

## **EL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN JÓVENES COLOMBIANOS: FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO Y PROTECCIÓN**

Isabel C. Salazar, María Teresa Varela,  
Delcy Cáceres y José Rafael Tovar  
*Pontificia Universidad Javeriana, Cali (Colombia)*

### **Resumen**

En este artículo se analiza el consumo de drogas legales en 763 universitarios colombianos y los factores psicosociales relacionados con él. Se utilizó el «Cuestionario de medición de factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas» (Salazar, Varela y Cáceres, 2005) y se encontró que el alcohol y el tabaco son las sustancias más consumidas, siendo la edad de inicio de consumo entre 14 y 15 años. La relación del consumo de alcohol y tabaco es de 2:1 entre mujeres y hombres. El consumo está asociado con los factores psicosociales evaluados (alcohol  $\chi^2=16,54$ ,  $p=0,000$ ; tabaco  $\chi^2=39,07$ ,  $p=0,000$ ). Los factores psicológicos actúan en niveles protectores para quienes no consumen alcohol ni tabaco o han dejado de hacerlo, y los sociales en el caso del tabaco. Se presenta específicamente la relación de riesgo o protección de factores tales como comportamientos perturbadores, preconceptos y valoración de las sustancias psicoactivas, alteraciones psicológicas, habilidades de afrontamiento y enfrentamiento, habilidades de autocontrol, espiritualidad, relación con personas consumidoras y relaciones interpersonales, por una parte, con el consumo de las sustancias psicoactivas, por la otra. Estos aspectos podrían ser objetivos de intervenciones preventivas del abuso de drogas (legales e ilegales) en jóvenes para disminuir el impacto personal, social y económico.

**PALABRAS CLAVE:** Alcohol, tabaco, riesgo, protección, jóvenes.

### **Abstract**

This paper analyzes the use of legal drugs in 763 Colombian college students and the psychosocial factors related to it. The Risk and Protective Factors for Drug Use Questionnaire was used in this study. It was found that alcohol and tobacco

---

Este artículo es producto de la investigación realizada por el Grupo «Psicología, Salud y Calidad de Vida» (<http://correo.puj.edu.co/psicosalud>) y financiada por la Pontificia Universidad Javeriana, Cali – Colombia.

Correspondencia: Isabel Cristina Salazar Torres. Pontificia Universidad Javeriana. Calle 18 N° 118-250 Vía Pance. Cali, Colombia. E-mail: [isalazar@puj.edu.co](mailto:isalazar@puj.edu.co)

were the most frequently consumed drugs, with an age of initiation between 14 and 15 years. The relation between alcohol and tobacco is 2:1 in men and women. The consumption is associated with the psychosocial factors evaluated (alcohol  $\chi^2=16.54$ ,  $p=0.000$ ; tobacco  $\chi^2=39.07$ ,  $p=0.000$ ). Psychological factors work in protective levels for youth who do not use alcohol or tobacco or for those who have ceased their usage, and social factors play a role in tobacco use. Specifically, the relationships between risk or protective factors (such as disruptive behaviors, beliefs and valuation of psicoactive drugs, psychological disturbances, coping strategies, self-control abilities, spirituality, relation with consumers and interpersonal relations) with drugs use are presented. These aspects could be targets of legal and illegal drug abuse prevention interventions in youth, aimed at reducing its personal, social and economic impact.

KEY WORDS: *Alcohol, tobacco, risk, protection, youth.*

## Introducción

Las drogas legales (alcohol y tabaco) y específicamente su consumo son un tema de creciente interés en el campo clínico. La salud y la calidad de vida de muchas personas han sido afectadas por este tipo de prácticas adquiridas, en muchos casos, durante la juventud y mantenidas luego como hábitos característicos del estilo de vida. Cuando se hace referencia a los efectos del alcohol y del tabaco existe una tendencia a considerar aquellos que podrían experimentar directamente los consumidores; sin embargo, esta problemática tiene también implicaciones a nivel social y económico.

Este panorama podría ser distinto si se tuviera un conocimiento fiable sobre los factores más relevantes asociados con el inicio y el consumo de estas drogas y se pusieran en marcha intervenciones que promovieran el desarrollo de las competencias y los comportamientos que favorecieran la decisión de beber moderadamente y de no fumar.

Para tener un marco general de referencia se presentarán algunas definiciones sobre lo que se entiende por consumo de sustancias psicoactivas o drogas y los factores psicosociales, específicamente aquellos, que resultaron significativos para el consumo de alcohol y tabaco.

El *consumo de sustancias psicoactivas* hace referencia al hecho o comportamiento particular de entrar en contacto con las drogas (no medicadas), ya sea por vía oral (tragada o masticada), inyectada, fumada, por absorción anal o vaginal, con el fin de modificar las condiciones físicas o químicas del organismo (*World Health Organization [WHO], 2002*), afectando, de este modo, al sistema nervioso central [SNC] y ocasionando, consecuentemente, una alteración en el comportamiento (Parrott, Morian, Moss y Scholey, 2004).

Pérez (1999, 2000) y Becoña y Vázquez (2001) han planteado algunas etapas del consumo y parecen coincidir en que el *consumo experimental y social* está asociado a ensayos fortuitos, en un lapso de tiempo limitado y con baja frecuencia. Aquí se incluyen las ocasiones en las que se consumen drogas para facilitar el comportamiento social. El inicio del consumo suele ocurrir cuando se está en la

escuela debido a la curiosidad y la presión ejercida por los iguales en los procesos de socialización. Se inicia casi siempre con bebidas alcohólicas, cigarrillo y marihuana y la cantidad de droga que se consume es relativamente pequeña, ya que con esa dosis el sujeto logra «sentirse bien» y con euforia.

En el *consumo regular* se incrementa la cantidad y la frecuencia de consumo con el fin de modificar el estado de ánimo. En ese momento se empieza a necesitar la droga para lograr dicho objetivo. En el consumo de alcohol, por ejemplo, aumenta la probabilidad que el adolescente seleccione bebidas con mayor graduación que las que estaba acostumbrado a beber. En esta etapa empiezan a presentarse cambios en el comportamiento relacionados con la escuela (ausentismo en las clases, incumplimiento de tareas), la familia (asilamiento de las actividades), los amigos (aumentan las salidas con aquellos que consumen drogas) y su vida personal (son más lábiles emocionalmente y pierden el interés por lo que antes parecían motivarse).

El *consumo intenso* se caracteriza por presentarse al menos una vez al día y existe la tendencia a aumentar la dosis y la frecuencia del comportamiento. La droga ocupa un lugar prioritario en la vida de la persona y hay un deterioro significativo del funcionamiento en los otros ámbitos. Los individuos se muestran preocupados por no conseguir mantener el estado de ánimo que alcanzan bajo el efecto de la sustancia psicoactiva.

Finalmente, en el *consumo compulsivo* el sujeto necesita ingerir la sustancia varias veces al día y no lo hace socialmente ni por obtener beneficios, sino más bien para mantenerse en un estado de funcionamiento mínimo adecuado y «sentirse normal». Se presenta dependencia lo cual significa que hay tolerancia a la droga y que el sujeto no puede interrumpir el consumo sin experimentar malestar fisiológico o alteraciones de funcionamiento psíquico, razón por la cual son frecuentes las recaídas. La persona pierde por completo el control sobre la droga y su vida, y la mayor parte del tiempo está consumiendo la sustancia o intentando minimizar los síntomas de la abstinencia.

En los jóvenes el consumo puede alternar entre dichas etapas y no desarrollarse de manera secuencial hasta la dependencia. El resultado variará de acuerdo con la interacción entre el poder mismo de la sustancia (tipo, cantidad y frecuencia) para producir cambios fisicoquímicos cerebrales así como de las expectativas y los factores de vulnerabilidad personal, las condiciones familiares y sociales y otras circunstancias ambientales (los amigos, el colegio, el estilo de vida, etc.) en que se realiza el consumo o que se enfrenten en esta etapa de la vida (Becoña y Vázquez 2001; WHO, 2004).

Según Arnett (2005) y Risolidaria (s.f.) la adolescencia y la adultez temprana son períodos de cambio y de paso a la etapa adulta, en los cuales se revela la vulnerabilidad a todo tipo de comportamientos arrriesgados. En estas etapas de la vida atribuyen un alto valor a las drogas, ya que constituyen un medio rápido y sencillo de sentirse a gusto, les permiten sentirse más aceptados en el grupo de iguales, o porque con ellas tienen la posibilidad de controlar los sentimientos desagradables, modificar o reducir los estados de ansiedad y depresión, así como aminorar las tensiones. Estos aspectos podrían, entonces, considerarse algunas de las motivaciones para iniciar su consumo.

Los daños ocasionados por el consumo de drogas son muy variados. Sin embargo, podrían agruparse de la siguiente manera: (1) los efectos crónicos sobre la salud, por ejemplo, el daño a ciertos órganos o la aparición de enfermedades (cirrosis, cáncer, enfisema, etc.); (2) los efectos físicos que ocasiona directamente la sustancia en un período corto de tiempo, como la pérdida de la coordinación motora, la alteración del juicio, la imposibilidad para mantener la concentración, etc.; y (3) los problemas sociales derivados del consumo, como el daño a las relaciones interpersonales, la pérdida del trabajo, la desintegración familiar, etc. Seguidamente se revisarán algunos aspectos específicos del alcohol y el tabaco.

