

**Compiladores**

Guillermo A. Castaño Pérez  
Gustavo A. Calderón Vallejo

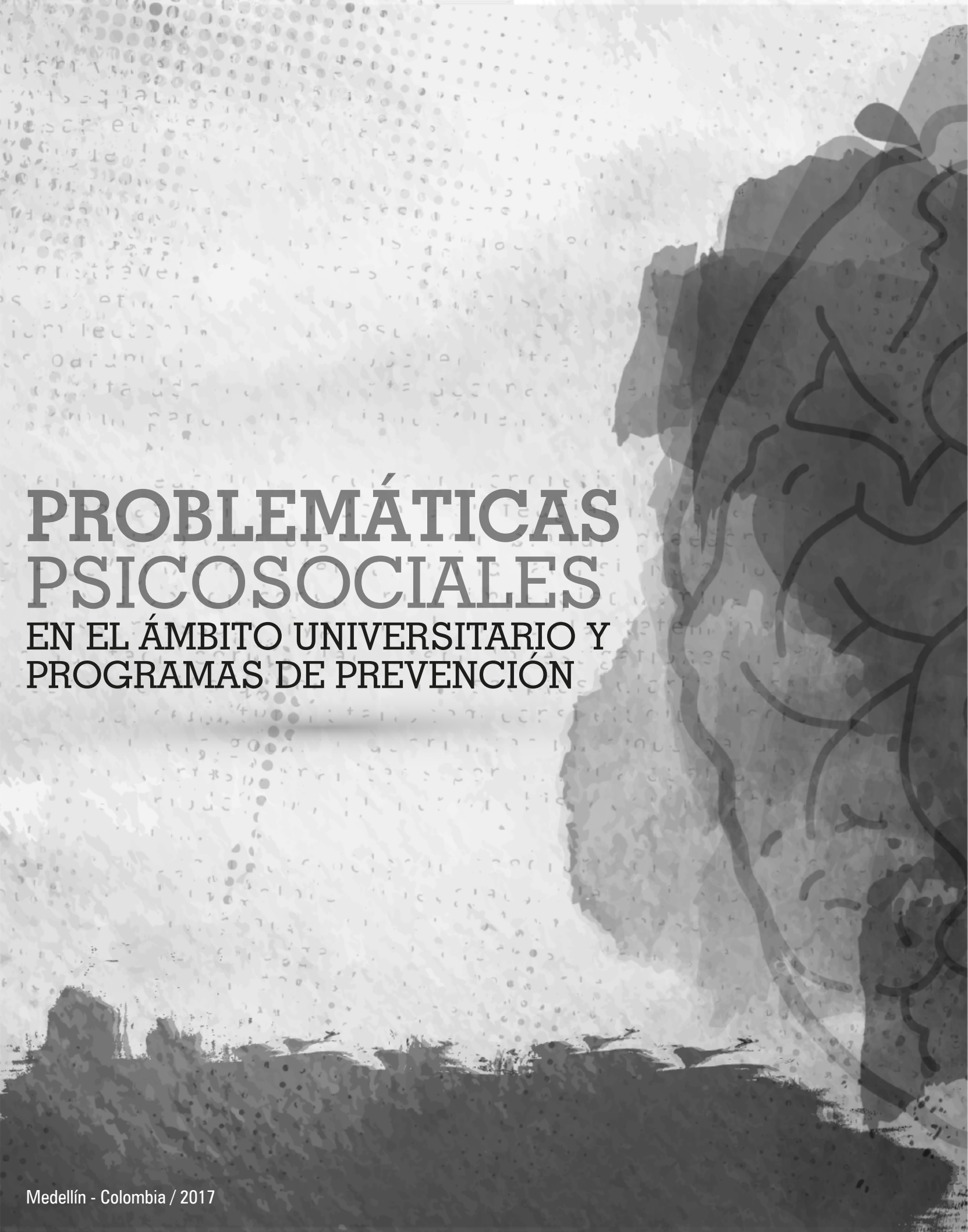
ISBN: 978-958-8943-28-2

# PROBLEMÁTICAS PSICOSOCIALES EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO Y PROGRAMAS DE PREVENCIÓN



Federación Internacional de  
Universidades Católicas –FIUC–





# PROBLEMÁTICAS PSICOSOCIALES EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO Y PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

## INVESTIGADORES

### **Universidad Católica Luis Amigó (Colombia)**

Guillermo A. Castaño Pérez  
Gustavo A. Calderón Vallejo  
María Carolina Montoya Montoya  
Gloria Esperanza Castañeda Gómez

### **Universidad Católica Cardenal Silva Henríquez (Chile)**

Gonzalo Reyes Vidal  
Hugo Herrera Stuardo  
Patricio Pérez Reyes  
Verónica Musre Hernández

### **Universidad Católica de Costa Rica “Anselmo Llorente y La Fuente” (Costa Rica)**

Mauricio Fuentes Corella  
María Laura Zúñiga Quesada  
Johanna Paniagua Villalobos  
Jorge Gamboa Barrantes  
Bernardo Castillo Gaitán  
Katherine Rojas Salazar  
Andrea Ortiz Zúñiga  
Kattia Vargas Fallas  
Jennifer Díaz Cubero  
Lucía Quesada Acuña  
Víctor Jiménez Alemán

### **Universidad Católica de Honduras “Nuestra Señora Reina de la Paz” (Honduras)**

Ana María Enríquez Martínez  
Karen Lucina Padgett Zavala  
Alba Luz Zelaya Guardado  
Jessica Jasmín Cerrato

### **Universidad de Antioquia (Colombia)**

Jaime Alonso Mejía Ocampo  
Eliana María Hernández Ramírez  
María José Sandstede Rivas  
Carmen Elena Muñoz Preciado  
Hosman Arcila Muñoz  
Juan Guillermo Hernández Gil  
Diana Urrego Velásquez  
Daniel Alfonso Montoya Vásquez  
Maryory Muñoz Londoño  
María Elena Ruiz Bernal

## ANÁLISIS DE LOS DATOS

Carolina Salas Zapata  
*Profesional en Administración de  
Servicios de Salud / Magister en Epidemiología*

362.79 P962

**Problemáticas psicosociales en el ámbito universitario y programas de prevención [recurso electrónico]** / Compiladores Guillermo A. Castaño Pérez, Gustavo A. Calderón Vallejo. -- Medellín : Federación Internacional de Universidades Católicas–FIUC–, Universidad Católica Luis Amigó, 2017  
416 p.

Incluye referencias bibliográficas

ABUSO DE DROGAS - PREVENCIÓN; DROGAS Y JÓVENES - ASPECTOS PSICOSOCIALES; ALCOHOL Y JUVENTUD - ASPECTOS PSICOSOCIALES; ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS - ASPECTOS PSICOSOCIALES; ALCOHOLISMO Y DELINCUENCIA - INVESTIGACIONES - UNIVERSIDAD CATÓLICA LUIS AMIGÓ; ALCOHOL Y JUVENTUD - INVESTIGACIONES - UNIVERSIDAD CATÓLICA LUIS AMIGÓ; ANOREXIA - INVESTIGACIONES - UNIVERSIDAD CATÓLICA LUIS AMIGÓ; CONFLICTOS UNIVERSITARIOS - INVESTIGACIONES - UNIVERSIDAD CATÓLICA LUIS AMIGÓ; DROGADICCIÓN - ASPECTOS JURÍDICOS - COLOMBIA; ESTUDIANTES - SERVICIOS DE SALUD MENTAL - UNIVERSIDAD CATÓLICA LUIS AMIGÓ; UNIVERSIDAD CATÓLICA LUIS AMIGÓ - PROGRAMAS DE PREVENCIÓN; UNIVERSIDAD CATÓLICA SILVIA HENRÍQUEZ - PROGRAMAS DE PREVENCIÓN; UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA - PROGRAMAS DE PREVENCIÓN; UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COSTA RICA - PROGRAMAS DE PREVENCIÓN; UNIVERSIDAD CATÓLICA DE HONDURAS NUESTRA SEÑORA REINA DE LA PAZ - PROGRAMAS DE PREVENCIÓN; LUDOPATÍA - INVESTIGACIONES  
Comp., Castaño Pérez, Guillermo A; Comp., Calderón Vallejo, Gustavo A.

## PROBLEMÁTICAS PSICOSOCIALES EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO Y PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

©Universidad Católica Luis Amigó  
Transversal 51A N°. 67B-90. Medellín, Antioquia, Colombia  
Tel: (574) 448 76 66  
www.funlam.edu.co – fondoeditorial@funlam.edu.co

©Fédération Internationale des Universités Catholiques,  
21, Rue d'Assas, 75270 Paris cedex 06, France  
Tél. (33) (1) 44.39.52.27  
Fax. (33) (1) 44.39.52.28  
www.fiuc.org – sgfiuc@bureau.fiuc.org

**ISBN:** 978-958-8943-28-2

**Fecha de edición:** 31 de mayo 2017

### Autores:

Guillermo A. Castaño Pérez  
Gustavo A. Calderón Vallejo  
María Carolina Montoya Montoya  
Gloria Esperanza Castañeda Gómez  
Gonzalo Reyes Vidal  
Hugo Herrera Stuardo  
Patricio Pérez Reyes  
Verónica Musre Hernández  
Johanna Paniagua Villalobos  
Jorge Gamboa Barrantes  
Bernardo Castillo Gaitán

Katherine Rojas Salazar  
Andrea Ortiz Zúñiga  
María Laura Zúñiga Quesada  
Kattia Vargas Fallas  
Jennifer Díaz Cubero  
Lucía Quesada Acuña  
Mauricio Fuentes Corella  
Víctor Jiménez Alemán  
Ana María Enríquez Martínez  
Karen Lucina Padgett Zavala  
Jaime Alonso Mejía Ocampo

Juan Guillermo Hernández Gil  
María José Sandstede Rivas  
Eliana María Hernández Ramírez  
Hosman Arcila Muñoz  
Maryory Muñoz Londoño  
Carmen Elena Muñoz Preciado  
Daniel Alfonso Montoya Vásquez  
Diana Urrego Velásquez  
María Elena Ruiz Bernal  
Alba Luz Zelaya Guardado  
Jessica Jasmín Cerrato

### Compiladores:

Guillermo A. Castaño Pérez  
Gustavo A. Calderón Vallejo

**Corrección de estilo:** Rodrigo Gómez Rojas

**Diseño y Diagramación:** Arbey David Zuluaga Yarce

**Edición:** Fondo Editorial Universidad Católica Luis Amigó

**Coordinadora Editorial:** Carolina Orrego Moscoso

Hecho en Medellín – Colombia / Made in Medellín – Colombia

Financiación realizada por la Federación Internacional de Universidades Católicas - FIUC y por la Universidad Católica Luis Amigó - Funlam.

Texto resultado del proyecto de extensión titulado "Formación virtual para la prevención de problemáticas psicosociales en el ámbito universitario con énfasis en las adicciones", formación virtual en la que participaron las Universidades Cardenal Silva Henríquez de Chile; Católica de Costa Rica; Católica de Honduras "Nuestra Señora Reina de la Paz"; y la Universidad Católica Luis Amigó, de Colombia, con aportes de cada una de las instituciones y el Centro Coordinador de la Investigación de la Federación Internacional de Universidades Católicas – CCCI/FIUC. En este texto se incluyen también resultados de la Universidad de Antioquia, de Medellín (Colombia), que participó en el desarrollo del proyecto.

Los autores son moral y legalmente responsables de la información expresada en este libro, así como del respeto a los derechos de autor. Por lo tanto, no comprometen en ningún sentido a la Universidad Católica Luis Amigó ni a la Federación Internacional de Universidades Católicas.

**Para citar este libro siguiendo las indicaciones de la tercera edición en español de APA:**

Castaño Pérez, G. y Calderón Vallejo, G. A. (Comps.). (2017). *Problemáticas psicosociales en el ámbito universitario y programas de prevención*. Medellín, Colombia: Fondo Editorial Universidad Católica Luis Amigó.



El libro *Problemáticas psicosociales en el ámbito universitario y programas de prevención*, publicado por la Universidad Católica Luis Amigó y la Federación Internacional de Universidades Católicas, se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional.

Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden encontrarse en <http://www.Funlam.edu.co/modules/fondoeditorial/>

---

# AGRADECIMIENTOS

---

A todos los estudiantes de las Universidades participantes, por habernos facilitado el trabajo y brindado información para poder comprender las problemáticas psicosociales que más los aquejan y construir con ellos alternativas de solución, en pro del mejoramiento de su calidad de vida y de poder alcanzar la tan anhelada formación integral propuesta por la UNESCO de formar en el ser, en el saber, en el hacer y para la convivencia.

---

# TABLA DE CONTENIDO

---

## PRESENTACIÓN

### CAPÍTULO 1

#### PROYECTO DIPLOMATURA VIRTUAL EN PREVENCIÓN DE PROBLEMÁTICAS PSICOSOCIALES EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO CON ÉNFASIS EN ADICCIONES

<b>1.1 Antecedentes</b> .....	28
<b>1.2 Justificación</b> .....	28
<b>1.3 Descripción</b> .....	30
<b>1.4 Propósito de formación</b> .....	30
<b>1.5 Objetivos</b> .....	30
<b>1.6 Perfiles del formando y del formador</b> .....	31
<b>1.7 Estrategias metodológicas: técnicas pedagógicas y ayudas didácticas</b> .....	32
<b>1.8 Campos de formación del programa formación de formadores</b> .....	34
<b>1.9 Duración</b> .....	34
<b>1.10 Beneficiarios</b> .....	35
<b>1.11 Impacto social esperado</b> .....	35
<b>1.12 Responsabilidades operacionales</b> .....	36
<b>1.13 Materiales</b> .....	37
<b>1.14 Estructura curricular diplomatura <i>Prevención de problemáticas psicosociales en el ámbito universitario con énfasis en las adicciones</i></b> .....	38
<b>Referencia</b> .....	39

## **CAPÍTULO 2**

### **INSTITUCIONES PARTICIPANTES**

<b>2.1</b>	<b>Introducción</b>	41
<b>2.2</b>	<b>Federación Internacional de Universidades Católicas - FIUC</b>	41
2.2.1	El Centro Coordinador de la Investigación	43
2.2.2	La FIUC en el tema de las toxicomanías	43
<b>2.3</b>	<b>Universidad Católica Luis Amigó (Colombia)</b>	45
<b>2.4</b>	<b>Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez (Chile)</b>	46
<b>2.5</b>	<b>Universidad Católica de Honduras “Nuestra Señora Reina de la Paz” (Honduras)</b>	48
<b>2.6</b>	<b>Universidad Católica de Costa Rica (Costa Rica)</b>	50
<b>2.7</b>	<b>Instituciones de Educación Superior no adscritas a la FIUC que hicieron parte del proyecto</b>	51
	Referencia	52

## **CAPÍTULO 3**

### **LOS PROBLEMAS PSICOSOCIALES DE LOS UNIVERSITARIOS HOY**

<b>3.1</b>	<b>Contexto universitario: un abordaje psicosocial</b>	54
<b>3.2</b>	<b>Consumo de drogas en universitarios</b>	56
<b>3.3</b>	<b>Dependencias no químicas en universitarios</b>	59
<b>3.4</b>	<b>Problemáticas sexuales en el ámbito universitario</b>	61
<b>3.5</b>	<b>Violencia en la universidad</b>	63
<b>3.6</b>	<b>Salud mental en universitarios</b>	65
<b>3.7</b>	<b>Anorexia y bulimia en la universidad</b>	67
<b>3.8</b>	<b>A modo de síntesis</b>	68
	Referencias	69

## **CAPÍTULO 4**

### **EL ALCOHOL EN LA VIDA UNIVERSITARIA. LA PREVENCIÓN DE LOS CONSUMOS DE RIESGO Y LA DEPENDENCIA**

<b>4.1</b>	<b>Introducción</b>	73
<b>4.2</b>	<b>Planteamiento del problema</b>	74
<b>4.3</b>	<b>Objetivos</b>	75
<b>4.4</b>	<b>Metodología</b>	76
4.4.1	Población	76
4.4.2	Instrumento	76
4.4.3	Variables del estudio	77

4.4.4	Proceso de recolección .....	78
4.4.5	Procedimientos de análisis .....	78
<b>4.5</b>	<b>Aspectos éticos .....</b>	<b>79</b>
<b>4.6</b>	<b>Marco de referencia .....</b>	<b>80</b>
4.6.1	Globalización, consumo, consumismo y alcohol, una realidad que permea la vida universitaria .....	80
4.6.2	El alcohol y otras drogas: una realidad en el mundo de hoy no exenta de riesgos .....	82
4.6.3	Beber alcohol y alcoholismo .....	83

## **CAPÍTULO 5**

### **EL CONSUMO DE ALCOHOL EN UNIVERSITARIOS: TIPOS DE CONSUMO, PREVALENCIAS, RITOS, CREENCIAS O IMAGINARIOS, SIGNIFICADOS DEL CONSUMO**

<b>5.1</b>	<b>Tipos de consumo .....</b>	<b>86</b>
<b>5.2</b>	<b>Prevalencia del consumo de alcohol entre universitarios .....</b>	<b>87</b>
<b>5.3</b>	<b>Creencias o imaginarios de los universitarios con respecto al consumo de licor .....</b>	<b>89</b>
<b>5.4</b>	<b>El efecto de la publicidad en los consumidores de alcohol .....</b>	<b>90</b>
<b>5.5</b>	<b>Significados del consumo de alcohol en universitarios.....</b>	<b>91</b>
<b>5.6</b>	<b>Percepción del riesgo del abuso de alcohol en universitarios .....</b>	<b>93</b>
<b>5.7</b>	<b>Problemas y consecuencias que trae el abuso de alcohol entre los universitarios .....</b>	<b>95</b>

## **CAPÍTULO 6**

### **EL PROBLEMA DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES DE LA FUNLAM**

<b>6.1</b>	<b>Población y muestra .....</b>	<b>98</b>
<b>6.2</b>	<b>Depresión y ansiedad en los estudiantes de la Funlam .....</b>	<b>100</b>
<b>6.3</b>	<b>Percepción del riesgo frente al consumo de alcohol .....</b>	<b>102</b>
<b>6.4</b>	<b>Exposición a un programa formal de prevención al consumo de drogas en la Funlam .....</b>	<b>105</b>
<b>6.5</b>	<b>Necesidad de prevención al consumo de alcohol y drogas en la Funlam .....</b>	<b>111</b>
<b>6.6</b>	<b>Análisis bivariado .....</b>	<b>112</b>
<b>6.7</b>	<b>Análisis multivariado .....</b>	<b>124</b>
<b>6.8</b>	<b>Discusión y análisis .....</b>	<b>126</b>
<b>6.9</b>	<b>Conclusiones .....</b>	<b>132</b>



## **CAPÍTULO 7**

### **MARCO JURÍDICO QUE RESPALDA EL DESARROLLO DE PROPUESTAS DE PREVENCIÓN AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO EN COLOMBIA Y EN LA FUNLAM**

<b>7.1 Decreto 1136 de 1970</b> .....	136
<b>7.2 Decreto 1355 de 1970</b> .....	136
<b>7.3 Ley 9 de 1979</b> .....	137
<b>7.4 Ley 30 de 1986 o Estatuto Nacional de Estupefacientes</b> .....	137
<b>7.5 Decreto 3788 de 1986</b> .....	139
<b>7.6 Constitución Política de Colombia de 1991</b> .....	140
<b>7.7 Ley 30 de diciembre 28 de 1992. Ley de Educación Superior</b> .....	140
<b>7.8 Ley 100 de 1993</b> .....	141
<b>7.9 Acuerdo 03 de 1995 del Consejo Nacional de Educación Superior -CESU-</b> .....	141
<b>7.10 Decreto 1108 de 1994</b> .....	142
<b>7.11 Resolución 3997 del 30 de octubre de 1996</b> .....	144
<b>7.12 Resolución 2358 de 1998</b> .....	145
<b>7.13 Ley 1098 de 2006. Ley de Infancia y Adolescencia</b> .....	145
<b>7.14 Ley 1335 de 2009</b> .....	146
<b>7.15 Decreto 120 de 2010</b> .....	148
<b>7.16 Ley 1616 de 2013</b> .....	151
<b>7.17 Reglamentación institucional en relación con el consumo de sustancias psicoactivas y con los programas de prevención</b> .....	152

## **CAPÍTULO 8**

### **PROGRAMA DE PREVENCIÓN AL ABUSO/DEPENDENCIA POR EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA UNIVERSIDAD CATÓLICA LUIS AMIGÓ - FUNLAM. TOMA EL CONTROL DE TU VIDA**

<b>8.1 Abordaje del consumo de sustancias en el contexto universitario</b> .....	156
<b>8.2 Antecedentes</b> .....	157
<b>8.3 Descripción de la situación problema</b> .....	158

## **CAPÍTULO 9**

### **PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

<b>9.1 Descripción de la población intervenida</b> .....	162
<b>9.2 Enfoques de la intervención</b> .....	163

<b>9.3</b>	<b>Objetivo</b> .....	166
<b>9.4</b>	<b>Componentes de la intervención</b> .....	166
<b>9.5</b>	<b>Recursos didácticos - caja de herramientas</b> .....	169
9.5.1	El mural .....	169
9.5.2	La escalera .....	170
9.5.3	Concéntrese o el ABC de la rumba segura .....	172
9.5.4	Circuito de sobriedad .....	174
9.5.5	Video foro .....	176
9.5.6	Intervención in-situ: pub bloque 12 .....	179
	<b>Referencias</b> .....	180

## **CAPÍTULO 10**

### **ESTUDIO DESCRIPTIVO EXPLORATORIO SOBRE LAS PROBLEMÁTICAS PSICOSOCIALES DE LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SILVA HENRÍQUEZ**

<b>10.1</b>	<b>Introducción</b> .....	188
<b>10.2</b>	<b>Planteamiento del problema</b> .....	188
<b>10.3</b>	<b>Objetivos</b> .....	190
<b>10.4</b>	<b>Metodología</b> .....	191
10.4.1	Diseño metodológico .....	191
10.4.2	Hipótesis .....	193
10.4.3	Definición de variables del estudio .....	193
10.4.4	Descripción de instrumentos y técnicas .....	193
10.4.5	Descripción de las fases del análisis .....	193
10.4.6	Descripción del análisis de datos .....	194
<b>10.5</b>	<b>Aspectos éticos</b> .....	194
<b>10.6</b>	<b>Antecedentes</b> .....	195
10.6.1	El contexto universitario de Chile y de la Universidad Católica Silva Henríquez .....	195
10.6.2	Consumo de drogas en universitarios .....	197
10.6.3	Problemáticas sexuales en el ámbito universitario .....	199
10.6.4	Dependencias no químicas en universitarios .....	200
10.6.5	Violencia en universitarios .....	201
10.6.6	Salud mental en universitarios .....	202
10.6.7	Anorexia y bulimia en universitarios .....	203
<b>10.7</b>	<b>Resultados del estudio de problemáticas psicosociales de los estudiantes de pregrado de la Universidad Católica Silva Henríquez</b> .....	204
10.7.1	Porcentajes de participación por ítem .....	206
10.7.2	Análisis descriptivo del instrumento .....	207
10.7.3	Análisis factorial .....	210
10.7.4	Principales resultados .....	212
10.7.5	Relaciones entre ítems .....	217

<b>10.8</b>	<b>Análisis y discusión</b> .....	219
<b>10.9</b>	<b>Conclusiones</b> .....	221

## **CAPÍTULO 11**

### **PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN PSICOSOCIAL PARA LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SILVA HENRÍQUEZ**

	<b>Referencias capítulos 10 y 11</b> .....	229
--	--	-----

## **CAPÍTULO 12**

### **PROBLEMÁTICAS PSICOSOCIALES EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO, CON ÉNFASIS EN ADICCIONES: CASO UNIVERSIDAD CATÓLICA DE HONDURAS “NUESTRA SEÑORA REINA DE LA PAZ”**

<b>12.1</b>	<b>Introducción</b> .....	234
<b>12.2</b>	<b>Problemáticas psicosociales en Honduras</b> .....	235
	12.2.1 Consumo de drogas .....	235
	12.2.2 Violencia .....	236
	12.2.3 Salud mental .....	237
	12.2.4 Anorexia y bulimia .....	238
<b>12.3</b>	<b>Importancia del problema para la UNICAH</b> .....	239
<b>12.4</b>	<b>Objetivos</b> .....	240
<b>12.5</b>	<b>Marco teórico</b> .....	240
	12.5.1 Conceptualización de problemáticas psicosociales .....	240
	12.5.2 Consumo de drogas en jóvenes universitarios .....	241
	12.5.3 El ejercicio sexual en los universitarios .....	243
	12.5.4 Dependencias no químicas .....	244
	12.5.5 Violencia .....	247
	12.5.6 Salud mental en universitarios .....	248
	12.5.7 Anorexia y bulimia .....	249
<b>12.6</b>	<b>Metodología</b> .....	251
	12.6.1 Población y muestra .....	251
	12.6.2 El instrumento de investigación .....	252
	12.6.3 Procedimiento de análisis de datos .....	252
<b>12.7</b>	<b>Hallazgos</b> .....	253
	12.7.1 Hallazgos demográficos .....	253
	12.7.2 Hallazgos por preguntas .....	254
<b>12.8</b>	<b>Conclusiones</b> .....	269

## CAPÍTULO 13

### UNIVERSIDAD CATÓLICA DE HONDURAS “NUESTRA SEÑORA REINA DE LA PAZ” PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: PROBLEMÁTICAS PSICOSOCIALES EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO, CON ÉNFASIS EN ADICCIONES

<b>13.1</b>	<b>Introducción</b>	272
<b>13.2</b>	<b>Planteamiento del problema</b>	273
13.2.1	Identificación del problema	273
13.2.2	Justificación e importancia del problema	273
13.2.3	Objetivos	274
<b>13.3</b>	<b>Marco teórico</b>	274
13.3.1	Problemáticas psicosociales en Honduras	274
13.3.2	Consumo de drogas en los universitarios	275
13.3.3	Problemáticas sexuales	277
13.3.4	Violencia	278
13.3.5	Salud mental en universitarios	279
13.3.6	Anorexia y bulimia	282
<b>13.4</b>	<b>Metodología de la investigación</b>	284
13.4.1	Contexto de la investigación	285
13.4.2	Alcance y diseño de investigación	285
13.4.3	Población y muestra	285
13.4.4	El instrumento de investigación	286
13.4.5	Procedimiento de análisis de datos	286
<b>13.5</b>	<b>Análisis de resultados</b>	286
13.5.1	Problemática psicosocial: uso de drogas	287
13.5.2	Problemática psicosocial: dependencias no químicas (juegos de azar)	288
13.5.3	Problemática psicosocial: violencia (bullying)	289
13.5.4	Problemática psicosocial: relaciones sexuales	290
13.5.5	Problemática psicosocial: trastornos alimenticios	291
13.5.6	Problemática psicosocial: salud mental	293
<b>13.6</b>	<b>Conclusiones</b>	294

## CAPÍTULO 14

### PROGRAMA DE PREVENCIÓN UNIVERSIDAD CATÓLICA DE HONDURAS “NUESTRA SEÑORA REINA DE LA PAZ”

<b>14.1</b>	<b>Nombre del programa</b>	297
14.1.1	Periodo para desarrollar el proyecto	297
14.1.2	Institución	297
<b>14.2</b>	<b>Diagnóstico</b>	297

<b>14.3</b>	<b>Caracterización de la población objeto del proyecto</b>	297
14.3.1	Factores protectores	298
14.3.2	Factores riesgo	298
14.3.3	Aspectos resilientes	298
<b>14.4</b>	<b>Fundamentación o justificación</b>	299
<b>14.5</b>	<b>Marco jurídico</b>	299
<b>14.6</b>	<b>Ámbito donde se desarrolla el proyecto</b>	299
<b>14.7</b>	<b>Tipo de prevención</b>	300
<b>14.8</b>	<b>Referentes teóricos</b>	300
14.8.1	Antecedentes de la prevención en la UNICAH	302
<b>14.9</b>	<b>Objetivos del Programa de Prevención</b>	303
14.9.1	Objetivo general	303
14.9.2	Objetivos específicos	303
<b>14.10</b>	<b>Metas del programa de prevención</b>	304
<b>14.11</b>	<b>Estrategias</b>	304
14.11.1	Estrategía 1: informativa	304
14.11.2	Estrategía 2: formativa	305
14.11.3	Estrategía 3: socio comunitaria	305
14.11.4	Estrategía 4: pastoral	305
	<b>Referencias capítulos 12, 13 y 14</b>	305

## **CAPÍTULO 15**

### **UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COSTA RICA. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: CONSUMO DE DROGAS EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO**

<b>15.1</b>	<b>Introducción</b>	310
<b>15.2</b>	<b>Planteamiento del problema</b>	310
<b>15.3</b>	<b>Objetivos</b>	311
15.3.1	Objetivo general	311
15.3.2	Objetivos específicos	312
<b>15.4</b>	<b>Metodología</b>	312
15.4.1	Enfoque	312
15.4.2	Tipo de estudio	313
15.4.3	Hipótesis	313
15.4.4	Población	313
15.4.5	Muestra	313
15.4.6	Variables	314
<b>15.5</b>	<b>Aspectos éticos</b>	315

<b>15.6</b>	<b>Análisis y discusión de resultados</b>	315
<b>15.7</b>	<b>Conclusiones</b>	321
	<b>Recomendaciones</b>	322

## **CAPÍTULO 16**

### **PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA**

<b>16.1</b>	<b>Nombre del proyecto</b>	324
<b>16.2</b>	<b>Presentación</b>	324
	16.2.1 Responsables del diseño	324
	16.2.2 Periodo para desarrollar el proyecto	324
<b>16.3</b>	<b>Diagnóstico</b>	325
<b>16.4</b>	<b>Caracterización de la población objeto del proyecto</b>	325
	16.4.1 Factores protectores	325
	16.4.2 Factores de riesgo	326
	16.4.3 Aspectos resilientes	327
<b>16.5</b>	<b>Fundamentación o justificación</b>	327
<b>16.6</b>	<b>Marco jurídico</b>	328
<b>16.7</b>	<b>Ámbito donde se desarrolla el proyecto</b>	330
<b>16.8</b>	<b>Tipo de prevención</b>	331
<b>16.9</b>	<b>Referentes teóricos</b>	331
	16.9.1 La filosofía de inspiración cristiana	331
	16.9.2 Fundamentos del humanismo Cristiano	332
	16.9.2.1 La dignidad de la persona	332
	16.9.2.2 La sociabilidad	332
	16.9.3 Criterios para la prevención desde el humanismo Cristiano	333
	16.9.3.1 El bien común	333
	16.9.3.2 La solidaridad	333
	16.9.3.3 La subsidiariedad	334
	16.9.3.4 La participación	334
	16.9.3.5 La verdad	334
	16.9.3.6 La justicia	335
	16.9.3.7 La caridad	335
<b>16.10</b>	<b>Antecedentes</b>	335
<b>16.11</b>	<b>Inventario de recursos</b>	335
<b>16.12</b>	<b>Objetivos</b>	336
	16.12.1 Objetivo general	336
	16.12.2 Objetivos específicos	337

<b>16.13 Metas</b> .....	337
<b>16.14 Estrategias</b> .....	338
16.14.1 Estrategia 1 .....	338
16.14.2 Estrategia 2 .....	338
16.14.3 Estrategia 3 .....	338
16.14.4 Estrategia 4 .....	338
<b>16.15 Evaluación</b> .....	339
<b>Referencias capítulos 15 y 16</b> .....	339

## **CAPÍTULO 17**

### **CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL, MARIHUANA Y SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA PARTICIPANTES DEL ESTUDIO PRADICAN, 2012**

<b>17.1 Presentación</b> .....	342
<b>17.2 Introducción</b> .....	343
<b>17.3 Planteamiento del problema</b> .....	344
<b>17.4 Objetivos</b> .....	346
17.4.1 Objetivo general .....	346
17.4.2 Objetivos específicos .....	346
<b>17.5 Metodología</b> .....	347
17.5.1 Universo .....	347
17.5.2 Muestra .....	347
17.5.3 Tipo de estudio .....	348
17.5.4 Criterios de inclusión y exclusión .....	349
17.5.5 Características del instrumento aplicado .....	349
17.5.6 Recolección de la información .....	350
<b>17.6 Marco Teórico</b> .....	350
17.6.1 Salud mental .....	350
17.6.2 Ansiedad .....	351
17.6.3 Depresión .....	352
17.6.4 Uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y marihuana) .....	352
<b>17.7 Consideraciones éticas</b> .....	355
<b>17.8 Resultados</b> .....	355
17.8.1 Descripción de la muestra .....	355
17.8.2 Drogas lícitas .....	356
17.8.2.1 Alcohol .....	356
17.8.2.2 Tabaco .....	362
17.8.3 Drogas ilícitas .....	366
17.8.3.1 Marihuana .....	366

<b>17.9</b>	<b>Discusión</b> .....	370
<b>17.10</b>	<b>Conclusiones</b> .....	371

## **CAPÍTULO 18**

### **PROGRAMA DE PREVENCIÓN ADICCIONES UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA**

<b>18.1</b>	<b>Presentación</b> .....	375
18.1.1	Responsables del diseño .....	376
18.1.2	Periodo para desarrollar el proyecto .....	376
18.1.3	Institución .....	376
<b>18.2</b>	<b>Diagnóstico</b> .....	377
18.2.1	Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de la Universidad de Antioquia, 2012 – 2013 .....	378
18.2.1.1	Alcohol .....	378
18.2.1.2	Tabaco .....	379
18.2.1.3	Marihuana .....	379
18.2.1.4	Cocaína y pasta base .....	379
18.2.2	Distribución porcentual de síntomas de ansiedad y depresión .....	380
18.2.2.1	Ansiedad .....	380
18.2.2.2	Depresión .....	380
<b>18.3</b>	<b>Conclusiones</b> .....	380
<b>18.4</b>	<b>Caracterización de la población del proyecto</b> .....	381
18.4.1	Datos generales de la población diana .....	381
18.4.2	Factores protectores .....	381
18.4.3	Factores de riesgo .....	382
18.4.3.1	Factores de riesgo personal .....	382
18.4.3.2	Factores de riesgo de la comunidad .....	382
18.4.3.3	Factores de riesgo familiar .....	382
18.4.4	Aspectos resilientes .....	383
<b>18.5</b>	<b>Fundamentación o justificación</b> .....	383
<b>18.6</b>	<b>Marco jurídico</b> .....	384
18.6.1	Ley de 1986 o Estatuto Nacional de Estupefacientes .....	384
18.6.2	Decreto 1108 de 1994 .....	384
18.6.3	Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas, 2007 .....	385
18.6.4	Plan municipal de prevención de salud mental y adicciones .....	385
18.6.5	Ley 30 de 1992 .....	386
18.6.6	Ley 1438 .....	387
18.6.7	Ley 1122 de 2007 .....	387
18.6.8	Ley 1566 .....	387
18.6.9	Artículo 49 de la Constitución Política de Colombia de 1991 .....	388
18.6.10	Ambientes saludables / Universidad saludable .....	388
18.6.11	Ley antitabaco: Ley 1335 del 21 de julio de 2009 .....	388



18.6.12	Resolución 01956 de 2008 .....	389
18.6.13	Reglamento estudiantil de la Universidad de Antioquia .....	389
18.6.14	Plan de desarrollo de la universidad .....	389
<b>18.7</b>	<b>Ámbito donde se desarrolla el proyecto .....</b>	<b>390</b>
<b>18.8</b>	<b>Tipo de prevención .....</b>	<b>391</b>
<b>18.9</b>	<b>Referentes teóricos .....</b>	<b>392</b>
18.9.1	Sustancias psicoactivas .....	392
18.9.2	Abuso .....	393
18.9.3	Dependencia o adicción .....	393
18.9.4	Conductas de riesgo asociadas .....	393
18.9.5	Promoción de la salud .....	393
18.9.6	Prevención de la enfermedad .....	394
<b>18.10</b>	<b>Antecedentes .....</b>	<b>394</b>
<b>18.11</b>	<b>Comunicación .....</b>	<b>396</b>
<b>18.12</b>	<b>Inventario de recursos .....</b>	<b>396</b>
18.12.1	Recursos humanos .....	396
18.12.2	Espacios .....	397
18.12.3	Material fungible .....	397
18.12.4	Productos comunicacionales .....	397
<b>18.13</b>	<b>Objetivos .....</b>	<b>397</b>
18.13.1	Objetivo general .....	397
18.13.2	Objetivos específicos .....	397
<b>18.14</b>	<b>Plan operativo programa de prevención de adicciones Universidad de Antioquia .....</b>	<b>398</b>
18.14.1	Componente diagnóstico .....	398
18.14.1.1	Objetivo específico .....	398
18.14.1.2	Indicador .....	398
18.14.1.3	Actividades y resultados .....	399
18.14.2	Componente de formación .....	399
18.14.2.1	Objetivo específico .....	399
18.14.2.2	Indicadores .....	399
18.14.2.3	Actividades y resultados .....	400
18.14.3	Componente orientación y asistencia .....	400
18.14.3.1	Objetivo específico .....	400
18.14.3.2	Indicador .....	401
18.14.3.3	Actividades y resultados .....	401
18.14.4	Componente comunicación .....	401
18.14.4.1	Objetivo específico .....	401
18.14.4.2	Indicador .....	401
18.14.4.3	Actividades y resultados .....	402
18.14.5	Componente redes de apoyo y remisión .....	402
18.14.5.1	Objetivo específico .....	402
18.14.5.2	Indicador .....	402
18.14.5.3	Actividades y resultados .....	403

18.14.6	Componente seguimiento y evaluación .....	403
18.14.6.1	Objetivo específico .....	403
18.14.6.2	Indicador .....	403
18.14.6.3	Actividades y resultados .....	404
18.14.7	Componente capacidad de respuesta .....	404
<b>18.15</b>	<b>Estrategias .....</b>	<b>404</b>
18.15.1	Estrategia 1: investigación .....	405
18.15.2	Estrategia 2: formación .....	405
18.15.3	Estrategia 3: orientación asistencia .....	405
18.15.4	Estrategia 4: comunicación .....	406
18.15.5	Plan de comunicaciones Prevención de Universidad de Antioquia .....	406
18.15.5.1	Objetivo general .....	406
18.15.5.2	Proceso: informativo .....	406
18.15.5.3	Proceso: educativo .....	407
18.15.5.4	Proceso: motivacional .....	408
18.15.6	Estrategia 5: redes de apoyo y remisión .....	408
18.15.7	Estrategia 6: seguimiento y evaluación .....	409
18.15.8	Estrategia 7: capacidad de respuesta .....	409
<b>18.16</b>	<b>Evaluación .....</b>	<b>409</b>
	<b>Referencias capítulos 17 y 18 .....</b>	<b>409</b>

# TABLAS

## CAPÍTULO 1:

Tabla 1. Estructura curricular .....	39
--------------------------------------	----

## CAPÍTULO 6:

Tabla 1. Estadísticos descriptivos características sociodemográficas (N=613) .....	99
Tabla 2. Edad media de los estudiantes de la muestra .....	99
Tabla 3. Situación de vivienda de los estudiantes durante los años de formación .....	100
Tabla 4. Situación económica de los estudiantes de la muestra .....	100
Tabla 5. Presencia de ansiedad en los estudiantes de la Funlam .....	101
Tabla 6. Presencia de depresión en los estudiantes de la Funlam .....	101
Tabla 7. Niveles de depresión en los estudiantes de la Funlam .....	101
Tabla 8. Niveles de ansiedad de los estudiantes de la Funlam .....	102
Tabla 9. Exposición a un programa formal de prevención al consumo de drogas antes de entrar a la universidad ..	103
Tabla 10. Frecuencia de exposición a información sobre consumo de drogas antes de entrar a la universidad ..	103
Tabla 11. Calidad de la información recibida sobre el consumo de drogas antes de entrar a la universidad ...	104
Tabla 12. Exposición a información sobre el consumo de drogas en la universidad .....	104
Tabla 13. Frecuencia de exposición a información sobre consumo de drogas en la universidad .....	104
Tabla 14. Calidad de la información recibida sobre el consumo de drogas en la universidad .....	105
Tabla 15. Exposición a un programa formal de prevención al consumo de drogas en la universidad .....	105
Tabla 16. Consumo de alcohol dentro de la Funlam .....	106
Tabla 17. Edad promedio de inicio de consumo de alcohol según sexo .....	106
Tabla 18. Prevalencia de consumo de alcohol de los estudiantes de la Funlam .....	106
Tabla 19. Prevalencia anual de consumo de alcohol de los estudiantes de la Funlam .....	107
Tabla 20. Prevalencia mensual de consumo de alcohol de los estudiantes de la Funlam .....	107
Tabla 21. Riesgo de problemas por beber según AUDIT .....	107
Tabla 22. Amigos o familiares que se emborrachan, según sexo .....	108

Tabla 23. Conducir un vehículo motorizado después de haber bebido .....	108
Tabla 24. Viajar en vehículo motorizado conducido por alguien bajo los efectos del alcohol .....	109
Tabla 25. Mezclar alcohol con bebidas energizantes .....	109
Tabla 26. ¿Ha recibido usted alguna vez en su vida algún tipo de tratamiento por abuso de alcohol o drogas? ..	110
Tabla 27. ¿Ha recibido usted en los últimos 12 meses algún tipo de tratamiento por abuso de alcohol o drogas? .....	110
Tabla 28. ¿Durante los últimos 12 meses, ha sentido usted la necesidad de recibir algún tipo de ayuda o tratamiento para disminuir o dejar de consumir alcohol o drogas? .....	111
Tabla 29. Opinión sobre si la Funlam debe abordar un programa de prevención al consumo de drogas, sistemático y permanente .....	111
Tabla 30. Opinión sobre la necesidad de una política universitaria específica para prevenir el consumo de drogas entre los estudiantes universitarios .....	112
Tabla 31. Opinión sobre si la política debe incluir el tema del alcohol .....	112
Tabla 32. Riesgo de problemas de alcohol (AUDIT) según sexo .....	113
Tabla 33. Riesgo de problemas de alcohol (AUDIT) según grupos de edad .....	113
Tabla 34. Percepción de riesgo sobre el consumo de alcohol según grupos de edad .....	114
Tabla 35. Riesgo de problemas por el consumo de alcohol (AUDIT) y edad de inicio en el consumo .....	114
Tabla 36. Percepción de riesgo sobre consumo de alcohol y AUDIT .....	115
Tabla 37. Riesgo de problemas por el consumo de alcohol (AUDIT) y situación de convivencia mientras estudian .....	116
Tabla 38. Riesgo de problemas por el consumo de alcohol (AUDIT) y estabilidad en la carrera .....	117
Tabla 39. Riesgo de problemas por el consumo de alcohol (AUDIT) y satisfacción con lo que está estudiando ..	117
Tabla 40. Riesgo de problemas por el consumo de alcohol (AUDIT) y rendimiento académico .....	118
Tabla 41. Riesgo de problemas por el consumo de alcohol (AUDIT) y percepción sobre futuro profesional ....	119
Tabla 42. Riesgo de problemas por el consumo de alcohol (AUDIT) y frecuencia con que recibió información sobre el consumo de drogas antes de entrar a la universidad .....	120
Tabla 43. Riesgo de problemas por el consumo de alcohol (AUDIT) y calidad de información recibida sobre el consumo de drogas antes de entrar a la universidad .....	120
Tabla 44. Riesgo de problemas por el consumo de alcohol (AUDIT) y haber estado expuesto a un programa formal de prevención al consumo de drogas antes de entrar a la universidad .....	121
Tabla 45. Riesgo de problemas por el consumo de alcohol (AUDIT) y haber recibido información sobre consumo de drogas en la universidad .....	121
Tabla 46. Riesgo de problemas por el consumo de alcohol (AUDIT) y frecuencia de información recibida sobre consumo de drogas en la universidad .....	122
Tabla 47. Riesgo de problemas por el consumo de alcohol (AUDIT) y calidad de la información recibida sobre consumo de drogas en la universidad .....	122
Tabla 48. Riesgo de problemas por el consumo de alcohol (AUDIT) y exposición a un programa formal de prevención al consumo de drogas en la universidad .....	123
Tabla 49. Riesgo de problemas por el consumo de alcohol (AUDIT) y depresión .....	123
Tabla 50. Riesgo de problemas por el consumo de alcohol (AUDIT) y ansiedad .....	124
Tabla 51. Regresión logística multivariada para la probabilidad de presentar consumo perjudicial en estudiantes universitarios. Colombia, 2012 .....	125

## **CAPÍTULO 10:**

Tabla 1. Encuesta para estudiantes .....	204
Tabla 2. Encuesta con 35 ítems .....	211

## **CAPÍTULO 14:**

Tabla 1. Metas del programa de prevención .....	304
---	-----

## **CAPÍTULO 15:**

Tabla 1. Conceptualización y operacionalización de variables utilizadas .....	314
Tabla 2. Prevalencia de consumo de droga en la población estudiantil .....	316
Tabla 3. Incidencia de consumo de droga en la población estudiantil .....	317
Tabla 4. Percepción de consumo de droga dentro de la población universitaria, según encuestados .....	318
Tabla 5. Percepción del nivel de riesgos de consumo de drogas .....	320

## **CAPÍTULO 16:**

Tabla 1. Objetivos y estrategias .....	337
Tabla 2. Metas .....	337
Tabla 3. Evaluación .....	339

## **CAPÍTULO 17:**

Tabla 1. Distribución de la muestra, según sexo .....	355
Tabla 2. Distribución de la muestra según edad, escala de depresión y ansiedad .....	356
Tabla 3. Indicadores de consumo de alcohol, según sexo .....	357
Tabla 4. Indicadores de consumo de alcohol, según edad .....	357
Tabla 5. Edad de inicio de consumo de alcohol, según sexo .....	358
Tabla 6. Indicadores de consumo de alcohol, según escala de ansiedad .....	358
Tabla 7. Indicadores de consumo de alcohol, según escala de depresión .....	358
Tabla 8. Porcentaje de estudiantes con consumo riesgoso o perjudicial y dependencia de alcohol, según sexo .....	361
Tabla 9. Porcentaje de estudiantes con consumo riesgoso o perjudicial y dependencia de alcohol, según edad .....	361
Tabla 10. Porcentaje de estudiantes con consumo riesgoso o perjudicial y dependencia de alcohol, según ansiedad .....	361
Tabla 11. Porcentaje de estudiantes con consumo riesgoso o perjudicial y dependencia de alcohol, según depresión .....	362
Tabla 12. Indicadores de consumo de tabaco, según sexo .....	362
Tabla 13. Indicadores de consumo de tabaco, según edad .....	363
Tabla 14. Edad de inicio de consumo de tabaco, según sexo .....	363
Tabla 15. Indicadores de consumo de tabaco, según ansiedad .....	363
Tabla 16. Indicadores de consumo de tabaco, según depresión .....	364
Tabla 17. Indicadores de consumo de marihuana, según sexo .....	366
Tabla 18. Indicadores de consumo de marihuana, según edad .....	367
Tabla 19. Edad de inicio de consumo de marihuana, según sexo .....	367
Tabla 20. Indicadores de consumo de marihuana, según ansiedad .....	368
Tabla 21. Indicadores de consumo de marihuana, según depresión .....	368

## **CAPÍTULO 18:**

Tabla 1. Actividades y resultados componente Diagnóstico .....	399
Tabla 2. Actividades y resultados componente Formación .....	400
Tabla 3. Actividades y resultados componente Orientación y asistencia .....	401
Tabla 4. Actividades y resultados componente comunicación .....	402
Tabla 5. Actividades y resultados componente Redes de Apoyo y Remisión .....	403
Tabla 6. Actividades y resultados componente Seguimiento y Evaluación .....	404
Tabla 7. Actividades y resultados componente Capacidad de Respuesta .....	404
Tabla 8. Plan de comunicaciones, proceso Informativo .....	407
Tabla 9. Plan de comunicaciones, proceso Educativo .....	407
Tabla 10. Plan de comunicaciones, proceso Motivacional .....	408

# FIGURAS

## **CAPÍTULO 6:**

Figura 1. Distribución proporcional de la percepción del riesgo del consumo frecuente de alcohol según sexo .....	102
---	-----

## **CAPÍTULO 8:**

Figura 1. Flujograma para el abordaje del consumo de sustancias .....	156
---	-----

## **CAPÍTULO 9:**

Figura 7. La escalera .....	171
Figura 8. Concéntrese .....	173
Figura 9. Jugando aprendemos a cuidarnos .....	174
Figura 12. Probando el alcoholímetro .....	175

## **CAPÍTULO 10:**

Figura 1. Distribución de la participación en el test por carrera .....	208
Figura 2. ¿Qué edad tienes? .....	209
Figura 3. Distribución de la participación según género .....	209
Figura 4. Distribución de los años en la Universidad .....	210
Figura 5. Distribución porcentual de las valoraciones problemática consumo de drogas .....	212
Figura 6. Consumes drogas legales: cigarrillo-cerveza-alcohol .....	213
Figura 7. Tú consumes marihuana .....	213
Figura 8. Distribución porcentual de las valoraciones problemática adicciones no químicas .....	214
Figura 9. Distribución porcentual de las valoraciones problemática violencia en la Universidad .....	214
Figura 10. Distribución porcentual de las valoraciones problemática trastornos en la alimentación .....	215
Figura 11. Distribución porcentual de las valoraciones problemáticas sexuales .....	216
Figura 12. Distribución porcentual de las valoraciones problemática de salud mental .....	216

## CAPÍTULO 12:

Figura 1. ¿Has usado alguna vez drogas para relajarte o para aliviar la ansiedad? .....	254
Figura 2. ¿Te ha sucedido que usas más drogas de lo que tenías planeado? .....	254
Figura 3. Luego de estar usando drogas ¿te sientes culpable o arrepentido de lo que hiciste? .....	255
Figura 4. ¿Se ve afectada tu productividad por estar usando drogas? .....	255
Figura 5. ¿Fuiste acusado, conducido o detenido por cualquier situación o accidente relacionado con tu uso de drogas? .....	256
Figura 6. ¿Sientes que estás gastando mucho dinero en el consumo de drogas? .....	256
Figura 7. ¿Practicar juegos de azar para aliviar la tensión, la depresión o el aburrimiento? .....	257
Figura 8. ¿Utilizas más tiempo de lo planeado en el entretenimiento de los juegos de azar? .....	257
Figura 9. ¿Los juegos de azar te impiden socializar con tus amigos o familia? .....	258
Figura 10. ¿Juegas para llenar el vacío proveniente de la pérdida de una persona o relación importante en tu vida? .....	258
Figura 11. ¿Has cometido alguna vez fraude o robo para financiar tus juegos de azar? .....	259
Figura 12. ¿Has sido víctima de bullying (acoso) alguna vez en tu vida académica? .....	259
Figura 13. ¿Te han intimidado o maltratado alguna vez tus compañeros o compañeras de clase? .....	260
Figura 14. Si tu compañera o compañero de clase te intimida, ¿hablas con alguien de lo que te sucede? .....	260
Figura 15. ¿Con qué frecuencia mantienes relaciones sexuales? .....	261
Figura 16. ¿Has visitado un centro de salud u otro lugar para obtener servicios de salud reproductiva en los últimos tres meses? .....	261
Figura 17. ¿Alguna vez recibiste algo (dinero, comida, regalos, etc.) de alguien a cambio de sexo? .....	262
Figura 18. ¿Alguna vez tuviste relaciones sexuales con alguien que te forzaba físicamente a hacerlo, te lastimaba o te amenazaba? .....	262
Figura 19. ¿Tú o tu pareja se protegen cuando realizan alguna actividad sexual? .....	263
Figura 20. ¿Has tenido alguna vez una enfermedad por transmisión sexual?.....	263
Figura 21. ¿Tienes conocimientos sobre las enfermedades de transmisión sexual? .....	264
Figura 22. ¿Tienes hábitos alimenticios que son diferentes a los de tu familia y amigos? .....	264
Figura 23. ¿Te enojas cuando otros muestran interés en lo que comes y te presionan a que comas más? .....	265
Figura 24. ¿Pasas largos períodos sin comer (ayunos) o comiendo muy poco para controlar tu peso? .....	265
Figura 25. ¿Mantienes un peso que es considerado saludable acorde a tu estructura corporal, edad y altura? .....	266
Figura 26. ¿Tienes ataques incontrolables de ganas de comer durante los cuales ingieres grandes cantidades de comida y luego te induces el vómito .....	266
Figura 27. ¿Has tenido o has creído tener alguna vez un problema psicológico, psiquiátrico o de salud mental? .....	267
Figura 28. ¿Durante los últimos tres meses te has sentido deprimido y con angustia y no puedes salir adelante? .....	267
Figura 29. ¿Tu vida gira en torno a un mismo tema o idea? .....	268
Figura 30. ¿Has perdido el interés o disminuido el rendimiento en tus actividades habituales? .....	268
Figura 31. ¿Te encuentras desvalorizado, con baja autoestima? .....	269

## CAPÍTULO 13:

Figura 1. Uso de drogas para relajación o alivio de ansiedad .....	287
Figura 2. Indicadores del uso de drogas .....	288
Figura 3. Uso de juegos de azar .....	288
Figura 4. Indicadores de juegos de azar .....	289



Figura 5. Víctimas del bullying .....	289
Figura 6. Indicadores del acoso escolar .....	290
Figura 7. Frecuencia de las relaciones sexuales .....	290
Figura 8. Indicadores de relaciones sexuales .....	291
Figura 9. Alimentación diferente .....	292
Figura 10. Indicadores de trastornos alimenticios .....	292
Figura 11. Problemas de salud mental .....	293
Figura 12. Indicadores de salud mental .....	294

### **CAPÍTULO 17:**

Figura 1. Porcentaje de estudiantes que perciben gran riesgo de consumo frecuente de alcohol, según sexo ....	359
Figura 2. Porcentaje de estudiantes que perciben gran riesgo de consumo frecuente de alcohol, según edad .....	359
Figura 3. Porcentaje de estudiantes que perciben gran riesgo de consumo frecuente de alcohol, según escala de ansiedad .....	360
Figura 4. Porcentaje de estudiantes que perciben gran riesgo de consumo frecuente de alcohol, según escala de depresión .....	360
Figura 5. Porcentaje de estudiantes que perciben gran riesgo de consumo frecuente de tabaco, según sexo .....	364
Figura 6. Porcentaje de estudiantes que perciben gran riesgo de consumo frecuente de tabaco, según edad ....	365
Figura 7. Porcentaje de estudiantes que perciben gran riesgo de consumo frecuente de tabaco, según ansiedad .....	365
Figura 8. Porcentaje de estudiantes que perciben gran riesgo de consumo frecuente de tabaco, según depresión .....	366
Figura 9. Percepción de gran riesgo de consumo de marihuana, según sexo y uso .....	368
Figura 10. Percepción de gran riesgo de consumo de marihuana, según edad .....	369
Figura 11. Porcentaje de estudiantes con signos de abuso o dependencia de marihuana, respecto de los consumidores del último año, según sexo .....	369
Figura 12. Porcentaje de estudiantes con signos de abuso o dependencia de marihuana, respecto de los consumidores del último año, según edad .....	370

### **CAPÍTULO 18:**

Figura 1. Formación .....	405
Figura 2. Comunicación .....	406

---

# PRESENTACIÓN

---

La universidad es un escenario en el que los jóvenes no solo encuentran una oferta fundamentalmente académica, orientada hacia la formación para el desempeño de una profesión, sino también un estatus social y una vida de relaciones.

La universidad es, ante todo, una institución social, espacio de confrontación y ebullición constante que busca la emergencia de imaginarios radicales; en ésta se cristalizan fuerzas instituyentes en las cuales los jóvenes buscan constituirse como sujetos protagónicos.

Quienes son recibidos en las aulas universitarias, en su mayoría, viven en una constante tensión provocada por la gran distancia que existe entre lo que socialmente se les exige (ser autónomos, competentes, participativos, exitosos) y lo que en realidad pueden alcanzar, a partir de las herramientas y escenarios económicos, sociales y culturales que en los últimos años se les han puesto de frente.

Según Burkey y Stephens (1999), citados por Camacho (2005), afirman que la etapa del desarrollo de la mayoría de estudiantes universitarios está caracterizada por aserciones de independencia, experimentación con nuevos comportamientos «adultos» y sentimientos de invulnerabilidad, lo que hace que la Universidad represente una transición hacia una anhelada libertad, pues en nuestro medio no se “controla” tanto a un universitario ya que se supone que tiene una mayor madurez y responsabilidad; aspectos todos estos que se pueden convertir en promotores de comportamientos de riesgo. En términos de Camacho (2005):

El adolescente o adulto joven es expuesto a diversidad de situaciones que le presentan la educación superior y la experiencia de la vida universitaria. Por esto, el ingreso y permanencia en la universidad se convierte en una etapa de búsqueda intelectual y crecimiento personal, que ofrece la posibilidad de moldear la identidad personal. Así entonces, aunque generalmente docentes e instituciones fomentan un desarrollo saludable, los universitarios pueden presentar una crisis de identidad que probablemente le origine serios problemas (desórdenes del comportamiento, violencia, rebeldía, lucha intergeneracional, consumo o abuso de alcohol y drogas, prácticas sexuales de riesgo con la consecuente aparición de problemas como los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual, el VIH/SIDA, la prostitución, entre otros) (p. 1).

El campus universitario puede aparecer entonces como un ambiente donde todo es posible y está permitido, mostrando el paso por la academia como una época donde todo es viable o realizable; panorama que requiere la implementación de programas de acompañamiento y prevención con los que se busque evitar la aparición de estas problemáticas.

El texto que se presenta aquí sistematiza las experiencias del proyecto “Diplomatura virtual en prevención de problemáticas psicosociales en el ámbito universitario con énfasis en adicciones”, auspiciado por el Centro Coordinador de la Investigación de la Federación Internacional de Universidades Católicas –FIUC–, en el que participaron las Universidades: Universidad Católica Luis Amigó (Colombia) a partir del reconocimiento como universidad que otorgó el Ministerio de Educación Nacional a la institución, el 10 de noviembre de 2016; Católica de Honduras Nuestra Señora Reina de la Paz; Católica de Costa Rica y Católica de Chile Cardenal Silva Henríquez.

En la primera parte del texto se da cuenta del proyecto, sus antecedentes, objetivos, metodología y actividades; una reseña sobre las instituciones participantes y una reflexión sobre los problemas psicosociales de los universitarios hoy. En la segunda parte, se presentan los resultados de las pesquisas desarrolladas por cada una de la Universidades participantes, para dar cuenta de las problemáticas psicosociales que más afectan a sus propias comunidades educativas y del programa de prevención diseñado para intervenir dichos problemas.

A continuación, se extiende al lector la invitación para que se adentre en el libro que acá se presenta, en el encontrará no solo la identificación de las problemáticas sociales que hoy se encuentran en las universidades, sino una orientación para contribuir a prevenirlas.

## Referencia

Camacho Acero, I. (2005). Consumo de alcohol en universitarios: relación funcional con los factores sociodemográficos, las expectativas y la ansiedad. *Acta Colombiana de Psicología*, 13, 91-119.

# CAPÍTULO 1

**PROYECTO DIPLOMATURA  
VIRTUAL EN PREVENCIÓN  
DE PROBLEMÁTICAS  
PSICOSOCIALES EN EL ÁMBITO  
UNIVERSITARIO CON ÉNFASIS  
EN ADICCIONES**

## 1.1 Antecedentes

La *Diplomatura en problemáticas psicosociales con énfasis en adicciones* es el resultado de dos proyectos de investigación e intervención que impulsó el Centro Coordinador de la Investigación de la Federación Internacional de Universidades Católicas (CCI / FIUC), en asocio con la Universidad Católica Luis Amigó - Funlam, de Medellín, Colombia.

El primer proyecto, denominado *Formación de formadores en prevención integral, mediante el desarrollo de estrategias de desarrollo humano y comunitario*, fue realizado desde el año 1999 hasta el 2002, con universidades centroamericanas, entre ellas la Pontificia Madre y Maestra -de República Dominicana- y la Católica de Honduras Nuestra Señora Reina de la Paz; contó además con la participación de las asociaciones *Proyecto Hombre*, de España, e *Intercambios*, de Argentina.

El segundo proyecto fue realizado entre los años 2005 y 2008; contó solo con la participación de las dos universidades anteriormente mencionadas y la Funlam y se enfocó a la formación de formadores para la promoción de la calidad de vida y la prevención de problemáticas psicosociales.

De ambos proyectos quedaron una serie de manuales, módulos y experiencias de capacitación mediante el uso de las tecnologías para la información y la comunicación (las TIC), que nos seducen a publicar la presente propuesta formativa, con el fin de beneficiar a otros colectivos universitarios y constituir una gran red de formadores en prevención integral que busque mejorar la calidad de vida de las comunidades universitarias; esto, enmarcado en el compromiso de la FIUC y de sus universidades asociadas, por contribuir al progreso del saber y la consecución de un mundo más justo y más humano por medio de la promoción, entre las instituciones católicas de enseñanza superior, de una reflexión colectiva sobre su misión y de la colaboración mutua y eficaz entre todas.

## 1.2 Justificación

Para encontrar justificación al proyecto de la diplomatura, se parte del siguiente interrogante: ¿Por qué una diplomatura de prevención de problemáticas psicosociales en el ámbito universitario?

La UNESCO, desde hace ya un poco más de dos décadas, ha insistido en la importancia de trabajar por la formación integral de los estudiantes universitarios, sugiriendo el diseño de currículos que ofrezcan un equilibrio entre el ser, el saber y el hacer; por tanto, la universidad católica más que cualquier otra, debe atender este llamado.

Constituye también una realidad, que al interior de las universidades se están presentando problemáticas entre sus estudiantes, relacionadas con el consumo/abuso de sustancias psicoactivas, la ludopatía, el embarazo temprano, las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA, la prostitución, la violencia entre pares y con docentes, y un sinnúmero de problemáticas psicosociales que ameritan su prevención e intervención.

Una de las alternativas para aportar soluciones a estos dos retos que actualmente se nos plantean, es la de formar formadores para la prevención y la intervención al interior de las universidades y crear redes de formadores y de jóvenes dinamizadores que nos ayuden con estas tareas. En consecuencia, se propuso una diplomatura que recogiera todo el aprendizaje obtenido en los proyectos anteriores, con unas características particulares, entre las que podemos destacar:

- » Ser el resultado de un trabajo investigativo participativo, donde las necesidades de formación son dadas por los participantes y demandas del contexto. Por ello, la indagación es un insumo básico para la acción.
- » La integralidad en la docencia, la investigación y la proyección social, de tal manera que el conocimiento se construye desde el grupo participante con procesos metodológicos interactivos y con la posibilidad de darle aplicabilidad a lo aprendido en su propia comunidad educativa.
- » Trabajar la pedagogía desde el enfoque social y problematizador para tener la posibilidad de centrarse en el desarrollo de las capacidades y potencialidades de cada persona, reconociendo el saber desde la realidad cultural.
- » Ser una construcción colectiva caracterizada por un verdadero arraigo social y en procura de obtener respuestas directas a las necesidades educativas y sociales en relación con la prevención integral.
- » Reconocerse como un proyecto de máxima flexibilidad, donde el conocimiento sea una expresión colectiva y cambiante, según las demandas del momento.
- » Tener orientación investigativa que permita trascender los conocimientos repetitivos por medio de la construcción de respuestas comunitarias reales, adecuadas al momento y la circunstancia.

## 1.3 Descripción

La *Diplomatura de prevención de problemáticas sociales en el ámbito universitario* se plantea como un proyecto educativo sistematizado, a partir de un proceso investigativo, pedagógico, participativo y comunitario, proponiendo una estructura curricular basada en experiencias, contenidos y estrategias de aprendizaje, desarrollados a partir de la validación de éstas por lo realizado en otros proyectos previos sobre la misma temática; buscando formar formadores que trabajen por la construcción de ambientes preventivos que beneficien a las comunidades universitarias participantes del proyecto.

## 1.4 Propósito de formación

Formar formadores para la prevención de problemáticas psicosociales en el ámbito universitario desde una perspectiva humanística, científica y técnica, que les permita gestionar procesos de transformación educativa y social en busca de mejorar la calidad de vida de la comunidad educativa.

El formando será entonces alguien capaz de proponer, ejecutar y evaluar proyectos de promoción de la calidad de vida y de prevenir las problemáticas psicosociales más frecuentes a las que se ven expuestos los estudiantes de la universidad de hoy, adecuados al contexto y al grupo social donde le corresponde actuar, buscando el desarrollo humano y la calidad de vida de la comunidad. Por ello, el formando enfatiza su proceso de aprendizaje en aspectos de investigación social, desarrollo humano, problemáticas sociales, trabajo comunitario y calidad de vida, tanto en sus aspectos teóricos como en el manejo metodológico y técnico.

## 1.5 Objetivos

- » Capacitar a equipos universitarios, conformados por docentes y discentes, como formadores para la prevención de problemáticas psicosociales, con capacidad de incidir positivamente en los estudiantes universitarios, promoviendo estilos de vida saludables, fortaleciendo los factores de protección y construyendo ambientes que favorezca la convivencia y el desarrollo humano.

- » Formar formadores de prevención de problemáticas psicosociales en el ámbito universitario, mediante un curso virtual online que les permita la apropiación de elementos teóricos, metodológicos y técnicos, para facilitar el diseño, desarrollo, implementación y evaluación de programas de prevención integral.
- » Construir en la acción, una propuesta de Programa de prevención de problemáticas psicosociales, en cada uno de los ámbitos donde los equipos universitarios de formación tienen su influencia, a partir de un ejercicio diagnóstico que dé cuenta de aquellas problemáticas que más afectan a su propia comunidad académica.

## 1.6 Perfiles del formando y del formador

Los procesos de formación se dieron bajo la intencionalidad de formar un formador como un ser “mediador- investigador”, capaz de desarrollar proyectos de indagación sistemática y reflexiva sobre la promoción de la calidad de vida y la prevención de problemáticas psicosociales en el ámbito universitario. El formador no transmite contenidos en el vacío, es un verdadero dialogante sobre problemas reales y concretos desde el contexto social en que se desarrolla el proceso de formación.

El formando debe sentir la necesidad de comprometerse con su propio proceso formativo, con sentido de responsabilidad personal y social, y asumiéndolo como medio para adquirir no solo desarrollo intelectual, sino también actitudinal, capaz de configurar su propia identidad como persona y como sujeto social activo. Él debe ser el protagonista activo de su propio desarrollo, debe entender el significado del aprender haciendo, del aprender a convivir y el aprender a ser persona, pues su actividad formadora no se limita a repetir y copiar, sino a escuchar, pensar, reflexionar y actuar por medio de la práctica social.

Un formando en el *Programa de formación de formadores de prevención de problemáticas psicosociales* debe comprender la importancia de los procesos de humanización. Pero, además de desarrollar interés por la formación humana, debe tener capacidades para la reflexión, evaluación, innovación, observación, liderazgo y organización. Su formación debe ser un ejercicio verdaderamente ético, en el sentido que sus decisiones sean responsables, respaldadas por un conocimiento cada vez más sólido y una preparación cada vez más idónea.



El formando debe asumir dentro su proceso formativo un trabajo pedagógico- comunitario para que sea una experiencia de aprendizaje, logrando procesos de conceptualización teórica y metodológica necesarios para la transformación de su comunidad. Por lo tanto, la esencia de su aprendizaje es ser un autodidacta porque aprende desde sus propias búsquedas, sin desconocer las mediaciones que le ofrecen su formador y su contexto social.

El papel del formador de formadores es generar un trabajo que guíe hacia la búsqueda de respuestas que enfrenta el formando en su acción cotidiana. El programa de formadores es una formación cooperativa solidaria, donde todos comparten las experiencias de trabajo y donde se recupera la práctica como un espacio de reflexión crítica y de aprendizajes significativos.

El formador de un programa de Formación de formadores de prevención de problemáticas psicosociales juega un papel absolutamente importante; debe saber fomentar la participación e interacción apoyándose en estrategias metodológicas innovadoras, convirtiendo el aprendizaje en un proceso de construcción personal y colectivo, creando espacios de reflexión y confrontación de los saberes y orientando los conocimientos mediante aplicaciones prácticas y experiencias pedagógicas, contrarias a la pasividad, el dogmatismo o al memorismo.

Su capacidad pedagógica debe estar en ofrecer una adecuada mediación para que el formando aprenda a aprender, por medio de la investigación, la teorización y la reflexión de su propia experiencia. El formador debe saber comunicar su saber y, sobre todo, debe saber motivar la búsqueda de conocimientos en los participantes, posibilitando aprendizajes significativos. Su aptitud abierta y respetuosa por la opinión de los demás y por sus saberes, serán garantía y ejemplo para el grupo de formandos.

## 1.7 Estrategias metodológicas: técnicas pedagógicas y ayudas didácticas

Para el desarrollo de la diplomatura se propusieron estrategias metodológicas interactivas que garantizaban una comprensión y una mirada crítica de las realidades particulares desde la acción.

Estas estrategias estuvieron intencionadas desde un enfoque pedagógico constructivista social, que a la vez facilitó el aprendizaje de cada uno de los temas propuestos. Para ello, se contó con un sólido material bibliográfico, producto de los proyectos anteriores desarrollados con la FIUC, ya mencionados anteriormente, y ayudas didácticas compresibles para el grupo de formadores que participaron en la diplomatura,

elementos todos aportados mediante tecnologías para la comunicación y la información, específicamente usando la plataforma educativa virtual DICOM, la cual es de desarrollo y propiedad de la Universidad Católica Luis Amigó y es operada y administrada por el Departamento de Informática de dicha Institución.

La Diplomatura, por tanto, estuvo apoyada en metodologías virtuales, lo cual se inserta dentro de los lineamientos planteados por la UNESCO (1998) en cuanto a desarrollar modelos de auto aprendizaje y procesos sustentados en las telecomunicaciones, redes computacionales y multimedia, que permitan compartir y crear conocimientos más allá de las fronteras geográficamente convencionales. La metodología propuesta incorporó elementos básicos de un proceso de enseñanza-aprendizaje online de alta calidad. Este entorno virtual diseñado por la Funlam, permitió al alumno el estudio sistemático, autónomo y flexible, en permanente comunicación con su tutor telemático, con los demás compañeros del curso y con los docentes de la Diplomatura.

Todo el programa fue virtual, incluyendo las evaluaciones, con excepción de las prácticas que fueron presenciales y en los propios contextos donde los formandos desarrollan sus actividades, es decir, las propias universidades.

Para el normal y adecuado funcionamiento del proceso formativo, el participante de esta iniciativa requirió contar con conocimientos básicos del entorno Windows e Internet y con un equipo de cómputo con conexión a la Red para acceder a la plataforma educativa DICOM, descargar sus tareas, consultas, enlaces y demás, para el envío de sus informes, documentos, avances y para el intercambio de la comunicación con el docente y entre los estudiantes, de manera colaborativa.

### ***Técnicas pedagógicas***

Las técnicas utilizadas en el desarrollo del curso estuvieron definidas como técnicas interactivas, donde el aprender haciendo juntos, permitió lograr aprendizajes significativos.

Entre las múltiples técnicas utilizadas en el desarrollo de este currículo tenemos: construcciones teóricas colectivas, reflexiones en grupo, debates, foros, análisis de videos, lecturas, elaboración de informes de lectura, trabajos escritos, talleres, conversatorios e interlocución con expertos y encuentros entre los integrantes de la red local de formadores.

## 1.8 Campos de formación del programa formación de formadores

El *Programa formación de formadores* trabajó con tres campos, que englobaron los conocimientos, aptitudes y destrezas que se pretendieron desarrollar: campo de formación humanista, campo de formación específica y campo de formación investigativo.

- » *Campo de formación humanista:* revisa las problemáticas psicosociales en el ámbito universitario.
- » *Campo de formación específica:* desarrolla todas las competencias para el diseño, desarrollo, implementación y evaluación de programas de prevención integral.
- » *Campo de formación investigativa:* se ubica en este campo la construcción de conocimiento a partir de procesos investigativos, donde las problemáticas psicosociales develan realidades y los procesos de teorización y sistematización abren nuevos horizontes a la intervención. En este campo se sitúa el núcleo temático de investigación sobre las diferentes problemáticas que afectan la calidad de vida de los estudiantes universitarios.

## 1.9 Duración

Este proyecto tuvo una duración de dos años (24 meses). Fue realizado entre los meses de febrero de 2012 y febrero de 2014. La estructura del programa de formación se constituyó en unidades temáticas, muchas de ellas con un componente práctico. Cada unidad temática fue desarrollada en el transcurso de cuatro semanas. Y a cada una de ellas el estudiante le dedicó **seis** horas semanales -24 horas mensuales-; y fueron acompañadas todo el tiempo por un docente/tutor mediante la plataforma DICOM con foros, chats y correos electrónicos.

## 1.10 Beneficiarios

Los beneficiarios del proyecto fueron profesionales, docentes y estudiantes, vinculados a las Instituciones de Educación Superior adscritas a la FIUC, que se matricularon en la Diplomatura y con los cuales se conformó una red de formadores de promoción de la calidad de vida y prevención de problemáticas psicosociales en el ámbito universitario y una red de dinamizadores en prevención integral dentro de las Instituciones.

- » Participaron en total 160 personas. Las Instituciones convocadas fueron:
- » Universidad Católica de Honduras “Nuestra Señora Reina de la Paz” (Honduras)
- » Universidad Católica de Costa Rica (Costa Rica)
- » Universidad Católica Cardenal Silva Henríquez (Chile)
- » Universidad Católica Luis Amigó (Colombia)

## 1.11 Impacto social esperado

- » Promover desde la universidad católica, la búsqueda de soluciones a las diferentes problemáticas psicosociales que afectan a los estudiantes universitarios de hoy.
- » Lograr que los equipos universitarios de Formación en Prevención Integral se empoderen de estrategias que les permitan aportar al mejoramiento de la calidad de vida individual y colectiva de los estudiantes de sus propias instituciones.
- » Dejar en las Universidades participantes las bases y fundamentos metodológicos de los Programas de Prevención Integral, para que el proyecto persista más allá de su duración prevista, siempre desde la perspectiva del co-desarrollo.
- » Estimular y fomentar en las universidades su participación en la solución de las problemáticas que más afectan la calidad de vida de su comunidad educativa.
- » Divulgar el espíritu de cooperación y colaboración de la Federación Internacional de Universidades Católicas mediante la acción realizada por las instituciones participantes del proyecto.

## 1.12 Responsabilidades operacionales

En la organización del proyecto, la FIUC asumió funciones de gestión y acompañamiento en la persona del director del Centro Coordinador de la Investigación, Señor Pedro Nel Medina Varón y su equipo, quien ante su retiro de la Institución fue sustituido por el Señor Nicolás Vergier. La administración y las tareas operativas del proyecto estuvieron a cargo de la Universidad Católica Luis Amigó y el equipo de trabajo conformado por:

- » Guillermo A. Castaño Pérez, coordinador local en la Funlam y coordinador regional del proyecto.
- » Gustavo Calderón Vallejo. Docente tutor del módulo de investigación.
- » Carolina Montoya Montoya. Docente tutora del módulo de prevención.
- » Gloria Esperanza Castañeda Gómez. Docente tutora del módulo problemáticas psicosociales.
- » Bernardo Hugo Arboleda Montoya. Docente tutor del módulo herramientas telemáticas.
- » Eliana Vásquez Vásquez. Docente tutora del módulo herramientas telemáticas.
- » Jenniffer Cortés Jiménez. Tutora telemática.

La FIUC, y más específicamente el Centro Coordinador de la Investigación (CCI), asumió la responsabilidad internacional de esta iniciativa y fue la responsable de conseguir la participación de las demás universidades. El papel del Centro Coordinador de la Investigación se expresó mediante los siguientes servicios:

- » Cuidado de las orientaciones del proyecto.
- » Coordinación internacional del proyecto.
- » Asesoría y monitoreo científico.
- » Gestión administrativa y financiera.
- » Evaluación de resultados.
- » Diseminación de resultados (transferencia de conocimientos y saber hacer).

En cada uno de los países y universidades participantes se nombró una coordinación local entre cuyas funciones estaba:

- » Acompañar el trabajo del grupo de estudiantes en cada Universidad.
- » Coordinar y dirigir el diseño y puesta en marcha del programa de prevención de problemáticas psicosociales en el ámbito universitario en su propia Institución y/o en los espacios comunitarios.
- » Coordinar y dirigir el desarrollo de la investigación sobre problemáticas psicosociales de los jóvenes universitarios de su propia Universidad y/o en las comunidades.
- » Coordinar y dirigir la publicación de los resultados del proyecto, que queda reflejados en un texto que incluye: un marco teórico sobre las problemáticas psicosociales que afectan a los estudiantes de su propia universidad o las comunidades participantes, los resultados de la investigación y el programa de prevención que proponen.
- » Servir de enlace entre la tutora telemática de la diplomatura y los estudiantes de ésta.

Las coordinaciones locales se nombran a continuación:

- » Universidad Católica Cardenal Silva Henríquez de Chile: Prof. Gonzalo Reyes Vidal; Prof. Héctor Segundo Concha San Martín.
- » Universidad Católica de Costa Rica: Msc María del Rocío Carro Salas; Msc Jorge Alberto Gamboa Barrantes.
- » Universidad Católica de Honduras “Nuestra Señora Reina de la Paz”: Msc Claudia Raudales de Napky; Sr. Orlando Betancourt.

## 1.13 Materiales

Los materiales que se tienen para el montaje de la Diplomatura, que son producto de los dos proyectos anteriores desarrollados con la FIUC, y que serán utilizados en las unidades temáticas son:

### 1. Serie Prevenir Juntos

- a. Manual N°. 1. Construyendo participación comunitaria.
- b. Manual N°. 2. Diseñemos juntos un programa de prevención integral.

- c. Manual N°. 3. Conceptos que construyen formación básica sobre farmacodependencia y alcoholismo.
- d. Manual N°. 4. Construcción participativa de materiales educativos: herramientas para la prevención integral.

## 2. Serie Formándonos en Prevención Integral

- a. Módulo N°. 1. Formando formadores.
- b. Módulo N°. 2. Prevención y desarrollo humano.
- c. Módulo N°. 3. Lo socioeducativo en la prevención integral.
- d. Módulo N°. 4. Investigación y problemáticas sociales.

- 3. Kit Educativo Universidades Preventivas: materiales de apoyo metodológico y conceptual para la formación de dinamizadores en promoción de la calidad de vida y la prevención de problemáticas psicosociales en el ámbito universitario.

Como material complementario se tienen los cursos *Estrategias y evaluación de programas de prevención* y el de investigación de la *Especialización en adicciones*, que ofrece la Funlam.

## **1.14 Estructura curricular de la diplomatura *prevención de problemáticas psicosociales en el ámbito universitario con énfasis en las adicciones***

La propuesta curricular desarrollada en la diplomatura virtual se presenta en la *Tabla Estructura Curricular*.

(ver página siguiente)

Tabla 1. Estructura curricular

Ejes problemáticos	Unidades temáticas	Créditos	Horas de acompañamiento docente	Horas de trabajo independiente del alumno	Total horas
Metodología para la educación virtual	Unidad 1: Metodología de la educación virtual. Unidad 2: Competencias para el manejo de la información.	1	12	36	48
Problemáticas psicosociales en el ámbito universitario	Unidad 1: Contexto universitario. Unidad 2: Consumo de drogas en universitarios. Unidad 3: Problemáticas sexuales en universitarios (VIH/ SIDA, ITS, acoso sexual, prostitución, embarazo temprano no deseado). Unidad 4: Dependencias no químicas en universitarios. Unidad 5: Violencia en la universidad (bulling y moving). Unidad 6: Salud mental en universitarios. Unidad 7: Anorexia/bulimia en la población universitaria.	4	48	144	192
Investigación de problemáticas psicosociales en el ámbito universitario	Unidad 1: Fundamentación epistemológica de la investigación (Tipos de estudio). Unidad 2: El proyecto de investigación y sus componentes principales. Unidad 3: Planteamiento del problema, antecedentes, justificación y objetivos, citas, referencias bibliográficas y derechos de autor. Unidad 4: Los referentes teóricos y conceptuales. Unidad 5: El diseño metodológico en un proyecto sobre problemáticas psicosociales. Unidad 6: La recolección y sistematización de la información. Unidad 7: Resultados, análisis y conclusiones. Unidad 8: Escribir para publicar–socialización virtual de resultados.	5	60	180	240
Prevención de problemáticas psicosociales en el ámbito universitario	Unidad 1: Conceptualización básica para abordar la prevención. Unidad 2: Situaciones de riesgo y situaciones protectoras en nuestras realidades. Unidad 3: Teorías y modelos explicativos en prevención. Unidad 4: Modalidades de intervención, escenarios, actores y manejo de estrategias para realizar una adecuada prevención de problemáticas sociales relevantes. Unidad 5: Ámbitos de actuación. Unidad 6: Planeación y diseño de un programa institucional de prevención integral.	4	48	144	192
Seguimiento y acompañamiento al desarrollo de la investigación, el diseño del programa de prevención y la publicación					
<b>TOTAL</b>	<b>23 Unidades</b>	<b>14 Créditos</b>	<b>168</b>	<b>504</b>	<b>672 Horas</b>

## Referencia

UNESCO. (1988). *World education report. Teachers and teaching in a changing world*. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.



# CAPÍTULO 2

## **INSTITUCIONES PARTICIPANTES**

## 2.1 Introducción

A continuación se describirá la información básica de las principales instituciones católicas participantes en lo formativo, investigativo e interventivo, incluyendo a la Federación de Universidades Católicas que fue la entidad financiadora y promotora del proyecto en el plano internacional. Se mencionan luego otras instituciones que si bien estuvieron vinculadas en el ámbito formativo del proyecto y fueron animadoras del mismo, no tenían compromiso con la producción para ser publicada.

## 2.2 Federación Internacional de Universidades Católicas – FIUC

Los inicios de la FIUC ocurrieron en 1924, cuando l'Università Cattolica del Sacro Cuore (Milán, Italia) y la Universidad Católica de Nimega (Nijmegen, Países Bajos) dieron el primer paso para acercar las universidades católicas, con el objetivo de tratar temas de interés común.

Tres años más tarde, en 1927, se reunieron en el Institut Catholique de París, representantes de catorce instituciones católicas. Pero fue solo después de la Segunda Guerra Mundial que el Fœderatio Universitatum Catholicarum se estableció plenamente. Creado por un decreto de la Santa Sede en 1948, fue reconocido por el Papa Pío XII en 1949, convirtiéndose en la Federación Internacional de Universidades Católicas (FIUC) en 1965.

Un momento decisivo en la historia de la FIUC se produjo en 1967, cuando fue reconocida por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), como una organización no gubernamental asociada con estatus consultivo.

El propósito de la Federación es contribuir al progreso del saber y a la creación de un mundo más justo y más humano, a la luz de la fe cristiana y gracias al espíritu del Evangelio (Federación de Universidades Católicas, 2015, p.1), mediante el cumplimiento de tres objetivos:

- » Promover entre las instituciones católicas de enseñanza superior y de investigación una reflexión colectiva sobre su misión, así como una colaboración eficaz.
- » Representar a las universidades católicas ante organizaciones y asociaciones internacionales y colaborar con ellas.

- » Contribuir al desarrollo de los estudios superiores católicos con la mirada puesta sobre todo en la calidad y el alcance del trabajo universitario, así como en una distribución apropiada de las instituciones en las diversas partes del mundo.

En la actualidad, la Federación se compone de unas 200 universidades e instituciones católicas de educación superior en el mundo, disponen de un secretariado permanente encargado de aplicar las orientaciones y las políticas definidas por la Asamblea General y las instancias administrativas. El Secretariado General, además de las tareas administrativas y de gestión de las actividades de la Federación, desarrolla funciones de animación, coordinación e información para el conjunto de los miembros y organismos o instituciones socias de la FIUC.

La FIUC es una organización abierta a la cooperación internacional, posee un estatuto consultivo y tiene presencia ante las siguientes organizaciones:

- » Organización de las Naciones Unidas (ONU), en Nueva York
- » Comisión Económica y Social (ECOSOC), en Viena
- » Comisión de los Derechos del Hombre, en Ginebra
- » Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), en París
- » Consejo de Europa en Estrasburgo, en Francia
- » Centro Católico Internacional de Cooperación con la UNESCO, en París

Asimismo, la FIUC colabora activamente con otras agrupaciones universitarias en los ámbitos nacional, regional y mundial.

### 2.2.1 El Centro Coordinador de la Investigación

El Centro Coordinador de la Investigación (CCI – FIUC) promueve y desarrolla la investigación universitaria concertada con cada una de sus instituciones miembro y se constituye en uno de los principales servicios que ofrece la Federación. Se encuentra consagrado a la promoción de la investigación interuniversitaria, según el espíritu de la cooperación internacional.

La historia del CCI es indisociable de la de la FIUC y es mediante dicho Centro que se dinamiza y crece la Federación, pues éste coordina la acción de investigadores procedentes de todas las culturas y de campos diversos, bajo el paradigma de ubicar al ser humano en el centro de las voluntades y los procesos, articulando en su misma esencia al hombre, al saber y al mundo de manera que sea más humano y más fraterno.

El CCI – FIUC forja en cada uno de sus proyectos su legitimidad de actor del desarrollo humano asociando universidad y sociedad mediante una preocupación permanente por hacer dialogar la ciencia y la fe, la excelencia académica y las transformaciones sociales, desde la perspectiva de una sociedad más abierta y más solidaria.

### 2.2.2 La FIUC en el tema de las toxicomanías

La Federación Internacional de Universidades Católicas (FIUC) viene obrando desde hace años a favor de un mejor conocimiento y comprensión de la problemática relativa a las toxicomanías. Su interés por estas cuestiones se debe a la convicción que las mismas suponen un problema humano enraizado en una compleja trama de factores económicos, sociales y políticos interrelacionados, cuyo estudio contribuye de igual manera a la comprensión de múltiples facetas de la sociedad. De esta forma, con la promoción de investigaciones centradas en las toxicomanías, la Federación permanece fiel a su divisa: *Sciat vt Serviat*.

Con base en esta convicción, la FIUC, por medio de su Centro Coordinador de la Investigación (CCI), ha promovido durante las últimas décadas proyectos que tratan directa o indirectamente la problemática de las toxicomanías, entre ellos: “Vivir juntos el desafío de las drogas”, “Cultura y uso/abuso de drogas en contextos asiáticos”, “Formación de formadores en prevención integral”, y “Laboratorio internacional de estudios sociales”.

La universidad católica, como parte de la comunidad, es igualmente un importante actor de la cuestión. A través del estudio e investigación rigurosos, el papel de la universidad consiste en profundizar el conocimiento de la naturaleza y las causas del fenómeno en contextos diversos, con el fin de encontrar estrategias que permitan hacerle frente.

El estudio más reciente en este campo fue realizado entre 2005 y 2008, con la colaboración de varias universidades católicas de América latina, Asia y Oriente próximo, bajo el título “Universidad y uso/abuso de droga. Estudios locales”. En este proyecto, los equipos de investigación de 10 países latinoamericanos y asiáticos se apoyaron en sus conocimientos y experiencias pasadas con el ánimo de llevar a cabo estudios locales cuyo objetivo era comprender las características locales de los fenómenos relativos a las toxicomanías, a fin de favorecer estrategias de intervención adecuadas, contribuyendo a que las personas concernidas se responsabilizaran de sus propias acciones.

Los resultados, conclusiones y recomendaciones de este proyecto de investigación fueron principalmente presentados en el encuentro internacional titulado «Contribución de los universitarios al debate público sobre drogas. De los estudios locales al intercambio internacional», que se celebró del 27 al 29 de abril de 2009 en Bangkok, (Tailandia). El encuentro constituyó una plataforma de intercambio para los investigadores participantes y los colaboradores invitados por la FIUC, permitiendo así ir más allá de los estudios locales y ofrecer una perspectiva internacional sobre la problemática. También contribuyó a identificar los medios que permitieran a los investigadores contribuir al debate público sobre drogas, así como establecer las bases necesarias para cooperar con las instituciones y los agentes que trabajan estas cuestiones. En el transcurso de los debates, se llegó a un consenso generalizado sobre la constatación del fracaso de las políticas represivas. Por encima de los aspectos sanitarios o socioeconómicos, figuraron en el corazón de los debates el respeto a la dignidad humana y los derechos humanos, que aparecieron como apuestas fundamentales para políticas de lucha contra las toxicomanías más eficaces y humanas.

Finalmente, se desarrolló entre los años 2010 y 2012 el proyecto «Análisis de las políticas y prácticas en el ámbito del uso y del abuso de las drogas», con la participación de un total de 9 universidades de América Latina, Asia y Oriente Medio; se examinaron diversos aspectos como son las drogas y el escenario institucional, los programas de salud, las percepciones en torno a las toxicomanías, las políticas vigentes, los derechos humanos, los recursos disponibles, convocando al cierre del proyecto, la conferencia internacional “La Universidad Católica en diálogo con los actores políticos y sociales, 25 años de investigación internacional en toxicomanías”.

Por último, se efectuaron miradas cruzadas sobre 5 temas clave realizadas en Lisboa, los días 25-27 de septiembre de 2013, en la Universidad Católica Portuguesa, con la colaboración del Observatorio Europeo de las Drogas.

## 2.3 Universidad Católica Luis Amigó (Colombia)

La Universidad Católica Luis Amigó, Funlam, fue creada y es dirigida por los Terciarios Capuchinos, congregación fundada en Valencia, España, en 1889, por el padre Luis Amigó y Ferrer, y aprobada en 1902 por la Santa Sede.

