedimiento se empleó en cada una de las subescalas formadas por los respectivos factores del cuestionario. Dado que la presencia/ausencia de las características reflejadas por los ítems pueden expresar riesgo o protección, se establecieron puntos de corte con los puntajes obtenidos a partir de la evaluación clínica y de la distribución de frecuencias de los puntajes de la muestra (véase tabla 5). Este análisis permitió establecer un factor que es sensible únicamente para identificar protección para el consumo de drogas (satisfacción con relaciones interpersonales) y uno que sólo identifica riesgo (preconceptos y valoración de las drogas).

Tabla 5
Escala final de calificación del cuestionario

Factor	Protección	Riesgo	Percentil Asociado
Malestar emocional	0 – 4	5 – 13	50
Satisfacción con relaciones interpersonales	0 – 4	5 – 10	90
Preconceptos y valoración de las drogas	0 – 7	8 – 28	*
Espiritualidad	0 – 2	3 – 6	50
Permisividad y accesibilidad a las drogas	0 – 2	3 – 8	25
Habilidades sociales y autocontrol	0 – 3	4 – 7	25
Total escala	6 – 37	38 – 71	25

* El total de los sujetos de la muestra se ubicaron en un rango entre 22 y 27 puntos

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este estudio pretendía analizar la fiabilidad y la validez de un cuestionario elaborado para medir factores psicosociales asociados al consumo de drogas en jóvenes universitarios, respondiendo a la necesidad de contar con un instrumento de habla española, que permitiera obtener dicha información con un alto nivel de confianza en la población definida. Esta intención se basa, a su vez, en el objetivo planteado por la WHO (2002) en cuanto a la identificación de algunos factores asociados al consumo de drogas, teniendo en cuenta que esta problemática es multifactorial (Carballo *et al.*, 2004; OMS, 2004) y que su combinación puede potenciar su aparición, agudización o cronificación, o que por el contrario pueden impedirla.

Los resultados presentados corresponden, entonces, a una primera fase de validación, en la que se estableció la validez de contenido y de constructo del cuestionario. Se incluyeron los factores psicosociales que en la literatura científica han sido considerados como eventos que vulneran o precipitan consecuencias benéficas (*factores de protección*) o adversas para la salud (*factores de riesgo*), y que son antecedentes que parecen tener una relación con el fenómeno de las drogas (OPS, 2002). En este sentido, hay que entender que los conceptos de “riesgo” y “protección” señalan el efecto que se espera tengan dichos factores psicosociales frente al consumo de drogas, pero no necesariamente son de orden causal.

Los análisis factoriales exploratorio y confirmatorio realizados a este cuestionario permitieron identificar seis factores, que fueron denominados: a) *malestar emocional*, b) *satisfacción en las relaciones interpersonales*, c) *preconcepciones y valoración de las drogas*, d) *espiritualidad*, e) *permisividad social y accesibilidad a las drogas*, y f) *habilidades sociales y de autocontrol*. Lo anterior implicó, por una parte, la agrupación de algunos ítems que inicialmente se ubicaban en variables distintas, como es el caso de las alteraciones psicológicas y las habilidades emocionales que se integraron en el *factor uno*; lo mismo sucedió con los ítems que pertenecían a las habilidades sociales y de autocontrol y que ahora conforman el *factor seis*; y los ítems que medían relación con personas consumidoras y accesibilidad a las drogas, ahora constituyen el *factor cinco*. Otro resultado de estos análisis factoriales fue la eliminación de factores, como: autoestima, maltrato, comportamientos perturbadores, habilidades de afrontamiento y enfrentamiento, que no resultaron relevantes para esta muestra de jóvenes universitarios, a pesar de que en estudios como los de Best *et al.* (2004); Compton, Thomas, Conway y Colliver (2005); Ernst *et al.* (2003); Faggiano *et al.* (2005); Malcolm

(2004); Marmorstein y Iacono (2003); Mullings, Hartley y Marquart (2004); NIH (2003); Klein, Elifson y Sterk (2006); Rokach (2005); Shrier *et al.* (2003) estos factores fueron significativos. También se logró mantener aquellos factores que según la validez de constructo pueden ser igual a los originales, como es el caso de los *factores dos, tres, cuatro y cinco*. Finalmente, se eliminó la distinción entre los factores psicológicos y los sociales para agruparlos en una sola categoría: “*psicosociales*”.