El *alcohol* es un depresor del SNC (Álvarez y Del Río, 2003) y es utilizado para calmar la ansiedad y reducir la tensión (Barlow, 2002), probablemente debido a la liberación del neurotransmisor ácido gama-aminobutírico [GABA] (Peugh y Belenko, 2001). Con este nombre se designa a las bebidas alcohólicas fermentadas y destiladas. Su modo de administración es principalmente oral y produce desinhibición conductual y emocional del sujeto y adicción a medio plazo. La depresión alcohólica no alcanza por igual los centros nerviosos. Los primeros efectos corresponden al sistema reticular y a la corteza cerebral, donde se integran funciones tan complejas como las relativas al comportamiento social y, como resultado de esta inhibición, se observa una aparente excitación. Con concentraciones más altas de alcohol se deprimen los centros cerebrales que controlan el equilibrio hasta que la inhibición llega al mesencéfalo. Esto se traduce en una falta de coordinación motora, disminución de los reflejos espinales y pérdida de los mecanismos de regulación de la temperatura. Finalmente, si la ingestión de alcohol continúa, sobreviene la muerte por depresión de los centros respiratorios (Álvarez y Del Río, 2003, Brick, 2004).

La intoxicación aguda de alcohol es aceptada socialmente y las leyes referentes a su consumo son bastante permisivas. El costo y riesgo social por el abuso de esta sustancia es altísimo por la cantidad de horas no trabajadas por los sujetos intoxicados, los accidentes ocasionados directa o indirectamente, el costo de la asistencia médica y el deterioro en las relaciones familiares y sociales.

Por otra parte, el *tabaco* se ubica entre los estimulantes del SNC y en términos de la salud, los componentes más relevantes son la nicotina (principal agente adictivo) y el monóxido de carbono. La forma más habitual de consumo es fumado (en cigarrillo), pero también puede ser mascado (Tapia y Cravioto, 2001). Según Brick (2004) y Parrott *et al.* (2004) cuando se fuma tabaco ocurren varios efectos farmacológicos sobre el sistema cardiovascular, como el aumento de la frecuencia cardiaca, de la presión arterial, del volumen sistólico, del gasto cardíaco, del flujo sanguíneo coronario; se produce una vasoconstricción cutánea con una disminución asociada de la temperatura cutánea, venoconstricción sistémica y un aumento del flujo sanguíneo muscular; así mismo, aumentan las concentraciones de dopamina, noradrenalina, glutamato, serotonina y acetilcolina. Este tipo de reacciones provocan a largo plazo afecciones cardíacas, cerebrovasculares, respiratorias y distintos tipos de cáncer (de laringe, boca, pulmón y de colon) (Accortt, Waterbor, Beall y Howard, 2005; Paskett *et al.*, 2005; Tapia y Cravioto, 2001).

Debido a su capacidad adictiva, el fumador habitual tiende a mantener los niveles sanguíneos de nicotina relativamente constantes; cuando estos niveles dismi-

nuyen el fumador siente la necesidad de fumar. Si no la satisface puede llegar a desarrollar estados de irritabilidad, nerviosismo, falta de concentración, estrés, etc. Normalmente estos efectos remiten volviendo a fumar (Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y la Promoción de la Salud [CDC], 2005; Parrott *et al.*, 2004).

La nicotina es consumida para disminuir el cansancio, la falta de concentración y estados emocionales negativos, como la ansiedad. El ritual de buscar, obtener y, finalmente, fumar un cigarrillo se convierte en un componente estructurado del comportamiento en muchas situaciones de la vida diaria de un fumador hasta convertirse en un hábito.

Con relación al consumo de drogas ha ido aumentando la evidencia empírica y teórica de la existencia de algunos *factores psicosociales de riesgo* para el consumo de sustancias psicoactivas. Estos factores son considerados atributos o características individuales (de personalidad y de comportamiento) así como condiciones situacionales o contextuales que incrementan la probabilidad de iniciar y mantener el consumo de dichas sustancias y que, debido a aquellos, se presenten una o varias consecuencias adversas (Fanzel, 2005; WHO, 2002). Mientras tanto, los *factores psicosociales de protección* incrementa la probabilidad de que no se presente el consumo de drogas o que si éste ocurre, las características individuales y las condiciones del medio ambiente físico y social impidan que el problema se repita y se vuelva crónico, impidiendo, de este modo, que se deteriore la salud y la calidad de vida. En este caso, los factores tienen la capacidad de favorecer cambios en los hábitos de comportamiento de los individuos y de los grupos afectados.

Es importante tener claro que la relación de estos factores psicosociales con el comportamiento de consumo no es causal, sino que parece más un efecto de suma de las distintas variables que convergen en la vida del sujeto y que potencian o reducen la aparición, agudización o cronicidad del consumo, llegando incluso a producir un trastorno por consumo de sustancias (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2001). Debido a que los factores psicosociales, tanto de protección como de riesgo, son una cadena de eventos que proporcionan consecuencias benéficas o adversas para la salud, constituyen, generalmente, antecedentes que actúan en el tiempo y, en ocasiones, a través de causas intermedias, afectando la salud.

A continuación se describen los factores psicosociales que tienen un respaldo empírico y teórico y que en la investigación se encontraron asociados con el consumo de alcohol y tabaco específicamente.

- a) Las *alteraciones psicológicas*, que se refieren a las dificultades en el manejo del estado emocional y afectivo, fluctuaciones en el estado de ánimo (p.ej. deprimido, elevado, expansivo o irritable) y dificultades en el control de las cogniciones (p.ej., en el caso de los pensamientos intrusos). Se considera que la presencia de estas dificultades no necesariamente constituyen un trastorno, pero si son algunas de las manifestaciones más típicas de la ansiedad, el estrés y la depresión (Salazar, Varela, Cáceres y Tovar, 2005; Varela, Salazar, Cáceres y Tovar, 2005). Estos problemas emocionales tienen asociación con el consumo de sustancias psicoactivas (Barlow, 2002; Galaif, Sussman, Chou

- y Wills, 2003; Gutierrez-Baró y Aneiros-Riba, 1999; Marmorstein e Iacono, 2003; Shrier, Harris, Kurland y Knight, 2003).
- b) Los *comportamientos perturbadores*, que a menudo son socialmente molestos para los demás. Se caracterizan por la indisciplina, la impulsividad, la agresividad y la rebeldía con tendencia a transgredir las normas sociales y a vincularse con pandillas. Sugieren la predisposición hacia la inconformidad y el desafío de figuras de autoridad, oposición generalizada, presencia de comportamientos delictivos, ilícitos, antisociales y sancionables (Fundación Bulimia Anorexia y Comedores Compulsivos [BACC], 2003; Graña y Muñoz, 2000b). Al igual que en el factor anterior, estos comportamientos no constituyen trastornos clínicos como tal, pero son algunos de los indicadores de los trastornos clasificados en el DSM-IV-TR como «Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador» (APA, 2000; Servera, Bornas y Moreno, 2001) y son predictores, en muchos casos, del consumo de drogas (Ernst et al., 2003; Fundación BACC, 2003; Graña y Muñoz, 2000b; Kuperman et al., 2001; Marmorstein e Iacono, 2003; Molina y Pelma, 2001, 2003; Shrier et al., 2003).
  - c) Las *habilidades de autocontrol*, que incluyen cualquier conducta controlada exclusivamente por variables (físicas, sociales o cognitivas) sobre las que el individuo puede actuar y con las cuales puede alterar la probabilidad de ocurrencia de otra conducta cuyas consecuencias en algún momento podrían resultar aversivas para sí mismo (Díaz, Comeche y Vallejo, 1993). Lo anterior implica que, además, la persona tiene la capacidad para controlar su comportamiento por consecuencias a largo plazo y realiza esfuerzos 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 modifiable y variable en el tiempo. En la medida que el bajo autocontrol se relaciona con la búsqueda de sensaciones placenteras y la realización de poco esfuerzo personal, se ha sido identificado como factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas (Del Barrio y Alonso, 1994; Gutierrez-Baró y Aneiros-Riba, 1999; Higgins y Marcum, 2005; Risolidaria, s.f.; Williams y Ricciardelli, 1999).
  - d) Las *habilidades de afrontamiento y enfrentamiento*, que son aquellos esfuerzos cognitivos y comportamentales que se utilizan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus, 1993). El afrontamiento implica la capacidad para adaptarse a situaciones inmodificables, mientras que el enfrentamiento permite alterar aquellas que representan un problema y que son susceptibles de cambiar; por eso incluye habilidades de solución de problemas y toma de decisiones en diferentes contextos, incluyendo los académicos y laborales (Salazar y Varela, 2005; Varela y Salazar, 2005). Estas habilidades permiten que las personas se adapten mejor a las circunstancias y logren un adecuado nivel de funcionamiento (Snyder, 1999). Si una persona carece de estas habilidades o percibe que las situaciones no podrán ser manejadas o cambiadas, la dificultad para solucionar un problema puede

generar una situación de malestar y de incapacidad que dificulta cada vez más la posibilidad de resolverlo y la necesidad de recurrir a estrategias como el consumo de drogas (Frydenberg y Lewis, 1991, 1994; Risolidaria, s.f.; Snow y Bruce, 2003).