La Funlam es una institución de educación superior de carácter católico que cuenta, en la actualidad, con una sede principal ubicada en Medellín, y Centros Regionales en Bogotá, Montería, Manizales, Apartadó y Cali, por medio de los cuales proyecta su labor educativa a buena parte del territorio nacional.

Con 30 años de historia, la Universidad Católica Luis Amigó se ha posicionado como una Institución que ha sabido, gracias a su propuesta pedagógica, poner en marcha proyectos académicos con un enfoque eminentemente social, acorde con su propósito de formar seres humanos y profesionales con alta sensibilidad social y competencia académica, de manera que permitan con sus acciones y proyectos favorecer la calidad de vida de nuestra sociedad.

Con base en el humanismo cristiano ha podido abordar, desde la academia, la investigación y la proyección, diferentes problemáticas sociales, al tiempo que cualifica en diversos campos del saber a un buen número de estudiantes que ven en la Funlam una alternativa diferente en educación superior.

*La realización del ser humano, el compromiso que sabemos cumplir*, es la premisa que durante mucho tiempo se ha consolidado como la manera más objetiva de velar por la responsabilidad que implica formar hombres y mujeres íntegros.

Las diferentes Facultades, la Escuela de Posgrados y la Escuela Técnica agrupan la oferta en programas de extensión, técnicos, profesionales, especializaciones y maestrías, todos con el sello inconfundible de la excelencia, permeada por los valores éticos, cristianos y corporativos, que se ven sustentados en la Acreditación de Alta Calidad de varios programas emitida por el Ministerio de Educación Nacional y en la certificación otorgada por el Icontec en la norma NTC-ISO 9001:2008 que mide el Sistema de Gestión de la Calidad.

## 2.4 Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez (Chile)

La Universidad Católica Silva Henríquez, UCSH, es una institución privada sin fines de lucro, vinculada a la congregación salesiana fundada en el año 1982. Debe su nombre a la figura del Cardenal Raúl Silva Henríquez, obispo católico y salesiano de destacada trayectoria en la defensa de los derechos humanos durante la dictadura cívico-militar (1973-1989). La universidad es miembro de la Federación Internacional de Universidades Católicas (a la que se adscriben 196 instituciones de diversos países) y forma parte de IUS, entidad internacional que agrupa a 61 organizaciones educativas salesianas del mundo. Su misión es contribuir al desarrollo integral de sus estudiantes, especialmente de los jóvenes talentosos provenientes de sectores socialmente desfavorecidos, a partir del modelo de formación salesiano o sistema preventivo fundado en la razón, la religión y el amor.

La UCSH se encuentra acreditada institucionalmente por la Comisión Nacional de Acreditación (CNA). Es una universidad con vocación pública y responsable de las acciones que emprende. Su docencia, investigación y vinculación con el medio están orientadas hacia el conocimiento, protección y promoción de la juventud, la familia, la ecología humana y el bien común. Cuenta con cerca de 6.000 estudiantes en 22 carreras profesionales de pregrado, articulados en tres Facultades (Educación; Ciencias Sociales, Jurídicas y Administrativas; Ciencias Religiosas y Filosofía) y desarrolla cuatro programas de magíster (Educación, con 3 menciones; Intervención Social; Educación Religiosa; y Ciencias de la Actividad Física). La investigación científica de la UCSH se organiza en torno a los temas prioritarios ya señalados y promueve la publicación de artículos científicos en revistas indexadas. La universidad cuenta con 8 revistas científicas y una editorial (Ediciones UCSH).

En el área de vinculación con el medio, la UCSH ofrece a la comunidad diversos programas de formación continua, realiza capacitación laboral, asesorías técnicas y extensión cultural en cooperación con las unidades académicas de las distintas Facultades. En particular, el Centro de Estudios y Atención a la Comunidad (CEAC) de la Escuela de Psicología y la Clínica Jurídica de la Escuela de Derecho prestan servicios a la comunidad, principalmente en materias de mediación familiar, atención psicopedagógica y asistencia legal.

El marco actual de requerimientos que la sociedad hace a las Instituciones de Educación Superior tanto en el ámbito nacional como internacional, junto con las disposiciones de acreditación y estándares de calidad educativa, hacen cada vez más necesario explicitar la diferenciación de estas instituciones por intermedio de su potencialización identitaria. Históricamente, la UCSH ha reconocido tres ejes fundamen-

tales de exigencias al quehacer universitarios: calidad, identidad y viabilidad. La Universidad deber tener la preocupación permanente y en todo ámbito, de velar por el cumplimiento de estas tres exigencias; de lo contrario: si hay calidad junto con identidad, pero no viabilidad, se es irresponsable en la gestión institucional; y si hay calidad, pero sin identidad a pesar de que sea viable económicamente, se traicionan los principios fundantes de la institución; finalmente, si hay viabilidad, pero no calidad a pesar de que el proyecto sea identitario, el resultado es un engaño a la comunidad.

Los ejes en mención determinan el tipo de organización en la conducción de la Universidad, contando con tres Vicerrectorías: Académica; de Administración y Finanzas; y de Identidad y Desarrollo Estudiantil. Con esta estructura organizativa se busca potenciar las opciones del proyecto educativo en pro de una formación integral de la juventud ofreciendo, como se ha señalado, posibilidades de desarrollo profesional a quienes teniendo talento para la vida académica, encuentran las puertas cerradas en otros lugares.

Así, tanto su legado identitario plasmado en su misión, como sus opciones de desarrollo establecidas en su visión y plan de desarrollo estratégico 2012-2020, desafían a la Universidad en cada uno de sus ámbitos de acción como son: la formación de profesionales de excelencia comprometidos en la construcción de un Chile mejor; una investigación orientada a beneficiar desde la generación de conocimiento a los sectores más necesitados; y una vinculación con el medio comprometida con la promoción de los derechos humanos.

Para esto, la Universidad Católica Silva Henríquez se constituye como una comunidad abierta al diálogo, conformada por académicos, estudiantes y administrativos -creyentes y no creyentes-, que en conjunto buscan la verdad y cooperan mutuamente para el logro de la mayor calidad en sus tareas, en un ambiente de respeto y que promueve el desarrollo integral de todos y cada uno de sus miembros.

En síntesis, lo realizado responde al compromiso simultáneo con la calidad, con la identidad de la UCSH y con la responsabilidad, cuestión que constituye garantía frente a los estudiantes, a la comunidad y al país.



## 2.5 Universidad Católica de Honduras “Nuestra Señora Reina de la Paz” (Honduras)

Fundada por un grupo de profesionales católicos con la misión de garantizar la presencia del catolicismo en la educación superior de Honduras, la Universidad Católica de Honduras “Nuestra Señora Reina de la Paz”, UNICAH, forma desde 1993 profesionales en el grado de licenciatura, desde 1995 en el grado de maestría y desde 1997 en el grado de doctorado, combinando su currículo académico con un currículo de formación que tienen como sustento los lineamientos emanados de la Dirección de Educación Superior de Honduras y de la Excorde Ecclesie o Constitución Apostólica de las Universidades Católicas.

En sus veinte años, la UNICAH se ha expandido a diferentes ciudades del país, contando en la actualidad con el Campus Sagrado Corazón de Jesús en Tegucigalpa; San Pedro-San Pablo en San Pedro Sula; Dios Espíritu Santo en Choluteca; Santa Clara en Juticalpa; Jesús Sacramentado en Siguatepeque; San Isidro en La Ceiba; Santa Rosa de Lima en Santa Rosa de Copán; Santiago Apóstol en Danlí; San Jorge, Olanchito; el Campus de Espiritualidad El Tabor en Valle de Ángeles; y un campus corporativo, el Campus San José (Tegucigalpa), donde además de tener su sede las autoridades y ubicarse las oficinas centrales de Registro, Recursos Humanos, Contabilidad, Calidad y Contraloría, se desarrollan los postgrados.

Congruente con su esquema de enseñanza, la estructura organizativa de la UNICAH refleja los pilares en los que se sustenta la actividad universitaria, estableciéndose tres Vice-Rectorías: la Académica, la Administrativa y la de Pastoral, instancias que velan por el seguimiento de las directrices emanadas del Senado y Claustro Universitario, éste último presidido por su Eminencia El Cardenal Oscar Andrés Rodríguez Maradiaga, e integrado por las autoridades universitarias y obispos de las diócesis donde existen campus universitarios. En cada uno de los campus se replica la estructura organizativa central en las coordinaciones o direcciones académicas, administrativas y de pastoral, existiendo, adicionalmente, la capellanía universitaria.

La Filosofía Universitaria se cimienta en los valores; justicia, orden, paz, amor y verdad, los que se socializan con los diferentes miembros de la comunidad universitaria en los programas de inducción.

Como parte de la mística institucional, en la UNICAH se estila preparar murales con mensajes de formación, colocar símbolos, imágenes y cuadros religiosos e iniciar cada jornada y actividad con una oración que se entrega a los alumnos al ingresar a la universidad y se ubica en las paredes de las aulas: Oración de la Mañana y Oración de la Tarde (Hazme un Instrumento de la Paz, de San Francisco de Asís).

En el centro de las instalaciones físicas de cada campus se ubica una capilla, que permanece abierta para que los miembros de la comunidad universitaria puedan visitar El Santísimo y recibir la Eucaristía a diario. Dentro del Currículo de Formación, los estudiantes tienen la oportunidad de vivir la experiencia de un Seminario de Iniciación a la Vida Universitaria, un Seminario de Madurez Cristiana Básica y un Seminario de Iniciación a la Vida Profesional, todos retiros espirituales.

El Campus de Espiritualidad El Tabor – Las Tres Rosas y el Centro de La Divina Misericordia, construido específicamente para la comunidad universitaria, disponen de la infraestructura necesaria para los seminarios, obligando a los miembros de la comunidad a retirarse de la ciudad y de las exigencias que impone el trabajo, el estudio y la vida familiar y social. Cuenta además con un equipo de sacerdotes y religiosas con formación y experiencia en espiritualidad, que acompañan a los estudiantes durante los diferentes retiros, que son desarrollados por catedráticos y personal administrativo con la participación de las autoridades y miembros de la pastoral universitaria.

Los equipos de servidores comparten con los estudiantes testimonios y experiencias de vida. Adicionalmente, cada campus cuenta con los servicios de orientación y acompañamiento emocional ofrecidos por el Departamento de Bienestar Universitario, integrado por un cuerpo de Psicólogos.

Las clases sello: El Hombre Frente a la Vida y Doctrina Social de la Iglesia, están presentes en todos los programas de estudio en las licenciaturas e ingenierías. La clase de *Ética Profesional*, además, se imparte en los programas de maestría y especialidad, procurando recalcar en los estudiantes la importancia de asumir comportamientos basados en principios y valores que marquen una diferencia en su ejercicio profesional. Todos los estudiantes del pregrado realizan servicios comunitarios como requisito para concluir su pénsum académico.

La UNICAH se ha distinguido desde sus inicios por brindar formación en el área de Calidad, graduando a todos los estudiantes del pregrado como Diplomados en Gestión de la Calidad Total. Los planes de estudio de maestría y doctorado incluyen también clases de Calidad, ofreciendo diplomados a instituciones y empresas.

Siguiendo la normativa ISO 9001:2008, la UNICAH establece indicadores que permiten a cada jefe de unidad evaluar en los diferentes procesos, los alcances de su gestión académica, administrativa y de pastoral, incluyendo los diferentes servicios.

La oferta académica incluye: Ingeniería (Ciencias Ambientales, Ciencias de la Computación, Civil, Industrial); Licenciaturas (Mercadotecnia, Administración de Empresas, Finanzas, Psicología, Relaciones Internacionales, Derecho, Arquitectura, Teología Pastoral, Doctor en Medicina y Cirugía, Doctor en Cirugía Dental); Maestrías (Administración de Empresas, Gestión de Proyectos, Gestión de la Calidad Total,

Economía y Finanzas, Relaciones Internacionales y Comercio Exterior, Gerencia de Servicios en Salud, Psicología, Ciencias Religiosas, Teología Espiritual, Creación y Gestión de Negocios, Administración de Organizaciones Microfinancieras); Especialidades (Endodoncia, Ortodoncia y Ortopedia Maxilofacial, Periodoncia); y PhD (Doctorado en Ciencias, con orientación en Ciencias Administrativas).

## 2.6 Universidad Católica de Costa Rica (Costa Rica)

La Universidad Católica de Costa Rica “Anselmo Llorente y Lafuente” es una institución de carácter privado, autorizada en su funcionamiento por acuerdo del Artículo Segundo de la sesión N°. 217-93 del 27 de mayo de 1993 del Consejo Nacional de Enseñanza Superior Universitaria Privada (CONESUP). Se encuentra regida por la Ley N°. 6693 de ese Consejo y por su Reglamento, así como por las disposiciones legales vigentes y lo que prescribe el presente Estatuto Orgánico.

El nombre de la Universidad Católica de Costa Rica “Anselmo Llorente y Lafuente” responde al mandato expreso de sus fundadores, la Conferencia Episcopal de Costa Rica, a tenor del Canon 808 del Código de Derecho Canónico (1983). La razón de ser y finalidad primordial de la Universidad es lograr una presencia pública dialogante y constructiva del pensamiento cristiano en todos aquellos ámbitos del quehacer humano; esforzándose para ello en la libre investigación, en la enseñanza y en la formación integral de los estudiantes, de modo que lleguen a ser personas insignes por el saber y preparados para desempeñar responsablemente sus funciones en la sociedad desde una perspectiva de fe, sin oponer las verdades humanas y divinas.

Entra las carreras ofrecidas por la Universidad Católica de Costa Rica están: Administración de Empresas; Derecho; Educación Especial; Educación General Básica; Educación Preescolar; Educación Religiosa I y II Ciclo General Básica; Educación Religiosa III Ciclo y Diversificada; Enseñanza de las Ciencias; Enseñanza de los Estudios Sociales; Enseñanza de Matemáticas; Enseñanza del Español; Enseñanza del Inglés, Ingeniería de Sistemas; Orientación Educativa; Psicología. Ofrece también Maestrías en Psicología y Administración de Empresas.

## 2.7 Instituciones de Educación Superior no adscritas a la FIUC que hicieron parte del proyecto

Las instituciones adscritas a la Federación Internacional de Universidades Católicas (FIUC) que participaron en este proyecto, invitaron a otras entidades a hacer parte de dicha iniciativa, buscando el beneficio común que surge de la formación y del diagnóstico sobre las principales problemáticas psicosociales que afectaba a cada comunidad educativa, y diseñar y desarrollar un programa de prevención. Se obtuvo así la participación de:

Instituciones invitadas por la Universidad Católica Luis Amigó (Colombia):

- » Universidad de Antioquia
- » Politécnico Jaime Isaza Cadavid
- » Corporación Universitaria Minuto de Dios
- » Fundación Universitaria Claretiana
- » Institución Universitaria Salazar y Herrera
- » IDEARTES–Instituto De Artes (Colombia)
- » Centro de Atención y Rehabilitación en Salud mental de Antioquia –ESE CARISMA-
- » Comité de Prevención de Drogas de la Secretaría de Salud del Municipio de Medellín
- » Comité Departamental de Prevención en Drogas de Antioquia
- » Corporación Colombo Suiza

Institución invitada por la Universidad Católica de Costa Rica Anselmo Llorente y Lafuente (Costa Rica):

- » Universidad La Salle
- » Instituciones invitadas por la Universidad Católica Cardenal Silva Henríquez (Chile):
- » Fundación Don Bosco
- » Universidad Austral de Chile
- » Universidad de Santiago

- » Universidad Salesiana de Chile
- » Institución invitada por la Universidad Católica De Honduras (Honduras):
- » Universidad Pedagógica Nacional Francisco Morazán

## Referencia

Federación de Universidades Católicas, (2015). Estatutos de la Federación de Universidades Católicas. Paris: FIUC. Recuperado de: <http://fiuc.org/w/cms/Statutes/estatutos.pdf>

# CAPÍTULO 3

## LOS PROBLEMAS PSICOSOCIALES DE LOS UNIVERSITARIOS HOY<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Este capítulo recoge aportes de los trabajos realizados en el marco de la "Diplomatura virtual en prevención de problemáticas psicosociales con énfasis en adicciones", por los participantes de la cohorte 1 de la Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez, entre los que se cuentan estudiantes, profesionales, académicos y directivos. Los colaboradores son Cristian Castillo F., Karen Cravero B., Evelyn Garlick P., Ana María González F., Ruth Lizana I.; Yanina Moyano S., Verónica Musre H., Cristián Rodríguez A., Cristián Salvadores M., Claudio Silva Ll., y Luis Vivar R.

Actualmente en Chile, la transición de las y los jóvenes de la enseñanza secundaria a la educación superior representa un desafío para las universidades. Al respecto, la adaptación a la vida universitaria se entiende como parte de una nueva etapa, que conlleva en forma ineludible cambios significativos para el o la joven, así como para la universidad que lo recibe. De esta forma, las instituciones se han visto interpeladas frente a las características, prácticas y realidad de quienes ingresan a su formación profesional.

Para establecer los desafíos de esta necesaria y compleja adaptación mutua estudiante – universidad, resulta necesario y útil asumir una perspectiva psicosocial en el análisis, que permita un acercamiento de carácter relacional a las diversas problemáticas y, con esto, visibilice el conocimiento desde la perspectiva de los jóvenes. En efecto, el término de problemático alude a la particularidad de esta adaptación y al desajuste de las expectativas entre quienes participan de la negociación de sentidos, significados y prácticas, que terminan siendo expresados bajo diferentes modalidades que resultan disruptivas para los propios jóvenes y para quienes conforman con ellos el sistema universitario, sus pares y familiares.

En este sentido, el presente capítulo da cuenta, desde el enfoque psicosocial, de las principales problemáticas que podemos encontrar en los universitarios hoy, a partir de una revisión bibliográfica de investigación teórica y empírica. Lo anterior debería facilitar el acercamiento y la comprensión del abordaje particular de cada una de las universidades participantes con respecto a sus procesos de investigación y al desarrollo de sus programas preventivos.

### 3.1 Contexto universitario: un abordaje psicosocial

En relación con el contexto universitario y el ser universitario, es necesario comenzar por distinguir conceptualmente las nociones de adolescencia y juventud. Al respecto.

*Los conceptos de adolescencia y juventud corresponden a una construcción social, histórica, cultural y relacional, que a través de las diferentes épocas y procesos históricos y sociales han ido adquiriendo denotaciones y delimitaciones diferentes (Dávila, 2004, p. 86).*

Estamos por tanto, ante conceptos de límites no del todo puros; no obstante, la adolescencia se vincula más a la psicología y biología, mientras que la juventud remite más a la matriz cultural propia de la antropología y la sociología (Dávila, 2004, p. 86).

La definición de la categoría juventud articula lo juvenil y lo cotidiano. Lo juvenil remite al proceso psicosocial de construcción de la identidad; mientras que lo cotidiano, al contexto de relaciones y prácticas sociales en las cuales dicho proceso se realiza, con anclaje en factores ecológicos, culturales y socioeconómicos. Esta mirada no solo permite ampliar la visión que se tiene sobre el actor y sus contextos de actuación, sino que además incluye la variable vida cotidiana que define la vivencia y experiencia del período juvenil.

Por otra parte es propicio señalar que:

Los fenómenos psicosociológicos que estudia la Psicología Social son por naturaleza una construcción colectiva, de grupos, de personas y que sólo existe por, para y dentro de la colectividad, y al mismo tiempo y en segundo lugar, hay que plantear que los fenómenos humanos que estudia la Psicología Social intervienen todos sobre los pensamientos, razonamientos y conductas del individuo (Bueno, 2005, p. 15).

En esta doble mediación se establece el fundamento y la base propia de la Psicología Social. Este híbrido permitió el surgimiento de la orientación psicosocial -entendida como la superación de la tensión entre lo psicológico y lo sociológico- y generó un movimiento progresivo de convergencia por parte de un sector de la comunidad que se aglutina en el desarrollo de la disciplina desde dicha orientación.

Es en este escenario, por ejemplo, en el que Moscovici (1984) propone como elemento estratégico el concepto de “interacción social” como unidad específica de la aproximación psicosocial. La interacción, concebida como la relación entre el individuo y la sociedad, se convierte en el elemento central que supera las limitaciones de lo puramente psicológico y lo sociológico.

Aquí “surge la posibilidad de centrar el objeto de la aproximación psicosocial en los procesos de interacción, entendidos no como objeto, sino como concepto que pone de manifiesto el carácter bidireccional de la relación entre el individuo y la sociedad” (Alvis, 2009, p. 2).

Una vez establecidos los conceptos de adolescencia, juventud y el abordaje psicosocial como propuesta de análisis, resulta necesario destacar que en nuestras universidades los estudiantes ingresan cada vez más jóvenes, probablemente sin contar con las condiciones emocionales, cognitivas, afectivas para enfrentar los desafíos y las exigencias sociales y académicas del mundo universitario.

Al respecto, si bien es cierto que adultos, adolescentes y niños vivimos en una sociedad de riesgo; para los jóvenes, precisamente por su condición de etapa de tránsito, en transformación, en construcción de identidades y conquista de la autonomía, las incertidumbres del momento actual representan mayores vulnerabilidades y riesgos, que conviene analizar en particular desde la vivencia de ser universitario.



La vivencia universitaria se refiere a las formas de relación que tienen lugar en el entramado social, cultural, académico, económico y político del ámbito universitario y que inciden en la manera de pensar y ser universitario. También incluye los modos de ocupación del espacio y las construcciones individuales y colectivas que se tejen en este entramado, así como las representaciones más frecuentes sobre ser y estar en la universidad. La vivencia universitaria está presente en la vida social de un sujeto que se siente parte de la universidad y es representado activamente en ella (Castañeda, 2008, p. 6).

Un estudiante se hace universitario en la dinámica establecida por los múltiples vínculos que tienen lugar en la universidad. Tanto en este escenario como en las relaciones, se construyen y se reconocen los sentidos para la vivencia; es por ello que el contexto histórico, cultural, social y lingüístico y los vínculos con los otros son los determinantes de las expresiones, las acciones y las modelaciones del ser universitario (Castañeda, 2008, p. 7).

Sin embargo, este tránsito de construcción de la identidad del universitario no está exento de dificultades y problemáticas. Un estudio realizado por Quesada (2004), citado por Cardona (2008), evidencia que los motivos más frecuentes de consulta psicológica de la población universitaria de Buenos Aires son: problemática social (dificultades para presentar exámenes y para conseguir empleo, y en las relaciones), problemática familiar (vínculos con los padres, entre padres y entre hermanos), problemática de pareja (dificultades para establecer y sostener vínculos), problemática con la sexualidad (inhibiciones y disfunciones), y síntomas somáticos (sin afecciones físicas sin causalidad orgánica).

En este ámbito de diversidad de vivencias referidas a lo universitario, definitorias en términos identitarios respecto de los jóvenes, abordaremos en este capítulo aquellas que resultan o pueden llegar a constituir una problemática psicosocial, visibilizando siempre que se trata de procesos relacionales de interacción.

## 3.2 Consumo de drogas en universitarios

El paso a la Universidad representa para muchos jóvenes una transición, hacia una anhelada independencia y libertad, pues en nuestro medio no se “controla” tanto a un universitario ya que se supone que este tiene una mayor madurez y responsabilidad (Castaño, 2008, p. 9).

En sintonía con este autor, Castañeda (2008, p. 9) indica que las personas al ingresar a la universidad adquieren un indiscutible grado de libertad, la cual puede ser mal interpretada o se adquiere con inmadurez e irresponsabilidad, lo que favorece que el consumo continúe y aumente. Para Camacho:

El adolescente o adulto joven es expuesto a diversidad de situaciones que le presentan la educación superior y la experiencia de la vida universitaria. Por esto, el ingreso y permanencia en la Universidad se convierte en una etapa de búsqueda intelectual y crecimiento personal, que ofrece la posibilidad de moldear la identidad personal (2005, como se citó en Castaño, 2008, p. 10).

Lo anterior puede llevar a que, a pesar de que las instituciones fomenten un desarrollo saludable, los universitarios pueden presentar una crisis de identidad que probablemente les origine serios problemas tales como los desórdenes del comportamiento, rebeldía, lucha intergeneracional, consumo o abuso de alcohol y drogas, entre otros.

En un sentido complementario, es posible resaltar la falta de habilidades sociales básicas por parte de los jóvenes que ingresan a la educación superior y su necesidad de aceptación como elementos que elevan la ansiedad social y pueden facilitar el consumo de drogas.

El campus universitario aparece entonces, para muchos, como un ambiente donde todo es posible y está permitido, mostrando el paso por la academia como una época donde todo es viable o realizable, incluso la experimentación con sustancias psicoactivas (Castaño, 2008, p. 10).

Ahora bien, nuestras concepciones morales, culturales, científicas y legales, siguen dificultándonos un consenso sobre la definición de qué es la droga; y son estas mismas concepciones las que van a determinar el tipo de discurso que manejamos y el tratamiento que les ofrecemos a los consumidores (Giraldo, 2012). En este sentido, si adherimos una aproximación psicosocial, deberíamos visibilizar en nuestra definición que las drogas son sustancias que por el placer que producen, inducen un consumo repetido que puede generar daños a nivel social, emocional o físico. Igualmente, es necesario relevar que los jóvenes establecen diferentes tipos de relación con la droga, mediados por sus propias concepciones.

Desde esta perspectiva, Botvin, G.J. & Botvin, E.M. (1992) consideran que los factores psicosociales que intervienen en el consumo de drogas son parte de la evolución normal del sujeto. Entre estos se cuenta la presión del grupo de pares en la adolescencia e inicios de la adultez emergente, etapas durante las cuales el grupo representa un “lugar seguro”, a la vez que una forma de protección del mundo adulto; igualmente, en este espacio los jóvenes tienen la oportunidad de descubrir la realidad fuera de la familia, que pasa a un plano secundario. En segundo lugar, se encuentra la conformidad, evidenciada como la clara dependencia que va adoptando el joven hasta llegar al punto de generar una conducta de resignación.

Como tercer elemento está el desarrollo cognitivo; diferentes habilidades cognitivas que va adquiriendo el joven le van permitiendo enfocar los problemas con nuevas posibilidades de solución, así como alternativas diferentes y aspectos normativos que le permiten transgredir la norma. En otras palabras, las pautas morales de los jóvenes son menos rígidas a la hora de manejar las categorías de bueno o malo.

Si a lo anterior agregamos que se encuentran en un período de formación de su identidad -proceso que los hace más conscientes de su imagen ante los demás-, nos encontramos con que los jóvenes pueden verse inducidos al consumo de drogas por mantener una imagen social determinada que se asemeje a la de sus pares.

Los antecedentes presentados aportan a comprender el fenómeno del consumo de drogas en universitarios desde una perspectiva integral, que contempla la necesidad de reconocer y comprender varias dimensiones: el sujeto universitario, el momento evolutivo por el que atraviesa, el entorno universitario y todas las representaciones que sobre éste se han construido social y familiarmente. En este contexto, es necesario comprender también las sustancias en sí mismas, teniendo en cuenta que las intervenciones a desarrollar no se hacen sobre sujetos aislados, sino también sobre entornos y ambientes en los que ellos se desenvuelven y en relación a las creencias sociales asociadas al consumo que allí se han construido.

Por otro lado, si bien es cierto que el consumo de drogas es una constante en la historia de la humanidad, esta práctica adquiere sentido y mayores niveles de nocividad según las épocas. Al respecto, en tiempos de globalización y neoliberalismo, la relativización de las relaciones por la vía de las tecnologías, de la incertidumbre, del mercado y el consumo como icono de la inclusión social, ubican al consumo de drogas en un lugar central que complejiza aún más su uso entre la población juvenil.

En aras de describir la vivencia del consumidor, podemos señalar que la urgencia por socializar es hoy, como en generaciones anteriores, quizá la primera motivación para la rumba o diversión universitario y el consabido consumo de licor y otras sustancias en ella. La socialización en la adolescencia, y en especial en la vida universitaria mediada por el consumo de sustancias, lleva implícita la necesidad de los jóvenes de pertenecer a un grupo, de hacerse a un lugar en este ámbito académico y de encontrar unos pares referentes con los cuales recorrer el camino de estudiantes; esto implica a su vez, vérselas con la necesidad de reconocimiento dentro de los grupos, así como mitigar la soledad y el miedo.

Facilitar el contacto social es una de las mayores motivaciones del consumo, pues en el marco del interés por la diversión y la adaptación a un grupo, el consumo de alcohol y otras drogas, por los efectos de desinhibición e hilaridad que muchas de ellas producen, genera una apertura comunicacional que aumenta momentáneamente las habilidades sociales.

Sin embargo, el consumo de drogas no es perjudicial únicamente por la sustancia en sí misma, sino además por la relación que el sujeto establece con ella, el significado que le otorga, el lugar que cumple y las funciones que supe, lo que representa el núcleo central del problema del uso indebido de las drogas y de su nocividad.

Para el caso de la vivencia universitaria, por ejemplo, uno de los elementos que se pone en juego con el consumo de drogas es la representación que han construido los jóvenes sobre lo que significa la vida universitaria y la cultura de pertenencia, en las que pueden incluir el consumo de alcohol. Ellos creen que es el lugar donde ya no tienen límites, donde todo es permitido; y los padres consideran que por haber llegado a la *U*, ya los jóvenes son “autónomos” y únicos responsables del cumplimiento académico y de lo comportamental. Estas dos representaciones propician que prácticas como las del consumo de drogas y alcohol se posicionen entre la población universitaria.

El cigarrillo, el licor y la marihuana, han sido las sustancias de mayor uso entre la población universitaria, a éstas se les han sumado unas, que otrora no eran tan usuales, como la cocaína, la heroína, las drogas de diseño, las bebidas energéticas y las benzodiacepinas. Cabe resaltar, que la legalidad del tabaco y del alcohol, hace más fácil el acceso y más legitimado el consumo entre los diferentes actores sociales.

Las bebidas alcohólicas entre los universitarios, además de ser asociadas con el placer, están relacionadas con la asunción de roles tipificados para la generación adulta que aparecen como soportes para la construcción de su identidad. Igualmente, la sensación de invulnerabilidad y omnipotencia propia de los adolescentes incide en la experimentación con las drogas; excederse en el consumo de licor, es bordear el límite, poner a prueba su sensación de inmortalidad y de esta manera, encontrar reconocimiento y aprobación social, es decir, ser incluido y valorado entre el grupo de pares.

La información sobre el consumo de drogas y alcohol no es desconocida por todos los jóvenes, sin embargo, puede llegar a ser desvalorada, le restan importancia, la retan desde su omnipotencia y sensación de invulnerabilidad; cuestión que desafía a desarrollar estrategias integrales de prevención, que sin omitir lo informativo, no se limite a ello.

### 3.3 Dependencias no químicas en universitarios

Podemos entender las adicciones comportamentales, adicciones conductuales, socio adicciones, adicciones sin drogas o adicciones psicológicas, como aquellas en las cuales se desarrolla un proceso adictivo sin que medie la ingestión de alguna sustancia y que se presentan asociadas a una determinada conducta o actividad (comer, jugar, sexo, comprar, internet) (Sánchez, 2010, p. 1).

La definición anterior hace necesario reformular lo que se entiende por adicción, teniendo en cuenta que el núcleo central de ésta no es la conducta implicada o la ingesta de una sustancia, sino el tipo de relación que la persona establece con ella.

Esto implica tener presente que toda actividad humana tiene la posibilidad de convertirse en un problema para el individuo y la sociedad, una vez que crece o aumenta hasta desalojar otras actividades más legítimas, destruyendo su armonía.

Actos que aunque en un principio pueden parecer inofensivos -como ver la televisión o entretenerse con videojuegos, participar en juegos de azar, o comprar, entre otros- pueden acarrear serios problemas cuando monopolizan la vida de las personas, quienes perdiendo la capacidad de controlar y entender que todo exceso resulta perjudicial, buscan satisfacer algunas necesidades, pasarla bien o tener nuevas sensaciones y emociones, entre otras. En definitiva, la libertad de la persona se ve fuertemente limitada por su patrón adictivo, que condiciona su vida cotidiana en todos sus ámbitos.

Lo señalado debe llevarnos a tener presente criterios de diferenciación entre los hábitos y la adicción comportamental, entre ellos: la pérdida de control, la fuerte dependencia psicológica, una pérdida del interés por otras actividades gratificantes e interferencia grave en la vida cotidiana (Sánchez, 2010).

Igualmente, Sánchez (2010) nos recuerda, siguiendo a Marks (1999), Goodman (2000) y Sánchez Bello (2003), que conviene tener en consideración los criterios de adicción aplicados a conductas impulsivas. Así, para distinguir los límites entre una conducta normal y otra adictiva, se establece que esta última es un patrón de conducta mal adaptativa que lleva a una incapacidad o distress clínicamente significativa, tal como se manifiesta por tres o más de los siguientes criterios que ocurren en un período de 12 meses:

1. Craving: excesiva preocupación y deseo intenso de satisfacer la necesidad de llevar a cabo la conducta adictiva.
  - a. Urgencia en comprometerse en una secuencia de conductas contraproducentes.
  - b. Mantenimiento de la tensión hasta que la secuencia sea completada.
  - c. Completada la secuencia, la tensión se alivia temporalmente.
  - d. Persistente deseo o esfuerzo sin éxito, para reducir o controlar la conducta.
2. Pérdida de control: dificultad para mantenerse abstinentes o incapacidad para detener una conducta una vez que ésta se ha iniciado.
3. Tolerancia: necesidad de aumentar (en frecuencia y cantidad) o intensificar la implicación en la conducta adictiva para conseguir el efecto original producido por la misma. Efecto marcadamente disminuido con una implicación continuada en la conducta al mismo nivel de intensidad.

4. Abstinencia: cambios fisiológicos o psicológicos posteriores a la discontinuación de la conducta. La conducta está comprometida a aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
5. Consecuencias negativas:
  - a. La conducta está comprometida en más tiempo, frecuencia, cantidad e intensidad de lo que el paciente espera.
  - b. Se invierte una gran cantidad de tiempo en actividades necesarias para la preparación y participación en la conducta o para recuperarse de sus efectos.
  - c. Importantes actividades sociales, ocupacionales o recreacionales han sido abandonadas o reducidas como consecuencia de la conducta.
6. Negación de las consecuencias: la conducta continúa a pesar del conocimiento de tener un problema físico o psicológico persistente y recurrente que probablemente ha sido causado o exacerbado por la misma conducta.

En el caso de los universitarios, nos encontramos ante un conjunto de hábitos que pueden agravarse al ser percibidos por ellos como parte del proceso de adaptación a la universidad. En efecto, ante un contexto que inicialmente puede resultar frustrante, los jóvenes pueden buscar gratificación aumentando aquellos patrones adaptativos que les han reportado placer en el pasado, los cuales otorgan además elementos para una conformación de una identidad positiva frente a sí mismos y sus pares. Cual sea la conducta adictiva que se desarrolle, dependerá a su vez de condicionantes culturales, familiares y psicológicos.

### 3.4 Problemáticas sexuales en el ámbito universitario

Desde lo psicosocial, el ejercicio de la formación y prevención en sexualidad requiere de una mirada integral (multifactorial) de los actores que participan en la comunidad educativa, de cara a orientar y mejorar las prácticas en consonancia con una mirada del bienestar.

En efecto, es necesario ampliar el concepto de sexualidad concibiendo que ésta es una dimensión fundante del ser humano como totalidad, no reducible a las relaciones sexuales o las prácticas que realiza, relevando el carácter relacional y trascendente de las mismas. Para Vallejo (2007, como se citó en Cardona, 2008), puede ser entendida como:

*Conciencia y vivencia de armonía y coherencia, (...) es una situación estructural que emerge del SER más que del ESTAR. (...) es la sintonía entre lo que se ES y lo que se HACE, entre lo que se ES y lo que se TIENE. Es una vivencia íntima que se da cuando lo que se ES determina lo que se HACE y condiciona lo que se TIENE. (...) Es el resultado natural de la identificación del proyecto de vida individual y el proyecto institucional de la organización donde el sujeto ejerce su actividad o trabajo (p. 10).*

De cara a comprender las problemáticas sexuales en el ámbito universitario, es necesario vincularlas con la acelerada vida en que se desenvuelven los jóvenes, que los expone a situaciones que si bien pueden ser placenteras, en ausencia de mediaciones y regulaciones, se vuelven riesgosas para la salud y la vida. En concreto, nos referimos a que la vida juvenil se da rodeada del exceso de trabajo propio y de los padres, escaso diálogo personal y auto cuidado, que llevan a los jóvenes a olvidarse de ellos mismos, de sus relaciones humanas y hasta de su propia intimidad. Así, la vida sexual pasa a ser vivida por los jóvenes como experiencia que poco tienen que ver con su integridad y sentido vital.

En este contexto, es necesario diferenciar las conductas de riesgo que son las que comprometen aspectos del desarrollo psicosocial o la supervivencia de la persona durante su desarrollo juvenil. En efecto, en ocasiones, se busca el peligro y las conductas que lo involucren, que son propias de los jóvenes que asumen cuotas de riesgo (no muy diferentes de los adultos) conscientes de ello y como parte del compromiso y la necesidad de un desarrollo enriquecido y más pleno (Cardona, 2008).

Existen muchas variables para comprender los riesgos de los jóvenes para su vida sexual; éstas van desde los problemas familiares hasta percepciones de la vida o de sí mismos como limitados, y la influencia de la tecnología y los medios masivos de comunicación, que generan deseos en forma casi compulsiva de tener más y más; se suma, una realidad con pocas posibilidades de empleo o crecimiento económico que aumentan la insatisfacción. Esta insatisfacción puede encontrarse en el fondo de las conductas compulsivas, de apego o adicción. Independientemente, la adicción es consecuencia de desórdenes bioquímicos, psicológicos o espirituales.

En este sentido, es importante resaltar que si bien hoy abunda la información, ésta no reemplaza a una formación integral, y de calidad, coherente con esta mirada. Al igual que en el consumo de cigarrillo, en el ámbito de la sexualidad, saber que algo es riesgoso no implica necesariamente dejar de hacerlo. Respecto del cómo se explican las conductas de riesgo, la voluntad de asumirlas forma parte del crecimiento y desarrollo de la población menor juvenil, cuestión que va de la mano con las mayores oportunidades

de tomar riesgos potencialmente dañinos para su vida adulta (trastornos alimenticios, sedentarismo, violencia) y universitaria (uso de psicoactivos, embarazos no deseados, facilismo para realizar trabajos académicos, consumismo, rebeldía ante la norma, promiscuidad), que evidencian un importante vacío existencial que lleva a establecer diversos mecanismos compensatorios.

## 3.5 Violencia en la universidad

La violencia se constituye como un problema en el que confluyen diversas dimensiones y factores de tipo social, económico, político y cultural que afectan a los individuos y al conjunto de la sociedad. Las universidades, como parte de un todo, no se escapan de esta realidad, dado que en sus espacios también se dan manifestaciones de violencia que involucran a los diferentes actores sociales.

Duque (2008) señala la diferenciación entre la agresividad y la violencia. La primera es definida como impulso inherente y estructurante a todos los sujetos, ésta a lo largo de la historia personal, se verá manifiesta de diversas formas en los distintos registros de la intersubjetividad. La violencia por su parte, es considerada como un exceso que va más allá del acto agresivo; definida por López (2002, en Duque 2008) es “un ejercicio de la fuerza física y/o psíquica, directa y/o indirecta, contra alguien, algunos o un colectivo, tal ejercicio tiene básicamente una intencionalidad, en muchos casos el ejercicio del poder en cualquiera de sus variantes” (p. 13).

La violencia, señala Duque (2008), es un paso al acto, su valoración es relativa, y por eso es necesario tener en cuenta el medio en el cual se desenvuelve, los discursos imperantes, los contextos en donde se desarrolla y las leyes que la regulan.

En cuanto a las manifestaciones violentas, éstas se presentan con diferentes matices e intensidad, pueden registrarse como odio y hostilidad, pueden presentarse en forma de burla, sarcasmo, ironía, insulto y caricatura; pueden derivarse en formas severas de sometimiento físico y psíquico que inhiben y bloquean por la amenaza que ostentan o por el daño o el desconocimiento que prometen.

Los conflictos universitarios pueden manifestarse de diversas maneras: en las disputas entre las diferentes instancias institucionales por el poder, el dominio y/o el reconocimiento; los diferentes actos violentos de los estudiantes en contra de las políticas institucionales, los desencuentros tras la diferencia entre los diversos grupos conformados al interior de la misma, los hechos individuales producidos como respuesta impulsiva a la diferencia, y que en muchos casos están relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, y a la flexibilidad en los sistemas de seguridad y control al interior de las instituciones.



Al hacer alusión a los factores desencadenantes en el ámbito institucional, cabe señalar la actual situación de contratación en las universidades, que ha llevado a la poca vinculación y al aumento de los docentes contratados solo para realizar sus cátedras, lo que limita su tiempo al cumplimiento de las funciones académicas, descartando con esto la posibilidad de establecer vínculos significativos con los estudiantes. Los docentes dentro de la universidad son los llamados a ser referentes de identificación, de modelamiento, más que ser transmisores de conceptos, son figuras de autoridad, ejemplos en el ejercicio, claves en la formación integral en la adquisición de valores y principios relacionados con el ejercicio profesional.

La relación entre docentes y estudiantes es fundamental en la adquisición del sentido de pertenencia que favorece el reconocimiento y la identificación de los estudiantes hacia su universidad; de manera que las relaciones cada vez más distantes, dificultan la vinculación necesaria para la incorporación de sus principios y funcionamiento. Si bien no puede asegurarse que este hecho tenga efectos en los actos violentos de los estudiantes, si puede considerarse que los vínculos en las universidades se van tornando cada vez más impersonales y superficiales, lo que afecta la apropiación y pertenencia necesarios para la valoración y el respeto al interior de las mismas.

Otros aspectos a tener en cuenta, propios de la violencia en los escenarios educativos, son: las carencias para la validación de estrategias de comunicación que favorezcan la libertad de expresión entre todos los estamentos, la ausencia en los modelos de identificación antes señalados, el resquebrajamiento en los referentes de autoridad, la incoherencia entre el discurso académico y el ejercicio de la democracia y la participación, la vulneración de los derechos de los estudiantes, por medio de actos impositivos y autoritarios, que invitan a la constante búsqueda de la emancipación que cuando no es bien argumentada por ausencia de recursos, lleva a actos violentos por medio de la subversión, la clandestinidad, el acto anónimo y las lesiones de orden físico y/o psicológico. Al no contar con una manera de transmisión basada en la identificación propia del vínculo, se acude a acciones coercitivas que generan inconformidad y represión (Duque, 2008, p. 21).

Lo anterior, remite al malestar que emerge ante la clandestinidad, el acto anónimo y las lesiones de orden físico y/o psicológico.

Como hemos podido apreciar, las interacciones entre la población universitaria están sujetas a diferentes formas de violencia y agresión, originadas en las relaciones de poder, la competencia por el conocimiento, la discriminación a la diversidad, las diferencias de género y generacionales, entre otras. Estas manifestaciones, algunas veces sutiles y en ocasiones severas o de mayor visibilidad, afectan el cumplimiento de los roles y las funciones que les corresponden a los actores institucionales en el proceso de formación profesional.

## 3.6 Salud mental en universitarios

Si entendemos, en sintonía con la OMS (2004), que la salud es no solamente la ausencia de enfermedad, y compartimos como objetivo que todas las personas alcancen el mejor nivel de salud posible, podemos interpretar que el compromiso con la salud mental no es ajeno al mundo universitario.

Así mismo, la salud mental no es solo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2004).

En relación con el paso del joven desde la educación secundaria a la educación superior, nos encontramos con un desfase potencialmente complejo en perspectiva de esta problemática de la salud mental. El rol del maestro y del alumno se ven modificados, producto del imaginario cultural que señala a los educandos de este nivel como seres con una personalidad definida y que como tales, cuentan con los recursos psicológicos para superar los ineludibles desencuentros que la existencia depara, que tienen un mapa claro de sus sueños en la vida, y que su vinculación a la academia tiene como objetivo solo la formación profesional en un saber específico. De esta manera, queda vedado el objetivo de la educación promovido en los otros ciclos educativos, que hace referencia a la formación integral de las personas (Agudelo, 2008).

El desfase entre lo que se es y lo que se debe hacer no tarda mucho en aparecer como síntoma. Deserción de la universidad, acompañada de oposición y rebeldía ante los padres como respuesta al rechazo que recibe por la decisión, mentiras sobre la realidad de la presencia en la academia, adicciones como supuesta salida y evasión, o depresión como efecto del no encuentro de una salida; son las respuestas más comunes frente a la realidad de responder a serias responsabilidades académicas; cuando desde el ser, la demanda se dirige aún al juego, a la vida en grupo de amigos, a la búsqueda de modelos identificatorios poco permanentes, a veces a la soledad y otras a la compañía, a la rebeldía, a los sueños todavía sin compromiso en la realidad; en fin: a vivir la adolescencia.

Agudelo (2008) destaca que uno de los afectos que con mayor frecuencia habita a la población universitaria, es un sentimiento de tristeza que trasciende las características propias de lo esperable. Éste puede presentarse en aquellos momentos de la vida de todas las personas donde no es extraño sentirse muy triste; por ejemplo, en situaciones de: desempleo, pérdida de la pareja, problemas familiares, dificultades económicas, problemas laborales, pérdida de un ser querido, entre otros; sin embargo, con el tiempo se vuelve a recobrar la manera de vivir acostumbrada.

La proliferación de tipologías y dinámicas familiares, de metas que no construyen un horizonte que permita soñar porque lo que se quiere se consigue de manera fácil, y las nuevas formas de vínculo, instalan muchas veces, una relación al otro de la pareja en la que se deposita gran parte de la carga de afecto, convirtiéndose así en el único escenario de sueños e ilusiones con relación a la ausencia de soledad, de sentirse en compañía. Una gran proporción de los motivos de consulta en los servicios psicológicos, se produce por el miedo producto de imaginarios o por la pérdida real del amor de pareja, de aquella persona que ha permitido la construcción de horizontes, el rescate de aquello que cada vez se ve más lejos en el pasado y que se sale de la lógica del tener para abastecer el ser. Horizontes contruidos bien sea por lo que en realidad el otro ofreció, o por lo que se imaginó le iba a ofrecer. Por ello, el sinsentido, la significativa degradación del deseo con relación a las demás cosas que puede ofrecer la vida; llegando con facilidad a la depresión, a causa del encuentro de frente con lo que la realidad devela: la soledad.

Por tanto, ideales como la existencia de Dios, la admiración por padres, maestros, sabios, grandes pensadores de la humanidad, llegan a su ocaso en una parte importante de los estudiantes universitarios hoy.

La relación con la academia tampoco es un aspecto que pueda convertirse en una compañía. La vinculación a ésta se establece más por la conveniencia, por la necesidad de un título para obtener un empleo. El deseo, la pasión por el saber y por el conocimiento es pobre. Se lee y memoriza para el examen, le llaman investigación a la tarea que se hace en un momento en la biblioteca. Se estudia con el objetivo de tener un título.

Queda así plasmada una invitación a trabajar por el rescate de lo subjetivo, a la no omisión de los componentes de la propia historia como factores determinantes de los trastornos, así evidencien una causa biológica. Es una invitación producto de la experiencia clínica con universitarios, muchos con destacados recursos cognitivos o intelectuales, que aun así habitan su propia vida con una gran fragilidad psíquica; razón por la cual requieren un apoyo que no consiste en un medicamento, sino en alguien que les escuche y acompañe en su sufrimiento, para así lograr una rectificación subjetiva (Agudelo, 2008).

## 3.7 Anorexia y bulimia en la universidad

Es posible afirmar que en relación con los trastornos alimenticios, los factores de riesgo identificados son: el ser mujer, en tanto presentan problemas dada la presión social que se ejerce sobre un cuerpo ideal; y el padecer ciertas enfermedades físicas y algunas situaciones de estrés y depresión como las dietas; lo que incide de forma preferente en el desarrollo de este problema.

Según Marín (2008), el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV –DSM IV- (American Psychological Association, 1992), ofrece una serie de criterios que le permiten al profesional de la salud identificar cuando una persona puede ser diagnosticada con anorexia y/o bulimia. Estos criterios diagnósticos incluyen, entre otros: rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla, miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal, alteración de la percepción del peso o la silueta corporal y exageración de su importancia en la autoevaluación del bajo peso corporal, presencia de atracones recurrentes, conductas compensatorias inapropiadas -de manera repetida, con el fin de no ganar peso- como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.

Se habla aquí de la anorexia y la bulimia como un continuo: anorexibulimia, puesto que la preocupación por el peso y una sobrevaloración de la silueta y la delgadez se presentan por igual en ambos trastornos, y quienes los padecen, en su mayoría, presentan simultáneamente una combinación de estos comportamientos.

Para López (2006, como se citó en Agudelo, 2008), la anorexia consiste:

En el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. La persona con este trastorno tiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla (p. 653).

La bulimia se caracteriza por “atracones y métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra exclusivamente influida por la silueta y el peso corporal” (López, 2002, como se citó en Agudelo, 2008, p. 660). El término atracón se refiere al consumo excesivo de alimentos en muy corto lapso de tiempo.

Sin embargo, señala Agudelo (2008), es indispensable considerar si el trastorno en la alimentación es el epicentro de lo patológico, o sería más bien consecuencia de la condición que en relación con la imagen y con la inalcanzable ilusión que pretender obtener el ideal de figura, inaugura en el psiquismo.

El núcleo de esta problemática, señala este autor, es la percepción de la imagen, que trae como consecuencia un trastorno alimentario. Por ello, es fundamental que los procesos de intervención no se reduzcan a pensar la relación con los alimentos, sino que incluyan también el análisis de la relación del individuo con su imagen y con lo que espera de los demás.

En el marco de la vida universitaria es frecuente encontrar trastornos alimenticios que van en la línea de la restricción de la ingesta, así como también relacionados con la sobreingesta. Por tanto, este fenómeno amerita mayor profundización e investigación en la población universitaria, con el fin de poder indagar e intervenir sobre los factores de riesgo y fortalecer los factores protectores en los estudiantes, incluyendo a futuro los problemas derivados del sobrepeso como parte del continuo de trastornos alimenticios.

### 3.8 **A modo de síntesis**

Al cerrar esta revisión de las problemáticas psicosociales que actualmente viven los estudiantes universitarios, nos encontramos ante un panorama amplio, heterogéneo y complejo, dentro del cual conviene destacar algunas ideas de cara a facilitar la comprensión y abordaje de los próximos capítulos de este libro.

En primer lugar, subrayar que la inserción y construcción de una vida universitaria significativa es, desde la perspectiva de los jóvenes, una compleja transición orientada a configurar una identidad positiva como estudiante universitario. Y la adaptación entendida desde un enfoque psicosocial, es un desafío visto como un proceso relacional que involucra al estudiante y la universidad; espacio en donde se hace relevante la apertura de mecanismos institucionales para conocer y dialogar con los jóvenes, lo que lleva a otorgar importancia a estar informados y actuar de cara a las principales problemáticas que emergen en este proceso.

Una segunda idea es que la perspectiva psicosocial nos provee de herramientas analíticas que posibilitan una comprensión relacional de las distintas dinámicas que se tornan problemáticas en este proceso y en este contexto; respondiendo, a su vez, a una concepción relacional del ser humano y optimista con respecto a sus posibilidades de generar adaptaciones favorables para sí mismo y su contexto.

Llevar a buen término el proceso formativo puede ser dificultoso. En efecto, las problemáticas psicosociales en el ámbito universitario se constituyen como tales desde la relación que los estudiantes desarrollan con determinadas prácticas, que vienen a configurar dinámicas recurrentes, que a su vez, se vuelven

intentos de adaptación poco atingentes al contexto universitario; con ello se genera sufrimiento, frustración para ellos mismos y sus familias, lo que redundará en fracaso académico y el consiguiente deterioro de sus proyectos de vida.

En este sentido, la perspectiva psicosocial que se ha descrito, debe orientar tanto la investigación como los programas de prevención que se implementen.

## Referencias

- Agudelo, D. (2008). *Módulo educativo. Trastornos psicológicos en estudiantes universitarios. Kit Educativo: universidades preventivas promoción de la calidad de vida*. Medellín: Funlam y FIUC. Recuperado de [http://virtual.Funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/repositorioarchivos/2012/03/mod12\\_transtornospsicol.1384.pdf](http://virtual.Funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/repositorioarchivos/2012/03/mod12_transtornospsicol.1384.pdf)
- Alvis, A. (2009): Aproximación teórica a la intervención psicosocial. *Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis»* N°17- junio. Recuperado de: <http://www.Funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/189/178>
- Botvin, G.J. & Botvin, E.M. (1992). Adolescent Tobacco, Alcohol and Drug Abuse: Prevention Strategies, Empirical Findings, and Assessment Issues. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13(4), 290-301.
- Bueno, J.R. (2005). *El proceso de ayuda en la intervención psicosocial*. Madrid: Editorial Popular S.A.
- Cardona, M. (2008). *Módulo educativo. Conductas de riesgo en la educación superior: un reto para bienestar universitario. Kit Educativo: universidades preventivas promoción de la calidad de vida*. Medellín: Funlam y FIUC. Recuperado de [http://virtual.Funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/repositorioarchivos/2012/03/mod6\\_conductasderiesgo.1381.pdf](http://virtual.Funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/repositorioarchivos/2012/03/mod6_conductasderiesgo.1381.pdf)
- Castañeda, G. (2008). Sentidos del consumo de sustancias psicoactivas en la vivencia en universitaria. *Revista Análisis*, 7, 87-94. Recuperado de <http://virtual.Funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/repositorioarchivos/2012/03/articulo%20revista%20 analisis.1369.pdf>
- Castaño Pérez, G. (2008). *Módulo educativo. Consumo de drogas en universitarios estrategias de actuación*. Medellín: Funlam y FIUC. Recuperado de [http://virtual.Funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/repositorioarchivos/2012/02/mod7\\_consumodedrogas.1285.pdf](http://virtual.Funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/repositorioarchivos/2012/02/mod7_consumodedrogas.1285.pdf)

Dávila, O. (2004). Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes. *Última Década*, (21), 83-104.

Duque, P. (2008). *Módulo educativo. Violencia en la universidad. Kit Educativo: universidades preventivas promoción de la calidad de vida*. Medellín: Funlam y FIUC. Recuperado de [http://virtual.Funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/repositorioarchivos/2012/03/mod8\\_violenciaenlauniversidad.1382.pdf](http://virtual.Funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/repositorioarchivos/2012/03/mod8_violenciaenlauniversidad.1382.pdf)

Giraldo, A.M. (2012). *Conceptos básicos en drogo dependencias*. Recuperado de <http://virtual.Funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/repositorioarchivos/2012/02/ConceptosBasicosenDrogodependencias.1281.pdf>

Marín, A. (2008). *Módulo educativo. Construcción de significados acerca del cuerpo como trama identitaria en mujeres diagnosticadas con anorexibulimia universidades preventivas promoción de la calidad de vida*. Medellín: Funlam y FIUC. Recuperado de [http://virtual.Funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/repositorioarchivos/2012/03/mod11\\_anorexibulimia.1383.pdf](http://virtual.Funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/repositorioarchivos/2012/03/mod11_anorexibulimia.1383.pdf)

Moscovici, S. (1984). *Psicología social I*. Barcelona: Paidós.

OMS. (2004). Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia, práctica emergente. Informe compendiado. Un informe de la Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias Psicoactivas en colaboración con la Fundación Victorian para la Promoción de la Salud de la Universidad Melbourne. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf)

Sánchez, C. (2010). Adicciones sin drogas: un reto emergente para la salud mental. Ponencia presentada en IV Congreso Internacional de Adicciones. De las drogas a las dependencias no químicas. Medellín. Recuperado de <http://virtual.Funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/repositorioarchivos/2012/03/PonenciaDrCesarSanchezBello.1385.pdf>

# **CAPÍTULO 4**

**EL ALCOHOL EN LA  
VIDA UNIVERSITARIA.  
LA PREVENCIÓN DE LOS  
CONSUMOS DE RIESGO Y LA  
DEPENDENCIA**



---

En el desarrollo de la diplomatura, cada una de las universidades participantes realizó un proyecto de investigación para dar cuenta de aquellas problemáticas psicosociales que más afectan a sus propias comunidades educativas, con el fin de fundamentar el diseño y desarrollo de un programa de prevención. Apartado se publican los principales resultados de las pesquisas realizadas y se da cuenta del programa diseñado.

---

## 4.1 Introducción

La Universidad Católica Luis Amigó, desde la Dirección de Bienestar Universitario, cuya misión es promover, propiciar y fortalecer la formación humana a partir del desarrollo y la práctica del conocimiento y el compromiso del servicio, garantizando espacios de socialización, generación de valores, crecimiento de la vida personal y colectiva, que conlleven al fomento de la responsabilidad, la solidaridad, la tolerancia, la participación, la autonomía, el liderazgo, y a reafirmar el sentido de identidad y pertenencia a la Institución a través de las áreas de salud, deportes, cultura, desarrollo humano y pastoral universitaria, como medios para el logro del fin último: el bien – estar universitario; desde tiempo atrás viene realizando diagnósticos para dar cuenta de aquellas problemáticas psicosociales que más afectan a su comunidad de estudiantes, con el fin de establecer acciones preventivas y de intervención.

Un primer estudio cualitativo, realizado mediante la técnica de grupos focales en el 2003 por Castaño, Calderón, Parra y Montoya, reportó la presencia de problemas como el consumo/abuso de drogas, ludopatía, violencia, prostitución, xenofobia, apareciendo el consumo de alcohol, como el problema más relevante y el que mayor preocupación causaba entre los estudiantes, los profesores y los directivos de la Institución.

Posteriormente, en el año 2009 se realiza otra investigación denominada “Del viaje en U. La vivencia universitaria y el consumo de sustancias psicoactivas”, trabajo también de corte cualitativo, realizado por la Red UNIR (Red para la investigación, la formación y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito universitario de Medellín) con la participación de la Funlam, la cual buscaba comprender las subjetividades de los universitarios y las dinámicas de sus contextos, con el fin de cualificar estrategias para la prevención. En esta investigación apareció nuevamente el consumo de alcohol como una práctica frecuente en el territorio universitario (adentro y afuera), que en la mayoría de los casos no se inicia en la universidad, sino en los últimos años del bachillerato, asumiéndose el consumo de este, como parte de la vida universitaria porque su uso, según ellos, constituye un facilitador del vínculo social, siendo la subjetividad de cada individuo el determinante de que los consumos avancen a etapas más problemáticas, al abuso o la dependencia.

Consecuente con lo anterior, y aunque entre los estudiantes de la Funlam presenten múltiples problemáticas psicosociales, reflejo también de lo que pasa en la sociedad en general, se ha decidido ahondar en el tema del consumo de alcohol, los factores de riesgo y protección, con el fin de proponer un programa de prevención, buscando evitar la aparición de consumos de riesgo, el abuso y la dependencia, problemas

estos que llevarían a los estudiantes a tener serias dificultades en su desarrollo integral y dificultando la misión de la Universidad de formar estudiantes íntegros con competencias en el ser, el saber, el hacer y el convivir.

## 4.2 Planteamiento del problema

El estudio del consumo de alcohol en universitarios ha suscitado interés en todas las culturas y los todos los continentes. Investigaciones para dar cuenta de la ingesta de esta sustancia en esta población fueron iniciadas a mediados de los años setenta en los países industrializados. Desde la década de los ochenta existen reportes de los altos niveles de consumo y problemas asociados con su abuso en este grupo poblacional (O'Connell y Patterson, 1989). Según Velásquez y Scoppetta (1998) existe mayor probabilidad de uso de sustancias psicoactivas durante la adolescencia y la etapa de adulto joven, con una asociación positiva entre nivel educativo y consumo.

La problemática derivada del consumo de alcohol en los jóvenes es diferente a la del adulto. En los jóvenes, los efectos negativos derivados del consumo de alcohol suelen referirse a alteraciones de las relaciones con la familia, compañeros y maestros, bajo rendimiento escolar, agresiones, violencias, alteraciones del orden público y conductas de alto riesgo, como conducir tras haber bebido, así como actividades sexuales sin protección, que conllevan embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. A decir de Hingson, Heeren y Winter (2006), los estudiantes que beben grandes cantidades de alcohol, comparados con los que no beben, exhiben más conductas de riesgo para sí mismos y para los demás.

Sánchez Pardo (2002) en una revisión que hace sobre el consumo de alcohol en jóvenes españoles, refiriéndose a un estudio realizado en el año 2000 por la Dirección General del Plan Nacional sobre Drogas de España, reporta que un 28,5% de los encuestados declaró haber sufrido algún problema o consecuencia negativa como resultado de consumir bebidas alcohólicas a lo largo de su vida. Los problemas citados más frecuentemente por los encuestados fueron problemas de salud, en un 14,5% de los casos; riñas y discusiones u otro conflicto sin agresión (11,1%); conflictos o discusiones con los padres o hermanos (10,2%); problemas económicos (9,3%) y peleas o agresiones físicas (6,3%).

El abuso de alcohol y el alcoholismo participan de manera directa e indirecta en la aparición de daños físicos, mentales y sociales, principalmente en hombres. Ello se constituye en una de las causas principales de aparición de problemas de salud física y mental (Gutjahr, Gmel, Rehm, 2001). Así mismo, los

problemas relacionados con el consumo de alcohol pueden afectar a otros y producir violencia familiar, conflictos de pareja, problemas económicos, riñas con heridos, accidentes de tránsito (Tempier et al., 2006, Borges et al., 2004, MacDonald et al., 2006). Su uso también está asociado con comportamientos de alto riesgo, incluyendo sexo no seguro con riesgo de contagio de ITS y VIH/SIDA (Stueve y O'Donnell, 2005).

Se hace por tanto necesario estudiar el fenómeno del consumo de alcohol entre los estudiantes de la Funlam, con el fin de diseñar un programa de prevención, evitando con esto, la aparición de las diversas problemáticas psicosociales a las que se ven abocados los estudiantes cuando abusan o establecen una dependencia con esta sustancia.

### ***Preguntas problematizadoras***

1. ¿Cuál es el estado real de consumo de alcohol de los estudiantes de la Universidad Católica Luis Amigó – Funlam?
2. ¿Cuáles son los factores de riesgo y/o protección que tienen los estudiantes de la Funlam para consumir o no consumir alcohol?

## **4.3 Objetivos**

### ***Objetivo general***

Estimar la magnitud del consumo de alcohol entre los estudiantes de la Universidad Católica Luis Amigó y sus principales factores de riesgo/protección asociados, con el fin de diseñar un programa de prevención al abuso y la dependencia de esta sustancia.

### ***Objetivos específicos***

1. Establecer las prevalencias de consumo de alcohol de los estudiantes universitarios de la Funlam.
2. Dar cuenta de los problemas asociados al consumo de alcohol, que tienen los estudiantes de la Funlam según el AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test).

3. Determinar los factores de riesgo y de protección al consumo/abuso de alcohol que tienen los estudiantes de la Funlam.
4. Diseñar un programa de prevención a problemáticas asociadas al consumo de alcohol, en los estudiantes universitarios de la Funlam, a partir de los hallazgos de la investigación.

## 4.4 Metodología

Se realizó un estudio epidemiológico, de tipo descriptivo y con un enfoque empírico analítico que buscaba medir las prevalencias del consumo de alcohol y los factores de riesgo asociados.

La metodología siguió lineamientos trazados por el equipo gestor de la CICAD/OEA (Comisión interamericana para el control del abuso de drogas de la Organización de los Estados Americanos) propuesto para los estudios en población universitaria.

### 4.4.1 Población

El universo lo conformaron los estudiantes matriculados en los programas de pregrado de la Universidad Católica Luis Amigó – Funlam, sede Medellín, en el segundo semestre del año 2012, de ambos sexos, cualquier edad y cualquier condición socioeconómica. La muestra fue seleccionada aleatoriamente.

La muestra final fue de 617 estudiantes, considerando un error del 4% y un nivel de confianza del 95%.

### 4.4.2 Instrumento

Se utilizó un cuestionario validado y dispuesto en un servidor electrónico de la OEA ubicado en Washington, donde se procesó la información. Dicho instrumento fue consensuado entre la CICAD/OEA, y los investigadores de la Funlam. Entre los módulos del instrumento, usados para este estudio, se utilizó uno sobre información general y otro sobre consumo de alcohol, con preguntas sobre uso, abuso y dependencia, según criterios de The Alcohol Use Disorders Identification Test –AUDIT-; así como, percepción de riesgo en relación al uso.

### 4.4.3 Variables del estudio

Las variables de consumo y de abuso y dependencia se definieron operacionalmente así:

*Consumo.* Se entenderá como consumo el uso de alcohol, una o más veces en la vida. Se consideran las siguientes categorías según la presencia o no de consumo de alcohol, en un determinado lapso:

- » Consumo en el último mes o consumo actual. La persona declara haber usado alcohol una o más veces durante los últimos 30 días.
- » Consumo en el último año o consumo reciente. La persona declara haber usado la sustancia una o más veces durante los últimos 12 meses.
- » Consumo alguna vez en la vida. La persona declara que ha usado una bebida alcohólica una o más veces en cualquier período de su vida.
- » Incidencia año. La persona declara haber iniciado su consumo de alcohol durante el último año.
- » Incidencia mes. La persona declara haber iniciado su consumo de bebidas alcohólicas durante el último mes.

*Abuso y dependencia.* En el caso de alcohol, a aquellas personas que declararon haber consumido algún tipo de alcohol en los últimos 12 meses de año 2013 se les aplicó el instrumento AUDIT, sugerido por la Organización Mundial de la Salud.

Para el cálculo de la tasa de uso problemático de alcohol, se tomó la proporción de personas que cumplen los criterios de consumo de riesgo o perjudicial, así como una posible dependencia de alcohol, basados en el AUDIT, con puntos de corte de 7 para las mujeres y 8 para los hombres (de un total de 40 puntos).

La tasa de dependencia de alcohol se calculó tomando la proporción de personas que cumplen los criterios de una dependencia o el inicio de una dependencia de alcohol entre los consumidores del último año (2013), basado en las siguientes 3 de las 10 preguntas del AUDIT:

- » ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?
- » ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?
- » ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido?

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

#### **4.4.4 Proceso de recolección**

La Universidad Católica Luis Amigó envió a la CICAD/OEA, los listados de los estudiantes matriculados para el 2012, identificados con un código. A partir de allí, un profesional experto de esta organización, sacó la muestra, teniendo en cuenta el número de estudiantes matriculados.

Los estudiantes seleccionados, respondieron a través de una página Web Page y On-Line. En un primer momento ellos recibieron una nota escrita, donde se explicaba el objetivo del estudio, las garantías de confidencialidad de la información para que respondieran en forma segura. La carta también incluía la dirección electrónica en la cual encontraban el cuestionario, un nombre de usuario y una clave. En la Funlam, el proceso de recolección tuvo un acompañamiento continuo, utilizando el correo electrónico para la animación y el recordatorio permanente para que respondieran el cuestionario.

Entre las ventajas del procedimiento de recolección por cuestionario vía electrónica están: una mayor calidad de las respuestas, debido a la privacidad en que el estudiante responde el cuestionario, el menor costo y la disminución de errores en la transferencia de datos de un cuestionario a una base de datos y el menor tiempo que lleva su ejecución. Sin embargo, se reconocen algunas desventajas en la aplicación on-line, como la falta de acceso a un computador y la tasa de respuestas que en ocasiones es menor que en procedimientos de aplicación presencial ante un encuestador; no obstante, en este caso se logró conseguir el mínimo número muestral calculado.

#### **4.4.5 Procedimientos de análisis**

Para el análisis estadístico de los datos se utilizaron los programas computacionales SAS versión 9.3 y SPSS versión 20.

Se realizaron desde distribución de frecuencias simples con análisis univariados, hasta análisis bivariados y multivariados, para lo que se contó con el apoyo de un profesional estadístico.

## 4.5 Aspectos éticos

Esta investigación es sin riesgo para los participantes del estudio (artículo 11, literal a, Res. 008430 de 1993 MinSalud). Los investigadores declaran no tener conflictos de intereses, no haber recibido ningún tipo de sanción ética o disciplinaria en ejercicio de su profesión. Las consideraciones éticas que guiaron el desarrollo de este proyecto son coherentes con la Declaración de Helsinki y la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, por lo tanto se buscará garantizar:

- » El cumplimiento de los principios de beneficencia y no maleficencia, autonomía y justicia.
- » La confidencialidad de la información suministrada por los participantes y la toma de las medidas tendientes a cumplir con este aspecto, por parte de las personas que puedan conocerla en las diferentes etapas de la investigación.
- » La solicitud de consentimiento informado a los participantes del estudio.

Para cumplir con las condiciones mencionadas, en la ejecución de la investigación se desarrollaron las siguientes acciones:

*Información:* a las personas participantes se les leerá y hará entrega de un documento que contendrá la descripción de la investigación, sus objetivos, su duración, los usos que se le pretenden dar a la información y los mecanismos que garantizan la confidencialidad de la información que el sujeto proporciona. Este documento incluirá datos sobre los investigadores y su ubicación en caso de que los sujetos lo consideraran necesario. Adicionalmente, el personal que administrará las encuestas estará en capacidad de responder preguntas relacionadas con el desarrollo de la investigación, para lo cual se programará el correspondiente periodo de capacitación y actividades de reentrenamiento.

*Garantía de confidencialidad:* cada uno de los miembros del grupo de personas que participe en el estudio, firmará un documento conjuntamente con los investigadores, en el cual quedará establecido su compromiso de acatar los principios éticos definidos en el protocolo. Los aspectos éticos harán parte de la capacitación programada con dicho personal. Por otro lado, no se almacenará información sobre identificación personal de las encuestadas en los archivos electrónicos.

*Consentimiento informado:* por tratarse de una investigación sin riesgo, se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado en forma verbal y solo se procederá a realizar la encuesta una vez el encuestador(a) o el entrevistador(a) esté seguro (a) de que el participante tiene claro el significado del estudio y su participación en el mismo. En caso de que los potenciales participantes fueran menores de edad, el proceso de obtención del consentimiento informado se realizará en presencia de un adulto responsable.



## 4.6 Marco de referencia

### 4.6.1 Globalización, consumo, consumismo y alcohol, una realidad que permea la vida universitaria

Todos hemos escuchado en algún momento hablar de globalización, de hecho este es un término que cobra cada vez mayor popularidad y con el que se busca designar diversos aspectos de nuestra realidad actual. Beck (1998) dice que el concepto de globalización: “se puede describir como un proceso (...) que crea vínculos y espacios sociales transnacionales, revaloriza culturas locales y trae a un primer plano terceras culturas” (p. 30). Todo esto representa un cambio evidente en la forma de percibir el entorno circundante, pues ahora dicho entorno parece no tener límites, ya que lo que sucede en cualquier punto alejado del planeta tiene repercusiones en el contexto en el cual nos desenvolvemos. Esto es válido a todos los niveles, incluido por supuesto, el económico, y a la economía la mueve el consumo, de lo que se desprende que uno de los aspectos fundamentales de la globalización es la preocupación de los grandes grupos económicos de las naciones industrializadas por lograr que las personas consuman más. Y para ello es necesario traspasar todas las fronteras.

El ya citado Beck plantea lo siguiente en referencia a los esfuerzos de las multinacionales por eliminar lo que se oponga a su avance:

Las corporaciones transnacionales tienen especial interés por los “Estados débiles”, es decir –como lo formula Zygmunt Bauman-, por Estados que son débiles pero que, a pesar de ello, siguen siendo Estados; casual o intencionadamente, los actores del mercado mundial producen una presión coordinada sobre todos los Estados miembros o dependientes de ellos para que neutralicen inmediatamente todo lo que pueda impedir, retrasar o limitar la libertad de movimiento de capital (1998, p. 138).

En la misma vía de la cita anterior, nos parece pertinente traer a colación lo que dice Massün (1991) acerca de la influencia del capital de las industrias de los países ricos en las políticas sobre legalidad e ilegalidad de las drogas en los países pobres:

La clasificación de las drogas legalmente permitidas o prohibidas es (...) arbitraria, por cuanto no tiene relación alguna con el grado de toxicidad real de la sustancia. La ilegalidad de una droga no se ha determinado en función de la gravedad de los problemas sanitarios y/o sociales que su abuso puede acarrear, sino más bien con base en otros factores: económicos, culturales o simplemente políticos.

En varias reuniones internacionales, representantes del Tercer Mundo hicieron notar que los tratados internacionales tienden a prohibir las drogas producidas en los “países pobres” (opio, coca), mientras que legalizan las producidas y comercializadas por los “países ricos” (bebidas alcohólicas, cigarrillos, diversos medicamentos). Ocurre incluso que varios productos farmacéuticos europeos o estadounidenses cuya venta está prohibida en su país de origen, se expenden libremente en América Latina. Ejemplos de ello son la Baralgina, Novalgina, Buscapina o Conmel.

Un importante estudio epidemiológico realizado en Ecuador entre 1983 y 1984 con estudiantes de nivel medio demostró que las principales drogas de abuso entre los alumnos eran precisamente las pastillas tranquilizantes recetadas por médicos (pp. 16-17).

**No estamos queriendo desconocer la complejidad de la globalización, pues es evidente que ésta encierra mucho más que lo económico, y por eso creemos pertinente traer a colación, nuevamente, lo que dice a este respecto Beck:**

Hay que distinguir claramente entre [la] complejidad de la globalidad y la nueva simplicidad del globalismo, entendido éste como dominio del mercado mundial que impregna todos los aspectos y lo transforma todo. Por tanto, no se trata de condenar las relaciones (mundiales) económicas, sino de descubrir lo que propiamente encierran la primacía e imposición del mercado mundial defendidas por la ideología neoliberal y que influyen en todos los aspectos de la sociedad (1998, p. 163).

**Siguiendo con el orden de ideas anterior, plantea Beck:**

El globalismo reduce la nueva complejidad de la globalidad y de la globalización a un aspecto –el económico–, el cual además sólo se concibe linealmente, como una ampliación constante de los condicionamientos impuestos por el mercado mundial. Todos los demás aspectos –globalización ecológica, globalización cultural, política policéntrica, surgimiento de espacios e identidades transnacionales– sólo se consideran (cuando se les presta atención) de modo subordinado a la globalización económica. De este modo, la sociedad mundial se reduce y falsea en términos de sociedad mundial de mercado. En este sentido, el globalismo neoliberal es una forma fenoménica del pensamiento y de las acciones unidimensionales, un tipo de cosmovisión monocausal del economicismo (1998, p. 164).

**La economía requiere compradores ávidos y constantes para sostenerse, y por eso se promociona cada vez más el consumo como forma de vida ideal. El mercado siempre tiene a mano nuevos productos que ofrecer, o viejos productos con denominaciones nuevas, como es el caso de las sustancias adictivas legales, como el alcohol y el tabaco, las cuales reclaman su parte en la torta de ganancias del mercado mundial y recurren a todo tipo de estratagemas para atraer potenciales clientes. En referencia a lo que la publicidad del alcohol hace para acercarse a los consumidores, Calderón, Castaño y Villa dicen lo siguiente:**

Es importante señalar que las campañas de marketing de bebidas alcohólicas, dan a conocer solamente un lado del consumo, enmascarando su contribución a la morbilidad, la mortalidad y el daño social.

Las respuestas jurídicas actuales son insignificantes e inadecuadas y han servido de muy poco a la hora de controlar el marketing de productos alcohólicos y la evidencia existente, sugiere que la autorregulación por parte de los publicistas del área es inefectiva (2007, p. 106).

Es evidente entonces el importante papel que desempeñan las campañas publicitarias en inducir a las personas a consumir más licor, y también es evidente la lucha desigual que libran las campañas dirigidas a prevenir el consumo; pues el carácter de legalidad de las bebidas embriagantes les proporciona un estatus del que no gozan las demás sustancias adictivas, exceptuando quizás a las pastillas.

Algo que no debiera sorprender es que el licor, el cigarrillo y las pastillas constituyen negocios sumamente rentables en manos de multinacionales de países industrializados, y estos países, como ya vimos en la denuncia que hace Massún, enfilan baterías contra las sustancias producidas en los países pobres, mientras dan rienda suelta a la comercialización de las sustancias que sus grandes empresas exportan hacia los estados llamados del tercer mundo.

## 4.6.2 El alcohol y otras drogas: una realidad en el mundo de hoy no exenta de riesgos

Las sustancias psicoactivas no son algo nuevo en el mundo, sería un error considerarlas como una innovación de nuestra sociedad contemporánea, pues como lo dice Westermeyer (1991, citado por Beck, Wright, Newman, y Liece, 1999), ya en países como China y Egipto se utilizaba el opio desde tiempos muy antiguos. “Las pruebas de cómo utilizaban los mayas, aztecas e incas las drogas en su medicina y rituales, se pueden evidenciar en sus estatuas y dibujos de sus edificios y cerámica” (Karan, Haller, y Schnoll, 1991; Westermeyer, 1991, citados por Beck et al., 1999, p. 21). En cuanto al alcohol: “[Su utilización] se remonta a tiempos del paleolítico” (Goodwin, 1981, citado por Beck et al., 1999, p. 21).

Todo esto nos muestra que este tipo de sustancias han sido compañeras del ser humano en su trasegar por este planeta. Ello no quiere decir que no deba prestarse atención a sus efectos, sino todo lo contrario, pues el hecho de ser antiguas no las hace menos perjudiciales para la salud de las personas, y eso es algo que puede constatarse en el día a día. También hay que tomar en consideración que la manera en que se consumían las sustancias psicoactivas en la antigüedad difiere mucho de la forma en que son utilizadas por los consumidores hoy en día. A este respecto dice Massún:

En las sociedades del pasado sólo se consumían las drogas extraídas directamente de la naturaleza, ya que no existían los productos químicos elaborados. Debido a nuevos descubrimientos científicos y tecnológicos, las sustancias utilizadas se han vuelto más potentes. El opio fumado en la antigüedad no tenía la

misma concentración que sus derivados actuales, ni se contaba con la jeringa para inyectarlo directamente en la sangre. La hoja de coca se consumía en su forma natural, hasta que “gracias” a la tecnología se logró aislar su ingrediente activo y producir un extracto mucho más potente: la cocaína. Los campesinos de Los Andes que mastican las hojas de coca seguramente no conocen el famoso flash de euforia producido por la cocaína inyectada que describen los cocainómanos estadounidenses (1991, p. 28).

Ahora bien, cabe hacer la aclaración de qué puede entenderse en la actualidad por droga, pues esta palabra no tiene per se características negativas, ya que como dice Caro: “en ella quedan incluidos no sólo los estupefacientes, sino también todos los medicamentos [creados] para nuestra salud (...), las drogas sociales como mate, café, té” (2005, p. 17). Así que muchas de las sustancias usadas por los consumidores no son dañinas de forma intrínseca, sino que depende de la utilización que se les dé. Aquí cabe traer a colación otra afirmación de la citada autora, quien habla de un tipo diferente de productos cuyo propósito inicial no es el de fungir como sustancias psicoactivas, sino que se fabrican para usos completamente diferentes. Entre dichos productos se encuentran: “pegamentos, pinturas, combustibles” (Caro, 2005, p. 17).

Centrándonos ahora en los efectos que tienen las drogas de abuso sobre el organismo, nos apoyamos en Beck, A. y sus colaboradores (1999) para decir que las sustancias psicoactivas son productos químicos que afectan el sistema nervioso.

### 4.6.3 Beber alcohol y alcoholismo

Dada la connotación social y cultural del consumo de alcohol en nuestra sociedad, es importante diferenciar el consumo moderado de alcohol del alcoholismo.

Cabe aquí la pregunta de ¿qué es el alcoholismo? Pregunta para la que quizás no exista una respuesta única, pues como lo plantea Duchene (1959), al tratar de definir concretamente lo que es alcoholismo:

Parecería (...) que todos deben poder comprender fácilmente esta palabra; y el sentido común proporcionaría sin duda una definición de esta clase: el alcoholismo es la ingestión habitual de bebidas alcohólicas en cantidad nociva (p. 15).

El mismo autor continúa con su argumentación preguntando qué podría entenderse: “por ingestión habitual y por cantidad nociva” (Duchene, 1959, p. 15). Lo cual nos lleva a un terreno resbaladizo, pues lo habitual para unos puede ser lo nocivo para otros, dependiendo de las condiciones físicas y ambientales en las que cada consumidor se encuentre inmerso. Al llegar aquí, tal vez sea adecuado adherirse al argumento de este autor cuando afirma que:

No poseemos criterio (...) objetivo que (...) permita suponer que un individuo [está] alcoholizado antes de que aparezcan anomalías o lesiones que revelan un estado de alcoholismo ya avanzado, y que en realidad no son otra cosa que complicaciones del alcoholismo mismo (Duchene, 1959, p. 17).

Esto no significa que debamos dejarnos atrapar por las definiciones conceptuales, perdiendo de vista el problema central, el cual es la situación por la que atraviesa la persona con un consumo problemático de alcohol, pues es evidente que la problemática existe, independiente de que se la pueda definir concretamente o no.

El mismo Duchene lo reconoce así, centrándose en las consecuencias de este fenómeno:

El alcoholismo es, pues, a nuestro parecer, una perturbación del comportamiento que se manifiesta con la ingestión de cantidades nocivas de bebidas alcohólicas, y cuyo carácter patológico consiste en ser irreductible, o por lo menos difícilmente reductible, aun utilizando los argumentos que generalmente son los más adecuados para influenciar la conducta del hombre, como por ejemplo, los que ocasiona dañosas perturbaciones, o encierra perspectivas de fatales consecuencias para la salud, para la economía, para la familia, para la profesión, etc. (1959, p. 22).

Entre las consecuencias del consumo incontrolado de licor detectables a simple vista, Babor et al. (2010, p. 19) señalan las siguientes:

- » Deterioro psicomotor. El alcohol puede deteriorar el equilibrio y el movimiento de una manera que aumenta el riesgo de muchos tipos de accidentes.
- » Retardo en el tiempo de reacción. Este deterioro clásico relacionado con la dosis es de especial preocupación debido a su función causal en los accidentes automovilísticos.
- » Deterioro del juicio. El juicio deteriorado puede llevar a tomar riesgos peligrosos como, por ejemplo, subirse a un automóvil y luego conducir de manera riesgosa y agresiva cuando se está intoxicado.

Cambios emocionales y menor capacidad de respuesta a las expectativas sociales. Los factores involucrados en los cambios de humor, el estado emocional y la sensibilidad social provocados por el alcohol son complejos y probablemente involucren la interacción de los efectos fisiológicos del alcohol con factores sociales y psicológicos. En parte debido a estos cambios, la intoxicación puede contribuir al riesgo de violencia hacia los demás y al daño intencional autoinfligido.

Otras formas de consumo, que no acarreen problemas biopsicosociales, no pueden entenderse entonces como alcoholismo.

# CAPÍTULO 5

**EL CONSUMO DE ALCOHOL  
EN UNIVERSITARIOS: TIPOS DE  
CONSUMO, PREVALENCIAS,  
RITOS, CREENCIAS O  
IMAGINARIOS, SIGNIFICADOS  
DEL CONSUMO**

## 5.1 Tipos de consumo

El consumo de licor en nuestro contexto sociocultural es una cuestión inherente a la socialización y a la amistad, pues se bebe muchas veces para estrechar los lazos entre los individuos y como una forma de mostrar aceptación. Asimismo, el licor es el compañero infaltable en cualquier tipo de acontecimiento social, sea que se esté celebrando algo o que se quiera mostrar tristeza. A este respecto, Calderón Vallejo y Parra Bastidas (2012) dicen lo siguiente:

En un ámbito regional, en el departamento Antioquia cuya capital es Medellín, hay una especie de subcultura donde se reivindica la costumbre del consumo de alcohol como algo consustancial al modo de ser de los antioqueños, de socializar y de celebrar todo acontecimiento, todo encuentro interpersonal o todo duelo, hechos que de seguro no son extraños en otros contextos nacionales e internacionales, pero que en este, sí está muy ligado a la forma de ser del antioqueño y a sus costumbres, imaginarios y mitos; así, el consumo de alcohol entre sus habitantes tiene un alto contenido cultural, que es transmitido en un proceso intergeneracional (p. 291).

Así pues, que lo que sucede con el alcohol es quizás algo más complejo que lo que pasa con las demás sustancias psicoactivas, pues el licor está tan entronizado en nuestra cultura, que permea todo acontecimiento y ningún escenario está libre de su presencia. En referencia a esto, Calderón Vallejo y Parra Bastidas (2012) agregan:

Específicamente, alrededor del consumo de alcohol en jóvenes de los cuales una porción son estudiantes universitarios, se conjugan principalmente dos elementos, uno es la presión social que existe sobre los consumidores, precisamente en una sociedad de consumo, donde el licor es una mercancía sometida a leyes de oferta y demanda; pero no es una mercancía cualquiera, sino que además de ser legal (y con esto toma distancia de otras sustancias psicoactivas) su consumo es publicitado en forma reforzada, con estereotipos de éxito social y alegría artificiosa por caminos rápidos y expeditos, impulsados por potentes capitales nacionales e internacionales. Esta promoción se hace con ocultamiento consciente de los daños que puede ocasionar un consumo excesivo o “abusivo”; e incluso, es sabido que desde el contexto social y en ocasiones desde las familias, se presiona a los menores para que consuman, aunque se dice desde la ley que es prohibido el consumo para menores. El otro elemento tiene que ver con una de las formas de construir identidad que tienen los jóvenes en el medio. Casi generalizable a las formas de socialización en época de juventud, están las posibilidades que se dan en los encuentros para conocer amigos, allí está el alcohol como uno de los centros de la rumba, como una de las opciones que se encuentran de relajación y disfrute. Realmente, detrás de esas formas de articular el encuentro, están decenas de años de historia en el aprendizaje social, reproducido por las familias y convalidado por los jóvenes y la sociedad en general (pp. 291-292).

## 5.2 Prevalencia del consumo de alcohol entre universitarios

El alcohol y el tabaco están entre las sustancias más apreciadas por la sociedad en general, y por los universitarios en particular. Así lo reconocen investigadores que se han ocupado de estudiar el consumo entre los estudiantes de las instituciones de educación superior, como es el caso de Castaño Pérez, quien sostiene que: “las sustancias legales más consumidas son el alcohol y el tabaco, preocupando ambos, pero sobre todo el primero, por su consumo frecuente hasta la embriaguez” (2008, p. 20).

El consumo de alcohol en universitarios hace parte de su proceso de socialización. Los jóvenes comparten un espacio dentro de la institución, donde forman lazos de amistad que quieren sostener más allá de las asignaturas que cursan juntos, y de ahí que busquen por fuera otros espacios que les permitan encuentros algo más cercanos. A este respecto, señalan los investigadores de la RED UNIR (2009):

La vivencia universitaria trasciende el campus, amplía la dinámica universitaria hacia otros escenarios de la ciudad donde el encuentro incluye a todos independientemente de la procedencia. Los sitios de esparcimiento y la fiesta son espacios del afuera que extienden el tiempo de la vivencia universitaria, se desarrollan al exterior de la institución formal, pero son parte del adentro de la universidad por los lazos sociales, los afectos que se reanudan, las identidades que se fortalecen y representan como un grupo social que los diferencia de los otros no universitarios; el adentro y el afuera configuran un yo y un nosotros universitario que define identidades y estatus.

La prolongación de la vivencia universitaria se sitúa inicialmente en los sitios cercanos a las universidades, pues casi todas tienen negocios vecinos, tales como licorerías, tiendas y bares que ofrecen legalmente licor y cigarrillos (p. 75).

Es pues innegable la realidad que se vive en el entorno cercano de las universidades, pues los estudiantes constituyen una clientela potencial bastante atractiva para los dueños de los establecimientos donde se expende licor. Dichos establecimientos proporcionan espacios que permiten a los universitarios continuar con sus rituales de socialización y acercamiento a los amigos en entornos donde ya el centro no son las actividades académicas, sino la botella de cerveza o “guaro”. La RED UNIR plantea con respecto a este tipo de situaciones:



Los llamados “parches Pilsen”<sup>1</sup> representan un lugar común a la mayoría de las instituciones universitarias. Son negocios vecinos a las universidades que, especialmente los jueves y viernes, acogen a los estudiantes en la primera estación de la rumba, sitio del cual posteriormente parten a otros lugares donde su condición de universitarios se difumina. Los parches Pilsen son de los más referenciados como parte de la vivencia universitaria, como lugar obligado en la rutina del final de la semana (2009, p. 75).

**Es evidente entonces que el consumo de alcohol entre los estudiantes universitarios constituye toda una problemática que debe ser atendida, pues como lo apuntan Albarracín y Muñoz (2008)**

La población universitaria es de alta vulnerabilidad para el consumo de alcohol (Flórez, 2007; Palma, Lannini y Moreno, 2005; Londoño, García, Valencia y Vinaccia, 2005), debido a las posibilidades de acceso que tienen para la compra de bebidas alcohólicas y al incremento en la disponibilidad de situaciones de consumo que se presenta una vez ingresan al ambiente universitario (p. 50).

**Las citadas autoras traen a colación datos que muestran la alta incidencia del consumo de licor entre los jóvenes de nuestro país:**

En Colombia, la Dirección Nacional de Estupefacientes (1996), (citado por Briñez, Duarte y Osorio, 2005) y el programa RUMBOS de la Presidencia de la República (2002) reportaron una prevalencia de consumo de alcohol de alrededor de un 88% en jóvenes bogotanos entre los 10 y los 24 años.

En Colombia, el programa RUMBOS (2002), confirma un incremento del consumo de alcohol en jóvenes, especialmente en los universitarios. En 1993 se dio a conocer que el 81% de la población colombiana se embriagaba y que la edad más frecuente de inicio de consumo eran los 15 años de edad. En 1998 se encontró que aproximadamente el 90% de los escolares de secundaria de diferentes sectores de Bogotá consumía algún tipo de bebida alcohólica (aguardiente, vino, cerveza, etc.) dentro de sus celebraciones.