Un aspecto interesante de este cuestionario es que en su estructura comparte algunas características de instrumentos como: a) el PEI (Winters y Henley, 1994) en el que se evalúan factores de riesgo personales y ambientales, como “perturbación psicológica” (*psychological disturbance*), “aislamiento espiritual” (*spiritual isolation*), “involucramiento de iguales en situaciones de consumo” (*peer chemical involvement*) y “aislamiento social” (*social isolation*) y “poco control” (*uncontrolled*) que corresponderían, en su orden, a los factores de malestar emocional, espiritualidad, permisividad social y accesibilidad a las drogas y habilidades sociales y de autocontrol de este cuestionario; b) la “Escala de evaluación de factores de riesgo para el abuso de drogas en niños de 6 a 12 años - Escalas A y B” (Anicama, 2001) que incluye la evaluación de “patrones o hábitos de conducta (emocionales)” y que en el instrumento que aquí se propone corresponde a los factores preconcepciones y valoración de las drogas y habilidades sociales y de autocontrol; c) el “Cuestionario de evaluación de factores de riesgo interpersonales” (Carballo *et al.*, 2004) que evalúa factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia, pero se mencionan aquí aquéllos que se relacionan con la permisividad social y accesibilidad a las drogas, como son el grupo de amigos (actitudes hacia las drogas por parte de los amigos) y acceso a drogas, específicamente la percepción de facilidad de acceso a drogas; d) el DUSI (Tarter, 1990) que evalúa, entre otros, la conducta de autocontrol, las habilidades sociales, la salud mental (síntomas depresivos y ansiedad), y aspectos relacionados con los iguales, como características de los amigos, presión grupal, uso y venta de drogas por parte de los amigos. Estos aspectos corresponden en alguna medida a los factores de habilidades sociales y de autocontrol, malestar emocional y permisividad social y accesibilidad a las drogas de nuestro instrumento; y e) la “Encuesta nacional de consumo de drogas y salud 2006” (*National Survey on Drug Use and Health, US Department of Health and Human Services*, 2006) que evalúa estrés psicológico (*psychological distress*) y que es similar al factor malestar emocional.

En una fase posterior, se continuarán estudiando las características psicométricas del cuestionario con el fin de

proveer un instrumento que pueda ser adaptado a distintas poblaciones universitarias en Colombia. Para esto, se tendrán en cuenta aspectos como a) la aplicación de otro instrumento que permita establecer la validez de criterio, b) la selección de muestras que incluyan universidades públicas y privadas de todo el país, c) la definición de los niveles de consumo de drogas con base en criterios que permitan diferenciar la presencia de trastornos por consumo de sustancias y, d) la determinación de la validez predictiva y retrospectiva del cuestionario para establecer si la presencia o ausencia de cada factor psicosocial ocurrió antes o después del consumo, y si podría considerarse como causal.

Este último aspecto es de especial interés porque constituye otro de los retos propuestos por la WHO (2002), que consiste en identificar aquellos aspectos psicosociales que pueden prevenirse y, por consiguiente, disminuir la incidencia y la prevalencia del consumo de drogas, si los niveles de exposición actual y futura a estos factores psicosociales se reduce.

Por otra parte, es importante mencionar que los índices iniciales de consistencia interna obtenidos mediante el alpha de Cronbach fue alta, lo mismo que en tres de los factores, pero éstos deberán ser verificados en ese estudio posterior con la versión final del cuestionario.

Aunque este artículo se refería especialmente a los factores psicosociales, no puede dejar de mencionarse que la versión final del cuestionario también incluye ítems que permiten evaluar la conducta de consumo de seis drogas (alcohol, tabaco, marihuana, opiáceos, cocaína y alucinógenos). Nótese que algunas drogas como la cafeína y las anfetaminas y anorexígenos no son evaluados. La primera, debido a que en el contexto nacional y específicamente en el ámbito juvenil, el consumo de café, chocolate, té y demás derivados hacen parte del comportamiento idiosincrático; y las anfetaminas y anorexígenos no aparecen registradas como de alto consumo en los informes oficiales a nivel nacional (Comisión Nacional de Investigación en Drogas, 2001; OPS, 2002) y tampoco fueron halladas en estudios preliminares en esta población (Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003; Salazar y Arrivillaga, 2004; Salazar, Varela, Cáceres y Tovar, 2006).