- e) Los *preconceptos y la valoración de las sustancias psicoactivas* comprenden ideas y creencias relacionadas con el consumo de dichas sustancias, así como la percepción del riesgo que las personas tienen frente a ellas y sus posibles efectos, por lo que pueden estar en un continuo entre «benévolos» y «condenatorios» (Graña y Muñoz, 2000b; Marsden et al., 2005).
- f) La *espiritualidad*, que se refiere a las creencias en un Ser superior, la concepción trascendente de la vida y el compromiso y las experiencias que tienen las personas con dichas creencias (Francis, 2002). Las creencias religiosas han sido relacionadas como factores de protección frente al consumo de drogas, tal como afirman Calafat (1997) citado por Acosta (s.f.) y Roberts, Kiselica y Fredrickson (2002).
- g) Las *relaciones con personas consumidoras* hacen referencia a los vínculos que establecen los jóvenes con quienes ya tienen esta práctica, principalmente amigos, pareja y compañeros. Esta variable es importante porque estas personas tienen sus propias percepciones y realizan una valoración sobre las drogas; estos aspectos podrían influenciar a los otros jóvenes y aumentar la posibilidad de que consuman (Graña y Muñoz, 2001a; Marsden et al., 2005; Odgers, 1998; Olds y Thombs, 2001; Parrott et al., 2004; Snow y Bruce, 2003).
- h) Las *relaciones interpersonales*, que incluyen la cantidad y el grado de satisfacción con las mismas. La insatisfacción con las relaciones interpersonales ha sido relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas (Oman, Vesely, Aspy, McLeroy, Rodine y Marshall, 2004; Unger, Sussman y Dent, 2003) tanto en cuanto las personas no cuentan con apoyo social eficaz o la percepción que tienen de este apoyo social no les permite emplearlo adecuada y oportunamente.

Considerando entonces los distintos factores que han sido enunciados como aquellos que están relacionados con el consumo de drogas, queremos evaluar específicamente si actúan como factores de riesgo para el consumo de alcohol y tabaco o, por el contrario, están presentes en estos jóvenes universitarios como factores que los protegen del consumo.

## Método

### Participantes

La muestra fue estratificada y se formó con 763 estudiantes (52,4% mujeres y 46,5% hombres) de una universidad privada de Cali (Colombia). Su participación fue voluntaria y conocían los objetivos del estudio. Los sujetos tenían entre 15 y 25 años con una media de 20 años y una desviación típica de 2,27; agrupados de la

siguiente manera: el 63,6% tenía entre 18 y 21 años, el 24,5% entre 22 y 25 años y el 11,9% era menor de edad (18 años). El 88,9% estaba soltero y el 48,4% tenía una relación de pareja en el momento de responder al cuestionario. El 82,4% no tiene una ocupación diferente al estudio y las actividades que realiza en el tiempo de ocio son: rumbear<sup>1</sup> (52,2%), dormir (51,7%), escuchar música (49,9%), ir a comer (47,9%) y practicar algún deporte (40,3%).

### Diseño

El estudio fue de modalidad no experimental, descriptiva y correlacional (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

### Instrumento

Se utilizó el «Cuestionario de medición de factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas» (Salazar, Varela y Cáceres, 2005), que ofrece información sobre:

- *Aspectos sociodemográficos*: se incluyen 10 ítems que permiten determinar el sexo, la edad, el estado civil, el programa y año académico que cursan, con quién viven, si tienen pareja y las actividades de ocio. Estos tres últimos aspectos fueron evaluados con preguntas cuyo formato de respuesta era de opción múltiple.
- *Características del consumo de drogas*: mediante 12 ítems se evalúan la conducta (frecuencia y forma) del sujeto, las situaciones antecedentes y las consecuencias. Se utilizó el formato de respuesta múltiple.
- *Factores psicosociales de riesgo y protección para el consumo de drogas*: los 216 ítems de este apartado del cuestionario incluyen los indicadores más relevantes de algunos aspectos que según la literatura científica están asociados con el consumo de drogas. Estos son las alteraciones psicológicas, la autoestima, los comportamientos perturbadores, el maltrato, las habilidades de autocontrol, las habilidades sociales, las habilidades emocionales, las habilidades de afrontamiento y enfrentamiento, la espiritualidad, los preconceptos y la valoración de las sustancias psicoactivas, la relación con personas consumidoras, las relaciones interpersonales y el funcionamiento familiar. Los ítems tienen un formato de respuesta «sí/no».

La validez del cuestionario se obtuvo mediante la evaluación del instrumento por el panel de expertos en evaluación y tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas (validez de contenido) y, para evaluar la consistencia interna del cuestionario, se calculó el alpha de Cronbach, que fue de 0,906, indicando que la consistencia interna es elevada.

---

1 Rumbear equivale a «salir de marcha», es decir, salir en la noche a los bares, discotecas o lugares en que se escucha música, se venden bebidas alcohólicas y se baila.

## Resultados

Los resultados fueron analizados con el *Statistical Package for Social Sciences* [SPSS] versión 13.0 para Windows. La caracterización del consumo de alcohol y tabaco se realizó a partir de la estadística descriptiva (incluyendo las variables socio-demográficas) y se establecieron tres categorías de acuerdo con el tipo de interacción que el sujeto ha tenido con la sustancia:

- *Nunca ha consumido*: se refiere a que el comportamiento no se ha presentado en ninguna ocasión a lo largo de la vida.
- *Consumo actual*: el comportamiento de consumo se ha presentado y mantenido por lo menos durante el último mes.
- *Consumió antes y actualmente no* («consumo histórico»): se refiere a que en alguna ocasión del pasado hubo consumo de las sustancias, pero no se ha presentado en los últimos 30 días.

Por otra parte, los factores psicosociales evaluados se clasificaron en dos categorías: «de riesgo» o «de protección». Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con la respuesta del sujeto, a cada ítem se le asignó un valor de cero o uno. En todos los casos se seleccionó el 75% de la suma total de los ítems que componían el factor y en este valor se estableció el punto de corte. Si una puntuación alta en los ítems es indicador de la presencia del factor como «de riesgo», entonces, aquellos sujetos cuyas puntuaciones estaban por encima del punto establecido quedaban clasificados como «expuestos al riesgo»; así, si un individuo obtenía una puntuación inferior al 25% de la suma se consideraba que el factor tenía un «efecto protector».

Se realizaron tablas de distribución de frecuencias simples así como asociaciones entre los factores, tanto a nivel descriptivo como de inferencias, mediante tablas de contingencia y pruebas chi cuadrado ( $\chi^2$ ), con una significación del 0,05.

*Consumo de alcohol.* Esta sustancia es la más consumida entre los estudiantes universitarios; el 97,4% de los jóvenes lo ha hecho por lo menos una vez en su vida y de estos, el 74,5% mantiene su consumo actualmente. Entre los que consumen alcohol actualmente el 52% son mujeres; el 50,8% tiene entre 18 y 20 años y el 39% tiene entre 21 y 25 años. El inicio del consumo de alcohol ocurre en la mayoría de los casos a los 14,9 años.

Las bebidas alcohólicas que más consumen son la cerveza (88,5%), el aguardiente<sup>2</sup> (86,2%) y el vino (74,7%) y lo hacen en bares (78,1%), discotecas (76,7%), casas de amigos (65,4%) y su propia casa (43,1%), especialmente en eventos como la rumba (83%), las reuniones sociales (62,9%) y las celebraciones (62,8%), en los que está en compañía de amigos (92,7%), familiares (37,2%) y la pareja (34,1%). En el 61,2% de los casos, los amigos son los que les han pedido que consuman alcohol.

2 Este es el nombre comúnmente empleado en países latinoamericanos para las bebidas alcohólicas que se obtienen por destilación de la caña de azúcar, el anís, la cereza, la cebada y otro tipo de cereales.

El límite para el consumo de alcohol es para la mayoría (78,9%) «sentir un efecto placentero o deseado», el 11,5% afirma no «tener límite» y el 9,6% consume hasta sentir placer (malestar) o tener un efecto indeseado.

Con relación a las consecuencias del consumo de alcohol, el 28,3% afirma no ha tenido ninguna consecuencia, el 26,7% identificó que cuando consume bebidas alcohólicas modifica su estado de ánimo, el 25,6% de los sujetos informa que tuvo conflictos o rupturas de relaciones con personas significativas (padres, amigos y pareja), el 22,9% asegura que socializa con otras personas y el 15,1% se sintió mal consigo mismo.

*Consumo de tabaco.* Se presenta en menor cantidad que el consumo de alcohol. Se encontró que son más los que nunca han consumido (41,3%), que aquellos que lo hacen en el presente (33,2%). Además, el 35,6% de los universitarios consumió alguna vez tabaco pero ahora no. El inicio del consumo de tabaco ocurre en la mayoría de los casos a los 15,1 años.

Entre los que consumen actualmente, el 61,3% son hombres, el 55,6% tiene entre 18 y 20 años y el 53% está en los dos primeros años de universidad. Los lugares en los que se presenta mayor consumo son los bares (41,2%), discotecas (40,2%), la universidad (32,2%), casas de amigos (31,7%) y en casa (19,9%). Las situaciones en las que se presenta un mayor consumo son los eventos sociales: la rumba (42,7%), las reuniones con amigos y compañeros (25,6%) y las celebraciones (22%). Este comportamiento se produce en el 48,6% de los casos en compañía de amigos, aunque también se realiza en solitario (26,9%) y parece que con esta sustancia existe una menor presión por parte de otras personas, pues el 42,7% afirma que nadie les ha pedido que la consuma.

El límite para consumir tabaco es, según el 64,4% de los universitarios, «sentir un efecto placentero o deseado», el 20,1% afirma no «tener límite» y el 15,6% consume hasta sentir placer (malestar) o tener un efecto indeseado.