El ICFES desarrolló una investigación con estudiantes de educación superior del nivel de pregrado en relación con el problema de las drogas, entre éstas, el alcohol. Los resultados obtenidos determinan que el alcohol es la sustancia psicoactiva de mayor consumo. El 84% de la población ha consumido bebidas alcohólicas. La edad en que inician es 16 años, aunque aparece una población de jóvenes que comienza el consumo a la edad de 12 años. Las regiones de mayor índice de consumo son Centro, Noroccidente y Nororiente. La investigación concluyó que el consumo de alcohol se va incrementando a medida que avanzan los semestres, es decir se encuentra en un 89.2% de estudiantes en noveno y décimo y en un 81.6% en los tres primeros semestres. Los índices de consumo son mayores en la población masculina con un 91.3%, mientras que en la femenina son del 76.4%. Dentro de las conclusiones obtenidas se encuentran: 1. Más del 50% de la muestra estudiada ha tomado bebidas alcohólicas hasta embriagarse. 2. El riesgo de alcoholismo en la población masculina es del 32.25%. 3. Hay una asociación entre conflictos con amigos y familiares y el alcohol. 4. El 56.5% de estudiantes califican de grave o muy grave el problema de consumo de alcohol en su universidad (Albarracín y Muñoz, 2008, pp. 49-51).

<sup>1</sup> Bares donde se expende sobre todo cerveza, promocionando una de las marcas más conocidas en el Departamento de Antioquia – Colombia, los cuales son patrocinados por las industrias cerveceras y en donde el precio de este tipo de licor es bajo.

## 5.3 Creencias o imaginarios de los universitarios con respecto al consumo de licor

Las creencias y las expectativas frente al consumo de licor o a los efectos que de éste se esperan, constituyen un factor importante a tener en cuenta cuando se pretende ahondar en la problemática de la ingesta de licor en estudiantes universitarios. Mora-Ríos y Natera (2011) plantean:

En estudiantes universitarios se ha encontrado que las expectativas son mejores predictores concurrentes del comportamiento de consumo que las variables demográficas, que son conocidas por tener un poder predictivo sustancial. Las expectativas pueden variar de acuerdo con los hábitos de consumo; por ejemplo, se ha mostrado que los estudiantes cuyo consumo de alcohol es moderado tienen expectativas más relacionadas con las experiencias positivas respecto a los efectos del consumo y el realce de los placeres sociales, en tanto que los bebedores excesivos esperan que el alcohol incremente sus conductas sexual y agresiva, además de reducir la tensión a partir del consumo. En población universitaria se ha puesto de manifiesto que los estudiantes esperan que otras personas sean más fuertemente afectadas por el alcohol de lo que esperan para sí mismos, tanto en aspectos positivos como negativos. La distinción entre efectos sociales e individuales permite predecir diferentes resultados de consumo; por ejemplo, las expectativas sociales predicen un consumo moderado mientras que las expectativas individuales predicen un consumo problemático (pp. 90-91).

Es evidente entonces que los estudiantes consumidores de alcohol tienen determinadas expectativas y creencias acerca de lo que obtendrán al ingerir bebidas embriagantes, y al planear las “rumbas” buscan cumplir esas expectativas y creencias que hacen parte de su imaginario. En consonancia con esto, De La Villa Moral Jiménez, Rodríguez Díaz, Ovejero Bernal y Sirvent Ruíz, quienes citan a otros autores, plantean lo siguiente:

En la experimentación juvenil con alcohol subyacen multitud de condicionantes de índole psicosocial, tales como deseos de integración grupal e intentos de evitación del rechazo, déficits de habilidades interpersonales ante presiones grupales, elicitaciones de liderazgo grupal, así como procesos de modelamiento simbólico (Moral, Rodríguez y Sirvent, 2005, 2006). Dada la vulnerabilidad metabólica, socioafectiva e identitaria de los adolescentes el tradicional calificativo de droga blanda aplicado a las experimentaciones con alcohol en absoluto responde a la realidad a consecuencia de los riesgos sobre la salud derivados de su ingesta abusiva, así como por constataciones relativas a una significativa reducción de las edades de inicio al tratamiento de la dependencia alcohólica (Arnau, 2001; Bach i Bach, 2000; Bríñez-Horta, 2001; Casa, O’Ferrall y Vaca, 2001; Espada, Méndez e Hidalgo, 2000; Monrás, 2001).

Asimismo, ha de incidirse a nivel teórico sobre las motivaciones que impulsan los consumos. Junto a la motivación hedónica, la presión normativa del grupo de iguales o la vinculada a la propia experimentación de sensaciones nuevas, el consumo de sustancias psicoactivas podría emplearse como vía de escape de la situación de moratoria psicosocial y cautividad en la adolescencia por la que atraviesan los jóvenes contemporáneos, evidenciada en diversos trabajos (Castillo, 1999; Moral y Ovejero, 1999, 2004; Ovejero, 2000). De acuerdo a una perspectiva psicosocial, se trataría de paliar sus crisis de identidad mediante la satisfacción plena del sentido otorgado al divertimento compartido, como tendencia de un renovado estilo de ocio juvenil. Para los jóvenes, la noche se convierte en el tiempo elegido, la calle en el espacio, el grupo de iguales en la compañía y lo lúdico en la principal motivación bajo manifestaciones de ritualizaciones grupales y fiestas compartidas (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2006a, 2006b, 2006c) (2009, p. 208).

## 5.4 El efecto de la publicidad en los consumidores de alcohol

Cuando nos referimos al consumo de alcohol hay que tener en cuenta diferentes tipos de creencias, entre las cuales ocupa un lugar destacado la confianza del consumidor en el respaldo que la marca de tal o cual bebida le brinda al producto, y por ende, del carácter de “seguro” que dicho producto adquiere, si se lo compara con otras bebidas de iguales características.

El consumidor asume que aquellas afirmaciones que del texto publicitario están respaldadas por el conocimiento pleno que el anunciante tiene de las características de su producto; de forma tal que si el producto no ofreciera la ventaja que se anuncia, el oferente no se expondría a que el consumidor descubriera el engaño y no volviera a comprar el producto.

Frente a los productos de consumo masivo, el consumidor posee cierta experiencia que lo lleva a confiar en los anunciantes que ya conoce. El consumidor no cuestiona la seriedad de aquellos productos, anunciantes o grandes marcas y compañías que gozan de reconocimiento o recordación. Asume que durante el desarrollo de los productos se han realizado investigaciones que respaldan las características que se anuncian. En el caso de productos o anunciantes que están sometidos a vigilancia por parte de alguna autoridad estatal (que deben contar con registros sanitarios, promociones autorizadas, entre otros requerimientos), el consumidor da por hecho que tal vigilancia constituye un respaldo de la realidad de la oferta (Jaekel, 2003, citado en Calderón Vallejo, Castaño Pérez, y Villa Mejía, 2007, pp. 28-29).

Lo anterior no implica que los productores se “duerman sobre los laureles”, pues la rentabilidad del negocio significa, por un lado, no “abandonar” a los clientes habituales y por el otro, buscar cada día más clientes potenciales. Y dentro de ambas categorías ocupa un lugar de “privilegio” el joven. A este respecto:

Por los tipos, contenidos y las formas de mensaje, los destinatarios preferidos son los jóvenes y dentro de ellos se percibe un interés por dirigirse a la mujer.

En la prensa y en la radio se intensifica la publicidad para promover consumos el fin de semana, aunque existen mensajes explícitos para el consumo al inicio de la misma.

Es evidente la promoción de estilos de vida de éxito social, hedonismo y vida alrededor de la “farra”. Se vende un ideal de vida donde existe solo diversión, se podría hablar de una vida que evade (no enfrenta) la realidad social, en un artificio de alegría y euforia garantizada por los consumos, en ocasiones compulsivos, de alcohol; aunque por principio de realidad, la resaca (guayabo) aterrice en la cruda realidad social y económica de nuestros días.

En todos los mensajes se puede percibir cómo el consumo de alcohol es claramente positivo y deseable. Supuestamente alrededor del licor y dependiendo solo de su contenido, se encontrarán modelos a seguir y vidas gratas y llenas de felicidad. Aunque el consumidor “no se las crea todas”, el efecto de repetición va creando un imaginario mítico en el entorno que muestra un camino casi exclusivo, en un mundo caracterizado por la “ausencia de norte”.

La publicidad del alcohol se destaca por su diversidad de estrategias para hacer uso de símbolos, mitos e imaginarios, para lo cual recurre a los contextos culturales, a las costumbres y a las tradiciones. En otras palabras, hace oportunismo utilitario de lo que conecta a los sujetos con su cotidianidad y sus vivencias (Calderón Vallejo, Castaño Pérez, y Villa Mejía, 2007, pp. 74-75).

## 5.5 Significados del consumo de alcohol en universitarios

El hecho de consumir alcohol tiene diversas representaciones para el joven que recién inicia su vida de estudiante universitario, pues dicho consumo no se da en el vacío, es decir, el universitario no empieza a consumir simplemente porque sí. Hay que entender entonces, los significados que el universitario asocia al consumo de licor, los cuales son del orden de la autonomía y del percibirse a sí mismos como personas independientes que al ingresar a la universidad han dado un paso para alejarse del control de sus padres.

Es importante anotar que el paso a la Universidad representa para muchos jóvenes una transición, hacia una anhelada independencia y libertad, pues en nuestro medio no se “controla” tanto a un universitario ya que se supone que este tiene una mayor madurez y responsabilidad (Castaño Pérez, 2008, p. 9).

En el mismo orden de ideas, el autor continúa diciendo que:

En otros casos para poder estudiar tienen que salir a las grandes ciudades donde se ofrece la mayoría de las veces la educación superior, el ingreso a la Universidad les representa vivir lejos de casa por primera vez y sin la supervisión de los padres (Castaño Pérez, 2008, p. 9).

En esta línea, es necesario anotar que el consumo de alcohol no implica lo mismo para los distintos tipos de consumidores. Para los jóvenes en general y para los universitarios en particular, es tal vez un signo de madurez y una manera de demostrar a los demás y a sí mismos, que han dado el paso hacia una etapa diferente en sus vidas, una etapa en la cual son ellos quienes deciden lo que hacen con sus propias vidas. En consonancia con esto:

Los significados del alcohol cambian a medida que los individuos atraviesan las diferentes etapas de la vida y a medida que las normas de las sociedades sobre las bebidas apropiadas y aceptables cambian como consecuencia (Fillmore et al., 1991). Consumir alcohol puede ser un signo de rebelión o independencia durante la adolescencia (Fillmore, et al., 1991, citado en Babor, et al., 2010, p. 14).

En este sentido, consumir alcohol en el contexto universitario adquiere una significación especial para los jóvenes que a tal efecto se reúnen, pues el consumo por el consumo no es lo que en un principio los motiva, sino los significados que ellos mismos le dan tanto a la ingesta de licor como a los lugares en los que lo hacen. A este respecto, Parra Bastidas y Calderón Vallejo (2012), citando a Londoño et al. (2007) y a Gallego et al. (2008), dicen que:

En países como Colombia, se indica que los jóvenes que consumen alcohol y otras drogas, le dan un gran significado a los sitios de consumo, ya que existe un sentido compartido por medio de las vivencias generadas en estos. Se resalta además que los jóvenes resignifican estos sitios, dándoles un sentido diferente para el que inicialmente fueron creados y se constituyen para ellos en una oportunidad de vivir experiencias con mayor intensidad, emoción y riesgo (p. 100).

## 5.6 Percepción del riesgo del abuso de alcohol en universitarios

Al ocuparse del consumo en universitarios, tanto de alcohol como de cualquier otra sustancia psicoactiva, es necesario tomar en consideración la forma en que los estudiantes asumen los riesgos inherentes a dicho consumo. A este respecto, Castaño Pérez (2008) presenta el extracto de un estudio realizado en una universidad chilena, pero que igualmente puede tener validez para los universitarios de nuestra ciudad y país:

Según Vargas (s.f.), entre estudiantes de la Universidad de Chile se encuentra que existe una aceptación al consumo y percepción de no riesgo o poco riesgo con relación al consumo de alcohol y drogas –principalmente marihuana- que es positiva y que no es visto como un problema por parte de los estudiantes universitarios, donde se concibe a las drogas y el alcohol como elementos que ayudan o facilitan la socialización al interior de los distintos grupos que se forman en la Universidad. Se trata, dicen ellos, de formas de compartir, de vincularse con los otros y de comunicarse (p. 11).

El siguiente extracto, ese sí refiriéndose a Colombia, muestra que las percepciones de los jóvenes con respecto a su propio consumo son similares a las de los universitarios del estudio chileno:

Según el diario El Tiempo, en un artículo publicado el día 12 de julio de 2006, con el nombre, Rumba universitaria: se prenden las alarmas, “Pasarla bien, compartir con los amigos y tener un momento de tranquilidad frente al estrés de la jornada del día, son algunos de los motivos que llevan a la mayoría de los jóvenes a pasar su tiempo libre disfrutando de la rumba que ofrece el entorno universitario” (Castaño Pérez, 2008, p. 13).

Continúa el citado autor:

Un estudio realizado por Téllez, Cote, Sabogal, Martínez, Cruz y otros (2002), del Grupo de Investigación en Sustancias Psicoactivas de la Universidad Nacional de Colombia entre 2000 y 2001, con 984 estudiantes de esta institución en la sede Bogotá, en quienes se indagaron las razones que podrían llevar a un estudiante universitario a consumir drogas, dio como resultado que el desconocimiento por parte del estudiante sobre los potenciales efectos en la salud debido al consumo de drogas, la soledad y, en algunos casos, la curiosidad, fueron considerados factores de riesgo para iniciarse en el consumo (Castaño Pérez, 2008, pp. 13-14).

De otro lado, el alcohol además de los peligros que son inherentes a su consumo, tiene un estatus que lo caracteriza, y es el de sustancia legal y socialmente aceptada, lo que hace que la lucha para mostrar sus efectos nocivos se estrellen contra barreras culturalmente erigidas para proteger “la reputación” de inofen-

siva que ha adquirido en el ideario popular. Esto reviste carácter de especial gravedad en el escenario universitario, pues contrariamente a lo que muchos puedan pensar, dicho escenario es particularmente vulnerable a las arremetidas de las sustancias legales. Dicen Parra Bastidas y Calderón Vallejo:

El alcohol por su misma aceptación y legalidad, hace que su obtención sea de gran facilidad, por aquellas personas que cumplan con la mayoría de edad. Sin embargo esta restricción final no es acatada por la mayoría de los comerciantes distribuidores de licor en zonas aledañas a los campus universitarios, donde su principal cliente potencial es aquel joven menor de edad que ingresa por primera vez a la universidad y que pese a que existen políticas donde se regula y controla su consumo, su distribución y su comercialización, estas no son aplicadas correctamente, observándose aceptación más no su prohibición y conceptualización como “droga”, por lo que la experimentación y el consumo de las diferentes bebidas alcohólicas, así como su mezcla con otras sustancias ilegales, está en aumento y tanto la oferta como la demanda, son más evidentes en el entorno estudiantil (2012, p. 100).

Es evidente entonces que el licor tiene una gran aceptación social y que, en lo que se refiere a buena parte de los universitarios que lo ingieren, al menos al inicio del consumo, una función socializadora. Es por eso que la percepción del riesgo de la ingesta de alcohol tiene como contrapartida la percepción de la aceptación social que se deriva de su consumo. En consonancia con esto:

El consumo de alcohol es un fenómeno complejo que ha sido abordado desde diversas perspectivas, se han propuesto un grupo más o menos amplio de modelos que pretenden explicar y predecir el abuso y la cesación del mismo; entre ellos se retoma la propuesta de Londoño (2007) en la que plantea la existencia de componentes comunes entre los diversos modelos cognoscitivos sociales y formula el Modelo Cognoscitivo Social Integrado del Consumo de Alcohol (MCSI). En esta propuesta se enlazan las creencias acerca del consumo, que tienen un origen netamente social, con la importancia dada por el adolescente a resistir la presión de grupo, y la verdadera capacidad de hacerlo, representada tanto en las habilidades sociales que posee como en el deseo de emitir dicha conducta. El MCSI plantea que las creencias positivas acerca de los efectos esperados del consumo y el deseo del adolescente de ser aceptado actúan como mediadores entre la intención de consumir y la ingesta misma, ya que afectan el balance decisional que hace el joven basado en las razones a favor de consumir que son predominantemente de tipo social. Esto sumado a que en muchos casos el joven posee las habilidades sociales específicas para ir en oposición del grupo, pero no se siente motivado a hacerlo, pues no tiene alta percepción de riesgo y vulnerabilidad de abuso de la sustancia, y le da más peso al reconocimiento social (Londoño Pérez, 2010, p. 27).

## 5.7 Problemas y consecuencias que trae el abuso de alcohol entre los universitarios

El consumo excesivo de bebidas embriagantes conlleva a gran cantidad de problemas, tanto a nivel individual como a nivel social. En el caso concreto del abuso de licor por parte de los jóvenes:

El problema del consumo de alcohol en jóvenes y adolescentes se ha ido extendiendo a tal punto que hoy debe ser considerado un problema de salud pública. Los jóvenes inician el consumo cada vez a más temprana edad, con mayor frecuencia e intensidad y esto tiene serias implicaciones en las condiciones generales de salud, ya que el uso o abuso de cualquiera de las llamadas sustancias psicoactivas ha sido ampliamente asociado al aumento de enfermedades gastrointestinales y cardiovasculares, problemas de colesterol (Boletín Epidemiológico Distrital, 2001a), accidentes de tránsito, muertes violentas, abuso y violencia sexual, contagio de infecciones de transmisión sexual, embarazo adolescente (Julián, 1998; Pérez, 1999, 2000). Además, se presentan importantes dificultades académicas (Cooper, 1999), problemas familiares y bajo desarrollo socioeconómico de las naciones.

El que adolescentes y jóvenes consuman alcohol frecuentemente conlleva un importante riesgo tanto para la salud individual como para la salud pública, ya que el hecho de consumir alcohol a temprana edad aumenta la probabilidad de que se mantenga o agudice este problema durante la vida adulta y se pueda llegar a depender de la sustancia. Así mismo, el alcohol es la puerta de entrada al consumo de otras sustancias psicoactivas y representa un riesgo para la salud solo o en combinación con otros hábitos frecuentes en los universitarios como el consumo de tabaco y la práctica de dietas inadecuadas asociadas a enfermedades crónicas (Londoño Pérez, García Hernández, Valencia Lara y Vinaccia Alpi, 2005, p. 259).

Es debido a la gravedad de esta problemática que constantemente se adelantan estudios que buscan encontrar explicaciones del fenómeno. Entre dichos estudios se encuentran los realizados por diferentes estancias gubernamentales de nuestro país:

Cada año se levantan estadísticas acerca del consumo y abuso de alcohol en jóvenes (Informe Programa Presidencial para la Prevención del Consumo RUMBOS, 1999–2000; Dirección Nacional de Estupefacientes 1999- 2000, Boletín Epidemiológico Distrital, 2000), que en común muestran el aumento de la ingesta de dicha sustancia, especialmente en universitarios de los tres primeros semestres; quienes al ingresar a la universidad se ven abocados a consumir alcohol y otras sustancias de acuerdo con la cultura universitaria que muestra un joven libre de hacer lo que le plazca y preparado para asumir cualquier reto. Sumado a esto, se encuentra el aumento de oportunidades de consumo debido a los horarios que se manejan en las instituciones de educación superior y la mayor disponibilidad y acceso asociados a menor control sobre el expendio a menores (Londoño Pérez et al., 2005, p. 259).



Datos como los anteriores nos muestran que es urgente desarrollar programas de prevención que contribuyan a mitigar en alguna medida la problemática del consumo de licor entre universitarios, pues cada vez es mayor el consumo de esta sustancia entre dicho grupo poblacional.

Para prevenir los riesgos asociados al consumo, son varias las iniciativas que han desarrollado las universidades, sobre todo en occidente, que incluyen la promulgación de políticas claras que hacen explícita la postura de la institución frente al consumo de esta sustancia, y que involucran no solo los estudiantes, sino también los administrativos, los docentes, las familias de los estudiantes y los contextos aledaños a la universidad.

# CAPÍTULO 6

**EL PROBLEMA DEL CONSUMO  
DE ALCOHOL EN LOS  
ESTUDIANTES DE LA FUNLAM**

La investigación sobre problemáticas psicosociales en ámbito universitario es una tarea prioritaria de las direcciones de bienestar universitario en las Instituciones de Educación Superior, como elemento esencial para orientar la toma de decisiones en la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida, la excelencia en la formación integral y la disminución de las tasas de deserción. Los universitarios se constituyen un grupo especial de intervención, dado que en esta etapa se consolida su desarrollo humano integral y es un periodo no exento de riesgos por la transición que están haciendo a su vida adulta y laboral, trayendo en muchos casos problemas desde su adolescencia que es necesario intervenir. Por otra parte, el ámbito universitario es un espacio que ofrece una oportunidad sin igual para intervenir mediante programas de prevención transversales y articulados, por lo cual el presente estudio ofrece elementos absolutamente valiosos para orientar dichas acciones.

De los resultados de este estudio, y después de haber definido abordar el problema del consumo de alcohol como uno de los mayores riesgos que acechan al estudiante universitario de hoy, puede señalarse que el consumo de esta sustancia es un problema real que viene en aumento. Ello advierte la necesidad de fortalecer las intervenciones en prevención del abuso de esta droga y movilizar acciones que den respuesta al problema en su actual dimensión.

Con el desarrollo del presente estudio, en el marco del proyecto “Prevención de problemáticas psicosociales en el ámbito universitario con énfasis en adicciones”, auspiciado por el Centro Coordinador de la Investigación (CCI), de la Federación Internacional de Universidades Católicas (FIUC), la Universidad Católica Luis Amigó (Funlam), ratifica el compromiso con la formación integral de sus estudiantes, atendiendo las orientaciones de la UNESCO de formar en el SER, el HACER y el SABER.

Se presentan a continuación los resultados del estudio sobre consumo de alcohol en los estudiantes universitarios de la Funlam.

## 6.1 Población y muestra

En cuanto a la población, dos terceras partes de los estudiantes de la Funlam son mujeres, la tercera parte pertenecen a los estratos 1 y 2 y en su gran mayoría son solteros (ver Tabla 1).

**Tabla 1.** Estadísticos descriptivos características sociodemográficas (N=613)

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	200	32,6
	Mujer	413	67,4
Edad	18 y más	585	95,4
	Menores de 18	28	4,6
Estrato Socioeconómico	I-II	204	33,3
	III-IV	388	63,3
	V-VI	21	3,4
Estado civil	Soltero	494	80,6
	Casado	57	9,3
	Unión libre	43	7,1
	Separado	18	2,9
	Viudo	1	0,2

Todas las tablas y figuras de este apartado fueron elaboradas por el grupo de investigadores.

La edad media de los estudiantes incluidos en este estudio es de 23 años en promedio con una desviación (4,282) (ver Tabla 2).

**Tabla 2.** Edad media de los estudiantes de la muestra

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	613	16	30	23,23	4,282

La gran mayoría de los estudiantes (73,3%) viven con los padres o en casa de un familiar y más de la décima parte viven con la pareja. El 5.5% de los estudiantes viven solos (ver Tabla 3).

**Tabla 3.** Situación de vivienda de los estudiantes durante los años de formación

Situación de Vivienda	Frecuencia	Porcentaje
Vivo con compañeros/amigos	15	2,4
Vivo solo	34	5,5
Vivo con mis padres	386	63,0
Vivo en casa de un familiar	63	10,3
Vivo con mi pareja	73	11,9
Otra	42	6,9
Total	613	100,0

Un dato a tener en cuenta es que la mitad de los estudiantes consideran que su situación económica es buena o muy buena, debe tener especial consideración el 5.8% que dijo que su situación es mala o muy mala (ver Tabla 4).

**Tabla 4.** Situación económica de los estudiantes de la muestra

Situación económica	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	9	1,5
Buena	291	47,5
Regular	277	45,2
Mala	26	4,2
Muy mala	10	1,6
Total	613	100,0

## 6.2 Depresión y ansiedad en los estudiantes de la Funlam

Cerca de la décima parte (9,0%) de los estudiantes presentan ansiedad, según el test de Hamilton (ver Tabla 5).

**Tabla 5.** Presencia de ansiedad en los estudiantes de la Funlam

Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Sin ansiedad	558	91,0
Con ansiedad	55	9,0
Total	613	100,0

Cerca de la décima parte (9,0%) de los estudiantes presentan depresión según el test de Zung (ver Tabla 6).

**Tabla 6.** Presencia de depresión en los estudiantes de la Funlam

Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Sin depresión	558	91,0
Con depresión	55	9,0
Total	613	100,0

Según el test de Zung para depresión, el 91,0% no tienen depresión, un 7,3% depresión leve y el 1,7% depresión moderada o severa (ver Tabla 7).

**Tabla 7.** Niveles de depresión en los estudiantes de la Funlam

Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Sin depresión	558	91,0
Depresión leve	45	7,3
Depresión moderada	9	1,5
Depresión severa	1	0,2
Total	613	100,0

Aplicado el test de Hamilton para ansiedad en los estudiantes universitarios de la Funlam, el 91,0% no la presentan y el 9,0% la presenta en los niveles de moderada y severa (ver Tabla 8).

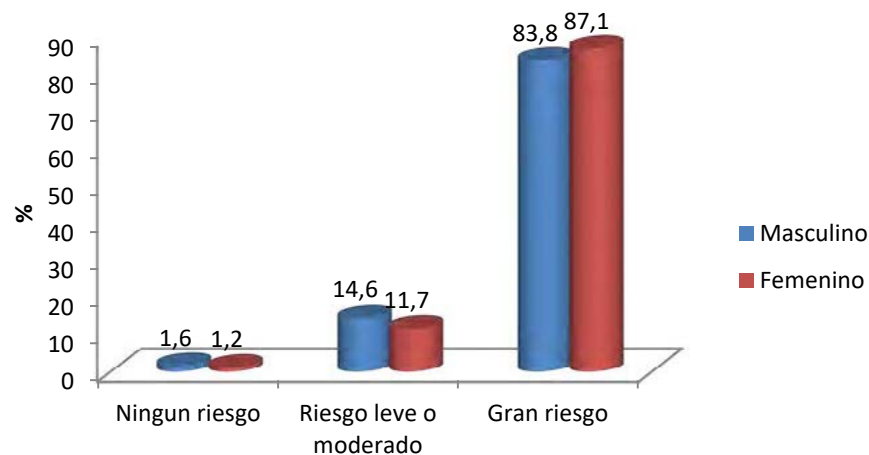
**Tabla 8.** Niveles de ansiedad de los estudiantes de la Funlam

Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Sin ansiedad	558	91,0
Ansiedad moderada	50	8,2
Ansiedad severa	5	0,8
Total	613	100,0

### 6.3 Percepción del riesgo frente al consumo de alcohol

En lo tocante a la percepción de riesgo, tanto los hombres como las mujeres tienen una similar y alta percepción de riesgo frente al consumo de alcohol, se dice alta porque representa más de las dos terceras partes. Y si se le suma el riesgo leve o moderado son la casi totalidad de los estudiantes que perciben riesgo (ver Figura 1).

**Figura 1.** Distribución proporcional de la percepción del riesgo del consumo frecuente de alcohol, según sexo



El 36,2% de los estudiantes de la Funlam afirma haber estado expuesto a un programa formal de prevención. Un 40,6% dice que no ha estado expuesto. Un 16,3% no recuerda si estuvo expuesto a un programa de prevención (ver Tabla 9).

**Tabla 9.** Exposición a un programa formal de prevención al consumo de drogas antes de entrar a la universidad

Exposición	Frecuencia	Porcentaje
Sí	222	36,2
No	249	40,6
No recuerda	100	16,3
Sin dato	42	6,9
Total	613	100,0

Nota: por formal se entiende como parte de las actividades académicas regulares.

El 40,9% de los estudiantes incluidos en el estudio manifestó que ha estado expuesto a información sobre drogas antes de entrar a la universidad. El 27,1% solo ha estado expuesto una vez o muy pocas veces. Solo el 14% reporta que ha estado expuesto muchas veces a información sobre drogas antes de entrar a la universidad (ver Tabla 10).

**Tabla 10.** Frecuencia de exposición a información sobre consumo de drogas antes de entrar a la universidad

Frecuencia de Exposición	Frecuencia	Porcentaje
No recuerdo	70	11,4
Una sola vez	20	3,3
Unas pocas veces	146	23,8
Varias veces	165	26,9
Muchas veces	86	14,0
Sin dato	126	20,6
Total	613	100,0



Con respecto a la calidad de la información recibida sobre drogas antes de entrar a la universidad, el 55% la considera buena o muy buena y un 13,4% mala o muy mala. Un 11,1% no recuerda nada de ello (ver Tabla 11).

**Tabla 11.** Calidad de la información recibida sobre el consumo de drogas antes de entrar a la universidad

Calidad	Frecuencia	Porcentaje
No recuerdo	68	11,1
Muy buena	114	18,6
Buena	223	36,4
Mala	68	11,1
Muy mala	14	2,3
Sin dato	126	20,6
Total	613	100,0

Un poco más de la mitad, el 56,0% reconocen que en la universidad se les brinda información sobre drogas. Un 37,2% dicen que no han estado expuestos a información sobre drogas en la Universidad (ver Tabla 12).

**Tabla 12.** Exposición a información sobre el consumo de drogas en la universidad

Exposición	Frecuencia	Porcentaje
Sí	343	56,0
No	228	37,2
Sin dato	42	6,9
Total	613	100,0

Preguntado por la frecuencia de exposición a información sobre drogas en la Universidad, el 28,2% dijo que varias veces o muchas veces y el 27,4% que solo una vez o muy pocas veces. De un número importante de estudiantes no se tiene datos (ver tabla 13).

**Tabla 13.** Frecuencia de exposición a información sobre consumo de drogas en la universidad

Frecuencia de Exposición	Frecuencia	Porcentaje
Una sola vez	40	6,5
Unas pocas veces	128	20,9
Varias veces	129	21,0
Muchas veces	44	7,2
No se aplica	2	0,3
Sin dato	270	44,0
Total	613	100,0

La calidad de la información recibida sobre drogas en la Universidad, la consideran buena o muy buena casi la mitad de los estudiantes (44,8%). Un 11,1% lo consideran regular o deficiente. Del 44% de los estudiantes incluidos en la muestra no se tienen datos (ver Tabla 14).

**Tabla 14.** Calidad de la información recibida sobre el consumo de drogas en la universidad

Calidad de información	Frecuencia	Porcentaje
Muy bueno	102	16,6
Bueno	173	28,2
Regular	58	9,5
Deficiente	10	1,6
Sin dato	270	44,0
Total	613	100,0

## 6.4 Exposición a un programa formal de prevención al consumo de drogas en la Funlam

Una gran mayoría de los estudiantes, el 65,3%, dicen que no han estado o no recuerdan haber estado expuestos a un programa de prevención al consumo de drogas en la Universidad. El 27,9% de los encuestados si recuerdan haber estado expuestos (ver Tabla 15).

**Tabla 15.** Exposición a un programa formal de prevención al consumo de drogas en la universidad

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	171	27,9
No	350	57,1
No recuerda	50	8,2
Sin dato	42	6,9
Total	613	100,0

Nota: por formal se entiende como parte de las actividades académicas regulares.

El 80,1% de los estudiantes no ha consumido alcohol dentro de la Universidad. Solo el 2,3% lo hace frecuentemente (ver Tabla 16).

**Tabla 16.** Consumo de alcohol dentro de la Funlam

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	491	80,1
Esporádicamente	103	16,8
Frecuentemente	14	2,3
Sin datos	5	0,8
Total	613	100,0

La edad media de inicio en el consumo de alcohol para ambos géneros es muy similar, cerca de los 15 años (DE= 2,857) para los hombres, y los 16 (DE= 3,124) en la mujer (ver Tabla 17).

**Tabla 17.** Edad promedio de inicio de consumo de alcohol, según sexo

	Sexo	Media	D.E
¿Qué edad tenía cuando consumió alcohol por primera vez?	Hombre	14,89	2,857
	Mujer	15,60	3,124

El 97,5% de los hombres y el 94,2% de las mujeres encuestadas han consumido alcohol alguna vez en la vida. Solo el 2,55 de los hombres y el 5,8% de las mujeres no han consumido alcohol (ver Tabla 18).

**Tabla 18.** Prevalencia de consumo de alcohol en la vida de los estudiantes de la Funlam

¿Ha consumido alcohol alguna vez en la vida?		de alcohol en la vida de los	Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
¿Ha consumido alcohol alguna vez en la vida?	Sí	Frecuencia	195	389	584
		%	97,5%	94,2%	95,3%
	No	Frecuencia	5	24	29
		%	2,5%	5,8%	4,7%
Total		Frecuencia	200	413	613
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Con respecto al consumo de alcohol el último año (2012), el 88,2% de los hombres y el 87,1% de las mujeres lo han hecho (ver Tabla 19).

**Tabla 19.** Prevalencia anual de consumo de alcohol de los estudiantes de la Funlam

¿Ha consumido alcohol en los últimos 12 meses?			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
¿Ha consumido alcohol en los últimos 12 meses?	Sí	Frecuencia	172	339	511
		%	88,2%	87,1%	87,5%
	No	Frecuencia	23	50	73
		%	11,8%	12,9%	12,5%
Total	Frecuencia	195	389	584	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

El 71,1% de los hombres y el 68,4% de las mujeres han consumido alcohol el último mes, año 2012 (ver Tabla 20).

**Tabla 20.** Prevalencia mensual de consumo de alcohol de los estudiantes de la Funlam

¿Ha consumido alcohol en los últimos 30 días?			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
¿Ha consumido alcohol en los últimos 30 días?	Sí	Frecuencia	123	232	355
		%	71,1%	68,4%	69,3%
	No	Frecuencia	50	107	157
		%	28,9%	31,6%	30,7%
	Total	Frecuencia	173	339	512
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Aplicado el AUDIT a la población encuestada, el 57,7% de los estudiantes, aunque beben, no presentan problemas con el alcohol; el 24% presenta un riesgo de abuso y el 2,0% riesgo de dependencia (ver Tabla 21).

**Tabla 21.** Riesgo de problemas por beber según AUDIT

Riesgo AUDIT	Frecuencia	Porcentaje
Sin problemas de alcohol	353	57,6
Consumo perjudicial de alcohol (Abuso)	147	24,0
Riesgo de dependencia	12	2,0
Total	512	83,5

Respecto a antecedentes de consumo de alcohol en familiares y/o amigos, que beben hasta la embriaguez, el 85,7% de los encuestados los tienen, siendo igual los antecedentes, en porcentaje, tanto para mujeres como para hombres (ver Tabla 22).

**Tabla 22.** Amigos o familiares que se emborrachan, según sexo

			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Tiene amigos o familiares que se emborrachan	Sí	Recuento	169	352	521
		% de sexo	85,4%	85,9%	85,7%
	No	Recuento	15	36	51
		% de sexo	7,6%	8,8%	8,4%
	No sabe	Recuento	14	22	36
		% de sexo	7,1%	5,4%	5,9%
	Total	Recuento	198	410	608
		% de sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Entre los estudiantes que conducen, el 7,7 % conduce bajo efectos de alcohol frecuentemente. Un 0,3% frecuentemente y el 36,1% nunca lo hace (ver Tabla 23).

**Tabla 23.** Conducir un vehículo motorizado después de haber bebido

	Frecuencia	Porcentaje
No aplica, no conduzco	324	52,9
Nunca	221	36,1
Esporádicamente	47	7,7
Frecuentemente	2	0,3
Sin dato	19	3,1
Total	613	100,0

Más de la tercera parte de los estudiantes dicen haber viajado en vehículo conducido por alguien bajo los efectos del alcohol. El 27,2% lo hace esporádicamente y el 0,7% frecuentemente. Un 69,0% nunca lo hace (ver Tabla 24).

**Tabla 24.** Viajar en vehículo motorizado conducido por alguien bajo los efectos del alcohol

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	423	69,0
Esporádicamente	167	27,2
Frecuentemente	4	0,7
Sin dato	19	3,1
Total	613	100,0

Casi una cuarta parte de los estudiantes (23%) dicen mezclar alcohol con bebidas energizantes. Un 1,0% lo hace siempre o casi siempre (ver Tabla 25).

**Tabla 25.** Mezclar alcohol con bebidas energizantes

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	371	60,5
Pocas veces	124	20,2
Regularmente	11	1,8
Casi siempre	3	0,5
Siempre	3	0,5
Sin dato	101	16,5
Total	613	100,0

El 2.8% de los estudiantes reconocen que alguna vez en su vida han tenido tratamiento, lo que puede significar que tienen dependencia o han tenido abusos con el alcohol o las drogas (ver Tabla 26).

**Tabla 26.** ¿Ha recibido usted alguna vez en su vida algún tipo de tratamiento por abuso de alcohol o drogas?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí, por alcohol	5	0,8
Sí, por drogas	8	1,3
Sí, por alcohol y drogas	4	0,7
No, nunca he estado en tratamiento	263	42,9
No consumo drogas	291	47,5
Sin dato	42	6,9
Total	613	100,0

En el último año, el 0,6% de los estudiantes han recibido tratamiento por problemas relacionados con el consumo de alcohol o drogas (ver Tabla 27).

**Tabla 27.** ¿Ha recibido usted en los últimos 12 meses algún tipo de tratamiento por abuso de alcohol o drogas?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí, por drogas	2	,3
Sí, por alcohol y drogas	2	,3
No	13	2,1
Sin dato	596	97,2
Total	613	100,0

Es de resaltar que 11 estudiantes (1,8%) dicen haber necesitado ayuda en el último año, para disminuir o dejar de consumir alcohol o droga. Un 1,3% de estudiantes (8) manifiestan que han sentido la necesidad, pero no se han atrevido a hacerlo (ver Tabla 28).

**Tabla 28.** Durante los últimos 12 meses, ¿ha sentido usted la necesidad de recibir algún tipo de ayuda o tratamiento para disminuir o dejar de consumir alcohol o drogas?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí, por alcohol	8	1,3
Sí, por drogas	1	,2
Sí, por alcohol y drogas	2	,3
No me atrevo a pedir ayuda	8	1,3
No necesito ningún tipo de ayuda	256	41,8
Sin dato	338	55,1
Total	613	100,0

## 6.5 Necesidad de prevención al consumo de alcohol y drogas en la Funlam

Se les preguntó a los estudiantes su opinión sobre si en la universidad debe haber un programa sistemático y permanente sobre prevención al consumo de drogas y el 64,9% respondieron que sí. Solo un 2,3% considera que no (ver Tabla 29).

**Tabla 29.** Opinión sobre si la Funlam debe abordar un programa de prevención al consumo de drogas, sistemático y permanente

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	398	64,9
Tal vez	159	25,9
No	14	2,3
Sin dato	42	6,9
Total	613	100,0



Igualmente, se les preguntó si en la Universidad debería haber una política específica para prevenir el consumo de drogas y el 66,2% lo considera necesario. Un 3,6%, no (ver Tabla 30). De otro lado, el 75,2%, considera que el alcohol, debe estar incluido en la política (ver Tabla 31).

**Tabla 30.** Opinión sobre la necesidad de una política universitaria específica para prevenir el consumo de drogas entre los estudiantes universitarios

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	406	66,2
Tal vez	143	23,3
No	22	3,6
Sin dato	42	6,9
Total	613	100,0

**Tabla 31.** Opinión sobre si la política debe incluir el tema del alcohol

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	461	75,2
Tal vez	79	12,9
No	9	1,5
Sin dato	64	10,4
Total	613	100,0

## 6.6 Análisis bivariado

Este análisis se realizó para dar cuenta de la relación entre el consumo de alcohol y otras variables como: características sociodemográficas de los encuestados, edad de inicio del consumo, factores de riesgo, ansiedad y depresión. Se efectuó el análisis estadístico correspondiente a la prueba Chi cuadrado de independencia para variables cualitativas y la prueba de correlación de Spearman para las cuantitativas, según prueba de normalidad.

Al calcular el riesgo de alcohol con el instrumento AUDIT, se agruparon los puntajes en las categorías de riesgo: sin problemas de alcohol, consumo perjudicial de alcohol (abuso) y síntomas de dependencia, encontrando asociación estadísticamente significativa (valor  $p < 0,05$ ) entre el riesgo de alcohol y el sexo.

En este sentido, se encontró una mayor proporción de mujeres sin problemas de alcohol respecto a los hombres (75,2% versus 56,6%). Tanto el consumo perjudicial de alcohol (abuso) como los síntomas de dependencia fueron más prevalentes en los hombres que en las mujeres, siendo esta relación aproximadamente de 2:1 para abuso y 3:1 para dependencia. Es decir, por cada mujer con riesgo de dependencia, se encontraron aproximadamente tres (3) hombres con este riesgo. Al analizar esta relación por grupos de edad, la asociación desapareció (valor  $p > 0,05$ ), posiblemente porque hubo pocos estudiantes (25) en la muestra con edad inferior a los 18 años (ver Tablas 32 y 33).

**Tabla 32.** Riesgo de problemas de alcohol (AUDIT), según sexo

AUDIT		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Sin problemas de alcohol	Frecuencia	98	255	353
	%	56,6%	75,2%	68,9%
Consumo perjudicial de Alcohol (Abuso)	Frecuencia	68	79	147
	%	39,3%	23,3%	28,7%
Síntomas de dependencia	Frecuencia	7	5	12
	%	4,0%	1,5%	2,3%
Total	Frecuencia	173	339	512
	%	100,0%	100,0%	100,0%

**Tabla 33.** Riesgo de problemas de alcohol (AUDIT), según grupos de edad

AUDIT		Grupos de edad		Total	Valor p
		18 y más	Menores de 18		
Sin problemas de alcohol	Frecuencia	337	16	353	0,550
	%	69,2%	64,0%	68,9%	
Consumo perjudicial de Alcohol (Abuso)	Frecuencia	138	9	147	
	%	28,3%	36,0%	28,7%	
Síntomas de dependencia	Frecuencia	12	0	12	
	%	2,5%	,0%	2,3%	
Total	Frecuencia	487	25	512	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Aunque la percepción del riesgo frente al consumo frecuente de alcohol es mayor en los menores de 18 años, pues 92,6% lo consideran de gran riesgo, no se encontró asociación estadísticamente significativa de la percepción de riesgo con la edad ( $p \geq 0,05$ ) (ver Tabla 34).

**Tabla 34.** Percepción de riesgo sobre el consumo de alcohol según grupos de edad

Percepción riesgo alcohol		Grupos de edad		Total	Valor p
		18 y más	Menores de 18		
Gran riesgo	Frecuencia	481	25	506	0,703
	%	84,8%	92,6%	85,2%	
Riesgo leve o moderado	Frecuencia	73	2	75	
	%	12,9%	7,4%	12,6%	
Ningún riesgo	Frecuencia	8	0	8	
	%	1,4%	,0%	1,3%	
No sabe	Frecuencia	5	0	5	
	%	,9%	,0%	,8%	
Total	Frecuencia	567	27	594	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Con respecto a los riesgos del consumo de alcohol, según el AUDIT y la edad de inicio, realizada la prueba de Correlación de Spearman, se encontró una relación estadísticamente significativa e inversa entre los resultados de este instrumento y la edad de inicio. Es decir, a medida que disminuye la edad de inicio, aumenta la gravedad del resultado en la escala AUDIT (ver Tabla 35).

**Tabla 35.** Riesgo de problemas por el consumo de alcohol (AUDIT) y edad de inicio en el consumo

		Suma puntaje AUDIT (de 0 a 40)	¿Qué edad tenía cuando consumió alcohol por primera vez?
Suma puntaje AUDIT (de 0 a 40)	Correlación de Pearson	1	-0,264
	Sig. (bilateral)		,000
	N	512	512
¿Qué edad tenía cuando consumió alcohol por primera vez?	Correlación de Pearson	-,264	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	512	584

De otro lado, a pesar de que no se halló asociación estadísticamente significativa entre el estado civil de los encuestados y el riesgo de alcoholismo, la mayoría de las personas con consumo perjudicial (93,2%) y todos los estudiantes que presentaron síntomas de dependencia (100%) eran solteros. Lo anterior, puede ser debido al promedio de edad de los encuestados, el cual fue de 23 años, siendo una población joven.

Igualmente, no se observó asociación estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ) entre el riesgo de alcoholismo y el nivel socioeconómico de los estudiantes.

Al indagar por la percepción de riesgo de los encuestados respecto al consumo frecuente de alcohol, se encontró que a pesar de considerar que dicho consumo representa un riesgo, un alto porcentaje de ellos tiene consumos perjudiciales o riesgo de dependencia, según el AUDIT. En este sentido, se percibió asociación estadísticamente significativa (valor  $p < 0,05$ ). El 95,8% de las personas con consumo perjudicial y el 100% de los que tenían riesgo de dependencia consideraban que el consumo de alcohol representaba un riesgo para la salud. Esta percepción de riesgo fue mayor en los menores de 18 años (ver Tabla 36).

**Tabla 36.** Percepción de riesgo sobre consumo de alcohol y AUDIT

Percepción del riesgo de beber frecuente		Sin problemas de alcohol	Consumo perjudicial de Alcohol (Abuso)	Síntomas de dependencia	Total	Valor p
Gran riesgo	Frecuencia	301	105	9	415	0,004
	%	88,5%	72,9%	81,8%	83,8%	
Riesgo leve o moderado	Frecuencia	33	33	2	68	
	%	9,7%	22,9%	18,2%	13,7%	
Ningún riesgo	Frecuencia	4	3	0	7	
	%	1,2%	2,1%	0,0%	1,4%	
No sabe	Frecuencia	2	3	0	5	
	%	0,6%	2,1%	0,0%	1,0%	
Total	Frecuencia	340	144	11	495	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Al analizar lo relacionado con las personas que vivían con el encuestado, se encontró asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre esta variable y el riesgo de tener problemas con el alcohol, encontrando que la mayoría de personas que no tenían riesgo (63,5%) vivían con sus padres y el 25% de las personas con síntomas de dependencia vivían solos o en casa de un familiar (ver Tabla 37).

**Tabla 37.** Riesgo de problemas por el consumo de alcohol (AUDIT) y situación de convivencia mientras estudian

Situación de convivencia mientras estudia		AUDIT			Total	Valor p
		Sin problemas de alcohol	Consumo perjudicial de Alcohol (Abuso)	Síntomas de dependencia		
Vive con los padres	Frecuencia	224	102	5	331	0,008
	%	63,5%	69,4%	41,7%	64,6%	
Vive con compañeros y amigos	Frecuencia	11	2	1	14	
	%	3,1%	1,4%	8,3%	2,7%	
Vive solo	Frecuencia	18	9	3	30	
	%	5,1%	6,1%	25,0%	5,9%	
Vive en casa de un familiar	Frecuencia	31	19	3	53	
	%	8,8%	12,9%	25,0%	10,4%	
Vive con la pareja	Frecuencia	44	9	0	53	
	%	12,5%	6,1%	0,0%	10,4%	
Otra	Frecuencia	25	6	0	31	
	%	7,1%	4,1%	0,0%	6,1%	
Total	Frecuencia	353	147	12	512	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

No se encontró asociación estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ) entre el riesgo de alcoholismo y el cambio de carrera y satisfacción con el programa académico, aunque el 96,1% de los que no han cambiado de carrera o solo lo han hecho una vez, no presentan problemas por el consumo de alcohol, así como el 95,5% de los que están muy satisfechos o satisfechos tampoco presentan problemas por el consumo de esta sustancia.

Por otro lado, se encontró asociación estadística entre el riesgo de alcoholismo y el número de asignaturas reprobadas ( $p = \leq 0,05$ ). El 83,3% de los encuestados que presentaron síntomas de dependencia, habían reprobado 2 o más asignaturas (ver Tablas 38, 39 y 40).

**Tabla 38.** Riesgo de problemas por el consumo de alcohol (AUDIT) y estabilidad en la carrera.

Veces que ha cambiado de carrera		AUDIT			Total	Valor p
		Sin problemas de alcohol	Consumo perjudicial de Alcohol (Abuso)	Síntomas de dependencia		
Ninguna	Frecuencia	277	106	7	390	0,140
	%	78,5%	72,1%	58,3%	76,2%	
1	Frecuencia	62	34	4	100	
	%	17,6%	23,1%	33,3%	19,5%	
2	Frecuencia	11	4	0	15	
	%	3,1%	2,7%	,0%	2,9%	
3	Frecuencia	2	2	1	5	
	%	0,6%	1,4%	8,3%	1,0%	
4 y mas	Frecuencia	1	1	0	2	
	%	0,3%	0,7%	0,0%	0,4%	
Total	Frecuencia	353	147	12	512	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

**Tabla 39.** Riesgo de problemas por el consumo de alcohol (AUDIT) y satisfacción con lo que está estudiando

Satisfacción con lo que está estudiando		AUDIT			Total	Valor p
		Sin problemas de alcohol	Consumo perjudicial de Alcohol (Abuso)	Síntomas de dependencia		
Muy satisfecho	Frecuencia	229	97	6	332	0,065
	%	64,9%	66,0%	50,0%	64,8%	
Satisfecho	Frecuencia	108	41	4	153	
	%	30,6%	27,9%	33,3%	29,9%	
Regular	Frecuencia	14	7	1	22	
	%	4,0%	4,8%	8,3%	4,3%	
Nada satisfecho	Frecuencia	1	1	0	2	
	%	0,3%	0,7%	0,0%	0,4%	
No se	Frecuencia	1	1	1	3	
	%	0,3%	0,7%	8,3%	0,6%	
Total	Frecuencia	353	147	12	512	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

**Tabla 40.** Riesgo de problemas por el consumo de alcohol (AUDIT) y rendimiento académico

Asignaturas reprobadas en la vida universitaria		AUDIT			Total	Valor p
		Sin problemas de alcohol	Consumo perjudicial de Alcohol (Abuso)	Síntomas de dependencia		
Ninguno	Frecuencia	190	55	2	247	0,035
	%	53,8%	37,4%	16,7%	48,2%	
Uno	Frecuencia	75	37	5	117	
	%	21,2%	25,2%	41,7%	22,9%	
Entre 2 y 3	Frecuencia	61	36	4	101	
	%	17,3%	24,5%	33,3%	19,7%	
Entre 4 y 5	Frecuencia	12	10	0	22	
	%	3,4%	6,8%	0,0%	4,3%	
Más de 5	Frecuencia	13	8	1	22	
	%	3,7%	5,4%	8,3%	4,3%	
No aplica, está en primer semestre	Frecuencia	2	1	0	3	
	%	0,6%	0,7%	0,0%	0,6%	
Total	Frecuencia	353	147	12	512	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

En relación con la percepción sobre el futuro profesional y tener problemas con el alcohol según el AUDIT, se halló una asociación estadística significativa (valor  $p < 0,05$ ), encontrando que el 96,1% de las personas que no tenían riesgo de alcoholismo, tenían una percepción optimista o muy optimista respecto a su futuro profesional (ver Tabla 41).

**Tabla 41.** Riesgo de problemas por el consumo de alcohol (AUDIT) y percepción sobre futuro profesional

Percepción sobre futuro profesional		AUDIT			Total	Valor p
		Sin problemas de alcohol	Consumo perjudicial de alcohol (Abuso)	Síntomas de dependencia		
Muy optimista	Frecuencia	199	79	2	280	0,000
	%	56,4%	53,7%	16,7%	54,7%	
Optimista	Frecuencia	140	60	5	205	
	%	39,7%	40,8%	41,7%	40,0%	
Pesimista	Frecuencia	8	3	1	12	
	%	2,3%	2,0%	8,3%	2,3%	
Muy pesimista	Frecuencia	0	1	0	1	
	%	0,0%	0,7%	0,0%	0,2%	
No lo sé	Frecuencia	6	4	4	14	
	%	1,7%	2,7%	33,3%	2,7%	
Total	Frecuencia	353	147	12	512	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Respecto al hecho de haber recibido información sobre el consumo de drogas en la secundaria o haber participado de un programa formal de prevención de consumo de drogas, no se encontró asociación estadísticamente significativa (valor  $p > 0,05$ ) entre esa variable y el riesgo de alcoholismo.



En cuanto a la calidad de la información de prevención de consumo que recibieron, el 40% de las personas que presentaron síntomas de dependencia consideraban que dicha información había sido mala o de muy mala calidad. De otro lado, el 50% de los estudiantes que no han estado expuestos a un programa formal de prevención, presentan riesgo de consumo perjudicial (ver Tablas 42, 43 y 44).

**Tabla 42.** Riesgo de problemas por el consumo de alcohol (AUDIT) y frecuencia con que recibió información sobre el consumo de drogas antes de entrar a la universidad

Con que frecuencia recibió información sobre el consumo de drogas durante la enseñanza secundaria		AUDIT			Total	Valor p
		Sin problemas de alcohol	Consumo perjudicial de alcohol (Abuso)	Síntomas de dependencia		
No recuerdo	Frecuencia	48	14	1	63	0,240
	%	16,7%	12,1%	10,0%	15,2%	
Una sola vez	Frecuencia	11	4	1	16	
	%	3,8%	3,4%	10,0%	3,9%	
Unas pocas veces	Frecuencia	90	36	5	131	
	%	31,3%	31,0%	50,0%	31,6%	
Varias veces	Frecuencia	98	34	1	133	
	%	34,0%	29,3%	10,0%	32,1%	
Muchas veces	Frecuencia	41	28	2	71	
	%	14,2%	24,1%	20,0%	17,1%	
Total	Frecuencia	288	116	10	414	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

**Tabla 43.** Riesgo de problemas por el consumo de alcohol (AUDIT) y calidad de información recibida sobre el consumo de drogas antes de entrar a la universidad

Calidad de la información recibida sobre el consumo de drogas durante la enseñanza secundaria		AUDIT			Total	Valor p
		Sin problemas de alcohol	Consumo perjudicial de alcohol (Abuso)	Síntomas de dependencia		
No recuerdo	Frecuencia	48	9	1	58	0,114
	%	16,7%	7,8%	10,0%	14,0%	
Muy buena	Frecuencia	62	27	0	89	
	%	21,5%	23,3%	0,0%	21,5%	
Buena	Frecuencia	133	53	5	191	
	%	46,2%	45,7%	50,0%	46,1%	
Mala	Frecuencia	37	23	3	63	
	%	12,8%	19,8%	30,0%	15,2%	
Muy mala	Frecuencia	8	4	1	13	
	%	2,8%	3,4%	10,0%	3,1%	
Total	Frecuencia	288	116	10	414	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

**Tabla 44.** Riesgo de problemas por el consumo de alcohol (AUDIT) y haber estado expuesto a un programa formal de prevención al consumo de drogas antes de entrar a la universidad

Exposición a un programa formal de prevención en la enseñanza secundaria		AUDIT			Total	Valor p
		Sin problemas de alcohol	Consumo perjudicial de Alcohol (Abuso)	Síntomas de dependencia		
Sí	Frecuencia	122	52	6	180	0,139
	%	37,0%	37,1%	60,0%	37,5%	
No	Frecuencia	141	70	2	213	
	%	42,7%	50,0%	20,0%	44,4%	
No recuerda	Frecuencia	67	18	2	87	
	%	20,3%	12,9%	20,0%	18,1%	
Total	Frecuencia	330	140	10	480	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Al indagar por la información, cursos o talleres que habían recibido en la universidad donde se encontraban estudiando en el momento de la investigación, relacionados con el consumo de drogas, no se encontró asociación estadísticamente significativa (valor  $p > 0,05$ ) entre ésta y el riesgo de alcoholismo.

El 79,9% de las personas que no presentaron riesgo de alcoholismo, el 75,3% de las personas con consumo perjudicial y el 66,7% de las personas con riesgo de dependencia, afirmaron que la información que recibieron en la universidad sobre consumo de drogas fue buena o muy buena.

El hecho de pertenecer a un programa formal de prevención del consumo en la universidad no presentó asociación estadísticamente significativa con el riesgo de alcoholismo (valor  $p > 0,05$ ) (ver Tablas 45, 46, 47 y 48).

**Tabla 45.** Riesgo de problemas por el consumo de alcohol (AUDIT) y haber recibido información sobre consumo de drogas en la universidad

		AUDIT			Total	Valor p
		Sin problemas de alcohol	Consumo perjudicial de Alcohol (Abuso)	Síntomas de dependencia		
Sí	Frecuencia	194	81	6	281	0,978
	%	58,8%	57,9%	60,0%	58,5%	
No	Frecuencia	136	59	4	199	
	%	41,2%	42,1%	40,0%	41,5%	
Total	Frecuencia	330	140	10	480	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

**Tabla 46.** Riesgo de problemas por el consumo de alcohol (AUDIT) y frecuencia de información recibida sobre consumo de drogas en la universidad

Frecuencia de información recibida sobre consumo de drogas en la universidad		AUDIT			Total	Valor p
		Sin problemas de alcohol	Consumo perjudicial de alcohol (Abuso)	Síntomas de dependencia		
Una sola vez	Frecuencia	24	9	0	33	0,289
	%	12,4%	11,1%	,0%	11,7%	
Unas pocas veces	Frecuencia	70	38	2	110	
	%	36,1%	46,9%	33,3%	39,1%	
Varias veces	Frecuencia	72	30	2	104	
	%	37,1%	37,0%	33,3%	37,0%	
Muchas veces	Frecuencia	26	4	2	32	
	%	13,4%	4,9%	33,3%	11,4%	
No se aplica	Frecuencia	2	0	0	2	
	%	1,0%	0,0%	0,0%	0,7%	
Total	Frecuencia	194	81	6	281	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

**Tabla 47.** Riesgo de problemas por el consumo de alcohol (AUDIT) y calidad de la información recibida sobre consumo de drogas en la universidad

Calidad de la información recibida sobre el consumo de drogas en la universidad		AUDIT			Total	Valor p
		Sin problemas de alcohol	Consumo perjudicial de alcohol (Abuso)	Síntomas de dependencia		
Muy bueno	Frecuencia	58	18	1	77	0,709
	%	29,9%	22,2%	16,7%	27,4%	
Bueno	Frecuencia	97	43	3	143	
	%	50,0%	53,1%	50,0%	50,9%	
Regular	Frecuencia	32	18	2	52	
	%	16,5%	22,2%	33,3%	18,5%	
Deficiente	Frecuencia	7	2	0	9	
	%	3,6%	2,5%	,0%	3,2%	
Total	Frecuencia	194	81	6	281	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

**Tabla 48.** Riesgo de problemas por el consumo de alcohol (AUDIT) y exposición a un programa formal de prevención al consumo de drogas en la universidad

Exposición a un programa formal de prevención al consumo de drogas en la universidad		AUDIT			Total	Valor p
		Sin problemas de alcohol	Consumo perjudicial de alcohol (Abuso)	Síntomas de dependencia		
Sí	Frecuencia	92	38	3	133	1,000
	%	27,9%	27,1%	30,0%	27,7%	
No	Frecuencia	205	88	6	299	
	%	62,1%	62,9%	60,0%	62,3%	
No recuerda	Frecuencia	33	14	1	48	
	%	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%	
Total	Frecuencia	330	140	10	480	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Al analizar los resultados del Test de Depresión de Zung con el de los riesgos del AUDIT, se encontró una asociación estadísticamente significativa (valor  $p < 0,05$ ). El 10,9% de las personas con consumo perjudicial y el 25% de las que tenían riesgo de dependencia, presentaban algún grado de depresión (ver Tabla 49).

**Tabla 49.** Riesgo de problemas por el consumo de alcohol (AUDIT) y depresión

Depresión		AUDIT Categorías			Total	Valor p
		Sin problemas de alcohol	Consumo perjudicial de Alcohol (Abuso)	Síntomas de dependencia	Sin problemas de alcohol	
Sin depresión	Recuento	329	131	9	469	,036
	% de AUDIT Categorías	93,2%	89,1%	75,0%	91,6%	
Con depresión	Recuento	24	16	3	43	
	% de AUDIT Categorías	6,8%	10,9%	25,0%	8,4%	
Total	Recuento	353	147	12	512	
	% de AUDIT Categorías	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Al analizar el Test de Ansiedad de Zung y su relación con el riesgo de alcoholismo, no se encontró asociación estadísticamente significativa (valor  $p > 0,05$ ), siendo más frecuente la ansiedad en las personas que tienen riesgo de dependencia de alcohol. El 10,9% de las personas con consumo perjudicial y el 16,7% de las que tenían riesgo de dependencia, presentaban algún grado de ansiedad (ver Tabla 50).

**Tabla 50.** Riesgo de problemas por el consumo de alcohol (AUDIT) y ansiedad

ANSIEDAD		AUDIT Categorías			Total	Valor p
		Sin problemas de alcohol	Consumo perjudicial de Alcohol (Abuso)	Síntomas de dependencia	Sin problemas de alcohol	
Sin ansiedad	Recuento	328	131	10	469	,218
	% de AUDIT Categorías	92,9%	89,1%	83,3%	91,6%	
Con ansiedad	Recuento	25	16	2	43	
	% de AUDIT Categorías	7,1%	10,9%	16,7%	8,4%	
Total	Recuento	353	147	12	512	
	% de AUDIT Categorías	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

## 6.7 Análisis multivariado

### *Regresión logística para el desarrollo perjudicial de alcohol (abuso)*

Con el propósito de determinar que variables socio demográficas, académicas y clínicas podrían explicar conjuntamente la probabilidad de presentar consumo perjudicial de alcohol (abuso)<sup>2</sup>, controlando las variables de confusión, se construyó un modelo de regresión logística binaria, el cual tuvo como variable dependiente el consumo perjudicial de alcohol y como variables independientes (o explicativas), candidatas a ingresar al modelo, se tuvieron en cuenta aquellas que en el análisis bivariado presentaron un valor de  $p < 0,25$  (criterio de Hosmer-Lemeshow) y las que la evidencia científica refiere como plausibles en relación con la probabilidad de presentar mayor o menor riesgo. Estas variables fueron: sexo, edad, percepción de riesgo de consumo de alcohol, personas con quienes vive, número de veces que ha cambiado de carrera, satisfacción con la carrera, rendimiento académico (asignaturas reprobadas), percepción del futuro profesional, participación en la secundaria en programas de prevención de drogas, ansiedad y depresión.

<sup>2</sup> No fue posible metodológicamente la aplicación de la regresión logística binaria para la probabilidad de presentar riesgo de dependencia de alcohol debido al reducido número de estudiantes incluidos en dicha categoría, pues la realización de este procedimiento estadístico exige un número mínimo de sujetos para el análisis y solo hubo 12 estudiantes que cumplieron este criterio.

Dado que la regresión logística binaria requiere que la variable dependiente (en este caso el consumo perjudicial de alcohol) sea dicotómica, se utilizaron las categorías “Sin consumo perjudicial” y “Con consumo perjudicial”, esto con el fin de facilitar las comparaciones e interpretación de la medida de la fuerza de la asociación, razón de disparidad (RD), entre la variable dependiente y las variables explicativas que fueran incluidas en el modelo. Se utilizó primero el método “Enter” y posteriormente el método “Forward”.

Las variables cualitativas con más de dos niveles se llevaron a variables dummy, con el fin de poder construir el modelo de regresión para la determinación de las variables que mejor explicaban el consumo perjudicial de alcohol. Las categorías de referencia fueron aquellas que presentaban, según la literatura, menor riesgo de tener consumo perjudicial de alcohol y para la valoración de los coeficientes se empleó el estadístico de Wald. Además, se calculó la *razón de disparidad* (RD) para cada variable, acompañada de su respectivo intervalo de confianza del 95%.

Para determinar cuánto explicaban las variables independientes la dependiente, se calculó el estadístico de Nagelkerke, el cual mostró una explicación de las variables incluidas en el modelo del 16,9%; es decir, el porcentaje restante (83,9%) de la probabilidad de presentar consumo perjudicial de alcohol es explicado por otras variables que no fueron incluidas en el estudio.

Finalmente, se encontró, por el método “Forward” que solamente las variables sexo y edad permanecieron en el modelo como variables significativas, por lo cual estas variables son las que explican la probabilidad de consumo perjudicial de alcohol entre los estudiantes universitarios de la Funlam (ver Tabla 51).

Ser mujer estudiante universitaria brinda una protección del 61,5% frente a la probabilidad de tener consumo perjudicial de alcohol, respecto a los hombres, controlando todas las variables que pudieran confundir esta asociación. En cuanto a la edad, las personas que tenían 23 años o más, presentaron una protección del 44,6% respecto a los menores de 23 años.

**Tabla 51.** Regresión logística multivariada para la probabilidad de presentar consumo perjudicial en estudiantes universitarios. Colombia, 2012

	$\beta$	Error estándar	Wald	Gl	Sig.	RD	I.C. 95% para RD	
							Inferior	Superior
Edad (años) Menos de 23	-0,590	0,227	6,783	1	0,009	0,554	0,356	0,864
Sexo Masculino	-0,954	0,225	17,917	1	0,000	0,385	0,248	0,599
Constante	24,533	40191,203	0,000	1	1,000			

Categorías de referencia: edad 23 años o más; sexo: femenino

Nota: el punto de corte para la edad fue de 23 años, dado que este fue el promedio en los encuestados y así se lograba una distribución más proporcional de estos. Si se realiza la categorización de esta variable en menores de 18 años y de 18 años y más, dicha variable desaparece del modelo final, posiblemente debido al poco número de menores de 18 años incluidos en la muestra.

## 6.8 Discusión y análisis

El consumo de alcohol en estudiantes universitarios ha sido objeto de estudio por muchos investigadores en el mundo, reportándose como constante altas prevalencias, no siendo este trabajo la excepción y en el que se encuentran tasas de consumo más elevadas, en relación con otros países. En Canadá, Adlaf, Demers y Gliksman (2005), en una muestra de 6.282 estudiantes universitarios, encontraron que el alcohol es la droga de mayor consumo, con una prevalencia en los últimos 30 días de 77%. Webb & Ashton (1997), entre estudiantes universitarios británicos de segundo año, encontraron prevalencias del 23% entre estudiantes de ciencias biológicas. En Irán, una cultura donde el alcohol es prohibido por la religión, en una muestra de 346 estudiantes de Ciencias de la Salud, seleccionados al azar, donde el 43,9% eran mujeres y el 56,1%, hombres, se encontró que el alcohol era consumido por el 15% de los encuestados (Ahmadi y Javadpour, 2002).

En EE.UU y México, la población universitaria en general reporta cifras altas de consumo excesivo, abuso y dependencia al alcohol con las respectivas consecuencias negativas, las cuales han sido documentados ampliamente en estudios realizados por, EMA, 2005; Johnston, O'Malley, Bachman & Shulenberg, 2005; Knight, et al., 2002; Mora-Ríos & Natera, 2001; Perkins, 2002; Quiroga, et al., 2003; Wechsler, et al., 2002; Del Boca, Darkes, Greenbaum y Goldman, 2004, todos estos citados por Quiroga Anaya, Sánchez Sosa, Medina-Mora Icaza, y Naranjo, (2007).

Con respecto al consumo de alcohol en estudiantes universitarios del Área Andina que comprende, Colombia, Ecuador, Bolivia y Perú, un reciente estudio promovido por la Unión Europea para investigar sobre el consumo de drogas de síntesis en este grupo poblacional, reportó algunos datos comparativos entre estos países, relacionados con el consumo de alcohol (SG-CAN, 2009). Entre los hallazgos más importantes relacionados con el alcohol se destacan, que el alcohol es la droga de mayor consumo entre los jóvenes universitarios andinos. Más de 90% de los estudiantes de Colombia y Perú, y alrededor de 75% en Bolivia y Ecuador, declara haber consumido alcohol al menos una vez en la vida. Lo encontrado en el presente estudio no dista mucho de estas cifras (PV=95,3%).

Un estudio realizado en el 2009, por el Plan Departamental de Drogas de Antioquia y la Empresa Social del Estado (Universidad CES – CARISMA, 2012), en 17 universidades de la ciudad de Medellín sobre la prevalencia de sustancias psicoactivas y ludopatía en estudiantes universitarios, encontró para el caso del alcohol una prevalencia de vida del alcohol 93%, un dato muy cercano a lo encontrado en nuestra investigación, donde hallamos el 95,3%.

Otro de los hallazgos y con datos más altos a los de esta pesquisa que se presenta, está relacionado con el consumo de alcohol y la clasificación del problema según el AUDIT. En el estudio de la Comunidad Andina de Naciones (SG – Can, 2009) entre los consumidores de alcohol del último año, aproximadamente un tercio de los estudiantes de Bolivia, Colombia y Ecuador, y 21% en Perú, califica como consumidor que presenta riesgo o uso perjudicial de alcohol, siendo el mayor porcentaje entre los hombres en todos los países; dato este último muy similar a lo hallado por nosotros donde encontramos entre los consumidores de alcohol, un 24,0% con consumos de riesgo, según este instrumento. Por otra parte, cuando se evalúan los signos de dependencia, se observa que casi el 8% de los universitarios de Perú, 10,5% de Bolivia, 12% de Colombia y 16% en Ecuador, que declaran haber consumido alcohol en el último año, pueden ser considerados con signos de dependencia. Este riesgo es mucho menor en la población consumidora de nuestro estudio (2%).

Estas altas cifras de consumo de alcohol y riesgos asociados según el AUDIT, en población universitaria que en algunos casos superan las prevalencias de la población general, se debe a la alta vulnerabilidad que presentan este grupo poblacional, por el contexto donde se mueven, los significados y representaciones sociales que tiene el alcohol, y el fácil acceso a la sustancia favorecido por la amplia oferta de bares y lugares de consumo que se sitúan en los alrededores de los centros educativos, lo que facilita incluso que los estudiantes consuman dentro de la Universidad, encontrándose en el estudio que aunque una gran mayoría no lo hacen (80,1%), un 16,8% lo consume esporádicamente y un 2,3% frecuentemente, debiéndose por tanto más que prohibir el consumo, educar en la cultura del saber beber para que los estudiantes, comprendan cuándo y dónde beber, pues el claustro universitario es más un espacio para el aprendizaje, la producción de conocimiento y el desarrollo humano integral y el consumo de alcohol puede dificultar el logro de estos objetivos.

En cuanto a las diferencias por género y el consumo de alcohol, en nuestro estudio, con una muestra de predominio femenino, las prevalencias de vida, aunque ambas altas, son más mayores en hombres (97,5%) que en mujeres (94,2%). Es de anotar que aunque la tendencia en estudios de población general, sea que las mujeres se acerquen a las tasas de prevalencia del consumo de alcohol de los hombres, estudios realizados en Colombia, en población escolar y universitaria, reportan todavía diferencias. Albarracín y Muñoz (2008) reportan prevalencias de vida de consumo para hombres del 77.9% y para las mujeres, del 72,5%. Cicua, Méndez y Muñoz (2006) encuentran también en su estudio, un mayor consumo en los hombres (frecuencia semanal, 50% hombres, mientras que en el caso de las mujeres es mensual, 47.6%).

En relación con la edad de inicio del consumo de alcohol en Colombia, los datos de nuestra pesquisada reporta cifras, en algunos casos similares, y en otros distintos a los encontrados en otras investigaciones. Para Barrios et al. (2004), la mayoría de los adolescentes inician el consumo de alcohol y cigarrillo



muy tempranamente entre los 10 y 12 años. En el estudio de Cicua, Méndez y Muñoz (2008), el promedio de edad de inicio se situó en 11.19 años, dato que es equivalente a lo encontrado por Barrios et al., (2004). En el estudio de la región andina (SG- CAN 2009), la edad media de inicio es de 15 años en Colombia, 16 años en Perú y 17 años en Bolivia y Ecuador. Lo encontrado por nosotros reporta 14,89 años para los hombres (DE=2,857) y 15,60 para las mujeres (DE= 3,124).

La percepción que el sujeto tenga del riesgo que entraña el consumo de una sustancia es importante hasta tal punto que diversos estudios han identificado un descenso del nivel de consumo de las sustancias que son percibidas como de mayor riesgo. Bachman, Johnston, O'Maley y Humphrey (1988), mostraron cómo entre los jóvenes aumentaba o disminuía el consumo de determinadas sustancias en función del riesgo que percibían en el consumo de cada una de ellas. A mayor percepción del riesgo sobre una sustancia determinada, menor consumo y viceversa. En nuestro estudio, el 83,8% de los hombres y el 87,1% de las mujeres perciben que el consumo de alcohol produce grandes riesgos y sin embargo, las prevalencias son muy altas, lo que amerita ahondar en investigaciones sobre la percepción del riesgo y la conducta de beber. Este resultado es consecuente con el análisis bivariado donde se buscó relacionar la percepción del riesgo frente al consumo con la edad de inicio, encontrado que la percepción del riesgo es mayor en los menores de 18 años, pues 92,6% lo consideran de gran riesgo, pero sin encontrar una asociación estadísticamente significativa ( $p \geq 0,05$ ), con tener o no tener problemas con el consumo de esta sustancia.

De otro lado y con respecto a la edad de inicio y el riesgo de generar problemas por el consumo de alcohol, nuestro estudio encontró una relación estadísticamente significativa e inversa entre los resultados de este instrumento y la edad de inicio.

Es decir, a medida que disminuye la edad de inicio, aumenta la gravedad del resultado en la escala AUDIT. Pese este resultado, las conclusiones de un estudio realizado por King y Chassin, 2007, concluyen que un inicio precoz en el consumo de alcohol no puede considerarse un factor que aumente las posibilidades de desarrollar alcoholismo, aunque es una circunstancia frecuente entre quienes desarrollan esa enfermedad. En cambio, el inicio temprano en el consumo de drogas ilegales es, claramente, un factor de riesgo respecto a la dependencia a estas sustancias. A juicio del equipo investigador, esto se podría explicar por varias razones: a) que las personas que empiezan a consumir drogas ilegales en la adolescencia desarrollen dependencia por haberlas empleado durante mucho tiempo; b) que ese inicio temprano haya causado alteraciones neuronales que predispongan a la adicción (una hipótesis que han confirmado algunos experimentos con animales); o c) que la dependencia sea resultado de una trayectoria antisocial, de modo que un inicio precoz del consumo favorezca la participación en actividades no normativas.

En relación con la exposición a programas de prevención, la evidencia científica ha mostrado que cuando esta es permanente y sistemática y el programa al cual se exponen los sujetos es culturalmente apropiado y con sólidos soportes empíricos, efectivamente previenen la aparición del problema. En nuestro estudio el 36,2% de los estudiantes de la Funlam, afirman haber estado expuestos a un programa formal de prevención antes de su ingreso a la Universidad, un 40,6% dice que no ha estado expuesto y un 16,3% no recuerda si estuvo expuesto lo que puede tomarse como que este no les causo impacto. Pese estos resultados, realizado un análisis bivariado con respecto a estar expuesto a un programa y tener o no tener problemas con el alcohol, no se encontró asociación estadística significativa.

En cuanto a la calidad de la información recibida en los programas de prevención al consumo de alcohol, el 40% de las personas que presentan riesgo de dependencia según el AUDIT, consideran que dicha información había sido mala o de muy mala calidad, lo que es consecuente con el impacto que producen los programas poco estructurados y sin soportes científicos. Así mismo, el 50% de los estudiantes que no han estado expuestos a un programa formal de prevención, presentan riesgo de consumo perjudicial, según el AUDIT. En general, la evidencia empírica concluye que los programas de prevención escolar son eficaces para prevenir y/o reducir el consumo de sustancias psicoactivas (Hansen y O'Malley, 1996; Gottfredson, 1998; Tobler, et. al., 2000; Gottfredson, Wilson y Najaka, 2001; Glasgow, Lichtenstein, y Marcus, 2003; Rohrbach, Dent, Skara, Sun y Sussman, 2007).

Al indagar por la información, cursos o talleres o exposición a programas de prevención al consumo de alcohol sistemáticos, que habían recibido los estudiantes en la universidad, llama la atención un poco más del 50% reconocen haber recibido información sobre drogas, donde se incluye esta sustancia, pero apenas una tercera parte manifiesta que esta ha sido frecuente. Con respecto a la calidad de la información recibida, cerca de un 45% la consideran buena. Si llama la atención que, aunque desde el año 2008 se desarrolla un programa de prevención sistemático, continuo y permanente para prevenir el abuso en el consumo de alcohol y los riesgos asociados, en la Funlam, denominado TOMA, solo el 27,9% manifiestan haber estado expuestos a él y un 65,3% dicen que no han estado expuestos o no lo recuerdan. Este alto porcentaje de estudiantes que dice no haber estado expuesto al programa o no recordarlo, hace necesario que los encargados de su desarrollo evalúen la cobertura de este, las estrategias de divulgación y la calidad del mismo, sobre todo en lo que respecta a la no recordación, pues esta última está muy relacionada con el impacto de los programas en los sujetos expuestos. No se halló, sin embargo, asociación estadística significativa entre haber estado expuesto a un programa de prevención y el tener o no tener problemas con el consumo de alcohol. Si son significativos los hallazgos con respecto a la opinión de los estudiantes sobre la necesidad de tener un programa sistemático y permanente sobre prevención al consumo de drogas, con énfasis en alcohol en la universidad,

pues cerca del 76% lo consideran importante, lo que habla de la conciencia que empiezan a tener los estudiantes universitarios sobre los riesgos y consecuencias sobre los consumos de riesgo, el abuso o la dependencia que puede traer el mal uso de esta sustancia a nivel biosicosocial.

De otro lado, al analizar los factores de riesgo y dentro de estos con quién vive el estudiante universitario, se encontró asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre esta variable y el riesgo de tener problemas con el alcohol, encontrando que la mayoría de personas que no tenían riesgo (63,5%) vivían con sus padres, y el 25% de las personas con riesgo de dependencia según el AUDIT, vivían solos o en casa de un familiar. Estos hallazgos seguramente están relacionados con la figura de autoridad, acompañamiento y la norma presentes en el hogar paterno, que se convierten en factores protectores, lo cual contrasta con los riesgos propios de la edad universitaria, caracterizada por aserciones de independencia, experimentación con nuevos comportamientos «adultos» y sentimientos de invulnerabilidad que se pueden convertir en promotores de abuso de sustancias psicoactivas en su mayoría legales, más cuando no están acompañados y no tienen la contención de un adulto significativo (Burkey y Stephens, 1999, citados por Camacho, 2005).

Siguiendo con los factores de riesgo, se encontró también asociación estadística significativa entre el riesgo de alcoholismo y el número de asignaturas reprobadas ( $p = \leq 0,05$ ), pues el 83,3% de los encuestados que presentaron síntomas de dependencia, habían reprobado 2 o más asignaturas. Esto es consecuente con lo hallado por otros autores como Albarracín y Muñoz (2008), quienes hallaron en estudiantes universitarios con problemas de consumo de alcohol, bajo rendimiento académico.

Al indagar por comportamientos de riesgo asociados al consumo de alcohol, entre los estudiantes universitarios de la Funlam, se encontró que entre los que conducen, el 7,7% lo hace frecuentemente bajo efectos de alcohol, lo que supone graves riesgos para su integridad personal y la de terceros, dada la evidencia de alta accidentalidad asociada al consumo de alcohol, por los cambios perceptivos y neurológicos que trae el consumo de esta sustancia (Conde, 1987). Muy relacionado con este riesgo es el hecho frecuente que sin haber bebido, se ocupe un vehículo conducido por una persona que sí lo ha hecho. En este estudio, cerca de un 30% de estudiantes se ha subido a un vehículo conducido por una persona bajo efectos de alcohol. Este hallazgo da pie para insistir en la importancia de incluir entre las estrategias de prevención que buscan disminuir la accidentalidad asociada al consumo de alcohol, no solo a los conductores sino también a los pasajeros, toda vez que ambos corren un grave riesgo.

Otro hallazgo importante en esta investigación es haber encontrado que los estudiantes universitarios frecuentemente mezclan alcohol con bebidas energizantes (23%), lo que obliga a incluir recomendaciones en los programas de prevención para que esta mezcla no se haga, dado los peligrosos riesgos cardiovasculares que eso trae (Díaz, 2010, Thompson Merita, 2000).

Importante también, para tener presente en el diseño de estrategias de intervención al consumo problemático de alcohol entre los estudiantes de la Funlam, las cifras que dan cuenta de los jóvenes que han estado en tratamiento o que creen necesitar ayuda. El 3,4% (21) de los estudiantes, han tenido un tratamiento por problemas de consumo de alcohol o drogas. Once estudiantes (1,8%) dicen haber necesitado ayuda en el último año para disminuir o dejar de consumir alcohol o droga, y un 1,3% de estudiantes (8) manifiestan que han sentido la necesidad de buscar ayuda, pero no se han atrevido a hacerlo. Cuando un estudiante consulta o es sometido a un tratamiento de deshabitación o rehabilitación por consumo de drogas o alcohol, es porque ya está teniendo problemas de abuso o dependencia y por tanto, la cronicidad de esta problemática y los riesgos de recaída obligan a que a estos estudiantes se les haga un acompañamiento y seguimiento especial y muy personalizado para asegurar el éxito de su proceso y por ende, minimizar el fracaso escolar, la deserción y las consecuencias biopsicosociales de una vuelta al consumo. Desde el departamento de psicología de Bienestar Universitario, se recomienda que se acompañe a estos estudiantes. Importante también el desarrollo de acciones de sensibilización y motivación entre los estudiantes consumidores de alcohol o drogas que sientan que ya están teniendo problemas, para que busquen ayuda antes de que se deterioren mucho más, lo cual se logra no solo con la emisión de mensajes directos dirigidos a este grupo de estudiantes, sino también con el aumento de la oferta y las facilidades para que accedan a los tratamientos.

La depresión también se ha asociado a problemas con el consumo de alcohol, y este estudio no es la excepción. Al analizar los resultados del Test de Depresión de Zung con los riesgos del AUDIT, se encontró una asociación estadísticamente significativa (valor  $p < 0,05$ ). El 10,9% de las personas con consumo perjudicial y el 25% de las que tenían riesgo de dependencia, presentaban algún grado de depresión. Los trastornos psiquiátricos podrían conducir al alcoholismo. Los pacientes con síntomas psiquiátricos podrían recurrir a beber, como auto-medicación de sus síntomas de ansiedad o depresión. En tal caso, el trastorno psiquiátrico precedería al alcoholismo en varios años y el alcoholismo sería secundario (Rown et al., 1995), y ello hace necesario que en los programas de prevención al abuso de alcohol o el alcoholismo se incluyan los estudiantes con patología depresiva, los cuales pueden ser detectados en los servicios de atención primaria en salud que ofrecen los departamentos de psicología y medicina de Bienestar Universitario de la Institución.

Siguiendo con el tema de la enfermedad mental asociada a los problemas de consumo de alcohol, en este estudio, la ansiedad, aunque también se ha asociado a problemas con el alcohol (Merikangas, Stevens, & Fenton 1996), no presentó asociación estadística significativa (valor  $p > 0,05$ ), pese que en los resultados se encontró que el 10,9% de los estudiantes con consumo perjudicial y el 16,7% de las que tenían riesgo de dependencia, presentaban algún grado de ansiedad.

Finalmente y para terminar este análisis y basado en los resultados, puede afirmarse que la prevención al abuso de alcohol, la dependencia y los problemas asociados, en la Funlam, deben estar dirigidos a estudiantes del género masculino, menores de 18 años, que hayan empezado a beber tempranamente antes de los 15 años, que mientras cursa la universidad vive solo o con un familiar, que en su rendimiento académico tenga más de dos asignaturas reprobadas, con una percepción pesimista sobre su futuro y que sufran de depresión, recomendación que permitirá, siguiendo a Gordon (1987), optimizar los siempre escasos recursos económicos y humanos, al orientar la prevención planteando mejores criterios para la selección de la población a la que se dirigirán las acciones y determinando estrategias concretas, que según este autor podrían enmarcarse en la prevención indicada, dado que son estudiantes ya consumidores de alcohol y con factores de riesgo para desarrollar un abuso o una dependencia, con los consecuentes problemas personales, sociales, familiares, académicos y laborales asociados.

## 6.9 Conclusiones

Trastornos mentales como la ansiedad y la depresión están presentes en el 9% de los estudiantes de la Funlam; un 7,3% depresión leve, y el 1,7% depresión moderada o severa. El nivel de ansiedad reportado es entre moderada y severa.

El 83,8% de los estudiantes de sexo masculino de la Funlam y el 87,1% de las mujeres, tienen una alta percepción sobre los riesgos ocasionados por el consumo de alcohol.

El 97,5% de los hombres estudiantes de la Funlam y el 94,2% de las mujeres, ha consumido alcohol en algún momento de la vida. La prevalencia anual de consumo, tanto para los hombres como para las mujeres, se acerca al 80% y la mensual al 70%.

La edad media de inicio en el consumo de alcohol de los estudiantes de la Funlam, es de 15 años para ambos sexos.

Un 19,1% de estudiantes beben esporádicamente o frecuentemente dentro de las instalaciones de la Universidad.

El 57,7% de los estudiantes, aunque beben no presentan problemas con el alcohol, el 24% presenta un riesgo de abuso y el 2,0% riesgo de dependencia, según el AUDIT.

El 8,0% de los estudiantes de la Funlam ha conducido bajo efectos de alcohol. El 27,9% dice haber viajado en vehículo conducido por alguien bajo los efectos de esta sustancia.

Casi una cuarta parte de los estudiantes (23%) dice mezclar alcohol con bebidas energizantes.

El 90,8% de los estudiantes de la Funlam considera que es necesario desarrollar programas de prevención en la Universidad y el 89,5% opina que la Institución debe tener una política clara con respecto al consumo de alcohol y drogas en su comunidad académica.

Tanto el consumo perjudicial de alcohol (abuso) como los síntomas de dependencia, fueron más prevalentes en los hombres que en las mujeres, siendo esta relación aproximadamente de 2:1 para abuso y 3:1 para síntomas de dependencia. Es decir, por cada mujer con síntomas de dependencia, se encontraron aproximadamente 3 hombres con estos síntomas.

Con respecto a los riesgos del consumo de alcohol, según el AUDIT y la edad de inicio, se encontró que entre más temprano se inicie el consumo, aumenta la gravedad del resultado en la escala AUDIT, es decir, hay mayores riesgos de abuso y dependencia.

Un 2,8% de los estudiantes ha recibido tratamiento por alcohol o drogas. En el último año, un 0,6% de los estudiantes ha recibido tratamiento relacionado con alcohol o drogas.

La percepción del riesgo es mayor en los menores de 18 años (9,26%), pero no se encontró una significancia estadística para este porcentaje.

Al cruzar la percepción de riesgo de los encuestados con respecto al consumo frecuente de alcohol, se encontró que aunque se considera que dicho consumo representa un riesgo, un alto porcentaje de ellos tiene consumos perjudiciales o riesgos de dependencia, según el AUDIT. Esta relación dio una asociación estadísticamente significativa. El 95,8% de las personas con consumo perjudicial y el 100% de los que tiene síntoma de dependencia, considera que el consumo de alcohol representa un riesgo para la salud.

Ser mujer estudiante universitaria presenta una protección del 61,5% frente a la probabilidad de tener consumo perjudicial de alcohol, con respecto a los hombres, controlando todas las variables que pudieran confundir esta asociación.

Finalmente y basado en los análisis estadísticos, puede afirmarse que la prevención al abuso de alcohol, la dependencia y los problemas asociados, en los estudiantes de la Funlam, deben estar dirigidos a estudiantes del género masculino, menores de 18 años, que hayan empezado a beber tempranamente antes de los 15 años, que mientras cursa la universidad vive solo o con un familiar, que en su rendimiento académico tenga más de dos asignaturas reprobadas, con una percepción pesimista sobre su futuro y que sufran de depresión.

# CAPÍTULO 7

**MARCO JURÍDICO QUE  
RESPALDA EL DESARROLLO DE  
PROPUESTAS DE PREVENCIÓN  
AL CONSUMO DE SUSTANCIAS  
PSICOACTIVAS, EN EL ÁMBITO  
UNIVERSITARIO EN COLOMBIA  
Y EN LA FUNLAM**



En Colombia existen una gran variedad de legislación relacionada con la prevención del consumo de sustancias psicoactivas -tanto legales como ilegales, dirigidas sobre todo al ámbito educativo-, que busca preservar la salud y proteger sobre todo a los niños y jóvenes de los problemas biosociales relacionados con el abuso y la dependencia que pueden provocar el consumo de estas.

Un marco jurídico eficaz en materia de drogas que sea coherente, completo, actualizado y claro, se constituye sin duda en una herramienta esencial para el desarrollo de propuestas de actuación y sobre éstas, deben orientarse los programas y proyectos que se desarrollen para prevenir la ocurrencia de esta problemática.

A continuación, se citarán en forma cronológica las normas que en Colombia se han venido dando a partir de la década de los años 70, para prevenir el consumo de drogas entre su población.

Para el efecto de garantizar una comprensión de la legislación propuesta, cada norma nombrada enuncia textualmente los artículos relacionados con la prevención y un comentario, si es del caso.

## 7.1 Decreto 1136 de 1970

“Por el cual se dictan algunas medidas sobre protección social”. Vagancia, enfermos mentales, toxicómanos y alcohólicos; medidas de rehabilitación y otros.

Esta primera norma, estaba orientada sobre todo a evitar que los alcohólicos y drogodependientes estuvieran deambulando por las calles e imponía medidas que obligaban al internamiento de estas personas. En este Decreto, no se hace alusión directa a medidas para prevenir el consumo.

## 7.2 Decreto 1355 de 1970

Tiene que ver con el Código Nacional de Policía y el control a la venta de bebidas alcohólicas, el cual plantea en su artículo 111 que: “Los reglamentos de policía local podrán señalar zonas y fijar horarios para el funcionamiento del establecimiento donde se expendan bebidas alcohólicas”.