En conclusión, el cuestionario que se presenta constituye una herramienta de gran utilidad para la evaluación del consumo de drogas y sus factores psicosociales asociados, en pro de la planificación y diseño de programas de prevención con adolescentes, de tal modo que en la juventud esta problemática tenga cada día menor incidencia. Sin embargo, es claro que se requiere la continuación del proceso de validación para la utilización de este cuestionario con fines predictivos.

REFERENCIAS

- Allen, J. P., Porter, M. R., McFarland, F. C., Marsh, P. y McElhaney, K. B. (2005). The two faces of adolescents' success with peers: Adolescent popularity, social adaptation, and deviant behavior. *Child Development*, 76, 747-760.
- Anicama, J. (2001). Impacto de los factores de riesgo y factores protectores en el desarrollo de la conducta adictiva. En A. Zabaleta (Dir.), *Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en la juventud*. Perú: Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas, CEDRO.
- Arrivillaga, M. y Salazar, I. C. (2005). Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos. *Psicología Conductual*, 13, 19-36.
- Arrivillaga, M., Salazar, I. C. y Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*, 34, 186-195.
- Avants, S., Warburton, L. y Margolin, A. (2001). Spiritual and religious support in recovery from addiction among HIV-positive injection drug users. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33, 39-45.
- Báez, D., Deckers, M., Silva, L. M. y Gómez, J. D. (2003). Encuesta de prevalencia sobre el consumo de cigarrillos en la Pontificia Universidad Javeriana. *Universitas Psychologica*, 2, 89-94.
- Barkin, S. L., Smith, K. S. y DuRant, R. H. (2002). Social skills and attitudes associated with substance use behaviors among young adolescents. *The Journal of Adolescent Health*, 30, 448-454.
- Bayona, J. A., Hurtado, C., Ruiz, I. R., Hoyos, A. y Gantiva, C. A. (2005). Actitudes frente a la venta y el consumo de sustancias psicoactivas al interior de la Universidad Nacional de Colombia. *Revista Interamericana de Psicología*, 39, 159-168.
- Benda, B. B. (2005). The robustness of self-control in relation to form of delinquency. *Youth and Society*, 36, 418-444.
- Best, D., Manning, V., Gossop, M., Witton, J., Floyd, K., Rawaf, S. et al. (2004). Adolescent psychological health problems and delinquency among volatile substance users in a school sample in South London. *Drugs: Education, Prevention y Policy*, 11, 473-482.
- Beyers, J. M., Toumbourou, J. W., Catalano, R. F., Arthur, M.W. y Hawkins, J. D. (2004). A cross-national comparison of risk and protective factors for adolescent substance use: the United States and Australia. *The Journal of adolescent health*, 35, 3-16.
- Caballo, V. E. (1997). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* (ed. rev.) Madrid: Siglo XXI.
- Carballo, J. L., García, O., Secades, R., Fernández, J. R., García, E., Erraste, J. M., et al. (2004) Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 16, 674-679.
- Carmona, J. (2004). Una revisión de las evidencias de fiabilidad y validez de los cuestionarios de actitudes y ansiedad hacia