El 28,3% de los consumidores de tabaco afirma que este comportamiento no le ha traído ninguna consecuencia; sólo el 8,3% dice que «le ha hecho daño» o ha tenido problemas médicos (6,2%). El 16,6% de los sujetos informa sobre la obtención de efectos placenteros o positivos a nivel emocional (p.ej., sentir placer, 6,8%; sentirse a gusto consigo mismo, 5,5%; modificar su estado de ánimo 4,3%).

*Factores de protección y de riesgo asociados con el consumo de alcohol y tabaco.* Los factores psicosociales evaluados están relacionados estadísticamente con el consumo de ambas sustancias y de manera concreta, los factores psicológicos actúan en niveles protectores para las personas que no consumen alcohol ni tabaco o han dejado de hacerlo. Adicionalmente, del 45,4% de las personas que aparecen con riesgo en los factores psicológicos, el 81,9% consume alcohol actualmente y el 58,6% consume tabaco, con lo cual podrían considerarse dichos factores como de riesgo para mantener el consumo de estas drogas (véase tabla 1)

Entre los factores psicológicos que presentan una asociación estadísticamente significativa con el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco, se encontró que la ausencia de comportamientos perturbadores y los preconceptos y valoración «ade-

**Tabla 1**

Proporción de sujetos y niveles de correlación entre el consumo de alcohol y tabaco y los factores de riesgo y protección.

	Alcohol			Tabaco			
	Sujetos en protección	Sujetos en riesgo	$\chi^2$	Sujetos en protección	Sujetos en riesgo	$\chi^2$	Sig. asintótica (bilateral)
Factores psicosociales	<b>57,2%</b>	42,8%	16,54	<b>0,000</b>	<b>57,1%</b>	42,9%	39,07
Factores psicológicos	<b>54,6%</b>	45,4%	14,68	<b>0,001</b>	<b>54,6%</b>	45,4%	30,51
Alteraciones psicológicas	64,9%	35,1%	1,01	0,602	<b>63,8%</b>	36,2%	9,29
Autoestima	89,1%	10,9%	1,63	0,442	88,6%	11,4%	3,80
Comportamientos perturbadores	<b>81,1%</b>	18,9%	9,93	<b>0,007</b>	<b>80,7%</b>	19,3%	34,00
Maltrato	89,7%	10,3%	0,28	0,868	89,1%	10,9%	0,68
Habilidades de autocontrol	23,6%	<b>76,4%</b>	17,3	<b>0,000</b>	24,5%	<b>75,5%</b>	20,26
Habilidades sociales	57,6%	42,4%	0,80	0,669	59,2%	40,8%	2,40
Habilidades emocionales	26,0%	74,0%	2,04	0,360	26,4%	73,6%	0,21
Habilidades de afrontamiento y enfrentamiento	58,1%	41,9%	1,07	0,583	<b>58,2%</b>	41,8%	6,70
Espiritualidad	44,2%	<b>55,8%</b>	13,9	<b>0,001</b>	43,7%	<b>56,3%</b>	13,77
Preconceptos y valoración de las SPA	<b>67,4%</b>	32,6%	36,62	<b>0,000</b>	<b>66,3%</b>	33,8%	74,27
Factores sociales	71,5%	28,5%	4,42	0,109	<b>71,4%</b>	28,6%	6,53
Relación con personas consumidoras	<b>57,3%</b>	42,7%	17,96	<b>0,000</b>	<b>56,7%</b>	43,3%	28,04
Relaciones interpersonales	56,3%	43,7%	2,44	0,295	<b>56,2%</b>	43,8%	7,46
Funcionamiento familiar	81,2%	18,8%	2,54	0,280	81,1%	18,9%	1,35

cuada» de las sustancias psicoactivas actúan como factores de protección, mientras que la falta de habilidades de autocontrol y de espiritualidad están asociadas como factores de riesgo (véase tabla 1). En el caso del tabaco, están además, las alteraciones psicológicas y las habilidades de afrontamiento y enfrentamiento.

Por otra parte, los *factores sociales* no presentan una significación estadística en el caso del consumo de alcohol, pero puede afirmarse que quienes no consumen alcohol o dejaron de hacerlo, los presentan en un nivel alto de protección y que del 28,5% de las personas que presentan los factores sociales dentro de niveles de riesgo, el 80,3% consume alcohol actualmente, razón por la cual podría considerarse a dichos factores como de riesgo para mantener el consumo.

Entre los factores sociales, la ausencia de «relación con personas consumidoras» presenta una asociación con no consumir alcohol o dejar de hacerlo. Igualmente, entre los que presentan la relación con personas consumidoras como un factor de riesgo, el 83% corresponde a quienes consumen bebidas alcohólicas actualmente, lo cual sugiere un grado de posible asociación entre estos dos elementos.

En el caso del tabaco, los *factores sociales* sí tienen significación estadística. Quienes no consumen tabaco o dejaron de hacerlo los presentan en un nivel alto de protección y quienes consumen actualmente tienen niveles de riesgo. De forma específica, la ausencia de relación con personas consumidoras está asociada como un factor de protección en quienes no consume tabaco o lo han dejado y las relaciones interpersonales actúan como factor protector entre los que nunca han consumido tabaco. Con relación a este último factor, se resalta que entre aquellos que tienen las relaciones interpersonales como un factor de riesgo, el 64% corresponde a personas que han consumido tabaco en algún momento de su vida, lo cual sugiere un grado de posible asociación entre estos dos elementos.

## Discusión

*Acerca del consumo de alcohol.* De acuerdo con el Informe sobre la salud en el mundo del 2002 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2005) el consumo de alcohol es considerado el tercer factor de riesgo en los países industrializados y el principal (aunque con baja mortalidad) en los países en desarrollo. La WHO (2004) estima que unos 2000 millones de personas en el mundo consumen bebidas alcohólicas, una cifra preocupante si se tienen en cuenta los efectos sociales, económicos y de salud que ocasiona. Según lo confirma este estudio, el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida entre los universitarios (Higgins y Marcum, 2005; Fenzel, 2005; Parrott *et al.*, 2004).

Las prácticas de consumo de alcohol se están presentando desde temprana edad (Becoña y Vázquez, 2001; Fenzel, 2005; Oman *et al.*, 2004) y cada vez es menor la diferencia en el patrón de consumo entre hombres y mujeres. Hasta hace unos años, los informes y los registros (Becoña y Vázquez, 2001; PND, 1997a, b; WHO, 2004) indicaban que los hombres eran quienes más consumían bebidas alcohólicas,

independientemente del país o de la cultura a la que perteneciesen. Sin embargo, en este estudio, aunque no es de carácter transcultural, se encontró que hay un mayor número de mujeres consumidoras.

Un aspecto que puede estar relacionado con el cambio del patrón de consumo de alcohol es la modificación de los roles y comportamientos según el género, especialmente el femenino, lo cual ha implicado una transformación cultural en los últimos años. Así mismo, las mujeres han ido asumiendo conductas que antes eran más típicas en los hombres, por ejemplo, fumar, beber, trabajar fuera del hogar tiempo completo, etc., y han quedado expuestas, también, a las consecuencias que conlleva (p.ej., obesidad e incremento de riesgo cardiovascular, presencia de enfermedades crónicas como el cáncer de esófago y de hígado, mayor riesgo de presentar depresión o comportamientos patológicos, de sufrir lesiones o accidentes de tránsito, entre otros) (Accortt *et al.*, 2005; Brick, 2004; WHO, 2004).

No obstante, parece que las mujeres tienen un mejor pronóstico en cuanto al consumo de alcohol. Según los datos del estudio, la relación entre mujeres y hombres que han dejado de consumir bebidas alcohólicas es de 2:1. Estas características son homogéneas para los distintos programas académicos a los que están vinculadas las mujeres y a la edad que tengan.

La manera como ocurre la distribución del consumo de alcohol según la edad sugiere que ese puede ser uno de los comportamientos que caracterizan el inicio de la edad adulta (Arnett, 2005). El grupo de los que tienen entre 18 y 20 años soportan la mayor prevalencia de consumo actual y en edades posteriores se presenta una disminución del mismo. Datos similares se encuentran en Oman *et al.* (2004) y el informe de *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* [SAMHSA] (2004).

El análisis de cada uno de los grupos de edad revela información interesante sobre los menores de edad (<18 años). Este grupo tiene el mayor porcentaje de personas que ha probado el alcohol pero ha dejado de consumirlo, lo cual valida la importancia de trabajar con los adolescentes en programas preventivos antes que estos asuman dichas prácticas como parte de su estilo de vida. Es muy probable que si se produce el consumo se mantenga en los niveles experimentales y sociales, evitando así los problemas de dependencia en la edad adulta joven (entre los 18 y los 30 años de edad aproximadamente) (Pérez, 1999, 2000; Becoña y Vázquez, 2001; Kuperman *et al.*, 2001).