Comentario: es competencia de las autoridades regular los lugares donde se venden bebidas alcohólicas y productos que dentro de su composición poseen alcohol y otros aditivos que pueden ser perjudiciales para la salud individual y colectiva, especialmente para algunos grupos de la población, sobre todo menores de edad, prohibiendo -como medidas preventivas- que se establezcan ventas de alcohol cerca a hospitales y centros educativos. La realidad es que esto poco se cumple, pues son muchos los lugares de expendio de alcohol ubicados cerca de las universidades.

### 7.3 Ley 9 de 1979

Por la cual se dictan medidas sanitarias y reglamenta las actividades y competencias de Salud Pública para asegurar el bienestar de la población, el cual incluye en su articulado el control de los medicamentos susceptibles de crear dependencia, como los benzodiazepinas, los barbitúricos y los derivados opiáceos.

Esta Ley, en su artículo 598, introduce por primera vez el concepto de prevención, enfocado desde el autocuidado que toda persona debe tener consigo misma y con su familia y recomendando acatar las leyes que busquen el mejoramiento de la calidad de vida de la población. El artículo reza:

*Toda persona debe velar por el mejoramiento, la conservación y la recuperación de su salud personal y la salud de los miembros de su hogar, evitando acciones y omisiones perjudiciales y cumpliendo las instrucciones técnicas y las normas obligatorias que dicten las autoridades competentes.*

### 7.4 Ley 30 de 1986 o Estatuto Nacional de Estupefacientes

Hasta el momento, es la ley de leyes en el tema de drogas en Colombia, en donde se aborda de manera general todo el problema del cultivo, producción, tráfico y consumo de drogas, teniendo una importancia capital para la salud pública, pues es la primera vez que se aborda directamente el asunto de la prevención y el tratamiento de las adicciones.

Se destacan a continuación los artículos más relacionados con la prevención:

**Artículo 2.** Para efectos de la presente Ley se adoptarán las siguientes definiciones:

- 1) Prevención: es el conjunto de actividades encaminadas a reducir y evitar la dependencia.
- 2) Tratamiento: son los distintos métodos de intervención terapéutica encaminados a contrarrestar los efectos producidos por la droga.
- 3) Rehabilitación: es la actividad conducente a la reincorporación útil del farmacodependiente a la sociedad.

**Artículo 9.** Toda campaña tendiente a evitar los cultivos y la producción, tráfico y consumo de sustancias estupefacientes, deberá ser dirigida y supervisada por el Consejo Nacional de Estupefacientes, directamente o a través del Comité Técnico que se crea por medio de la presente Ley.

**Artículo 10.** A partir de la vigencia del presente Estatuto, la prensa escrita, las estaciones de radiodifusión sonora y las programadoras de televisión que operen en el país deberán adelantar campañas destinadas a combatir el tráfico y consumo de drogas que producen dependencia con la duración y periodicidad que determine el Consejo Nacional de Estupefacientes, de común acuerdo con el Ministerio de Comunicaciones, los cuales reglamentarán y vigilarán el cumplimiento de esta disposición. Los programas podrán ser elaborados directamente por el correspondiente medio de comunicación, pero para su difusión deberán ser sometidos a la aprobación del Consejo Nacional de Estupefacientes.

**Artículo 11.** Los programas de educación primaria, secundaria y superior, así como los de educación no formal, incluirán información sobre riesgos de la farmacodependencia, en la forma que determine el Ministerio de Educación Nacional y el ICFES, en coordinación con el Consejo Nacional de Estupefacientes.

**Artículo 12.** Las instituciones universitarias públicas y privadas obligadas a ello conforme a la reglamentación que acuerden el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y el ICFES, incluirán en sus programas académicos el servicio obligatorio gratuito de consultorios clínicos, para la atención de farmacodependientes.

**Artículo 13.** El Consejo Nacional de Estupefacientes, en coordinación con otras entidades gubernamentales, promoverá y reglamentará la creación y funcionamiento de comités cívicos, con la finalidad de luchar contra la producción, tráfico y consumo de drogas que produzcan dependencia.

**Artículo 16.** En todo recipiente de bebida alcohólica nacional o extranjera deberá imprimirse, en el extremo inferior de la etiqueta y ocupando al menos una décima parte de ella, la leyenda: “El exceso de alcohol es perjudicial para la salud”. En la etiqueta deberá indicarse además, la gradación alcohólica de la bebida.

**Artículo 17.** Todo empaque de cigarrillo o de tabaco, nacional o extranjero deberá llevar en el extremo inferior de la etiqueta y ocupando una décima parte de ella, la leyenda: “El tabaco es nocivo para la salud”.

**Artículo 86.** La creación y funcionamiento de todo establecimiento público o privado destinado a la prevención, tratamiento o rehabilitación de farmacodependientes, estarán sometidos a la autorización e inspección.

## 7.5 Decreto 3788 de 1986

Emitido el 31 de diciembre de 1986, este Decreto reglamenta la Ley 30 del mismo año o Estatuto Nacional de Estupefacientes. En el Capítulo IV aborda directamente el tema de la prevención al consumo de drogas y da directrices importantes para que ésta sea realizada en los centros educativos, incluyendo las universidades. El problema es que poco se ha cumplido y los órganos de control no han hecho mucho. Se da cuenta a continuación de dichos artículos:

**Artículo 34.** En los programas de educación primaria, secundaria, media vocacional y educación no formal, el Ministerio de Educación Nacional, diseñará los lineamientos generales para introducir en los planes curriculares contenidos y actividades para la prevención de la drogadicción e información sobre riesgos de la farmacodependencia.

**Artículo 35.** A nivel de post-secundaria, el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud, trazarán los lineamientos generales para incluir información sobre la farmacodependencia en los programas académicos.

**Artículo 36.** Con base en los lineamientos de que trata el artículo anterior, toda institución de educación post-secundaria deberá desarrollar semestralmente campañas de prevención de la farmacodependencia. El Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior reglamentará y vigilará el cumplimiento de esta disposición.

**Artículo 37.** Las Secretarías de Educación en cada unidad territorial, serán responsables del desarrollo de los programas de prevención de la drogadicción, en cumplimiento de las políticas trazadas por el Ministerio de Educación Nacional y el Consejo Nacional de Estupefacientes, directamente o a través de los consejos seccionales de estupefacientes.

**Artículo 38.** Como estrategias de prevención de la drogadicción, los institutos docentes públicos y privados de educación primaria y secundaria, media vocacional y educación no formal estarán obligados a partir de la vigencia de este Decreto a constituir y fortalecer organizaciones creativas juveniles e infantiles, según las orientaciones impartidas por el Ministerio de Educación Nacional a través del programa de prevención de la drogadicción.

**Artículo 39.** El Ministerio de Educación Nacional implementará mecanismos de vigilancia y control para verificar el cumplimiento de lo aquí previsto.

**Artículo 40.** Dentro de los tres meses siguientes a la vigencia de este Decreto, los Ministerios de Educación y de Salud señalarán los lineamientos y orientaciones que servirán de base para que las instituciones universitarias públicas y privadas estructuren el servicio obligatorio gratuito de consultorios clínicos para la atención del farmacodependiente, de conformidad con el artículo 12 de la ley 30 de 1986.

## 7.6 Constitución Política de Colombia de 1991

Es un referente obligado en materia de prevención de drogas, especialmente el “Título II: de los derechos, las garantías y los deberes”. Se resumen aquí éstos:

**Capítulo I.** De los Derechos Fundamentales, el artículo 13 dice: “El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que, por su condición económica, física o mental, se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta y sancionará los abusos y maltratos que con ellas se cometa”.

**Artículo 16:** establece que todas las personas tienen derecho “al libre desarrollo de la personalidad, sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico”.

**Capítulo II:** “Derechos sociales, económicos y culturales”, también conocidos como “Derechos de la segunda generación”. Parte de la idea de que el ser humano debe vivir y desenvolverse dentro de condiciones sociales económicas y culturales acordes con su dignidad.

**Artículo 44:** Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social (...). Serán protegidos contra toda forma de abandono (...). Gozarán también de los demás derechos consagrados en la constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

**Artículo 45:** “El adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral (...)”.

## 7.7 Ley 30 de diciembre 28 de 1992. Ley de Educación Superior

En esta Ley, que es la más importante de las leyes que rigen a las Instituciones de Educación Superior en Colombia, se incluye también de manera indirecta el tema de la prevención al consumo de drogas. Es así como en el Capítulo III, en relación con Bienestar Universitario, en su artículo 117, dice:

Las instituciones de Educación Superior deben adelantar programas de bienestar entendidos como el conjunto de actividades que se orientan al desarrollo físico, psico-afectivo, espiritual y social de los estudiantes, docentes y personal administrativo.

De otro lado, para asegurar el desarrollo de estos programas, en su artículo 118, determina el presupuesto con el que deben funcionar: “Cada Institución de Educación Superior destinará por lo menos el dos por ciento (2%) de su presupuesto de funcionamiento para atender adecuadamente su propio bienestar universitario”.

## 7.8 Ley 100 de 1993

Promulgada en diciembre 23 de 1993, por esta Ley se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Incluye de manera general en su articulado normas para el desarrollo de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

## 7.9 Acuerdo 03 de 1995, del Consejo Nacional de Educación Superior -CESU-

Acuerdo del marzo 21 de 1995, “en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 117 de la Ley 30 de 1992, por el cual se establecen las políticas de Bienestar Universitario”. Orienta sobre cómo y qué deben contener los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el ámbito universitario; abarca de manera indirecta todos los problemas psicosociales que afectan a los estudiantes. Los artículos que más tienen relación con esto son:

**Artículo 5.** Las acciones preventivas en bienestar universitario merecen la mayor atención para evitar tantas situaciones que definitivamente no deben darse y los procesos correctivos o remediales que se harían necesarios; igualmente se debe crear conciencia sobre los riesgos que representan determinadas decisiones cuyos alcances no han sido evaluados previamente.

**Artículo 12.** El estudio y la investigación de temas propios de cada una de las áreas de bienestar señaladas, deben tener un espacio importante en los programas de bienestar universitario.

**Artículo 14.** Las acciones de bienestar universitario dirigidas a los estudiantes en el área de salud, deben procurar el mejoramiento permanente de las condiciones ambientales, físicas y psíquicas mediante programas preventivos y correctivos que contribuyan a un buen desempeño académico; es necesario apoyar también los esfuerzos personales en este sentido (...).

## 7.10 Decreto 1108 de 1994

Decreto del 31 de mayo de 1994, “por el cual se sistematizan, coordinan y reglamentan algunas disposiciones en relación con el porte y consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas”.

A la Ley 30 del 86 o Estatuto Nacional de Estupefaciente, al promulgarse la Constitución Política de 1991, le declaran inexecutable los artículos 51 y 87, mediante los que se penalizaba el consumo y porte de la dosis personal de sustancias estupefacientes susceptibles de crear dependencia y se obligada al tratamiento. Este Decreto ya tiene en cuenta esto y en su articulado se refuerza y definen más claramente las acciones de prevención. Se destacan aquí los que más tienen que ver con este tema:

### Capítulo III, en relación con el Sector Educativo:

**Artículo 9.** Para efectos de los fines educativos, se prohíbe en todos los establecimientos educativos del país, estatales y privados, el porte y consumo de estupefacientes o sustancias psicotrópicas.

Será obligación de los directivos, docentes y administrativos de los establecimientos educativos que detecten casos de tenencia o consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, informar de ello a la autoridad del establecimiento educativo; tratándose de un menor deberá comunicarse tal situación a los padres y al defensor de familia, y se procederá al decomiso de tales productos.

**Artículo 10.** En los reglamentos estudiantiles o manuales de convivencia se deberá incluir expresamente la prohibición a que se refiere el artículo anterior y las sanciones que deben aplicarse a sus infractores, con sujeción a lo dispuesto en la Ley General de Educación.

Entre las medidas sancionatorias se contemplarán la amonestación, la suspensión y la exclusión del establecimiento, que se aplicarán teniendo en cuenta la gravedad de la infracción cometida y el procedimiento previsto en el mismo manual.

*Parágrafo.* Mientras se constituye el consejo directivo previsto en la Ley 115 de 1994, la autoridad u organismo que haga sus veces en los establecimientos educativos deberá adoptar en un término no mayor de 30 días las medidas dispuestas en el presente artículo, ajustando para ello el reglamento correspondiente.

Es responsabilidad de las secretarías de educación de las entidades territoriales, asesorar y vigilar el cumplimiento de lo dispuesto en este artículo.

**Artículo 11.** Los directores y docentes de los establecimientos educativos que detecten entre sus educandos casos de tenencia, tráfico o consumo de sustancias que produzcan dependencia, están obligados a informar a los padres y al defensor de familia para que adopten las medidas de protección correspondientes. El incumplimiento de esta obligación será sancionada en la forma prevista en el Código Educativo y en el Estatuto Docente, según sea el caso.

**Artículo 12.** Todo establecimiento educativo, estatal o privado deberá incluir en su proyecto educativo institucional procesos de prevención integral, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 44 del presente Decreto.

Para tal efecto se desarrollarán en las instituciones educativas planes de formación a través de seminarios, talleres, encuentros, eventos especiales, foros, pasantías, que posibiliten la reflexión, movilización, participación y organización en torno al fenómeno cultural de las drogas y el desarrollo de propuestas y proyectos escolares y comunitarios como alternativas de prevención integral.

**Artículo 13.** En los niveles de educación básica (ciclos de primaria y secundaria) y media y en los programas de educación superior y de educación no formal, se adelantarán procesos de formación en prevención integral y se programará información sobre los riesgos del fármaco dependencia, de acuerdo con los lineamientos que para tal efecto determine el Ministerio de Educación Nacional y el ICFES en coordinación con la Dirección Nacional de Estupefacientes.

Como principal estrategia se promoverá el proceso de participación y organización de la comunidad educativa.

*Parágrafo.* Las instituciones de educación superior desarrollarán además de los mecanismos de formación y prevención mencionados en este artículo, círculos de prevención para afrontar el riesgo de la farmacodependencia.

**Artículo 14.** El Ministerio de Educación Nacional fortalecerá, promoverá y orientará en forma permanente y continua procesos de prevención integral a través del sistema educativo y proveerá los recursos humanos físicos y financieros para ello.

**Artículo 15.** En ejercicio de la facultad de inspección y vigilancia y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 169 de la Ley General de Educación, los gobernadores y alcaldes en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional, verificarán el cumplimiento de lo dispuesto en el presente capítulo, e impondrán las sanciones del caso de conformidad con las normas legales.

## **Capítulo XI, en relación con la prevención integral:**

**Artículo 44.** La prevención integral es el proceso de promoción y desarrollo humano y social a través de la formulación y ejecución de un conjunto de políticas y estrategias tendientes a evitar, precaver y contrarrestar las causas y consecuencias del problema de la droga.

En desarrollo de los deberes que les corresponden concurrirán a dicha prevención integral la persona, la familia, la comunidad, la sociedad y el Estado.



**Artículo 45.** En desarrollo de lo previsto en el artículo 5° del Decreto 2159 de 1992 y con el fin de llevar a cabo un proceso de prevención integral del consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, la Dirección Nacional de Estupefacientes deberá ejecutar las siguientes acciones:

1. Establecer y evaluar las características y magnitud del problema en todas sus dimensiones y manifestaciones.
2. Coordinar la formulación de programas y proyectos para ejecutar acciones de prevención integral de cobertura local, regional y nacional de acuerdo con la naturaleza del problema.
3. Establecer una red, entre las instituciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en prevención integral para coordinar los diferentes servicios que le han sido asignados.
4. Desarrollar un programa de capacitación permanente que permita ampliar el número de personas que promuevan la prevención integral.
5. Generar sistemas de comunicación a nivel local, regional y nacional para apoyar las actividades informativas, educativas y movilizadoras de los programas y proyectos de prevención.

**Artículo 46.** En desarrollo del artículo 10 de la Ley 30 de 1986, las estaciones de radiodifusión sonora y las programadoras de televisión que operen en el país deberán difundir campañas destinadas a combatir el tráfico y consumo de drogas que producen dependencia con la duración y periodicidad que determine el Consejo Nacional de Estupefacientes, de acuerdo con reglamentación que dicho organismo expedirá en un plazo no mayor de 30 días a la promulgación de este Decreto. El Ministerio de Comunicaciones continuará promoviendo y desarrollando la estrategia de comunicación para superar el problema de la droga.

**Artículo 47.** Corresponde al sector salud, por conducto del Ministerio de Salud, las Secretarías y los Servicios Seccionales de Salud adelantar campañas y programas de rehabilitación de acuerdo con los principios de concurrencia y subsidiariedad y los respectivos niveles de atención.

## 7.11 Resolución 3997 de 1996

Resolución del 30 de octubre de 1996, “por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”. Aunque aborda de manera general el tema de la promoción y prevención en su Capítulo II, Actividades de Promoción y Prevención, Artículo 6º, establece que las Empresas Prestadores de Salud –EPS– del régimen subsidiado y contributivo, deben ofrecer Programas de prevención al tabaquismo, alcoholismo y farmacodependencia.

## 7.12 Resolución 2358 de 1998

Resolución de junio 18 de 1998, “por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental”, que plantea que:

En la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental, los gobiernos tienen responsabilidades primordiales como la legislación sobre la producción, distribución y consumo de las sustancias psicoactivas con capacidad de producir conductas adictivas incluidos el alcohol, el tabaco, las anfetaminas, benzodiazepinas y barbitúricos (...).

Entre las estrategias de prevención al consumo de drogas, sugiere el desarrollo de:

- a) Prevención del consumo de sustancias psicoactivas mediante la promoción de estilos de vida saludables, las acciones de vigilancia en salud pública y el control de factores de riesgo;
- b) Desarrollo de las guías de atención integral en conductas adictivas a sustancias psicoactivas;

## 7.13 Ley 1098 de 2006. Ley de Infancia y Adolescencia

Esta Ley, de manera directa, aborda el tema de la prevención al consumo de drogas:

**Artículo 20, numeral 3.** Los niños, niñas y adolescentes deben ser protegidos contra “El consumo de tabaco, sustancias psicoactivas, estupefacientes o alcohólicas y la utilización, el reclutamiento o la oferta de menores en actividades de promoción, producción, recolección, tráfico, distribución y comercialización”.

**Artículo 39.** Son obligaciones de la familia para garantizar los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes, entre otros, “protegerles contra cualquier acto que amenace o vulnere su vida, su dignidad y su integridad personal y prevenirles y mantenerles informados sobre los efectos nocivos del uso y el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales”.

**Artículo. 44.** Obligaciones complementarias de las instituciones educativas, numeral 7:

Prevenir el tráfico y consumo de todo tipo de sustancias psicoactivas que producen dependencia dentro de las instalaciones educativas y solicitar a las autoridades competentes acciones efectivas contra el tráfico, venta y consumo alrededor de las instalaciones educativas.

## 7.14 Ley 1335 de 2009

Presentada en julio 21 de 2009, son disposiciones en julio 21 de 2009, por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana.

Esta Ley aborda de manera directa el tema de la prevención al consumo de tabaco y prohíbe su uso en establecimientos de educación. En su articulado se desataca:

**Capítulo II.** Disposiciones para prevenir el consumo de tabaco y sus derivados en menores de edad y población no fumadora

**Artículo 5.** *Políticas de salud pública antitabaquismo.* Los Ministerios de la Protección Social y de Educación Nacional formularán, aplicarán, actualizarán periódicamente y revisarán estrategias, planes y programas nacionales multisectoriales integrales de control del tabaquismo en los menores de edad y a la población en general, fumadora o no fumadora, correspondientes a la política de salud pública que se haya estipulado e implementarán estrategias para propender por el abandono del consumo de tabaco. El Ministerio de la Protección Social diseñará e incorporará dentro del Plan Nacional de Salud Pública, las estrategias y acciones para identificar y promover la atención y demanda de servicios de rehabilitación, cesación y curación de la población fumadora enferma por causas asociadas al tabaquismo.

**Artículo 8.** *Programas educativos para evitar el consumo de tabaco y procurar el abandono del tabaquismo.* Los menores de edad deberán recibir los conocimientos y asistencia institucional educativa bajo los principios de salud pública sobre los efectos nocivos del tabaquismo, la incidencia de enfermedades, la discapacidad prematura y la mortalidad debida al consumo de tabaco y a la exposición del humo de tabaco, tanto de los fumadores activos como pasivos. Para esto el Ministerio de Educación fijará en los programas de educación preescolar, primaria, secundaria, media vocacional, universitaria, de educación no formal, educación para docentes y demás programas educativos, los planes curriculares y actividades educativas para la prevención y control del tabaquismo.

**Artículo 9.** *Programas de educación preventiva en medios masivos de comunicación a cargo de la Nación.* La Comisión Nacional de Televisión destinará en forma gratuita y rotatoria espacios para la utilización por parte de las entidades públicas y Organizaciones No Gubernamentales, orientados a la emisión de mensajes de prevención contra el consumo de cigarrillos, tabaco y sus derivados, en los

horarios de alta sintonía en televisión por los medios ordinarios y canales por suscripción. De igual manera se deberá realizar la destinación de espacios que estén a cargo de la Nación para la difusión del mismo tipo de mensajes por emisoras radiales.

**Artículo 11.** *Campañas de prevención para la población en riesgo por consumo de tabaco.* Será responsabilidad del Gobierno Nacional implementar campañas generales de información y educación a la población sobre los efectos nocivos del consumo de tabaco o la exposición al humo de tabaco ambiental y brindar asesoría y desarrollar programas para desestimular el hábito de fumar.

#### **Capítulo V.** Disposiciones para garantizar los derechos de las personas no fumadoras frente al consumo de tabaco

**Artículo 18.** *Derechos de las personas no fumadoras.* Constituyen derechos de las personas no fumadoras, entre otros, los siguientes:

1. Respirar aire puro libre de humo de tabaco y sus derivados.
2. Protestar cuando se enciendan cigarrillos, tabaco y sus derivados en sitios en donde su consumo se encuentre prohibido por la presente ley, así como exigir del propietario, representante legal, gerente, administrador o responsable a cualquier título del respectivo negocio o establecimiento, se conmine al o a los autores de tales conductas a suspender de inmediato el consumo de los mismos.
3. Acudir ante la autoridad competente en defensa de sus derechos como no fumadora y a exigir la protección de los mismos.
4. Exigir la publicidad masiva de los efectos nocivos y mortales que produce el tabaco y la exposición al humo del tabaco.
5. Informar a la autoridad competente el incumplimiento de lo previsto en la presente ley.

**Artículo 19.** *Prohibición al consumo de tabaco y sus derivados.* Prohíbese el consumo de Productos de Tabaco, en los lugares señalados en el presente artículo.

En las áreas cerradas de los lugares de trabajo y/o de los lugares públicos, tales como: bares, restaurantes, centros comerciales, tiendas, ferias, festivales, parques, estadios, cafeterías, discotecas, cibercafés, hoteles, ferias, pubs, casinos, zonas comunales y áreas de espera, donde se realicen eventos de manera masiva, entre otras:

- a) Las entidades de salud.
- b) Las instituciones de educación formal y no formal, en todos sus niveles.
- c) Museos y bibliotecas.
- d) Los establecimientos donde se atienden a menores de edad.
- e) Los medios de transporte de servicio público, oficial, escolar, mixto y privado.
- f) Entidades públicas y privadas destinadas para cualquier tipo de actividad industrial, comercial o de servicios, incluidas sus áreas de atención al público y salas de espera.
- g) Áreas en donde los consumos de productos de tabaco generen un alto riesgo de combustión por la presencia de materiales inflamables, tal como estaciones de gasolina, sitios de almacenamiento de combustibles o materiales explosivos o similares.
- h) Espacios deportivos y culturales.

**Parágrafo.** Las autoridades sanitarias vigilarán el cumplimiento de este artículo, en coordinación con las autoridades de policía y demás autoridades de control.

**Artículo 20. Obligaciones.** Los propietarios, empleadores y administradores de los lugares a los que hace referencia el artículo 19 tienen las siguientes obligaciones:

- a) Velar por el cumplimiento de las prohibiciones establecidas en la presente ley, con el fin de proteger a las personas de la exposición del humo de tabaco ambiental;
- b) Fijar en un lugar visible al público avisos que contengan mensajes alusivos a los ambientes libres de humo, conforme a la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social;
- c) Adoptar medidas específicas razonables a fin de disuadir a las personas de que fumen en el lugar, tales como pedir a la persona que no fume, interrumpir el servicio, pedirle que abandone el local o ponerse en contacto con la autoridad competente.

#### **Capítulo VII. Régimen de sanciones**

**Artículo 23. Acciones restaurativas.** Toda persona que se sienta afectada por el incumplimiento de las disposiciones consagradas en la presente ley, podrá acudir ante la autoridad competente con el fin de que se adopten los correctivos necesarios y se apliquen las sanciones aquí previstas, además de las establecidas en la normatividad vigente que regule la materia.

**Artículo 24. Sanciones por fumar en sitios o lugares prohibidos.** La infracción a lo dispuesto en el artículo 17 de la presente normatividad, dará lugar a una amonestación verbal y a una sanción pedagógica que le obligará a asistir a un día de capacitación sobre los efectos nocivos del cigarrillo.

La Policía Nacional junto con el Ministerio de la Protección Social fijará los elementos y recursos necesarios para la aplicación de las sanciones establecidas en el presente artículo.

## **7.15 Decreto 120 de 2010**

Decreto del 21 de enero de 2010, “por el cual se adoptan medidas en relación con el consumo de alcohol”. Esta norma es la única que de manera directa aborda el tema de la prevención al abuso y la dependencia ocasionada por el consumo de alcohol en Colombia y es sobre la cual se ampara el programa de prevención “Toma el control de tu vida”, de la Universidad Católica Luis Amigó, que busca mitigar los daños provocados por un consumo no responsable de esta sustancia. A continuación, los artículos más importantes relacionados con la prevención.

**Artículo 1. Objeto.** El presente decreto tiene como objeto proteger al menor de edad y a la comunidad en general de los efectos nocivos del consumo de bebidas alcohólicas y establecer medidas tendientes a la reducción del daño y la minimización del riesgo de accidentalidad, violencia cotidiana y criminalidad asociada al consumo inmoderado de alcohol.

**Artículo 2. Definiciones.** Para efectos del presente decreto, se adoptan las siguientes definiciones:

**Abuso del consumo de bebidas alcohólicas.** Todo consumo por frecuencia y/o cantidad que conlleve a la pérdida del dominio propio del individuo, bien sea de manera temporal o definitiva. Para tal fin se establecen los siguientes conceptos:

- a) Moderado: Consumo habitual de alcohol, pero no pasan de determinadas cantidades de alcohol (cantidades variables) por unidad de tiempo.
- b) Excesivo: Consumo habitual que supera las cantidades del consumo moderados y tiene un promedio anual de embriaguez elevado.
- c) Patológico: Individuos enfermos con síndrome de dependencia física.

Se considera consumo abusivo el consumo excesivo y patológico.

**Protocolos Seguros.** Son todas aquellas acciones de los corresponsables que en tiempos reales en un antes, un durante y un después coadyuvan a la construcción de una cultura responsable del saber beber, para la maximización del disfrute y la minimización de sus riesgos.

**Saber beber-saber vivir.** Principio que orientan el consumo responsable de alcohol. El principio de saber beber-saber vivir tiene en cuenta la calidad, cantidad, consistencia, comida, compañía y acompañamiento. Para tal fin entiéndase por:

- a) Calidad. Pureza de los procesos de producción de alcohol ya se trate de fermentados o destilados.
- b) Cantidad. Tiempo, durante la ingesta, por ocasión.
- c) Consistencia. Permanencia en el mismo tipo de bebida durante la ingesta y el cuidado de sus mezclas ente destilados y fermentados.
- d) Comida: Acompañamiento de comida en un antes y un durante la ingesta.
- e) Compañía: Personas de confianza con las cuales se comparte durante el consumo de alcohol.
- f) Acompañamiento: Presencia de autoridades y organizaciones sociales y comunitarias que junto con los dueños, administradores y empleados de establecimientos de consumo de alcohol realizan labores de disminución del daño y minimización del riesgo en zonas de consumo abusivo hacia los fines de semana en un antes (al inicio de la jornada), durante (durante el proceso de consumo) y después (finalizando la hora obligatoria de cierre que aplique en el territorio de que se trate) al interior y en el entorno de los ámbitos de consumo para el desarrollo de actividades de prevención en tiempos reales.

### **Capítulo III. Políticas para el control del consumo de bebidas alcohólicas**

**Artículo 6. Políticas de salud pública para el control del consumo abusivo del alcohol.** En los términos del artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, el Ministerio de la Protección Social diseñará e incorporará dentro del Plan Nacional de Salud Pública, las estrategias y acciones para identificar y promover la atención y demanda de servicios de rehabilitación, cesación y curación de la población enferma por causas asociadas al consumo abusivo del alcohol.

**Artículo 7. Capacitación a personal formativo.** El Ministerio de la Protección Social formulará y promulgará los programas, planes y estrategias encaminados a capacitar sobre las medidas de control del consumo abusivo del alcohol vigentes a personas tales como profesionales de la salud, trabajadores de la comunidad, asistentes sociales, profesionales de la comunicación, educadores y responsables de la

formación de menores de edad, así como a los servidores públicos en general, sobre las consecuencias adversas del consumo abusivo de alcohol. El Ministerio de Educación Nacional orientará a las Secretarías de Educación de las entidades territoriales para que se desarrollen competencias que permitan a la comunidad educativa adoptar estilos de vida saludables.

**Artículo 8.** *Programas educativos para evitar el consumo de alcohol.* Los menores de edad deberán recibir los conocimientos y asistencia institucional educativa bajo los principios de salud pública sobre los efectos nocivos del consumo de alcohol, la incidencia de enfermedades, la discapacidad y la mortalidad debidas al consumo abusivo de alcohol. Para tal fin, el Ministerio de Educación Nacional, bajo los principios constitucionales, orientará a las Secretarías de Educación de las entidades territoriales para que en las instituciones educativas se adopten proyectos pedagógicos que desarrollen competencias en los menores de edad que les permita un estilo de vida saludable.

**Artículo 9.** *Programas de educación preventiva en medios masivos de comunicación.* En virtud de lo dispuesto en el artículo 49 de la Ley 1098 de 2006, la Comisión Nacional de Televisión facilitará y propiciará la emisión de mensajes de alto impacto sobre prevención del consumo abusivo de alcohol en televisión. De igual manera, se deberán destinar espacios que estén a cargo de la Nación para la difusión del mismo tipo de mensajes por emisoras radiales.

**Artículo 10.** *Campañas de prevención para la población en riesgo por consumo abusivo de alcohol.* Los Ministerios sectoriales implementarán campañas generales de información y educación a la población sobre los efectos nocivos del consumo abusivo de alcohol y brindar asesoría y desarrollar programas para evitar el consumo abusivo de esta sustancia.

**Parágrafo 1.** Las Empresas Promotoras de Salud –EPS– del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Entidades Responsables de los regímenes de excepción que tratan el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, deberán identificar el factor de riesgo dentro de su población, informar a esa población los riesgos para su salud por el hábito de consumo abusivo de alcohol y brindarle al usuario los servicios del POS dirigidos al manejo del factor riesgo.

**Parágrafo 2.** Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –IPS– y las EPS que detecten este factor de riesgo tendrán la obligación de informarles a sus usuarios de estos servicios.

**Artículo 11.** *Responsabilidad de los Administradores de Riesgos Profesionales.* Corresponde a los Administradores de Riesgos Profesionales –ARP– desarrollar estrategias para brindar, permanentemente, información y educación a sus afiliados para evitar el consumo abusivo de alcohol.

## 7.16 Ley 1616 de 2013

Promulgada el 21 de enero de 2013, “por la cual se expide la Ley de Salud Mental” de manera directa obliga al Sistema General de Seguridad Social en Salud a desarrollar programas de promoción a la salud mental y prevención de la enfermedad, donde se incluye el tema de las sustancias psicoactivas. Se detallan a continuación los artículos que la mencionan:

**Artículo 1. OBJETO.** El objeto de la ley es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la salud mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.

**Artículo 3. Salud mental.** La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad.

La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas.

### **Título III.** Promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad

**Artículo 7. De la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental.** El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga su veces, establecerá las acciones en promoción en salud mental y prevención del trastorno mental, que deban incluirse en los planes decenales y nacionales para la salud pública, planes territoriales y planes de intervenciones colectivas, garantizando el acceso a todos los ciudadanos y las ciudadanas, dichas acciones serán de obligatoria implementación por parte de los entes territoriales, Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Administradoras de Riesgos Profesionales, Empresas Sociales del Estado y tendrán seguimiento y evaluación a través de indicadores en su implementación.

Así mismo, el Ministerio tendrá la responsabilidad de promover y concertar con los demás sectores aquellas políticas, planes, programas y proyectos necesarios para garantizar la satisfacción de los derechos fundamentales y el desarrollo y uso de las capacidades mentales para todos los ciudadanos.

El Departamento para la Prosperidad Social con la asesoría del Ministerio de Salud tendrá la responsabilidad en la población sujeto de atención, de promover y prevenir las ocurrencias del trastorno mental mediante intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo relacionados con la ocurrencia de los mismos, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo.



El Departamento de la Prosperidad Social con la asesoría del Ministerio de Salud constituirá y participará en asocio con personas de derecho público, privado, asociaciones, fundaciones o entidades que apoyen o promuevan programas para la atención, tratamiento, promoción y prevención de las enfermedades en salud mental.

**Artículo 8. Acciones de promoción.** El Ministerio de Salud y Protección Social dirigirá las acciones de promoción en salud mental a afectar positivamente los determinantes de la salud mental e involucran: inclusión social, eliminación del estigma y la discriminación, buen trato y prevención de las violencias, las prácticas de hostigamiento, acoso o matoneo escolar, prevención del suicidio, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, participación social y seguridad económica y alimentaria, entre otras. Estas acciones incluyen todas las etapas del ciclo vital en los distintos ámbitos de la vida cotidiana, priorizando niños, niñas y adolescentes y personas mayores; y estarán articuladas a las políticas públicas vigentes.

El Ministerio de Educación Nacional en articulación con el Ministerio de Salud y Protección Social, diseñarán acciones intersectoriales para que, a través de los proyectos pedagógicos, fomenten en los estudiantes competencias para su desempeño como ciudadanos respetuosos de sí mismos, de los demás y de lo público, que ejerzan los derechos humanos y fomenten la convivencia escolar haciendo énfasis en la promoción de la salud mental.

## 7.17 Reglamentación institucional en relación con el consumo de sustancias psicoactivas y con los programas de prevención

Desde el año 2000, la Universidad Católica Luis Amigó desarrolla acciones para prevenir el consumo/abuso de drogas en su comunidad, en línea de la Resolución Rectoral que adopta una política integral frente al consumo de sustancias psicoactivas y crea un Comité de Prevención:

### **Resolución N°. 18 del 21 de marzo de 2000**

Por medio de la cual se adopta una política objetiva, eficaz, integral y comprensiva frente al consumo de sustancias psicoactivas en la Universidad Católica Luis Amigó y se nombra un comité responsable para su adopción, desarrollo e implementación.

**El Rector de la Universidad Católica Luis Amigó**, en uso de sus atribuciones legales y estatutarias.

### **Considerando que:**

**Primero.** Es función de la Institución promover el desarrollo integral de las personas, que conforman la Comunidad Educativa.

**Segundo.** Es un deber de la Universidad Católica Luis Amigó, procurar a su Comunidad Educativa, ambientes “libres de drogas” que permitan el desarrollo consciente de las actividades académicas, sociales, culturales y deportivas.

**Tercero.** Es menester direccionar las políticas que al respecto de consumo/abuso de sustancias psicoactivas, se adopten en la Institución.

### **Resuelve**

**Artículo 1.** Adoptar a partir de la fecha, la política que sobre el consumo de sustancias psicoactivas en la Comunidad Educativa se propone para la Funlam.

**Artículo 2.** Conformar un Comité de Prevención Integral, el cual estará integrado por:

1. El Coordinador del Proyecto, quien lo presidirá.
2. La Coordinación del Posgrado en adicciones.
3. La Dirección de Bienestar Universitario.
4. La Coordinación del Proyecto Graduados
5. La Dirección del Programa de Educación.
6. La Dirección del Programa de Psicología con Énfasis en Psicología Social.
7. La Dirección del Programa de Desarrollo Familiar.
8. Un representante de los estudiantes.

**Artículo 3.** Serán funciones de dicho Comité:

1. Diseñar las pautas de tipo teórico y científico para las diferentes actividades de promoción, prevención e intervención, que sean necesarias para la implementación y desarrollo de la política que frente al consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, ha adoptado la Institución.
2. Participar en la formulación, desarrollo, seguimiento y evaluación de los planes que en Prevención Integral se realicen en la Institución.
3. Coordinar de manera integrada e integral todas las acciones que en materia de Drogodependencias se realizan en la Institución.
4. Presentar a la Rectoría cada año, un plan de acción con presupuesto incluido, sobre las acciones a desarrollar en materia de Promoción y Prevención al consumo/abuso de sustancias psicoactivas en la Comunidad Educativa.
5. Articular en cada uno de los programas de la Institución, las políticas y programas propuestos.
6. Presentar informes a la Rectoría de la Institución con una periodicidad semestral, sobre las acciones desarrolladas.
7. Resolver todas las inquietudes que en materia de Promoción, Prevención e Intervención del consumo/abuso de sustancias surjan en la Comunidad Educativa.

**Artículo 4.** La presente Resolución rige a partir de la fecha de aprobación y será obligatoria la implementación en todos los Programas de la Institución, tanto en la Sede Central, como en los Centros Regionales.

Comuníquese y Cúmplase

Dada en la ciudad de Medellín a los veintiún (21) días del mes de marzo del año dos mil (2000).

**El Rector: FRAY MARINO MARTÍNEZ PÉREZ**

**El Secretario General: FRANCISCO JAVIER ACOSTA GÓMEZ**

Esta política, que en un principio permitía el consumo de cigarrillo en lugares específicos, es reformada en el año 2009 a la luz de la Ley 1335 (21 de julio de 2009), mediante la cual se prohíbe el consumo de esta sustancia en los centros educativos.

Así mismo, en el Reglamento Estudiantil de 2013 se incluye la prohibición del consumo de sustancias psicoactivas en la Institución. En su Artículo 20, relacionado con los deberes de los estudiantes, expresa:

Abstenerse de asistir a la Funlam en estado de embriaguez o bajo el influjo de sustancias ilícitas que alteran el estado de conciencia.

Abstenerse de consumir dentro de la Funlam bebidas alcohólicas o sustancias narcóticas o alucinógenas.

Abstenerse de realizar y/o promover conductas dentro o fuera de la Institución que pongan en peligro el buen nombre de la Universidad Católica Luis Amigó.

Igualmente, en su Artículo 58, en relación con las conductas que van contra el orden disciplinario, adoptadas por estudiantes, incluye:

Presentarse en estado de embriaguez o utilizar sustancias narcóticas, estimulantes o alucinógenas o facilitar su distribución y consumo.

La realización de conductas que lesionen o pongan en peligro cualquier bien jurídico: vida, honra, bienes, libertad, intimidad, entre otras.

El tráfico o porte de sustancias psicoactivas, armas, explosivos o cualquier otro elemento que permita presumir su uso contra la vida o la integridad física de las personas o para dañar o destruir los bienes de la Funlam.

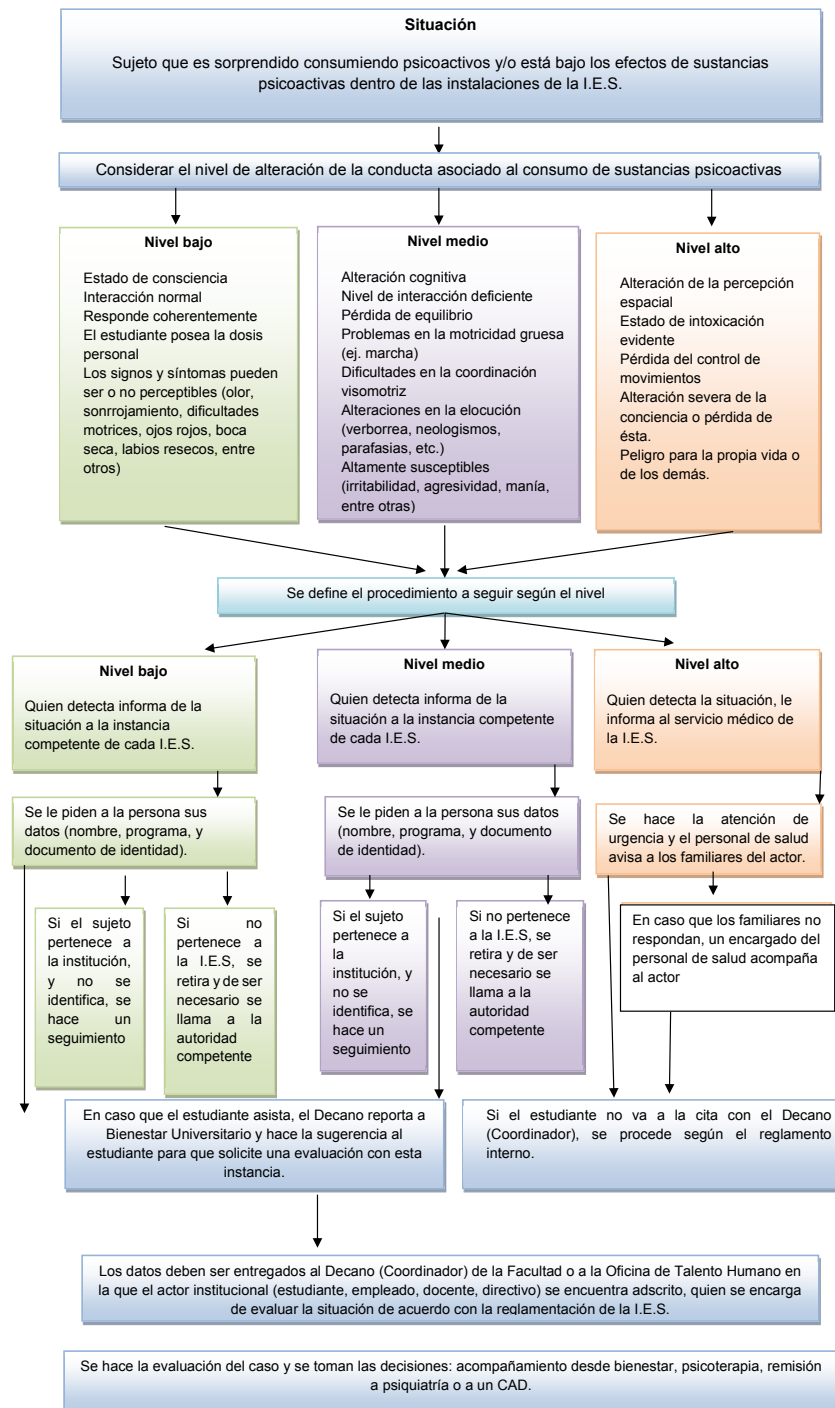
# CAPÍTULO 8

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN  
AL ABUSO/DEPEDENCIA POR  
EL CONSUMO DE ALCOHOL EN  
LA UNIVERSIDAD CATÓLICA  
LUIS AMIGÓ-FUNLAM. TOMA EL  
CONTROL DE TU VIDA**

## 8.1 Abordaje del consumo de sustancias en el contexto universitario

La Figura 1 representa el protocolo para el manejo de problemas relacionados con el consumo/abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas en el contexto universitario.

Figura 1. Flujograma para el abordaje del consumo de sustancias.



Fuente: Red Unir 2012

## 8.2 Antecedentes

El fenómeno de las adicciones y en particular el consumo de sustancias psicoactivas, ha sido una línea de interés, investigación, formación e intervención en la tradición de la Funlam y en las prácticas de los Religiosos Terciarios Capuchinos. Esta fortaleza ha representado para la Institución el reconocimiento externo, en especial en el sector universitario, en donde en función del liderazgo asumido en la Red para la Investigación, la Formación y la Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Escenario Universitario (Red UNIR) durante 15 años, construyó una vasta experiencia en el tema de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en población joven universitaria.

El interés originario de la Funlam en las problemáticas asociadas al consumo de drogas y alcohol, desde la perspectiva de la prevención, se ha traducido en producciones académicas e investigativas, en el liderazgo en eventos académicos respecto al asunto, así como en la formación de especialistas y magister en el tema de las adicciones.

El interés en el consumo de sustancias psicoactivas y en la prevención, ha sido también focalizado en las manifestaciones que del problema del consumo se presentan en la población que compone la comunidad universitaria amigoniana, en razón de ello, iniciativas como la política de prevención institucional, los Círculos integrales de prevención, los Café coloquios, las Rumbas sanas y en la actualidad el Programa Toma el Control de Tu Vida, son las estrategias que han sido desarrolladas desde Bienestar Universitario para abordar el creciente fenómeno del consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas entre la población estudiantil de la Funlam.

El programa de prevención “Toma el control de tu vida” inició en el segundo semestre del 2010. Reuniendo los aprendizajes construidos en la Institución, desarrolla estrategias que reconocen no solo la problemática del consumo, sino que también potencia las dimensiones creativas tanto de la comunidad universitaria, como de la institución misma, a favor del desarrollo de habilidades sociales orientadas a facilitar el tránsito por la vida universitaria.

El programa de prevención “Toma el control de tu vida” es una iniciativa formativa y psicosocial de atención y acompañamiento a la comunidad universitaria, con especial énfasis en la población estudiantil, que trabaja en la cotidianidad universitaria para desde allí movilizar opiniones y reflexiones en torno a los hábitos de consumo y prácticas de autocuidado y autorregulación.

## 8.3 Descripción de la situación problema

La población juvenil y en especial, los universitarios, ha sido focalizada por el mercado como un sector estratégico para la venta y consumo de todo tipo de productos y servicios; y en este rango, entra la oferta de alcohol y otras sustancias psicoactivas, producto que tiene un amplio mercado en los territorios en los que hacen presencia las instituciones de educación superior.

La universidad ha sido un escenario en el que se expresan en micro las dinámicas sociales, en ese sentido, el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas cobra relevancia en este espacio como expresión de la aceptación social del alcohol como elemento central en todo tipo de eventos sociales.

Es entonces el consumo de alcohol en el ámbito universitario, el problema central que aborda el programa “Toma el Control de Tu Vida”, pues se ha considerado que por ser el alcohol una sustancia legal, de fácil acceso y libre distribución, representa su consumo una práctica de mayor peligrosidad, tanto por las dimensiones de la vida que se ven comprometidas con su abuso, como con la asociación al consumo de otras sustancias ilegales y con otras situaciones riesgosas que afectan el desarrollo y la calidad de vida de los jóvenes.

Analizando el fenómeno del consumo de alcohol en la población universitaria de la Funlam, encontramos en primer lugar, que la aprobación del consumo excesivo de alcohol por parte de la sociedad en tanto práctica cultural, no impugnada o prohibida, hace que los estudiantes universitarios que aún están en la adolescencia y la juventud, adquieran conductas de réplica de las prácticas de consumo de alcohol de sus familias y entornos sociales cercanos.

El consumo de alcohol como práctica social y culturalmente legitimada incide en la poca conciencia que en los núcleos familiares antioqueños existen frente a, de un lado, los límites en las prácticas de consumo de alcohol, y de otro, a la importancia de educar a los hijos en la autonomía y autodeterminación, lo que representaría un aprendizaje potencial para que los adolescentes y jóvenes afrontaran la presión de los grupos de pares y tomaran decisiones basadas en los criterios y valores aprendidos en el núcleo familiar.

Sumado a las condiciones culturales y familiares que legitiman el consumo de alcohol, se encuentra la convergencia del momento vital de la adolescencia/juventud con el rol adulto que otorga el estar en la universidad. Estas condiciones escenifican dos momentos evolutivos, el tránsito hacia la adultez, desde donde se sienten autorizados para adoptar comportamientos y actividades adultas, tales como beber, fumar, tener vida sexual activa, pero desde actitudes y posturas adolescentes, regidas por la laxitud, el exceso, la experimentación, la relatividad en los límites.

En esta convergencia de sentidos y roles, el consumo de alcohol cobra relevancia, ya que sirve de vehículo para el cruce y la permanencia entre la juventud y la adultez. Pero esta combinación, junto al débil reconocimiento de los límites por parte de los universitarios, contribuye a la configuración de la creencia de omnipotencia, expresada en la sensación de invulnerabilidad ante posibles situaciones de peligro derivadas de consumo excesivo de alcohol.

En ese mismo orden de ideas, la vida universitaria es percibida por estudiantes jóvenes que recién ingresan, como un periodo permanente de placer y rumba, y la universidad como un espacio para la diversión, para la vivencia de experiencias alegres, para el encuentro y la creación de vínculos sociales, y el consumo de alcohol representa un facilitador del logro de estos intereses. Desde esta perspectiva, el consumo de alcohol significa para muchos jóvenes, la forma de construir una identidad y un estatus de pertenencia y diferenciación, convirtiéndose este consumo en un estilo de vida que los nombra, les confiere en el imaginario juvenil un referente de prestigio y pertenencia.

En el marco de la socialización, la construcción de la identidad y la conquista de un lugar de reconocimiento en el escenario universitario, el consumo excesivo de alcohol representa para muchos de los estudiantes adolescentes de los primeros semestres, un rito de ingreso y pertenencia a la vida universitaria, en tanto contribuye al logro de tres intereses fundamentales de muchos jóvenes: el establecimiento y la ampliación del lazo social, la conquista de la autonomía, entendida como la diferenciación del escenario familiar y escolar de origen y la diversión.

Las situaciones mencionadas configuran una realidad común a la población juvenil, pero con singularidades a aquellos que se encuentran en el ámbito universitario. ¿Qué de estas vivencias de consumo de alcohol, como una práctica cultural validada socialmente y legitimada como un modo de vida en el ingreso a la universidad, representa el mayor problema?.

En primer lugar, el consumo excesivo de alcohol en algunos estudiantes universitarios representa ya un problema significativo, en tanto es un comportamiento que dinamiza múltiples riesgos que pueden provocar daño a los estudiantes o a otras personas del entorno. Sumado a la potenciación de riesgos y daños que genera el consumo excesivo de alcohol, se identificó que en especial los estudiantes de los tres primeros semestres, presentan frágiles prácticas de autocuidado y autorregulación en las situaciones de rumba y consumo de alcohol.



La fragilidad en el autocuidado y la autorregulación se expresan en que, aunque muchos de ellos tienen conocimiento de las recomendaciones para contrarrestar los riesgos y los daños asociados al alcohol, relacionadas con el cuidado de las condiciones para el antes, el durante y el después de la ingesta de licor, no las aplican, situándose en la ya mencionada sensación de omnipotencia que los caracteriza en su momento evolutivo.

Igualmente, se expresa en la fragilidad en las prácticas de autocuidado y de autorregulación, así como en la alta influenciabilidad de los pares para la toma de decisiones a la hora de enfrentar la presión de éstos o los límites que las responsabilidades y exigencias académicas imponen. En consecuencia, es usual que algunos estudiantes adolescentes de los primeros semestres prioricen el consumo de alcohol y la rumba, sobre las responsabilidades universitarias, interfiriendo en el adecuado desempeño académico, situación que potencializa el fracaso y la deserción escolar.

Con el consumo excesivo de alcohol y las frágiles prácticas de autocuidado y autorregulación, se encuentran asociadas otras situaciones de riesgo derivadas, tales como las prácticas sexuales inseguras y la exposición a situaciones peligrosas como robos, accidentes, violencia, pérdida de objetos valiosos. Al descuido frente al cuidado de sí, se suma, por la fragilidad de los vínculos sociales que apenas se están insinuando entre los estudiantes de los primeros semestres, la poca solidaridad e interés de los pares por los compañeros de rumba, lo que hace que se aumenten las situaciones de riesgo.

Estas situaciones están coligadas a escenarios de rumba en los que hay presencia abundante de alcohol y otras drogas, así como ambientes de descontrol y permisividad, que propician la construcción de la diversión desde el imaginario juvenil del reto a los límites, lo cual sumado a la creencia de invulnerabilidad, propicia la generación de situaciones de franco peligro, en condiciones de consumo excesivo de alcohol.

De otro lado, se encuentra que los estudiantes universitarios no han apropiado hábitos saludables de vida, desde los cuales valoren el cuidado de sí como una manera de fortalecer la autoestima, de este modo, más allá del interés por el cuidado de la imagen corporal en función de la manera de vestir, son pocas las actividades que los estudiantes realizan en torno del bienestar emocional y físico. Desde este lugar de desinterés por el cuidado de sí, los estudiantes jóvenes de los primeros semestres suelen desvalorar las actividades que no están mediadas por el consumo de alcohol y que invitan a construir otros referentes de diversión e inclusión.

# CAPÍTULO 9

## PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

## 9.1 Descripción de la población intervenida

El programa de prevención “Toma el control de tu vida”, privilegia a los estudiantes que recién llegan a la universidad, esto es, los que cursan los tres primeros semestres en su proceso de formación profesional. Estos jóvenes que llegan a la universidad son hombres y mujeres en su mayoría entre los 16 y 19 años, franja etaria correspondiente al ciclo vital de la adolescencia y a la condición de juventud. Tienen su lugar de residencia en sectores de los estratos sociales 2, 3 y 4, correspondientes a la clase media, media alta y media baja de Colombia.

Por estar vivenciado el ciclo vital de la adolescencia, la cual ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud, OMS, y la Organización Panamericana de la Salud, OPS (1995) como

el periodo de desarrollo **biológico, psicológico, sexual y social**, inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, pero generalmente se enmarca su inicio entre los 10 a 12 años, y su finalización a los 19 o 20, convirtiéndose así en un periodo de gran importancia para el desarrollo y la maduración del ser humano, durante el cual se producen una cantidad considerable de cambios singulares y se establecen muchas de las características del ser adulto (p. 25).

Este periodo está acompañado de cambios en las dimensiones física, emocional y social. En el plano biológico-sexual se evidencian transformaciones endocrinas con manifestaciones psicológicas, como resultado del comienzo del desarrollo y maduración de las glándulas sexuales. Dichos cambios se expresan en la urgencia juvenil por establecer vínculos eróticos y contactos afectivos que les permitan vivenciar su nueva condición de madurez genital.

En el aspecto psicológico, los adolescentes pasan por situaciones de descubrimiento de sí mismos, en función de la búsqueda de respuesta a las preguntas quiénes y cómo son, dado que en este periodo se da un fuerte desprendimiento del nicho familiar de la infancia, lo que hace que se inicien psíquica y factualmente movimientos en torno a la búsqueda de la identidad adulta, en razón de lo cual su comportamiento se rige por la exploración de nuevas experiencias y formas de ser que resultan en ocasiones antagónicas.

En el periodo de la adolescencia, también es característico un marcado anhelo de independencia que se traduce en actuaciones o comportamientos dirigidos a separarse de la autoridad, defendiendo enfáticamente su propio sistema de ideas, sus puntos de vista, busca sus propias soluciones. Con respecto a lo

anterior, Rubén Efron (1998) enmarca la etapa de la adolescencia en tres operaciones básicas, además íntimamente ligadas entre sí: la construcción de la identidad, la construcción del espacio subjetivo y el proceso de emancipación.

Por otra parte, la condición de juventud indica, en la sociedad actual, una manera particular de estar en la vida: potencialidades, aspiraciones, requisitos, modalidades, estéticas y lenguajes. Es concebida como una etapa de la vida, como una capa social que goza de ciertos privilegios, de un periodo de permisividad, de tránsito entre el final del desarrollo biológico y la responsabilización social, económica y familiar, propia de la vida adulta.

Desde la perspectiva social, puede decirse que los adolescentes y los jóvenes son aquellos actores sociales en los que se evidencian principalmente los procesos de transformación social, pues son ellos quienes se encargan de validar, negar y reconstruir los valores aprendidos en la familia y en la escuela (Ministerio de la Protección Social, 2010).

Otro elemento característico de la dimensión social de la juventud, es la vivencia de la “moratoria social”, entendida como el privilegio de algunos jóvenes de clases sociales acomodadas que pueden dedicarse durante un tiempo prolongado al estudio y al disfrute de su tiempo libre, postergando las exigencias relacionadas con el ingreso pleno a la madurez social: el trabajo, la independencia económica y la conformación de alguna forma de vida familiar. De esta manera, puede concebirse entonces a la juventud como el lapso que media entre la madurez física y la madurez social (Margulis y Uresti, 2012).

Desde la descripción planteada en los párrafos anteriores, puede afirmarse entonces, que los jóvenes universitarios y en especial los recién llegados, con sus comportamientos en la rumba y en el consumo, están expresando una manera particular de estar y vivir la universidad, en la cual cobran un sentido particular las vivencias de consumo de alcohol y de otras sustancias.

## 9.2 Enfoques de la intervención

“No prohibimos el consumo de alcohol, es una realidad y una decisión que compete al sujeto, tampoco promovemos el consumo, nos ocupamos de aportar al cuidado y la autorregulación de los estudiantes que consumen alcohol en aras de reducir los riesgos a los que se exponen”.

Slogan programa *Toma el control de tu vida*.

La manera como se comprende el problema del consumo excesivo de alcohol en el programa, sin desconocer las graves implicaciones y daños que puede desencadenar, parte de reconocer que éste es una práctica naturalizada en la cultura antioqueña y en el escenario universitario. Igualmente, considera que el consumo de alcohol entre los jóvenes universitarios representa un medio para la construcción de la identidad, para responder ilusoriamente al anhelo de autonomía y libertad propio de la vida adulta y para lograr la inclusión y apropiación del estatus de universitario.

En coherencia con estas percepciones del problema, y como referente para la definición de rutas metodológicas para la intervención, el programa retoma los principios de cuatro referentes de actuación a saber, el enfoque de la prevención selectiva, el eje de mitigación de la Política Nacional para la reducción del consumo, el modelo de habilidades para la vida y el programa Pactos por la Vida, o las pautas para el consumo moderado.

En primer lugar, la perspectiva de la mitigación pretende reducir el impacto individual, familiar, social y sanitario del consumo de alcohol (Ministerio de la Protección Social, 2010), y parte del reconocimiento de que el consumo de alcohol y otras drogas en la población universitaria es una realidad, que incluso viene sucediendo desde el colegio, por lo tanto, las acciones del programa están dirigidas a contribuir a la reducción de la vulnerabilidad con respecto a los riesgos y los daños que pueden ser evitables, y así mitigar el impacto del consumo en las dimensiones que constituyen la vida de los estudiantes universitarios que consumen, así sea en el nivel de consumo social, recreativo o problemático.

Se reconoce la prevención selectiva como un referente de actuación, por las condiciones de riesgo y vulnerabilidad en las que se encuentran los jóvenes estudiantes universitarios, dado el tipo de contacto que desde antes de ingresar a la universidad tienen con el alcohol, además por el entorno universitario en el que los expendios de licor facilitan el acceso a la sustancia. Desde esta dimensión preventiva, las acciones del programa están centradas en el sujeto universitario, en torno al fortalecimiento de competencias y actitudes de protección que les permitan minimizar los riesgos y los daños asociados al consumo de alcohol.

Los dos anteriores representan el marco de actuación que delimita los alcances de la intervención; estos son complementados por el enfoque de habilidades para la vida y la propuesta de consumo moderado que ha adelantado el programa Pactos por la vida.

Como ya se mencionó, la estrategia de habilidades sociales para la vida, fundamenta el quehacer metodológico y pedagógico del programa desde una perspectiva de la promoción de la salud, que pretende empoderar y fortalecer la capacidad de los niños y los jóvenes para transformarse a sí mismos y al

mundo que los rodea. La adquisición y práctica de las destrezas psicosociales, les permite aprender a procesar y reaccionar activamente a las influencias sociales y ambientales sobre el comportamiento y modelar y transformar las circunstancias de sus vidas (Gobernación de Antioquia, 2009).

Según la OMS, “las habilidades para vivir son aquellas competencias psicosociales necesarias para tener un comportamiento adecuado y positivo que permita enfrentar eficazmente las exigencias y retos de la vida diaria”; se concretan en una serie de competencias psicosociales y en habilidades interpersonales que ayudan a las personas a tomar decisiones bien informadas, a comunicarse de manera efectiva y asertiva, y a desarrollar destrezas para enfrentar situaciones y solucionar conflictos, contribuyendo a una vida saludable y productiva (Gobernación de Antioquia, 2009).

Las habilidades sociales para la vida abordan tres dimensiones así: habilidades sociales, habilidades cognitivas y habilidades para el manejo de las emociones. Las primeras, desarrollan comportamientos específicos para las relaciones interpersonales, están relacionadas con la comunicación efectiva, la asertividad, la confianza y la empatía.

Las segundas, se centran en la capacidad de introspección y análisis de los significados de las situaciones. Estas habilidades están relacionadas con la toma de decisiones, la solución de problemas, el pensamiento crítico, el pensamiento creativo, el autorreconocimiento y la autoevaluación.

Por último, las habilidades para el manejo de las emociones, desarrollan estrategias para afrontar las presiones ambientales y sociales, el manejo del estrés, de la ira y la presión, así como el control ante estas situaciones.

Desde este referente metodológico, el programa desarrolla actividades en pro del desarrollo y fortalecimiento de la autonomía, la toma de decisiones, el autocontrol y la autodeterminación, el autocuidado y la solidaridad con los pares en los diferentes momentos de la vida universitaria.

La estrategia de habilidades para la vida concreta la concepción de la promoción de la salud, en tanto desarrolla y fortalece actitudes personales necesarias para la adopción y mantenimiento de estilos de vida saludable y promover el desarrollo humano. Específicamente, en cuanto a los estilos de vida saludable, incentiva el reconocimiento y la práctica de comportamientos que mejoran la salud, el bienestar y la calidad de vida de los individuos.

Finalmente, el programa de prevención Toma el control de tu vida, retoma del programa Pactos por la vida, del Ministerio de la Protección Social, la estrategia del consumo responsable y seguro, denominada saber vivir, saber beber; desde la cual se pretende mejorar la autorregulación de los bebedores mediante la adopción de pautas de cuidado y control que favorecen la mitigación de los riesgos asociados al consumo de alcohol.

Desde esta estrategia metodológica, el programa difunde los mensajes y recomendaciones para el consumo moderado, adaptando su contenido a los lenguajes y códigos juveniles.

### 9.3 Objetivo

Mejorar en los estudiantes de la Universidad Católica Luis Amigó, las prácticas de auto regulación y auto cuidado en los entornos de rumba y consumo de alcohol.

### 9.4 Componentes de la intervención

Para el logro de los objetivos, se han privilegiado tres focos problemáticos desde los que se definen las estrategias para intervenir el problema de las frágiles prácticas de autocuidado y autorregulación de los estudiantes de los primeros semestres de la Funlam. Estos componentes abordan principalmente dos actores, las familias, y los estudiantes.

*El componente de acompañamiento familiar:* como se anunció en la descripción de la situación problema, en el escenario familiar se recrean las prácticas culturales del consumo excesivo de alcohol y en los pocos procesos formativos que se desarrollan en la familia en pro de la construcción de la autonomía y hábitos de autocuidado. Pretende desarrollar en las familias de los estudiantes de los primeros semestres, prácticas de crianza que favorecen la autonomía y la autodeterminación de los jóvenes integrantes del grupo familiar.

Para el logro de este propósito, se realiza un proceso de formación psicoeducativa con las familias, mediante encuentros, video-foros, conferencias, asesorías psicológicas y grupos de apoyo; estas actividades se orientan al reconocimiento del rol formativo que tienen los padres frente a sus hijos aún en el paso por la universidad, en el fortalecimiento de la autonomía y en la enseñanza de actitudes de autocuidado, como factores protectores que reduzcan los riesgos y daños asociados al consumo de alcohol.

La poca conciencia del límite y de la vulnerabilidad en los jóvenes es una de las razones más significativas en el consumo excesivo de alcohol y la exposición a los riesgos y daños derivados. Es por esto que se definió *el componente de formación experiencial*, que pretende aplicar con los estudiantes de los primeros semestres estrategias para la toma de decisiones, el manejo de la autonomía, la autodeterminación y el reconocimiento del límite, como habilidades para el afrontamiento de los riesgos asociados con el consumo de alcohol.

Las estrategias de intervención de este componente recurren al lenguaje corporal y artístico, como una forma de comunicar desde la vivencia, mensajes relacionados con las interacciones en la vida universitaria, el fortalecimiento de la autoimagen, la conciencia del propio cuerpo como signo de disfrute y vehículo de socialización. Se realizan campañas comunicacionales, jornadas culturales con teatro, la música, cuento, cine y deporte; así como experiencias corporales y los simulacros de situaciones de consumo y rumba, como vías para construir prácticas de autocuidado.

*El componente prácticas para una vida saludable. Estar bien: ambientes, afectos, cuerpo y vínculos:* parte del reconocimiento de que muchos de los estudiantes de los primeros semestres tienen frágiles prácticas de alimentación, poca actividad física y a la hora de rumbar, no tienen en cuenta las recomendaciones para una rumba segura; asimismo, es probable que tengan malos hábitos de vida, relacionados con el entorno y con los pares que no son favorables para su bienestar físico y emocional. Estas prácticas potencian el consumo excesivo de alcohol.

Este componente trabaja en torno a la promoción de ambientes, vínculos afectivos y actividades corporales que configuren prácticas saludables en el marco de la vida universitaria, propiciando el bienestar y a su vez, la protección contra los riesgos generados por el consumo excesivo de alcohol. Para este propósito, se recurre a actividades formativas, talleres, video-foros, jornadas de juegos cooperativos, juegos didácticos que incentivan conductas de autocuidado.



Se cuenta con un manual para el trabajo de los talleristas en el aula de clase, en el cual se describen en detalle los talleres para la promoción de la cultura del auto cuidado y la autorregulación.

Por último, y como estrategia transversal a todo el proceso de intervención, se cuenta con *El componente de atención psicosocial*, que en el programa es denominado “zona de escucha”. Esta designación representa tanto el lugar de funcionamiento del programa de prevención, como el servicio, entendido como un espacio de encuentro entre una persona con necesidad de ser escuchada y un profesional de la psicología dispuesto a hacerlo.

La zona de escucha está diseñada como una estrategia que hace las veces de un factor protector, en tanto mitiga y contiene las emociones (ansiedad, estrés, dolor subjetivo, tristeza, entre otras) derivadas de las vicisitudes propias del enfrentamiento con las exigencias de la vida universitaria o con las situaciones críticas procedentes de la cotidianidad.

Los servicios de esta zona: atención en crisis, asesoría psicológica y atención especializada, están fundamentados en una relación de ayuda, entendida como el encuentro, la escucha y la acogida a otro que sufre, propiciando con el vínculo estrategias para la disminución del malestar y el reconocimiento de alternativas a la situación que desencadenó la inestabilidad emocional.

En el componente de atención psicosocial, se ofrecen dos perspectivas de atención; acompañamiento psicológico y asesoría psicológica especializada.

El acompañamiento psicológico es un servicio de asistencia y contención a todas aquellas personas de la comunidad universitaria que presenten dificultades en su diario vivir institucional y que deseen ser escuchados de manera oportuna, en función de encontrar alternativas de afrontamiento. Se trata de una corriente asistencial que propone un método para brindar ayuda, apoyo para afrontar o prevenir situaciones difíciles. La especialidad de esta forma de atención es atender a personas que no presentan patología, pero sí algún tipo de conflicto. Representa un proceso de apoyo profesional que se realiza por medio de una acción preventiva y orientativa a personas que necesitan apoyo para tomar decisiones o resolver problemas que alteran su ritmo de vida normal.

De otro lado, una asesoría psicológica especializada dirigida a la comunidad universitaria que enfrenta situaciones de consumo y demás problemáticas asociadas es una estrategia desde la que, según sea el nivel de consumo, se brinda psicoterapia breve, terapia de apoyo, asesoría y remisión a atención especializada cuando la situación de consumo desborda las posibilidades de atención desde el proyecto. Desde esta estrategia se pretende reducir el impacto individual, familiar y social que ocasiona el consumo problemático.

La zona de escucha es reconocida por la respuesta oportuna a las solicitudes de los estudiantes que se encuentran en situación de crisis motivada por el estrés, derivado éste bien de situaciones de la vida universitaria como de las exigencias de la cotidianidad. Las crisis indican una falla en los mecanismos de adaptación y una respuesta de las personas a las dificultades diarias, dado que la energía derivada del evento rebasa los diques y los recursos personales de los sujetos para afrontarlo.

La ansiedad, los sentimientos de desamparo, confusión y cansancio, la sensación de desorganización en las diferentes áreas de la vida del sujeto, son signos de una crisis. La intervención en crisis está orientada a ayudar al sujeto a que analice, ordene las emociones y los sentimientos asociados a la experiencia estresante, acompañarlo en la resolución de problemas prácticos e inmediatos y se adapte a la nueva situación, recuperando el equilibrio normal de funcionamiento.

## 9.5 Recursos didácticos - caja de herramientas

En el programa de prevención Toma el control de tu vida, permanentemente se construyen propuestas metodológicas para llevar a la comunidad universitaria los mensajes relacionados con las prácticas y actitudes de autocuidado, autorregulación y toma de decisiones con respecto al consumo de alcohol en el marco de la vida universitaria.

La construcción interactiva del saber acerca de las prácticas protectores frente al consumo de alcohol, es un criterio que asume el programa como principio metodológico, esta propuesta reconoce un lugar protagónico al saber de los estudiantes, desde una perspectiva intersubjetiva de la construcción de la vivencia del consumo de alcohol en la vida universitaria. En esa medida, las estrategias didácticas construidas en el programa, propenden por la participación activa de los estudiantes, en la vía de que ellos interpreten y construyan significados que serán el resultado de su interacción con la vida y con el mundo universitario que habitan.

El juego interactivo es una de las estrategias didácticas que se utilizan en las jornadas de difusión de los mensajes del programa de prevención. A continuación se presentan algunas de ellas.

### 9.5.1 El mural

Es una técnica interactiva en la que se exponen frases, símbolos, o situaciones referidas al consumo de alcohol o a las vivencias de rumba.

*Objetivo.* Identificar las opiniones y percepciones de la comunidad universitaria en torno al consumo excesivo de alcohol, los riesgos asociados a este y las actitudes de protección y cuidado que promueve el programa.

*Descripción.* En un cartel en papel, se disponen frases, imágenes, caricaturas, que ejemplifican una situación, una creencia o una postura social frente al consumo de alcohol. El cartel se ubica estratégicamente en un lugar de paso recurrente de estudiantes y se invita a que interactúen con las frases o motivadores expuestos. Las opiniones o percepciones recogidas en los murales, posteriormente son clasificadas y analizadas para desde allí reconocer y describir las tendencias que hay entre los estudiantes universitarios sobre el consumo de alcohol.

## 9.5.2 La escalera

Es un juego tradicional que favorece en los participantes su pensamiento y sentido crítico con respecto al consumo excesivo de alcohol, a la vez que propicia la elaboración de experiencias, expresar y controlar sus emociones, ponerse en el punto de vista de otro, ampliar los horizontes de sí mismo, aprender a cooperar, y a comunicarse con los demás compañeros de juego.

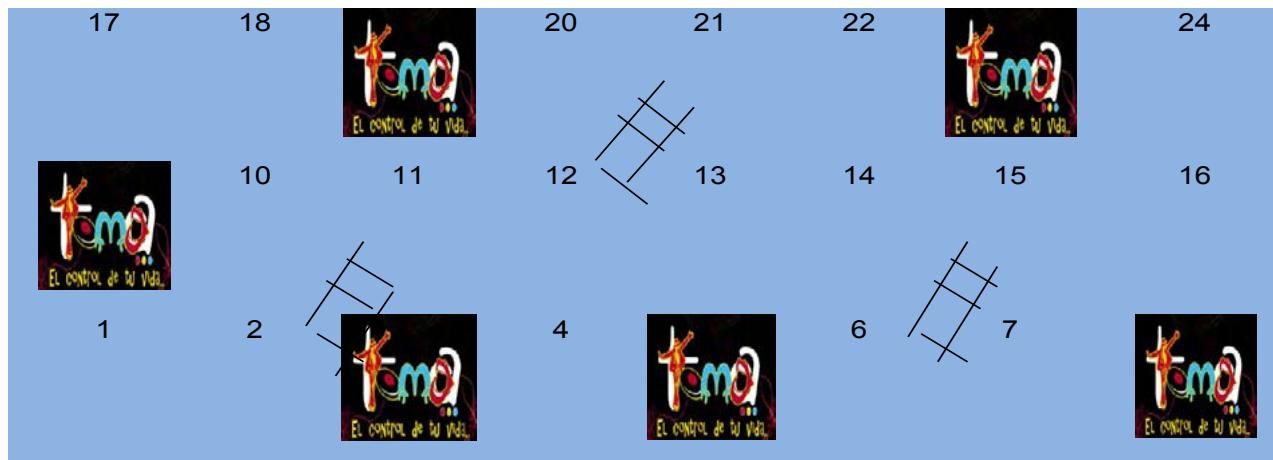
*Objetivo.* Afianzar los conocimientos y las prácticas de auto-cuidado y auto-regulación como factores protectores frente a los riesgos derivados del consumo excesivo de alcohol.

*Descripción.* La escalera se juega en un tablero con 25 casillas y un dado; las casillas están enumeradas y en algunas de ellas están dispuestos signos que indican preguntas. Los participantes, luego de tirar los dados y desplazarse por el tablero en dirección a la meta, caen en casillas especiales que tienen el logo del “TOMA” y que significan que se les formularán preguntas alusivas a saberes y situaciones propias de la vida universitaria, específicamente cuando los jóvenes salen de rumba y consumen alcohol y otras drogas. Dentro del juego también aparecerán pequeñas escaleras ubicadas en las diferentes casillas, que indicarán cuando los participantes pueden adelantarse o por el contrario, retroceder.

Para jugar se requieren dos o más participantes, para indicar cuál de los participantes inicia primero, deben tirar el dado y el que saque el número mayor empieza el juego.

En cada tirada del dado, el participante avanza el número de casillas correspondientes al número que sale en el dado. Según la casilla en que se ubique, el participante podrá avanzar o retroceder, como lo indique la dirección de la escalera, o responder a las preguntas, si en la casilla se encuentra el logo del programa. Gana el participante que llegue con el número exacto a la meta y haya respondido a las preguntas (ver Figura 1).

Figura 1. La escalera



Las preguntas que deben responder giran en torno a actitudes o comportamientos frente a situaciones de riesgo o a conocimientos específicos sobre el consumo de alcohol, factores de riesgo y protección. Algunas de las preguntas son:

¿Indique cuáles de los siguientes comportamientos pueden ser riesgosos a la hora de rumbear?

- » Mezclar licores
- » Rumbear con personas desconocidas
- » Aceptar licor de personas que no son de mi grupo de compañeros
- » Llamar a la casa y avisar con quién me voy a quedar y en dónde
- » Comer antes y durante la ingesta de licor

¿Indique cuáles de estos comportamientos le permiten controlar el consumo de licor en la rumba?

- » Reconocer cuánto licor aguanto sin emborracharme
- » Reconocer el estado de ánimo... si estoy triste es mejor no tomar

- » Combinar diferentes licores
- » Dejar de tomar, cuando empiezo a ver borroso o en *cámara lenta*
- » Mantener la copa en la mano y quedarme sentado(a)

Sobre las siguientes afirmaciones, seleccione si es verdadera o falsa y argumente la respuesta:

- » El mezclar diferentes tragos hace que uno se embriague más rápido  
Falso o Verdadero. ¿Por qué?
- » Todo mundo reacciona igual al alcohol  
Falso o Verdadero. ¿Por qué?
- » Beber alcohol únicamente los fines de semana no provoca daño.  
Falso o Verdadero. ¿Por qué?

### 9.5.3 Concéntrese o el ABC de la rumba segura

Es un juego popular de atención y concentración que usa imágenes y frases repetidas que se ocultan y son descubiertas en la medida en que forman pares. Las imágenes y frases invitan a los participantes a identificar las recomendaciones para una rumba segura.

*Objetivo.* Informar acerca de los factores protectores, en función de disminuir la exposición a riesgos del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en la rumba universitaria.

*Descripción.* La actividad se asemeja al juego concéntrese tradicional, en este caso se tiene un rectángulo, dividido a su vez en cuadros más pequeños con una letra en la cara visible, y en su interior una frase y una imagen relacionada con un factor protector, cada frase e imagen se repite en otro cuadro. Se trata de formar parejas con las frases y las imágenes. Los participantes, al encontrar la pareja de factores protectores, deben argumentar la relación existente entre las frases, las imágenes y el consumo de alcohol en la rumba universitaria.

Pueden participar hasta 3 personas, cada uno de los participantes, en un turno consecutivo, escogerá dos letras con la intención de formar la pareja, una vez identificadas las parejas, el jugador debe descifrar y argumentar el sentido de la frase y las imágenes para proseguir en el mismo turno buscando más parejas o tríos. Cuando no se identifican las parejas, se pierde el turno y se da paso al siguiente participante. El juego finaliza cuando se han encontrado todas las parejas y tríos (ver figuras 2 y 3).

**Figura 2.** Concéntrese

A	Buena disposición 	C	Hidratarse  	E
Acompañarse Bien 	Comer Bien  	H	Luz 	Prudencia, paciencia y precaución 
L	M	N	O	P
Movimiento 	Transporte Seguro 	S	Otras personas Nos observan 	Ubicarse 

Figura 3. Jugando aprendemos a cuidarnos



### 9.5.4 Circuito de sobriedad

Se busca crear, a partir de las cinco (5) bases, conciencia sobre la pérdida del control y de los reflejos cuando se consume alcohol. Se trata de hacer el recorrido por cada una de las 5 bases, primero en un estado de sobriedad, consciencia, control; luego volver a pasar por todas ellas en un estado similar al de la embriaguez, el cual se propicia dándole vueltas al participante de acuerdo al número de copas que ha tomado en la última rumba, de modo que se siente mareado y refleje un estado de: embriaguez, inconsciencia y descontrol. Las bases son:

*Soplar la pluma.* Tiene 30 segundos para soplar la pluma y no la puede dejar caer al piso. El antes refleja la capacidad que tiene el individuo de controlar su cuerpo y seguir el recorrido de la pluma sin dejarla caer al piso. El después representa el estado de mareo donde se refleja la pérdida de control que tiene el individuo sobre cuerpo para seguir el recorrido de la pluma mientras la sopla.

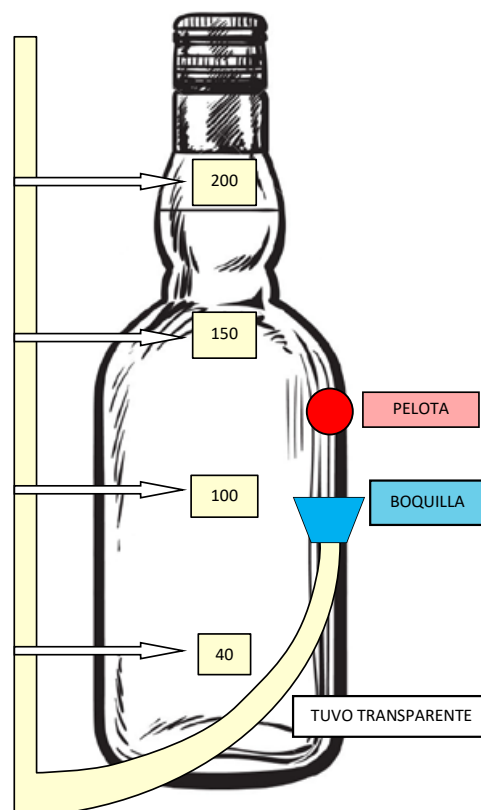
*Haciendo equilibrio.* La persona debe caminar sobre una tabla de madera puesta sobre 2 ladrillos. Se reflejarán los dos estados: sobriedad y embriaguez, en donde en un primer momento el individuo estará consciente de todas sus facultades y podrá caminar controlando su cuerpo para hacer el recorrido, manteniendo el equilibrio y reflejando un estado de sobriedad mientras camina por la tabla; luego se le da unas vueltas para imitar el estado de embriaguez, y se le pide que trate de caminar sobre la misma tabla para ver cómo es su desempeño.

*Hacer los números con el cuerpo de 1-10.* Se le pide a la persona que intente con su cuerpo realizar los números del 1 al 10; debe marcar bien cada movimiento y bajar subir si es necesario. También se reflejarán los dos estados: sobriedad y embriaguez, en donde en un primer momento el individuo estará consciente de todas sus facultades y podrá mover su cuerpo para marcar cada número del 1 hasta el 10, sin variables que alteren el control de su cuerpo; luego se les da unas vueltas Al participante para imitar el estado de embriaguez, y se le pide de nuevo que vuelva a intentar marcar los números del 1 al 10 para ver si es capaz de controlar los movimientos de su cuerpo.

*Meterle la cuerda a la botella.* A la persona se le entrega un cinturón que debe amarrar en la cintura, este cinturón posee una cuerda de 40-50 cm que debe colgar de la espalda de la persona, quien intenta meter la cuerda dentro de la boca de la botella. El antes y el después, se efectúa con la misma finalidad de experimentar meter la cuerda de manera consciente, tranquila y en pleno control de sus facultades, y en un segundo momento alterando su estado dándole vueltas para alterar el estado de su cuerpo y complejizar el ejercicio.

*Alcoholímetro.* Es la última base y corresponde a un modelo a escala que representa los diferentes niveles de embriaguez, ubicados de menor a mayor grado de alcohol. Antes de comenzar con la actividad, se le pregunta al individuo: Cuándo sales de rumba, ¿cuánto alcohol crees que consumes? para mostrarle a partir de la ecuación matemática la cantidad de alcohol que ingiere, el grado de embriaguez que puede llegar a presentar y las sanciones que existen según las leyes de tránsito colombianas (ver Figura 4).

Figura 4. Probando el alcoholímetro





*Grados de embriaguez y sanciones.* En Colombia, según la Ley 1548 de julio de 2012 (Congreso de Colombia), sobre los grados de alcoholemia y sus correspondientes sanciones, se plantea que:

- » Estado de embriaguez negativo: resultados menores a 40 miligramos de etanol por 100 mililitros de sangre total.

1er. grado de embriaguez: resultados entre 40 y 99 miligramos de etanol por 100 mililitros de sangre total. Adicional a la multa, la licencia es suspendida entre uno y tres años.

2do. grado de embriaguez: resultados entre 100 y 149 miligramos de etanol por 100 mililitros de sangre total. Adicional a la multa, la licencia es suspendida de tres años a cinco años y la obligación de realizar un curso de 40 horas de sensibilización, conocimiento y consecuencias de la alcoholemia y la drogadicción en centros de rehabilitación.

3er grado de embriaguez: resultados mayores o iguales a 150 miligramos de etanol por 100 mililitros de sangre total. Adicional a la multa, la licencia es suspendida entre cinco y 10 años y se debe realizar curso de sensibilización, conocimientos y consecuencias de la alcoholemia y drogadicción en centros de rehabilitación debidamente autorizados, por un mínimo de ochenta (80) horas.

Se puede detectar grado de alcoholemia a través de aparatos, como por ejemplo un alcoholímetro (aliento), o a través de análisis de orina, entre otros medios.

*Base informativa.* ¿Qué ocurre en nuestro interior cuando consumimos una bebida alcohólica? La bebida pasa por el esófago, el estómago y finalmente por el intestino delgado. Aunque una pequeña parte se absorbe durante el recorrido por el esófago y las paredes del estómago, la mayor parte del alcohol que hemos ingerido pasa a la corriente sanguínea a través de las paredes del intestino delgado. El hígado es el encargado de metabolizar la mayor parte del alcohol que hemos consumido, concretamente el 90%, para transformarlo en otras sustancias. Un 10% del alcohol ingerido no se transforma, y se elimina a través del aliento, la orina, el sudor, la leche materna o las lágrimas.

### 9.5.5 Video foro

¿Qué es un video foro? Es una herramienta que propicia la discusión de varias personas sobre un tema determinado, que en este caso ha sido suscitado por las situaciones, escenas o diálogos de un film cinematográfico (vínculos, decisiones y los ex – sexos en relación con la rumba). Un video foro es entonces el encuentro de las diferentes opiniones que se generan en torno a la temática que propone el film cinematográfico.

*Película.* ¿Qué pasó ayer? Parte I

### **Objetivos**

- » Propiciar espacios de reflexión en torno a vínculos, decisiones y los ex–sexos que pueden llegar a presentarse en los planes y/o momentos de ruma.
- » Cuestionar los vínculos que tenemos a la hora de “rumbear”.
- » Generar reflexiones en torno a las decisiones que se toman antes y durante la rumba.
- » Promover el debate para la construcción de “conductas adecuadas”

### **Desarrollo**

- » Encuadre (7 min). Saludos iniciales, conocimiento del grupo (carrera, semestre...), curso, número de estudiantes (aproximado).
- » Presentación de las películas 5 min.
- » ¿Qué pasó ayer? Parte 1
- » Director: Todd Phillips
- » Concepto: dos días antes de su boda, Doug viaja en coche a Las Vegas con sus mejores amigos Phil y Stu y su futuro cuñado Alan, para celebrar un fiestón de despedida de soltero que juran que nunca olvidarán. Pero cuando los tres amigos del novio se despiertan a la mañana siguiente con una fuerte jaqueca no recuerdan nada. La suite de su lujoso hotel está convertida en un basurero y el novio no aparece por ninguna parte. Sin ninguna pista de lo que sucedió y con poco tiempo que perder, los tres deben intentar recordar sus malas decisiones de la noche anterior para averiguar dónde empezaron a ir mal las cosas con la esperanza de encontrar a Doug y llevarlo de vuelta a Los Ángeles a tiempo para su boda. Pero cuanto más empiezan a descubrir, más se dan cuenta de los problemas en los que están metidos.
- » Duración: 1 hora

Contextualizar. Si bien la trama se desarrolla en un país ajeno a Colombia, la esencia de la situación, lugar y sucesos es universal, es decir que los problemas, conflictos, enredos, pérdidas, errores, sustos y demás, pueden ser los mismos en cualquier parte del mundo.

### ***Presentación de las películas 5 min.***

- » ¿Qué pasó ayer? Parte 2
- » Director: Todd Phillips
- » Concepto: en ¿Qué pasó ayer? Parte 2, Phil, Stu, Alan y Doug viajan a la exótica Tailandia para el matrimonio de Stu. Luego de la inolvidable despedida de soltero en Las Vegas, Stu decide no correr ningún riesgo y opta por un desayuno-almuerzo poco animado y tranquilo antes de la boda. Sin embargo, las cosas no siempre suceden como fueron planeadas. Lo que pudo pasar en Las Vegas quedará en Las Vegas, pero lo que sucede en Bangkok trasciende la imaginación.
- » Duración: 1 hora

Contextualizar (contexto anglosajón a contexto colombiano). Si bien la trama se desarrolla en un país ajeno a Colombia, la esencia de la situación, lugar y sucesos es universal, es decir que, los problemas, conflictos, enredos, pérdidas, errores, sustos y demás, pueden ser los mismos en cualquier parte del mundo.

### ***Presentación de las películas 5 min.***

- » Proyecto X
- » Director: Nima Nourizadeh
- » Concepto: en la vida de Thomas se dan dos circunstancias provechosas. Su cumpleaños número dieciocho coincide con las vacaciones de sus padres. Siendo su último año de secundaria y sin aún vislumbrar un mínimo nivel de popularidad entre sus pares, su amigo Costa lo persuade de despedirse de la escuela con una fiesta monumental y sin precedentes. Sin estar muy convencido, Thomas accede con una sola condición; la casa deberá quedar en perfecto estado. Tres alumnos de último curso del instituto aparentemente anónimos, tratan de darse a conocer. Su idea es inocente: vamos a montar una fiesta que nadie pueda olvidar y llevaremos una cámara para inmortalizarla, pero nada podía prepararles para esta fiesta.
- » Duración: 60 minutos

### ***Plenaria, conversatorio o debate.***

Para esta sección se podrá hacer uso de la siguiente caja de herramientas:

- » Apelación al número de asistentes y a la diversidad de programas presentes en el curso para incentivar la palabra “bueno muchachos, somos muchos y de diferentes carreras, y creo que debe haber más de un comentario por hacer”
- » Pasa en las películas, sí, pero... ¿pasa en la vida real? En las respuestas positivas se puede invitar a que se dé un ejemplo; en las respuestas negativas se puede aprovechar para lanzar un contra argumento. Al lanzar la pregunta se puede hacer lectura de los rostros y las expresiones, y mencionarse en dicho momento:

¿Conoce de algún caso parecido?

¿Cuál personaje le pareció más gracioso o con el que más se identificó?

¿Y qué piensan los demás de esa respuesta?

¿Por qué creen que las cosas llegaron hasta ese punto?

¿Qué piensan acerca del final de esta película? ¿Es posible? ¿Es exagerado?

¿Qué otra cosa hubiera podido suceder?

¿Creen que la película les deja algún mensaje? ¿Cuál?

Cuando pierdes la cabeza ¿Qué más pierdes? (Pregunta clave para introducir la devolución).

## 9.5.6 Intervención in-situ: pub bloque 12

### *Descripción*

El in-situ es una estrategia pensada para propiciar procesos de formación experiencial, es decir, permite aprender gracias a la experiencia y la vivencia directa. Supone la reproducción de situaciones que se dan en la vida real por medio de metáforas, simulaciones y de actividades en aula, al aire libre o en espacios especialmente habilitados para la vivencia de experiencias específicas.