- la estadística. *Statistics Education Research Journal* 3(1), 5-28. Recuperado el 20 de junio de 2006, de [http://www.stat.auckland.ac.nz/~iase/serj/SERJ3\(1\)_marquez.pdf](http://www.stat.auckland.ac.nz/~iase/serj/SERJ3(1)_marquez.pdf)
- Chabrol, H., Massot, E. y Mullet, E. (2004). Factor structure of cannabis related beliefs in adolescents. *Addictive behaviors*, 29, 929-933.
- Comisión Nacional de Investigación en Drogas (2001). *Encuesta nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes de 10 a 24 años*, 1-104. Recuperado Mayo 6 de 2006, de <http://w3.nuevosrumbos.org/documentos/Encuesta%202001.pdf>
- Compton, W. M., Thomas, Y. F., Conway, K. P. y Colliver, J. D. (2005). Developments in the epidemiology of drug use and drug use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1494-1502.
- Dirección Nacional de Estupeficientes (s.f). Ministerio de Interior y Justicia. *Resúmenes analíticos de investigaciones*. Recuperado 4 de Mayo de 2006 de <http://200.13.194.15/aplicacion/default.htm>
- Dorius, C., Bahr, S., Hoffman, J. y Lovelady, E. (2004). Parenting practices as moderators of the relationship between peers and marijuana use. *Journal of Marriage and Family*, 66, 163.
- Eitle, D. (2005). The moderating effects of peer substance use on the family structure-adolescent substance use association: Quantity versus quality of parenting. *Addictive Behaviors*, 30, 963-980.
- Ernst, M., Grant, S. J., London, E. D., Contoreggi, C. S., Kimes, A. y Spurgeon, L. (2003). Decision making in adolescents with behavior disorders and adults with substance abuse. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 33-41.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F. D., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A. y Lemma, P. (2005). School-based prevention for illicit drugs' use. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2, CD003020.
- Fenzel, L. (2005). Multivariate analyses of predictors of heavy episodic drinking and drinking-related problems among college students. *Journal of College Student Development Washington*, 46, 126-140.
- Galaif, E., Sussman, S., Chou, C. y Wills, A. (2003). Longitudinal relations among depression, stress and coping in high risk youth. *Journal of youth and adolescence*, 32, 243-258.
- Graña, J. y Muñoz, M. (2000a). Factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de iguales para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual*, 8, 19-32.
- Graña, J. y Muñoz, M. (2000b). Factores psicológicos de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual*, 8, 249-269.
- Herrán, O. F. y Ardila, M. F. (2005). Consumo de alcohol, riesgo de alcoholismo y alcoholismo en Bucaramanga, Colombia, 2002-2003. *Colombia Médica*, 36, 158-167.
- Klein, H., Elifson, K. W. y Sterk, C. E. (2006). The relationship between religiosity and drug use among "at risk" women. *Journal of Religion & Health*, 45, 40-56.
- Lazarus, R. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Londoño, C., García, W., Valencia, S. C. y Vinaccia, S. (2005). Expectativas frente al consumo de alcohol en jóvenes universitarios colombianos. *Anales de Psicología*, 21, 259-267.
- Malcolm, B. (2004). Evaluating the Effects of Self-Esteem on Substance Abuse among Homeless Men. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 48, 39-61.
- Marmorstein, N. R. y Iacono, W. G. (2003). Major depression and conduct disorder in a twin sample: gender, functioning, and risk for future psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 225-233.
- McKeganey, N., McIntosh, J. y Macdonald, F. (2003). Young people's experience of illegal drug use in the family. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 10, 169-184.
- McLeod, J., Oakes, R., Copello, A., Crome, I., Egger, M., Hickman, M., et al. (2004). Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: A systematic review of longitudinal, general population studies. *The Lancet*, 363, 1579-1588.
- Ministerio de Educación República de Colombia (2006). *El 80 por ciento de los estudiantes en Colombia consume alcohol y el 46 por ciento, tabaco*. Recuperado el 11 de mayo de 2006 de <http://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/fo-articulo-98340.pdf>
- Ministerio de la Protección Social República de Colombia (2003). Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Recuperado el 11 de mayo de 2006 de: http://www.abacolombia.org.co/bv/clinica/estudio_salud_mental_colombia.pdf
- Mullings, J. L., Hartley, D. J. y Marquart, J. W. (2004). Exploring the relationship between alcohol use, childhood maltreatment, and treatment needs among female prisoners. *Substance Use y Misuse*, 39, 277-305.
- National Institutes of Health (NIH) (2003). *Severe childhood ADHD may predict alcohol, substance abuse problems in teen years*. Recuperado el 30 de agosto de 2003, de <http://www.nih.gov/news/pr/aug2003/niaaa-17.htm>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Recuperado el 9 de agosto de 2006, de http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_S.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005). *Problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol. Informe de la Secretaría en la 58ª asamblea mundial de la salud*. Recuperado el 19 de agosto de 2005, de http://www.who.int/substance_abuse/report_by_secretariat_wha_58_public_health_problems_alcohol_spanish.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002). *Perfil del sistema de servicios de salud de Colombia* (2 ed). Recuperado el 4 de mayo de 2006, de <http://www.lachsr.org/documents/perfildelsistemadesaluddecolombia-ES.pdf>
- Rokach, A. (2005). Drug withdrawal and coping with loneliness. *Social Indicators Research*, 73, p71-85.
- Rodríguez, D. C., Dallos, C. M., González, S. J., Sánchez, Z. M., Díaz-Martínez, L. A., Rueda-Jaimes, G. E. et al. (2005). Asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol en estudiantes de Bucaramanga, Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 1402-1407.
- Rohsenow, D. J., Colby, S. M., Martin, R. A. y Monti, P. M. (2005). Nicotine and other substance interaction expectancies questionnaire: Relationship of expectancies to substance use. *Addictive Behaviors*, 30, 629-641.