Los resultados revelan, además, que el consumo de alcohol tiene un importante componente social (Parrott *et al.*, 2004) y que se relaciona con actividades de ocio, pues se produce especialmente en compañía de amigos, durante eventos sociales y celebraciones, así como en actividades lúdicas y, en la mayoría de los casos, las otras personas han actuado como instigadoras de la conducta, principalmente los amigos y los familiares. El manejo del tiempo de ocio debería ser un asunto prioritario para la promoción de la salud y por esto mismo podría convertirse en un tema de investigación. De acuerdo con los datos, las actividades que realizan los universitarios en un tiempo distinto al que emplean para el estudio, generalmente tienen un sentido de relajación y descanso (p.ej., rumbar, dormir), lo cual contribuye positivamente a su bienestar, si se considera que son actividades que permiten cambiar el centro de

la atención («despejar la mente»<sup>3</sup>) y disminuir un poco la tensión relacionada con los deberes. No obstante, los adolescentes están considerando en menor medida aquellas opciones que contribuyen a afianzar los valores culturales que serían útiles para el desarrollo de la personalidad (p.ej., la lectura, la radio, la televisión educativa, el cine, el teatro, la música, la visita a museos) o para estimular la creatividad (p.ej., actividades relacionadas con la ciencia, la técnica, el arte y el deporte) (Lucas, Scheneeweiss y Brunke, 1997).

Pasando al tema de las consecuencias del consumo, según el informe presentado en la Asamblea Mundial de la Salud (OMS, 2005), consumir bebidas alcohólicas contribuye a más de 60 enfermedades, trastornos y lesiones (cáncer de esófago, cirrosis, crisis epilépticas, homicidios, accidentes de tránsito, entre otros) y es uno de los cinco factores de riesgo de accidentes y sus correspondientes traumatismos. En este estudio no puede determinarse el impacto a largo plazo de este comportamiento. Sin embargo, entre la población evaluada se observó la presencia de algún problema físico o médico y accidentes de tráfico y/o lesiones derivadas de estos, ya sea por manejar bajo sus efectos o por subirse a un vehículo conducido por una persona que había bebido.

Asimismo, se identificaron algunos efectos ocasionados por la acción directa de las bebidas alcohólicas sobre el SNC. Los jóvenes se refirieron a que con el consumo de estas sustancias podían modificar su estado de ánimo, sentían placer, aumentaban las sensaciones, en general, y, en ocasiones, experimentaban «sensaciones de poder». Otros informaron que podían socializarse más, ocasionado probablemente por la desinhibición de los centros cerebrales de control y la pérdida de la capacidad del juicio. De manera concreta, y aunque no se explicitó en el estudio, una de las consecuencias que podría estar asociada con el consumo del alcohol en los jóvenes es la depresión. De acuerdo con Star, Bober y Gold (2005), este trastorno tiene una prevalencia del 5% en los casos de depresión mayor y del 3,3% en los de distimia entre los jóvenes, razón por la cual merece ser considerada en estudios posteriores.

Otro aspecto interesante que está implicado en el bienestar de los individuos es el nivel de funcionamiento personal, social y ocupacional. Parrott *et al.* (2004) y Wechsler, Lee, Nelson y Kuo (2002) afirman que las principales consecuencias de las bebidas alcohólicas está en el daño que los jóvenes se causan a sí mismos y a otros. La OMS (2005) plantea que el consumo de bebidas alcohólicas contribuye a la presencia de algunos problemas en los ámbitos en los que las personas juegan algún papel importante, como la familia, la pareja, el trabajo y el estudio. Los resultados de esta investigación parecen apoyar dicha idea; los sujetos confirmaron que tuvieron conflictos o rupturas de relaciones con personas significativas (padres, amigos y pareja), problemas académicos o laborales o se sintieron mal consigo mismos debido al consumo de alcohol.

---

3 Es una expresión que comúnmente emplean los colombianos para referirse a distraerse de un asunto con el fin de descansar y poder retomarlo posteriormente con una nueva perspectiva o con más fuerza.

De modo particular, un tema que merece destacarse es la relación del consumo de alcohol con el comportamiento sexual de los jóvenes y sus respectivas consecuencias. El 7,9% de las personas informaron sentirse arrepentidos por su conducta sexual o haber quedado embarazada, por estar bajo efectos de esta droga. Lo anterior, coincide con la afirmación de la WHO (2005) y algunos autores (Corte y Sawyer, 2005; Rashad y Kaestner, 2004) sobre cómo los comportamientos sexuales de riesgo, como, por ejemplo, las conductas sexuales (bucogenitales, anales o vaginales), sin el uso de preservativo, ocasionan la transmisión de infecciones sexuales o embarazos no deseados y el alto coste que esto tiene para la salud y la economía. LaBrie, Earleywine, Schiffman, Pedersen y Marriot (2005) encontraron que hay una disminución del uso del condón para tener relaciones sexuales, particularmente con los nuevos compañeros o con parejas casuales cuando se ha consumido alcohol. Sin embargo, los autores consideran también que el conocimiento que tengan los jóvenes sobre el efecto de esta sustancia sobre la desinhibición en el comportamiento puede contribuir al desarrollo de medidas que permitan controlar las consecuencias indeseadas por prácticas sexuales poco seguras.

Con base en lo anterior, podría pensarse que un objetivo de la intervención para prevenir o disminuir el consumo de alcohol en los jóvenes es influir en el nivel de información y valoración de esta sustancia psicoactiva, con el fin de cambiar aquellos prejuicios que constituyan un riesgo para su salud. A este respecto, es muy importante tener en cuenta la forma en que ellos mismos evalúan las consecuencias o problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas, ya que parece que esta clase de respuestas u opiniones acerca de las consecuencias son muy comunes en la adolescencia y la juventud. Es posible que la habilidad para hacer un balance entre las consecuencias positivas inmediatas y las consecuencias negativas a largo plazo esté limitada por factores como la impulsividad, la alta sensibilidad al refuerzo inmediato (Ernst *et al.*, 2003) o el nivel de desarrollo cognitivo, ya que algunos jóvenes aún no han logrado alcanzar un tipo de pensamiento formal. Los adolescentes y los jóvenes aún tienen una mayor facilidad para realizar la asociación directa de las consecuencias que son inmediatas con su comportamiento y, por otro lado, tienen dificultad para reconocer que dicho comportamiento, que de manera inmediata proporciona refuerzos o hace desaparecer las circunstancias o estímulos aversivos, a largo plazo ocasiona el efecto contrario. Como se verá más adelante, estos indicadores son uno de los elementos relacionados con el inicio y mantenimiento del consumo de alcohol y tabaco.

*Acerca del consumo de tabaco.* Hoy en día, aproximadamente 650 millones de personas consumen tabaco en el mundo, lo que lo convierte en la segunda sustancia psicoactiva más consumida. Uno de cada diez adultos muere por su causa, es decir, al año se producen cerca de 5 millones de fallecimientos; de los cuales 4 millones son hombres. En América el tabaco mata a 1,1 millones de personas al año (WHO, 2003).

El hecho de que el tabaco lo consuman principalmente de manera fumada (100%) es un elemento importante, dado que su consumo así como la exposición al humo de tabaco ajeno causa serios problemas de salud que podrían ser evitados,

como los diversos tipos de cáncer (Accortt *et al.*, 2005; Parrott *et al.*, 2004; Paskett *et al.*, 2005; Tapia y Cravioto, 2001) y enfermedades cerebro y cardiovasculares, las cuales han tenido un crecimiento acelerado en los últimos años (WHO, 2003). Este argumento podría ser útil en el desarrollo de programas preventivos, especialmente en lugares universitarios en los que, en su mayoría, el consumo de tabaco se presenta sin ningún tipo de control o de medidas que cuiden los derechos de los no fumadores. Afortunadamente, en algunos países industrializados, como ha ocurrido recientemente en España, el consumo de tabaco está mucho más regulado en este tipo de lugares.

Igualmente, hay que considerar el efecto del tabaco sobre los mismos consumidores. Éste es, sin duda, un tema difícil, porque como lo mostró el estudio muchos jóvenes no asocian su conducta con algunas de las consecuencias nocivas para su salud (ni siquiera las que son a corto plazo), tales como los problemas respiratorios y las dificultades para desarrollar de manera óptima actividades físicas como correr. Sólo algunos informan haber tenido problemas médicos y no se mencionan efectos negativos debidos a la disminución de los niveles de nicotina en sangre (Parrott *et al.*, 2004). Por el contrario, se destacan consecuencias como la obtención de efectos positivos a nivel emocional tras el consumo de tabaco (p.ej., sentir placer, sentirse a gusto consigo mismo y modificar el estado de ánimo).

En estudios posteriores, podría ser interesante conocer si los jóvenes tienen en cuenta algunos de los efectos del consumo de tabaco sobre su apariencia física, como daño en los dientes y encías, labios resecos, manchas blancas, llagas y sangrado en la boca, alitosis, etc., lo cual estaría en contra de la imagen que están publicitando las compañías tabacaleras.

Dado que entre los 18 y los 20 años se encuentra el mayor porcentaje de personas que, en este estudio, consume tabaco actualmente y, al mismo tiempo, es el grupo que tiene una mayoría de personas que antes ha fumado y ahora no, podría pensarse que en esta época de la vida han tomado la decisión de mantener o eliminar de sus repertorios de conducta aspectos como el consumo de tabaco. Lo anterior permite considerar que es probable que no haya un progreso lineal hacia la dependencia de la nicotina (Arnett, 2005; Siqueria, Rolnitzky y Rickert, 2001; Williams y Ricciardelli, 1999), especialmente, entre aquellos que no hayan iniciado el consumo de tabaco antes de los 10 años, pues tal como aparece en la «Encuesta mundial sobre el tabaquismo en jóvenes» (*Global Youth Tobacco Survey [GYTS]*; CDC, 2005), quienes lo hacen ya presentan una fuerte adicción a la nicotina y algunos esfuerzos por dejar el tabaco no son suficientes para lograrlo. En consecuencia, con los niños debería trabajarse en la promoción de la salud mediante el desarrollo de aquellas opciones comportamentales que resulten incompatibles con la práctica de consumo de tabaco, como, por ejemplo, el aprovechamiento del tiempo libre, según se mencionó anteriormente.