Esta estrategia pretende generar un espacio de reflexión acerca de cómo los jóvenes de la Funlam viven la rumba, reconociendo en ella cuáles son sus límites y la percepción que tienen de su cuerpo y de sí mismos en el momento de la rumba y del consumo de alcohol.

El in-situ Pub Bloque 12 es un montaje que recrea el escenario, la música, las vivencias y situaciones que se presentan en los espacios de rumba cercanos a la universidad, que son frecuentados por los estudiantes.

## **Objetivo**

Generar conciencia en los estudiantes de la Funlam con lo referente a la pérdida de los límites en el consumo excesivo de alcohol y los riesgos asociados a esto.

## **Montaje**

El montaje recrea uno de los sitios de rumba aledaños a la universidad, se ambienta con música, mesas, implementos propios de la rumba, botellas, copas, vasos, luces, avisos publicitarios de venta de licor, fotografías alusivas a los diferentes estados alcanzados en la rumba en el antes, el durante y el después del consumo y de la fiesta. Este ambiente es recreado por actores que representan personajes característicos de la rumba. En este ambiente de rumba, se convoca a los estudiantes que vivencien lo que allí sucede, rememrando las experiencias reales de rumba de ellos.

Al salir del ambiente recreado, se encuentra una persona que junto a dos espejos grandes de cuerpo entero invitan a los participantes a que se observen y respondan la siguiente pregunta: ¿cómo se ven después de la rumba?

Al finalizar se entrega información sobre los servicios y los mensajes del programa de prevención.

## **Referencias capítulos 4, 5, 6, 7, 8 y 9**

Adlaf, E. M., Demers, A., y Gliksman, L. (Eds.) (2005). *Canadian Campus Survey 2004*. Toronto, Centre for Addiction and Mental Health.

Ahmadi, J., y Javadpour, A. (2002). Evaluación del consumo de sustancias tóxicas entre los estudiantes de Ciencias de la Salud iraníes. *Eur. J. Psychiat.*, 16(3), 181-184. Recuperado de: [http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1579-699X2002000300007&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1579-699X2002000300007&lng=es&nrm=iso).

Albarracín, M., y Muñoz, L. (2008). Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria. *Liberabit*, 14, 49-61. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v14n14/a07v14n14.pdf>.

Babor, T., et al. (2010). *El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas*. [2ª ed]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

- Bachman, J. G., Johnston, L. D., O'Malley, P. M., & Humphrey, R. H. (1988). Explaining the recent decline in marijuana use: Differentiating the effects of perceived risk, disapproval, and general lifestyle factors. *Journal of Health and Social Sciences*, 29(1), 92-112.
- Barrios, M., Bermúdez, J., Bonilla, R., Camacho, D., Cano, C., Durán, E., Navarro, F., Quiroga, B., Sandoval, J., y Torrado, M. (2004). *Situación actual y prospectiva de la niñez y la juventud en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., y Liece B. S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. España: Ediciones Paidós Ibérica.
- Beck, U. (1998). *¿Qué es la globalización? Falacias del globalismo, respuestas a la globalización*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Borges, G., Cherpitel, C. J., Medina-Mora, M.E., y Mondragón, L. (2004). Violence related injuries in the emergency room: alcohol, depression, and conduct problems. *Subst Use Misuse*, 39(6), 911-30.
- Calderón Vallejo, G. A., Castaño Pérez, G. A., y Villa Mejía, V. (2007). *La seducción publicitaria para el consumo de licor en Medellín*. Medellín: Universidad Católica Luis Amigó.
- Calderón Vallejo, G. A., y Parra Bastidas, A. M. (2012). Imaginarios sobre el consumo de alcohol en estudiantes de cuatro universidades de Medellín. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 36, 291-292. Recuperado de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/>.
- Camacho Acero, I. (2005). Consumo de alcohol en universitarios: relación funcional con los factores sociodemográficos, las expectativas y la ansiedad social. *Act. Colombiana de Psicología*, 8(1), Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3182391>
- Caro, P. M. (2005). *Drogas de abuso (guía teórico-práctica para su estudio)*. Buenos Aires: Ediciones La Rocca.
- Castaño Pérez, G. A. (2008). Módulo educativo: consumo de drogas en universitarios, estrategias de actuación. Medellín: Funlam y FIUC.
- Castaño, G. A., Calderón, G., Parra, A., y Montoya, C. (2003). *Problemáticas que más afectan la calidad de vida de los estudiantes de la Universidad Católica Luis Amigó*. Medellín: Funlam.
- Cicua, D., Méndez, M., y Muñoz, L. (2006). Factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes en Bogotá, entre 12 y 17 años pertenecientes a estratos 4 y 5. Trabajo de Grado, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

- Cicua, D., Méndez, M., y Muñoz, L. (2008). Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. *Rev. Pensamiento Psicológico*, 4(11), 115-134.
- Conde, V. (1987). *Epidemiología de los accidentes de tráfico, en alcohol, drogas y accidentes de tráfico*. México. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Consejo Nacional de Educación Superior –CESU- (1995). Acuerdo 03 de 1995 (Marzo 21). Recuperado de <http://www.unipaz.edu.co/gcalidad/normograma/Acuerdos/DE068%20-%20Acuerdo%20%2003%20de%201995%20CESU.pdf>.
- De La Villa Moral Jiménez, M., Rodríguez Díaz, F. J., Ovejero Bernal, A., y Sirvent Ruíz, C. (2009). Cambios actitudinales y reducción del consumo de alcohol en adolescentes a partir de un programa de intervención psicosocial. *Adicciones: Revista socidrogalcohol*, 21(3), 207-219. Recuperado de <http://www.adicciones.es/files/207-220%20rodriguez%20diaz.pdf>
- Decreto 1108 de 1994 (mayo 31). Colombia. Recuperado de [www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=6966](http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=6966).
- Decreto 1136 de 1970 (julio 19). Colombia. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=6941>.
- Decreto 120 de 2010 (21 de enero). Colombia. Recuperado de [www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=38680](http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=38680).
- Decreto 1355 de 1970 (agosto 04). Colombia. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=6945>.
- Decreto 3788 de 1986 (diciembre 31). Colombia. Recuperado de <https://www.dne.gov.co/?idcategoria=1602>.
- Díaz, M. (2010). Las bebidas energizantes. Puerto Rico Hoy. *Nuevo Día*. Puerto Rico. Recuperado de [http://www.upra.edu/calidaddevida/pdf/Boletin\\_Alcohol\\_y\\_Bebidas\\_Energizantes.pdf](http://www.upra.edu/calidaddevida/pdf/Boletin_Alcohol_y_Bebidas_Energizantes.pdf)
- Duchene, E. (1959). *El alcoholismo y sus remedios*. Bogotá: Ediciones Paulinas.
- Efron, R. (1998). Subjetividad y adolescencia. En R. Efron, I. Konterllnik, y C. Jacinto (Eds.), *Adolescencia, pobreza, educación y trabajo*. Buenos Aires, Argentina: Losada.
- Universidad Católica Luis Amigó. (2013). *Reglamento Estudiantil*. Medellín, Colombia. Recuperado de <http://www.Funlam.edu.co/modules/documentosjuridicos/category.php?categoryid=64>.

- Glasgow, R. E., Lichtenstein, E., y Marcus, A. C. (2003). Why don't see more Translation of Health Promotion Research to Practice? Rethinking the Efficacy to Effectiveness Transition. *American Journal of Public Health, 93*(8), 1261-1267.
- Gobernación de Antioquia. (2009). Habilidades para la vida. Instituciones educativas y espacios libres de tabaco, alcohol y otras drogas. Medellín, Colombia: Gobernación de Antioquia.
- Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. En J. A. Steinberg y M.M. Silverman (Eds.), *Preventing Mental Disorders*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Gottfredson, D. C. (1988). An evaluation of an organization development approach to reducing school disorder. *Evaluation Review, 11*, 739-763.
- Gottfredson, D. C., Wilson, D. B., y Najaka, S. S. (2001). School-based crime prevention. In L. W. Sherman, D. P. Farrington, B. Welsh, & D. C. Mackenzie (Ed.), *Evidence-Based Crime Prevention*. New York: Harwood Academic.
- Gutjahr, E., Gmel, G., y Rehm, J. (2001). Relation between average alcohol consumption and disease: an overview. *Eur Addict Res, 7*, 117-27.
- Hansen, W. B., y O'Malley, P. M. (1996). Drug use. In R. J. DiClemente, W. B. Hansen, & L. E. Ponton (Eds.), *Handbook of Adolescent Health Risk Behaviour* (pp. 161–192). New York: Plenum Press.
- Hingson, R.W., Heeren, T., & Winter, M.R. (2006). Age at drinking onset and alcohol dependence: Age at onset, duration, and severity. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 160*, 739-746.
- King, K. M. & Chassin, L. (2007). A Prospective Study of the Effects of Age of Initiation of Alcohol and Drug Use on Young Adult Substance Dependence. *Journal of Studies on Alcohol, 68*(2), 256-265.
- Ley 100 de 1993 (diciembre 23). Colombia. Recuperado de [www.secretariasenado.gov.co/senado/.ley/1993/ley\\_0100\\_1993](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/.ley/1993/ley_0100_1993)
- Ley 1098 de 2006. Ley de Infancia y Adolescencia. Colombia. Recuperado de [www.secretariasenado.gov.co/senado/.ley/2006/ley\\_1098\\_2006.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/.ley/2006/ley_1098_2006.html)
- Ley 1335 de 2009 (julio 21). Colombia. Recuperado de [www.secretariasenado.gov.co/senado/.ley/2009/ley\\_1335\\_2009](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/.ley/2009/ley_1335_2009)



- Ley 1616 (enero 21 de 2013), por la cual se expide la Ley de Salud Mental. Colombia. Recuperado de [wsp.presidencia.gov.co/.Leyes/.2013/LEY%201616%20DEL%2021](http://wsp.presidencia.gov.co/.Leyes/.2013/LEY%201616%20DEL%2021).
- Ley 30 de 1986. Estatuto Nacional de Estupefacientes. Colombia. Recuperado de [www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=2774](http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=2774)
- Ley 30 de diciembre 28 de 1992. La Ley de Educación Superior. Colombia. Recuperado de [www.mineducacion.gov.co/1621/article-86437.html](http://www.mineducacion.gov.co/1621/article-86437.html)
- Ley 9 de 1979. Colombia. Recuperado de [http://www.minambiente.gov.co/documentos/ley\\_0009\\_240179.pdf](http://www.minambiente.gov.co/documentos/ley_0009_240179.pdf).
- Ley No. 1548 del 5 de julio de 2012. Congreso de Colombia. Recuperado de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley154805072012.pdf>
- Londoño Pérez, C. (enero de 2010). Resistencia de la presión de grupo, creencias acerca del consumo y consumo de alcohol en universitarios. *Anales de psicología*, 26 (1) pp. 27-33. Disponible en:<http://revistas.um.es/index.php/analesps/article/view/91931>
- Londoño Pérez, C., García Hernández, W., Valencia Lara, S. C., y Vinaccia Alpi, S. (2005). Expectativas frente al consumo de alcohol en jóvenes universitarios colombianos. *Anales de psicología*, 21(2), 259-267. Recuperado de <http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/8071/1/Expectativas%20frente%20al%20consumo%20de%20alcohol%20en%20jovenes%20universitarios%20colombianos.pdf>
- MacDonald, S., Cherpitel, C.J., DeSouza, A., Stockwell, T., Borges, G., & Giesbrecht, N. (2006). Variations of alcohol impairment in different types, causes and contexts of injuries: Results of emergency room studies from 16 countries. *Accid Anal Prev*, 38(6), 1107-12.
- Margulis, M., y Urresti, M. (2012). La construcción social de la condición de juventud [Mensaje en un blog]. Recuperado de [http://www.perio.unlp.edu.ar/catedras/system/files/mario\\_margulis\\_y\\_marcelo\\_urresti\\_-\\_la\\_construccion\\_social\\_de\\_la\\_condicion\\_de\\_juventud\\_urresti.pdf](http://www.perio.unlp.edu.ar/catedras/system/files/mario_margulis_y_marcelo_urresti_-_la_construccion_social_de_la_condicion_de_juventud_urresti.pdf)
- Massün, E. (1991). *Prevención del uso indebido de drogas*. México: Editorial Trillas.
- Merikangas, K. R., Stevens, D., & Fenton, B. (1996). Comorbidity of alcoholism and anxiety disorders. Role of family studies. *Alcohol Health & Research World*, 20, 100-106.
- Ministerio de la Protección Social. (2010). *La prevención en manos de los jóvenes*. Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social.

- MinSalud. (1993). Resolución N° 008430 de 1993. República de Colombia: Ministerio de Salud. Recuperado de [http://www.urosario.edu.co/urosario\\_files/a2/a24fb07a-fc-b611-affff4374bb7.pdf](http://www.urosario.edu.co/urosario_files/a2/a24fb07a-fc-b611-affff4374bb7.pdf)
- Mora-Ríos, J. y Natera, G. (marzo-abril de 2011). Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Pública de México*, 43(2) 89-96. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v43n2/a02v43n2.pdf>
- O'Connell, D., & Patterson, H. (1989). A survey of current college alcohol abuse programs, attitudes and training needs. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 43(2), 61-69.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (1995). *Salud del Adolescente*. Washington, Estados Unidos: OPS/OMS
- Parra Bastidas, A. M., y Calderón Vallejo, G. A. (2012). La influencia del contexto sociocultural en el consumo de alcohol en población universitaria. *Típica Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 8(2), 100. Recuperado de <http://www.tipica.org/media/system/articulos/vol8N2/A4.%20Influencia%20del%20contexto%20en%20el%20consumo.pdf>
- Quiroga Anaya, H., Sánchez Sosa, J. J., Medina-Mora Icaza, M. E., y Naranjo, A. (2007). Cognitivo-Conductual motivacional de atención escalonada para estudiantes universitarios con problemas de alcohol. *Rev. Latinoam. Psicol.*, 39(3), 563-577. Recuperado de [http://pepsic.homolog.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0120-05342007000300009&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://pepsic.homolog.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0120-05342007000300009&script=sci_arttext&tlng=es).
- Red UNIR. (2009). *Del viaje en U., la vivencia universitaria y el consumo de sustancias psicoactivas*. Colombia: Universidad Católica Luis Amigó.
- Resolución 2358 de 1998. Colombia. Recuperado de [www.acsam.com.co/Documentos/PoliticasyResolucion2358\\_1998](http://www.acsam.com.co/Documentos/PoliticasyResolucion2358_1998)
- Resolución 3997 del 30 de octubre de 1996. Colombia. Recuperado de [www.nuevalegislacion.com/files/susc/cdj/conc/r\\_ms\\_3997\\_96.pdf](http://www.nuevalegislacion.com/files/susc/cdj/conc/r_ms_3997_96.pdf)
- Resolución N°. 18 de 21 de marzo de 2000. Colombia. Recuperado de <http://www.Funlam.edu.co/modules/documentosjuridicos/category.php?categoryid=64>
- Rohrbach, L. A., Dent, C. W., Skara, S., Sun, P., & Sussman, S. (2007). Fidelity of Implementation in Project Towards No Drug Abuse (TND): A comparison of Classroom Teachers and Program Specialists. *Prevention Science*, 8(2), 125-132.

- Rown, S. A., Inaba, R. K., Gillin, J. C., Schuckit, M. A., Stewart, M. A., & Irwin, M. R. (1995). Alcoholism and affective disorder: clinical course of depressive symptoms. *Am. J. Psychiatry*, 152(1), 45-52.
- RUMBOS (2000). *Programa presidencial para afrontar el consumo de drogas. Pilas con las drogas*. Colombia: Editorial Carrera 7<sup>a</sup>.
- Sánchez Pardo, L. (2002). Consumo de alcohol en población juvenil. *Adicciones*, 14(1), 99–113.
- SG-CAN. (2009). Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú. Lima, Perú: Comunidad Andina. Recuperado de <http://www.comunidadandina.org/DS/Consumo%20Drogas%20Informe%20comparativo.pdf>.
- Stueve, A., & O'Donnell, L. N. (2005). Early alcohol initiation and subsequent sexual and alcohol risk behaviours among urban youths. *Am J Public Health*, 95(5), 887-93.
- Tempier, R., Boyer, R., Lambert, J., Mosier, K., & Duncan, C. R. (2006). Psychological distress among female spouses of male at-risk drinkers. *Alcohol*, 40(1), 41-9.
- Thompson Merita, L. (2000). *Creemos sin drogas*. México: Ed. Prentice Hall.
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V., & Stackpole, K. M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20(4), 275–336.
- Universidad CES- CARISMA. (2012). *Prevalencia de consumo, riesgo de adicción a sustancias psicoactivas y afición a juegos de azar, en estudiantes universitarios del Valle de Aburrá, 2009*. Medellín, Colombia: Begon.
- Velásquez, J., y Scopetta, O. (1998). Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de carreras técnicas y tecnológicas de Santa Fe de Bogotá. Versión Preliminar.
- Webb, E., & Ashton, H. (1997). Patterns of alcohol consumption, smoking and illicit drug use in British university students: interfaculty comparisons. *Drug. Alcohol. Depend.*, 47(2), 145-153.

# **CAPÍTULO 10**

**ESTUDIO DESCRIPTIVO  
EXPLORATORIO SOBRE  
LAS PROBLEMÁTICAS  
PSICOSOCIALES DE LOS  
ESTUDIANTES DE LA  
UNIVERSIDAD CATÓLICA SILVA  
HENRÍQUEZ**

## 10.1 Introducción

El presente capítulo muestra el estudio descriptivo exploratorio referido a las percepciones sobre problemáticas psicosociales de los estudiantes de la Universidad Católica Silva Henríquez, que fue desarrollado por académicos, profesionales y estudiantes de esta universidad, quienes realizaron la diplomatura virtual “Prevención de problemáticas psicosociales en el ámbito universitario, con énfasis en adicciones”, dictada por la (ahora, Universidad Católica Luis Amigó) de Colombia, en el marco de un Proyecto del Centro Coordinador de la Investigación (CCI) de la Federación Internacional de Universidades Católicas (FIUC), entre los años 2012 y 2013. El estudio fue formulado como proyecto durante la diplomatura y finalizado para esta publicación por el equipo de autores<sup>1</sup>. Tiene un carácter exploratorio descriptivo, buscando aportar información actualizada y confiable para la generación de nuevos conocimientos que contribuyan a la creación de soluciones preventivas o de intervención; y por otra parte, favorecer la mejor calidad de vida de nuestros estudiantes. Estos propósitos son coherentes con lo señalado en nuestro Modelo de Formación (UCSH, 2003), respecto del compromiso de nuestra casa de estudio con la formación integral de los jóvenes.

Esta declaración de principios como entidad formadora, inscribe nuestra vocación en el acompañamiento de los estudiantes intermediados por la razón, el amor y la trascendencia, así como en un estilo académico y de gestión que busca integrar la cultura, la vida y la fe.

Reconociendo nuestra historia e inspirados en el legado del Cardenal Raúl Silva Henríquez, es que presentamos este estudio que permite profundizar en el conocimiento de nuestros jóvenes a partir de sus vivencias y percepciones respecto a las distintas problemáticas psicosociales abordadas en la diplomatura, a la vez que posibilita comparar los resultados obtenidos con las experiencias de otras universidades participantes comprometidas en este afán.

## 10.2 Planteamiento del problema

En el marco de la diplomatura se definió como problema de estudio el conocer la realidad y nivel de compromiso que tienen los estudiantes de la Universidad Católica Silva Henríquez (UCSH) con respecto a las problemáticas psicosociales estudiadas, aportando información válida y confiable, para la implementación de acciones de prevención o intervención, en caso que sea necesario.

<sup>1</sup> Los colaboradores son los participantes de la cohorte 1 de la formación: Cristian Castillo F., Karen Cravero B., Evelyn Garlick P., Ana María González F., Ruth Lizana I.; Yanina Moyano S., Verónica Musre H., Cristián Rodríguez A., Cristián Salvadores M., Claudio Silva LI., y Luis Vívar R.

Dado que sabemos que nuestros estudiantes no están ajenos a las problemáticas psicosociales abordadas en el marco de la formación, resulta de interés conocer con mayor profundidad sobre esta realidad, desde la perspectiva de quienes depositan su confianza en nuestra casa de estudio para su formación profesional.

Al respecto es sabido que, “ingresar a la Universidad implica cambios y los cambios requieren adaptación y transformación, reorganización personal, familiar, y social” (Luján et al., 2012, p. 4).

Igualmente, el sistema de educación superior tiene el desafío de entregar una formación integral y humanizadora, que incluya dentro de las mallas curriculares, la preocupación por la persona, haciéndose cargo de visibilizar estas problemáticas psicosociales.

La UCSH, mediante el plan común (2007) y su modelo de formación (2003), por ejemplo, asume en forma explícita su responsabilidad con los temas psicosociales, formación personal, ética y religiosa, dada su comprensión y deber con la formación integral de sus estudiantes. No obstante, este empeño requiere ser visibilizado y permanentemente articulado con nuestras carreras, cuestión que hace relevantes el aporte de la formación recibida y las conclusiones de esta investigación, especialmente, de cara a un próximo proceso de rediseño curricular contemplado en el plan de desarrollo estratégico 2012-2020 (UCSH, 2012) de la Universidad.

Dentro de este contexto, a nivel preventivo, la Institución tiene una experiencia importante y evidencias claras de que sus jóvenes optan conscientemente por una mejor calidad de vida y autocuidado. Lo anterior es posible a partir de la implementación de políticas y mecanismos efectivos que tratan el tema de las problemáticas psicosociales en el contexto universitario. En efecto, desde el año 2000, desde la Dirección de Asuntos Estudiantiles DAE, se desarrollan acciones preventivas en el ámbito de prevención en drogas y de sexualidad responsable, y con el objeto de institucionalizar esta acción, se implementa la “Política de prevención y asistencia del consumo perjudicial de tabaco y alcohol y del uso de drogas ilícitas”, en el año 2008.

Sin embargo, en los últimos años no se ha realizado con los estudiantes un trabajo explícito referido al uso y abuso de sustancias legales o ilegales, por ninguna de las direcciones responsables de estas materias; tampoco estudios de actualización sobre temas psicosociales; esto ha tenido como consecuencia el incremento del consumo de drogas, en especial de marihuana, hecho que se hace visible en los espacios públicos de la Universidad.

A partir de estos antecedentes, esta investigación tuvo como finalidad levantar información sobre las principales problemáticas psicosociales que actualmente afectan a los estudiantes de la UCSH. De esta manera, también aporta a futuros estudios que vayan en directo beneficio de ellos, ofreciendo diversos mecanismos de prevención que sean pertinentes y en relación con las principales problemáticas que se perciben en la Institución.

En cuanto a los resultados de esta investigación, pueden constituirse como evidencias actualizadas, para ser consideradas en el próximo proceso de rediseño curricular de la Universidad. Esto permitiría trasladar las problemáticas psicosociales a estrategias y contenidos pertinentes para el trabajo directo con los estudiantes en el aula. Igualmente, pueden favorecer la articulación de lo curricular con lo extracurricular, proporcionando información relevante para promover un diálogo que permita reconocer y orientar diversos mecanismos y redes de prevención acordes con la realidad de ellos.

Finalmente, podemos reconocer la relevancia social de este estudio, pues se preocupa del estudiante como persona, busca conocerlo de manera más acabada y reconoce cuáles son las problemáticas que afectan su desempeño académico. Con esta información se pueden generar herramientas que faciliten la concreción del perfil profesional, el cual está centrado principalmente en lograr que el estudiante comprenda y analice los saberes, fenómenos y procesos desde diferentes perspectivas y marcos de referencia propios de la disciplina, por medio de la integración y articulación de una sólida formación conceptual, procedimental y actitudinal como expresión concreta de la formación valórica. Como institución de formación de nivel superior católica y salesiana, es deber impulsar en el joven el reconocimiento de la dimensión social y trascendente de la profesión elegida, expresándola en el servicio de aquellos valores humanos, como la defensa de la vida, la dignidad y respeto a toda persona, el compromiso con el bien común, la promoción de la justicia y la solidaridad, con una opción centrada en los problemas propios de los sectores sociales más desposeídos. Lo anterior conmina a la UCSH a incluir en la formación procesos reflexivos que favorezcan el autoconocimiento y autocuidado frente a las problemáticas señaladas, para cumplir de esta manera con la integralidad formativa declarada en su misión.

## 10.3 **Objetivos**

### ***Objetivo general***

Conocer el nivel y las relaciones de los principales problemáticas psicosociales vivenciadas y/o percibidas por los estudiantes de la Universidad Católica Silva Henríquez.

### **Objetivos específicos**

- » Construir un instrumento que permita evaluar y hacer seguimiento a las problemáticas psicosociales que afectan a los estudiantes de la UCSH.
- » Validar el instrumento mediante su aplicación y análisis estadístico.
- » Obtener información relevante de las problemáticas psicosociales para la toma de decisiones institucionales en el marco de acciones de prevención y de intervención.
- » Colocar los resultados del estudio al servicio de futuras investigaciones para la generación de políticas preventivas psicosociales.

## **10.4 Metodología**

### **10.4.1 Diseño metodológico**

Los temas o problemas elegidos para esta investigación estuvieron predeterminados por los contenidos de la diplomatura virtual “Prevención de problemáticas psicosociales en el ámbito universitario, con énfasis en adicciones”; en tal sentido, se determinó como unidad de análisis a los estudiantes -hombres y mujeres- de la universidad, que se encuentran en distintos niveles de su carrera, para conocer su percepción acerca de las principales problemáticas psicosociales vivenciadas y/o percibidas; éstas se relacionan con los distintos temas inmersos en el curso, a saber, sexuales, dependencias no químicas, violencia, salud mental, anorexia y bulimia; de las que se pretende, para efectos de análisis, dimensionar los grados de riesgo y compromiso que tienen los estudiantes de la UCSH, y así observar y comprender sus prácticas y comportamientos con respecto a los temas anteriormente descritos.

El enfoque de trabajo consideró dos tipos de estudio: exploratorio y descriptivo. Exploratorio porque el objetivo fue examinar el nivel de preocupación que tienen los estudiantes de la UCSH por las problemáticas psicosociales, dado que solo se contaba con información referida a las percepciones del uso y abuso de drogas, no actualizada, y en el caso de las demás problemáticas psicosociales abordadas en la diplomatura no se tenían averiguaciones. Esta clase de estudio es común en la investigación del comportamiento, sobre todo en situaciones donde hay poca información (Dankhe, 1986).



El estudio es descriptivo porque también interesó representar y medir con mayor precisión qué estudiantes, carreras y niveles manifiestan los distintos problemas estudiados. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Dankhe, 1986).

Para obtener la información de los estudiantes de la Universidad Católica Silva Henríquez, se elaboró un cuestionario -que fue debidamente probado, antes de su aplicación- para así poder obtener un instrumento apropiado al objetivo del presente trabajo; dicho instrumento fue elaborado bajo el modelo de escala Likert, que consiste en una serie de declaraciones que expresan una actitud, ya sea favorable o desfavorable, hacia un concepto que se está estudiando. Este cuestionario tomó como variables descriptivas diversos temas relacionados con situaciones psicosociales trabajadas en el marco de la diplomatura, para con esta indagación producir una reflexión e ideas fuertes que sustenten actividades, programas, y políticas relacionadas con la intervención y prevención, en los distintos niveles, de los problemas mencionados.

### 10.4.2 Hipótesis

Los estudiantes de la Universidad Católica Silva Henríquez, respecto a las problemáticas psicosociales estudiadas en la diplomatura, vale decir: sexuales, dependencias no químicas, violencia, salud mental, anorexia y bulimia, están por debajo del comportamiento de la media nacional.

### 10.4.3 Definición de variables del estudio

Las variables en la presente investigación fueron seleccionadas en directa relación con el universo de la universidad, es decir, hombres y mujeres, considerando todas las carreras que se imparten en la Universidad, y de igual modo, los distintos niveles que cursan; por lo que una parte importante de los estudiantes fueron evaluados durante el desarrollo de clases. Al mismo tiempo, dentro del Plan Común de Universidad, las variables fueron: edad, sexo, curso, carrera, horario de clases.

El muestreo fue aleatorio simple. Dado que la elección se hizo al azar y todos tenían la misma probabilidad de ser o no seleccionados en el estudio, el nivel de confianza es del 95% con valor de tabla 1.96, con un error máximo en las estimaciones del 4,23%, un tamaño poblacional de 4952. El tamaño muestral necesario era:

$$n \geq \frac{4952}{1 + \frac{0,0423^2(4952 - 1)}{1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}} = 484,348 \approx 485$$

Entonces, con 485 encuestas válidamente contestadas aseguramos que se cumplió con los estándares de extrapolación de los resultados obtenidos hacia la población, con un error en las estimaciones del 4,23% -menor al 7% que es el máximo admisible (normalmente)-, con una confiabilidad del 95%. Naturalmente, también hay que recordar que para poder extrapolar los resultados a la población, la muestra debe ser representativa, y estamos en ese caso con la condición de muestreo aleatorio que se cumplió en las primeras fases del estudio.

#### **10.4.4 Descripción de instrumentos y técnicas**

Se confeccionó una encuesta basada en escala Likert, en la que se extrajeron como insumo principal las percepciones referidas a la relación y compromiso que tienen los estudiantes de la UCSH con los temas psicosociales vistos en el diplomado, a saber: consumo de drogas, problemáticas sexuales, dependencias no químicas, violencia, salud mental, anorexia y bulimia. Los resultados de la encuesta se analizaron utilizando SPSS, versión 19.0.

#### **10.4.5 Descripción de las fases del análisis**

Una vez realizada la validación del tamaño muestral mínimo necesario, se realizaron los siguientes análisis a los datos:

- a. Análisis descriptivos de los ítems de la encuesta.
- b. Test de Esfericidad de Bartlett para determinar si los datos reúnen las condiciones necesarias para realizar un análisis factorial.
- c. Determinación de la confiabilidad interna del test utilizando Alfa de Cronbach.
- d. Test de aumento o disminución de la confiabilidad, según existencia de candidatos a eliminación por criterios de variabilidad, comunalidades e ítem total y así poder disminuir el tamaño de la encuesta.
- e. Índices estadísticos obtenidos de los ítems seleccionados de la encuesta.
- f. Gráficos de sedimentación para determinar los factores asociados al modelo.
- g. Análisis de varianza para determinar el porcentaje de explicación del test.
- h. Pesos factoriales del modelo seleccionado.

### 10.4.6 Descripción del análisis de datos

Como las debilidades en los aspectos en que incide la encuesta son multifactoriales, se realizó un análisis factorial a dicha encuesta para determinar los factores que con mayor fuerza se presentaban. Se obtuvo para la encuesta la confiabilidad a través de índices como el alfa de Cronbach, la esfericidad de Bartlett, las comunalidades de cada uno de los ítems, varianza total explicada por el instrumento, correlación entre ítems, la pertenencia de cada ítem en los factores en los cuales se subdivide la dimensión del instrumento, aumento o disminución de los niveles de confiabilidad basados en la eliminación de ítems, entre otros.

Este análisis de la encuesta de la forma anteriormente descrita, permitió ofrecer un modelo para la variable subyacente de medición, determinando también las subdimensiones, con los respectivos indicadores e ítems, que forman parte del instrumento definitivo que validó posteriormente las debilidades detectadas.

## 10.5 Aspectos éticos

Con el objeto de resguardar los aspectos éticos, se procedió a informar a los estudiantes participantes de la investigación acerca de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella. Esto se realizó a través de los docentes cuyos cursos apoyaron la aplicación del instrumento, quienes fueron informados de los objetivos, metodología y alcances de la investigación. Las instrucciones de la encuesta fueron leídas en forma explícita antes de la aplicación, resaltando con esto el carácter anónimo de la misma, así como que la información recabada no sería usada sin su consentimiento para ningún otro propósito fuera de los de este estudio.

## 10.6 Antecedentes

### 10.6.1 El contexto universitario de Chile y de la Universidad Católica Silva Henríquez

Dentro del contexto de vida universitaria coexisten diversas personas y carreras, responsabilidades, códigos, entre otras. En el caso de los estudiantes, deben comenzar a desarrollar habilidades sociales fundamentales para desenvolverse dentro de este contexto.

En un estudio realizado en la Universidad de Chile, Abarca e Hidalgo (1990) manifiestan que en el hombre existe una tendencia natural a establecer relaciones con otros seres humanos. Es por tanto, fundamental que la persona posea las habilidades sociales necesarias para tener relaciones interpersonales satisfactorias. También mencionan que se ha demostrado que las conductas sociales están fuertemente determinadas por la cultura, teniendo características idiosincráticas propias de un grupo social. Dentro de este estudio se visualiza un dato cuantitativo relevante; señala que en Chile el 37,3% de los estudiantes universitarios presentan una problemática en las relaciones interpersonales.

Dentro del mismo estudio, que tuvo una encuesta en la que participaron 300 estudiantes universitarios, demostraron que el programa grupal de desarrollo de habilidades sociales en jóvenes tuvo un efecto significativo, de cambio positivo en sus relaciones (Abarca e Hidalgo, 1990).

Otro asunto que se visualiza como emergente dentro de la descripción del espacio universitario en Chile hoy en día, es la participación y tendencias políticas en estudiantes universitarios, tema que ha sido indagado y en el que se menciona a los dirigentes estudiantiles como la nueva élite universitaria. Uno de los resultados arrojados por la investigación en la que se hace tal afirmación, indica que el 90% de los entrevistados se han identificado con la ideología de izquierda, siendo esto coincidente, ya que de diez centros de estudiantes en los cuales fueron entrevistados sus dirigentes, nueve se hallan dirigidos por representantes de la izquierda o cercanos a ella (Carrasco Azzini, 2007).

Si bien la UCSH no cuenta con estudios descriptivos ni cuantitativos sistemáticos que den cuenta de la vivencia de ser universitario, el informe de caracterización de estudiantes nuevos (2012) indica que solo un 19,4% de los estudiantes que ingresa, considera que dentro de sus hogares existe un ambiente familiar relativamente estable. Por otra parte, la situación económica y la falta de tiempo para compartir

suman un 43,4% de situaciones, lo que implica un debilitamiento en el ambiente del hogar. Esto puede deberse al mercado laboral inestable, bajas remuneraciones, jornadas laborales extensas, cantidad de horas de traslados y otros asuntos que afectan en forma negativa la convivencia del núcleo familiar.

En relación a variables de orden académico, el mismo informe muestra que un 96,6% de los encuestados declara tener computador, un 85,4% de los mismos, con conexión a internet, es decir, solo un 11,2% de las personas que cuentan con un computador no tienen acceso a internet. Un 77% cuenta con un espacio tranquilo para el estudio; un 74,6% con libros de consulta para poder complementar sus estudios y un 66,2% tiene televisión por cable. El porcentaje más bajo, lo poseen las personas que señalan contar con una mesa de estudio o escritorio con un 62,1%. En términos generales, se observa que la mayoría entre un 62,1% y un 96,6% de los estudiantes cuentan con espacios e implementos para estudiar en sus hogares.

En relación al gusto por la lectura, entendido como predictor de éxito académico, hay un 64,1% al que le agrada la lectura y, por lo tanto, la valora desde el punto de vista educacional. Sin embargo, hay que tener en cuenta que existe un 31,4% de los jóvenes a los cuales no les gusta leer. Coincidente con lo anterior, la frecuencia de lectura de los estudiantes es baja, si bien poseen una opinión favorable sobre la lectura, al momento de leer lo hacen escasamente. El 25,7% de los encuestados solo leen una vez al mes, luego le sigue un 20,4% correspondiente a los jóvenes que dicen leer “una o dos veces por semana”. Un dato alarmante se observa en los alumnos que con un 18,1% señala que casi nunca leen y un 7% nunca. Si se suman los porcentajes de jóvenes que leen “casi nunca”; “alguna vez en el trimestre” y “nunca”, tenemos un 36,1% de jóvenes. De esta manera, se puede concluir que la universidad y, particularmente el profesorado, tiene una tarea que realizar por esta vía.

Sobre el uso del tiempo libre de los alumnos analizado con base a la sumatoria de respuestas múltiples, se observa que el “escuchar música” se perfila como una de las actividades preferidas de los jóvenes con un 12,9%. En segundo lugar, “reunirse con amigos” (11,1%), lo que indica lo importante que es para los jóvenes de la UCSH la amistad y el valor que tiene en sus vidas las actividades de carácter social. Llama la atención que “dormir” tenga un 9,6% y sea una actividad que ellos valoren por sobre el estudio (8,3%) y el deporte (7,1%).

La lectura les gusta más a las mujeres que hombres, con diferencia de un 11,5%. El dormir es una característica muy marcada en las mujeres (32,8%) a diferencia de los hombres (15,3%). Ir al cine también es una actividad a la que las mujeres destinan más en su tiempo libre (16,6%) que los hombres (9,4%). Las mujeres dedican más de su tiempo libre en hablar por teléfono que los hombres. El porcentaje de actividad de estudio en el tiempo libre es bajo con respecto a actividades de tipo recreativas.

## 10.6.2 Consumo de drogas en universitarios

Estudios realizados en esta temática manifiestan mundialmente que el uso de drogas legales e ilegales afecta muchas vidas y tiene un alto costo. La magnitud de su uso, la mortalidad asociada y el daño causado continúa aumentando, así como también los problemas psicosociales relacionados con el fenómeno de las adicciones.

Refiriéndose a la población joven (18 a 25 años), la última encuesta nacional arroja como resultados que un 65,4% de esta población ha consumido alcohol en el último año, un 43,9% ha consumido tabaco y un 17,5% marihuana (Senda, 2012).

En el ámbito universitario nacional, un estudio relacionado con el consumo de marihuana entre amigos realizado por Cazenave (2009), señala que la mayoría de los alumnos (266) perciben que entre el 21% y 60% de sus pares habrían consumido marihuana en el último año. Otros datos que arrojó la investigación muestran la medida percibida en el último año, según el sexo y carrera a las que pertenecen los participantes de la investigación. En ella se observa que las mujeres presentan una percepción mayor de la medida, con una diferencia de cerca de 10 puntos porcentuales más que los hombres. En cuanto a la medida percibida de consumo en el último año según la carrera, la de medicina es un poco menor que la de enfermería y de educación, 34,3% (42), 37,6% (63) y 49,4% (77), respectivamente.

En estudio realizado en la Pontificia Universidad Católica de Chile, Romero (2009), a partir de los resultados de una encuesta a estudiantes de medicina respondida por 569 de 775 estudiantes (74%), pone de manifiesto la importancia del trabajo preventivo en los espacios universitarios. Este debe focalizarse necesariamente en la población joven, ya que son la marihuana y la cocaína las únicas drogas, de todas las vistas en este estudio, las que tienen su máximo consumo justamente en esta edad.

Por su parte, Castaño Pérez (2008) describe los resultados del estudio de Vargas (s.f.) en relación con las motivaciones, factores de riesgo e imaginarios que generan el consumo de drogas y alcohol en los universitarios estudiantes de la Universidad de Chile. En ellos existe una aceptación del consumo y percepción de no riesgo o poco riesgo con respecto al alcohol y drogas –principalmente marihuana-, a las que ven como positiva y no como un problema; es otras palabras, se concibe a las drogas y el alcohol como elementos que ayudan o facilitan la socialización al interior de los distintos grupos que se forman en la Universidad. Se trata, dicen ellos, de maneras de compartir, de vincularse con los otros y de comunicarse.

Señala que el sentido que se otorga entre los estudiantes chilenos al consumo de alcohol y drogas:

Es de carácter ritual, donde la convivencia es el objetivo y la forma está dada por modelos conductuales adquiridos socialmente y de forma preestablecida en la mayor parte de los casos, es decir, los patrones se adquieren con anterioridad al ingreso a la educación superior (Vargas, s.f., como se citó en Castaño, 2008, p. 12).

A esto agrega que los estudiantes opinan que en la mayoría de los casos el consumo es social y que se da en grupo, no de manera individual.

Otra de las motivaciones que tienen los estudiantes, refiere este estudio, es aquella donde el consumo responde, ya no a la necesidad de esparcimiento, sino que es dado por el alto nivel de exigencia y de rigor al que son sometidos en algunas disciplinas. Se trata del uso de drogas depresoras o estimulantes por parte de los estudiantes con objetivos muy específicos, para controlar y reducir los niveles de estrés o lograr mantener el ritmo que exigen los estudios: “mantenerse despierto” en períodos de entregas de trabajos o exámenes.

Finalmente, Vargas (citado en Castaño Pérez, 2008), refiriéndose a las motivaciones que tienen los estudiantes chilenos para consumir sustancias psicoactivas señala que:

Los resultados dan cuenta de que el paso del colegio a la Universidad, implica un proceso de cambio muy violento donde se hacen presentes elementos como la libertad y la capacidad de elección, sin embargo, observan que al mismo tiempo la sensación de vulnerabilidad y el sentirse expuesto es muy grande. Hay una gran sensación de soledad por parte del estudiante al entrar a la Universidad, en donde además deben valerse por sí mismos, tienen la sensación de sentirse a la deriva, ya que perciben a los docentes muy lejanos y no tan familiares como los que antes los acompañaban en sus escuelas y colegios (pp. 12-13).

La misma autora señala que los estudiantes consideran que:

El ser universitario es percibido como un factor que en cierto modo los resguarda de los efectos del consumo de droga. La consideración de que en general ellos manejan más elementos de donde sostenerse dentro de la sociedad -como la posibilidad de proyectar su futuro o de manejar más y mejor información con relación a los riesgos que constituye el consumo-, son factores que los protegen de los riesgos y consecuencias del consumo de drogas, creyendo que las razones por las que se consume en la Universidad son menos dañinas -o no son dañinas- en comparación con el tipo de consumo que ejercen otros sectores de la población (Vargas, como se citó en Castaño, 2008, p. 15).

En el mismo estudio, también mostró que la auto-percepción de los estudiantes de considerarse adultos y con criterio formado, los hace creer que cuentan con capacidades que les permiten discernir a la hora de poner límites en la ingesta; de igual modo expresa que otro de los factores que los estudiantes chilenos

destacan en términos de favorecer el equilibrio entre el “consumo sano” y el abuso, es mantener un ritmo de estudios que hacen que el estudiante esté concentrado en temas académicos, sin ser excesivo el consumo. Ello se enlaza con la necesidad de fortalecer aspectos vocacionales donde el gusto por el estudio se da de manera natural, en tanto el estudiante tiene claras sus aspiraciones e intereses profesionales, haciéndoles creer, por tanto, que no llegarán al abuso o la dependencia con todas las implicaciones biopsicosociales que estas formas de consumo traen.

Finalmente Vargas (como se citó en Castaño, 2008), señala que otro de los problemas es que se fomenta el consumo de drogas porque la gran mayoría sabe quiénes son los que consumen dentro de las instituciones, quiénes venden y en qué partes se vende.

### 10.6.3 Problemáticas sexuales en el ámbito universitario

Dentro de esta problemática se encontró un estudio realizado a estudiantes universitarios chilenos, titulado “Actitudes explícitas e implícitas hacia los hombres homosexuales en una muestra de estudiantes universitarios en Chile” (Cárdenas y Barrientos, 2008).

Uno de los resultados arrojados por este estudio es la existencia confirmada de diferencias entre los hombres y las mujeres en sus actitudes explícitas hacia los homosexuales. De este modo, los hombres heterosexuales obtienen puntuaciones significativamente más altas que las mujeres, en la escala que mide actitudes desfavorables hacia los hombres homosexuales, en este estudio (Cárdenas y Barrientos, 2008).

Otra investigación, “Violencia sexual en hombres y mujeres jóvenes en Chile: resultados de una encuesta a estudiantes universitarios” (Lehrer, Lehrer, & Oyarzún, 2009), destaca entre sus resultados altas prevalencias de diversas formas de violencia sexual desde los 14 años y en los últimos 12 meses. Cabe notar que en la encuesta, la palabra “sexo” fue definida como refiriéndose a sexo vaginal, oral o anal. Los resultados señalan que 9,4% de las mujeres y 10,1% de los hombres reportaron haber sido víctimas de violación desde los 14 años; los porcentajes correspondientes a los últimos 12 meses son 5,5% y 5,4%, respectivamente. En la muestra femenina, 55,4% de los casos de violación desde los 14 años ocurrieron cuando la joven había estado tomando alcohol o usando drogas, y no estaba en condiciones de detener lo que estaba ocurriendo; el porcentaje correspondiente en la muestra masculina fue 77,1%. Intentos de violación desde los 14 años fueron reportados por 10,7% de las mujeres y 4,2% de los hombres. La variable de resumen -algún tipo de violencia sexual- muestra que 31,2% de las mujeres y 20,5% de los



hombres reportaron algún incidente desde los 14 años; las cifras correspondientes para los últimos 12 meses fueron 17,1% y 11,6%, respectivamente; ambas diferencias entre mujeres y hombres son estadísticamente significativas (Lehrer et al., 2009).

La investigación muestra información sobre los contextos de la experiencia sexual no consentida más severa desde los 14 años. Estas preguntas fueron respondidas por aproximadamente 75% a 80% de los sujetos que indicaron haber experimentado violencia sexual. Los resultados muestran que 37,3% de las mujeres y 50,7% de los hombres identificaron al agresor como un conocido (“amigo(a), otro estudiante, alguien conocido”). Aproximadamente 13% de las mujeres y hombres señalaron que fue “alguien con quien estaba en una cita”; 26,4% de las mujeres y 20,9% de los hombres indicaron que fue la pareja sexual (Lehrer et al., 2009).

Finalmente, 20,7% de las mujeres y 9,2% de los hombres reportaron haber tenido alguna experiencia de violencia sexual antes de los 14 años; la diferencia es significativa. Los agresores fueron identificados como miembros de la familia por 46,5% de las mujeres agredidas y por 28,0% de los hombres agredidos; 24,0% de los hombres respondieron que el agresor fue “otro adulto”. Con respecto al sexo de los agresores de violencia sexual a lo largo de la vida (antes o después de los 14 años), 91,4% de las mujeres agredidas reportaron que los perpetradores fueron únicamente hombres; 68,0% de los hombres agredidos indicaron que los perpetradores fueron solamente mujeres (Lehrer et al., 2009).

## 10.6.4 Dependencias no químicas en universitarios

Podemos entender las Adicciones Comportamentales, Adicciones Conductuales, Socio adicciones, Adicciones sin drogas o Adicciones Psicológicas, como aquellas en las cuales se desarrolla un proceso adictivo sin que medie la ingestión de alguna sustancia y que se presentan asociadas a una determinada conducta o actividad (comer, jugar, sexo, comprar, Internet) (Sánchez, 2010, p. 1).

En términos de la búsqueda de antecedentes para la investigación, no fue posible encontrar evidencia empírica en universitarios, pues se trata fenómenos emergentes, recientemente descritos y estudiados, aunque generadores de preocupación. En efecto, Bravo y Carrasco (2008) haciendo referencia a las nuevas adicciones del siglo XXI, señalan que en Chile los altos niveles de desarrollo, van de la mano con alteraciones emocionales tales como estrés o depresión que muchas cursan de la mano adicciones. No se trata sustancias como el tabaco, la cocaína o el alcohol, sino de nuevas adicciones que pasan desapercibidas hasta que ya han causado un grave daño en la vida del afectado y de los que lo rodean. Estas adicciones estarían relacionadas con situaciones bastante cotidianas, que no llaman la atención inmediatamente, pero su repetición en el tiempo desemboca en adicciones directamente relacionadas

con el ritmo de vida del siglo XXI. Se trata de la adicción a la comida, al sexo, a las compras, al ejercicio, al juego, al trabajo y a las nuevas tecnologías. En este trabajo, entrevistas realizadas a personas con vigorexia, fagoadicción, consumopatía o ludopatía, arrojaron comportamientos similares como la baja autoestima, inseguridad e hipersensibilidad, todos rasgos característicos del perfil de un adicto y de las personas que tienen una mayor tendencia a desarrollar estas nuevas adicciones sociales.

La investigación concluye que el mundo actual exige ciertos cánones estéticos, socioeconómicos y de interacción con las tecnologías, que muchas veces, dependiendo de las características del individuo, pueden llegar a crear adicciones a comportamientos sociales.

### 10.6.5 Violencia en universitarios

La violencia en la niñez ha sido motivo de preocupación en los últimos años, pues se reconoce como un factor detonante en el inicio precoz de las tendencias agresivas que se asocian con violencia severa y crónica, no solo durante la adolescencia sino también durante la adultez (Poó y Vizcarra, 2008).

Particularmente en Chile, Rodríguez et al. (2006) en su estudio sobre conductas agresivas, consumo de drogas e intentos de suicidios en jóvenes universitarios, indican que existen pocas cifras que ayuden a medir el fenómeno. Se sospecha, sin embargo, que los niveles de violencia escolar tienen estrecha relación con los niveles de violencia intrafamiliar. Por ejemplo, según una encuesta de World Visión citada en el mismo texto de Rodríguez, casi el 60% de niños entre 7 y 16 años de edad de las regiones Metropolitana, Octava y Novena, que viven en condiciones de pobreza, declaran haber sido maltratados físicamente por sus padres.

Los estudios de Florenzano (1998) y Rodríguez et al. (2006) indican que actualmente existe una tendencia en los especialistas a establecer una relación entre ser víctima o victimario de una agresión y el consumo de drogas en escolares. Por otra parte, los jóvenes que usan sustancias ejercen o reciben conductas agresivas, por lo tanto, se puede plantear que el consumo de drogas se instala dentro del mundo agresivo; esto implica que una de las grandes preocupaciones es el consumo de drogas en escolares, si se intenta prevenir la violencia en escolares.

En este mismo estudio se determinó que de los jóvenes entre 18 y 26 años de nivel socio económico medio alto y alto, matriculados en una universidad privada de Santiago en el año 2004, el 21% participó en riñas y/o peleas callejeras. El porcentaje de mujeres que hizo parte de situaciones similares es de 15,2%, lo que es significativamente menor a lo declarado por los hombres (27%).

Uno de los tipos de violencia que ha sido investigado en Chile, es la violencia íntima, definida como el ejercicio o amenaza de un acto de violencia por al menos un miembro de una pareja no casada sobre el otro, dentro del contexto de una relación romántica. En Chile, las cifras no difieren de las encontradas en otros países; estudios realizados con estudiantes universitarios señalan que alrededor del 50% de los encuestados refiere haber recibido agresión psicológica y, aproximadamente un cuarto, reconoce haber sido víctima de violencia física, al menos una vez a lo largo de la vida (Aguirre y García, 1996; Poó y Vizcarra, 2008).

Otros factores descritos en estos estudios son la agresividad de la pareja, en la medida que incita una respuesta violenta; la falta de habilidades de comunicación y de resolución de conflictos, y la necesidad de control de la pareja, relacionada principalmente con los celos de carácter crónico. Algunos autores señalan que las conductas de control y celos serían más frecuentes en los varones, dado que para ellos la relación romántica sería el único espacio de expresión y vinculación íntima, a diferencia de las mujeres jóvenes que contarían con pares del mismo sexo como apoyo social y contención afectiva.

## 10.6.6 Salud mental en universitarios

Con el fin de indagar acerca del porqué los estudiantes hacen uso de los servicios psicológicos y conocer algunas de sus dificultades, un estudio correspondiente a las “Características de consultantes y proceso terapéutico de universitarios en un servicio de psicoterapia”, obtiene que entre los motivos principales de psicoterapia se destaca la sintomatología depresiva (15,78 % de las consultas), la ansiosa (15,31 %) y los problemas familiares (14,39 %), que afectan a los alumnos y los motivan a pedir ayuda profesional. No obstante, algunos de estos motivos también son percibidos como secundarios: los problemas familiares (18,87%), los de identidad y autoestima (17,92%) y la sintomatología ansiosa (11,95%) (López, Kühne y Pérez, 2010).

Por otro lado, Fritsch, Escanilla, Goldsack, et al. (2006) señalan, en un estudio realizado en la Universidad de Chile denominado “Diferencias de género en el malestar psíquico de estudiantes universitarios”, que el 34,8% de 1514 estudiantes tenía un puntaje positivo para malestar psíquico. Igualmente, el malestar psíquico se asoció en forma significativa a ser mujer y a tener una disfunción familiar, según el Apgar familiar.

Finalmente, Cova, Alvial, Aro, et al. (2007) encontraron en su estudio, por medio de un muestreo por conglomerado de 632 estudiantes, en su mayoría de las Facultades de la Universidad de Concepción en Chile, un 23.4% de síndrome ansioso y 16.4% de síndrome depresivo. La presencia de sintomatología ligada al estrés académico fue una de las problemáticas más frecuentes. Se observaron además, cifras preocupantes relacionadas con el deseo de muerte e ideación suicida.

Estos datos nos demuestran que la formación académica de los futuros profesionales requiere prestar suficiente atención a las condiciones de salud mental, con el fin de que puedan interactuar de manera adecuada en su ambiente familiar, emocional, social y físico.

### 10.6.7 Anorexia y bulimia en universitarios

Esta problemática ha sido escasamente estudiada en el ámbito universitario chileno. Al respecto, Tapia y Ornstein (1999) señalan que la prevalencia de estos trastornos no se conoce en Chile. Se estima que entre el 1 y 4 por ciento de las mujeres adolescentes y jóvenes sufren de anorexia nerviosa y que ha habido un significativo aumento de estos trastornos de acuerdo con lo reportado en la literatura extranjera. La bulimia nerviosa sería más frecuente que la anorexia nerviosa, pero no se conoce la real magnitud del problema. En su estudio evaluaron 284 alumnos universitarios, 86 hombres y 198 mujeres, por medio del Eating Attitudes Test (E.A.T.), para detectar conductas asociadas a los trastornos de la alimentación. Encontraron un 9,86% de prevalencia de conductas asociadas a los trastornos de la alimentación, 12,6% para las mujeres y 3,49% para los hombres. Alrededor del 20% de las mujeres presentan alteraciones de la conducta alimentaria como realización de dietas, y selección de alimentos.

Por su parte, Micin y Bagladi (2011), destacan la incidencia de trastornos de la conducta alimentaria en los estudiantes, particularmente para trastornos alimentarios durante el estudio, bulimia y anorexia nerviosa. Dado que el contexto universitario puede propiciar estrés y posibles cambios en los hábitos alimentarios de jóvenes, este segmento aparece como grupo de riesgo. Si bien, la prevalencia observada es relativamente baja y son escasas las investigaciones en universitarios chilenos -señalan-, las tasas que se han registrado para el riesgo de generar un trastorno alimentario y de conductas propias del trastorno (vómitos y uso de laxantes o diuréticos) son altas (9-14%), con diferencias en favor del género femenino. En este sentido, la incidencia encontrada (6,5%) resulta considerable y cercana a las tasas de otras universidades, considerando además que el cuadro evoluciona desde conductas y actitudes de riesgo hasta un trastorno clínico propiamente. Congruente con otras investigaciones, se encontró una mayor incidencia en mujeres.

## 10.7 Resultados del estudio de problemáticas psicosociales de los estudiantes de pregrado de la Universidad Católica Silva Henríquez

Para conocer las principales problemáticas psicosociales de los estudiantes de pregrado de la Universidad Católica Silva Henríquez, se aplicó una encuesta a una muestra de 515 estudiantes, de un total de 4952 (a octubre 2012). Los mismos, fueron seleccionados aleatoriamente, y la obtención de los datos fue a través del siguiente instrumento (ver Tabla 1):

**Tabla 1.** Encuesta para estudiantes

Estimados/as estudiantes:  
 Esta encuesta está dirigida a todos/as los/as estudiantes de la Universidad Católica Silva Henríquez. El objetivo de ésta es determinar la realidad existente en nuestro entorno relacionado con el consumo de drogas, las adicciones no químicas, problemáticas sexuales, violencia, salud mental y trastornos de alimentación.  
 Agradecemos responder con sinceridad. Tus respuestas son absolutamente confidenciales, el análisis de éstas forman parte de un trabajo de investigación y servirán de sustento al análisis que se realizará posteriormente.

Nombre de la carrera que estudias: \_\_\_\_\_

¿Qué edad tienes? \_\_\_\_\_ años.

Sexo: \_\_\_\_\_

¿Cuántos años llevas estudiando en la Universidad? \_\_\_\_\_ años.

Marca con una cruz en el cuadro en donde está la respuesta que más te representa.

Consumo de drogas	Casi Siempre	Con frecuencia	A veces	Casi nunca	Nunca
Consumes drogas legales: cigarro – cerveza–alcohol.					
Tú consumes marihuana.					
Tú consumes cocaína.					
Tú consumes fármacos sin receta médica.					
Has tenido problemas académicos por causa del consumo de alguna de estas drogas.					
Sientes que terminas bebiendo más de lo querías.					
Has perdido alguna clase por quedarte afuera por consumir drogas o alcohol.					
Has perdido amistades o tenido problemas con tu familia por consumir drogas o alcohol.					

continúa en la página siguiente

**CAPÍTULO 10**

Estudio descriptivo exploratorio sobre las problemáticas psicosociales de los estudiantes de la Universidad Católica Silva Henríquez

continua en la página anterior siguiente

Problemáticas Sexuales	Casi Siempre	Con frecuencia	A veces	Casi nunca	Nunca
La sexualidad es algo que no me interesa.					
Actualmente tienes actividad sexual.					
Tú o tu pareja se cuidan del embarazo con algún método anticonceptivo.					
Tú o tu pareja se cuidan para no contraer enfermedades de transmisión sexual como ITS /SIDA/otras, usando preservativo.					
Tienes relaciones sexuales sin usar anticonceptivo o preservativo.					

Violencia en la Universidad	Casi Siempre	Con frecuencia	A veces	Casi nunca	Nunca
Fuiste maltratado alguna vez en tu vida.					
Has participado de alguna pelea física o verbal en la Universidad.					
Has sufrido una situación de intimidación o maltrato dentro de la Universidad.					
Has visto entre tus compañeros /as de CURSO una situación de intimidación o maltrato dentro de la Universidad.					
Has visto entre tus compañeros /as de UNIVERSIDAD una situación de intimidación o maltrato.					
Has vivido o visto una situación de violencia dentro de la Universidad.					

Trastornos de Alimentación	Casi Siempre	Con frecuencia	A veces	Casi nunca	Nunca
Consideras que tienes un peso corporal de acuerdo a tu estatura.					
Tienes una alimentación sana y equilibrada.					
Sientes que pierdes el control de lo que comes.					
Consumes algún tipo de medicamento para bajar de peso.					
Has vomitado intencionalmente después de comer.					
Has dejado de comer, más de lo normal, por no engordar.					
Actualmente sientes que estás conforme con tu cuerpo y como te ves.					
Siento que no controlo cuánto y qué como durante el día.					

continua en la página siguiente

continua en la página anterior siguiente

Adicciones no químicas	Muy acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
¿Sientes la necesidad de incrementar la cantidad de tiempo de uso de Internet para lograr la satisfacción?					
Has dejado de compartir con tus amigos, pololo/a, familia por estar conectado a internet.					
Has sentido un deseo persistente o esfuerzo infructuoso de controlar o interrumpir el uso de Internet.					
Has jugado en casinos, u otras instalaciones relacionadas con este tipo de juegos, como medio para ganar dinero.					
¿Sientes la necesidad de incrementar la cantidad de tiempo que usas para jugar dinero en casino, u otros?					
Has sentido un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir jugar o apostar dinero.					
Hablas siempre más del tiempo que quieres por celular.					

Salud Mental	Muy acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Te sientes querido, aceptado, por tu familia y amigos.					
Te sientes bien contigo mismo y la forma de vida que llevas.					
Tienes un autoestima alto.					
Has estado con estrés en algún periodo de este año.					
Has tenido algún tipo de depresión.					
Has tenido trastornos del sueño durante este año.					
Tienes muchos amigos/as y cuentas con ellos/as, cuando tienes problemas.					
Tienes capacidad para resolver sola/o tus problemas.					

Elaborada por el grupo de investigadores

### 10.7.1 Porcentajes de participación por ítem

Para establecer una mayor precisión del instrumento y para determinar el comportamiento óptimo y el estado de realidad, se exponen los porcentajes de las respuestas a modo de comparar el comportamiento ante las distintas preguntas.

- » Cuando se preguntó por la carrera que estudian, 95 alumnos decidieron no contestar, es decir un 18,5%.
- » De los 515 estudiantes, 19 de ellos no declararon su edad; esto es un 3,7% aproximadamente.
- » Cuando se les consultó por género, 15 alumnos decidieron no responder, lo que representa un 2,9% aproximadamente.
- » Del total de alumnos, 83 no declararon cuántos años llevan estudiando en la Universidad; ellos representan un 16,1% del total.
- » De los 42 ítems que corresponden al test, algunos estudiantes no respondieron a la percepción de ellos frente a algunos reactivos. Específicamente hubo un total de 662 respuestas de los 42 ítem de los 515 alumnos que no fueron respondidas, lo que corresponde a un 3,1% de respuestas vacías, lo que es bastante bajo. En contraposición a las otras respuestas, la sección del test con más omisiones fue la de Problemáticas Sexuales.

En resumen, el nivel de participación fue aceptable, lo que ayudó a determinar que las tendencias son confiables; de aquí que los datos son importantes para su uso en la planificación de acciones dirigidas hacia los estudiantes.

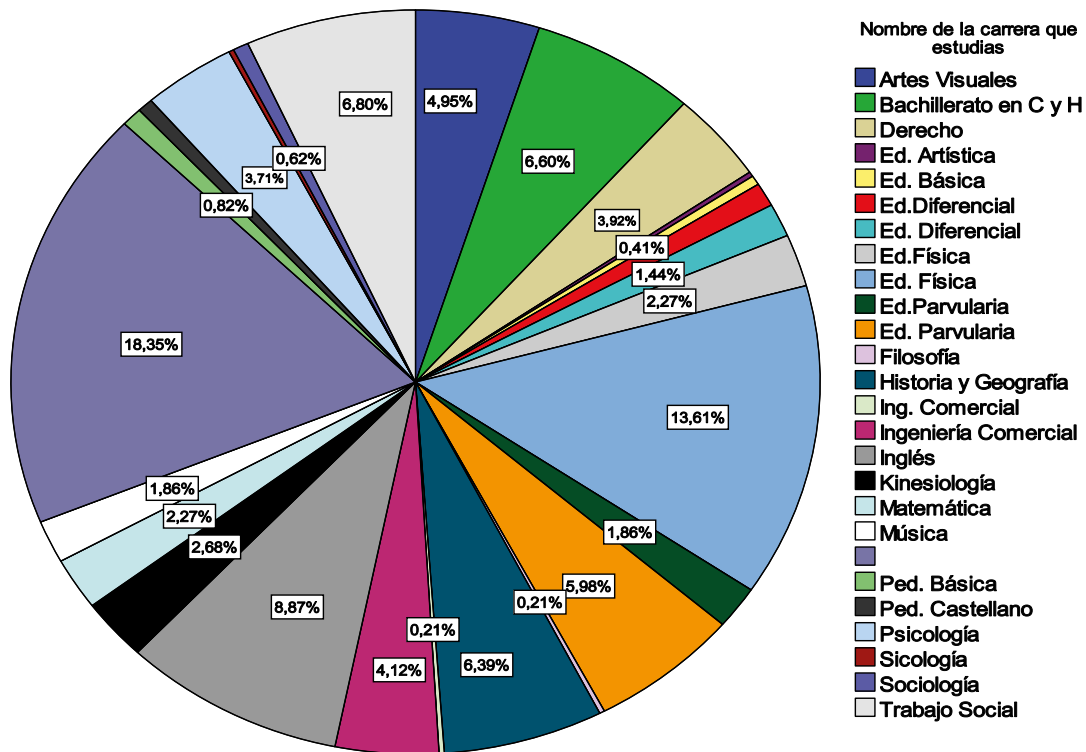
Debido a que se ingresaron encuestas con demasiados vacíos, o sin respuesta al estímulo de la pregunta, se eliminaron del total 30 encuestas, lo que corrige un total de 485 encuestas correctamente realizadas y analizadas. Como criterio de eliminación del análisis se utilizó aquellas encuestas con más de cinco (5) omisiones. Las encuestas eliminadas fueron: ocho (8) de Pedagogía en Educación Física, dos (2) de Kinesiología, dos (2) Pedagogía en Matemáticas, una (1) de Pedagogía en Educación Diferencial, dos (2) de Ingeniería Comercial, seis (6) que no declararon su carrera, cuatro (4) de Trabajo Social, una (1) de Pedagogía en Educación Artística, mención Artes Visuales, dos (2) Bachillerato en Ciencias y Humanidades, una (1) de Pedagogía en Educación Básica y una (1) de Pedagogía en Inglés.



## 10.7.2 Análisis descriptivo del instrumento

*Carrera a la que pertenece el o la participante.* Desagregando la participación en la encuesta por carrera, los resultados fueron los siguientes (ver Figura 1):

**Figura 1.** Distribución de la participación en el test por carrera

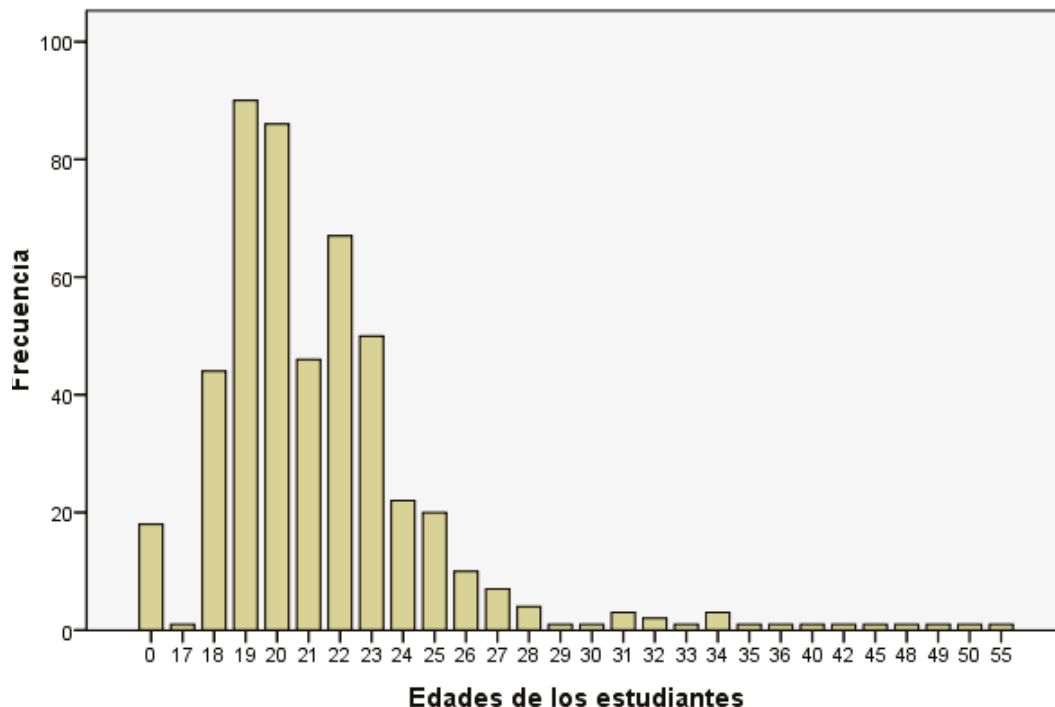


Elaborada por los investigadores

Importante es señalar que las encuestas que no respondieron a la pregunta sobre su carrera fueron del 18,35%, que equivale a 89 encuestas. En cuanto a participación, le sigue la carrera de Sociología con un 13,61%, que corresponde a 66 encuestados. Posteriormente, la carrera de Pedagogía en Inglés con una participación del 8,87%, equivalente a 43 encuestados; seguidos de la carrera de Pedagogía en Educación Física con un 6,8% con 33; luego con un 6,39%, la carrera de Pedagogía en Historia y Geografía con 31 estudiantes encuestados.

*Edad de los participantes.* En cuanto a la edad de los estudiantes que participaron del estudio, y eliminando los 18 casos que no respondieron a su edad, se encuentra que el promedio de las edades de los estudiantes que participaron en el estudio fue de 22 años aproximadamente, y la edad con mayor frecuencia es la que representa a los de 19 años. Entre los 18 y 23 años se concentran 383 estudiantes, lo que da aproximadamente el 79%. Gráficamente la distribución de las edades fue la siguiente (ver Figura 2):

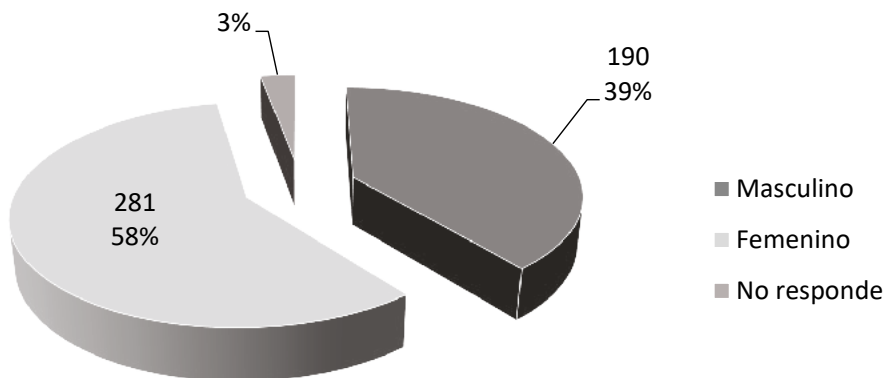
**Figura 2.** ¿Qué edad tienes?



Nota: Aquí, los 0 años corresponde a las personas que no contestaron esa pregunta.  
Elaborada por los investigadores

*Participación según sexo.* Como es posible apreciar en la Figura 3, la mayor parte de los participantes son de género femenino (58%), mientras que un 39% (190 casos) son de género masculino. Un 3% de los encuestados no contestó la pregunta.

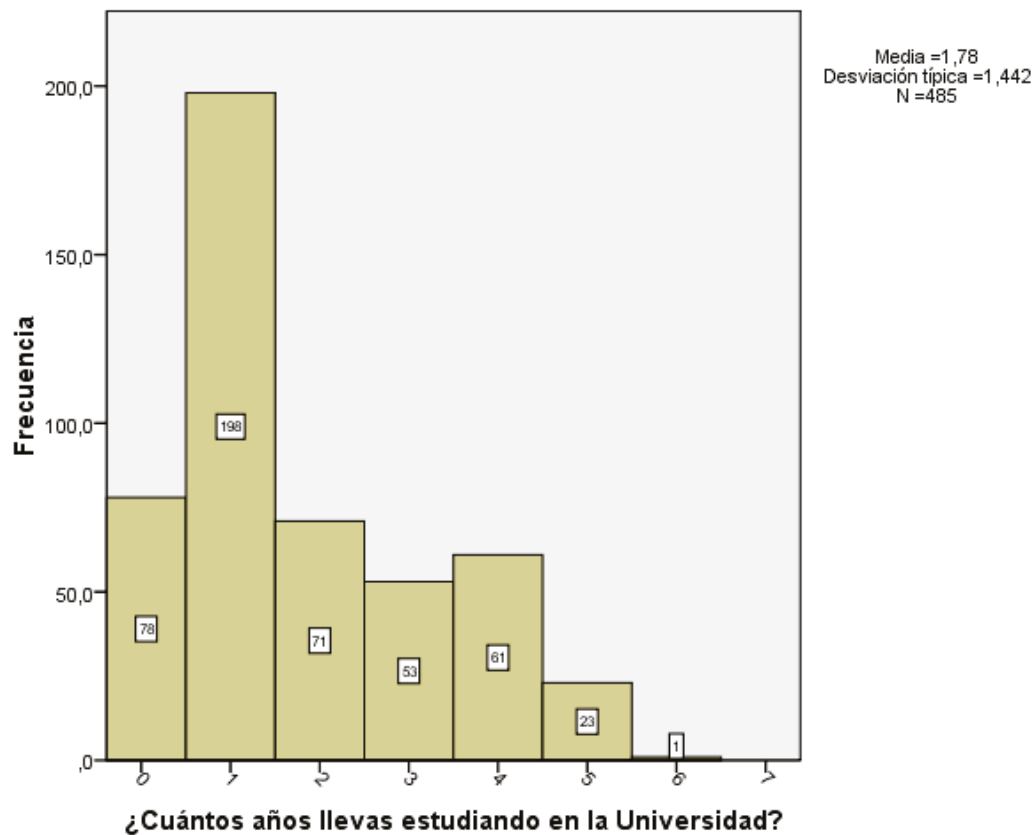
**Figura 3.** Distribución de la participación según género



Elaborada por los investigadores

*Años estudiando en la universidad.* En cuanto a los años estudiando en la Universidad, los resultados indican que la mayoría de los estudiantes encuestados (40,8%) se concentran en el primer año de estudios (ver Figura 4):

**Figura 4.** Distribución de los años en la Universidad



Elaborada por los investigadores

### 10.7.3 Análisis factorial

*Confiabilidad.* Debido a la baja confiabilidad inicial, con un alfa de Cronbach de 0,64, fue necesario realizar eliminación de ítems para aumentarla. La eliminación se realizó en tres instancias, por correlación ítem total. Realizando la tercera secuencia de eliminación, se obtiene una confiabilidad del test del 71% aproximadamente, con 35 ítems de la encuesta (ver Tabla 2):

Tabla 2. Encuesta con 35 ítems

Ítems de la encuesta
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consume drogas legales: cigarro – cerveza–alcohol.</li> <li>• Tú consumes marihuana.</li> <li>• Tú consumes cocaína.</li> <li>• Tú consumes fármacos sin receta médica.</li> <li>• Has tenido problemas académicos por causa del consumo de alguna de estas drogas.</li> <li>• Sientes que terminas bebiendo más de lo querías.</li> <li>• Has perdido alguna clase por quedarte afuera por consumir drogas o alcohol.</li> <li>• Has perdido amistades o tenido problemas con tu familia por consumir drogas o alcohol.</li> <li>• Actualmente tienes actividad sexual.</li> <li>• Tú o tu pareja se cuidan del embarazo con algún método anticonceptivo.</li> <li>• Tú o tu pareja se cuidan para no contraer enfermedades de transmisión sexual como ITS /SIDA/otras, usando preservativo.</li> <li>• Tienes relaciones sexuales sin usar anticonceptivo o preservativo.</li> <li>• Has participado de alguna pelea física o verbal en la universidad.</li> <li>• Has sufrido una situación de intimidación o maltrato dentro de la universidad.</li> <li>• Has visto entre tus compañeros/as de CURSO una situación de intimidación o maltrato dentro de la universidad.</li> <li>• Has visto entre tus compañeros/as de UNIVERSIDAD una situación de intimidación o maltrato.</li> <li>• Has vivido o visto una situación de violencia dentro de la universidad.</li> <li>• Siento que no controlo cuánto y qué como durante el día.</li> <li>• Sientes que pierdes el control de lo que comes.</li> <li>• Consume algún tipo de medicamento para bajar de peso.</li> <li>• Has vomitado intencionalmente después de comer.</li> <li>• Has dejado de comer, más de lo normal, por no engordar.</li> <li>• ¿Sientes la necesidad de incrementar la cantidad de tiempo de uso de Internet para lograr la satisfacción?</li> <li>• Has dejado de compartir con tus amigos, pololo/a, familia por estar conectado a internet.</li> <li>• Has sentido un deseo persistente o esfuerzo infructuoso de controlar o interrumpir el uso de Internet.</li> <li>• Has jugado en casinos, u otras instalaciones relacionadas con este tipo de juegos, como medio para ganar dinero.</li> <li>• ¿Sientes la necesidad de incrementar la cantidad de tiempo que usas para jugar dinero en casino, u otros?</li> <li>• Has sentido un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir jugar o apostar dinero.</li> <li>• Hablas siempre más del tiempo que quieres por celular.</li> <li>• Te sientes querido, aceptado, por tu familia y amigos.</li> <li>• Has estado con estrés en algún periodo de este año.</li> <li>• Has tenido algún tipo de depresión.</li> <li>• Has tenido trastornos del sueño durante este año</li> <li>• Tienes muchos amigos/as y cuentas con ellos/as, cuando tienes problemas.</li> <li>• Tienes capacidad para resolver sola/o tus problemas.</li> </ul>

Elaborada por los investigadores

Con el propósito de despejar todos aquellos datos que no aportan información relevante y conducente al objetivo, se toma la decisión de obtener una respuesta con un nivel de varianza tan elevado que las mismas respuestas se podrían obtener si se respondieran al azar; es decir, la información que se recaba con aquel ítem incluido en el instrumento es marginal y solo se podrían realizar descripciones ocasionales de una muestra en particular, no configurando una tendencia clara hacia algún valor de la escala en particular, por lo que el grupo a analizar no mostraría una característica.

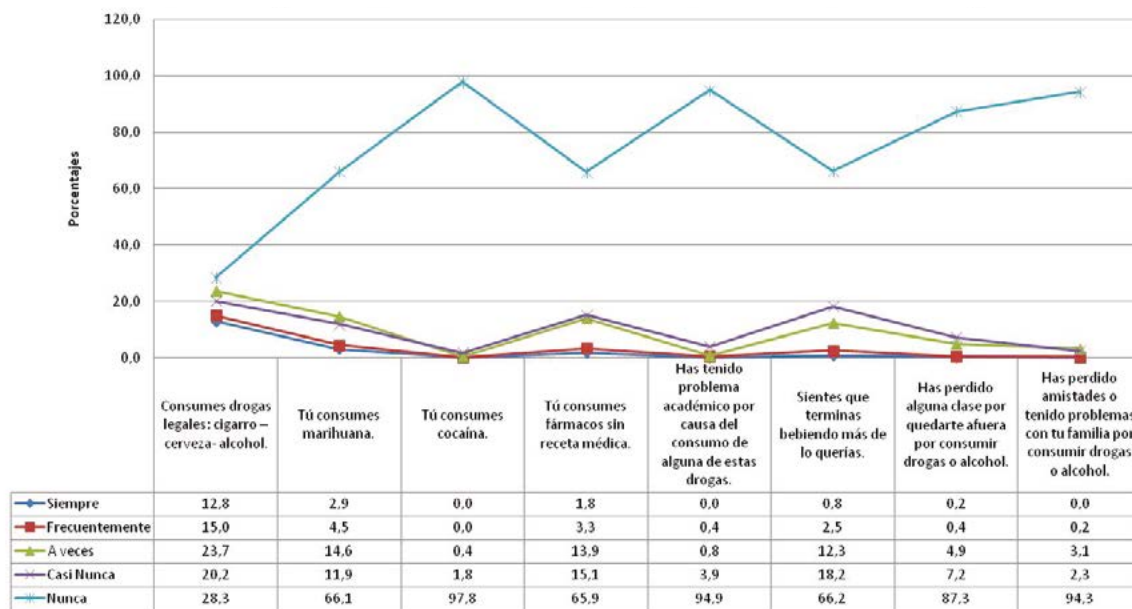
En consecuencia, se realizó una nueva eliminación a través de un análisis factorial basado en quitar por variabilidad de respuesta. En este paso, es importante contar con las opiniones de los investigadores debido a que, si bien es cierto que se gana mucho en confiabilidad del test, por otro lado se puede perder información relevante o que tenga un interés en particular. Luego de este nuevo proceso, se evidenció que no se ganaba en confiabilidad, por lo que el mejor instrumento para ser aplicado sería el anteriormente descrito.

### 10.7.4 Principales resultados

A continuación se presentan algunos resultados importantes desagregados y su descripción a partir de las categorías de frecuencia consultadas: (1) Nunca; (2) Casi nunca; (3) A veces; (4) Con frecuencia; (5) Casi siempre.

*Consumo de drogas.* Con la finalidad de realizar un cruce entre las problemáticas para determinar si existen algunas que tengan alguna relación de causalidad u otro tipo con otras del mismo test, se realizó la forma gráfica del comportamiento de ellas, según las valoraciones realizadas por los estudiantes (ver Figura 5):

Figura 5. Distribución porcentual de las valoraciones problemática consumo de drogas

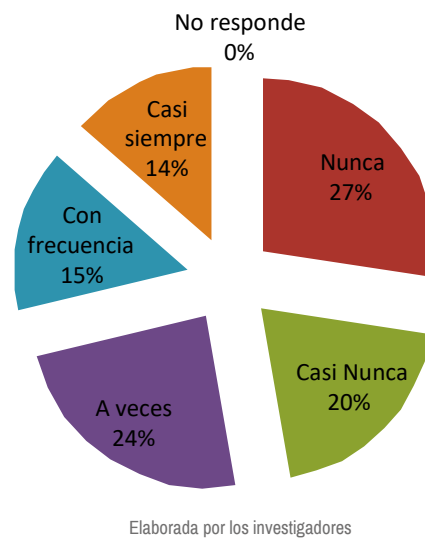


Elaborada por los investigadores

Frente a esta problemática, las respuestas de los alumnos reflejan bajos valores porcentuales en los ítems, con concentración de acuerdos en las respuestas y diferencias bajas. Sin embargo, la información relacionada con el uso de marihuana o cocaína puede dar la base para comparaciones futuras de los aumentos o descensos en su uso.

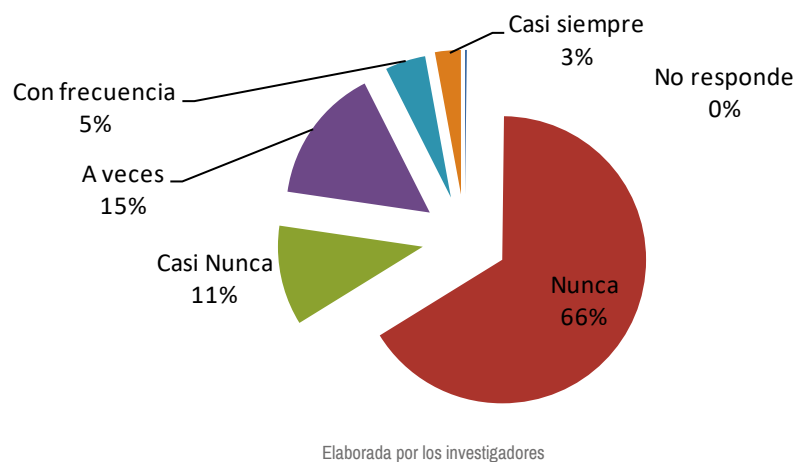
Un total de 256 alumnos, que corresponden al 52,78% del total, declaran que consumen drogas legales: cigarro – cerveza–alcohol. De ellos, 95 (37,1%) dicen que consumen a veces, con frecuencia o casi siempre marihuana (ver Figura 6).

**Figura 6.** Consumes drogas legales: cigarrillo-cerveza-alcohol.



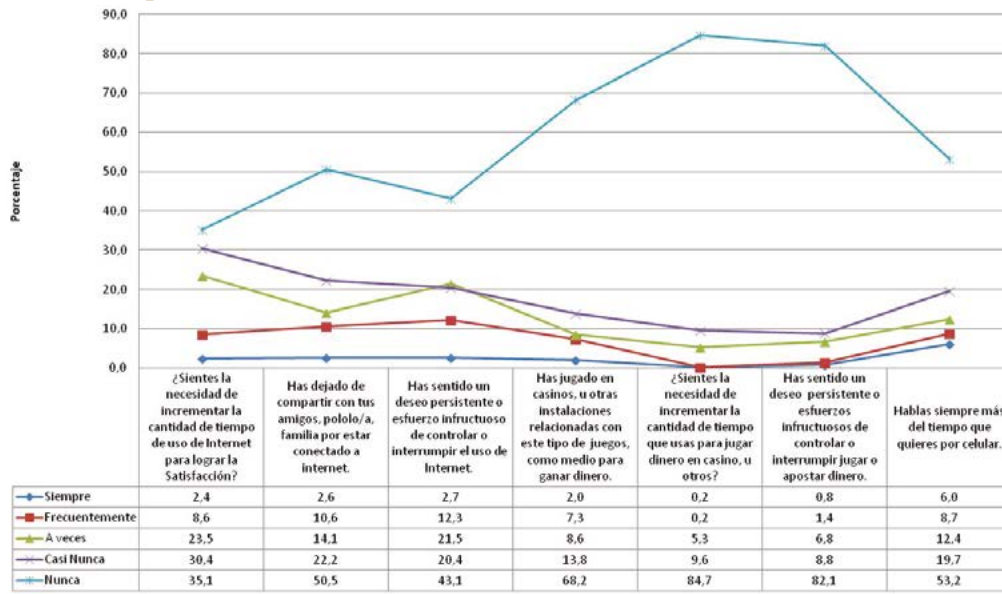
Mientras que 110 (22,68%) alumnos del total dicen que consumen a veces, con frecuencia o casi siempre marihuana (ver figura 7).

**Figura 7.** Tú consumes marihuana



*Adicciones no químicas.* Podemos apreciar que en cuanto a la problemática relacionada con las adicciones no químicas, no presentan valoraciones que reflejen preocupación debido a su distribución porcentual (ver Figura 8).

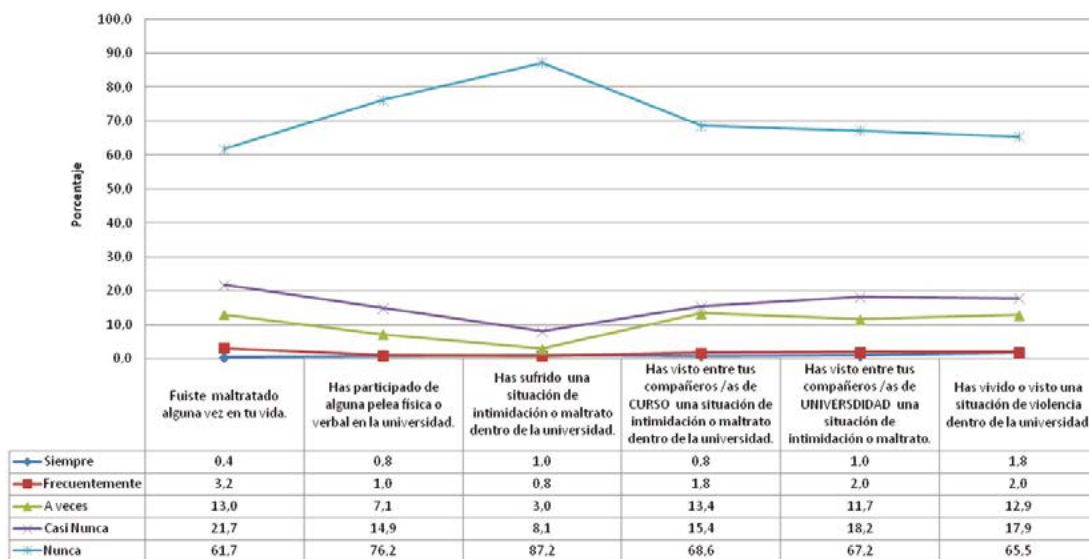
**Figura 8.** Distribución porcentual de las valoraciones problemática adicciones no químicas



Elaborada por los investigadores

*Violencia en la universidad.* En consideración a los datos analizados, los estudiantes de la UCSH testimonian en forma homogénea que la violencia no representa un problema que se manifieste o esté presente (Figura 9).

**Figura 9.** Distribución porcentual de las valoraciones problemáticas violencia en la Universidad

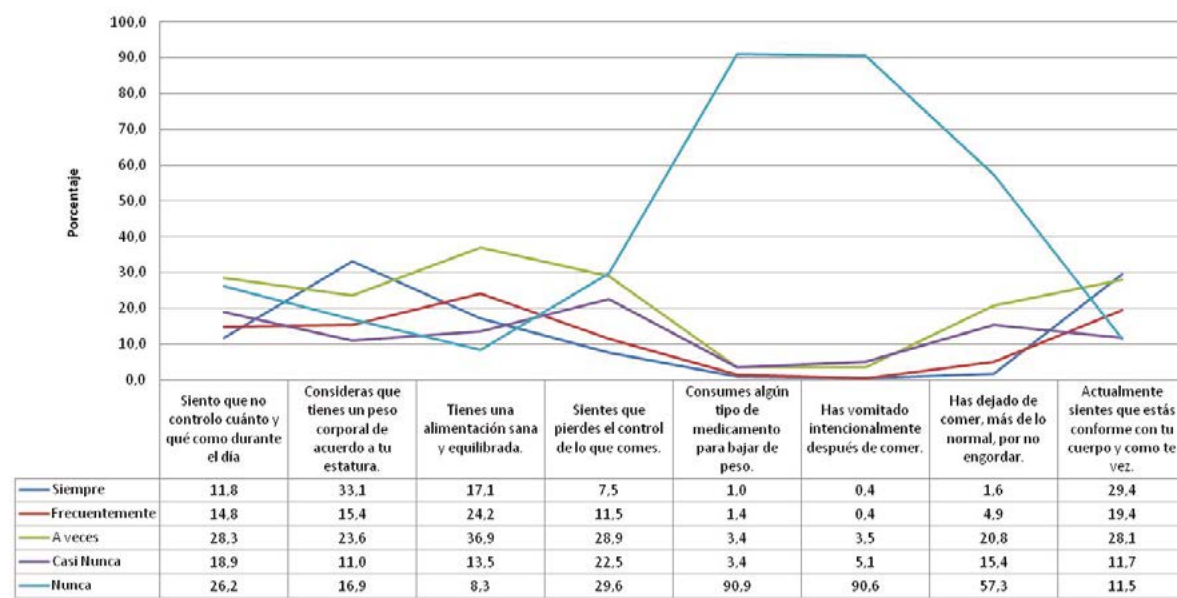


Elaborada por los investigadores

*Trastornos en la alimentación.* La Figura 10 ilustra el comportamiento de las respuestas de los estudiantes frente a los ítems referidos a trastornos de alimentación.

Como se puede apreciar, hay 3 ítems que entregan información relevante para pensar que los estudiantes de la UCSH mantienen una responsabilidad con el cuidado de su salud, en términos de la ingesta de alimento. Es decir, no se aprecian dificultades derivadas del consumo de medicamentos, vómitos autoinducidos, o dejar de comer por la preocupación que les genera su peso.