- Salazar, I. C. y Arrivillaga, M. (2004). El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas como parte del estilo de vida de los jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 74-89.
- Salazar, I. C., Varela, M. T., Cáceres, D. E. y Tovar, J. R. (2005, diciembre). Análisis de factores de riesgo y de protección para el consumo de alcohol y tabaco en jóvenes. En M. E. Ortiz (Presidente), *Psicología de la Salud y Adicciones*. Simposio realizado en el III Congreso Latinoamericano de Psicología Clínica y de la Salud, La Habana (Cuba).
- Salazar, I. C., Varela, M. T., Cáceres, D. E. y Tovar, J. R. (2006). El consumo de alcohol y tabaco en jóvenes colombianos: factores psicosociales de riesgo y protección. *Psicología Conductual*, 14, 77-101.
- Shrier, L. A., Harris, S. K., Kurland, M. y Knight, J. R. (2003). Substance use problems and associated psychiatric symptoms among adolescents in primary care. *Pediatrics*, 111, 699-705.
- Sistema de vigilancia epidemiológica para sustancias psicoactivas (1999). *Informe general*. Recuperado el 4 de mayo de 2006, de http://odc.dne.gov.co/publicaciones/PUBLICACION_88.pdf
- Stenbacka, M. (2000). The role of competence factors in reducing the future risk of drug use among young Swedish men. *Addiction*, 95, 1573-1581.
- Stenbacka, M. (2003). Problematic alcohol and cannabis use in adolescent-risk of serious adult substance abuse? *Drug and Alcohol Reviews*, 22, 277-286.
- Stylianou, S. (2004). The Role of Religiosity in the Opposition to Drug Use. *International Journal of Offender Therapy y Comparative Criminology*, 48, 429-448.
- Tarter, R. (1990). Evaluation and treatment of adolescent substance abuse: A decision tree method. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 16, 1-46.
- Tibbetts, S. G. y Whittimore, J. N. (2002). The interactive effects of low self-control and commitment to school on substance abuse among college students. *Psychological reports*, 90, 327-337.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2004). *World Drug Report 2004*. Recuperado el 20 de septiembre de 2005, de http://www.unodc.org/unodc/en/world_drug_report_2004.html
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2005). *World Drug Report 2005*. Recuperado el 20 de septiembre de 2005, de http://www.unodc.org/unodc/en/world_drug_report.html
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2006). *UNODC Colombia Programa antidrogas*. Recuperado 5 de Mayo de 2006 de http://www.unodc.org/colombia/es/drug_programme.html
- Varela, M. T., Salazar, I. C., Cáceres, D. E. y Tovar, J. R. (2005, diciembre). Análisis de factores de riesgo y de protección para el consumo de SPA ilegales en jóvenes. En M. E. Ortiz (Presidente), *Psicología de la Salud y Adicciones*. Simposio realizado en el III Congreso Latinoamericano de Psicología Clínica y de la Salud, La Habana (Cuba).
- Wills, T. A., Gibbons, F. X., Gerrard, M., Murry, V. M. y Brody, G. H. (2003). Family communication and religiosity related to substance use and sexual behavior in early adolescence: A test for pathways through self-control and prototype perceptions. *Psychology of addictive*, 17, 312-323.
- Winters, K.C. y Henley, G.A. (1994). *Personal Experience Inventory (PEI) Manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- World Health Organization (WHO) (2002). *The World Health Report*. Recuperado el 25 de Octubre de 2003, de: <http://www.who.int/whr/2002/en/>.
- Wu, N., Lu, Y., Sterling, S. y Weisner, C. (2004). Family environment factors and substance abuse severity in an HMO adolescent population. *Clinical Pediatrics*, 43, 323-333.