Según la OPS (2005), la proporción de jóvenes que fuma habitualmente a edades tempranas (de 13 y 15 años) oscila entre 30 y 40% en muchos países de América y esta prevalencia está creciendo especialmente entre las mujeres. Según el CDC (2005), con el tiempo es menor la diferencia entre los sexos con relación al consumo de tabaco, convirtiéndose en un asunto de alta preocupación ya que las

mujeres son la base del desarrollo social y económico de muchos países. Aunque en este estudio no se encontró un mayor consumo entre mujeres, si hay que decir que un alto porcentaje de ellas consume tabaco, probablemente, entre otras razones, porque han asociado aspectos como la independencia, la imagen corporal, el «glamour», la relajación, la sociabilidad y el romance con el consumo de tabaco, debido al impacto de las campañas publicitarias. Además, como se dijo con relación al alcohol, las mujeres han ido accediendo a situaciones que aparentemente «rompen las diferencias» con los hombres, aludiendo que debe haber «igualdad entre los géneros».

Al igual que con el alcohol, el consumo de tabaco corresponde a una actividad ligada, principalmente, a actividades sociales y de ocio (p.ej., después de una comida, acompañando el café/té, tomando una bebida alcohólica, en momentos de descanso, en eventos sociales o celebraciones), pero fumar, es asimismo, una conducta que ocurre en solitario y donde no aparecen instigadores externos de dicho comportamiento. De cualquier modo, en ambos casos, parece que la asociación que se realiza entre el consumo de tabaco y los sentimientos de placer, indican una alta probabilidad de un condicionamiento.

En conclusión, es probable que tanto en el caso del consumo de alcohol como de tabaco éstos compartan estímulos discriminativos que se encuentran presentes en los contextos relacionados con la interacción social, principalmente en ambientes en los cuales es factible el placer y el ocio. Los contextos sociales pueden incidir en la aparición o mantenimiento de la conducta por su efecto reforzante inmediato. A este respecto, es muy útil analizar cómo el comportamiento de consumo de las drogas legales en la adolescencia y la juventud está relacionado con los procesos de identificación y de pertenencia con los grupos de iguales. Lo que se ha discutido hasta el momento permite apreciar las características del consumo de alcohol y tabaco y las consecuencias que ocasiona; ambos aspectos permiten considerar la importancia que tiene intervenir sobre este problema.

*Acerca de los factores de riesgo y de protección para el consumo de alcohol y tabaco.* Otro de los objetivos principales del estudio era establecer si existía una relación alta y positiva entre los factores psicosociales y el consumo de alcohol y tabaco. Los resultados indican que, en efecto, ocurre de esta manera y que quienes presentan estos factores como protectores no consumen estas sustancias o las han dejado y quienes presentan estos factores como de riesgo las consumen.

La presencia de *comportamientos perturbadores* parece estar asociada con el consumo de alcohol y tabaco (Ernst *et al.*, 2003; Fundación BACC, 2003; Graña y Muñoz, 2000b; Kuperman *et al.*, 2001; Marmorstein e Iacono, 2003; Molina y Pelma, 2001, 2003; Shrier, *et al.*, 2003) en la mayoría de los casos, porque los primeros indicadores de los trastornos del comportamiento, del déficit de atención con hiperactividad, de la conducta antisocial y del comportamiento desafiantes aparecen en los primeros años de vida. No tener en el repertorio conductual estas señales parece constituir un elemento protector, quizás porque las personas realizan un mejor control de sus impulsos, valoran de una manera más adecuada su propia conducta y las consecuencias que ocasionaría; tienen en general, una menor pre-

disposición hacia la inconformidad, las normas sociales y las figuras de autoridad y pueden llegar a autorregularse sin exponerse a situaciones de riesgo como el consumo de drogas o pueden presentar un consumo exploratorio y esporádico y no avanzar hacia el uso diario y dependiente.

Por otra parte, la presencia de *ideas y creencias relacionadas con el consumo de alcohol y tabaco* menos permisivas y que consideran el riesgo que las personas tienen al consumir estas sustancias, ejercen un papel de protección frente al consumo. Como afirman Graña y Muñoz (2000b) y Marsden *et al.* (2005), las personas pueden tener una gran variabilidad de opiniones y posiciones frente a las drogas, pero es probable que aquellas ideas que son más favorables y tolerantes coloquen en riesgo a las personas, puesto que se incurre más fácilmente en actitudes relacionadas con el poco conocimiento de las drogas y se minimizan los efectos que puedan tener. Sin duda, este hallazgo sustenta la hipótesis acerca de cómo la información que es comunicada de manera adecuada y oportuna, puede constituir la base de los programas de prevención y, aunque no es un elemento suficiente, sí es necesario, dado que permite a las personas basar sus decisiones en datos fiables y no exclusivamente en supuestos, que bien podrían estar equivocados.

Uno de los medios a través de los cuales la gente recibe información sobre las drogas proviene precisamente de las campañas publicitarias que se realizan para su comercialización, las cuales están ampliamente difundidas en el medio por tratarse de drogas legales que pueden ser comercializadas y consumidas sin muchas restricciones. La publicidad ha contribuido, por modelado e instrucción, a que las personas, y particularmente los jóvenes, adquieran expectativas que incrementan la posibilidad del consumo; algunas de ellas tienen relación con experimentar relajación, disminuir el estrés, tener un mejor funcionamiento sexual, ser más assertivos y sentir placer (Siqueria *et al.*, 2001). Cabe indicar que en el presente estudio, este tipo de consecuencias, además de modificar el estado de ánimo y socializar más, son confirmadas por los jóvenes y, por esta razón, estas ideas podrían tomar otros significados con los programas preventivos, debido al lugar que se le está otorgando a estas drogas como agentes de cambio.

El planteamiento anterior conduce a considerar otro aspecto que aparece en el estudio como un factor de riesgo para el consumo de alcohol y tabaco: las *habilidades de autocontrol*. Quienes consumen estas drogas tienen algunas características relacionadas con la incapacidad para controlar su comportamiento por consecuencias a largo plazo y sus estilos atribucionales causales sobre los eventos son de carácter externo y global. En estos casos, es posible que las personas sean más sensibles al refuerzo inmediato y la obtención de placer y sean, incluso, más vulnerables ante la presión social. Higgins y Marcum (2005) plantean que las personas con bajo autocontrol son más impulsivas, prefieren las tareas físicas a aquellas que impliquen actividad mental, están más centradas en sí mismas y no controlan adecuadamente sus emociones.

Estas afirmaciones concuerdan con los planteamientos de Gutierrez-Baró y Aneiros-Riba (1999), Risolidaria (s.f.) (s.f.) y Williams y Ricciardelli (1999) sobre la búsqueda de sensaciones placenteras y la realización de poco esfuerzo personal que caracterizan el déficit en autocontrol y lo convierten en un factor de riesgo para

el consumo de sustancias psicoactivas. A este respecto, Piko (2001) señala que esta forma de concebir el consumo de drogas es una forma de asumir riesgos o buscar emociones, algo característico de la adolescencia, y es lo que les impide considerar la nocividad y las consecuencias futuras.

Otro aspecto interesante de estos indicadores conductuales es que pueden ser predictores de comportamientos perturbadores, ya que muchos de ellos han sido aprendidos durante la niñez, en gran medida porque los padres o cuidadores no efectuaron una observación adecuada de las situaciones en las que se exhibían estas conductas con el fin de identificarlas y castigarlas de manera eficaz. Con el tiempo, estos patrones de conducta resultan difíciles de modificar, se convierten en modos relativamente estables de comportarse y, tal como lo indican Gottfredson and Hirschi's (1990) citados por Higgins y Marcum (2005), el efecto del bajo auto-control en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas es alto.

El último componente dentro de los factores psicológicos, que está asociado con el riesgo de consumir alcohol y tabaco es la *espiritualidad*. Este aspecto ha sido poco estudiado desde la Psicología, pero puede ser relevante si se tiene en cuenta que interactúa con aspectos motivacionales y emocionales de las personas. Tal como se ha dicho en los últimos años, mente, cuerpo y espíritu son parte de un mismo sujeto y desconocer la espiritualidad sería no abordar de manera global al ser humano. Los resultados de este estudio parecen apoyar la hipótesis de que para quienes los aspectos espirituales no tienen un lugar relevante en sus vidas están en mayor riesgo de consumir drogas legales. Este caso muestra cómo es importante tener un sentido trascendente de la vida, tener creencias y fe en un Ser superior y pensar que se actúa y mantiene un estilo de vida conforme al compromiso y la experiencia que tienen las personas con dichas creencias, más que el hecho de pertenecer a alguna religión y llevar a cabo los rituales o las ceremonias que en ella se promueven. Los resultados muestran que existe una valoración de estos aspectos como una fuente de consuelo y un apoyo para la superación de las situaciones difíciles (Francis, 2002; Roberts *et al.*, 2002).