**Figura 10.** Distribución porcentual de las valoraciones problemática transtornos en la alimentación



Elaborada por los investigadores

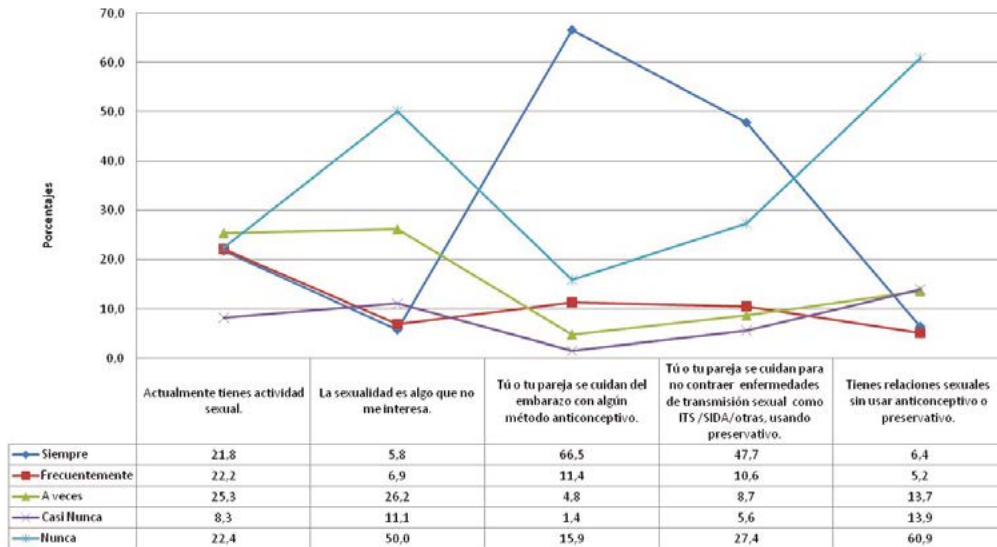
Sin embargo, se aprecia preocupación a partir de ítems relacionados con el control del peso, el peso adecuado, el control de lo que come y la conformidad con su cuerpo, donde se encuentra una variabilidad en las respuestas que hace que no exista consenso. Lo anterior es coherente con un contexto en que la figura o verse bien, es algo instalado en la cultura. Por lo mismo, es esperable que las respuestas en este sentido sean de mayor variabilidad, obteniendo porcentajes mayores o distribuciones con porcentajes altos en las respuestas no deseables al ítem, por lo que claramente podemos decir que estamos frente a un hallazgo que representa una situación que amerita preocupación para la universidad, y que habría que ubicarlos como una situación que podría aumentar.

*Problemáticas sexuales.* De manera muy general, la Figura 11 muestra que en la mayoría de los ítems de esta problemática no existe acuerdo en cuanto a la respuesta, lo que es indicador de aumento de variabilidad en las respuestas que se refleja en distribuciones porcentuales altas en varias magnitudes de la escala en las que no es deseable dichos valores.



La variabilidad indica con porcentajes mayores que es necesario prestar atención al 60,9%, que indica que teniendo vida sexual activa no utiliza métodos anticonceptivos de ningún tipo en forma sistemática, generando como riesgo potencial el embarazo no deseado.

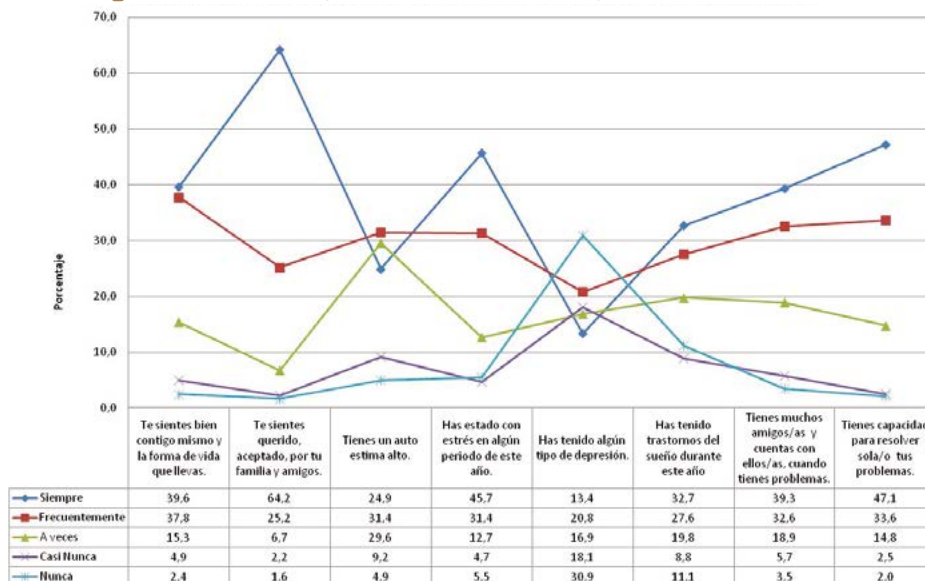
**Figura 11.** Distribución porcentual de las valoraciones problemáticas sexuales



Elaborada por los investigadores

**Salud mental.** En la Figura 12 se puede apreciar que la distribución de las formas porcentuales es muy heterogénea en estas problemáticas, declarando los estudiantes encuestados problemas relacionados con autoestima, estrés, depresión y trastornos del sueño. En este contexto, las distribuciones porcentuales de las valoraciones que declaran al ítem como problema, son porcentajes que en algunos casos son muy preocupantes y ameritan una toma de decisiones por parte de la universidad.

**Figura 12.** Distribución porcentual de las valoraciones problemática de salud mental



Elaborada por los investigadores

### 10.7.5 Relaciones entre ítems

Las correlaciones entre los ítems son un valor que fluctúa entre -1 y 1, indicando las correlaciones negativas la relación inversamente proporcional entre los ítems; y los valores positivos, la relación directamente proporcional entre ellos.

En estudios relacionados con las ciencias sociales encontrar relaciones que sobrepasen 0,5 o menores a -0,5 son muy escasas, por lo que en forma general se aceptan las correlaciones entre ítems mayores a 0,20 o menores a -0,20; indicando relaciones de causalidad directa e inversamente proporcionales para estos valores.

Las relaciones de causalidad o de relación entre los ítems se describen más abajo, adjuntando solo aquellos que mantienen relación y se han excluido aquellos donde los valores son menores a la norma. De estas relaciones se desprenderá luego la interpretación de las relaciones.

Ítems relacionados con el consumo de drogas. Los encuestados declaran que el consumo de drogas, sean estas legales o ilegales, tiene efectos negativos en sus vidas, lo que se relaciona con situaciones o hechos no deseados que impactan la mayor parte de su sistema de vida.

Estas situaciones refieren por una parte, el hecho que la mayoría de los estudiantes de la UCSH depende de sus familias, y por lo mismo cualquier problema en ellas les afecta significativamente; y por otra, algo similar ocurre con los amigos, los cuales configuran para cualquier joven una red de suma importancia en la convivencia universitaria y sus estudios. La coocurrencia de estos hechos genera una situación de mayor vulnerabilidad, sobre cuyo conocimiento conviene profundizar.

Ítems relacionados con la sexualidad. Para las personas que declaran tener actividad sexual, es posible establecer relaciones de causalidad con uso anticonceptivos, entendidos como métodos que permiten tanto evitar enfermedades de transmisión sexual, como el embarazo.

Existe, por cierto, un grupo de riesgo que se configura desde la falta de rigurosidad o ausencia total en su uso, en vinculación con consumo de drogas. Se puede indicar que estamos en presencia de una situación de riesgo importante para los estudiantes, en referencia al aumento de las enfermedades de transmisión sexual ETS, SIDA, a nivel país. En efecto, Cáceres y García (2012) señalan el VIH – SIDA, entre los años 1984 y 2010 entre las personas menores de 30 años, ha tenido un incremento de un 21%. Lo anterior refleja un precedente de envergadura, al que la Universidad debería poner atención especial.

Respecto al embarazo, sin ser este un problema en sí, cuando no es deseado altera la vida de cualquier persona, ubicando en el caso de los estudiantes universitarios un riesgo de deserción del proyecto profesional, de la joven madre por sobre el padre.

Un porcentaje que declara cuidarse de enfermedades de transmisión sexual, y que tiene incorporados en sus hábitos y cultura el uso de preservativos, están directamente ligados al cuidado del embarazo a través de métodos de anticoncepción. Se puede establecer que este rango está mayormente asociado a las personas que tienen parejas estables.

Ítems relacionados con violencia en la universidad. El fenómeno de la violencia va más allá de los límites de la universidad, sin embargo, este estudio explora el tema acotándolo a este contexto, lo que arroja como resultado de interés que, desde la perspectiva de los encuestados, el haber sido maltratado o ser objeto de violencia se relaciona con una baja autoestima, y ser testigo y participe de actos de violencia entre compañeros en el espacio universitario. Los estudiantes que responden indican que existe, y hay una relación causal entre las situaciones señaladas, y por lo mismo, estaríamos frente a hechos violentos, que no son vistos, o no se tiene conocimiento de su envergadura y frecuencia de ocurrencia. Esto deja un tema abierto para su análisis y profundización, y de igual modo, ubica otro desafío para nuestra universidad.

Ítems relacionados con trastornos alimenticios. Sobre la situación de los trastornos alimenticios, la incidencia encontrada de un 6,5% resulta considerable y cercana a las tasas de otras universidades, sus relaciones con otras variables, la más gravitante se relaciona con el control que ellas o ellos ejercen sobre lo que comen. Al respecto, se puede indicar que 247 estudiantes (55.1%), no saben cuánto y qué comen durante el día, están ocupados en el uso de internet, lo que se suma a los casos que además dicen, no sentirse bien consigo mismos. Así se ve afectada la autoestima, expresada en descuido hacia sí mismo en términos de salud física y mental.

Ítems relacionados con adicciones no químicas. Cuando los alumnos se refieren a su percepción del uso de medicamentos para bajar de peso, éste se relaciona con vómito intencional, dejar de comer para no engordar, no sentirse queridos por su familia y amigos, así como también, ocupar su tiempo en juegos de apuestas.

En cuanto a internet, el incremento de su uso para lograr la satisfacción está relacionado con trastornos alimenticios, ya que los encuestados declaran descontrol de cuánto y qué comen durante el día y pérdida del control de lo que comen. Igualmente, esto lleva a dejar de lado los vínculos sociales, sentir que deben controlar más el uso, jugar dinero y sentir que deben controlar la pulsión y a hablar más de lo que quisieran por celular.

Ítems relacionados con salud mental. Las respuestas de los alumnos que declaran sentirse queridos y aceptados, por su familia y amigos, se relacionan fuertemente con sentirse bien consigo mismos y la forma de vida que se lleva, así como con tener muchos amigos/as y contar con ellos/as cuando se tienen problemas y tener la capacidad para resolver solos sus problemas.

Además, haber estado con estrés en algún período de este año se relaciona con tener algún tipo de depresión y trastornos del sueño y es reflejo de una baja autoestima. Igualmente, se relaciona con la pérdida de control de lo que se come.

## 10.8 Análisis y discusión

De acuerdo con los datos que otorga el estudio, un total de 256 alumnos, que corresponden al 52,78% del total encuestado, declaran que consumen drogas legales: cigarro – cerveza – alcohol. De este grupo, 95 (37,1%) dicen que consumen a veces, con frecuencia o casi siempre marihuana. Mientras que un total de 110 alumnos del total (22,68%) dicen que consumen a veces, con frecuencia o casi siempre marihuana. Si bien estas cifras no son comparables con resultados de estudios anteriores, los datos tienen la importancia de permitir el inicio de nuevos análisis y proyectar futuras investigaciones. Esta primera idea indica que un porcentaje de estudiantes de la UCSH consume drogas, entre las que destacan la marihuana, lo que amerita retomar el programa de prevención que desarrolló por varios años la universidad.

Las pistas que el mismo estudio entrega son que existe una relación de causalidad entre el consumo de drogas legales y las actividades que se relacionan con ellas como perder clases, tener problemas familiares y tener actividad sexual.

Por su parte, el consumo de marihuana, según los encuestados, se relaciona en forma causal con haber tenido problemas académicos, puesto que está asociado a perder clases, y de igual modo, directa o indirectamente, a tener problemas familiares, además de incidir en sus redes personales, pues tiene el costo de perder amistades. Por otra parte, la misma situación lleva a verse envuelto o haber sufrido intimidación o maltrato al interior de la Universidad.

Los alumnos que declaran ser testigos o partícipes de actos de violencia entre sus compañeros, lo hacen principalmente como reflejo de la violencia en la Universidad y piensan que haber sido maltratado o ser objeto de violencia se relaciona con una baja autoestima. Al respecto, el fenómeno de la violencia en el espacio universitario, no resulta comprensible al margen de la violencia social que opera a nivel macro, ni tampoco de la que opera en espacios de intimidad en sus relaciones más cercanas, o de biografías

marcadas por haber sido víctimas de malos tratos. Ahora, si bien las problemáticas de violencia no aparecen en un lugar preponderante de preocupación en la encuesta en términos numéricos, sus dinámicas develadas en el análisis de relaciones entre ítems, dan cuenta de formas de asociaciones con la alteridad complejas sobre las que conviene reflexionar, investigar y actuar preventivamente.

Es muy interesante detectar que los trastornos de la alimentación llevan asociados trastornos del sueño y la sensación de no controlar lo que se come durante el día. Estos trastornos, como síntoma, nos hablan de una forma de resolver las tensiones y ansiedades con la sobreingesta o su restricción. Con esto, se establece una relación clara con las alteraciones de la salud mental, especialmente complejas, dada la exigencia que depara la vida universitaria y específicamente académica para los jóvenes.

Cuando los estudiantes se refieren al uso de medicamentos para bajar de peso, esto responde igualmente a una dinámica que trae consigo el vómito intencional, dejar de comer por no engordar, todo lo cual, correlacionan con no sentirse queridos por su familia y amigos.

En cuanto a internet, el incremento de su uso para lograr la satisfacción está relacionado con trastornos alimenticios, ya que los encuestados declaran descontrol de cuánto y qué comen durante el día, pérdida del control de lo que comen. También esto provoca dejar de lado los vínculos sociales, sentir que deben controlar más el uso, además jugar dinero y sentir que deben controlar la pulsión y hablar más de lo que quisieran por celular.

En efecto, las adicciones no químicas representan un problema emergente que requiere de un estudio más acucioso, pero en cuya base es posible identificar patrones comunes con las adicciones químicas. Se observa así relaciones repetitivas con prácticas que se vienen a configurar como patrones conductuales poco adaptativos, que llevan a una forma particular de emplear el tiempo, la que por su rigidez y estereotipia limita la libertad del estudiante.

Los estudiantes que declaran sentirse queridos y aceptados por sus familias y amigos, se sienten bien consigo mismos y la forma de vida que llevan, caracterizada por tener muchos amigos y contar con ellos cuando se tienen problemas; a la vez, con la percepción de tener capacidad para resolver solos sus problemas.

Finalmente, haber estado con estrés en algún periodo de este año se relaciona con tener algún tipo de depresión y trastornos del sueño y es reflejo de una baja autoestima, y esto repercute en la pérdida de control de lo que se come.

Al respecto, llama la atención que desde la percepción de los jóvenes prime la mirada del déficit con respecto al que se ve afectado por alguna de estas problemáticas, siendo éste de responsabilidad individual. Por el contrario, la mirada de los estudiantes que dicen sentirse bien consigo mismos, correlacionan además de los recursos personales, con contar con una rica red de relaciones que los contiene y potencia.

## 10.9 Conclusiones

A partir de los resultados de esta investigación, es posible concluir que siendo las principales problemáticas psicosociales que preocupan a los estudiantes de la UCSH, la salud mental y las derivadas de afectividad y sexualidad, no es posible comprender su abordaje preventivo dejando de lado otras dinámicas relacionales que se activan como respuesta ante situaciones de estrés que demandan la adaptación de los jóvenes.

Lo anterior cobra relevancia para la Universidad desde la caracterización de estudiantes de nuevos (2012), la cual como señalamos, indica que solo un 19,4% de los estudiantes que ingresa considera que dentro de sus hogares existe un ambiente familiar relativamente estable, a la vez que la situación económica y la falta de tiempo para compartir suman un 43,4% de situaciones, lo que implica un debilitamiento en el ambiente del hogar.

Los hallazgos del presente estudio en relación con las percepciones que tienen los estudiantes de la UCSH sobre los problemas investigados, constituyen una realidad para nuestra casa de estudio.

Respecto de nuestra hipótesis, la cual señalaba que los estudiantes de la Universidad, respecto a las problemáticas psicosociales estudiadas en el diplomado, vale decir: sexuales, dependencias no químicas, violencia, salud mental, anorexia y bulimia, estarían por debajo del comportamiento de la media nacional, no es posible establecer comparaciones con estudios nacionales para todas las variables del estudio. Por esta razón, no es posible comprobar o rechazar la hipótesis.

Sin embargo, los datos aportados por la investigación llaman la atención al ser comparados, por ejemplo, con la información entregada por Senda (2012), que señala que de los jóvenes entre 18-25 años a nivel nacional, un 65,4% ha consumido alcohol, un 43,9% tabaco, y un 17,5% marihuana. Haciendo la salvedad que el presente estudio apunta a percepciones de una población universitaria y por tanto, no

es comparable con una exploración de la realidad juvenil de alcance nacional y referida al consumo, emerge como dato preocupante que, según los estudiantes de la UCSH, entre el 21% y 60% de sus pares habrían consumido marihuana en el último año de la investigación.

Este hallazgo refuerza la idea de integralidad que debe tener el programa de prevención, más allá de los dos focos prioritarios que han establecido: salud mental y sexualidad. En este sentido, debe llevarnos a considerar tanto la realización de investigaciones complementarias a la presente, que permitan profundizar dando cuenta en forma más precisa de los sentidos y significados particulares de cada dinámica, así como en la implementación de un programa de prevención de carácter universal, que si bien tenga como focos las dos dinámicas descritas, no descuide la totalidad de las trabajadas en el marco de la formación e indagadas en esta ocasión.

# CAPÍTULO 11

## PROGRAMA DE PREVENCIÓN PSICOSOCIAL PARA LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SILVA HENRÍQUEZ<sup>2</sup>

<sup>2</sup> El presente documento ha sido elaborado con la consideración de los participantes de la primera cohorte del "Diplomado en problemáticas psicosociales de los jóvenes universitarios con énfasis en adicciones", 2012..



Quando un individuo cuenta con una buena salud mental, existe un mayor despliegue de sus potencialidades que se verán reflejadas en su convivencia, trabajo y recreación (Pérez, Ponce, Hernández, Márquez, 2010)

En el contexto del programa internacional de formación de la Funlam “Diplomatura virtual en problemáticas psicosociales en jóvenes universitarios con énfasis en adicciones”, realizada por algunos docentes de esta Universidad, se estableció un trabajo final que posibilitó luego la realización de una investigación de carácter descriptivo y exploratorio de las problemáticas psicosociales de los jóvenes en la Universidad Católica Silva Henríquez. Los resultados obtenidos llevaron a la reflexión y toma de decisiones en torno a la necesidad de acompañar a los estudiantes en sus procesos de formación, de una manera integral.

La revisión de las problemáticas psicosociales que actualmente viven los estudiantes universitarios, nos muestra que nos encontramos ante un panorama amplio, heterogéneo y complejo, dentro del cual conviene destacar, a modo de síntesis, algunas reflexiones referidas a las problemáticas de los jóvenes universitarios señaladas en el capítulo de esta publicación denominado “Los problemas psicosociales de los universitarios hoy”, de los autores Hugo Herrera y Gonzalo Reyes (2016):

- » En primer lugar, la consideración de la vivencia del ingreso a la educación superior, como un proceso complejo que requiere del apoyo psicosocial y que debe incorporar la mirada tanto del estudiante como de la universidad. Se destaca, además, la necesidad de mecanismos institucionales para el conocimiento y diálogo con los jóvenes, reconociendo las problemáticas que surgen en el proceso.
- » Un segundo elemento es el abordaje de las problemáticas desde una perspectiva psicosocial, ya que esta mirada entrega un marco conceptual y una serie de técnicas que favorecen la comprensión de los fenómenos, tanto desde el proceso como desde el contexto; considerando, así, de manera integral a los jóvenes en su formación integral.
- » El tercer elemento es la relación con la Misión<sup>3</sup> de la UCSH, que manda a realizar una labor que apoye a la excelencia y acompañe a los jóvenes que escogen esta casa de estudios; especialmente, considerando, de manera preferente, a aquellos que provienen de sectores socialmente desfavorecidos y requieren de espacios ricos en experiencias y apoyo, para lograr una formación integral.

En este escenario, se vuelve un desafío el llevar a buen puerto el proceso formativo. Las problemáticas sociales presentes en el ámbito universitario, pueden tornarse en un obstáculo insalvable si no se consideran los apoyos y el acompañamiento que los jóvenes requieren ya que, ante el desafío de la

<sup>3</sup> “La misión de la Universidad Católica Silva Henríquez es contribuir al desarrollo integral de sus estudiantes y de este modo de la familia humana, ofreciendo una educación superior de excelencia a todos quienes puedan beneficiarse de ella, especialmente a los jóvenes talentosos provenientes de sectores socialmente desfavorecidos, a partir del modelo de formación salesiano inspirado en la razón, el amor y la trascendencia”.

vida universitaria, los estudiantes, a menudo recurren a prácticas adaptativas que resultan en mayores obstáculos que complejizan el proceso, y que pueden terminar en una mayor extensión de tiempo de sus estudios, o peor aún, en deserción académica.

Algunos antecedentes propios del contexto universitario, se encuentran descritos en el informe de acreditación institucional (2012) y los informes de caracterización de estudiantes nuevos (2011 y 2012) que ingresan a la universidad.

Según los antecedentes de la admisión 2011, la edad promedio de los nuevos estudiantes ingresados a programas de pregrado fue de 20 años. Las mujeres representaron el 62% de los estudiantes nuevos; el 7% ingresó como estudiante-trabajador.

Cuatro de cada cinco estudiantes ingresados corresponden a la primera generación de miembros de sus familias que accede a la educación superior.

Un 67,1% de sus familias manifiestan ganar menos de \$475.000 pesos mensuales (aproximadamente US\$1.000); por otra parte, el mayor porcentaje lo poseen los ingresos que se encuentran entre \$175.001 y \$325.000 con un 27,2%. Es necesario considerar que estos se encuentran levemente sobre el salario mínimo de Chile.

La mitad de ellos expresó la necesidad de ayuda para financiar sus estudios. Al respecto, en ese año, el 24% de los estudiantes fue beneficiario del crédito con garantía estatal para estudios superiores (CAE) y el 24% recibió algún tipo de beca pública.

En lo relativo a la escolaridad de la madre, un buen predictor de éxito académico, solo 7,7% posee enseñanza universitaria completa y un 1,2% posee algún tipo de posgrado completo.

En el plano ocupacional, se observa que el mayor porcentaje de las madres son dueñas de casa (35,3%), seguido con un 28,6% que se desempeña como empleada administrativa media, o bien, de vendedora. Un 9,8% se desarrolla en trabajos menores ocasionales o informales. El porcentaje de madres que cuenta con un empleo de nivel ejecutivo o medio es bajo, con solo un 2,4%.

Con respecto a la ocupación del padre, se observa que el mayor porcentaje de ellos es empleado administrativo medio, con un 32,1%, seguido por trabajos de obrero calificado con un 17,3% y un 11,5% como obrero no calificado. Solo un 7,1% posee un trabajo como ejecutivo medio o gerencial.

La mayoría de los estudiantes (74.9%), se identifica con alguna religión o grupo religioso, con un 53,5% que se declara católico, un 8,2% evangélico y un 7,1% cristiano. Un porcentaje importante de estudiantes (24,2%) declara no tener ninguna religión.

La gran mayoría de los estudiantes reside en las comunas más populosas de la ciudad de Santiago. En los últimos cinco años, el 75% de los nuevos estudiantes provino de las zonas de Santiago Poniente, Santiago Suroriente, Santiago Sur y Santiago Norte.

Asimismo, la gran mayoría de estos estudiantes proviene de establecimientos de enseñanza media subvencionados. Solo uno de cada cuatro estudiantes provino de establecimientos municipales.

Un 11.8% de los estudiantes declara tener hijos. Este dato implica que aproximadamente 94 estudiantes de la cohorte tienen hijos; por lo que sería pertinente pensar en alguna iniciativa de prevención de deserción que tengan este aspecto como centralidad.

En el plano político, un 67,7% de los jóvenes, se muestran indiferentes a las corrientes políticas tradicionales como “izquierda” o “derecha”. Los que se identifican con una corriente política son un 32,4%, de los cuales un 21,7% dice sentirse representado por la izquierda, seguido por un 5,4% con la derecha y por último, 5,3% que se siente de centro.

Al momento del ingreso, un 72,4% de los estudiantes no trabaja en forma remunerada, lo cual es un indicador de que, mayoritariamente, sus carreras no son costeadas por ellos. Los trabajos en su mayoría son precarios y temporales.

Respecto de las problemáticas psicosociales que enfrentan los jóvenes universitarios de la Universidad, se presentan algunos indicadores descritos en los estudios ya señalados.

Este diagnóstico utilizó la encuesta como instrumento de recolección de datos; fue aplicada a 485 estudiantes con el objetivo de conocer con mayor exactitud, cuáles, según su percepción, eran aquellas cuestiones que más los problematizaban y con ello, ser prioridad para un programa de prevención. Se realizó consulta respecto a las temáticas de consumo de drogas, problemáticas sexuales, dependencias no químicas, violencia entre los estudiantes, salud mental, anorexia y bulimia.

En este contexto, y luego del análisis cuantitativo y cualitativo de la información recolectada, se concluye que la sexualidad y la salud mental se señalan como las de mayor preocupación para nuestros estudiantes.

En cuanto a la problemática sexual, cabe señalar que la actividad sexual es un foco de riesgo para los alumnos, ya que la valoración se concentra en la parte alta de la escala que representa mayor frecuencia. También, ellos indican que el uso de algún método de anticoncepción es alto, por lo que es lo que se espera para no representar un foco del problema, pero a la pregunta relacionada con el cuidado para no contraer enfermedades de transmisión sexual, con el uso de preservativo tiene una dispersión de las valoraciones muy alta y en la tabla de frecuencias se observa la dispersión de los estudiantes, lo que es indicador de que hay un grupo de riesgo. Además, a la consulta sobre el uso de preservativo cuando tiene relaciones sexuales, existe un grupo importante de alumnos que declara no usarlo.

En cuanto a la salud mental, se encontró que los alumnos se sienten apoyados directamente por su familia y amigos, cuando en el ítem “Te sientes querido, aceptado, por tu familia y amigos” se obtienen calificaciones altas, cuestión que se refuerza cuando se les pregunta sobre “Tienes muchos amigos/as y cuentas con ellos/as, cuando tienes problemas”, y además declaran tener la capacidad de resolver solo sus problemas.

Sin embargo, los alumnos declaran igualmente una fuerte presencia de estrés (“Has estado con estrés en algún periodo de este año”), unido con trastornos del sueño. En cuanto a la consulta sobre si “Has tenido algún tipo de depresión”, la dispersión de las valoraciones en la escala indica que no existe un acuerdo de los estudiantes en cuanto a su presencia, por lo que el ítem da cuenta de un grupo que está en riesgo.

En ambas problemáticas se esboza una relación entre ítems de la misma problemática. Por ejemplo, lo relacionado con trastornos del sueño por el estrés presente en los estudiantes. Sin embargo, no se detecta alguna relación cruzada entre ítems de distintas problemáticas, debido principalmente a que la valoración de la presencia de las otras problemáticas como el consumo de drogas, violencia en la universidad, trastornos en la alimentación y adicciones no químicas no son altas en ninguno de los ítems que la componen.

Visto así, la desinformación y escasos elementos para problematizar en forma autónoma y responsable la sexualidad, o gestionarse a sí mismos, determinan que, de manera importante, presenten conductas de riesgo en estos ámbitos.

Es preciso relevar el precario equilibrio en que viven los estudiantes en el marco de la UCSH, donde se vive con poco más de 200 mil pesos por familia al mes en promedio; recorren largas distancias en locomoción colectiva para llegar a destino, sea este la universidad o el trabajo ya que muchos de los jóvenes que estudian en la Universidad, a la par trabajan; les resulta complejo compatibilizar sus múltiples obligaciones; en su mayoría son estudiantes primera generación en la universidad, por lo que

no tienen referentes para abordar la transición escuela–universidad. En este sentido, su salud mental es vulnerable, dadas las exigencias académicas, precariedad o inestabilidad socioeconómica y bajo capital cultural de entrada.

Parece pertinente, entonces considerar que los factores protectores de la salud mental se entienden como características personales, elementos ambientales y la percepción que se tiene sobre estos, capaces de disminuir los efectos negativos que el estrés puede tener sobre la salud y el bienestar (Zaldívar, 2002).

Adicionalmente, el empoderamiento para la salud individual se refiere principalmente a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal. Mientras que el empoderamiento para la salud de la comunidad, supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad, siendo éste un importante objetivo de la acción comunitaria para la salud.

El programa nace en virtud de los antecedentes recabados y de la convicción de la pertinencia de desarrollar un proyecto de esta naturaleza, que aporte al desarrollo integral de los estudiantes; una posibilidad de acompañamiento que permita apoyar la formación de los jóvenes y el cumplimiento de la Misión Institucional.

Dado lo anterior, la Universidad Católica Silva Henríquez ha considerado la necesidad de implementar un “Programa de prevención en salud mental y promoción de una sexualidad responsable”, con y para todos y todas los y las estudiantes de esta Casa de Estudios, con un horizonte al año 2016.

El propósito de este programa es la prevención universal de la salud mental, considerando problemáticas como depresión, estrés, consumo de sustancias eventualmente adictivas, violencia y conductas de riesgo asociadas al ejercicio de la sexualidad.

Se presume un trabajo por etapas, que considera como objetivo general de la primera fase, la implementación del programa, con cobertura universal en la Universidad.

En este primer momento del programa, se busca principalmente sensibilizar a la comunidad universitaria en las temáticas referidas, la búsqueda de mecanismos que permitan motivar, formar y certificar a los jóvenes que tengan un rol como monitores o facilitadores dentro del Programa. Además, se busca incorporar al currículo transversal, a través del Plan Común Universidad, las temáticas de salud mental y sexualidad responsable, a través de módulos de trabajo.

Finalmente, incorporar a otras instancias curriculares y extracurriculares, como Decanaturas, Dirección de Asuntos Estudiantiles, Dirección de Pastoral Social, entre otras; Centro de estudios y atención a la comunidad (CEAC), Unidad de marketing y comunicaciones y la Federación de estudiantes.

Como estrategias de trabajo se utilizarán la sensibilización y comunicación estratégica, la inclusión de todos los estamentos de la Universidad, acciones masivas académicas y culturales, entre otras.

La metodología de trabajo será participativa e inclusiva, con una co construcción de la forma de trabajo y programación de acciones.

Como primera actividad se considera la configuración de un “Comité de Prevención”, que debería ser constituido en primera instancia, por un representante de la Dirección de Formación Identitaria quien presidirá, un representante de la Dirección de asuntos estudiantiles, un representante de la Vicerrectoría académica, un representante de cada Facultad y un representante de los estudiantes.

Como meta, se establece, para el año 2014, la implementación del programa. Para el año 2015, en tanto, además del monitoreo y evaluación de la experiencia, se buscó la incorporación a redes de trabajo inter universidades en las temáticas y se propuso la preparación de un artículo con los aprendizajes obtenidos en este período.

Para el año 2016, se suma a lo anterior, la sistematización del trienio, consolidación en redes universitarias, proyección del programa y sus posibilidades de incorporación a la política de prevención de drogas de la Universidad y con ello institucionalizarse; y la socialización de la experiencia mediante la publicación de un artículo u otra forma de producción académica.

## Referencias capítulos 10 y 11

Abarca, N; Hidalgo, C.G (1990): Desarrollo de habilidades sociales en estudiantes universitarios. Revista Latinoamericana de Psicología [en línea] 1990, 22 Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80522205>>

Aguirre, A. M.; García, M. (1996). Violencia Prematrimonial en universitarios de la Quinta Región (Chile). Terapia Psicológica, 26, 11-19

- Bravo, D., Carrasco, D. (2008). *Las nuevas adicciones del Siglo XXI. Cuatro adicciones que aquejan a la sociedad chilena actual. Tesina para optar al grado de Licenciado en Comunicación Social*. Santiago, Chile: Escuela de Periodismo. Facultad de Comunicación y Letras. Universidad Diego Portales.
- Cáceres, K., ; García, M. (2012). Evolución del VIH- SIDA en Chile, 1984-2010. *El Vigía*, 13(27). Recuperado de [http://epi.minsal.cl/epi/0notransmisibles/revista/vigia27/articulo\\_5.pdf](http://epi.minsal.cl/epi/0notransmisibles/revista/vigia27/articulo_5.pdf)
- Cárdenas, M., ; Barrientos, J. (2008). Actitudes explícitas e implícitas hacia los hombres homosexuales en una muestra de estudiantes universitarios en Chile. *Psyche*, 17(2), 17-25. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-22282008000200002&lng=es&tlng=es.10.4067/S0718-22282008000200002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282008000200002&lng=es&tlng=es.10.4067/S0718-22282008000200002).
- Carrasco Azzini, G. (2007). Participación y tendencias políticas en estudiantes universitarios: el caso de la Universidad de Chile. *Última Década*, 18(32), 85-103. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22362010000100005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22362010000100005&script=sci_arttext)
- Castaño Pérez, G. A. (2008). Módulo educativo. Consumo de drogas en universitarios estrategias de actuación. Medellín: Funlam y FIUC. Recuperado de [http://virtual.Funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/repositorioarchivos/2012/02/mod7\\_consumodedrogas.1285.pdf](http://virtual.Funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/repositorioarchivos/2012/02/mod7_consumodedrogas.1285.pdf)
- Cazenave, A. (2009). Norma percibida de consumo de marihuana en los pares de estudiantes universitarios. *Rev Latino-am Enfermagem*, 17, 844-850. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17nspe/14.pdf>
- Cova, F., Alvial, W., Aro, M., Bonifetti, A., Hernández, M., y Rodríguez, C. (2007). Problemas de salud mental en estudiantes de la Universidad de Concepción. *Revista Terapia Psicológica*, 25(2), 105-112.
- Dankhe, G. L. (1986). *Investigación y comunicación*. México: McGraw Hill.
- Florenzano, R. (1998). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Fritsch, R., Escanilla, X., Goldsack, V., Grinberg, A., Navarrete, A., Pérez, A., Rivera, C., González, I., Sepúlveda, R., y Rojas, G. (2006). Diferencias de género en el malestar psíquico de estudiantes universitarios. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 43, 22-30.
- Herrera, H.; Reyes, G. (2016). *Los problemas psicosociales de los universitarios hoy*. Medellín: Funlam.

- Lehrer, J. A., Lehrer, E. L., & Oyarzún, P. B. (2009). Violencia sexual en hombres y mujeres jóvenes en Chile: Resultados de una encuesta (año 2005) a estudiantes universitarios. *Revista médica de Chile*, 137(5), 599-608. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872009000500002&lng=es&tng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000500002&lng=es&tng=es). 10.4067/S0034-98872009000500002.
- López, H., Kühne, W., y Pérez M. (2010). Características de consultantes y proceso terapéutico de universitarios en un servicio de psicoterapia. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 3(1), 99-107.
- Luján, S., Montenegro, A., Ponti, L., et al. (2012). Aprendiendo a ser estudiante universitario. Universidad Nacional de Río Cuarto. Recuperado de <http://www.unrc.edu.ar/unrc/academica/pdf/folleto-aprendiendo-ser-est.pdf>
- Micin, S., y Bagladi, V. (2011). Salud mental en estudiantes universitarios: incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en población que acude a un servicio de salud estudiantil. *Terapia psicológica*, 29(1), 53-64. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082011000100006&lng=es&tng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100006&lng=es&tng=es). 10.4067/S0718-48082011000100006.
- Pérez, M., Ponce, A., Hernández, J., y Márquez, A. (2010). Salud mental y bienestar psicológico en los estudiantes universitarios de primer ingreso de la Región Altos Norte de Jalisco. Recuperado de [http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/anteriores/14/014\\_Perez.pdf](http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/14/014_Perez.pdf).
- Póo, A., y Vizcarra, M. (2008). Violencia de pareja en jóvenes universitarios. *Terapia Psicológica*, 26(1), 81-88.
- Rodríguez, J., Fernández, A., Hernández, E., y Ramírez, S. (2006). Conductas agresivas, consumo de drogas e intentos de suicidio en jóvenes universitarios. *Terapia Psicológica*, 24(001), 63-69.
- Romero, M. I. (2009). Consumo de sustancias ilícitas y psicotrópicos entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Revista médica de Chile*, 137, 459-465. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872009000400002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000400002)
- Sánchez, C. (2010). Adicciones sin drogas un reto emergente para la salud mental. Ponencia presentada en IV Congreso internacional de adicciones. De las drogas a las dependencias no químicas. Medellín. Recuperado de <http://virtual.Funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/repositorioarchivos/2012/03/PonenciaDrCesarSanchezBello.1385.pdf>
- Senda. (2012). Observatorio Chileno de Drogas. Estadísticas. Recuperado de <http://www.senda.gob.cl/observatorio/estadisticas/poblacion-general/>



- Tapia, P., y Ornstein, C. (1999). Trastornos de alimentación en estudiantes universitarios. *Revista Psiquiatría Clínica*, 36(1), 7-10.
- Universidad Católica Silva Henríquez – UCSH. (2003). Modelo de Formación. Universidad Católica Silva Henríquez Ediciones UCSH. Chile.
- Universidad Católica Silva Henríquez – UCSH. (2007). Bases del Plan Común Universidad Católica Silva Henríquez. Chile.
- Universidad Católica Silva Henríquez – UCSH. (2012). Informe de Acreditación Institucional. Chile.
- Universidad Católica Silva Henríquez – UCSH. (2012). Informe de Caracterización de estudiantes nuevos. Chile.
- Universidad Católica Silva Henríquez – UCSH. (2012). Informe Institucional de Evaluación. Presentado a CNA. Comisión Nacional de Acreditación. Universidad Católica Silva Henríquez. Chile.
- Universidad Católica Silva Henríquez – UCSH. (2012). Proyecto Institucional. Plan de Desarrollo Estratégico 2012-2020. Chile.
- Zaldívar, D. (2002). Psicología y estrés: factores protectores. *Psicología*. Recuperado de <http://www.sld.cu/saludvida/psicologia/temas.php?idv=6091>

# **CAPÍTULO 12**

**PROBLEMÁTICAS  
PSICOSOCIALES EN EL ÁMBITO  
UNIVERSITARIO CON ÉNFASIS  
EN ADICCIONES: CASO  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE  
HONDURAS "NUESTRA SEÑORA  
REINA DE LA PAZ"**

## 12.1 Introducción

Durante la adolescencia y su transición a la adultez temprana, el ser humano experimenta cambios en todas las dimensiones de su vida. El ingreso a la vida universitaria es una de las épocas donde se marcan más la experiencia de crecimiento, acontecimientos importantes como la búsqueda de independencia, libertad, seguridad en sí mismo, socialización con pares. En la mayoría de los casos, esas búsquedas o luchas traen consigo frutos agradables que abonan al desarrollo positivo de la personalidad en todas sus dimensiones; sin embargo, no todos los jóvenes logran un adecuado proceso de adaptación, debido a experiencias dolorosas o negativas previas, desencadenando en situaciones que lejos de ayudarles a desarrollarse, les sumergen en una serie de problemáticas psicosociales, entre ellas la adicción, de las que en ocasiones no logran salir.

En el marco del Proyecto de Diplomatura en Problemáticas Psicosociales en el Ámbito Universitario con Énfasis en Adicciones, la Universidad Católica de Honduras “Nuestra Señora Reina de la Paz” (UNICAH), elaboró un diagnóstico de las problemáticas psicosociales existentes a nivel nacional.

Por su esquema multi-campus, con la intención de ampliar la cobertura en la formación de los profesionales y posteriormente en la atención de los estudiantes y demás miembros de la comunidad universitaria, la I Cohorte de la Diplomatura se integró por docentes y representantes de los Departamentos de Bienestar y Pastoral Universitaria de los Campus Santiago Apóstol de la ciudad de Danlí, San Pedro y San Pablo de la ciudad de San Pedro Sula, Dios Espíritu Santo de la ciudad de Choluteca, Jesús Sacramentado de la ciudad de Siguatepeque, Santa Clara de la ciudad de Juticalpa, San Isidro de la ciudad de La Ceiba, Santa Rosa de Lima de la ciudad de Santa Rosa de Copán, y Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Tegucigalpa.

En el presente capítulo se muestran inicialmente datos acerca de las problemáticas psicosociales existentes en Honduras, aportes de diferentes teóricos sobre el tema, explicaciones acerca de la metodología de la investigación utilizada, y finalmente los hallazgos que permitieron proponer un programa de prevención.

Se agradece particularmente a la Fundación Luis Amigó por compartir su experiencia institucional en la materia y preparar y mantener el espacio virtual para el intercambio con las demás Universidades, y al Centro Coordinador de la Investigación de la Federación Internacional de Universidades Católicas, por su apoyo decidido.

## 12.2 Problemáticas psicosociales en Honduras

La evolución del consumo de drogas constituye en cada país un fenómeno dinámico, condicionado por múltiples factores de carácter social y económico, con origen y dimensiones tanto internacionales, como nacionales y locales. En todos los ámbitos territoriales, el impacto que tiene el consumo de las distintas sustancias psicoactivas continúa siendo elevado, tanto en términos de sufrimiento e incapacidad personal evitable, como de morbilidad, mortalidad y otros costos sociales y sanitarios.

Por ello y sin dejar de reconocer la importancia del marco multidimensional que caracteriza la compleja realidad asociada al fenómeno de las drogas, los problemas y los daños evitables relacionados con los consumos de éstas, constituyen en conjunto uno de los principales problemas planteados en el ámbito de la Salud Pública en Honduras.

### 12.2.1 Consumo de drogas

De acuerdo con los datos proporcionados por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD. En su escrito sobre: *La violencia social y la inseguridad ciudadana: limitaciones centrales para la construcción de una ciudadanía activa, en el año 2006*. Cita datos proporcionados por el Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia (IHADFA), donde se hace evidente que en Honduras el consumo de alcohol en estudiantes de educación secundaria es del 40.7%, tabaco 37.9%, tranquilizantes 11.7%, existiendo mayor dependencia en jóvenes de 15 a 17 años. En la actualidad, de cada 100 estudiantes, 11 consumen alcohol, 7 consumen tabaco y 5 consumen drogas como marihuana, cocaína, tranquilizantes, estimulantes e inhalantes (Naciones Unidas, 2006).

En una investigación realizada a nivel nacional con estudiantes universitarios, se concluyó que aproximadamente el 25% de los jóvenes usan drogas, siendo las de mayor consumo las lícitas y de uso recreacional como las bebidas alcohólicas. Entre los resultados más sobresalientes, se mencionan que la edad media para el consumo es de 20 años, el estado civil es solteros, sin hijos, en su mayoría profesan alguna religión, la sustancia más utilizada en los últimos seis meses fue el alcohol consumido en ambientes sociales y recreacionales, y las drogas ilícitas en menores proporciones. Las razones de uso para las mujeres fueron: aliviar el cansancio, mejorar el rendimiento académico, y para los varones: divertirse y aliviar tensiones psicológicas (Buchanan y Pillon, 2008).

Otra investigación, en la que participaron 286 universitarios, reveló que el 67% de los estudiantes expresó haber consumido alcohol al menos una vez en la vida, y el 28% declaró consumirlo diariamente. La percepción de los estudiantes fue que el 62% de sus compañeros consumían tabaco y el 63% alcohol. El estándar percibido de consumo de drogas fue ligeramente más alto entre las mujeres que en los hombres (Santos Figueroa, Cunningham, Wright, Strike, & Brands, 2009).

El estudio realizado en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras mediante el Departamento de Enfermería, concluyó que el uso recreativo de alcohol está presente en la vida de los universitarios; el uso de sustancias psicoactivas produce un gran daño a la salud, principalmente el uso de alcohol. En el mismo, se identificó que el 74.9% de los estudiantes participantes en la investigación era abstemio, por lo que la atención de los investigadores se volvió hacia los bebedores, ya que estos a lo largo del tiempo están cambiando su patrón de consumo. En la caracterización de la muestra, se encontró que la mayoría eran jóvenes, pertenecientes a la religión evangélica, estudiaban y trabajaban al mismo tiempo (Matute & Pillon, 2008).

### 12.2.2 Violencia

La violencia y la inseguridad son dos de los flagelos que afectan e inquietan a la sociedad hondureña. Preocupa a la ciudadanía el crecimiento del narcotráfico y su vinculación con centros de poder político y público. Se establece por algunos analistas que el lavado de dólares y la denominada narco política, son dos fenómenos asociados y de creciente peligrosidad en la institucionalidad hondureña (Capellin, 2009).

Otro aspecto asociado a la violencia e inseguridad, radica en el hecho que la percepción ciudadana relaciona el delito con la figura omnipresente del marero o personaje identificado como un joven tatuado de barrios populares que utiliza la violencia de forma desmedida, y es causante de todos los delitos que ocurren en el país. Esta percepción generalizada sobre los jóvenes vinculados con pandillas, conlleva un proceso de estigmatización profundo hacia la población de los sectores populares, situación que refuerza la sensación de abandono y exclusión que sienten los jóvenes. Adicionalmente, no se visibilizan fenómenos delictuales que no se vinculan con las acciones de las pandillas en el país y que podrían ser responsabilidad de otros sectores (PNUD, 2006).

Las repercusiones de la violencia son complejas y extensas, y han producido un daño a la salud mental de la colectividad. Una encuesta de opinión del PNUD (2008) realizada en Honduras, reveló que más del 65% de las personas declaran su temor de caminar por las calles, y un 40% expresó haber dejado de visitar a alguien que apreciaban, por los riesgos durante el trayecto.

Frente a la violencia y la inseguridad, las políticas de los gobiernos han sido poco efectivas. El estado hondureño se encuentra rebasado por las diferentes manifestaciones de la violencia (Capellin, 2009).

Según un informe del PNUD, en el conjunto de países centroamericanos la tasa de asesinatos es de 44 por cada 100.000 habitantes, 11 veces el promedio mundial de cuatro por cada 100.000. En el 2010, la tasa de asesinatos en Honduras fue de 77,5 por cada 100.000 habitantes. Según la Organización Mundial de la Salud, la tasa considerada normal es de nueve homicidios por cada 100.000 personas, pudiendo considerarse epidemia a partir de los 10 (Flores & Urbina, 2012).

Durante el año 2011, se registraron un total de 9,799 muertes por causa externa ocurridas a nivel nacional, de las cuales 7,104 fueron homicidios con el 72.5% de los casos, colocándolos en el primer lugar de muertes.

En el análisis comparativo entre el 2010 y el 2011, se observa que el tipo de muerte de mayor incremento fue la muerte indeterminada con una diferencia del 45.1% (227 víctimas), también se observa que la muerte homicida presenta 865 muertes más que el 2010, es decir que presenta un incremento del 13.9%.

El fenómeno del homicidio ha tenido un comportamiento de tendencia creciente en los últimos ocho años en un 229.7%, ya que en el 2004 ocurrieron un total de 2,155 muertes homicidas en el país y para el 2011 esta cifra aumentó a 7,104 acumulando en este período un total de 33,933 muertes.

La vulnerabilidad del país refleja que se pasó de una tasa de 30.7 a 86.5 homicidios por cada 100.000 habitantes, lo que ha significado un aumento de 55.8 puntos en la tasa de homicidios (Observatorio de la Violencia, 2012).

### **12.2.3 Salud mental**

*En Honduras existe carencia de información estadística en torno a la temática de salud mental.*

De acuerdo con el informe sobre la Evaluación del Sistema de Salud Mental en Honduras publicado en el año 2008 (OPS/OMS), que hace referencia a la Política de Salud Mental en Honduras publicada en el año 2001, que incluye los siguientes componentes: organización de servicios de atención primaria en salud, recursos humanos, defensa y promoción de la salud mental, protección de los derechos humanos de los usuarios, igualdad de acceso a los servicios de salud mental, mejora de la calidad de atención y sistema de evaluación de los servicios de salud mental, desarrollo del componente de salud mental

en atención primaria, promoción de la salud mental, financiamiento y sistema de evaluación, en el país no existe legislación específica para salud mental. Hay referencias puntuales en algunos instrumentos legales como el Código Civil, el Código Sanitario, el Código Procesal Penal y el Código de la Familia.

En cuanto al financiamiento, el 1.75% del presupuesto gubernamental es para Servicios de Salud Mental. De todos los gastos, el 88% está dirigido a hospitales psiquiátricos y el 12% para servicios de salud mental no hospitalarios.

En relación con los derechos humanos, no existe en el país ningún organismo que vigile el estado de los derechos humanos de los usuarios de los hospitales psiquiátricos.

En cuanto a la organización, existe una autoridad nacional que proporciona asesoría al gobierno sobre políticas y legislación en salud mental. Los servicios de salud mental están relativamente organizados en términos de áreas geográficas, pero no todos los 18 departamentos del país cuentan con el recurso mínimo de atención. Existen 31 establecimientos ambulatorios, de los cuales 3 son exclusivos para niños y adolescentes. En general, los diagnósticos brindados por estos servicios son principalmente trastornos del estado de ánimo o afectivo (42%) y otros trastornos (30%).

La cantidad de recurso humano trabajando en el sistema de salud mental por cada 100,000 habitantes es de 6.12 profesionales. El desglose de acuerdo con la profesión es el siguiente: 0.82 psiquiatras, 0.67 médicos generales, 2.58 enfermeras, 0.78 psicólogos, 0.29 trabajadores sociales, 0.22 terapeutas ocupacionales y 0.76 de otras profesiones. La cantidad de profesionales graduados el último año en instituciones académicas por cada 100,000 habitantes es la siguiente: 0.05 psiquiatras, 2.61 médicos generales, 0.87 enfermeros con por lo menos un año de capacitación en atención de salud mental, y 0.95 psicólogos con por lo menos un año de capacitación en atención de salud mental.

En síntesis, el Programa de Salud Mental en Honduras cuenta con escaso recurso humano y financiero para la implementación de estrategias de impacto nacional. Se tiene como fortaleza la existencia de la Política de Salud Mental, que amerita ser implementada.

#### **12.2.4 Anorexia y bulimia**

Los estudios realizados en la población hondureña sobre trastornos de la conducta alimentaria son escasos. Dentro de la literatura médica nacional se encuentra un artículo del Dr. Américo Reyes Ticas (1986), que reporta tres casos de anorexia nerviosa y menciona la imagen corporal como un elemento alterado.

Así mismo, resulta alarmante la escasa información que existe sobre la prevalencia e incidencia de la anorexia y bulimia en el ámbito nacional. Sin embargo, se encontraron estadísticas del síndrome del comportamiento asociado con alteraciones fisiológicas y factores físicos que incluyen, entre otros, trastornos de la ingesta de alimentos: anorexia nerviosa típica y atípica, bulimia típica y atípica entre adolescentes en crisis en El Hospital Psiquiátrico Dr. Mario Mendoza, ubicado en la ciudad de Tegucigalpa. Estos trastornos fueron evaluados en jóvenes entre 14 y 19 años, de ambos sexos. Los datos arrojaron que desde el año 2003 hasta el 2005, se registraron 162 casos de este tipo (Naciones Unidas, 2006).

## 12.3 Importancia del problema para la UNICAH

La Universidad Católica de Honduras “Nuestra Señora Reina de la Paz”, inicia sus actividades en 1993, contando en la actualidad con ocho campus académicos, un campus corporativo y un campus de espiritualidad.

Su Misión es garantizar la presencia del catolicismo en la educación superior de Honduras. De forma congruente con su filosofía institucional, la UNICAH ofrece a sus estudiantes la oportunidad de recibir formación en valores espirituales, mediante su participación en un Seminario de Iniciación a la Vida Universitaria cuando ingresan, un Seminario de Madurez cuando llevan aprobado el 50% de sus clases, y un Seminario de Preparación a la Vida Profesional cuando están por graduarse. Adicionalmente, en los diferentes grados académicos se brindan clases sellos como Ética Profesional, El Hombre Frente a la Vida, Doctrina Social de la Iglesia, en las que con el apoyo de equipos de la comunidad universitaria con formación en Teología, se analizan las problemáticas a las que los estudiantes se enfrentan.

La población estudiantil en los últimos años, ha tenido un incremento en la demanda de los servicios de acompañamiento, asesoría psicológica y atención clínica, que desde los Departamentos de Bienestar y Pastoral Universitaria se ofrecen. Las demandas no se vinculan a temas relacionados directamente con las actividades académicas; más bien, se asocian a situaciones personales que los jóvenes viven y limitan su desarrollo emocional, social y psicológico.

A Honduras se le describe internacionalmente como uno de los países del mundo más violentos, donde el tráfico de drogas pasó de ser solamente tráfico y se volvió consumo. El crimen organizado ha penetrado las instituciones educativas públicas y privadas, la justicia social es cada vez menos equitativa, los niveles de embarazo en adolescentes crecen y en general, existe una crisis social que demanda con mayor



énfasis que los responsables de la educación superior consideren formar profesionales que sirvan a la sociedad donde se desenvuelven, con valores morales, conocimientos técnicos y fe sólida, en función de su realización personal y el bien común.

Por lo anterior, se consideró que esta investigación no solo era importante sino necesaria, para conocer con certeza cuáles son los problemas psicosociales que se presentan en los estudiantes, y a partir de su identificación, definir programas remediales y preventivos.

## 12.4 Objetivos

Identificar la problemática psicosocial existente en los estudiantes del pregrado, de los diferentes Campus de la Universidad Católica de Honduras “Nuestra Señora Reina de la Paz”.

Elaborar a partir de los hallazgos, un Programa de Prevención que permita la atención temprana y oportuna de la problemática existente.

## 12.5 Marco teórico

### 12.5.1 Conceptualización de problemáticas psicosociales

Las problemáticas psicosociales se pueden definir como todas aquellas necesidades que aparecen en el área personal, familiar y social del individuo, que se asocian a sus sentimientos y tienen relación con sus percepciones, su calidad de vida, su bienestar y su entorno; así que, estas problemáticas atañen prácticas sociales y las interacciones que siguen las personas en una comunidad, con sus instancias políticas y culturales de referencia.

A continuación, se realiza un análisis de las diversas problemáticas psicosociales que acontecen en el ámbito universitario, con el fin de generar conocimiento y posteriormente estrategias de intervención adecuadas, para el mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar social, emocional y efectivo de la población universitaria.

## 12.5.2 Consumo de drogas en jóvenes universitarios

El consumo de sustancias se ha presentado en las diferentes culturas desde tiempos inmemoriales, siendo así, un comportamiento inherente a la propia naturaleza humana y al que cada cultura le ha dado un valor diferente consumo, por lo que surge el interrogante: ¿Qué programa de prevención es el oportuno y adecuado para una población joven en particular?

Como lo manifiesta García-Rodríguez (1997), citado por Blanco y Rodríguez (2007), lo que realmente importa y preocupa no es la sustancia que se ingiere, sino que los jóvenes siguen asociando diversión con el consumo de alguna sustancia: noche con consumo, ocio con consumo, estableciendo como normativo lo que en principio se desvía del comportamiento de salud y se encuadra en un comportamiento de consumo.

Dentro del soporte teórico de la drogodependencia, se encuentra el Modelo de Brickman, elaborado por Brickman et al (1982) citado en Blanco y Rodríguez (2007 pp. 344-345) que se fundamenta en dos supuestos básicos: ¿Es la persona responsable de su adicción? y ¿Puede asumir un papel protagónico en el cambio de comportamiento para solucionar su problema?

Sus planteamientos pueden sintetizarse a continuación:

- » Modelo moral: se considera a la persona única responsable del inicio y desarrollo de la adicción, y por lo tanto, responsable de solucionar el problema que ha generado.
- » Modelo cultural o iluminativo: es la persona la única responsable de su iniciación y desarrollo, con el agravante de que no es capaz de superar el problema, si no cuenta con la ayuda de un poder superior.
- » Modelo médico: defiende que el individuo no es el responsable del origen ni de la solución del problema de drogodependencia. Esta es entendida solamente como síntoma de una enfermedad, cuya solución pasa necesariamente por la ayuda de un profesional cualificado.
- » Modelo compensatorio: no considera a la persona responsable del inicio y desarrollo de la drogodependencia, pero sí de su solución. La etiología de la adicción radica en factores biológicos y de aprendizaje que son ajenos al control de la persona en su iniciación y desarrollo.

Por otro lado, desde las teorías psicológicas, Botvin y Botvin (1993), citados por Blanco y Rodríguez (2007), consideran que los factores psicosociales que interviene en el consumo de drogas son parte de la evolución normal del sujeto, entre ellos:

- » La presión del grupo. En la etapa adolescente e inicios de la adultez emergente, el grupo de iguales tiene un papel representativo como un “lugar seguro”, una forma de protección del mundo adulto. Los jóvenes tienen la oportunidad de descubrir la realidad fuera de la familia, la que pasa a un segundo plano.
- » La conformidad, evidenciada como la clara dependencia que va adoptando el joven hasta llegar al punto de generar una conducta de conformidad.
- » El desarrollo cognitivo. Diferentes habilidades cognitivas que va adquiriendo el joven, le permiten enfocar los problemas con nuevas posibilidades de solución, así como alternativas diferentes para transgredir la norma. Las pautas morales son menos rígidas a la hora de manejar las categorías de bueno o malo.
- » La formación de la identidad que hace que el joven se vuelva consciente de su imagen ante los demás. Los jóvenes pueden verse inducidos al consumo de drogas por mantener una imagen social determinada que se asemeje a otros jóvenes.

En este orden de comentarios, el joven se encuentra en lo que se puede considerar una indefinición personal, aunada al deseo de llegar a ser un adulto, crecer y lograr la independencia que puede conllevar a la transgresión de las normas impuestas por los mayores, además de la necesidad de encontrar su propia identidad, que da lugar a que se sienta principalmente atraído por el grupo de iguales. Aunque la influencia familiar no se extingue, el grupo de amigos se convierte en el agente principal de socialización. En este contexto, se suelen producir los primeros pasos en el consumo de las drogas, generando aprendizajes de actitudes, valores, normas, creencias y comportamientos desviados de lo que socialmente se considera como correcto o adecuado.

En investigaciones consultadas, se observa como la actitud de los jóvenes al consumo de sustancias psicoactivas es más favorable cuanto menor es la percepción de riesgo, mayores las creencias distorsionadas y más permisiva la disposición para el consumo del alcohol y otras drogas ilegales. Otros factores son la relación con el grupo de iguales consumidores de drogas, las conductas antisociales e indicios de búsqueda de atención (Moral, Rodríguez, y Sirvent, 2006).

García Rodríguez (1988) citado en Blanco y Rodríguez Marín (2007) en su libro intervención psicosocial, lejos de hacer un análisis exhaustivo, ha sugerido que un factor determinante en el consumo es la disponibilidad para la adquisición de sustancias, sobre todo en las edades más tempranas, lo que conduce a las drogas de uso legal (alcohol y tabaco) como las de mayor consumo (García del Castillo, López, Rodríguez- Marín, Cañadas, & Mirra, 2007).

Hay que hacer notar que no todos los jóvenes se involucran por igual en el consumo de sustancias psicoactivas, para muchos se limita a un periodo de experimentación transitorio, sin embargo para otros, estos primeros contactos van seguidos de una progresión a comportamientos rutinarios y fatales.

Finalmente, a partir de este enfoque psicosocial, se pueden crear programas y realizar acciones preventivas para disminuir el consumo de sustancias, concientizar a la juventud de los riesgos que enfrentan al no limitar su ingesta y al considerar que poseen la capacidad de autocontrol y autodominio, que son parte del sentimiento de invulnerabilidad, que se manifiesta en lo que en psicología se conoce como fábula personal.

La sensación de inmunidad frente a los riesgos que puede acarrear una conducta de consumo, la curiosidad por experimentar nuevas prácticas, el interés por el riesgo y una orientación hacia el aquí y el ahora sin analizar las consecuencias futuras, pueden también facilitar una conducta errónea y la adicción al consumo de sustancias psicoactivas.

### **12.5.3 El ejercicio sexual en los universitarios**

La sexualidad es considerada un elemento importante en la existencia de los seres humanos. Se construye a lo largo de toda la vida, es cambiante, creciente, dinámica y compromete lo psicológico, lo social y lo biológico.

Entre los factores que la determinan se encuentran los biológicos, que se refieren al desarrollo del cuerpo; los culturales que incluye aspectos de género, entendiéndose por este término las normas de comportamiento que la sociedad considera como propias de los varones o de las mujeres; y los psicológicos, que incluye la identidad sexual, experiencia, opinión, actitud (USAID, s.f.).

La sexualidad es un tema sobre el que se discute mucho, pero se actúa poco. Diferentes publicaciones coinciden en señalar que los jóvenes poseen escasos conocimientos sobre reproducción y sexualidad. Se puede afirmar que no hay ninguna otra área del ser que provoque sentimientos más variados. Para muchas personas, los sentimientos son tan intensos que aun la búsqueda de su razón, plenitud y gozo puede verse interferida por su contexto social.

La juventud hoy en día enfrenta grandes desafíos y presiones en lo personal, lo académico, familiar, lo social. Solamente recibiendo la oportuna y adecuada información, así como logrando desarrollar las habilidades necesarias para enfrentarlos, como plantea Daniel Goleman (2008) en su teoría sobre intelligen-

cia emocional y sus cinco dimensiones básicas: autoconciencia, autocontrol, automotivación, empatía y habilidades sociales, es que el joven podrá tener mayores opciones u oportunidades para afrontar con madurez y responsabilidad estos desafíos y no sucumbir ante las presiones.

El aspecto sexual suele ser el de mayor conflicto debido a las presiones a las que son sometidos, generalmente por sus amigos o por sus parejas. Estas presiones los llevan a experimentar a temprana edad relaciones sexuales sin medir consecuencias, obteniendo como resultado embarazos no deseados, conductas de riesgo como prácticas de abortos, promiscuidad, enfermedades de transmisión sexual, problemas familiares, matrimonios adolescentes, divorcios, retraso y abandono de sus estudios, entre otros.

Tanto la conducta de promiscuidad como la actitud de trivializar las relaciones sexuales, va en crecimiento. La sexualidad se ve como un pasatiempo, un entretenimiento, algo que se debe practicar o experimentar sin medir sus consecuencias. Esta actitud podría verse reforzada u originada a partir de la cultura machista, que promueve la experimentación sexual a temprana edad en el varón, viendo esto como algo digno de admiración y de alabanza; un joven promiscuo es el centro de las miradas de sus compañeros quienes lo consideran un héroe.

La influencia de culturas de países desarrollados que promueven la libertad sexual, los medios de comunicación que han sometido a la juventud y a la niñez a un bombardeo de escenas sexualmente explícitas en programas, anuncios, videos, novelas, películas, música, haciendo efectivo un adoctrinamiento donde el sexo tiene un valor fundamental, y el hecho que los padres no asumen un rol protagónico en la orientación o educación sexual de sus hijos, recibiendo ellos una información errónea o distorsionada, han contribuido a incrementar el problema.

### **12.5.4 Dependencias no químicas**

Morris y Maisto (2009) en su obra sobre Psicología, relatan que las causas del abuso y dependencia son complejas y que existe una combinación de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que varían de una persona a otra. No existe en sí una explicación general, pero los psicólogos han identificado una serie de factores que hacen más probable que una persona llegue a abusar de las drogas.

Factores biológicos. Hay evidencia de una base genética en las personas con conducta adictiva. Las personas cuyos padres biológicos tienen problemas de adicción, tienen mayores probabilidades de incurrir en ésta. Los estudios de gemelos sugieren que la tendencia a las adicciones podría tener al menos en cierto grado, una base hereditaria. Sin embargo, los psicólogos no han alcanzado un consenso acerca del papel exacto que juega la herencia en las conductas adictivas.

Factores psicológicos, sociales y culturales. El hecho de que una persona desarrolle una conducta adictiva depende de sus expectativas, del escenario social y de las creencias y valores culturales. En ocasiones, el esperar que una droga produzca un efecto es suficiente para producirlo. En algunos estudios de laboratorio se ha comprobado que, al ofrecer placebos a los participantes, se comportan como si realmente hubieran consumido las drogas.

El escenario en el que se desarrollan las conductas adictivas es otro determinante importante de sus efectos. Una persona que desarrolla una adicción porque piensa que necesita una droga para superar sus inhibiciones sociales, para ser aceptada, querida o admirada tiene más probabilidad de caer en el abuso que alguien que no tiene esas necesidades o que lo hace solo por divertirse.

El ambiente familiar en que crece un niño también moldea las actitudes o creencias hacia la adicción. Estudios recientes han demostrado que los niños tienen mayor probabilidad de desarrollar una adicción, si en su familia se tolera o alienta la búsqueda de excitación o placer.

Los adolescentes que han sufrido ataques físicos o abuso sexual están en mayor riesgo de desarrollar adicciones. Algunas investigaciones indican que las actitudes y las conductas de hermanos y amigos, tienen tanto o más impacto en los jóvenes que las de los padres.

La cultura juega un papel significativo en la determinación del consumo y la adicción. En algunas culturas, como por ejemplo en las sociedades musulmanas o mormonas donde el alcohol está prohibido, los jóvenes no tienen menos problemas relacionados con su consumo. En otras culturas es tradicional beber alcohol en comidas y reuniones familiares, los niños son introducidos al consumo de alcohol a temprana edad y tienen oportunidad de observar la bebida social moderada y la ridiculización de la embriaguez. El alcohol no tiene el atractivo de ser un placer prohibido. En otras, el alcoholismo por lo general está restringido a individuos que están distanciados de las familias y su cultura. Adicionalmente, cada vez que se enciende la radio y la televisión, o que se abre una revista o se navega en internet, se pueden apreciar anuncios que prometen un sin número de ventajas psicológicas, sociales o de autoestima si se compra el producto, provocando en el individuo la necesidad de adquirirlo. Si lo compra se sentirá mejor, creencia cultural que hace desarrollar conductas adictivas.

Respecto a las diferentes teorías psicológicas que explican las adicciones se consideran las siguientes:

La Teoría Freudiana hace énfasis en que las adicciones son un sustituto de una sexualidad reprimida. La sociedad bajo su estricto control moral hace al individuo reprimir sus impulsos sexuales y agresivos dejando un espacio vacío en su psiquis que debe ser ocupado con algo, por lo que surgen las adicciones. También sitúa así las adicciones, como una fijación en la etapa oral que se da de los 0 a los 18 meses; la

fijación se produce cuando la necesidad oral-sexual no se satisface completamente y hay una represión de su instinto natural, que en la adultez se convierte en una adicción. Freud (1929) le da énfasis en las adicciones a la estructura inconsciente de la personalidad o ello, que se guía por el principio del placer y trata de obtenerlo de forma inmediata evitando el dolor. El adicto busca anestesiarse el dolor con el placer de la adicción, sustituyendo una cosa por otra.

Desde la perspectiva psicodinámica, Alfred Adler (1870-1937) acuñó el término compensación como mecanismo mediante el cual el individuo trata de superar sus debilidades físicas o psicológicas. Amplió la perspectiva Freudiana afirmando que las personas tratan de superar sus sentimientos de inferioridad y cuando no lo logran, buscan compensación en las adicciones (Morris & Maisto, 2009).

Desde la perspectiva conductista, las adicciones son comportamientos aprendidos. La conducta adictiva es producto del condicionamiento clásico y del condicionamiento operante. El primero, ocurre cuando la conducta de consumir es pareada con estímulos agradables, como por la admiración y la popularidad que despierta un joven entre sus compañeros en el momento inmediato en que lleva a cabo la conducta adictiva. El condicionamiento operante ocurre cuando el joven obtiene algo gratificante por su conducta adictiva. La persona aprende a emitir la conducta adictiva debido a los efectos placenteros que le generan (reforzamiento positivo); o aprende a emitir la conducta adictiva para evitar los efectos aversivos o negativos (reforzamiento negativo) (Morris & Maisto, 2009).

La perspectiva del Aprendizaje Social de Albert Bandura sostiene que los seres humanos no solo aprendemos de la experiencia directa, sino que también aprendemos observando modelos importantes, significativos o atractivos. Según esta perspectiva, las adicciones son conductas aprendidas de modelos atractivos para el adicto, puede ser un padre, un amigo, un cantante, modelo o actriz famosa (Morris & Maisto, 2009).

La perspectiva biológica sostiene que hay factores neurobiológicos que predisponen al individuo a desarrollar conductas adictivas, en especial, el déficit del neurotransmisor cerebral dopamina que está relacionado con el placer y las emociones (Morris & Maisto, 2009).

### 12.5.5 Violencia

La violencia social se ha convertido en uno de los principales obstáculos para la construcción de ciudadanía.

En sus términos más genéricos, se entiende por violencia toda resolución o intento de resolución por medios no consensuados, de una situación de conflicto entre partes enfrentadas, que conlleva una acción de imposición que puede efectuarse o no con presencia manifiesta de fuerza física. De esta forma, la violencia es entendida como una situación social que tiene como mínimo un par de actores, y se descarta la connotación instrumental que confunde violencia con uso de la fuerza (Aróstegui, 1994).

Las causas de la violencia e inseguridad están vinculadas a factores estructurales de exclusión, desigualdad social y fragilidad institucional. Iguales importancias tienen los factores culturales relacionados con las maneras de enfrentar el conflicto, el portar armas, la construcción de ciudadanía, las formas de apropiación del espacio público y otros.

La Organización Mundial de la Salud llama la atención sobre el aumento de la violencia en el mundo. Más de 1.6 millones de personas en todo el mundo pierden la vida violentamente. La violencia es la principal causa de muerte de la población en edad comprendida entre los 15 y 44 años. Es responsable del 14% de las defunciones en la población masculina y del 7% en la femenina. La tasa mundial de homicidios es de 8.8 por cada 100,000 habitantes. América Latina tiene una de las tasas más elevadas de muerte por homicidio (PNUD, 2004, como se citó en Flores, 2006).

El cuadro general de la violencia y la criminalidad en América Latina ha dejado ya de ser un territorio ignoto, para presentar algunos segmentos bastante identificados, al mismo tiempo que conserva otros en los que la evidencia no está tan clara y sobre todo, lo que es peor, mantiene algunos mitos cognitivos de difícil remoción. Uno de los ámbitos que concentra identificación precaria, mitología abundante e indiferencia social, es precisamente el referido al segmento poblacional que está pagando la principal factura vital de la inseguridad en América Latina: la población joven y en particular, los jóvenes varones.

La población joven representa el 36.6% del total de homicidios en América Latina, frente al 16.1% en África, el 12% en Norteamérica, el 2.4% en Asia, el 1.6% en Oceanía y el 1.2% en Europa (Soletterre, 2008, como se citó en Gomáriz, 2011).



## 12.5.6 Salud mental en universitarios

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2004, p. 12). Por ende, está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. La salud mental no es solo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, que puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Según Amalio Blanco (2007), el bienestar del individuo mediante el cual se potencia el desarrollo personal, social, la calidad de vida, la felicidad y por ende, la salud mental, está protagonizado por tres grandes ideas. La primera, se remonta a la tradición hedónica que defiende la hipótesis que la vida del ser humano está motivada por el logro de la felicidad y dirigida a la consecución del máximo beneficio en todos los ámbitos de su existencia; en palabras de Diener (2002), quien puede ser considerado como su máximo representante, citado en Blanco y Rodríguez (2007, p. 15), el bienestar subjetivo se define como las evaluaciones cognitivas y afectivas que una persona hace en torno a su vida. El bienestar es el nivel de satisfacción personal conseguido de acuerdo con nuestras oportunidades vitales (recursos sociales, personales, aptitudes individuales), el discurso de los acontecimientos de la vida y la experiencia emocional experimentada y vivida como conclusión de todo ello.

La segunda idea se enfoca en el bienestar psicológico, el cual presta atención de manera especial al desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal como los principales indicadores del funcionamiento positivo.

Y la tercera hipótesis, el bienestar social recupera un modelo de sujeto dentro de un contexto; un sujeto socio-histórico inserto dentro de una red de relaciones interpersonales e intergrupales, cuyas experiencias vitales no son ajenas a los acontecimientos del mundo que lo rodea.

Keyes (1988), citado por Blanco y Rodríguez (2007, p. 18), en su modelo de bienestar social, aborda como dimensiones de salud social positiva, las mismas que se enumeran a continuación:

Las personas sanas se sienten parte de la sociedad, mientras que el aislamiento social, la soledad, el extrañamiento y la falta de integración son síntomas de un mal funcionamiento psicológico.

- » Las personas socialmente adaptadas sostienen concepciones favorables sobre la naturaleza humana y se sienten confortables en compañía de otros.
- » La alienación, el fatalismo y la resignación son la contrapartida psicológicamente insana, de la contribución social, de la creencia en el valor de lo que hacemos, de la auto-eficacia.
- » La gente más sana es aquella que tiene esperanza respecto al futuro de la sociedad y confía en poder ser beneficiaria y participe del bienestar que la sociedad genera.
- » Las personas más sanas no solo se preocupan por el mundo en el que les ha tocado vivir, sino que además se sienten capaces de entender lo que ocurre a su alrededor.
- » Un indicador de salud es asimismo el sentimiento de coherencia personal.

En síntesis, el tema de la salud mental no concierne solo a los aspectos de atención posterior al surgimiento de desórdenes mentales evidentes, sino que corresponde al terreno de la prevención de los mismos con la promoción de un ambiente socio-cultural determinado por aspectos como la autoestima, las relaciones interpersonales y otros elementos que deben provenir desde la educación primaria. Esta preocupación no concierne únicamente a los expertos, sino que forma parte de las responsabilidades del gobierno de una nación, de la formación en el núcleo familiar, de un ambiente de convivencia sana en el vecindario, de la responsabilidad asumida por los medios de comunicación y de la consciente guía hacia una salud mental en la escuela y en los espacios de trabajo y estudio en general.

### **12.5.7 Anorexia y bulimia**

La presencia de conductas alimentarias de riesgo en la población adolescente se ha convertido en un problema social; los jóvenes universitarios están siendo susceptibles a factores como la insatisfacción corporal, preocupación por el peso y la influencia o presión social por medio del estético corporal de la delgadez, sin importar el contexto socioeconómico en el que se desenvuelve a nivel familiar, social o escolar (Ávila et al., 2007).

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), como anorexia y bulimia, son enfermedades mentales relacionadas con la ingesta alimentaria y caracterizadas por la preocupación excesiva por el peso y la imagen corporal. La anorexia se identifica por restringir el alimento por miedo a aumentar de peso y distorsión de la imagen corporal; mientras que la bulimia se caracteriza por comer vorazmente grandes cantidades de alimentos en un breve periodo de tiempo, seguido de un intenso sentimiento de culpabilidad y auto-desprecio, desarrollando conductas purgativas o compensatorias (DSM-IV, como se citó en Morán, Cruz & Iñárritu, 2009).

La modificación de los hábitos alimentarios para conseguir una imagen adecuada a la estética dominante, constituye un problema de salud emergente en las sociedades. La gran presión social a la que se ven sometidos determinados estratos de la población, en particular mujeres adolescentes y jóvenes, con la imposición de un modelo estético de extrema delgadez, hace que la preocupación por la imagen corporal haya trascendido al mundo de la salud, tanto física como mental (Montero, Morales y Carbajal, 2004, citado por Villagrán, Ruiz y Rodríguez, s.f.).

En suma, las personas con problemas de la imagen corporal, más que tener dificultades con su cuerpo real, los tienen con un cuerpo imaginario y este se convierte en el valor más importante, que conduce a las características psicopatológicas de los TCA, como deseo sobrevalorado y obsesivo de la delgadez extrema y pánico a engordar (Mancilla et al., 2006, citado por Villagrán et al., s.f.).

Gempeler (2004), citado por Marín y Bedoya (2008), encontró que la distorsión de la imagen corporal es un fenómeno central en el diagnóstico y tratamiento de los TCA. Sin embargo, llama la atención el hecho de que, aunque es importante su papel en el curso y pronóstico de la enfermedad, solamente unos pocos autores se han aproximado al fenómeno realizando investigaciones acerca de la construcción corporal en personas diagnosticadas con este tipo de trastornos.

Existen una serie de discursos que reconocen en los trastornos de la conducta de la alimentación, un espectro cualitativo, experiencial y social. Así, la anorexia y la bulimia no son únicamente sus manifestaciones clínicas, sino que además involucran una serie de elementos personales y socioculturales que favorecen su aparición en un contexto particular y en sujeto singular.

Según Gracia Arnaiz (2001), citado por Marín y Bedoya (2008), la categoría nosológica anorexia nerviosa, es una construcción social que se corresponde y varía en función del contexto en que se conforma. Adopta las características de un síndrome delimitado culturalmente en el seno de las sociedades occidentales de tradición cristiana.

López, Nuño, y Arias (2006), citados por Marín y Bedoya (2008), reconocen que en la actualidad se comparte la percepción de que la delgadez corporal se asocia a una serie de características personales que de algún modo son “deseables”, como la belleza, la elegancia, el prestigio, la higiene, la juventud, la autoestima alta y la aceptación social; por lo que la delgadez adquiere el carácter de medio para conseguir todos aquellos valores. Así mismo, los modelos sociales, el grupo de pares y familiares, el bombardeo publicitario, los halagos de quienes las aprecian y, en última instancia, las cogniciones aprobatorias, son un reforzador de los ayunos, abstinencias y demás prácticas encaminadas a conseguir un cuerpo delgado.

En esta misma línea, Castillo (2006, como se citó en Marín y Bedoya, 2008) propone que en la sociedad contemporánea nos enfrentamos a ideales imposibles que muestran la delgadez como símbolo de independencia, éxito social, personal y profesional. Los valores tradicionales quedan relegados y se enaltecen los estéticos artificialmente contruidos. Para la autora, este marco social se ha convertido en el caldo de cultivo para los trastornos de la conducta alimentaria.

Finalmente y complementando la mirada culturalista, Araya (2001, como se citó en Marín y Bedoya, 2008) expone que la anorexia tiene su génesis en el fuerte imperativo cultural que hace de la delgadez el principal atributo de la belleza femenina. Para el modelo cultural, los discursos reproducidos por la televisión, cine, prensa e internet, alimentan la preocupación por la delgadez femenina y operan como estímulo primordial para la génesis de la anorexia.

## 12.6 Metodología

El enfoque de la investigación fue cuantitativo, descriptivo, transversal. Los datos obtenidos permitieron identificar las problemáticas psicosociales existentes en los estudiantes del pregrado de la Universidad Católica de Honduras «Nuestra Señora Reina de la Paz» en sus diferentes campus, entre el tercer período del 2012 (de septiembre a diciembre), y el primer período del 2013 (de enero a abril).

### 12.6.1 Población y muestra

La muestra la integraron estudiantes universitarios entre las edades de 16 a 35 años, provenientes de los diferentes campus y las diferentes carreras que ofrece la Institución; de ambos sexos y diferente estado civil. En relación a la ocupación, todos eran estudiantes activos (matriculados), algunos estudiaban y trabajan, y otros solamente se dedican a estudiar.

La población estudiantil de la UNICAH en ese momento era de 15,800 estudiantes a nivel nacional. Para la investigación, cada campus realizó un muestreo conforme a la población propia de su zona. La fórmula utilizada fue la siguiente:

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

Donde:

$n$  = el tamaño de la muestra.

$N$  = tamaño de la población.

$\sigma$  Desviación estándar de la población, con un valor constante de 0,5.

$Z$  = Es un valor constante que, si no se tiene, se lo toma en relación al 95% de confianza que equivale a 1,96 (como más usual).

$e$  = Límite aceptable de error muestral de 5% (0.05).

## 12.6.2 El instrumento de investigación

La recolección de datos se llevó a cabo a través de una encuesta. Se elaboró un primer instrumento con 31 reactivos. Se aplicó la prueba piloto a 800 estudiantes provenientes de los diferentes campus. Se sugirió por parte de un panel de expertos corrección de las preguntas 1, 7, 12 y 15, con lo que se procedió a la aplicación de una segunda prueba piloto.

El segundo instrumento fue aplicado de nuevo para su validación en igual número de estudiantes, manteniendo finalmente 31 ítems.

## 12.6.3 Procedimiento de análisis de datos

Una vez aplicado el instrumento, se procedió a la elaboración de tablas y gráficos por cada pregunta, utilizando Excel.

Las adicciones que se exploraron fueron: uso de drogas ilícitas, bullying, relaciones sexuales, hábitos alimenticios, salud mental, y se adicionaron preguntas relacionadas con juegos de azar.

Los resultados se presentan inicialmente por pregunta y luego se analizan las respuestas obtenidas por cada adicción explorada. Se dispone también una breve caracterización de la muestra, con base en variables demográficas.

## 12.7 Hallazgos

A continuación se presentan los hallazgos que responden al objetivo: identificar la problemática psicosocial existente en los estudiantes del pregrado, de los diferentes campus de la Universidad Católica de Honduras “Nuestra Señora Reina de la Paz”.

### 12.7.1 Hallazgos demográficos

En la variable sexo, el 55.67% pertenecen al sexo femenino y 44.33% al masculino.

La variable edad se agrupó en los siguientes intervalos: de 16 a 19 años (34.03%), de 20 a 23 años (51.19%), de 24 a 27 años (10.59%), de 28 a 31 años (2.67%), y de 32 a 35 años (1.52%).

De los estudiantes encuestados por ocupación se obtuvieron los siguientes resultados: dedicados exclusivamente al estudio 97.73%, y con otras ocupaciones 2.09%.

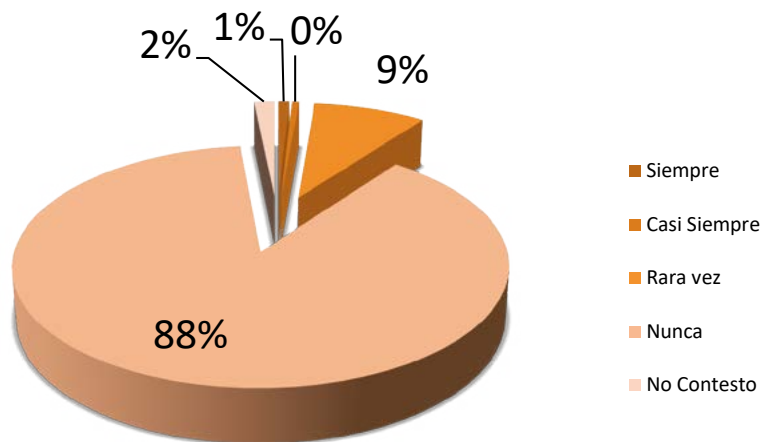
De los estudiantes encuestados, el 89.29% indicó como estado civil soltero; 0.56% tienen condición de divorciados; 4.36% están casados; y 1.07% en condición de unión libre; 83 de los encuestados no respondieron a la pregunta.

## 12.7.2 Hallazgos por preguntas

### Uso de Drogas Ilícitas (Preguntas de la 1 a la 6 del instrumento)

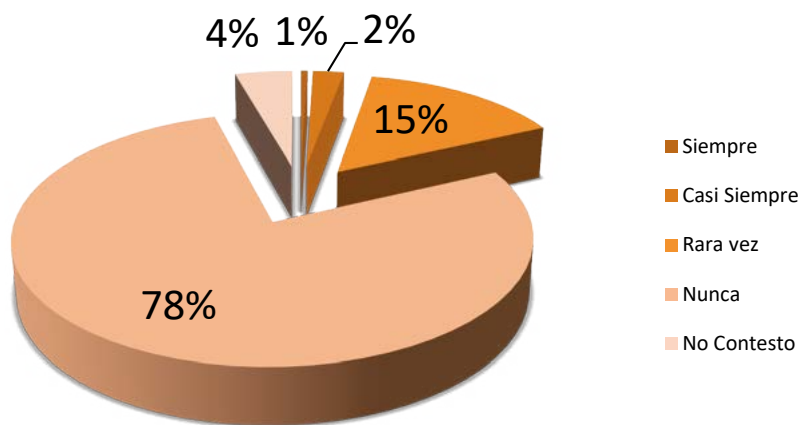
De todos los estudiantes encuestados (1776) a nivel nacional, el 88% expresó NUNCA haber usado drogas para relajarse o aliviar la ansiedad. El 10% afirma tener alguna experiencia con drogas (ver Figura 1).

**Figura 1.** ¿Has usado alguna vez drogas para relajarte o para aliviar la ansiedad?



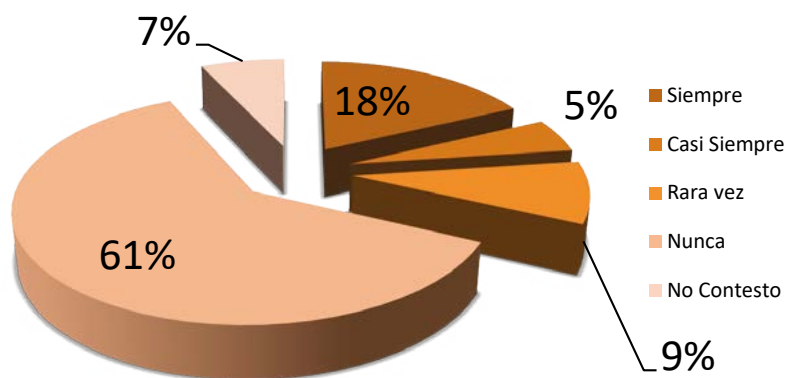
Del 10% de encuestados que tuvieron alguna experiencia usando drogas, el 18% (Siempre, Casi Siempre y Rara Vez) usó más droga de lo planeado al momento de consumirla (ver Figura 2).

**Figura 2.** ¿Te ha sucedido que usas más drogas de lo que tenías planeado?



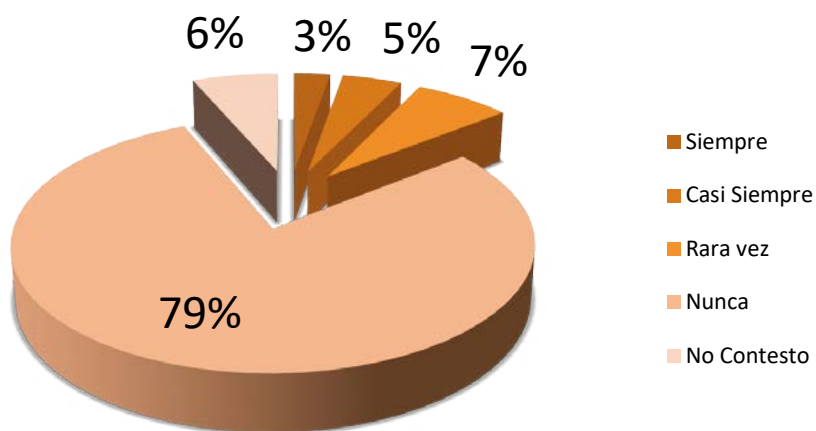
El 32% de los que consumieron drogas, siente algún grado de culpabilidad después de haberlas consumido. Se observa que la mayoría (61%) no tiene sentimiento de culpabilidad (ver Figura 3).

**Figura 3.** Luego de estar usando drogas ¿te sientes culpable o arrepentido de lo que hiciste?



Solo el 15% de los que han tenido una experiencia consumiendo drogas afirmó que su rendimiento se ve afectado. El 79% indicó que no se ve afectado de ninguna forma (ver Figura 4).

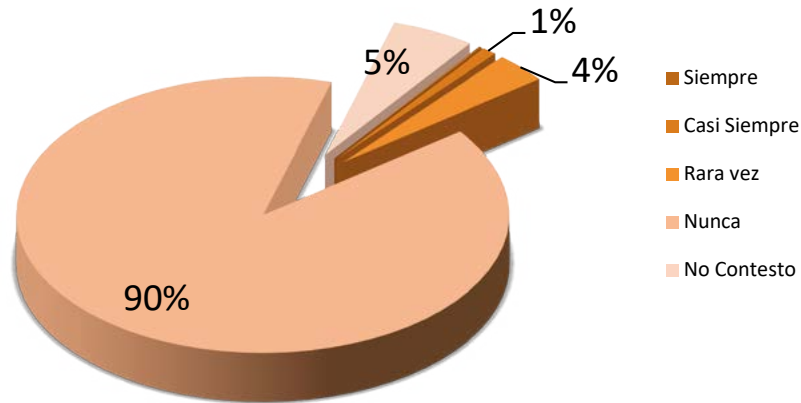
**Figura 4.** ¿Se ve afectada tu productividad por estar usando drogas?





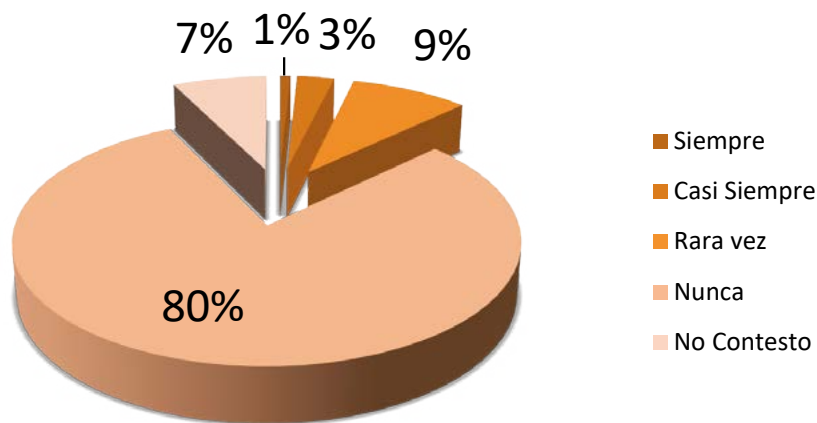
De los encuestados con experiencia consumiendo drogas, el 90% afirmó NUNCA haber sido acusados por incidentes causados por el uso de drogas. Mientras que el 5%, manifestó haber tenido alguna situación o accidente por el uso de las drogas (ver Figura 5).

**Figura 5.** ¿Fuieste acusado, conducido o detenido por cualquier situación o accidente relacionado con tu uso de drogas?



De los encuestados con experiencia en consumo de drogas, el 80% indicó NUNCA haber gastado dinero en el consumo de drogas y, apenas el 13% expresó haber tenido este conflicto. El 7% no contestó a este ítem (ver Figura 6).

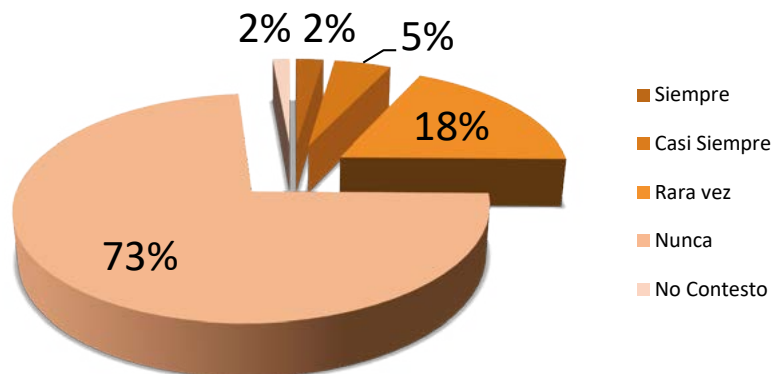
**Figura 6.** ¿Sientes que estás gastando mucho dinero en el consumo de drogas?



*Juegos de azar (preguntas de la 7 a la 11 del instrumento)*

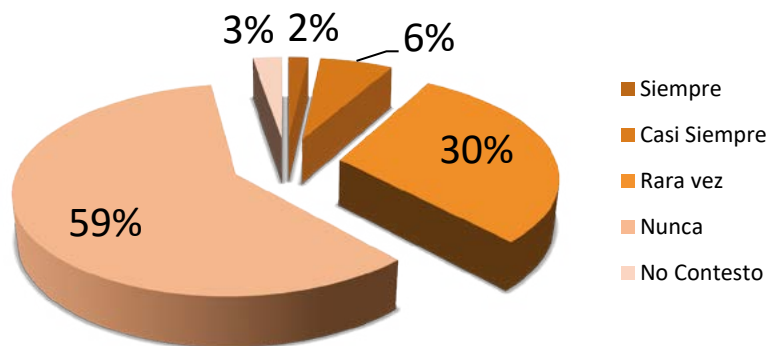
De los encuestados, el 73% expresó NUNCA haber practicado juegos de azar para aliviar tensión, depresión o aburrimiento, y el 25% del total manifestó haber tenido esta experiencia. El 2% no contestó este ítem (ver Figura 7).

**Figura 7.** ¿Practicas juegos de azar para aliviar la tensión, la depresión o el aburrimiento?



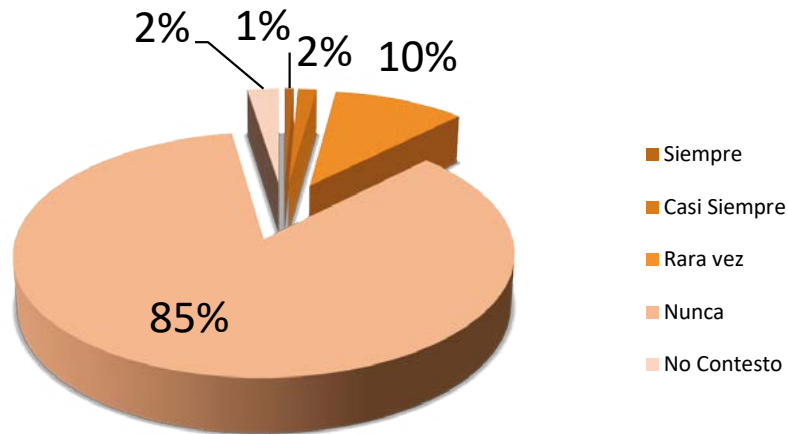
El 38% de los encuestados que participan en juegos de azar han experimentado invertir más tiempo de lo planeado; en comparación con el 59% que refieren nunca haber utilizado más tiempo de lo planeado en estos juegos. El 3% no contestó este ítem (ver Figura 8).

**Figura 8.** ¿Utilizas más tiempo de lo planeado en el entretenimiento de los juegos de azar?



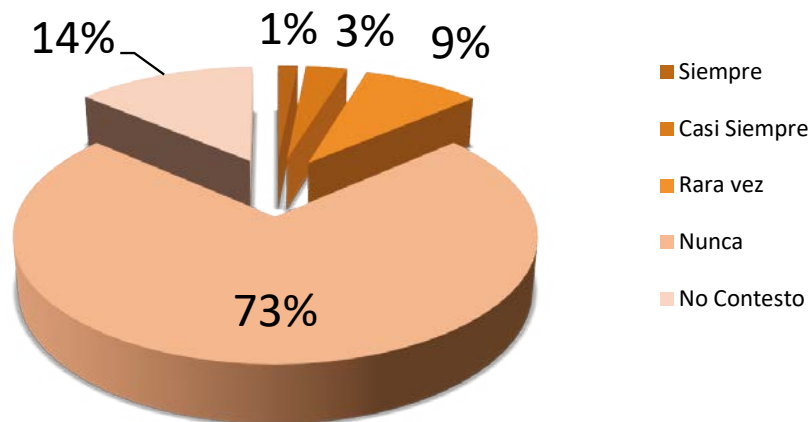
De los encuestados que participan en juegos de azar, el 85% expresó NUNCA haber tenido un incidente de socialización por juegos de azar; mientras que el 13% aseguró que sí lo han tenido. El 2% no contestó este ítem (ver Figura 9).

**Figura 9.** ¿Los juegos de azar te impiden socializar con tus amigos o familia?



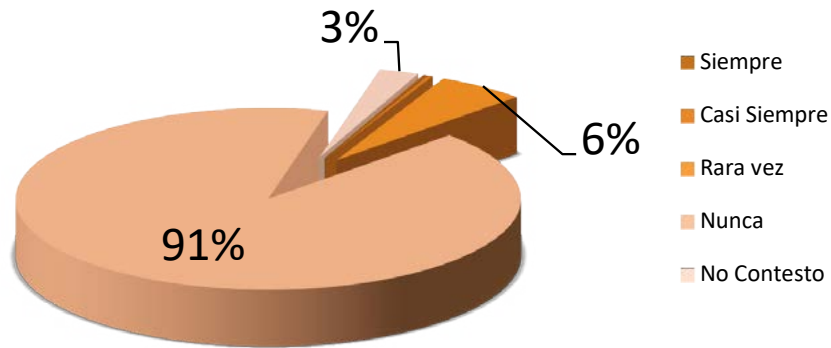
De los jugadores, el 73% expresó NUNCA haber practicado juegos de azar para llenar el vacío de una pérdida de una persona o relación. El 13% afirmó en algún momento haber utilizado los juegos de azar para llenar un vacío existencial. El 14% no contestaron este ítem (ver Figura 10).

**Figura 10.** ¿Juegas para llenar el vacío proveniente de la pérdida de una persona o relación importante en tu vida?



De los jugadores, el 91% afirmó NUNCA haber cometido fraude para financiar sus juegos de azar. El 6% refirió haber realizado alguna de estas acciones para financiar su juego. El 3% no contestó este ítem (ver Figura 11).

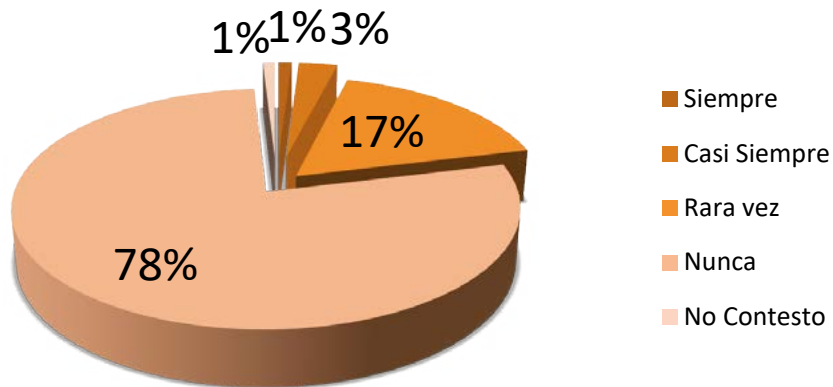
**Figura 11.** ¿Has cometido alguna vez fraude o robo para financiar tus juegos de azar?



*Bullying (Preguntas de la 12 a la 14 del instrumento)*

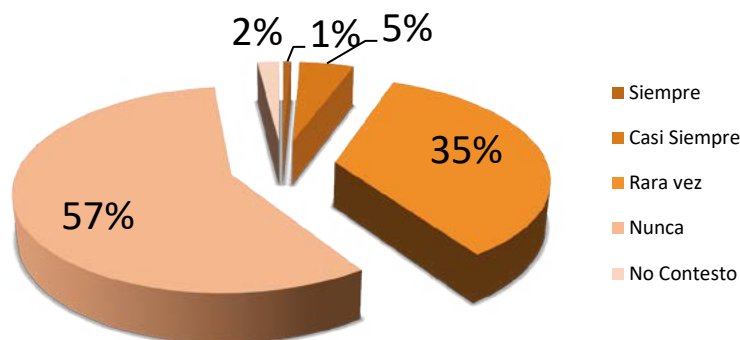
El 78% de los encuestados afirmó NUNCA haber sido víctima del bullying; sin embargo, un considerable 21% tuvo esta experiencia en alguna ocasión. El 1% no contestó este ítem (ver Figura 12).

**Figura 12.** ¿Has sido víctima de bullying (acoso) alguna vez en tu vida académica?



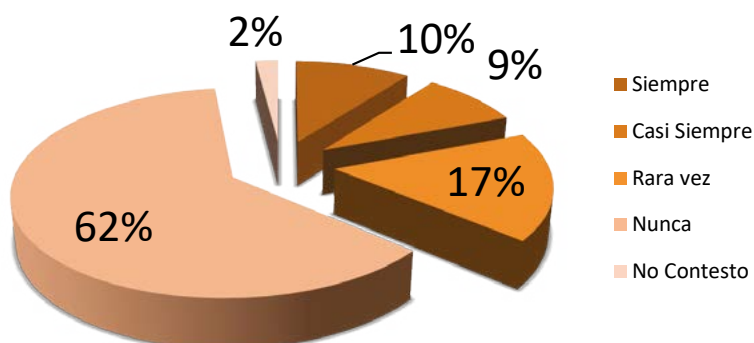
De los encuestados, el 41% manifestó que ha tenido la experiencia de ser maltratados por compañeros de clase. Mientras el 57% indicó nunca haber sufrido un incidente de este tipo. El 2% no contestó este ítem (ver Figura 13).

**Figura 13.** ¿Te han intimidado o maltratado alguna vez tus compañeros o compañeras de clase?



El 36% de los encuestados sostuvo que han manifestado a otras personas haber sido intimidados por sus compañeros; mientras que el 62% nunca lo comentó. El 2% no respondió este ítem (ver Figura 14).

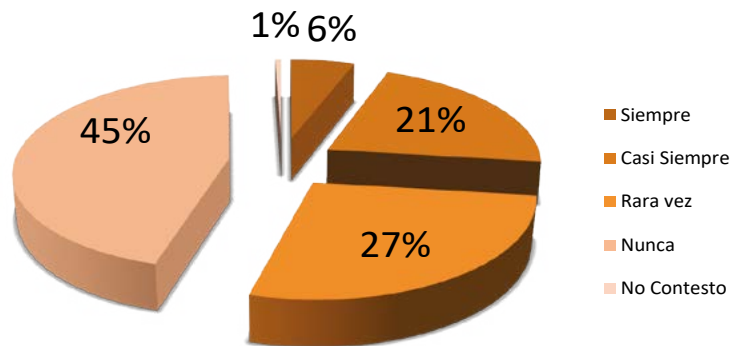
**Figura 14.** Si tu compañera o compañero de clase te intimida, ¿hablas con alguien de lo que te sucede?



*Relaciones sexuales (Preguntas de la 15 a la 21)*

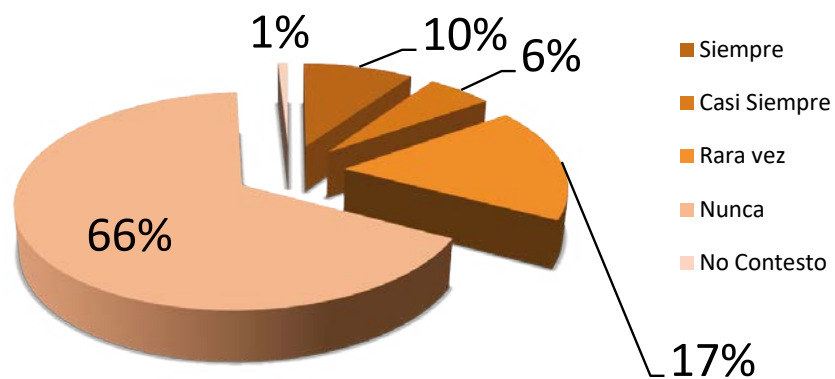
De los encuestados, el 54% asintió haber mantenido relaciones sexuales; en comparación con el 45% que aseguró nunca haber mantenido este tipo de relación. El 1% no contestó este ítem (ver Figura 15).

**Figura 15.** ¿Con qué frecuencia mantienes relaciones sexuales?



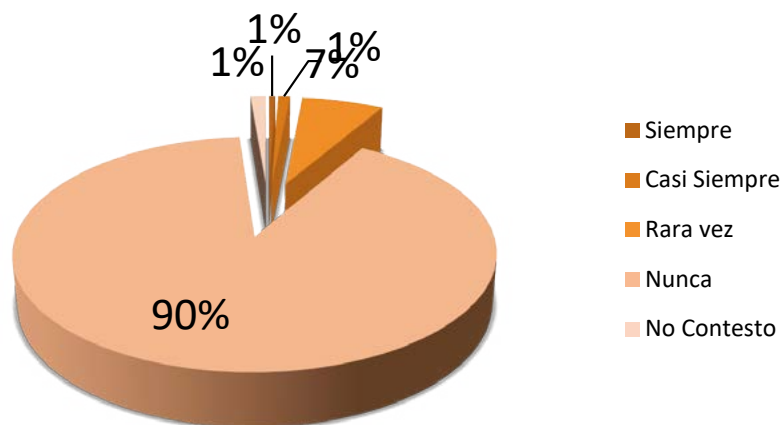
En conclusión, el 33% de los encuestados asintió haber visitado en alguna ocasión los centros de salud para obtener servicios de salud reproductiva. Sin embargo, el 66% afirmó NUNCA haberlo hecho. El 1% no contestó este ítem (ver Figura 16).

**Figura 16.** ¿Has visitado un centro de salud u otro lugar para obtener servicios de salud reproductiva en los últimos tres meses?



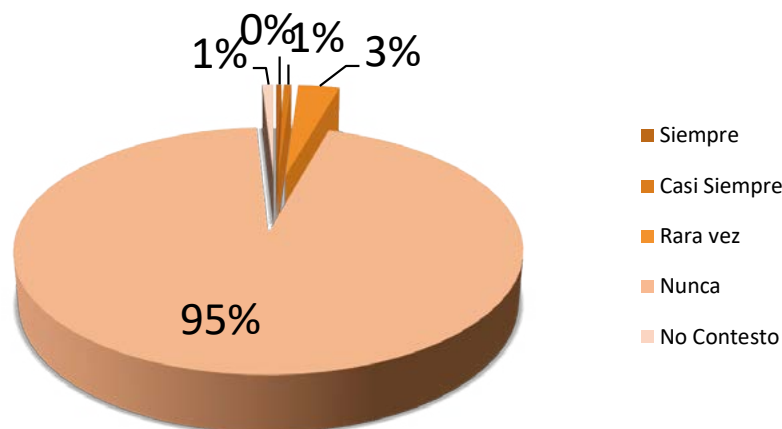
De los encuestados, el 90% indicó NUNCA haber recibido obsequios a cambio de sexo, el 9% afirmó haberlos recibido y el 1% no respondió este ítem (ver Figura 17).

**Figura 17.** ¿Alguna vez recibiste algo (dinero, comida, regalos, etc.) de alguien a cambio de sexo?



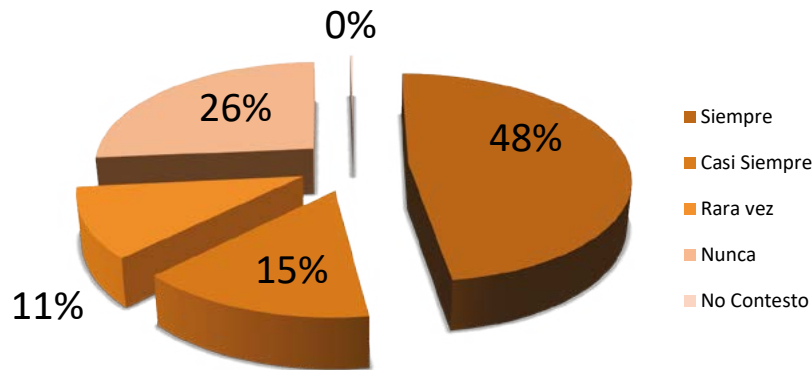
De los encuestados, el 95% expresó NUNCA haber sido forzado a tener relaciones sexuales; mientras que el 4% afirmó que fue forzado o lastimado, y el 1% no contestó este ítem (ver Figura 18).

**Figura 18.** ¿Alguna vez tuviste relaciones sexuales con alguien que te forzaba físicamente a hacerlo, te lastimaba o te amenazaba?



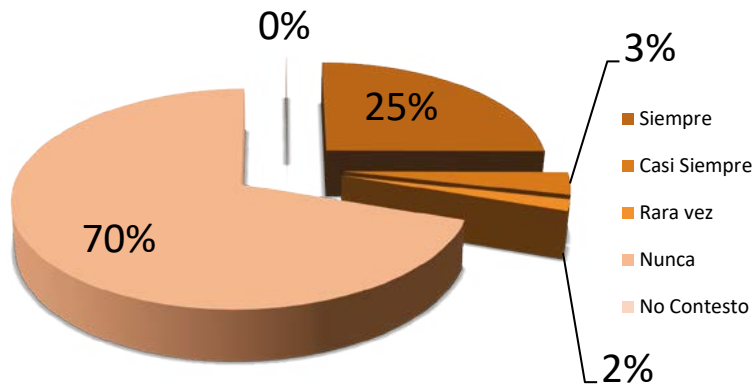
El 74% de los encuestados manifestó que se protege al realizar alguna actividad sexual, contrario al 26% que expresó que nunca lo hacen (ver Figura 19).

**Figura 19.** ¿Tú o tu pareja se protegen cuando realizan alguna actividad sexual?



De los encuestados, el 70% indicó NUNCA haber tenido alguna enfermedad por transmisión sexual, mientras que el 30% aseguró que en algún momento ha sido portador (ver Figura 20).

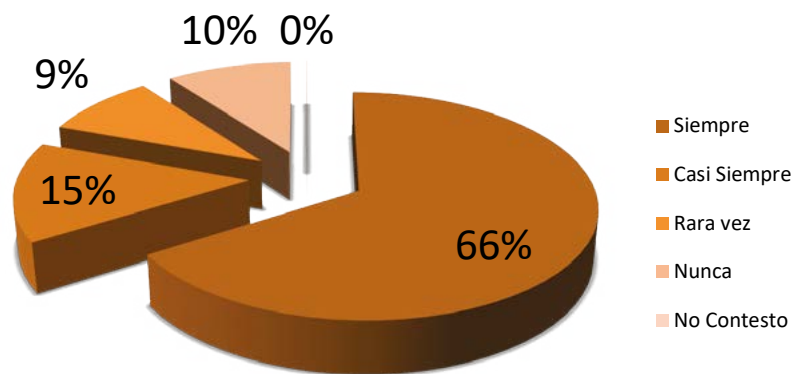
**Figura 20.** ¿Has tenido alguna vez una enfermedad por transmisión sexual?





El 66% de los encuestados dijo que SIEMPRE tienen conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual; mientras que el 10% no tiene conocimientos (ver Figura 21).

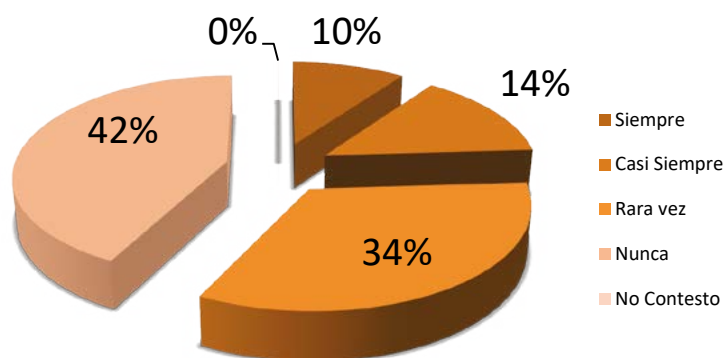
**Figura 21.** ¿Tienes conocimientos sobre las enfermedades de transmisión sexual?



*Alimentación (Preguntas de la 22 a la 26)*

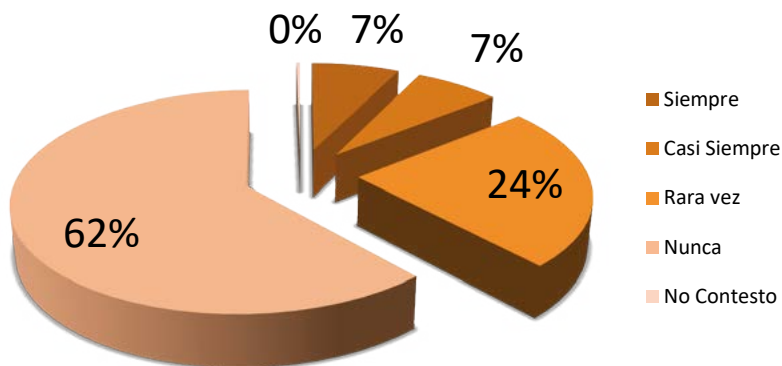
De los encuestados, el 42% indicó que no ha tenido hábitos alimenticios diferentes a los de su familia y amigos, mientras que el 58% reflejó tener hábitos diferentes a los de su familia (ver Figura 22).

**Figura 22.** ¿Tienes hábitos alimenticios que son diferentes a los de tu familia y amigos?



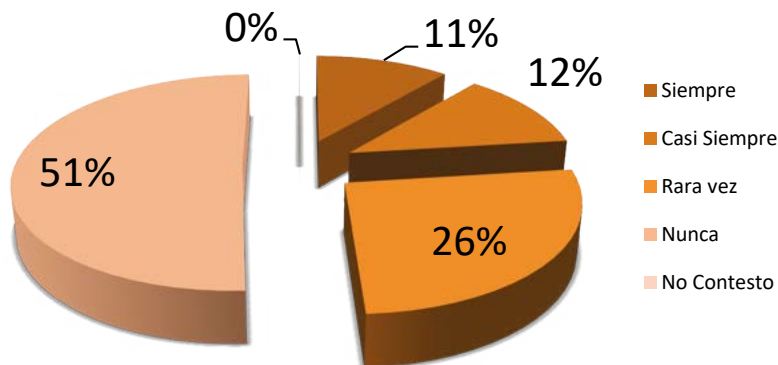
De los encuestados, 38% expresó que se enojan cuando otros muestran interés en la cantidad de alimentos que ingieren; entretanto, el 62% afirmó que nunca se sienten presionados o enojados (ver Figura 23).

**Figura 23.** ¿Te enojas cuando otros muestran interés en lo que comes y te presionan a que comas más?



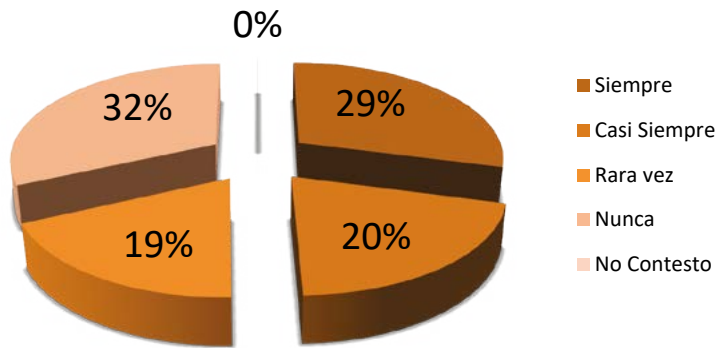
El 51% de los encuestados afirmó NUNCA haber pasado largos periodos sin ingerir alimentos para controlar su peso, mientras que el 49% asintió que pasan ayunos o comen poco para controlar su peso (ver Figura 24).

**Figura 24.** ¿Pasas largos períodos sin comer (ayunos) o comiendo muy poco para controlar tu peso?



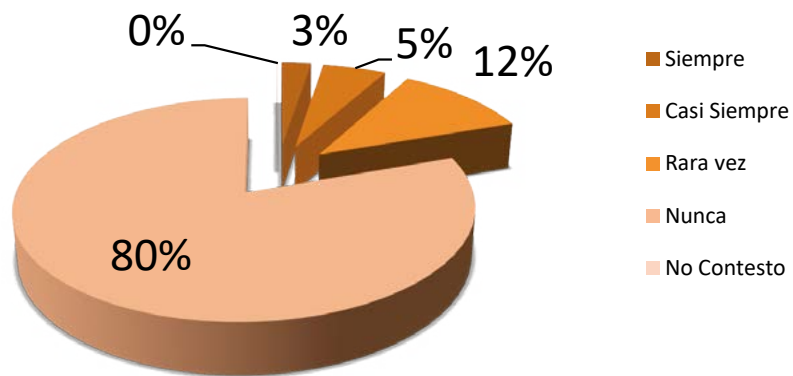
El 68% de los encuestados manifestó siempre mantener un peso considerado acorde con su estructura corporal, edad y altura. Mientras que el 32% enunció que nunca conserva un peso considerado saludable (ver Figura 25).

**Figura 25.** ¿Mantienes un peso que es considerado saludable acorde a tu estructura corporal, edad y altura?



El 80% de los encuestados expresó NUNCA haber tenido ataques incontrolables de comer al grado de inducirse vómito, y el 20% refirió haber tenido algunos de estos episodios en su vida (ver Figura 26).

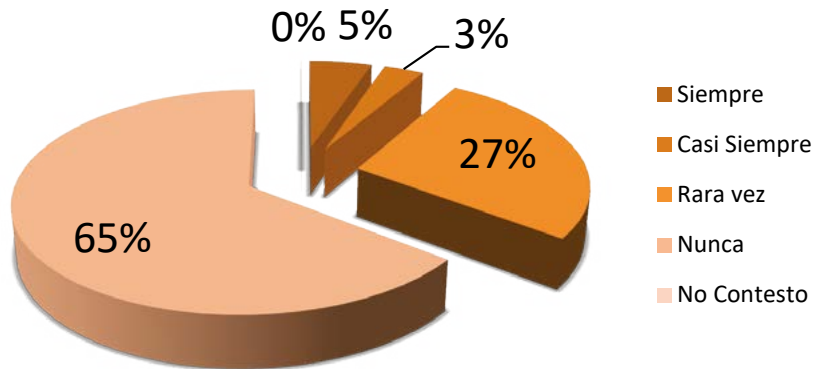
**Figura 26.** ¿Tienes ataques incontrolables de ganas de comer durante los cuales ingieres grandes cantidades de comida y luego te induces el vómito?



*Salud mental (Preguntas de la 27 a la 31)*

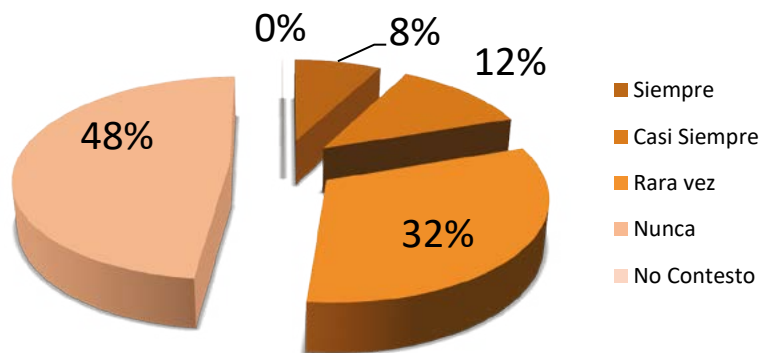
De los encuestados, el 65% expresó que NUNCA ha tenido problemas de salud mental; por su parte, el 35% afirmó que ha tenido algún problema psicológico o psiquiátrico (ver Figura 27).

**Figura 27.** ¿Has tenido o has creído tener alguna vez un problema psicológico, psiquiátrico o de salud mental?



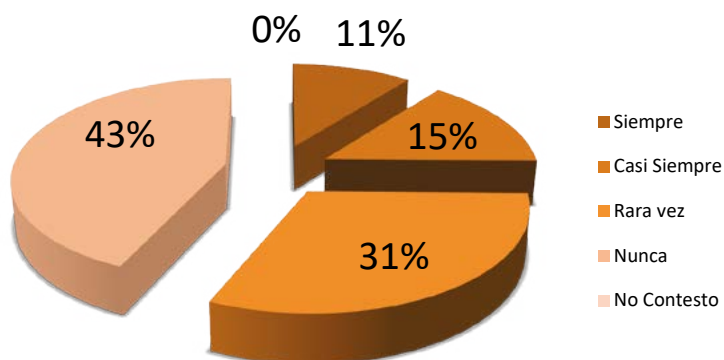
El 20% de los encuestados asintió que SIEMPRE o CASI SIEMPRE se encuentra deprimido y angustiado. Un 32% señaló que raras veces se siente con estos síntomas, y el 48% nunca ha sufrido un episodio de estas patologías (ver Figura 28).

**Figura 28.** ¿Durante los últimos tres meses te has sentido deprimido y con angustia y no puedes salir adelante?



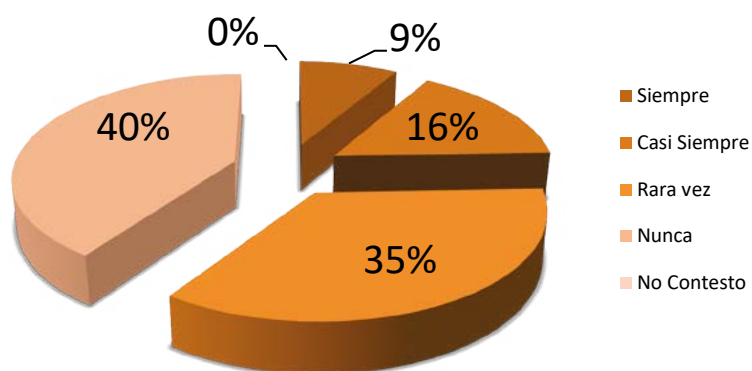
El 46% de los encuestados afirmó vivir Siempre o Casi Siempre en torno a un mismo tema o idea y el 43% refirió que su vida no gira en torno a lo mismo (ver Figura 29).

**Figura 29.** ¿Tu vida gira en torno a un mismo tema o idea?



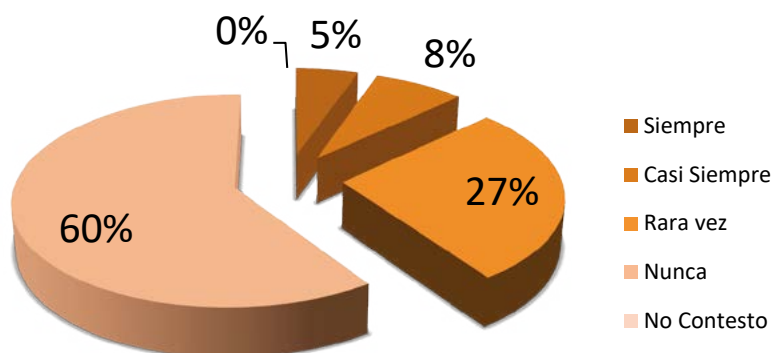
El 60% de los encuestados expresó haber tenido un episodio en el que pierde el interés por las actividades habituales, el 40% nunca ha tenido un episodio de este tipo (ver Figura 30).

**Figura 30.** ¿Has perdido el interés o disminuido el rendimiento en tus actividades habituales?



El 60% de los encuestados indicó que NUNCA se han encontrado desvalorizados, mientras que el 40% afirmó haberse sentido con baja autoestima en algún momento (ver Figura 31).

**Figura 31.** ¿Te encuentras desvalorizado, con baja autoestima?



## 12.8 Conclusiones

Los hallazgos evidenciaron la necesidad institucional de adoptar acciones oportunas para la atención y prevención de las adicciones:

En relación con el uso de drogas ilícitas, preocupa particularmente que su consumo o el de otras sustancias se vuelve más favorable cuanto la percepción del riesgo es menor y hay accesibilidad para la adquisición de sustancias. El 12% de los estudiantes han utilizado drogas para relajarse, no ingiriéndola más de lo planeado. De éstos, únicamente el 39% experimentan sentimientos de culpabilidad después de consumirla, el 21% ve afectado su rendimiento por el consumo, el 10% ha sido acusado por incidentes originados por su uso y el 20% ha gastado dinero en adquirirlas.

Respecto a los juegos de azar, el 27% de los estudiantes practican juegos de azar para aliviar tensión, depresión o aburrimiento. De éstos, el 15% expresó haber tenido un incidente por practicarlos, el 27% los juegan para llenar un vacío por pérdida de una persona o una relación, y el 9% ha cometido fraude para financiarlos.

Por cuanto se refiere al bullying, merece especial atención que los jóvenes que han sufrido maltrato, están mucho más propensos a desarrollar una adicción. El 22% ha sido víctima en algún momento de su vida de maltrato, el 41% ha experimentado maltrato y el 38% lo comete.

En lo concerniente a las relaciones sexuales, los datos confirman escasos conocimientos en la materia y una actitud trivial hacia las mismas, que pueden practicar sin medir consecuencias. El 54% de la población las ha experimentado. De éstos, el 44% no posee información sobre enfermedades de transmisión sexual, el 66% nunca ha visitado un centro de salud para atender su cuidado reproductivo, aun cuando el 26% no utiliza un medio de protección, y el 30% ha portado una enfermedad de transmisión sexual. Solo el 10% ha recibido obsequios a cambio de sexo y 5% ha sido forzado para obtenerlo.

Por su parte, los datos de los hábitos alimenticios muestran insatisfacción corporal debida posiblemente a la influencia o presión por un modelo corporal de delgadez, del que no son conscientes. El 42% de la población tiene hábitos alimenticios diferentes a los de su familia, el 62% no se enojan o molestan por las presiones que ejercen los demás por lo que comen, el 68% considera que no tiene peso acorde a su estructura corporal, edad, altura y entre las medidas indicadas, el 49% experimenta ayuno para controlar el peso y el 20% ha comido incontrolablemente hasta provocarse el vómito.

En relación con la salud mental, el 65% admitió nunca haber tenido problemas de salud mental, aunque el 52% ha experimentado depresión o angustia, el 54% considera que su vida gira en torno al mismo tema o idea, el 40% ha tenido al menos un episodio en el que pierde interés y el 60% afirma haberse sentido con baja autoestima en algún momento. Preocupa particularmente que las personas que sostienen una concepción favorable sobre su naturaleza humana y no se preocupan por el mundo que les ha tocado vivir, son menos propensas a las adicciones.

La muestra estuvo integrada en su mayoría por mujeres, solteras, entre 20-23 años, dedicadas únicamente al estudio.

Finalmente, en consonancia con el objetivo de elaborar a partir de los hallazgos, un programa de prevención que permita la atención temprana y oportuna de la problemática existente, se presenta en el siguiente capítulo el programa planteado.

# CAPÍTULO 13

**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE HONDURAS "NUESTRA  
SEÑORA REINA DE LA PAZ"  
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:  
PROBLEMÁTICAS PSICOSOCIALES  
EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO,  
CON ÉNFASIS EN ADICCIONES**



## 13.1 Introducción

Durante la adolescencia y su transición a la adultez temprana, el ser humano experimenta cambios en todas las dimensiones de su vida. Es una de las épocas donde surgen acontecimientos importantes como la búsqueda de independencia, libertad, seguridad en sí mismo, socialización con pares y el ingreso a la vida universitaria. En la mayoría de los casos esas búsquedas o luchas, se traducen en resultados agradables que afianzan el desarrollo positivo de la personalidad en todas sus dimensiones; sin embargo, no todos los jóvenes logran un adecuado proceso de adaptación debido a experiencias dolorosas o negativas previas, desencadenando en situaciones que lejos de ayudarles a desarrollarse, les sumergen en una serie de problemas psicológicos y sociales.

En el marco del Proyecto de Diplomatura en Problemática Psicosocial en el Ámbito Universitario con énfasis en Adicciones, la Universidad Católica de Honduras “Nuestra Señora Reina de la Paz” (UNICAH), elaboró un Diagnóstico de las Problemáticas Psicosociales existentes en el ámbito nacional.

En la búsqueda de realizar un análisis de la población universitaria a nivel nacional, se desarrolló una dinámica de investigación participativa, involucrando personal docente y una muestra representativa de estudiantes de los diversos campus de la universidad. La intención de este proceso fue la formación de los profesionales para la posterior atención de los estudiantes y demás miembros de la comunidad universitaria. La I Cohorte de la Diplomatura se integró por docentes y representantes de los Departamentos de Bienestar, Pastoral Universitaria y unidades académicas relacionadas con la temática de los Campus Santiago Apóstol de la ciudad de Danlí, San Pedro y San Pablo de la ciudad de San Pedro Sula, Dios Espíritu Santo de la ciudad de Choluteca, Jesús Sacramentado de la ciudad de Siguatepeque, Santa Clara de la ciudad de Juticalpa, San Isidro de la ciudad de La Ceiba, Santa Rosa de Lima de la ciudad de Santa Rosa de Copán, y Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Tegucigalpa.

Esta investigación comprende los siguientes apartados: el primero aborda la introducción, con los objetivos que rigen el estudio; el segundo plantea el marco de referencia; en el tercer apartado nos encontramos con la metodología de investigación; posteriormente se presentan los resultados encontrados, la discusión, misma que incluye las conclusiones y recomendaciones; encontrándose al final las referencias bibliográficas consultadas.

## 13.2 Planteamiento del problema

En este capítulo se identifica el problema abordado en la investigación, así como la justificación y objetivos de la misma.

### 13.2.1 Identificación del problema

La población estudiantil de la Universidad Católica de Honduras ha tenido un incremento en la demanda de servicios de acompañamiento, asesoría psicológica y/o atención clínica de los estudiantes en las diferentes oficinas de servicio que ofrece la Universidad, en temas no relacionados directamente con las actividades académicas, sino más bien asociados a situaciones personales que viven y limitan su desarrollo emocional, social y psicológico.

Por lo anterior, la situación demanda de una atención personalizada debido a la importancia que reviste la estabilidad de una persona para el logro de sus objetivos académicos profesionales, y en su vida en general. Con las dificultades y vivencias experimentadas por la población estudiantil se genera las siguientes preguntas de investigación:

- » ¿Cuáles son las problemáticas psicosociales que se hacen evidentes en la población estudiantil de la Universidad Católica de Honduras?
- » ¿Qué abordaje se requiere para mejorar la realidad psicosocial evidenciada?

### 13.2.2 Justificación e importancia del problema

La Universidad Católica de Honduras Nuestra Señora Reina de la Paz, es una Institución que pertenece a la Iglesia Católica de Honduras, por tanto se rige por las leyes del país así como por el Derecho Canónico de la Iglesia, por lo que considera que el ser humano es integral (tiene mente cuerpo y alma); en la formación que ofrece integra servicios complementarios a su preparación académica, con el propósito de ayudarlo a desarrollarse como un profesional íntegro que sirva a la sociedad donde se desenvuelva, con valores morales, conocimiento técnico y fe sólida, en función de su realización personal y el bien común.

Lamentablemente a Honduras se le describe internacionalmente, como uno de los países del mundo más violentos, donde el tráfico de drogas, de ser solamente tráfico se volvió de consumo; el crimen organizado ha penetrado las instituciones tanto públicas como privadas, la justicia social es cada vez

menos equitativa, los niveles de embarazo en adolescentes crece, y en general, existe una crisis social que demanda con mayor énfasis que los responsables de la educación superior consideren en su misión formar profesionales, con una formación integral para asumir las riendas del país y devolverle de nuevo su dignidad, y a las personas la calidad de vida que merecen.

Por lo anterior se considera que esta investigación no solo es importante sino necesaria para conocer con mayor certeza cuales son los problemas psicosociales que se presentan entre los estudiantes de las diferentes carreras en los 9 campus de la Universidad a nivel nacional con el fin de profundizar en sus causas, los efectos e impacto en la juventud universitaria y con ello en el futuro cercano desarrollar planes remediales que contribuyan a que los jóvenes realmente logren su realización plena e integral.

### 13.2.3 Objetivos

- » Identificar la Problemática Psicosocial existente en los estudiantes del pregrado, de los diferentes campus de la Universidad Católica de Honduras “Nuestra Señora Reina de la Paz”.
- » Elaborar un Programa de Prevención que permita la atención temprana y oportuna de la problemática existente.

## 13.3 Marco teórico

### 13.3.1 Problemáticas psicosociales en Honduras

Cuando hablamos de problemática psicosocial debemos remitirnos a las necesidades psicosociales y plantearnos el interrogante: ¿existen necesidades universales o algunas son solo locales y específicas de nuestra población?, al responder esta pregunta es importante aclarar que desde el punto de vista psicosocial esta tiene que ver con las prácticas sociales y las interacciones entre las personas y entre las instancias políticas y culturales de referencia.

Se entiende por problemas psicosociales aquellas condiciones psíquicas o sociales del paciente que, sin necesidad de constituir cuadros clínicos identificables, constituyen situaciones que afectan la salud o configuran situaciones de riesgo, requiriendo del equipo asistencial una actitud de vigilancia o algún tipo de intervención sobre el paciente o su entorno (Bernardi, s.f).

A continuación, se realiza un análisis de las diversas problemáticas psicosociales que acontecen en el ámbito universitario con el fin de generar conocimiento y posteriormente estrategias de intervención adecuadas para el mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar social, emocional y efectivo de la población universitaria.

### 13.3.2 Consumo de drogas en los universitarios

El consumo de sustancias psicoactivas constituye uno de los problemas sociales más preocupantes en el mundo actual, preocupa que los jóvenes asocien el consumo con diversión, noche, ocio, estableciendo pautas de conducta insana.

Sabemos que el consumo de sustancias se viene presentando desde tiempos inmemoriales en casi todas las culturas, es considerado un comportamiento inherente a la propia naturaleza humana. Y cada cultura le ha dado un valor diferente al consumo y al tipo de sustancias ingeridas, por lo que es importante preguntarnos en cada uno de nuestros países, ¿qué tipo de programa de prevención es la más oportuna y adecuada para nuestra población joven? Como lo manifiesta García-Rodríguez (1997), citado por Blanco Amalio (2007) lo que realmente importa y preocupa no es la sustancia que ingieren, sino que los jóvenes siguen asociando diversión con consumo de alguna sustancia, noche con consumo, ocio con consumo, y así sucesivamente, estableciendo como normativa lo que en principio se desvía del comportamiento de salud y se encuadra en un comportamiento de consumo.

Desde las teorías psicológicas, Botvin y Botvin (1993) citado por Blanco (2007), los factores psicosociales que intervienen en el consumo de drogas son parte de la evolución normal del sujeto, entre ellos: la presión del grupo; en la etapa adolescente e inicios de la adultez emergente, el grupo de iguales tiene un papel representativo como un “lugar seguro”, como una forma de protección del mundo adulto; los jóvenes ven una oportunidad de descubrir la realidad fuera de la familia, que pasa a un segundo plano. En segundo lugar, se encuentra la conformidad, evidenciada como la clara dependencia que va adoptando el joven hasta llegar al punto de generar una conducta de conformidad. Como tercer elemento, está el desarrollo cognitivo; diferentes habilidades cognitivas que va adquiriendo el joven le van permitiendo enfocar los problemas con nuevas posibilidades de solución, así como alternativas diferentes y aspectos normativos que le permiten transgredir la norma. En otras palabras, las pautas morales de los jóvenes son menos rígidas a la hora de manejar las categorías de bueno o malo. Y finalmente la formación de la identidad, este proceso hace que el joven se haga consciente de su imagen ante los demás. Los jóvenes pueden verse inducidos al consumo de drogas por mantener una imagen social determinada que se asemeje a otros jóvenes.

En este orden de ideas, el joven se encuentra en lo que se puede considerar como *indefinición personal*; aunado al deseo de llegar a ser un adulto, este arrebato por crecer y lograr la independencia puede conllevar a la transgresión de las normas impuestas por los mayores; además la necesidad de encontrar su propia identidad da lugar a que el joven se sienta principalmente atraído por el grupo de iguales; aunque la influencia familiar no se extingue, el grupo de amigos se convierte en el agente principal de socialización. En este contexto de amigos se suelen producir los primeros pasos en el consumo de las drogas, generando aprendizajes de actitudes, valores, normas, creencias y comportamientos desviados de lo que socialmente se considera como correcto o adecuado.

En investigaciones consultadas se observa como la actitud de los jóvenes al consumo de sustancias psicoactivas es más favorable cuanto menor sea la percepción de riesgo, mayores las creencias distorsionadas y más permisiva sea la disposición para el consumo del alcohol y otras drogas ilegales, otros factores son la relación con el grupo de iguales consumidores de drogas, las conductas antisociales e indicios de búsqueda de atención (Moral et al., 2006).

Cabe anotar que no todos los jóvenes se involucran por igual en el consumo de sustancias psicoactivas; para muchos se limita a un periodo de experimentación transitorio, sin embargo, para otros estos primeros contactos van seguidos de una progresión a comportamientos fatales.

*Investigación sobre la drogadicción en Honduras.* Según una investigación efectuada por el Instituto Hondureño para la prevención de alcoholismo, drogadicción y fármaco dependencia (IHADFA) la prevalencia de vida en los estudiantes de educación secundaria con respecto al consumo de alcohol es del 40.7%, tabaco de 37.9%, tranquilizantes de 11.7%, creando mayor dependencia en los jóvenes de 15 a 17 años en el consumo de alcohol y tabaco. En la actualidad de cada 100 estudiantes, 11 de ellos consumen alcohol, 7 consumen tabaco y 5 consumen drogas (marihuana, cocaína, tranquilizantes, estimulantes e inhalantes) (Naciones Unidas, 2006).

En una investigación reciente (2008) realizada con estudiantes universitarios de Honduras se concluye que aproximadamente el 25% de los jóvenes universitarios usan drogas, siendo las de mayor consumo las lícitas y de uso recreacional como las bebidas alcohólicas; entre los resultados más sobresalientes se menciona que la edad media es de 20 años, solteros, sin hijos y profesan alguna religión; la sustancia más utilizada en los últimos seis meses previo al estudio fue el alcohol en ambientes considerados sociales y recreacionales, y las drogas ilícitas en menores proporciones; las razones de uso para las mujeres fueron: aliviar el cansancio, mejorar el rendimiento académico; y para los varones: divertirse y aliviar tensiones psicológicas (Buchanan, 2008).

### 13.3.3 Problemáticas sexuales

La sexualidad es considerada un elemento importante en la vida de los seres humanos, aunque esta se encuentra llena de mitos y falsas creencias que se han tejido por causa de la desinformación y la mala educación dada por generaciones.

La sexualidad humana tiene relación con los aspectos psicológicos, la personalidad y el marco social y cultural en el que los seres humanos se desarrollan y se expresan. Es una actitud que se construye a lo largo de toda la vida y alrededor de ella, se aprenden valores, roles, creencias y costumbres. Es cambiante, creciente, dinámica y compromete lo psicológico, lo social y lo biológico.

Es por esto que, de acuerdo a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, entre los factores determinantes de la sexualidad humana se encuentran los factores biológicos (desarrollo del cuerpo), factores culturales (incluye aspectos de género, entendiéndose por género las normas de comportamiento que la sociedad considera como propio de varones o de las mujeres) y factores psicológicos (incluye la identidad sexual, experiencia, opinión, actitud) (USAID, s.f.).

*El ejercicio sexual de los universitarios.* La juventud hoy en día enfrenta grandes desafíos y presiones en lo personal, lo académico, familiar, social, etc. y solamente recibiendo la oportuna y adecuada información, así como logrando desarrollar las habilidades necesarias para enfrentarlos como nos plantea Daniel Goleman (2008), en su teoría sobre inteligencia emocional y sus cinco dimensiones básicas: autoconciencia, autocontrol, auto motivación, empatía, y habilidades sociales, es que el adolescente tendrá mayores opciones u oportunidades para afrontar con madurez y responsabilidad estos desafíos y no sucumbir ante las presiones.

En el aspecto sexual es donde entran en mayor conflicto, debido a las presiones a las que son sometidos, generalmente por sus amigos o por sus parejas. Estas presiones los llevan a experimentar a temprana edad relaciones sexuales sin medir consecuencias, obteniendo como resultado embarazos no deseados, conductas de riesgo como prácticas de abortos, promiscuidad, enfermedades de transmisión sexual, así como problemas familiares, matrimonios en adolescentes, divorcios, retraso o abandono de estudios, entre otros.

### 13.3.4 Violencia

En sus términos más genéricos, pero también intentando que sean los más exactos, se entendería por violencia toda resolución, o intento de resolución, por medios no consensuados de una situación de conflicto entre partes enfrentadas, lo que comporta esencialmente una acción de imposición, que puede efectuarse, o no, con presencia manifiesta de fuerza física. De esta forma, la violencia es entendida como una situación social, que tiene como mínimo un par de actores, y se descarta la connotación instrumental que confunde violencia con uso de la fuerza (Aróstegui, 1994).

La Organización Mundial de la Salud llama la atención sobre el aumento de la violencia en el mundo. Más de 1.6 millones de personas en todo el mundo pierden la vida violentamente. Es la principal causa de muerte de la población en edad comprendida entre los 15 y 44 años; es responsable del 14% de las defunciones en la población masculina y del 7% en la femenina. La tasa mundial de homicidios, es de 8.8 por 100,000 habitantes. América Latina tiene una de las tasas más elevada de muerte por homicidio (PNUD, 2004 citado por Flores, 2006).

*La realidad de la violencia en Honduras.* Durante el año 2012, y desde hace mucho tiempo atrás, la violencia y la inseguridad son dos de los flagelos que afectan e inquietan a la sociedad hondureña.

Preocupa el crecimiento del narcotráfico y su vinculación con centros de poder político y público. Se establece por algunos analistas que el lavado de dólares y la denominada narco política son dos fenómenos asociados de creciente peligrosidad en la institucionalidad hondureña (Capellin, 2009).

Otro aspecto asociado a la violencia e inseguridad, radica en el hecho de que la percepción ciudadana relaciona el delito con la figura omnipresente del marero: personaje identificado como joven de barrios populares que utiliza la violencia de forma desmedida y es causante, prácticamente, de todos los delitos que ocurren en el país. Esta percepción generalizada sobre los jóvenes vinculados con pandillas conlleva un proceso de estigmatización profundo hacia la población de los sectores populares, reforzando la sensación de abandono y exclusión que sienten los jóvenes. Adicionalmente, está la invisibilidad de fenómenos delictuales que no se vinculan con las acciones de las pandillas en el país y que podrían ser responsabilidad de otros sectores (UNDP, 2006).

Las repercusiones de la violencia son complejas y extensas, y han producido un daño a la salud mental de la colectividad. Una encuesta de opinión del PNUD (2008) reveló que más del 65% de las personas declaran su temor de caminar por las calles y un 40% expresa haber dejado de visitar a alguien que apreciaba por los riesgos durante el trayecto.

Frente a la violencia y la inseguridad, las políticas de los gobiernos han sido, muy poco efectivas, el Estado hondureño se encuentra rebasado por las diferentes manifestaciones de la violencia (Capellin, 2009).

Es por esto, que dentro de los desafíos que enfrenta Honduras en la actualidad, el principal y más notorio es el alto grado de violencia en que vive sumergida su sociedad. Con los objetivos del milenio y los objetivos internacionales que se han propuesto, en el país se espera reducir para el 2038 a nivel “promedio internacional”. Según un informe de la PNUD, en el conjunto de países centroamericanos la tasa de asesinatos es de 44 por cada 100.000 habitantes, 11 veces el promedio mundial de cuatro por cada 100.000. En 2010, la tasa de asesinatos en Honduras fue de 77,5 por cada 100.000 habitantes. Según la Organización Mundial de la Salud, la tasa considerada normal es de nueve homicidios por cada 100.000 personas, pudiendo considerarse epidemia a partir de los 10 (Flores & Urbina, 2011).

Durante el año 2011, se registraron un total de 9.799 muertes por causa externa ocurridas a nivel nacional, de las cuales 7.104 son homicidios, cifra que representa el 72.5% de los casos; colocándolos en el primer lugar de muertes.

En el análisis comparativo entre el 2010 y el 2011 se observa que el tipo de muerte de mayor incremento es la muerte indeterminada con una diferencia del 45.1% (227 víctimas), también se observa que la muerte homicida presenta 865 muertes más que en el 2010, es decir que presenta un incremento del 13.9%.

El fenómeno del homicidio ha tenido un comportamiento de tendencia creciente en los últimos ocho años en un 229.7%, ya que en 2004 ocurrieron un total de 2,155 muertes homicidas en el país y para el 2011 esta cifra aumentó a 7.104 acumulando en este período un total de 33.933 muertes.

La vulnerabilidad del país refleja que se pasó de una tasa de 30.7 a 86.5 homicidios por cada 100.000 habitantes lo que ha significado un aumento de 55.8 puntos en la tasa de homicidios (Observatorio de la violencia, 2012).

### **13.3.5 Salud mental en universitarios**

Según la Organización Mundial de la Salud (2001), la salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS en 1947: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Por ende, está relacionada con la promoción



del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Según Amalio Blanco en su libro *intervención psicosocial* (2007), el bienestar del individuo a través del cual se potencia el desarrollo personal, social, la calidad de vida, la felicidad y por ende la salud mental, está protagonizado por tres grandes ideas, la primera de ellas se remonta a la tradición hedónica y viene a defender la hipótesis de que la vida del ser humano está motivada por el logro de la felicidad y dirigida a la consecución del máximo beneficio en todos los ámbitos de su existencia; en palabras de Ed Diener, quien puede ser considerado como su máximo representante, el bienestar subjetivo se define como las evaluaciones cognitivas y afectivas que una persona hace en torno a su vida; el bienestar vendría a ser el nivel de satisfacción personal conseguido de acuerdo con nuestras oportunidades vitales (recursos sociales, personales, aptitudes individuales), el decurso de los acontecimientos en nuestra vida y la experiencia emocional experimentada y vivida como conclusión de todo ello. La segunda idea se enfoca en el bienestar psicológico, el cual presta atención de manera especial al desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal como los principales indicadores del funcionamiento positivo (partiendo de las teorías de Abraham Maslow y Carl Rogers). Finalmente, la tercera hipótesis apunta a el bienestar social, recupera un modelo de sujeto dentro de un contexto, un sujeto socio-histórico inserto dentro de una red de relaciones interpersonales e intergrupales cuyas experiencias vitales no son ajenas a los acontecimientos del mundo que lo rodea.

En síntesis, el tema de la salud mental, no concierne sólo a los aspectos de atención posterior al surgimiento de desórdenes mentales evidentes, sino que corresponde al terreno de la prevención de los mismos con la promoción de un ambiente socio-cultural determinado por aspectos como la autoestima, las relaciones interpersonales y otros elementos que deben venir ya desde la educación más primaria de la niñez y de la juventud. Esta preocupación no sólo concierne a los expertos, sino que forma parte de las responsabilidades de gobierno de una nación, de la formación en el núcleo familiar, de un ambiente de convivencia sana en el vecindario, de la responsabilidad asumida por los medios de comunicación y de la consciente guía hacia una salud mental en la escuela y en los espacios de trabajo y estudio en general.

*Datos de investigaciones sobre la salud mental en Honduras.* En Honduras existe carencia de información estadística en torno a la temática de salud mental, lo cual dificulta tomar medidas oportunas para mejorar la situación social y emocional de la población en general. El informe sobre la evaluación del sistema de salud mental en Honduras publicado en el año 2008, hace referencia a la política de salud mental en Honduras publicada en el año 2001, misma que incluye los siguientes componentes: organización de

servicios de atención primaria en salud; recursos humanos, defensa y promoción de la salud mental; protección de los derechos humanos de los usuarios; igualdad de acceso a los servicios de salud mental; mejora de la calidad de atención y sistema de evaluación de los servicios de salud mental; desarrollo del componente de salud mental en atención primaria; promoción de la salud mental, financiamiento y sistema de evaluación. Además, se menciona presupuesto, actividades y metas.

En el país no existe legislación específica para salud mental. Hay referencias puntuales en algunos instrumentos legales tales como Código Civil, Código Sanitario, código procesal penal y código de la familia. Existe actualmente una lista de medicamentos esenciales que incluyen medicamentos antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo y anticonvulsionantes.

En cuanto al financiamiento, el 1.75% del presupuesto gubernamental es para servicios de salud mental. De todos los gastos el 88% está dirigido a hospitales psiquiátricos y el 12% para servicios de salud mental no hospitalarios.

En relación con los derechos humanos no existe en el país ningún organismo que vigile el estado de los derechos humanos de los usuarios de los hospitales psiquiátricos. En cuanto a la organización existe una autoridad nacional que proporciona asesoría al gobierno sobre políticas y legislación en salud mental. Los servicios de salud mental están relativamente organizados en términos de áreas geográficas, pero no todos los departamentos del país cuentan con el recurso mínimo de atención en salud mental. Existen 31 establecimientos de salud mental ambulatorios en el país de los cuales 3 son exclusivos para niños y adolescentes; en general los diagnósticos establecidos a los usuarios de los establecimientos ambulatorios son principalmente trastornos del estado de ánimo o afectivo (42%) y con otros trastornos (30%).

La cantidad de recurso humano trabajando en el sistema de salud mental por cada 100,000 habitantes es de 6.12 profesionales. El desglose de acuerdo con la profesión es el siguiente: 0.82 psiquiatras, 0.67 médicos generales, 2.58 enfermeras, 0.78 psicólogos, 0.29 trabajadores sociales, 0.22 terapeutas ocupacionales y 0.76 de otras profesiones. La cantidad de profesionales graduados el último año en instituciones académicas por cada 100.000 habitantes es la siguiente: 0.05 psiquiatras, 2.61 médicos generales, 0.87 enfermeros con por lo menos un año de capacitación en atención de salud mental, y 0.95 psicólogos con por lo menos un año de capacitación en atención de salud mental.

En síntesis, el programa de salud mental en Honduras cuenta con escaso recurso humano y financiero para la implementación de estrategias de impacto a nivel nacional. Teniendo como fortaleza la existencia de la política de salud mental que amerita ser implementada.

### 13.3.6 Anorexia y bulimia

La presencia de conductas alimentarias de riesgo en la población adolescente se ha convertido en un problema social, los jóvenes universitarios están siendo susceptibles a factores como la insatisfacción corporal, preocupación por el peso y la influencia o presión social a través de lo estético corporal de la delgadez, sin importar el contexto socioeconómico en el que se desenvuelve a nivel familiar, social o escolar (Ávila et al., 2007).

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), como anorexia y bulimia, son enfermedades mentales relacionadas con la ingesta alimentaria y caracterizados por preocupación excesiva por el peso y la imagen corporal. La anorexia se caracteriza por restricción a alimentarse por miedo a aumentar de peso y distorsión de la imagen corporal; mientras que la bulimia se caracteriza por comer vorazmente grandes cantidades de alimentos en un breve periodo de tiempo (atracción) seguida de intenso sentimiento de culpabilidad y auto desprecio, desarrollando conductas purgativas o compensatorias (DSM- IV citado por Morán, Cruz & Iñárritu, 2009).

La modificación de los hábitos alimentarios para conseguir una imagen adecuada a la estética dominante, constituye un problema de salud emergente en las sociedades. La gran presión social a la que se ven sometidos determinados estratos de la población, en particular mujeres adolescentes y jóvenes, con la imposición de un modelo estético de extrema delgadez hace que la preocupación por la imagen corporal haya trascendido al mundo de la salud, tanto física como mental (Montero, Morales y Carbajal, 2004, como sé citó en Villagrán, Ruiz y Rodríguez, s.f.).

Gempeler (2004) citado por Marín y Bedoya (2008) encontró que la distorsión de la imagen corporal es un fenómeno central en el diagnóstico y tratamiento de los TCA. Sin embargo, llama la atención el hecho de que, aunque es importante su papel en el curso y pronóstico de la enfermedad, solamente unos pocos autores se han acercado al fenómeno realizando investigaciones acerca de la construcción corporal en personas diagnosticadas con este tipo de trastornos.

Existe una serie de discursos que reconocen en los trastornos de la conducta de la alimentación, un espectro cualitativo, experiencial y social. Así la anorexia y la bulimia, no son únicamente sus manifestaciones clínicas, sino que además involucran una serie de elementos personales y socioculturales que favorecen su aparición en un contexto particular y en sujeto singular.

Según Gracia Arnaiz (2001) citado por Marín y Bedoya (2008), la categoría nosológica anorexia nerviosa, es una construcción social que se corresponde y varía en función del contexto en que se conforma y adopta las características de un síndrome delimitado culturalmente en el seno de las sociedades occidentales de tradición cristiana.

López, Nuño & Arias (2006) citado por Marín y Bedoya (2008), reconocen que en la actualidad se comparte la percepción de que la delgadez corporal se asocia a una serie de características personales que de algún modo son “deseables”, como la belleza, la elegancia, el prestigio, la higiene, la juventud, la autoestima alta y la aceptación social, por lo que la delgadez se constituye en el medio para conseguir todos aquellos valores. Así mismo, los modelos sociales, el grupo de pares y familiares, el bombardeo publicitario, los halagos de quienes las aprecian, y en última instancia, las cogniciones aprobatorias, son un reforzador de los ayunos, abstinencias y demás prácticas encaminadas a conseguir un cuerpo delgado.

En esta misma línea, Castillo (2006) citado por Marín y Bedoya (2008) propone que en la sociedad contemporánea nos enfrentamos a ideales imposibles, que muestran la delgadez como símbolo de independencia, éxito social, personal y profesional. Los valores tradicionales quedan relegados y se enaltecen valores estéticos artificialmente contruidos. Para la autora, este marco social se ha convertido en el caldo de cultivo para los trastornos de la conducta alimentaria.

Complementando la mirada culturalista, Araya (2001) citado por Marín y Bedoya (2008) expone que la anorexia tiene su génesis en el fuerte imperativo cultural que hace de la delgadez el principal atributo de la belleza femenina. Para el modelo cultural, los discursos reproducidos por los massmedia (televisión, cine, prensa e internet) alimentan la preocupación por la delgadez femenina y operan como estímulo primordial para la génesis de la anorexia.

*Datos de investigaciones sobre la anorexia y bulimia en Honduras.* Los estudios realizados en la población hondureña sobre trastornos de la conducta alimentaria son realmente escasos. Dentro de la literatura médica nacional, apenas se encuentra un artículo del Dr. Reyes Tica (1986) que reporta tres casos de anorexia nerviosa y menciona la imagen corporal como un elemento alterado.

Así mismo, resulta alarmante la exigua información que existe a nivel nacional sobre la prevalencia e incidencia de la anorexia y bulimia. Escudriñando, se encontraron estadísticas del síndrome del comportamiento asociado con alteraciones fisiológicas y factores físicos que incluyen entre otros, trastornos de la ingestión de alimentos: anorexia nerviosa (típica y atípica), bulimia (típica y atípica) entre adolescentes en crisis del Hospital psiquiátrico Dr. Mario Mendoza. Estos trastornos fueron evaluados en jóvenes entre 14 y 19 años de ambos sexos. Todos los datos fueron procesados de acuerdo a la información registrada

de las atenciones y evaluaciones hechas en la unidad de servicio integral del adolescente en crisis (SIAC) del hospital psiquiátrico. Los datos arrojaron que desde el año 2003 hasta el 2005 se registraron 162 casos de este tipo (Naciones Unidas, 2006).

## 13.4 Metodología de la investigación

Esta investigación utiliza un enfoque de corte cuantitativo ya que a través del mismo se pretende generalizar los resultados encontrados en el grupo de estudio.

Los hallazgos suscitados a lo largo de la investigación serán analizados e interpretados a la luz de las predicciones iniciales y de estudios previos, con el fin de contribuir a la generación de conocimiento en el campo de las problemáticas psicosociales en el ámbito universitario.

### 13.4.1 Contexto de la investigación

Dicha investigación se realizó en la Universidad Católica de Honduras, «Nuestra Señora Reina de la Paz» a nivel nacional, abarcando los 9 campus a nivel nacional, y se desarrolla durante el tercer periodo del año 2012 y el primer período del año 2013.

La Universidad Católica de Honduras, Nuestra Señora Reina de la Paz, es una institución de educación superior que pertenece a la iglesia católica y se rige tanto por el derecho canónico como por las leyes de Honduras.

La naturaleza de su existencia se basa en la contribución a la formación integral de la persona, en el marco de la concepción solidaria del bienestar y desarrollo individual y colectivo, propia de una filosofía cristiana universal. Forma profesional para diversos sectores, que contribuyen al desarrollo integral y sostenido del país. Procura mediante la investigación y el entendimiento, la solución de los problemas nacionales, centroamericanos y mundiales.

## 13.4.2 Alcance y diseño de investigación

El alcance utilizado en este estudio es de tipo descriptivo bajo un diseño de investigación no experimental transversal descriptivo, ya que la investigación se realizó sin manipular deliberadamente las variables, manteniendo un enfoque retrospectivo de las mismas. De igual forma, la información se recopiló en un momento único en el tiempo y las variables fueron medidas y reportadas de manera individual.

## 13.4.3 Población y muestra

La muestra la integraron estudiantes universitarios partiendo de los criterios de selección definidos para la investigación, los cuales se enuncian a continuación:

- » Estudiantes universitarios activos de pregrado.
- » Con una edad comprendida entre 16 a 35 años.
- » Provenientes de los diferentes campus y las diferentes carreras que ofrece la Institución.
- » De ambos sexos.

La población estudiantil de la UNICAH es de 15.800 estudiantes a nivel nacional. Para encontrar la muestra representativa se utilizó el programa de análisis estadístico STATS 2.0 con un nivel de confianza del 95% y un intervalo de confianza del 5%, dando como resultado una muestra de 375, sin embargo se decidió trabajar con un número mayor aprovechando que la misma se desarrollaba a nivel nacional, abarcado un total del 11% de la población quedando una muestra de 1.776 estudiantes, la cual fue dividida de acuerdo con la población total distribuida en cada uno de los campus universitarios, dejando de esta forma la posibilidad de generalización de los datos obtenidos.

*Perfil sociodemográfico de la muestra participante.* De la muestra de estudiantes participantes en la investigación el 55.67% son mujeres y un 44.33% hombres. La variable edad se agrupó en los siguientes intervalos: 16 a 19 años 34.03%, de 20 a 23 años 51.19%, de 24 a 27 años 10.59%, de 28 a 31 años 2.67% y de 32 a 35 años 1.52%. Con referencia a la ocupación el 97.73% se encuentran dedicados exclusivamente al estudio y solo un 2.09% trabajan y estudian.

En cuanto al estado civil el 89.29% es soltero; 0.56% están divorciados; 4.36% se encuentran casados; 1.07% en condición de unión libre; y un 4.72% de los encuestados no respondieron a la pregunta.

### 13.4.4 El instrumento de investigación

Para el desarrollo del instrumento de investigación se decidió utilizar la técnica de encuesta, por lo cual se elaboró una herramienta que contenía 31 ítems, que fue validada por un panel de expertos en investigaciones psicosociales; a partir de esta revisión se realizaron cambios a nivel de redacción en los ítems 1, 7, 12 y 15, posteriormente se procedió a la aplicación de la prueba piloto para medir el índice de confiabilidad, a un número de 80 estudiantes provenientes de los diferentes campus, dando como resultado un alfa de Cronbach de 0.95, lo cual significa que la herramienta es altamente confiable.

Finalmente se realizó la aplicación del instrumento a la muestra seleccionada.

### 13.4.5 Procedimiento de análisis de datos

- » Una vez aplicadas las encuestas en todos los campus del país, se procedió a la recolección de la información tabulada por ítem en matrices elaboradas en Excel.
- » Cada campus presentó los resultados con sus respectivos gráficos y análisis de resultados.
- » Con la información de todos los campus, se preparó el reporte final de resultados.

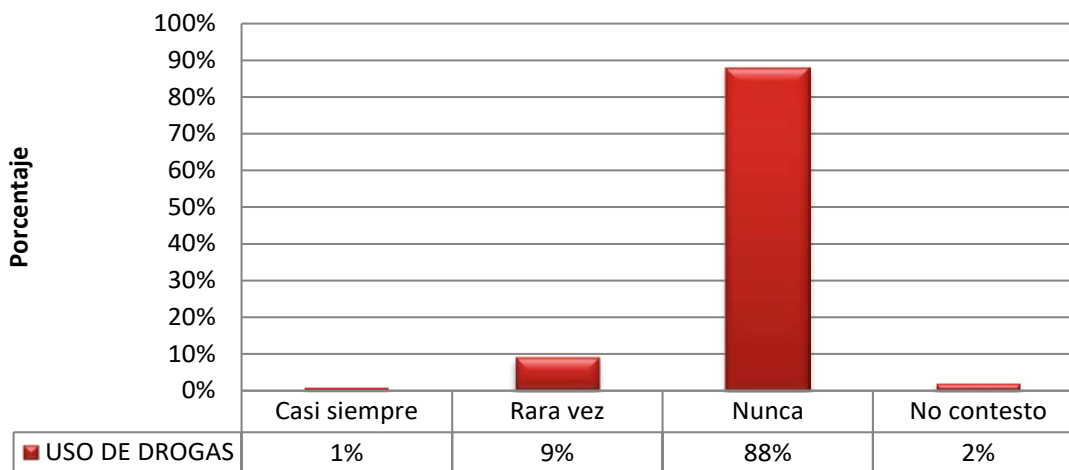
## 13.5 Análisis de resultados

A continuación, se presentan los hallazgos encontrados en la investigación, los cuales permiten responder a los objetivos planteados. La identificación de la problemática psicosocial existente se hace evidente a través de los resultados que se enuncian a continuación:

### 13.5.1 Problemática psicosocial: uso de drogas

En la figura 1 se evidencia que un pequeño porcentaje (1%) consume drogas casi siempre, y rara vez un 9%, en contraste con un 88% que manifiesta no haberlas consumido nunca (ver figura 1).

Figura 1. Uso de drogas para relajación o alivio de ansiedad

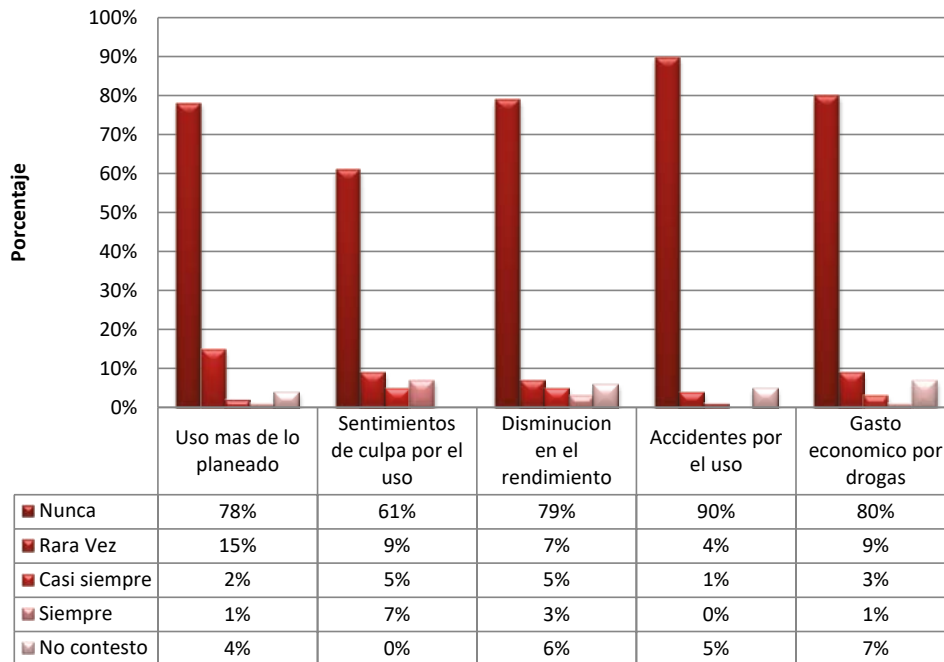


Nota: Elaboración propia de la UNICAH.

Observando detenidamente los resultados de la figura 2, en torno a los indicadores del consumo de las drogas, del 10% que afirmaron consumirlas, se concluye que un 18% manifiesta que usó las drogas más de lo planeado, un 21% ha tenido sentimientos de culpa, un 15% considera haber disminuido su rendimiento, un 5% han sufrido accidentes por el consumo de los estupefacientes y un 13% el uso y consumo les ha generado un gasto económico no presupuestado (ver figura 2).



**Figura 2.** Indicadores del uso de drogas

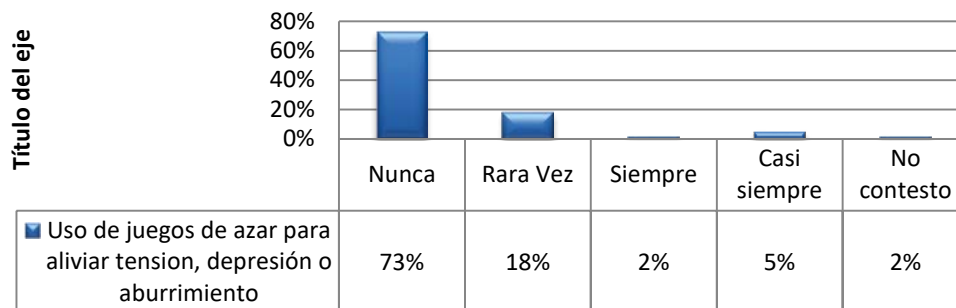


Nota: elaboración propia de la UNICAH.

### 13.5.2 Problemática psicosocial: dependencias no químicas (juegos de azar)

De acuerdo a los resultados de la Figura 3, se hace evidente que un alto porcentaje (73%) nunca ha utilizado los juegos de azar, en cambio un 18% manifestó haberlos utilizado rara vez y un 7% siempre o casi siempre (ver figura 3).

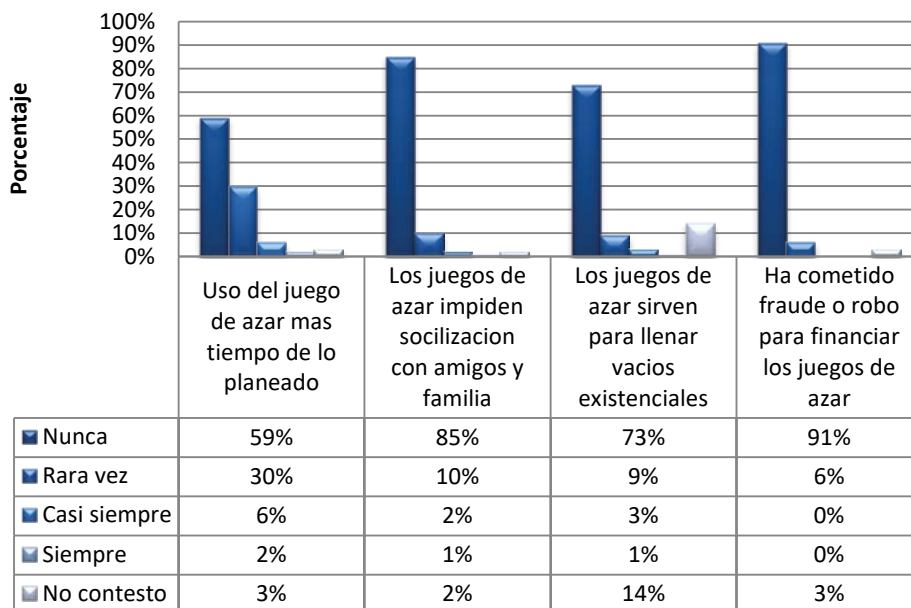
**Figura 3.** Uso de juegos de azar



Nota: Elaboracion propia de la UNICAH

Según los resultados de la grafica 4, del 25% que afirmo haber hecho uso de los juegos de azar un 38% manifiestan haber utilizado mas tiempo del planeado en los juegos, un 13% consideran que los juegos de azar les ha impedido la socializacion con amigos y familia, un 13% exteriorizan que los juegos les ha servido para llenar vacíos existenciales y un 6% han cometido fraude o robo para financiar los juegos de azar (ver Figura 4).

Figura 4. Indicadores de juegos de azar

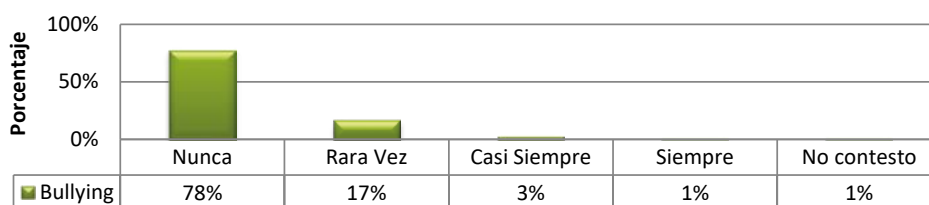


Nota: elaboracion propia de la UNICAH

### 13.5.3 Problemática psicosocial: violencia (bullying)

De acuerdo con los resultados en la Figura 5, se observa que un 78% nunca han sido victimas de acoso escolar, en cambio un 17% manifiesta que rara vez, un 3% casi siempre y un 1% siempre, lo que evidencia que un 21% de estudiantes han sido victimas de Bullying o acoso escolar (ver Figura 5).

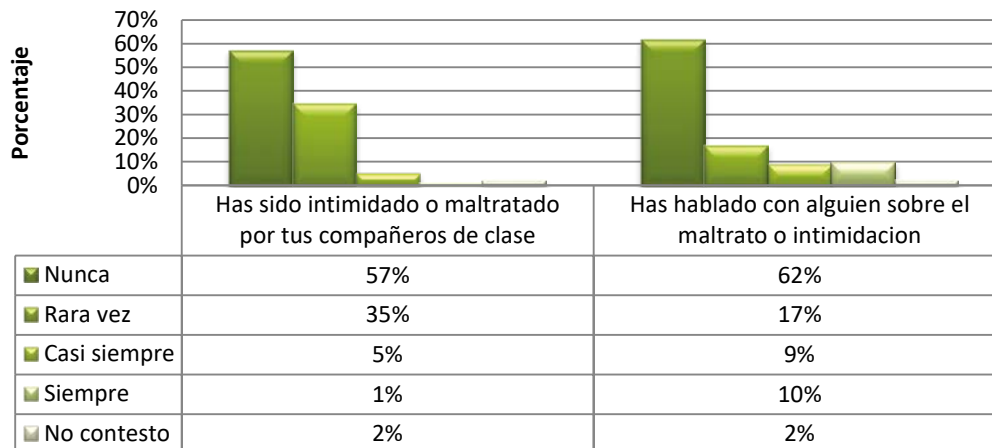
Figura 5. Víctimas del bullying



Nota: elaboracion propia de la UNICAH.

Los resultados de la encuesta relacionados con el acoso escolar indican que del 21% de los estudiantes que manifestó haber sufrido bullying, un 41% ha sido intimidado o maltratado por un compañero de clase, y un 36% ha hablado con alguien acerca del maltrato o intimidación (ver Figura 6).

**Figura 6.** Indicadores del acoso escolar

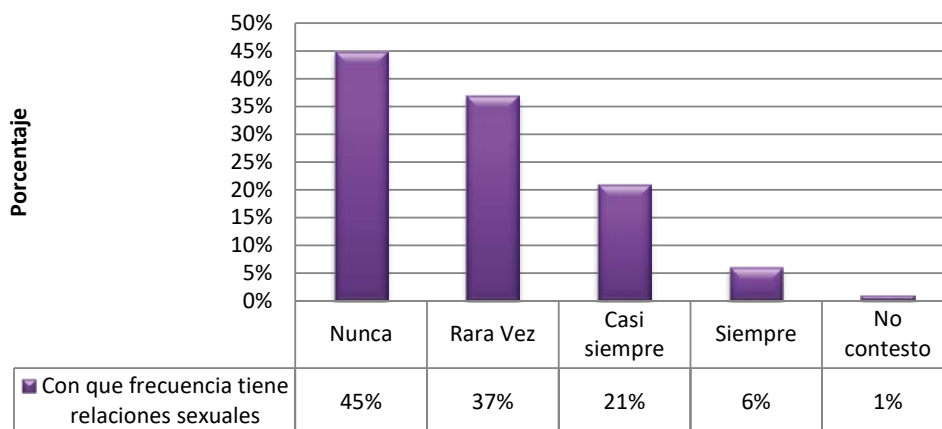


*Nota:* elaboración propia de la UNICAH.

### 13.5.4 Problemática psicosocial: relaciones sexuales

La encuesta muestra que un 45% nunca ha tenido relaciones sexuales, un 37% rara vez, un 21% manifestó que casi siempre, un 6% siempre y solo un 1% no contestó (ver Figura 7).

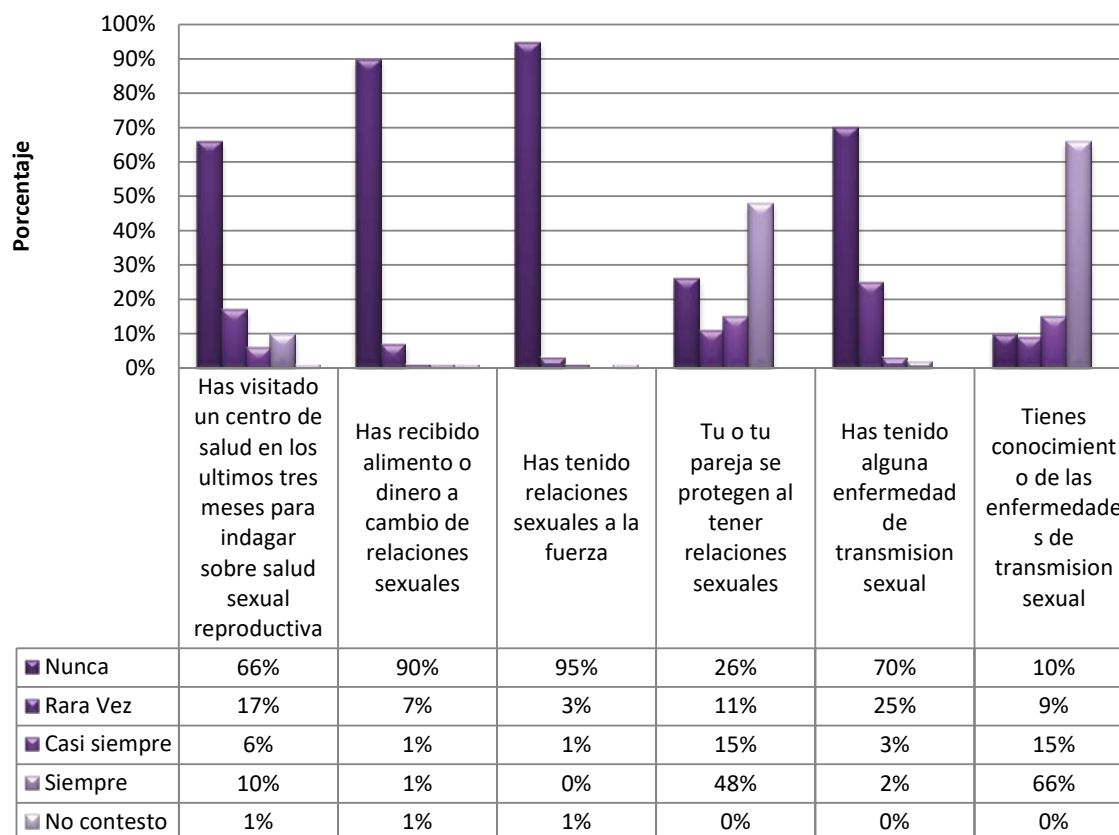
**Figura 7.** Frecuencia de las relaciones sexuales



*Nota:* elaboración propia de la UNICAH.

La Figura 8, muestra que del 54% de los estudiantes que manifiesta haber tenido relaciones sexuales, un 33% ha visitado un centro de salud en los últimos tres meses para indagar sobre salud sexual reproductiva, un 9% ha recibido alimento o dinero a cambio de relaciones sexuales, un 4% expresa haber tenido relaciones sexuales a la fuerza, un 74% dice que él o sus pareja se protege al tener relaciones sexuales y un 90% manifiesta tener conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual (ver Figura 8).

Figura 8. Indicadores de relaciones sexuales

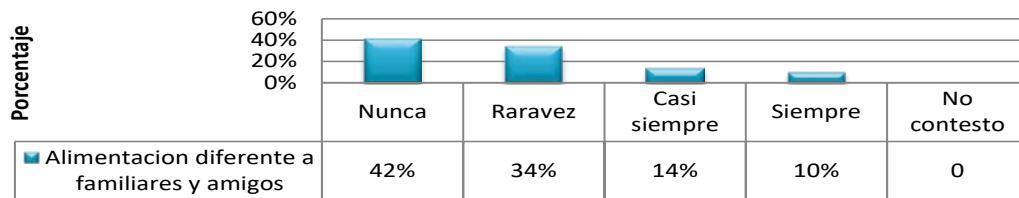


Nota: Elaboración propia de la UNICAH.

### 13.5.5 Problemática psicosocial: trastornos alimenticios

Al observar la figura de resultados se hace evidente que un alto porcentaje (42%) nunca ha presentado una alimentación diferente a su familia o amigos, en cambio un 34% rara vez, un 14% casi siempre y un 10% siempre (ver Figura 9).

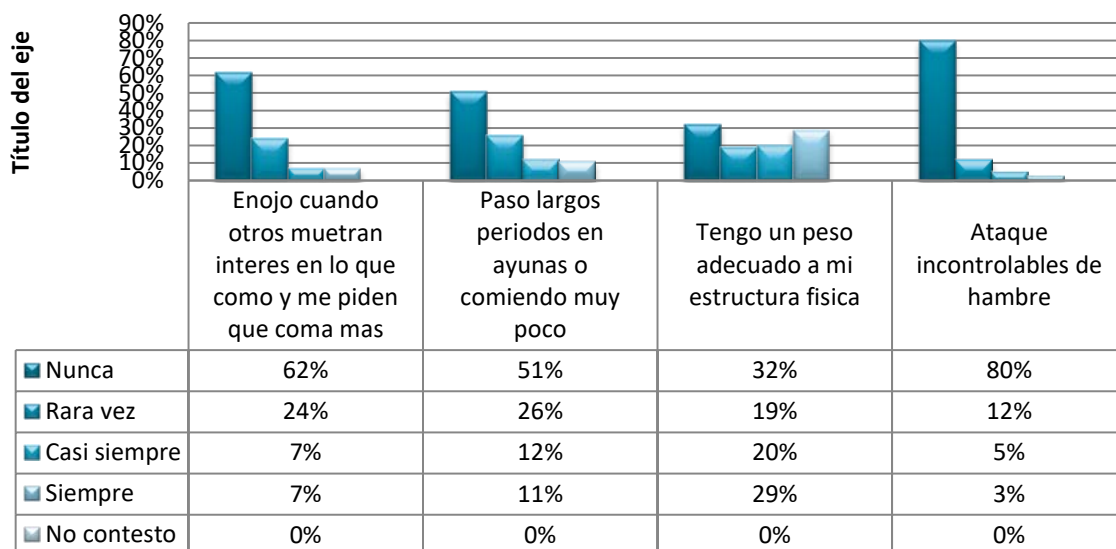
**Figura 9.** Alimentación diferente



Nota: elaboración propia de la UNICAH

De acuerdo con los resultados que aparecen en la figura 10, del 58% que afirma poseer un estilo de alimentación diferente a sus familiares y amigos, el 38% expresa a través del enojo cuando otros muestran interés en lo que comen, un 49% pasa largos periodos en ayunas o comiendo muy poco, un 32% manifiestan tener un peso no adecuado a su estructura física y un 20% manifiesta haber tenido ataques incontrolables de hambre (ver Figura 10).