El papel de las creencias religiosas en el control del consumo de alcohol puede ocurrir por el efecto restrictivo de dichas creencias, ya que este comportamiento es considerado una práctica o un hábito que aleja de manera directa de las metas espirituales o porque incita a que se presenten otra serie de comportamientos (p.ej., los sexuales) que son considerados en muchos casos como «inapropiados» (p.ej., relaciones sexuales antes o fuera del matrimonio) o porque la dedicación de tiempo a las prácticas religiosas (más en mujeres que en hombres) pueden facilitar a su vez, la consolidación del apoyo social (Oman *et al.*, 2004). Además, se ha encontrado que hay una alta relación entre los factores espirituales/religiosos y el alto nivel de satisfacción con su vida, sensación de bienestar, bajos niveles de depresión y ausencia de consumo de drogas, pues las personas que creen en Dios tienen mayor esperanza, se sienten más relajadas y mantienen expectativas más optimistas (Thoresen, 1998 citado Roberts *et al.*, 2002) como parte del estilo de vida. La esperanza, sobretodo, ha sido considerada no sólo como una emoción sino como una estrategia acertada de afrontamiento de las adversidades, porque implica la creencia en la posibilidad de un resultado favorable (Lazarus, 1999).

De modo específico, en el consumo de tabaco la ausencia de alteraciones psicológicas y las habilidades de afrontamiento y enfrentamiento actuaron como factores de protección. Estas dos variables parecen estar relacionadas. Las alteraciones psicológicas son ocasionadas, frecuentemente, por la forma como las personas enfrentan los problemas.

Autores como Del Barrio y Alonso (1994), Fenzel (2005), Gutierrez-Baró y Aneiros-Riba (1999), Marsden et al. (2005), Rabois y Haaga (2003), Siqueria et al. (2001), Star et al. (2005) y Stice y Shaw (2003) han planteado que la presencia de síntomas de ansiedad, depresión, estrés, dificultades de la imagen corporal y la alimentación y, en general, *las alteraciones psicológicos* son un factor de riesgo para el consumo de tabaco. No se ha establecido claramente el por qué de esta asociación, pero se sabe que la nicotina actúa sobre el SNC, liberando dopamina, reduciendo los niveles de tensión y aumentando la sensación de relajación, por lo que su efecto reforzante es alto y mantiene el consumo.

Por otro lado, las personas que tienen un déficit en el control de sus estados emocionales parecen tener también problemas para afrontar otras dificultades de su vida y, como se dijo antes, esto puede estar causado por un déficit o una inhibición de las *estrategias de afrontamiento y enfrentamiento* (Lazarus, 1993). En la década de los 90 se llevaron a cabo investigaciones respecto a las estrategias de afrontamiento de los adolescentes. Frydenberg y Lewis (1991, 1994) y Odgers (1998) argumentan que los adolescentes no necesariamente utilizan las mismas estrategias de los adultos y que quizás deban ser evaluados aspectos como el consumo de sustancias psicoactivas dentro de dichas estrategias. Frydemberg y Lewis (1993) plantean que existen dos tipos de estrategias de afrontamiento, las «productivas» que permiten la adaptación a las situaciones y las «improductivas» que resultan ineficaces y, en ocasiones, incluso empeoran el problema. Snow y Bruce (2003), con base en el planteamiento anterior, encontraron que los fumadores emplean más estrategias de afrontamiento inadecuadas («improductivas») que los que no consumen tabaco.

Sin embargo, Piko (2001) llama la atención sobre el hecho de que algunos adolescentes no consideran la relación que puede haber entre el consumo de drogas y que ésta sea una práctica que les ayude a mitigar u ocultar sus problemas y, si no cuentan con otro tipo de estrategias de afrontamiento y enfrentamiento, es probable que inicien y se mantengan en el consumo por la desesperación que experimentan ante dichas situaciones. Esto permite considerar que si los adolescentes utilizan estrategias eficaces de afrontamiento y enfrentamiento tienen menos dificultades emocionales y se disminuye la probabilidad de consumir drogas (Oman et al., 2004; Rabois y Haaga, 2003; Siqueria et al., 2001; Risolidaria, s.f.).

A la hora de enfrentar dificultades o conflictos en las relaciones interpersonales, Unger et al. (2003) encontraron que los adolescentes que poseen estrategias de afrontamiento adecuadas para evitarlos o manejarlos, pueden tener un menor riesgo para el consumo de drogas.

Respecto a los factores sociales, la ausencia de relación con personas consumidoras es el principal factor que actúa como protector frente al consumo de alcohol y tabaco. Sin embargo, particularmente con relación al tabaco, se halló que las

relaciones interpersonales actúan como factor de protección para los que no han consumido o han dejado de hacerlo.

En cuanto a la *relación con personas consumidoras* se encontró que la inexistencia de un vínculo con estas personas protege a los adolescentes del consumo de drogas legales. Es muy probable que para ellos sea imperceptible el efecto que esta variable pueda llegar a tener en un momento dado sobre su decisión de consumirlas, especialmente en el caso del tabaco, lo que se confirma con el bajo porcentaje de universitarios que respondieron que se habían visto presionados por sus iguales para fumar. No obstante, al analizar detenidamente el factor, éste aparece como un elemento que no está presente entre los jóvenes que no fuman, lo que hace pensar que quienes consumen tienen en sus ámbitos sociales a personas consumidoras y la interacción de la triada organismo, conducta y medio ambiente es necesaria para que ocurra el comportamiento y con esto se valida el efecto moderador de otros aspectos distintos a la influencia de los iguales (Jaccard, Blanton y Dodge, 2005).

Si se revisa este tema, considerando que es un factor de riesgo, muchos estudios concluyen que existe una influencia social en el consumo de las drogas legales y a este respecto se incluye el vínculo con los consumidores (Marsden *et al.*, 2005; Olds y Thombs, 2001; Alexander *et al.*, 2001, Charlton *et al.*, 1999, Ennett y Barman, 1994, Glendinning y Ingliss, 1999, Koval y Pederson, 1999 en Snow y Bruce, 2003). Graña y Muñoz (2001a) y Parrott *et al.* (2004) coinciden en afirmar que uno de los mejores predictores del consumo de tabaco y alcohol era el hecho de tener amigos que los consumieran, como efecto del aprendizaje social; sin embargo, es importante considerar una de las conclusiones de Olds y Thombs (2001) acerca de cómo la percepción que tienen los jóvenes sobre quienes beben licor y fuman afecta su propia decisión de hacerlo o no.

Siqueria *et al.* (2001) encontraron que el 17% de los adolescentes a los que pre-guntaron sobre las razones por las cuales fumaban indicó que «todo el mundo a su alrededor lo hacía», aunque menos del 15% afirmó que lo hacía por presión de los amigos. Sin embargo, otras evidencias sugieren que el riesgo de consumir alcohol y tabaco se incrementa cuando la afiliación con el grupo de iguales es mucho más alta que el control que puedan ejercer los padres (Fenzel, 2005) y, al parecer, aspectos como la reputación y el estatus que se ocupe dentro de un grupo, así como el hecho de compartir valores o actitudes que los identifican, pueden ser elementos que motiven el consumo de alcohol y tabaco entre los jóvenes (Odgers, 1998; Snow y Bruce, 2003).

Las *relaciones interpersonales* en la adolescencia juegan un papel central. Aunque hasta hace unos años los padres constituían el principal punto de referencia para los hijos, ahora lo son los iguales, y el modelado social sigue siendo una de las formas de influencia más importantes en la adquisición de ciertas conductas, entre ellas el consumo de tabaco (Parrott *et al.*, 2004; Jaccard *et al.*, 2005). Este estudio coincide con los hallazgos de Oman *et al.* (2004) y Unger *et al.* (2003) quienes encontraron que los jóvenes que están satisfechos en la relación con los iguales, ya sea porque éstos brindan apoyo, les permite satisfacer otras necesidades de relación o tienen poco conflicto, tienen un menor riesgo para consumir drogas.

Para finalizar, queremos señalar que el artículo presentó una descripción del consumo de las drogas legales en un grupo de universitarios y, a su vez, permitió el establecimiento de la asociación de este comportamiento con aquellos factores, de tipo personal y ambiental, que en casos específicos muestran una tendencia a proteger o a poner en riesgo a los sujetos en relación al consumo de sustancias psicoactivas. Sin duda, un importante reto para los investigadores es replicar el presente estudio (con el fin de apoyar o refutar los hallazgos) o continuar con estudios más específicos que permitan establecer relaciones de tipo causal.

## Referencias

- Accortt, N., Waterbor, J., Beall, C. y Howard, G. (2005). Cancer incidence among a cohort of smokeless tobacco users (United States). *Cancer Causes & Control*, 16, 1107.
- Acosta, (s.f.). Las creencias religiosas como factor de protección frente al consumo de drogas. Recuperado el 10 de Octubre de 2004 de [http://www.geocities.com/CapitolHill/3980/a\\_misa.htm](http://www.geocities.com/CapitolHill/3980/a_misa.htm)
- Álvarez, F. y Del Río, C. (2003). Farmacología del alcohol. En E. García, S. Mendieta, G. Cervera y J. Fernández (dirs.) *Manual SET de alcoholismo*. Madrid: Sociedad Española de Toxicomanías y Editorial Médica Panamericana, S.A.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>a</sup> ed. rev.) Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Arnett, J. (2005). The developmental context of substance use in emerging adulthood. *Journal of Drug Issues*, 35, 235-253.
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders* (2<sup>a</sup> ed.). Nueva York: Guilford.
- Becoña, E. y Vázquez, F. (2001). Consumo problemático de sustancias. En V. Caballo (dir.), *Manual de psicopatología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales*. Madrid: Siglo XXI.
- Brick, J. (2004). *Handbook of the medical consequences of alcohol and drug abuse*. Nueva York: Haworth.
- Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y la Promoción de la Salud. (2005). *Encuesta mundial sobre el tabaquismo en jóvenes, (Global Youth Tobacco Survey, GYTS)*. Recuperado el 10 de Noviembre de 2005 desde [http://www.cdc.gov/tobacco/global/GYTS\\_Spanish.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/global/GYTS_Spanish.htm)
- Del Barrio, M. y Alonso, C. (1994). Búsqueda de sensaciones y consumo de drogas legales en escolares. *Clinica y Salud*, 5, 69-81.
- Díaz, Comeche y Vallejo. (1993). Autocontrol. En F. Labrador (dir.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Ernst, M., Grant, S., London, E., Contoreggi, C., 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.
- 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.
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1991). Adolescent coping styles and strategies: Is there functional and dysfunctional coping? *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 1, 35-42.
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1994). Coping with different concerns: Consistency and variation in coping strategies used by adolescents. *Australian Psychologist*, 29, 45-48.

- Fundación Bulimia Anorexia y Comedores Compulsivos. (2003). Causas y factores de riesgo del consumo de alcohol. Recuperado el 13 de abril de 2004 desde <http://www.camporenacimiento.com/adiccion/causas.htm>
- 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.
- Gutierrez-Baró, E. y Aneiros-Riba, R. (1999). *Toxicomanías y adolescencia: Realidades y consecuencias*. La Habana: Clínica del Adolescente.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México, D.F.: McGraw-Hill.
- Jaccard, J., Blanton, H. y Dodge, T. (2005). Peer influences on risk behavior: an analysis of the effects of a close friend. *Developmental Psychology*, 41, 135-147.
- Kuperman, S., Schlosser, S., Kramer, J., Bucholz, K., Hesselbrock, V., Reich, T. y Reich, W. (2001). Developmental sequence from disruptive behavior diagnosis to adolescent alcohol dependence. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 2022-2026.
- LaBrie, J., Earleywine, M., Schiffman, J., Pedersen, E. y Marriot, C. (2005). Effects of alcohol, expectancies, and partner type on condom use in college males: Event-level analyses. *The Journal of Sex Research*, 42, 259-266.
- Lazarus, R. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Lazarus, R. (1999). Hope: An emotion and a vital coping resource against despair. *Social Research*, 66, 653-678.
- Lucas, H., Scheneeweiss B. y Brunke P. (1997). *Enciclopedia médica de la salud: Conocimiento de la medicina y asesoramiento médico para toda la familia*. Barcelona: Fournier Artes Gráficas.
- 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.
- Marsden, J., Boys, A., Farrell, M., Stillwell, G., Hutchings, K., Hillebrand, J. y Griffiths, P. (2005). Personal and social correlates of alcohol consumption among mid-adolescents. *The British Journal of Developmental Psychology*, 23, 427-450.
- Molina, B. y Pelham, W. (2001). Substance use, substance abuse, and LD among adolescents with a childhood history of ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, 34, 333-342.
- Molina, B. y Pelham, W. (2003). Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study of children with ADHD. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 497-507.
- Odgers, P. (1998). Adolescent substance use. En Hamilton, M., Kellehear, A. y Rumbold, G. (eds.), *Drug use in Australia. A harm minimisation approach*. Melbourne: Oxford University Press.
- Olds, R. y Thombs, D. (2001). The relationship of adolescent perceptions of peer norms and parent involvement to cigarette and alcohol use. *The Journal of School Health*, 71, 223-228.
- Oman, R., Vesely, S., Aspy, C., McLeroy, K., Rodine, S. y Marshall, L. (2004). The potential protective effect of youth assets on adolescent alcohol and drug use. *American Journal of Public Health*, 94, 1425-1430.

- Organización Mundial de la Salud. (2005). Problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol. Informe de la Secretaría en la 58<sup>a</sup> asamblea mundial de la salud, 7 de abril de 2005. Recuperado el 19 de Agosto de 2005 desde [http://www.who.int/substance\\_abuse/report\\_by\\_secretariat\\_wha\\_58\\_public\\_health\\_problems\\_alcohol\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/report_by_secretariat_wha_58_public_health_problems_alcohol_spanish.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud. (2001). *Por una juventud sin tabaco. Adquisición de habilidades para una vida saludable*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Desarrollo sostenible y salud ambiental. Control y manejo del riesgo*. Recuperado el 25 de noviembre de 2005 desde <http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/evalua.htm>
- Parrott, A. Morian, A. Moss, M. y Scholey, A. (2004). *Understanding drugs and behaviour*. Chichester: Wiley.
- Paskett, E., Reeves, K., Pineau, B., Albert, P., Caan, B., Hasson, M. et al. (2005). The association between cigarette smoking and colorectal polyp recurrence (United States). *Cancer Causes & Control*, 16, 1021.
- Peugh, M. y Belenko S. (2001). Alcohol, drugs, and sexual function: a review. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33, 223-232.
- Pérez, A. (1999). *Pilas con las drogas. Programa Presidencial Rumbos*. Santa fé de Bogotá: Sáenz Editores Ltda.
- Pérez, A. (2000). *El libro de las drogas*. Santafé de Bogotá: Editorial Carrera 7<sup>a</sup> Ltda.
- Piko, B. (2001). Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *The Psychological Record Gambier*, 51, 223-235.
- Plan Nacional sobre Drogas. (1997a). *Encuesta domiciliaria sobre el uso de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- Plan Nacional sobre Drogas. (1997b). *Encuesta sobre drogas a la población escolar*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- Programa Presidencial Rumbos. (1999). *Primer seminario internacional de investigación de drogas*. Santafé de Bogotá: Programa Presidencial para Afrontar el Consumo de Drogas. Comisión Nacional de Investigación.
- Programa Presidencial Rumbos. (2000). *Encuesta nacional sobre el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en jóvenes*. Santafé de Bogotá: Comisión Nacional de Investigación.
- Rashad, I. y Kaestner, R. (2004). Teenage sex, drugs and alcohol use: problems identifying the cause of risky behaviors. *Journal of Health Economics*, 23, 493-503.
- Risolidaria (s.f.). (s.f.). Factores de riesgo y factores de protección. Recuperado el 20 de septiembre desde 2004 de [http://www.Risolidaria\(s.f.\).org/canales/canal\\_drogadiccion/7\\_fenomeno/fenomeno1.htm](http://www.Risolidaria(s.f.).org/canales/canal_drogadiccion/7_fenomeno/fenomeno1.htm)
- Roberts, S., Kiselica, M. y Fredrickson, S. (2002). Quality of life of persons with medical illnesses: Counseling's holistic contribution. *Journal of counselling and Development*, 80, 422-432.
- Salazar, I. y Varela, M. (2005, diciembre). *Análisis de factores de riesgo y de protección para el consumo de alcohol y tabaco en jóvenes*. Comunicación presentada en III Congreso Latinoamericano de Psicología Clínica y de la Salud, La Habana (Cuba).
- Servera, M., Bornas, X. y Moreno, I. (2001). Hiperactividad infantil: conceptualización, evaluación y tratamiento. En V. Caballo (dir). *Manual de psicopatología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales*. Madrid: Siglo XXI.
- 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.

- Siqueria, L., Rolnitzky, L. y Rickert, V. (2001). Smoking cessation in adolescents: The role of nicotine dependence, stress, and coping methods. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 155, 489-495.
- Snow, P. y Bruce, D. (2003). Cigarette smoking in teenage girls: exploring the role of peer reputations, self-concept and coping. *Health Education Research*, 18, 439.
- Snyder, C. (1999). *Coping. The psychology of what work*. Nueva York: Oxford University.
- Star, J., Bober, D. y Gold, M. (2005). Double trouble: depresión and alcohol abuse in the adolescent patient. *Psychiatric Annals*, 35, 496-502.
- Stice, E. y Shaw, H. (2003). Prospective relations of body image, eating and affective disturbances to smoking onset on adolescent girls: How Virginia slims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 129-135.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2004). *Results from the 2003 national survey on drug use and health: Nacional Findings* (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-25, DHHS Publication No. SMA 04-3964). Recuperado el 18 de Agosto de 2005, desde <http://www.oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>
- Tapia, R. y Cravioto, P. (2001). Epidemiología del consumo de tabaco. En R. Tapia (dir.), *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas* (2<sup>a</sup> ed.) México, D.F.: El Manual Moderno, S.A.
- Unger, J., Sussman, S. y Dent, C. (2003). Interpersonal conflict tactics and substance use among high-risk adolescents. *Addictive Behaviors*, 28, 979-987.
- Varela, M. y Salazar, I. (2005, diciembre). *Análisis de factores de riesgo y de protección para el consumo de SPA ilegales en jóvenes*. Comunicación presentada en III Congreso Latinoamericano de Psicología Clínica y de la Salud, La Habana (Cuba).
- Wechsler, H., Lee, J. E., Nelson, T. F. y Kuo, M. (2002). Underage college students' drinking behavior, access to alcohol, and the influence of deterrence policies: Findings from the Harvard School of Public Health College Alcohol Study. *Journal of American College Health*, 50, 223-236.
- World Health Organization. (2002). *The World Health Report*. Recuperado El 25 de Octubre de 2003, desde [http://www.who.int/whr/2002/media\\_centre/en/index.html](http://www.who.int/whr/2002/media_centre/en/index.html)
- World Health Organization. (2003). *The world health report: Shaping the future*. Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2004). Global status report on alcohol 2004. Recuperado el 13 de noviembre de 2005, de [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/alcohol/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol/en/index.html)