**Figura 10.** Indicadores de trastornos alimenticios

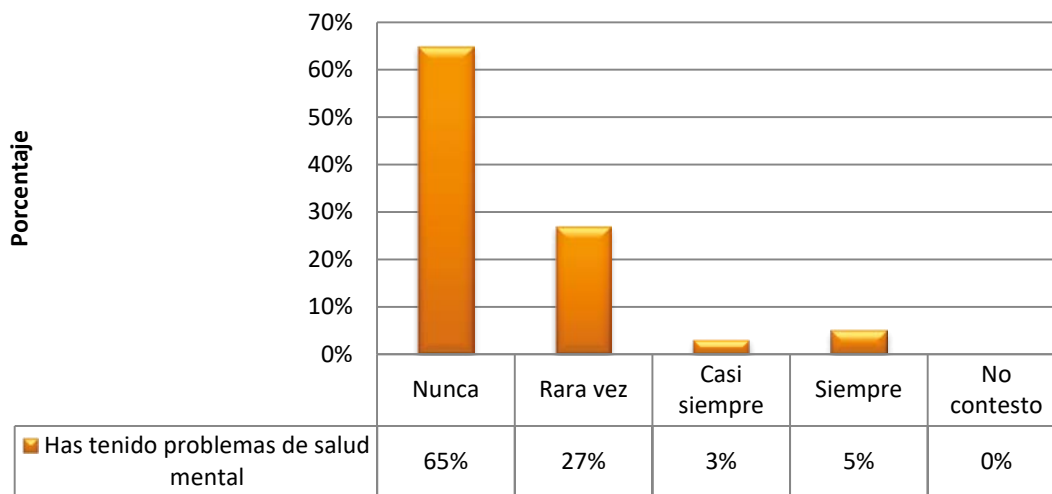


Nota: elaboración propia de la UNICAH

### 13.5.6 Problemática psicosocial: salud mental

En la figura 11, se observa que un 65% de los encuestados nunca ha tenido problemas de salud mental, un 27% rara vez, un 3% casi siempre y un 5% siempre (ver Figura 11).

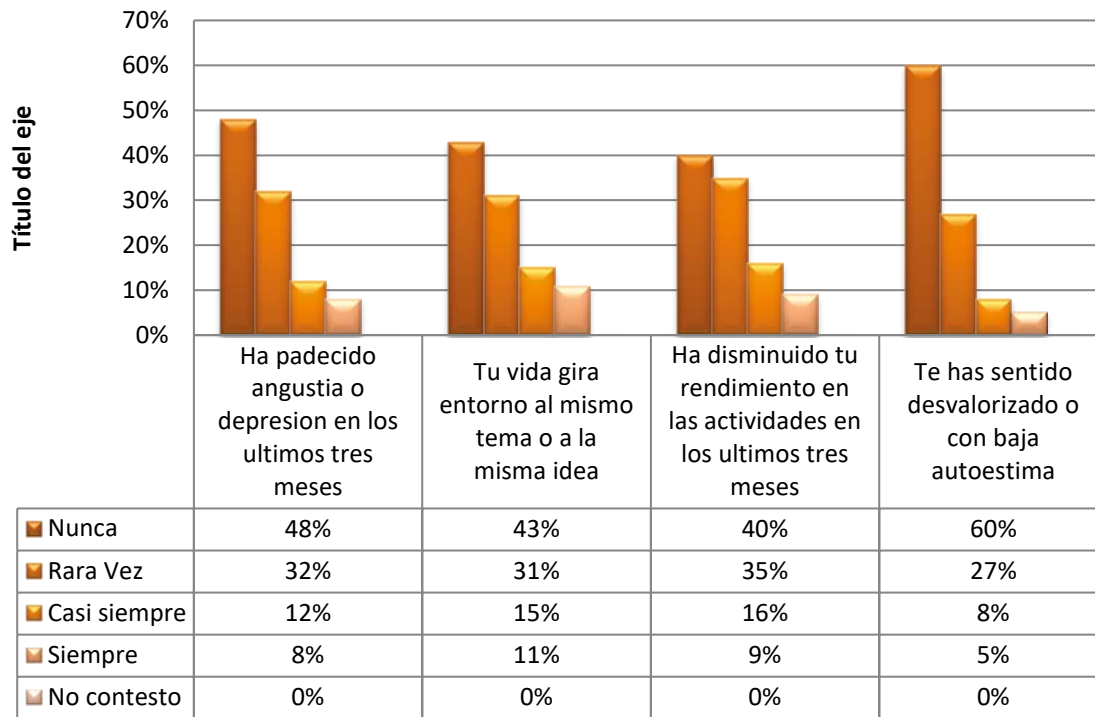
Figura 11. Problemas de salud mental



Nota: Elaboración propia de la UNICAH

Del 35% que manifestó haber tenido problemas de salud mental en los últimos tres meses, un 12% indicó que casi siempre ha padecido de algún tipo de angustia o depresión y un 8% afirmó que siempre; por otro lado, un 15% expresó que casi siempre junto a un 11% que consideró que siempre su vida gira en torno a un mismo tema o una misma idea; además un 16% respondió que casi siempre y un 9% manifestó que siempre su rendimiento en las actividades en los últimos tres meses ha disminuido; finalmente un 8% casi siempre se ha sentido desvalorizado o con baja autoestima, junto a un 5% que consideró que siempre les sucede (ver Figura 12).

Figura 12. Indicadores de salud mental



Nota: elaboración propia de la UNICAH

## 13.6 Conclusiones

Haciendo un análisis global de las problemáticas abordadas en el estudio se hace evidente que el estilo de alimentación diferente a familiares y amigos es la problemática de mayor incidencia a nivel de porcentaje, presentándose un 58% de la población que considera que se hace vida en su cotidianeidad.

En segundo lugar, se presenta la manifestación de haber tenido relaciones sexuales en un 54% de la población, aunque es importante hacer la observación que del total de la población un 6% está casado, divorciado o en unión libre; es importante considerar que es un porcentaje alto y que el mismo tiempo trae consecuencias como enfermedades de transmisión sexual, embarazos no planificados, entre otras.

En tercer lugar, se muestra la problemática a nivel de salud mental, considerando que un 35% ha tenido en algún momento manifestaciones relacionadas con la pérdida de la misma, aspecto primordial dentro de las acciones a tomar, teniendo como referencia nuestro contexto social actual como país.

En cuarto lugar, se observa que un 25% ha utilizado juegos de azar, para aliviar la ansiedad o la tensión provocada por el diario vivir y la consecución de sus múltiples roles.

En el puesto número cinco se constata que un 21% de los estudiantes ha sido víctima de bullying de parte de otro compañero de estudio, un porcentaje que es considerable si se analizan en profundidad las consecuencias psicosociales que dicha violencia genera en los jóvenes.

Finalmente, un 10% manifiesta haber consumido drogas para relajarse o aliviar la tensión, considerando que a través del consumo se logran minimizar las situaciones difíciles o abrumadoras.

Es interesante anotar que existe como supuesto la posibilidad de que el detrimento en la salud mental se deba al resto de problemáticas psicosociales enunciadas por los mismos estudiantes, por lo que se hace necesario adoptar acciones oportunas para la atención y prevención de la realidad encontrada y plasmada en este estudio, misma que se hace evidente en el programa de prevención elaborado para dicho fin.



# CAPÍTULO 14

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE  
HONDURAS "NUESTRA SEÑORA  
REINA DE LA PAZ"**

## 14.1 Nombre del programa

Programa de Prevención: Nuevos Senderos en la UNICAH NSU

### 14.1.1 Periodo para desarrollar el proyecto

Periodos cíclicos de 1 año máximo, para poder medir resultados

### 14.1.2 Institución

UNICAH, con todos los campus a nivel nacional, a través de las facultades.

## 14.2 Diagnóstico

De acuerdo con los resultados de la investigación, las siguientes son las problemáticas más frecuentes entre la población estudiantil.

- » Problemáticas sexuales
- » Imagen corporal distorsionada en los alumnos
- » Consumo de drogas químicas

## 14.3 Caracterización de la población objeto del proyecto

La población diana serían los alumnos de primer ingreso y hasta 3 años de cada carrera, en un rango de edad entre los 17 a 20 años.

### **14.3.1 Factores pProtectores**

- » Pastoral juvenil (actividades de encuentro personal y proyección social).
- » Habilidades comunicativas y de resolución de conflictos de los jóvenes.
- » La sana competencia en el ámbito académico, cultural y deportivo.
- » Sentido del humor a través de actividades lúdicas.
- » Apoyo de familias comprometidas.

### **14.3.2 Factores de riesgo**

- » Excesiva estimulación por parte de los medios de comunicación.
- » Falta de bases sólidas en valores morales.
- » Poca madurez emocional para asumir su propia personalidad.
- » Situación sociopolítica del país.
- » La violencia social e inseguridad ciudadana.
- » Problemáticas al interior de las familias que afectan la salud mental de los jóvenes.
- » La falta de habilidades para la solución de problemas y la comunicación.

### **14.3.3 Aspectos resilientes**

- » Equipos de trabajo multidisciplinarios.
- » Formación con base en valores cristianos.
- » Proyectos ya establecidos de apoyo social.
- » Apertura de oportunidades de desarrollo para los jóvenes.

## 14.4 Fundamentación o justificación

La Universidad Católica de Honduras Nuestra Señora Reina de la Paz, es una institución que considera que el ser humano es integral (tiene mente, cuerpo y alma); por tanto en la formación que ofrece integra servicios complementarios a su preparación académica, con el propósito de ayudarlo a desarrollarse como un profesional íntegro que sirva a la sociedad donde se desenvuelva, con valores morales, conocimiento técnico y fe sólida, en función de su realización personal y el bien común.

No es para nadie desconocido que lamentablemente a Honduras se le describe internacionalmente, como uno de los países del mundo más violentos, donde el problema de las drogas pasó de ser solamente tráfico y se volvió consumo, el crimen organizado ha penetrado las instituciones tanto públicas como privadas, la justicia social es cada vez menos equitativa, los niveles de embarazo en adolescentes crece, y en general, existe una crisis social que demanda con mayor énfasis que los responsables de la educación superior consideren que es su misión formar profesionales, pero profesionales completos, personas con formación integral para asumir las riendas del país y devolverle de nuevo su dignidad, y a las personas la calidad de vida que merecemos.

Por lo anterior se considera que el programa de prevención, no solo es importante sino necesario para evitar la aparición o reducir el impacto de diversas problemáticas psicosociales en la población universitaria y con ello contribuir a que los jóvenes realmente logren su realización plena e integral.

## 14.5 Marco jurídico

- » Reglamento de la norma que rige la vida estudiantil (Reglamento Interno UNICAH).
- » Ley de Convivencia Ciudadana.
- » La Constitución de la República.

## 14.6 Ámbito donde se desarrolla el proyecto

Comunidades universitarias de los diferentes campus de UNICAH

## 14.7 Tipo de prevención

Prevención inespecífica

## 14.8 Referentes teóricos

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Por ende, está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Según Amalio Blanco en su libro *intervención psicosocial* (2007) El bienestar del individuo a través del cual se potencia el desarrollo personal, social, la calidad de vida, la felicidad y por ende la salud mental, está protagonizado por tres grandes ideas, la primera de ellas se remonta a la tradición hedónica y defiende la hipótesis de que la vida del ser humano está motivada por el logro de la felicidad y dirigida a la consecución del máximo beneficio en todos los ámbitos de su existencia; en palabras de Ed Diener, quien puede ser considerado como su máximo representante, el bienestar subjetivo se define como las evaluaciones cognitivas y afectivas que una persona hace en torno a su vida, el bienestar vendría a ser el nivel de satisfacción personal conseguido de acuerdo con nuestras oportunidades vitales (recursos sociales, personales, aptitudes individuales), el decurso de los acontecimientos en nuestra vida y la experiencia emocional experimentada y vivida como conclusión de todo ello. La segunda idea se enfoca en el bienestar psicológico, el cual presta atención de manera especial al desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal como los principales indicadores del funcionamiento positivo (partiendo de las teorías de Abraham Maslow y Carl Rogers). Finalmente, la tercera hipótesis plantea que el bienestar social, recupera un modelo de sujeto dentro de un contexto, un sujeto socio-histórico inserto dentro de una red de relaciones interpersonales e intergrupales cuyas experiencias vitales no son ajenas a los acontecimientos del mundo que lo rodea.

No hay duda que estas tres propuestas sobre el bienestar merecen nuestra atención, pero sobre todo cabe señalar el concepto de salud dentro de este conglomerado de dimensiones, teniendo como protagonista a un sujeto activo y socio-histórico. Lo que significa que cuando hablamos de bienestar nos referimos sencillamente a la salud, como lo indica Reyes citado por Blanco (2007) en su modelo de bienestar social, abordándola como dimensiones de salud social positiva, así:

- » Las personas sanas se sienten parte de la sociedad, mientras que el aislamiento social, la soledad, el extrañamiento y la falta de integración son síntomas de un mal funcionamiento psicológico.
- » Las personas socialmente adaptadas sostienen concepciones favorables sobre la naturaleza humana y se sienten confortables en compañía de otros.
- » La alienación, el fatalismo y la resignación son la contrapartida psicológicamente insana, de la contribución social, de la creencia en el valor de lo que hacemos, de la auto-eficacia.
- » La gente más sana es aquella que tiene esperanza respecto al futuro de la sociedad y confía en poder ser beneficiaria y participe del bienestar que la sociedad genera.
- » Las personas más sanas no solo se preocupan por el mundo en el que les ha tocado vivir, sino que además se sienten capaces de entender lo que ocurre a su alrededor.
- » Un indicador de salud es asimismo el sentimiento de coherencia personal.

En síntesis, el tema de la salud mental, no concierne sólo a los aspectos de atención posterior al surgimiento de desórdenes mentales evidentes, sino que corresponde al terreno de la prevención de los mismos con la promoción de un ambiente socio-cultural determinado por aspectos como la autoestima, las relaciones interpersonales y otros elementos que deben venir ya desde la educación más primaria de la niñez y de la juventud. Esta preocupación no sólo concierne a los expertos, sino que forma parte de las responsabilidades de gobierno de una nación, de la formación en el núcleo familiar, de un ambiente de convivencia sana en el vecindario, de la responsabilidad asumida por los medios de comunicación y de la consciente guía hacia una salud mental en la escuela y en los espacios de trabajo y estudio en general.

De otro lado, las problemáticas psicosociales se pueden definir como todas aquellas necesidades que aparecen en el área personal, familiar y social del individuo asociado a diversos sentimientos, estos tienen relación con las percepciones subjetivas de cada persona y están directamente relacionadas con la calidad de vida y bienestar del individuo y su entorno.

Cuando hablamos, por tanto, de problemática psicosocial debemos remitirnos a las necesidades psicosociales y plantearnos el interrogante: ¿existen necesidades universales o algunas son solo locales y específicas de nuestra población?, resuelta esta pregunta es importante denotar que desde el punto

de vista psicosocial esta tiene que ver con las prácticas sociales y las interacciones entre las personas y entre las instancias políticas y culturales de referencia. Es en este marco en que se desarrolla el programa de prevención de la UNICAH.

### **14.8.1 Antecedentes de la prevención en la UNICAH**

Como se ha dicho, la Universidad tiene una visión integral de los estudiantes y desde sus inicios ha tenido como política implementar actividades en sus procesos de antes, durante y posterior a cursar su carrera universitaria.

Antes de ingresar a cualquier Campus de nuestro centro educativo todos los alumnos deben recibir una orientación espiritual en un proceso denominado Seminario de iniciación en la vida universitaria, durante el cual se les propone un plan de vida espiritual que puedan incorporar a su caminar si así lo desean, aunque se entiende que esa es una elección personal al menos se les ofrece la oportunidad. Los padres de familia reciben un Seminario para padres, donde se les proponen diversos temas y testimonios de apoyo a la integración familiar y acompañamiento a la vida de sus hijos.

Durante el desarrollo de su carrera se le da seguimiento a los alumnos en 2 espacios más, el Seminario de madurez cuando han cursado el 40% de la carrera y el Seminario de vida profesional antes de graduarse. La asistencia a ellos es obligatoria para poder obtener su título universitario. La Pastoral Universitaria ofrece oportunidad de hacer proyección social cristiana a la comunidad por medio de los jóvenes estudiantes que la integran.

Después de graduarse muchos chicos continúan en su proyección a través de la Pastoral de Egresados, quienes siguen luchando juntos por mantenerse en una vida cristiana basada en valores.

Por otra parte, La UNICAH cuenta en todos los campus del país con un Departamento de Bienestar Universitario (DBU) que aborda este tipo de problemáticas, a su vez algunos de los campus universitarios cuentan con un Centro de Orientación y Consejería Integral (COCI), desde donde profesionales y estudiantes de último año de la carrera de Psicología prestan sus servicios para atender las necesidades psicológicas, educativas y psicosociales de los estudiantes que requieren atención. La DBU tiene, entre otros, el objetivo de promover la salud mental y física de la comunidad universitaria y lo hace a través de las actividades planificadas en el año de acuerdo con los temas prioritarios en cada Campus. Sin embargo, se mencionan las más comunes:

- » Realización del Taller de Plan de Vida para los estudiantes de primer ingreso, con 20 horas. de duración donde se les ayuda a elaborar sus habilidades para afrontar la vida.

- » Charla inductora a Padres rol del padre en la vida universitaria, con el propósito de hacerlos partícipes de la adecuada carrera de sus hijos.
- » Campañas periódicas sobre adicciones de diferente naturaleza, a través de las facultades de Medicina y de Psicología.
- » Campeonatos deportivos entre las distintas facultades del campus, y participación en otros eventos entre Universidades (Juegos Olímpicos Universitarios Centroamericanos).
- » Semana de la Salud Mental con distintas actividades.

## 14.9 Objetivos del Programa de Prevención

### 14.9.1 Objetivo general:

Establecer estrategias que permitan disminuir la incidencia de los factores de riesgo que conlleven a la presencia de problemas psicosociales frecuentes en la UNICAH con la ejecución de un programa para mejorar la calidad de vida.

### 14.9.2 Objetivos específicos:

- » Establecer un sistema de información y concienciación acerca de los efectos y consecuencias físicas, psicológicas y sociales que surgen como consecuencia del inicio de la actividad sexual temprana.
- » Desarrollar un programa de acompañamiento para la valoración de la autoestima que conlleve a la aceptación de sí mismo.
- » Realizar campaña permanente para el NO uso de drogas químicas como un estilo de vida para los miembros de la comunidad universitaria.



## 14.10 Metas del programa de prevención

Las metas del programa de prevención se describen en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Metas del programa de prevención

Por objetivo	Problemática sexual	Problemática corporal distorsionada	Consumo de drogas químicas
Número de personas a atender.	500	500	500
Cantidad de estrategias a realizar.	4	4	4
Cantidad de actividades a realizar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Campaña</li> <li>2.Talleres</li> <li>3.Charlas informativas</li> <li>4.Incorporación en currículo de clase</li> <li>5.Coordinación interinstitucional</li> <li>6.Las que ya se han venido realizando</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Campaña</li> <li>2.Talleres</li> <li>3.Charlas informativas</li> <li>4.Incorporación en currículo de clase</li> <li>5.Coordinación interinstitucional</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Campaña</li> <li>2.Talleres</li> <li>3.Charlas informativas</li> <li>4.Incorporación en currículo de clase</li> <li>5.Coordinación interinstitucional</li> </ol>
Cantidad de materiales a realizar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Manual de desarrollo de talleres vivenciales y charlas informativas para docentes y alumnos</li> <li>2. Trípticos</li> <li>3. Afiches</li> <li>4. Vallas</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manual de desarrollo de talleres vivenciales y charlas informativas para docentes y alumnos</li> <li>2. Trípticos</li> <li>3. Afiches</li> <li>4. Vallas</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manual de desarrollo de talleres vivenciales y charlas informativas para docentes y alumnos</li> <li>2. Trípticos</li> <li>3. Afiches</li> <li>4. Vallas</li> </ol>

## 14.11 Estrategias

### 14.11.1 Estrategia 1: informativa

Desarrollar y ejecutar campañas de información en todos los niveles de comunicación disponibles (escritos, audiovisuales, virtuales, etc.).

### 14.11.2 Estrategia 2: formativa

Insertar dentro de las unidades académicas y a través de la cátedra, temas referidos a la erradicación y prevención de este tipo de problemáticas.

### 14.11.3 Estrategia 3: socio comunitaria

Realizar alianzas estratégicas con instituciones de apoyo a este tipo de problemáticas con el fin de financiar las campañas que se realicen, y/o apoyar a los y las jóvenes que requieran para superar su problemática.

### 14.11.4 Estrategia 4: pastoral

Mostrar a los y las jóvenes un nuevo sendero de vida a través de la vivencia del Evangelio de Cristo, y guiarles hacia una verdadera opción por la fe.

## Referencias capítulos 12, 13 y 14

Aróstegui, J. (1994). Violencia, sociedad y política: la definición de la violencia. *Ayer*, 13, 30.

Ávila, H., Meza, S., Ávila, A., Gutiérrez, G., Hernández, M., & Vásquez, L. (2007). Relato biográfico de una joven universitaria con anorexia. *Cultura de los cuidados*(21), 48.

Ávila, H., Meza, S., Ávila, A., Gutiérrez, G., Hernández, M., & Vásquez, L. (2007). Relato biográfico de una joven universitaria con anorexia. *Cultura de los cuidados*, 48.

BCH. (2012). *Honduras en cifras 2009–2011*. Obtenido de [http://www.bch.hn/download/honduras\\_en\\_cifras/hencifras2009\\_2011.pdf](http://www.bch.hn/download/honduras_en_cifras/hencifras2009_2011.pdf)

Blanco, A., & Rodríguez, J. (2007). *Intervención psicosocial*. Madrid: Pearson educación, S.A.

Buchanan, J., & Pillon, S. (2008). Uso de drogas entre estudiantes de medicina. *Rev Latino-Am. Enfermagem*, 16.

- Capelli, J. (2009). *Visión sobre la realidad de Honduras desde la perspectiva de Casa Alianza*. Obtenido de [http://www.casa-alianza.org.hn/index.php?option=com\\_content&view=article&id=77:vision-sobre-la-realidad-de-honduras-&catid=35:casa-alianza](http://www.casa-alianza.org.hn/index.php?option=com_content&view=article&id=77:vision-sobre-la-realidad-de-honduras-&catid=35:casa-alianza)
- Desarrollo, P. d. (2006). *La violencia social y la inseguridad ciudadana: limitaciones centrales para la construcción de una ciudadanía activa*. Obtenido de <http://pdba.georgetown.edu/Security/citizenssecurity/honduras/documentos/violencia.pdf>
- Flores, M. (2006). *Construcción de ciudadanía, violencia y convivencia en Honduras*. Obtenido de [http://iudpas.org/pdfs/Aportes\\_para\\_su\\_Compresion.pdf](http://iudpas.org/pdfs/Aportes_para_su_Compresion.pdf)
- Flores, M., & Urbina, C. (2012). *La violencia insustentable*. Obtenido de <http://www.socialwatch.org/node/14092>
- Freud, S. (1929). *Malestar en la cultura*. Buenos Aires: Amorrortu.
- García del Castillo, J. A., López, C., Rodríguez- Marín, J., Cañadas, I., & Mirra, J. J. (2007). Implementación de un programa de prevención de drogas. En A. Blanco, & J. Rodríguez Marín, *Intervención Psicosocial* (págs. 343-373). Madrid, España: Pearson Educación.
- Goleman, D. (2008). *Inteligencia emocional* (Septuagésima ed.). Barcelona: Editorial Kairos.
- Gomáriz, E. (2011). *La devastación silenciosa: Jóvenes y violencia social en América Latina*. San José, C.R.: FLACSO.
- Kirsch, S., & Kummerow, J. (1998). *Tipos de Personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Marín, F., & Bedoya, M. (2008). *Módulo educativo: Construcción de significados acerca del cuerpo como trama identitaria en mujeres con anorexia bulimia*. (Funlam, & FIUC, Editores) Obtenido de [http://virtual.funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/repositorioarchivos/2012/03/mod11\\_anorexia\\_bulimia.1383.pdf](http://virtual.funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/repositorioarchivos/2012/03/mod11_anorexia_bulimia.1383.pdf)
- Matute, R. C., & Pilon, S. C. (2008). Alcohol consumption by nursing students in Honduras. *Latino-am Enfermagem 2008*, 584-589.
- Milla, M. (2007). *Imagen corporal en mujeres de ambientes socio-económicamente diferenciados: un estudio de casos múltiples*. San Pedro Sula.
- Moral, M., Rodríguez, F., & Sirvent, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18(1), 52.

- Morán, I., Cruz, V., & Iñárritu, M. (2009). Prevalencia de factores y conductas de riesgo asociados a trastornos de la alimentación universitaria. *Revista médica del Hospital General de México*, 72(2), 68-69.
- Morris, C., & Maisto, A. (2009). *Psicología* (Decimotercera ed.). México: Pearson educación.
- Naciones Unidas. (2006). *Respuestas escritas del gobierno de Honduras relativas a la lista de cuestiones (CRC/C/HND/Q/3) formuladas por el comité en relación con el examen del tercer informe periódico de Honduras*. Obtenido de [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/CRC.C.HND.Q.3.Add.1.Sp?Opendocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/CRC.C.HND.Q.3.Add.1.Sp?Opendocument)
- Observatorio de la violencia. (2012). Mortalidad y otros: Boletín Enero–Diciembre 2011. 24, 1, 4.
- Organización Mundial de la Salud (2001), Informe sobre la salud en el mundo. Recuperado de <http://http://www.who.int/whr/2001/es/>
- OMS. (2012). *Día mundial de la salud mental*. Obtenido de [http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world\\_mental\\_health\\_day/es/index.html](http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_mental_health_day/es/index.html)
- OMS. (2012). *Salud mental*. Obtenido de [http://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](http://www.who.int/topics/mental_health/es/)
- OPS/OMS. (2008). *Informe de la evaluación del sistema de salud mental en Honduras utilizando el instrumento de evaluación para sistemas de salud mental de la OMS*. Obtenido de [http://www.who.int/mental\\_health/honduras\\_who\\_aims\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/honduras_who_aims_spanish.pdf)
- PNUD. (2006). *La violencia social y la inseguridad ciudadana: limitaciones centrales para la construcción de una ciudadanía activa*. Obtenido de <http://pdba.georgetown.edu/Security/citizenssecurity/honduras/documentos/violencia.pdf>
- Reyes, A. (1986). Anorexia nerviosa. Reporte de tres casos. *Revista Médica Hondureña*, 54(4), 286.
- Salud, O. M. (2004). *Promoción de la Salud Mental*. Paris, Francia: OMS.
- Santos Figueroa, S. D., Cunningham, J., Wright, M. D., Strike, C., & Brands, B. (2009). Normas percibidas por los estudiantes universitarios hondureños, acerca de sus pares y el uso del tabaco, alcohol, marihuana, y cocaína. *Latino-am Enfermagem*, 851-857.
- UNICAH. (2011). *Universidad Católica de Honduras*. Obtenido de <http://www.unicah.edu/>

USAID. (s.f.). *Sexualidad y VIH Sida*. Obtenido de <http://www.vihenhonduras.org/todo-sobre-vihsida/sexualidad-y-vihsida>

Villagrán, Z., Ruiz, J., & Rodríguez, C. (s.f.). *Conductas de riesgo para padecer trastornos de la conducta alimentaria y su asociación al índice de masa corporal, percepción y preocupación por la imagen corporal en estudiantes de ciencias de la salud*. (C. d. cuidados, Ed.) Obtenido de <http://148.202.105.12/tutorial/encuentro/files/ponenciaspdf/Conductas%20de%20riesgo%20para%20padecer%20trastornos%20de%20la%20conducta%20al.pdf>

Villagrán, Z., Ruiz, J., & Rodríguez, C. (s.f.). *Conductas de riesgo para padecer trastornos de la conducta alimentaria y su asociación al índice de masa corporal, percepción y preocupación por la imagen corporal en estudiantes de ciencias de la salud*. Obtenido de <http://148.202.105.12/tutorial/encuentro/files/ponenciaspdf/Conductas%20de%20riesgo%20para%20padecer%20trastornos%20de%20la%20conducta%20al.pdf>

# CAPÍTULO 15

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE  
COSTA RICA. PROYECTO DE  
INVESTIGACIÓN: CONSUMO  
DE DROGAS EN EL ÁMBITO  
UNIVERSITARIO**

## 15.1 Introducción

El fenómeno de las drogas ocupa la atención de los diferentes gobiernos en el mundo. En Costa Rica el abordaje ha evolucionado gracias a diferentes estudiosos del tema, al Instituto Nacional de Farmacodependencia (IAFA) y a la importación de diferentes modelos teóricos europeos, que han servido como guía para la prevención del uso y abuso de las drogas, tanto lícitas como ilícitas.

En este caso, la utilización del diagnóstico es un elemento primordial para la comprensión y contextualización de la intervención que se realiza. Por tal motivo, es que el presente estudio se basa en desarrollar un plan de prevención del consumo de drogas desde un nivel primario, secundario y terciario, a partir de un diagnóstico en la población estudiantil de la Universidad Católica de Costa Rica.

Borges (2002) explica que la información alarmista o catastrófica, sin apoyos positivos, puede llevar a efectos contraproducentes o a estímulos de curiosidad perjudiciales si, aún advertida la sociedad de determinados peligros, no se le ofrece estilos de vida alternativos en su vida cotidiana. De allí, entonces, la gran responsabilidad de quienes favorecen una cultura de objetivos burdamente materialistas y posponen la formación ética a una educación puramente instrumental o funcional, acompañándolos de ejemplos desmoralizadores del estilo de vida. En este sentido, una prevención realizada a partir de un diagnóstico da una respuesta según la condición de cada persona.

Por los motivos anteriormente descritos es que se fundamenta la necesidad de crear un plan que permita la prevención del consumo de drogas en los estudiantes de la Universidad Católica de Costa Rica, con el fin de ofrecer una formación integral a futuros profesionales.

## 15.2 Planteamiento del problema

Costa Rica, es un país perteneciente a lo que se denomina istmo centroamericano que une América del Norte con América del Sur; en los últimos cinco años se ha convertido en un lugar que es usado por las redes internacionales del narcotráfico, situación que ha permitido aumentar el mercado local de drogas ilícitas. Aunque se conoce que el consumo no lo determina la existencia de las drogas, sino una decisión personal, la facilidad con que estas se consiguen ha ido permeando todos los ambientes sociales y en particular el mundo universitario.

Las estadísticas del Centro de Rehabilitación al Adicto Rostro de Jesús, ubicado en la ciudad de Alajuela, en un período de cinco años, demuestran cómo ha cambiado la edad de los adictos a las drogas, donde se pasó de una edad promedio de 28 años en el 2008 a 22 años en el 2013. Aunque no es una población representativa de todo el país, las estadísticas facilitadas para el presente diagnóstico, logran destacar que los 22 años es la edad promedio para estar en los centros de enseñanza superior.

La situación antes señalada sirve como base para el desarrollo del presente estudio, pues la Universidad Católica de Costa Rica no tiene por objetivo dar un tratamiento a la enfermedad adictiva, sino apostar por el camino de la prevención, ofreciendo a sus estudiantes no solamente una formación de buena calidad, así como también un ambiente de salud integral en donde la población universitaria tenga la oportunidad de desarrollarse profesionalmente, incluyendo a aquellos que pueden tener una conducta adictiva.

Aunque en el campus universitario, no se ha podido observar a estudiantes consumiendo drogas, la situación social del país que se refleja en las noticias ofrecidas por los medios de comunicación, ponen en alerta al equipo de funcionarios y docentes de la institución para generar proyección de atención para el bienestar estudiantil de la población y el desarrollo de programas de prevención.

Según el IAFA (2012), el consumo de drogas en Costa Rica constituye uno de los problemas de salud pública más importantes del país. Este se desarrolla tanto a nivel público como privado. Lo anterior, permite estar alerta, pues la Universidad Católica de Costa Rica, recibe estudiantes de todos los estratos sociales y regiones, algunas de ellas catalogadas como de alto riesgo social. Se reciben personas con grandes virtudes y valores, pero también, con dificultades y problemáticas, entre ellas el consumo de drogas ilícitas.

Por tanto, el problema de esta investigación consiste en saber, ¿Cómo se desarrolla un plan de prevención de consumo de drogas desde un nivel primario, secundario y terciario, a partir de un diagnóstico en la población estudiantil de la Universidad Católica de Costa Rica?

## 15.3 Objetivos

### 15.3.1 Objetivo general

Desarrollar un plan de prevención de consumo de drogas en la población de la Universidad Católica de Costa Rica.



### 15.3.2 Objetivos específicos

- » Identificar el consumo de alcohol y drogas en la población estudiantil de la Universidad Católica de Costa Rica.
- » Establecer estrategias de intervención interdisciplinarias para el abordaje en la prevención y atención del consumo de alcohol y drogas.

## 15.4 Metodología

En el presente apartado se describe la forma en que se realizó la investigación. Asimismo, se justifica el diseño, los instrumentos, enfoque, las variables a analizar, así como los respaldos de análisis con el fin de cumplir los objetivos planteados.

### 15.4.1 Enfoque

El estudio se realiza con un enfoque cuantitativo, sobre el cual Hernández, Fernández y Baptista (2010) señalan que: “usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (p. 4). Este enfoque resulta adecuado por cuanto la investigación mide la percepción de riesgo y la incidencia del uso de sustancias lícitas e ilícitas en la población estudiantil de la Universidad Católica de Costas Rica, así como su posible relación con el género y la edad de los estudiantes.

Por su parte, este estudio se centró en una aproximación convencional a la investigación científica en donde el método hipotético–deductivo abarca de manera estricta elementos de definición y medición; así como un control estricto de las variables y un muestreo estructurado. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010)

## 15.4.2 Tipo de estudio

Se emplea un tipo de estudio de alcance descriptivo, en el que se pretende,

Especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas (Hernández, Fernández y Baptista, p. 80).

Otro aspecto importante es que el estudio de alcance descriptivo brinda la probabilidad de realizar predicciones y definir las características del fenómeno estudiado.

## 15.4.3 Hipótesis

A continuación se mencionan las hipótesis que sustentan la investigación:

*Hipótesis descriptiva.* En la Universidad Católica, Sede Central, se da el uso frecuente de sustancias lícitas e ilícitas

*Hipótesis nula.* En la Universidad Católica, Sede Central, no se da el uso frecuente de sustancias lícitas e ilícitas.

## 15.4.4 Población

La población de la investigación corresponde a estudiantes de la Universidad Católica de Costa Rica, en su sede central ubicada en San José. El universo es de 897 estudiantes en dicha Sede al momento de realizar la investigación.

## 15.4.5 Muestra

En este estudio se consideró la muestra no probabilística o dirigida; se seleccionó un subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no dependía de la probabilidad sino de las características de la investigación. Para ello se seleccionaron 200 estudiantes matriculados en la Universidad de manera aleatoria.

## 15.4.6 Variables

### Variables dependientes:

- » Consumo de drogas ilícitas
- » Consumo de alcohol y tabaco
- » Conocimiento sobre drogas
- » Acceso a drogas en la universidad

**Tabla 1.** Conceptualización y operacionalización de variables utilizadas

Variable	Conceptualización	Operacionalización
Consumo de drogas ilícitas	Se entenderá como toda aquella ingestión de sustancias que desde la perspectiva legal, no esté aceptada su fabricación ni consumo.	Se utilizará el instrumento denominado “Encuesta Estudiantes Universitarios” en los ítems 22-33, 41-56, 58 (ver apéndice A).
Consumo de drogas lícitas	Se refiere a toda aquella ingesta de alcohol, energizantes y/o cigarrillos de tabaco.	Se utilizará el instrumento denominado “Encuesta Estudiantes Universitarios” en los ítems 9-21, 34-35, 36-40 (ver apéndice A).
Conocimiento sobre drogas	Se refiere a la información que manejan los estudiantes sobre riesgo de consumir tanto drogas lícitas como ilícitas.	Se utilizará el instrumento denominado “Encuesta Estudiantes Universitarios” en el ítem 8 (ver apéndice A).
Acceso a drogas en la Universidad	Se refiere a la facilidad de adquirir sustancias tanto lícitas como ilícitas.	Se utilizará el instrumento denominado “Encuesta Estudiantes Universitarios” en los ítems 59-63 (ver apéndice A).
Género	Se refiere a la agrupación de sujetos según sean masculinos o femeninos	Se utilizará el instrumento denominado “Encuesta Estudiantes Universitarios” en el ítem 1 (ver apéndice A).
Edad	Se refiere a la agrupación de sujetos según la edad cronológica que posean.	Se utilizará el instrumento denominado “Encuesta Estudiantes Universitarios” en el ítem 3 (ver apéndice A).

*Nota:* elaboración propia.

La recolección de datos se realizó en dos fases.

**Fase 1.** En esta fase se procedió a la adaptación del “Cuestionario del Instituto para Alcoholismo y Farmacodependencia” obteniendo “Encuesta Estudiantes Universitarios”. Posteriormente se realizó el pilotaje de dicho instrumento. El mismo se realizó con 90 estudiantes de la Universidad Católica de Costa Rica elegidos al azar.

**Fase 2.** La segunda fase corresponde a la recolección de datos mediante la encuesta autoaplicada en 200 estudiantes compuesta por 63 preguntas cerradas; con el que se evalúa la incidencia del consumo de alcohol y drogas, así como la percepción del riesgo ante el consumo.

Para el análisis de datos se recurrió al uso del programa estadístico SPSS 18.0.

## 15.5 Aspectos éticos

La investigación se realizó con la autorización de la Dirección General Académica de la Universidad y de los respectivos directores de cada carrera. Mediante consentimiento informado, se les comunicó a todos los estudiantes participantes sobre el objetivo de dicho estudio; se procedió a la aplicación del cuestionario en las aulas.

## 15.6 Análisis y discusión de resultados

Inicialmente es importante aclarar que se tomaron en cuenta normas y procesos establecidos por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmodependencia (IAFA), ente gubernamental responsable de esta temática en Costa Rica. Además que se procede a realizar un análisis integrado, de la descripción de los datos y su interpretación.

Se aplicó el instrumento “Encuesta estudiantes universitarios” a una población total de 200 estudiantes. De los cuales el 30.5% pertenece al género masculino y un 69.5% femenino. Marcándose, con respecto a la edad y las medidas de tendencia central, una media de 26.56 y una moda de 20.

Un factor importante de analizar es que un 55% de la población encuestada trabaja y estudia al mismo tiempo. Esta situación podría considerarse un factor de protección suponiendo que existe un contexto universitario que desarrolla también un sentido de la responsabilidad, cuestión que puede minimizar los factores de riesgo. El autor Clayton (1992) menciona que el factor de protección puede ser una condición situacional y de contexto ambiental, que reduce la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o bien, del paso al uso frecuente de éstas.

Aunado a lo anterior el 50% de la población detalla que en su tiempo libre acostumbra a estar con su familia. Dicho porcentaje podría favorecer también, considerándose un factor de protección igual al anteriormente mencionado.

En cuanto al consumo de cigarrillos, el 20,5% menciona que lo hizo en los últimos 30 días. La baja incidencia del consumo del tabaco dentro del campus universitario pudiera estar ligado a que en meses anteriores se aprobó en el país la Ley del control del Tabaco (No. 9028) la cual penaliza el consumo del cigarrillo en diversos lugares incluyendo centros de educación superior (ver tabla 2).

**Tabla 2.** Prevalencia de consumo de droga en la población estudiantil

Droga	Consumo			Edad de inicio de consumo
	Frecuencia-Moda-Porcentaje*			
	Alguna vez	Último año 12 meses	Último mes 30 días	
Tranquilizantes	9.5%	5%	2%	18 años
Estimulantes	5.5%	1.5%	0.5%	20 años
Alcohol	89%	78%	56%	15 años
Cigarrillo de tabaco	52%	28.5%	20.5%	15 años
Marihuana	29%	12.5%	6.5%	19 años
Cocaína	2%	0%	0.5%	16 años
Bebidas energizantes combinada con alcohol inhalante	1%	0%	7.5%	14 años
Crack	0%	0%	0%	16 años
Bebidas energizantes	0%	0%	20.5%	

Nota: Elaboración propia

\*Porcentaje de la población que sí ha consumido (n=200)

En la tabla anterior se pueden observar los porcentajes obtenidos del consumo de las diferentes drogas y su frecuencia.

Con base en las respuestas brindadas por la muestra del estudio (n=200), se destaca que la incidencia de consumo de drogas ilícitas no se considera significativamente alto (ver tablas 2 y 3). En esta línea, se considera la definición que brinda la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la drogodependencia como “estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintetizada” (Becoña, 2002), se deduce que el consumo de drogas referido por los estudiantes universitarios que participaron de la investigación no logra la suficiente frecuencia, cantidad y deterioro causado en distintas áreas vitales.

Contrario a esto, las estadísticas sobre consumo alguna vez en la vida, de estimulantes sin receta médica (5.5%), cocaína (2.5%), crack (0.5%), éxtasis (1.5%), chino<sup>1</sup> (1.5%) y bazuco<sup>2</sup> (0.5%), evidencian lo que Becoña y Cortes (2008) describen como uso de drogas la cual describen como: “el consumo de una sustancia que no produce consecuencias negativas en el individuo o éste no las aprecia. Este tipo de consumo es el más habitual cuando se utiliza una droga en forma esporádica” (p. 24).

**Tabla 3.** Incidencia de consumo de droga en la población estudiantil

Droga	¿Ha probado?	Edad de inicio de consumo
	Frecuencia-Moda-Porcentaje*	
Plantas alucinógenas	Nunca (3%)	15 años
Éxtasis	Nunca (1,5%)	17 años
Chino	Nunca (1,5%)	16 años
Bazuco	Nunca (0,5%)	17 años
Ketamina	Nunca (0%)	Ninguna
Heroína	Nunca (0%)	Ninguna

*Nota:* Elaboración propia

\*Porcentaje de la población que sí ha consumido (n=200)

Según los planteamientos de dicho autor, el uso de drogas se diferencia del abuso en que este último implica un uso continuado a pesar de que se perciben las consecuencias negativas de la misma, y de la dependencia, etapa en la que el cese del uso de la droga genera síndrome de abstinencia. Sumado a esto, este tipo de consumo puede suponer una de las fases preliminares a la instauración de la adicción, descrita por Donas (2001) citando a Roldán (2001) como aquella en la que la persona, recurre a la droga esporádicamente y puede abandonarla si lo desea.

Un dato relevante es que según los resultados de la encuesta el 49.7% de la población inició a los 15 años de edad el consumo de bebidas alcohólicas (ver Tabla 2).

Por otro lado, como se muestra en la tabla 2, el consumo de las drogas lícitas se determina con un 20,5% que ha tomado energizantes en los últimos 30 días, siendo que un 7,5% ha combinado en una misma ocasión energizantes con bebidas alcohólicas.

<sup>1</sup> Con el nombre de chino, se denomina en Costa Rica, a la combinación del cigarrillo de tabaco con la cocaína. Para esta información se le consultó a un joven que está en un centro de rehabilitación de adictos. Por ética se reserva el nombre del joven y de la institución

<sup>2</sup> Es un cigarrillo de marihuana con crack.

En cuanto a las drogas ilícitas, 14% de los estudiantes anotan que dentro de la comunidad universitaria sí se consumen. Así como el 19% de los encuestados destaca que es frecuente dicho consumo de drogas ilícitas, apuntando a la Marihuana un 6% y un 1% Marihuana con tabaco.

Como se muestra en la tabla 2, el 29% de los encuestados ha consumido marihuana alguna vez en su vida siendo entre los 16 y los 19 años el rango de edad de iniciación. Esto concuerda con la expuesto por el IAFA (2012) “la edad de inicio se puede observar tanto en hombres como en mujeres, que alcanzó un promedio total de 16,7 años en el 2010; resaltando así, que el primer contacto se da durante la adolescencia” (p. 15).

Con respecto a lo expuesto anteriormente, es necesario rescatar que, de la muestra total (n=200), 13 personas habían consumido Marihuana en los últimos 30 días a la fecha de aplicación de la encuesta.

Mientras 5 personas de la población consultada, han consumido cocaína alguna vez en su vida, una de ellas lo hizo en los últimos 30 días a la fecha de aplicación de la encuesta. Aunado a esto, el consumo de drogas como éxtasis (1,5%), plantas alucinógenas (3%), chino (0,5%), bazuco (0,5%) según los datos de las encuestas realizadas se dan en porcentajes bajos (ver tabla 3).

Paralelo a lo anterior, en cuanto a la adquisición de drogas ilícitas en el campus universitario, se destaca que un 6% de los encuestados manifestó que se puede adquirir marihuana, seguido de un 1% que manifiesta que se puede adquirir tabaco, marihuana y un 1% manifiesta que se puede conseguir cualquier tipo de droga ilícita. Es importante rescatar que aunque el porcentaje es bajo (14%) existe el conocimiento que se consumen drogas ilícitas dentro de la comunidad estudiantil (ver tabla 4).

**Tabla 4.** Percepción de consumo de droga dentro de la población universitaria, según encuestados

Percepción de consumo de drogas en la población estudiantil				
	Sí	No	Cuál	Frecuencia de consumo (Respuesta más frecuente)
¿Cree usted que se puede adquirir drogas dentro de la Universidad?	23.4%	76.7%	Marihuana, éxtasis, LSD, hongos, cocaína, crack, tabaco y alcohol.	
Tiene conocimiento al respecto de consumo de drogas lícitas dentro de la comunidad estudiantil	42.1%	57.9%	Cigarrillos, alcohol, cafeína.	Frecuente
Tiene conocimiento al respecto de consumo de drogas ilícitas dentro de la comunidad estudiantil	14.9%	85.1%	Marihuana, cocaína, crack, reina de la noche, hongos	Frecuente

Nota: elaboración propia

Esta situación es meritoria de atención desde el marco de la prevención al ser un porcentaje relativamente bajo, en cuyo caso según el Ministerio de la Protección Social de Costa Rica y la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (2010) desde el contexto del consumo es necesario:

Manejar y gestionar los riesgos a través de estrategias para evitar que los riesgos se manifiesten a nivel individual en la salud, la calidad de vida y el bienestar de los individuos, las familias y comunidades. Estas estrategias consisten en planear acciones para reducir factores de riesgo y evitar efectos negativos tanto en individuos, como en comunidades y la sociedad en general. Estas acciones se deben centrar en la promoción de hábitos y prácticas saludables y de auto-cuidado para evitar al máximo conductas de riesgo que aumenten la vulnerabilidad al consumo (p. 21).

Lo anterior evidencia que se hace necesario plantear un plan de intervención de primer nivel o prevención primaria cuyo objetivo radica en disminuir la incidencia de casos y limitar la oferta de drogas, con intervenciones universales para reducir el consumo inicial o prevenir la transición del uso experimental a un uso frecuente o al abuso de las drogas (Jiménez, 2007).

Tal como lo plantea Jiménez (2007), la realización de un plan de prevención en primer nivel, requiere de la identificación de factores de riesgo y factores de protección. Uno de los factores de riesgo en la dimensión social que refieren Becoña y Cortés (2008), radica en el nivel de aceptación familiar, comunal y cultural con el que cuenta una droga, el cual influye en el nivel de percepción de riesgo de consumo. De esta manera se espera que a mayor aceptación social de una droga, menor percepción de riesgo se sienta de la misma.

Como se observa en las estadísticas de los resultados en la muestra de la población universitaria de este estudio, esto es especialmente cierto en lo que respecta a las drogas lícitas, las cuales reportan mayor porcentaje de consumo (ver en las tablas 2 y 3 que el 20.5% de la población ha consumido cigarrillo durante los últimos 30 días y 56% de la población alcohol durante los últimos 30 días).

Asimismo, la población estudiantil tiende a percibir con mayor frecuencia que las drogas lícitas son utilizadas dentro del campus universitario, (ver en la tabla 4 que el 42.1% de la muestra percibe que existe un consumo frecuente de tabaco, alcohol y cafeína en la población estudiantil).

Como se mencionó en párrafos anteriores, siendo los 15 años la edad de inicio de consumo de alcohol, misma que se considera una edad temprana, se requiere que el plan de intervención a nivel de prevención primaria enfatice en estos factores de riesgo.



**Tabla 5.** Percepción del nivel de riesgos de consumo de drogas

Percepción de nivel de riesgo de consumo de drogas según frecuencia		
Droga	Frecuencia	Nivel de Riesgo Percibido
Alcohol	Alguna vez	Poco
	Frecuentemente	Alto
	Embriagarse	Alto
	Tomar más de 5 copas por fin de semana	Alto
Tranquilizantes sin receta médica	Alguna Vez	Alto
	Frecuentemente	Alto
Estimulantes sin receta médica	Alguna vez	Alto
	Frecuentemente	Alto
Inhalantes	Alguna vez	Alto
	Frecuentemente	Alto
Fumar marihuana	Alguna vez	Ninguno
	Frecuentemente	Alto
Cocaína	Alguna vez	Alto
	Frecuentemente	Alto
Crack	Alguna vez	Alto
	Frecuentemente	Alto
Éxtasis	Alguna vez	Alto
	Frecuentemente	Alto
Bebidas energizantes	Alguna vez	Poco
	Frecuentemente	Alto
Hongos o plantas alucinógenas	Alguna vez	Alto
	Frecuentemente	Alto

Nota: elaboración propia

Los datos expresados en la tabla anterior son de mucha utilidad pues muestra la percepción de nivel de riesgo de consumo según frecuencia de los estudiantes encuestados situación que tal como indican Verdugo, Uribe y Zacarías (2011) la percepción de riesgo sobre el consumo de drogas lícitas como ilícitas es un factor que comunican un posible peligro o no en la población a que ésta se vuelva vulnerable al consumo de las mismas.

## 15.7 Conclusiones

- » A partir de la investigación realizada en la Universidad Católica se confirma la hipótesis nula que plantea que no se da un uso frecuente de drogas lícitas e ilícitas entre la población de estudiantes.
- » Los estudiantes que están consumiendo pese a ser una minoría, presentan un nivel de significancia por los riesgos cuya conducta encierra; por otra parte quienes no están consumiendo podrían verse inmersos en un ambiente que de alguna manera conlleva riesgos, pues hay un porcentaje de la población que sí consume.
- » El hecho de que un 55% de la población encuestada trabaje y estudie, puede conllevar a un factor de protección en estos estudiantes, dado que tienen que afrontar responsabilidades típicas que se exigen en un horario laboral y otro universitario, implicando un mejor manejo de su tiempo y de los recursos económicos.
- » Las drogas que los estudiantes reconocen consumir con mayor frecuencia son las socialmente aceptadas como el alcohol, el cigarrillo y la cafeína, incluso otras que no se reconocen problemáticas como los medicamentos, energizantes e incluso la marihuana.
- » La población estudiada posee información acerca de los riesgos que conlleva un posible consumo frecuente de estas drogas sobre su organismo, sin embargo esto no determina el riesgo real que poseen de llegar en el futuro a consumir de forma abusiva.
- » Existe una edad de consumo temprano en la población de estudiantes a los que se les realizó la investigación (15 años), sin embargo, parece que esto no se convirtió en un factor de riesgo para que dichos estudiantes tuvieran problemas de adicción.
- » La incidencia se puede considerar estadísticamente baja, las implicaciones o riesgos presentes al existir personas que sí consumen son relevantes, pues podría influir el hecho de que el estudiante se encuentre realizando un consumo social o recreativo sin medir las consecuencias mismas del proceso de adicción.

- » Un 23.4% de la población considera que se puede adquirir drogas dentro de la universidad, esto es un indicador de que la institución puede ser un espacio de consumo y venta de drogas ilícitas.
- » Aunque la población encuestada en general no indica haber consumido drogas ilícitas, un 14.9% indica saber y tener conocimiento de que en dicho centro universitario se da un consumo de estas drogas.

## Recomendaciones

- » Informar a las autoridades universitarias correspondientes acerca de los resultados más relevantes de esta investigación podría permitir que se pueda tomar el programa de prevención que se propone en este trabajo como un objetivo primordial en el Plan Anual Operativo de esta Universidad.
- » Aplicar el programa de prevención tanto a profesores, estudiantes y administrativos, llevándose a cabo por los tres niveles de prevención.
- » Realizar charlas y talleres con estudiantes, profesores y administrativos para capacitarlos, así como construir protocolos de detección y atención de colaboradores en temas de drogodependencia y asimismo, construir una política respecto a situaciones de este tipo con estudiantes.
- » Realizar futuras investigaciones desde un enfoque cualitativo o mixto para poder tener un acercamiento a los estudiantes y personal de la Universidad, con el fin de explorar su percepción en cuanto a consumo y riesgo dentro de la institución universitaria.
- » Investigar acerca de otras conductas que se pueden convertir en dependencias como el juego, el sexo, las relaciones de pareja y otras.

# **CAPÍTULO 16**

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE  
LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE  
COSTA RICA**

## 16.1 Nombre del proyecto

La prevención como experiencia hacia la plenitud de vida

## 16.2 Presentación

El programa pretende abordar la prevención del consumo de drogas dentro de estudiantes universitarios, propiamente aquellos que se encuentren matriculados en la Universidad Católica de Costa Rica, a partir de la prevención primaria, secundaria y terciaria, generando así el impacto necesario dentro de la comunidad estudiantil universitaria.

Aunque en la institución no se conocen casos severos de consumidores de drogas, la prevención se enmarca dentro del contexto de formación integral que ofrece la institución; además, este plan de prevención constituye el punto de partida para estar preparados ante un eventual aumento de esta problemática social.

### 16.2.1 Responsables del diseño

Bernardo Castillo, Johanna Paniagua, Mauricio Fuentes, Andrea Ortiz, Víctor Jiménez, Lucía Quesada, Katherine Rojas, Kattia Vargas, María Laura Zúñiga, Jennifer Díaz, Jorge Gamboa.

### 16.2.2 Periodo para desarrollar el proyecto

El Programa tiene una fijación anual, iniciando en enero de (2014), con el primer cuatrimestre escolar.

## 16.3 Diagnóstico

A partir del diagnóstico realizado para la implementación del plan de prevención, si bien es cierto que el consumo registrado en la Institución es muy bajo, según la información suministrada por los participantes, es importante tomar en cuenta que sí se presentan casos de drogadicción y que esta es razón suficiente para el desarrollo de la prevención, pues se trata de atender a la persona en toda su dimensión, no solamente de evitar el uso de sustancias tóxicas.

La presencia de consumo en la institución, aunque sea mínima en relación con el número de participantes en la investigación, si no se atiende, podría afectar el buen nombre que hasta el momento tiene la Universidad Católica de Costa Rica. Además si aumenta el número de consumidores y dosis de drogas, el ambiente de seguridad que se vive en los alrededores, puede convertirse en lugar atractivo para narcotraficantes y delincuentes que se aprovechan de la población joven para desarrollar sus negocios. Pero además, el número de estudiantes matriculados podría disminuir, si no se toman medidas de seguridad, entre las cuales la prevención ocupa el primer lugar. El problema principal que se va a intervenir, es la presencia de estudiantes que consumen drogas en la Institución, pero además el aumento considerable de narcotráfico y comunidades en riesgo social de donde provienen los estudiantes.

## 16.4 Caracterización de la población objeto del proyecto

La muestra de estudiantes a la que se le aplicó la encuesta quedó constituida por 200 casos, de los cuales el 30.5% pertenecen al género masculino y un 69.5% al femenino, marcándose, con respecto a la edad y las medidas de tendencia central, una media de 26.56 y una moda de 20. Un factor importante de analizar es que un 55% de la población encuestada trabaja y estudia al mismo tiempo.

### 16.4.1 Factores protectores

Los factores protectores presentes para la prevención de consumo de drogas y problemáticas psicosociales presentes en la Universidad Católica de Costa Rica, son los siguientes:

- » La Universidad se funda en una filosofía de trabajo que toma en cuenta al ser humano integral.
- » Se cuenta con una clínica de atención psicológica a estudiantes y a sus familiares.
- » Existen proyectos de extensión para mejorar la calidad de vida en comunidades en riesgo social.
- » Se cuenta con instalaciones con amplias zonas verdes y escenarios deportivos.
- » La Universidad está ubicada en un lugar de la ciudad en donde el comercio no ha invadido los espacios del estudiante. Es un lugar que se vive aún la tranquilidad y se pueden experimentar espacios de silencio.
- » Otro factor protector, lo constituye el personal administrativo y docente que tiene como política estar atento a las necesidades y dificultades que los estudiantes puedan presentar.

## 16.4.2 Factores de riesgo

Se consideran como factores de riesgo para el aumento de problemáticas psicosociales y consumo de drogas, los siguientes:

- » La edad de los estudiantes que ingresan por primera vez a la Universidad Católica de Costa Rica; algunos de ellos poseen en promedio de 19 a 25 años, quienes podrían por desconocimiento o inmadurez dejarse arrastrar por la problemática.
- » La presencia de estudiantes provenientes de familias disfuncionales, entendiendo por eso no que dejen de ser personas, sino que no han tenido la oportunidad para ser educados en la responsabilidad humana.
- » El abuso que se pueda dar en la utilización de las redes sociales, dejando de lado el derecho a la intimidad personal.
- » El “desligue” familiar que se representa la vida Universitaria.
- » La falta de trabajo concreto en la Universidad sobre este tipo de temáticas.
- » La existencia de bares o sitios nocturnos en un marco no menor de 5 km alrededor de la Universidad.
- » La existencia dentro de la Universidad del consumo de alcohol y tabaco.

### 16.4.3 Aspectos resilientes

Junto a los factores protectores y de riesgos, en la población de estudio se han podido verificar los siguientes aspectos motivadores que se deben tomar en cuenta en el programa de prevención:

- » La Universidad cuenta con una oficina de Asuntos Estudiantiles que da apoyo a los estudiantes en cuanto se presente una situación que pueda generar dolor o actitud de fracaso.
- » La Institución cuenta con dos cursos generales al inicio de cada uno de los planes de estudios de las diferentes carreras donde se capacita al estudiante con estrategias que buscan la resiliencia.

## 16.5 Fundamentación o justificación

Los estudiantes que se están formando en diferentes disciplinas profesionales en la Universidad Católica de Costa Rica, no son ajenos a las realidades del país y de sus comunidades. La gran mayoría de ellos, incluso, experimentan por primera vez acontecimientos que los hacen crecer como seres humanos. Algunos, de estos hechos, son dolorosos para sus vidas, entre los que se presenta el fenómeno de las adicciones, específicamente a las drogas. Lo anterior hace notar la relevancia que tiene el desarrollo, acompañamiento y evaluación de un plan institucional de prevención que ayude al estudiante a fortalecer sus valores como persona, dotándolo de factores protectores para generar en ellos una actitud de discernimiento que les permita estar alertas ante las amenazas que conlleva el tema de las drogas.

El principal beneficio del presente plan de prevención es el de ofrecer a los estudiantes una formación integral que tome en cuenta las diversas problemáticas sociales que se presentan en su entorno, de tal manera que se procure el desarrollo de ciudadanos interesados por la mejora diaria de la convivencia, disminuyendo el índice de violencia, de delincuencia y de conflictos que ponen en peligro la integridad física. Este plan de prevención que se quiere desarrollar en la Universidad Católica de Costa Rica será de gran impacto, no solamente para los estudiantes, sino también para las comunidades aledañas. Estas comunidades son catalogadas de alto riesgo social por su inseguridad, alto índice de delincuencia y lugar donde se desarrolla en narcotráfico.



## 16.6 Marco jurídico

Como fundamento jurídico del programa de prevención se enuncian y se resumen algunas leyes y reglamentos emitidos por el sistema jurídico costarricense:

- » Ley N° 8204. Modificada el 26 de diciembre 2001: Ley sobre Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas, Drogas de uso no autorizado, Actividades Conexas, Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo.
- » Políticas del sector salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica (Octubre 2011): contiene lo referente a los procedimientos a seguir en los modelos de prevención y tratamiento del consumo de drogas. Esta política la ejecuta el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, IAFA.
- » Reglamento para el Control de Drogas Estupefacientes y Psicotrópicas (20 de enero 2006): establece una junta de vigilancia sobre drogas en las regiones de salud del país, con el fin de prevenir y combatir el contrabando de sustancias tóxicas, medicamentos y drogas ilícitas.
- » Normativa para el cumplimiento de la Ley 8204 “Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo.” (3 de diciembre 2003):
- » *Objeto y ámbito de aplicación.* Esta Normativa tiene por objeto establecer los requisitos mínimos para prevenir las operaciones de ocultación y movilización de capitales de procedencia dudosa y otras transacciones, encaminadas a legitimar capitales o a financiar actividades u organizaciones terroristas.
- » Directriz a instituciones responsables de la coordinación y ejecución de programas, proyectos y acciones contempladas en el Plan Nacional sobre Drogas, que deberán coordinar con el Instituto Nacional sobre Drogas (8 de enero 2009): solicita a todas las instancias del poder ejecutivo de Costa Rica, coordinar los planes de prevención de consumo de drogas con el Instituto Costarricense sobre Drogas.
- » Manual de Normas para la habilitación de establecimientos de atención a personas consumidoras de alcohol y otras drogas, mayores de dieciocho años, en el Programa de Desintoxicación (23 de diciembre 2005): establece los procedimientos para la aprobación de centros de atención a personas adictas, los cuales brindan además, charlas de prevención para las familias de los internos.

- » Ley No. 7972 del 10 de marzo 1972: creación de cargas tributarias sobre licores, cervezas, cigarrillos, para financiar el plan integral de protección y amparo de la población adulta mayor, niños y niñas en riesgo social, personas discapacitadas, abandonadas; rehabilitación de alcohólicos y fármaco dependientes, y apoyo a las labores de la Cruz Roja...
- » Plan y Estrategia Antidrogas del Gobierno de la República de Costa Rica (Decreto ejecutivo N° 29819-MP). Este plan es importante porque señala una gran cantidad de instituciones del gobierno de la República de Costa Rica, responsables de la prevención tratamiento y control de drogas, así:

Artículo 1º. Son instituciones involucradas por ley en el Plan y Estrategia Antidrogas del Gobierno de la República.

- a) El Centro Nacional de Prevención contra Drogas (CENADRO) del Ministerio de la Presidencia.
- b) El Centro de Inteligencia Conjunto Antidrogas (CICAD) del Ministerio de la Presidencia.
- c) El Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), adscrito al Ministerio de Salud.
- d) El Área de Control de Drogas Estupefacientes, Psicotrópicas y Precursores del Ministerio de Salud.
- e) La Policía de Control de Drogas del Ministerio de Gobernación y Policía y Seguridad Pública, con el apoyo de la Fuerza Pública, Sección de Vigilancia Aérea y Sección de Vigilancia Marítima.
- f) La Caja Costarricense del Seguro Social adscrita al Ministerio de Salud.
- g) El Ministerio de Educación Pública.
- h) El Ministerio de Justicia y Gracia.
- i) El Ministerio de la Presidencia.
- j) El Ministerio Público del Poder Judicial.
- k) El Organismo de Investigación Judicial del Poder Judicial.
- l) La Dirección General de Aduanas y la Policía de Control Fiscal del Ministerio de Hacienda.
- m) La Superintendencia General de Entidades Financieras.
- n) La Superintendencia General de Valores.
- o) La Superintendencia General de Pensiones.

Artículo 2º. Son instituciones involucradas mediante Decreto Ejecutivo en el Plan y Estrategia Antidrogas del Gobierno de la República.

- a) El Patronato Nacional de la Infancia.
- b) El Instituto Mixto de Ayuda Social.
- c) La Dirección Nacional de Desarrollo Comunal.
- d) La Dirección Nacional de Deporte del Ministerio de Cultura.
- e) La Universidad Nacional, Universidad de Costa Rica, Universidad Estatal a Distancia, el Instituto Tecnológico de Costa Rica, representados en el Consejo Nacional de Rectores.
- f) El Ministerio de la Condición de la Mujer.

- g) El Instituto Nacional de Aprendizaje.
- h) La Junta de Protección Social de San José.
- i) El Consejo de Educación Superior.
- j), El Instituto Nacional de Seguros.
- k) La Unión Nacional de Gobiernos Locales.
- l) La Cruz Roja Costarricense.
- m) La Comisión Nacional de Rescate de Valores.
- n) La Cámara Nacional de Medios de Comunicación.
- o) La Cámara Nacional de Televisión.
- p) La Cámara Nacional de Radio.
- q) El Sistema Nacional de Radio y Televisión.
- r) La Comisión Especial Permanente de Asuntos de Narcotráfico de la Asamblea Legislativa.
- s) La Asociación de la Judicatura del Poder Judicial.
- t) Los Colegios de Abogados, Farmacéuticos, Médicos y Periodistas.

Artículo 3º. Objetivo General del Plan Nacional Antidrogas. El Objetivo General del Plan Nacional como Estrategia Gubernamental Antidrogas para Costa Rica es reducir el fenómeno de la droga en todas sus manifestaciones, basándose en una política oficial, global e integrada.

El análisis de la normativa que hay en el país referente a la prevención constituye un insumo de mucha importancia para que una vez finalizada la diplomatura, el equipo de funcionarios que pondrán en práctica lo aprendido en este programa se den a la tarea de formular junto al departamento legal de la institución una normativa de prevención que forme parte del reglamento estudiantil.

## 16.7 **Ámbito donde se desarrolla el proyecto**

El proyecto se llevará a cabo en la Universidad Católica de Costa Rica; el ámbito de acción será toda la comunidad universitaria, incluyendo estudiantes de todas las carreras y todos los grados. Profesores, profesoras, el personal administrativo, padres de familia y la comunidad cercana a la universidad.

Lo anterior obedece a que se pretende un impacto macro, porque en el tema de la prevención es importante considerar todos los actores educativos que se involucran de manera directa e indirecta en los procesos.

Es importante que todos y todas estén capacitados en el tema y además con una serie de herramientas que permitan promover factores protectores.

## 16.8 Tipo de prevención

El tipo de prevención que se utilizará en el programa es la prevención primaria, secundaria y terciaria. Según Bisquerra (2010), los tipos de prevención permiten atender los fenómenos psicosociales en los diferentes momentos en que se desarrollen. El tipo de prevención primaria consiste en desarrollar una serie de estrategias para disminuir las posibilidades de que el fenómeno se dé. La prevención secundaria consiste en las metodologías que se implemente para mitigar al máximo las secuelas negativas que se puedan vivenciar si la persona sufre de consumo. La prevención terciaria son las estrategias que se utilizan para lograr la reestructuración de proyectos de vida saludables después de eventos traumáticos o frustrantes; para efectos del presente proyecto, se va a enfocar en el desarrollo de estrategias que permitan anticipar la disminución de la aparición de problemáticas psicosociales y de consumo en la institución, es decir la prevención primaria universal.

## 16.9 Referentes teóricos

Para ser coherente con los principios sobre los que se funda la Universidad Católica de Costa Rica, y atención a la persona integral como punto de partida de la prevención, se propone como referente teórico de este proyecto el humanismo cristiano, de donde se tomarán los principios y actitudes a tomar en cuenta en el ejercicio práctico de la prevención.

### 16.9.1 La filosofía de inspiración cristiana

Se llama así a la sistematización del pensamiento desde la perspectiva cristiana, por estar en armonía con los dogmas de la fe y por tener como centro a la persona, por ello se ha denominado *Personalismo*, una reflexión que trata de equilibrar e integrar en el ser humano la fe y la razón.

El personalismo afirma que la persona es racional y libre, por tanto espiritual; por esto, según Mounier (1992), la filosofía personalista surge del cristianismo. La inspiración personalista se da toda entera en el Evangelio con la revelación del Padre, cuya imagen perfecta del Verbo verdad se encarna en Cristo, que marca a sus hijos, las criaturas racionales, con la impronta personal de imágenes suyas.

## **16.9.2 Fundamentos del humanismo cristiano**

### ***16.9.2.1 La dignidad de la persona***

El ser humano, como ser inteligente, libre, sujeto de derechos y deberes es el principio primero y corazón de la Doctrina social de la Iglesia y, a su vez, es fuente de los demás principios que forman el cuerpo de la enseñanza social de la Iglesia.

Etimológicamente, dignidad viene del latín *"dignitas, dignitatis"*, que significa calidad de digno, excelencia, realce. Humano proviene del latín *"humanum"*: perteneciente al hombre o propio de él, es decir de la familia humana.

La dignidad de la persona se sigue del hecho que la persona no puede ser sustituida. En oposición de aquello que tiene un precio que puede serle puesto a algo, o tenga algo que sea equivalente; ahí donde hay algo que supera todo precio y que por lo tanto no admite equivalente, decimos que tiene dignidad. La dignidad de la persona se funda en su racionalidad y en su autonomía, en cuanto es ley de los seres racionales tratarse a sí mismos y a todos los otros nunca como medios, sino como fines en sí.

### ***16.9.2.2 La sociabilidad***

El hombre es el ser en el mundo, que se relaciona con los demás hombres y se siente interpelado por el Absoluto. La relación con el mundo es constitutiva y fundamental para todo ser humano, porque de ella brotan todas las capacidades para la convivencia en la sociedad. El trato con los demás, la reciprocidad, el diálogo, la vida social, permiten y desarrollar las cualidades que favorecen la solidaridad humana.

La socialización ha permitido que se formen numerosos grupos, asociaciones, instituciones económicas, sociales, culturales, recreativas, deportivas, profesionales, políticas, nacionales e internacionales. El equilibrio entre la vida privada del ciudadano, la vida social y los grupos privados, contribuirá a afirmar la personalidad y a desarrollar la convivencia necesaria para satisfacer los derechos y obligaciones de la vida social.

Los derechos humanos son la expresión social de la dignidad humana y pertenecen a todo hombre por el hecho de ser, sin diferencias religiosas, sociales o culturales. Son prerrogativas que tiene toda persona independientemente de las circunstancias de raza, tiempo, cultura, lugar, sexo, o religión y con independencia de su vinculación a un estado. Son principios reguladores, exigencias ideales que orientan la convivencia, que todo estado debe proteger porque son anteriores y superiores al Estado.

### **16.9.3 Criterios para la prevención desde el humanismo cristiano**

Un criterio es la prueba mediante la cual algo es reconocido y, más concretamente, el principio que nos permite distinguir entre la verdad y el error. Es el criterio de verdad, es como un patrón que ayuda para determinar, la verdad o la falsedad de un juicio. El ser humano busca siempre un criterio, es decir, una forma que le permita distinguir los conocimientos verdaderos de los errores, aspecto de gran importancia para el desarrollo de la prevención en la Universidad Católica de Costa Rica. Algunos criterios son:

#### ***16.9.3.1 El bien común***

Se define el Bien Común como el conjunto de condiciones sociales que permiten a los ciudadanos el desarrollo expedito y pleno de su propia perfección. La palabra común pone de relieve el sentido humano y la capacidad para animar las estructuras sociales en su totalidad y en cada uno de los sectores sociales concretos, estimulando las transformaciones de la sociedad según el criterio de la justicia social, convirtiéndose en el fundamento del orden socio político.

A través del Bien Común se reconoce, se respeta, se armoniza, se tutela y se promueven los derechos humanos, que son las condiciones indispensables para la convivencia social y el desarrollo pleno de la persona, ya que ponen de relieve el sentido humano y sus capacidades.

#### ***16.9.3.2 La solidaridad***

El origen etimológico de esta palabra, proviene del latín *solidare* y significa unir fuertemente. En el lenguaje del humanismo cristiano se entiende como la disposición permanente de servir al bien común. Es una actitud básica que impide que el otro sea visto como un instrumento y se le reconozca su dignidad como persona. Es una forma de ver al otro como ayuda importante para la vida. La solidaridad es la determinación firme y permanente de empeñarse por el Bien Común, es decir, por el bien de todos y el

de cada uno, para que todos sean verdaderamente responsables de todo, con el fin de superar el individualismo. Es la condición social de la persona por la que se considera que todos, inclusive ella misma, es parte de la construcción de un proyecto común.

### **16.9.3.3 La subsidiariedad**

*Subsidium*, es la palabra latina que significa ayuda o la capacidad de promover la dignidad humana. A continuación se describen tres acciones que hacen referencia a la subsidiariedad: dejar que los ciudadanos y las sociedades trabajen por el bien común, ayudar a construir bien común, hacer por sí solos aquellas cosas que las sociedades y los ciudadanos no puedan hacer y que no es responsabilidad o deber de la sociedad en general.

### **16.9.3.4 La participación**

La participación, como medio que permite fortalecer la convivencia humana, pues sugiere a todos a participar en los esfuerzos de la vida social (véase Octavigesima adviens 46-47). La participación es fundamento de los Derechos Humanos y es expresión de la igual dignidad de todos los seres humanos. Con ella se va construyendo la identidad personal, al superar el individualismo y fundar las relaciones interpersonales sobre la caridad y el servicio. Se fundamenta en el principio de solidaridad y se pone en práctica a través de la subsidiariedad. Referido a la prevención, la participación es medio para salir de la exclusión, un factor que pone en riesgo la vida de los estudiantes universitarios.

### **16.9.3.5 La verdad**

En el humanismo, la verdad tiene como objetivo el cumplimiento de lo que se ha propuesto hacer. Se presenta como el desarrollo de la búsqueda continua de las causas y de los diversos puntos de vista que permitan conocer mejor y discernir, con criterios evangélicos, qué se debe hacer. La experiencia de sufrimiento originada por las injusticias sociales, llevan a la persona a dudar y a preguntarse por el sentido de la vida. A este proceso se le llama la búsqueda de lo que es más certero en ese momento, la verdad.

### **16.9.3.6 La justicia**

Se entiende como el sentido último del progreso y de la historia y el objetivo de todo ordenamiento político, es decir, armonía en las relaciones de igualdad, satisfacción de necesidades y tutela de derechos. En la justicia se sintetizan la verdad, la caridad, y la libertad. Es la capacidad que todo ser humano tiene para ponerse de acuerdo en lo mínimo esencial (respeto a la dignidad humana, la convivencia, los derechos humanos).

### **16.9.3.7 La caridad**

Por caridad se entiende la capacidad que tiene el ser humano de la gratuidad, es decir, de ofrecer un servicio desinteresado por el bien de la humanidad. La caridad supone la superación del egoísmo y el ejercicio de la humildad que consiste en ayudar, pero también en pedir ayuda. De tal forma que es caritativo no solamente el que da, sino también el que sabe recibir. La caridad permite que la prevención sea una forma de promover a la persona a su máximo valor, ser humano.

## **16.10 Antecedentes**

No existe evidencia de un proyecto de prevención que se haya desarrollado en el pasado en la Universidad Católica de Costa Rica, tampoco se tiene conocimiento de la existencia de planes de prevención en otras universidades del país. Por esta razón se considera que la Universidad Católica de Costa será pionera en el país en la implementación de un plan de prevención de consumo de drogas en universitarios.

## **16.11 Inventario de recursos**

A continuación se describen los principales recursos con los que se cuentan para realizar el programa:

Talento humano: es el más factible de conseguir porque en las universidades se cuenta con una gama de profesionales especialistas en diferentes ámbitos. Los profesionales que colaboraran con el programa y además ya han sido capacitados en la diplomatura son: psicólogos, orientadores, educadores y gestores



de organizaciones. Por lo que se cuenta con especialistas en ciencias sociales, de la educación y personal capacitado en el área de organización (evaluación y gestión). Específicamente se va a contar con los participantes de la Universidad en la Diplomatura.

**Materiales y espacios:** la Universidad cuenta con un campus amplio, con mucha naturaleza y con la infraestructura adecuada. Dentro de la universidad existe un Centro de Atención de Servicios Integrados (CASI) con el cual ya se coordinó para poder contar con las instalaciones para la atención de las personas que se benefician del programa de prevención. Además se coordinó espacios y atenciones con el centro de rehabilitación “*Rescatando Vidas*”. Los materiales que se requieran en el programa serán proporcionados por la Dirección General de Vida Estudiantil y por la CASI. Entre los materiales se mencionan: artículos deportivos, recursos tecnológicos, películas y vídeos con temas afines a la prevención, acondicionamiento de un gimnasio para el desarrollo del ejercicio físico, espacio de estancia para los estudiantes, consultorios privados, aula para terapia de grupos, juegos de mesa educativos.

**Dependencias y medios económicos:** las dependencias encargadas de coordinar el programa son La Dirección General Académica, Rectoría, Dirección General de Vida Estudiantil, CASI, CIPA y la escuela de Orientación Educativa.

## 16.12 **Objetivos**

### 16.12.1 **Objetivo general**

Desarrollar un plan de prevención desde un nivel primario, secundario y terciario al consumo de drogas en los estudiantes de la Universidad Católica de Costa Rica.

## 16.12.2 Objetivos específicos

La tabla 1 del presente capítulo describe los objetivos específicos y relaciona las estrategias del programa de prevención de la Universidad de Costa Rica.

**Tabla 1.** Objetivos y estrategias

Objetivos específicos	Estrategias
Fortalecer factores protectores para la prevención del consumo de las drogas.	Impartir talleres de capacitación para el personal docente y administrativo de la Universidad Católica de Costa Rica. Realizar intervenciones interdisciplinarias (psicólogo, orientador, educador) para la organización de grupos focales y sesiones colectivas para la promoción de habilidades para vivir.
Facilitar espacios de comunicación a la población universitaria sobre el tema de las drogas (tipos, conceptos, consecuencias)	Ofrecer espacios de inducción a estudiantes y padres de familia en relación con el consumo de drogas. Realizar un mural mensual sobre temas relacionados a los tipos de adicciones y su prevención. Realizar panfletos y boletines informativos relacionados con temas de adicciones.
Identificar redes de apoyo a las personas consumidoras.	Contactar instituciones encargadas de realizar procesos de rehabilitación a las personas con problemas de adicción. Realizar alianzas para conformar redes de apoyo con los centros encargados de los procesos de rehabilitación de las personas con problemas de adicción.
Presentar a la comunidad universitaria estrategias para mejorar la relación social a las personas que han superado las adicciones.	El CASI se encargará de apoyar con procesos de psicoterapia a las personas que se rehabilitan de adicciones. El CASI pondrá a disposición un grupo de profesionales en orientaciones para que hacen procesos individuales, colectivos y personal grupal con el tema de estructuración de proyecto de vida y orientación vocacional.

## 16.13 Metas

En la tabla 2 del presente capítulo se presentan las metas del programa de prevención de la Universidad de Costa Rica.

**Tabla 2.** Metas

Metas	
Número de personas a atender	En principio está enfocado a la atención de 1500 personas de la comunidad universitaria, entre las cuales destacamos: estudiantes, docentes, funcionarios, familias y redes comunales.
Cantidad de estrategias a realizar	En concreto se pretende el abordaje de 4 estrategias concretas, las cuales se resumen en: estrategia Informativa, estrategia formativa, estrategia denominada como otras alternativas y finalmente la estrategia socio-comunitaria.
Cantidad de actividades a realizar	En promedio y derivándose de los 4 objetivos específicos mencionados en el apartado anterior, podrían resumirse en 10 actividades concretas, mismas que podrán ser verificables y cuantificables en su nivel de éxito.

## 16.14 Estrategias

### 16.14.1 Estrategia 1

*Informativa:* la Universidad Católica de Costa Rica cuenta con un departamento de mercadeo e información, el cual será el encargado de realizar todas las estrategias de divulgación de cada una de las actividades que se realicen, así como contactar a cada una de las personas que participarán del programa.

Algunas de las actividades que se realizarán para la divulgación son: las publicaciones en el periódico de la Universidad “Voz Universitaria”, Facebook, correos electrónico, e información en las pizarras.

### 16.14.2 Estrategia 2

*Formativa:* en coordinación con el Departamento de Educación Permanente de la Universidad se organizará la logística de cada una de las capacitaciones que se realicen a todos los actores educativos, entre estas, talleres, capacitaciones, charlas y seminarios.

### 16.14.3 Estrategia 3

*Otras alternativas:* se conformó una comisión de evaluación que será la encargada de realizar las evaluaciones de cada una de las actividades que se realicen (caminatas, grupos de teatro, grupos de poesía, campeonatos deportivos) y del programa de prevención en general. La comisión está integrada por un miembro de Vida Estudiantil, de la Dirección General Académica y de la Escuela de Orientación Educativa.

### 16.14.4 Estrategia 4

*Socio comunitaria:* se conformó un comité de proyección comunitaria encargados de la promoción de las actividades que se realicen en el programa. Además de encargarse de proyectar a la comunidad los avances, logros, resultados y desafíos que se den conforme avance el programa de prevención. Se realizaran marchas en la comunidad y se ofrecerán talleres a los integrantes de las Iglesia que rodean la universidad.

## 16.15 Evaluación

La evaluación se realizará cada mes en función a la concordancia con lo previsto y la efectividad de los resultados (ver tabla 3).

**Tabla 3.** Evaluación

Evaluación		
Criterios según los objetivos y las metas	Evidencias: con que se comprobará si se cumple el objetivo	Valoración
Propiciar factores protectores para la prevención del consumo de las drogas.	Se realizarán dos grupos focales por cuatrimestre con estudiantes, dejando como evidencia los principales acuerdos o postulados identificados por los mismos. Posteriormente, en reunión de Comité Central se discutirán e incorporarán aquellos considerados como afines al Programa.	Se realiza durante el Programa, a efectos de medir la concordancia de lo planteado con lo mencionado por la población meta.
Informar a la comunidad educativa sobre el tema de las drogas (tipos, conceptos, consecuencias).	Levantamiento de listas de asistencia y su debida confrontación con la población total. Además, archivo histórico del material entregado o divulgado durante el año escolar asociado al Programa.	Se realiza durante el programa para medir el impacto de la información ante el interés de la comunidad universitaria.
Proporcionar redes de apoyo a las personas consumidoras.	Identificación concreta de al menos 3 instituciones que permitan mediante alianza estratégica, la detección, el abordaje y seguimiento de personas consumidoras. Consolidar perfil técnico para el aseguramiento de la idoneidad institucional.	Medir el servicio ofrecido basado en el impacto de la atención a las personas referidas.
Promover estrategias para la reinserción social a las personas que han superado las adicciones.	Revisar el número de personas atendidas y el desarrollo de sus procesos de intervención. Para esto se llevará expediente individual y se revisarán los casos de manera cuatrimestral a efectos de mirar su evolución.	Se identificará los procesos cumplidos en su totalidad y su impacto en la persona atendida.

## Referencias capítulos 15 y 16

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica (15 de mayo de 1998). Ley 8204. Sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica (16 de noviembre de 2015). Ley 7972 de creación de cargas tributarias. Sobre licores, cervezas y cigarrillos. San José: República de Costa Rica.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica (10 de marzo de 1972). Ley 7972 de creación de cargas tributarias sobre licores, cervezas y cigarrillos. San José. República de Costa Rica.

Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Universidad de Santiago de Compostela, Madrid, España.

- Becoña, E. y Cortés, M. (2008). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Madrid: Editorial del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Bisquerra. (2010). *Modelos de Orientación e intervención psicopedagógica*. España: Praxis.
- Borges, P. (2002). *Más allá de la prevención*. Colombia: Árbol.
- Clayton, R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse*, 15-51. Washington, DC: American Psychological Association
- Consejo de Ministros de Integración Económica Centroamericana (25 de abril de 2014). Resolución 342 Apertura y modificación al arancel centroamericano de importaciones. Tegucigalpa: Honduras
- Donas, S. (2001) Adicciones: un nuevo desafío. Adolescencia y juventud en América latina. <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/Adolescenciayjuventud.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Quinta Edición. México: McGraw Hill.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia–IAFA. (2012) Área de Desarrollo Institucional. Proceso de Investigación. *Consumo de drogas en Costa Rica. Encuesta Nacional 2010: Consumo de cannabis*. San José, CR.: IAFA. Recuperado de <http://www.iafa.go.cr/investigaciones/epidemiologica/Fasciculo%20%20Consumo%20de%20Cannabis.%206%20de%20junio%202012.%20FinalDef.pdf> [Archivo pdf]
- Jiménez, L. (2007). Prevención contra las drogas. *Revista costarricense de Salud Publica*. Recuperado de [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-14292010000200006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-14292010000200006&script=sci_arttext)
- Ministerio de Salud (octubre de 2011). Política del sector salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en costa rica. San José: República de Costa Rica
- Mounier, E. (1992) *Obras completas*. Ed. Sígueme. Salamanca. España.
- Presidencia de la República (11 de septiembre de 2001). Plan y Estrategias Antidrogas del Gobierno de La República de Costa Rica. Decreto Ejecutivo No 29819.
- Presidencia de la República (29 de enero de 2009). Directriz a instituciones responsables de la coordinación y ejecución de programas, proyectos y acciones contempladas en el Plan Nacional sobre Drogas N° 032-MP. San José: República de Costa Rica.
- Uribe J. I., Verdugo J. C. y Zacarias, X. (2011). Relación entre percepción de riesgo y consumo de drogas en estudiantes de bachillerato. *Psicología y Salud*. 21(1), 47-55.

# **CAPÍTULO 17**

**CONSUMO DE TABACO,  
ALCOHOL, MARIHUANA Y  
SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y  
DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES  
DE LA UNIVERSIDAD DE  
ANTIOQUIA PARTICIPANTES DEL  
ESTUDIO PRADICAN, 2012**

## 17.1 Presentación

En el marco del proyecto PRADICAN (Programa Antidrogas Ilícitas de la Comunidad Andina), se llevó a cabo el segundo estudio epidemiológico sobre consumo de drogas en estudiantes universitarios, durante el año 2012. Este proyecto fue posible mediante el esfuerzo decidido de la Comunidad Andina de Naciones (CAN) la cual ha contado a su vez con el apoyo financiero de la Unión Europea (UE).

El estudio fue conducido por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (CICAD/OEA), quienes actuaron como operadores (contratistas). Durante todo el proceso, se contó con la participación activa y permanente del Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia, así como de las universidades públicas y privadas convocadas. El objetivo primordial del estudio fue evaluar el consumo de drogas y su evolución en la población universitaria de los cuatro países que conforman la CAN, en función de conseguir información objetiva, fiable y comparable que contribuya a que sus estados miembros tengan una visión de conjunto, y construyan políticas públicas que les permitan enfrentar la problemática que plantea el fenómeno de las drogas y sus factores asociados.

Para tal efecto, se hizo un muestreo aleatorio y en dos etapas: selección de universidades públicas y privadas de los cuatro países andinos y luego selección de estudiantes en cada universidad; los establecimientos tendrían que estar ubicados en ciudades con poblaciones superiores a 300.000 habitantes y con al menos un 60% de población urbana. De esta forma fueron seleccionadas 12 universidades por cada país.

En Colombia, las instituciones convocadas participaron en el estudio y se logró encuestar a 9.876 estudiantes de ambos sexos y de diferentes carreras: 4.646 hombres y 5.230 mujeres que representan a un universo de 183 mil estudiantes universitarios de los 12 centros de estudio. Se aplicó un cuestionario estandarizado, auto-administrado a través de una Web Page vía On Line, entre agosto y noviembre de 2012.

En la Universidad de Antioquia fueron convocados 2.000 estudiantes de los cuales se logró una respuesta válida por parte de 998 de estos, lo cual representa el muestreo representativo de la Institución.

Entre enero y marzo de 2013, fueron presentados los resultados generales de cada país y se entregó a los coordinadores de cada institución las bases de datos con las cuales se hace posible el análisis de la información sobre los indicadores de consumo y factores asociados en cada una de ellas.

Es con estos datos que se presenta el siguiente informe de investigación; sin embargo, la información se centrará en los resultados correspondientes al consumo de alcohol, tabaco y marihuana y a síntomas de ansiedad y depresión en los estudiantes de la Universidad de Antioquia.

## 17.2 Introducción

La vivencia del paso por la universidad se convierte en un momento decisivo para muchos de los jóvenes. Esta se presenta como el instante en el cual se pasa de adolescente a adulto, para algunos, de estar sostenido (económica y psíquicamente) por los padres a empezar a construir la forma mediante la cual se van a enfrentar al mundo laboral, es decir, se abre la esperanza, mediante la cual el joven podrá tener las credenciales para caminar por el mundo de la adultez.

El consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA), es una de estas posibles vivencias en las cuales se pueden sumergir los estudiantes; el aire de libertad que se le presenta a los jóvenes, la premura de vivir nuevas experiencias, los ponen frente a la decisión de iniciar el consumo o continuar el que ya traían de la época escolar.

Además del consumo de sustancias psicoactivas, la salud mental de los estudiantes cuando ingresan a la universidad, puede verse afectada por múltiples factores, entre los cuales se encuentran las situaciones académicas generadoras de ansiedad y en algunos casos incluso de episodios depresivos. Estos síntomas están entre los factores que aportan en la deserción universitaria; es por ello que resulta importante conocer la prevalencia de estos en los estudiantes.

Poder contar con una base de datos secundaria en la que se tiene información de 998 estudiantes de la Universidad de Antioquia, los cuales respondieron al *II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria, PRADICAN 2012*, convoca al grupo de investigadores, participantes del diplomado: *“Prevención de problemáticas psicosociales en el ámbito universitario y comunitario con énfasis en las adicciones”*, financiado por la Fundación Interamericana de Universidades Católicas (FIUC) y ejecutado por la Universidad Luis Amigó de Medellín, a realizar el análisis de esta, con el fin de conocer la magnitud del consumo de alcohol, tabaco y marihuana y los síntomas de ansiedad y depresión en los estudiantes participantes de este estudio.

Es así, como el presente informe da cuenta de estos resultados, esperando contribuir no sólo con el conocimiento del fenómeno en la población universitaria, sino también, en momentos posteriores, tenerlo en cuenta para proponer estrategias de prevención en estas temáticas.



## 17.3 Planteamiento del problema

Como lo plantea la investigación de la RED UNIR, “Del Viaje en U, La vivencia universitaria y el consumo de sustancias psicoactivas” (Red para la investigación, la formación y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en el escenario universitario-, 2009), la vivencia universitaria, el tránsito por el campus, hace parte de un reconocimiento de este como universitario; las diferentes vivencias que en estos lugares se dan, las posibilidades que esas mismas vivencias presentan, hacen que ese paso se presente de una manera particular para cada uno de los que por allí transitan.

El consumo de SPA, es una de estas posibles vivencias en las cuales se pueden sumergir los estudiantes, el aire de libertad que se le presenta a los jóvenes, la premura de vivir nuevas experiencias los ponen frente a la decisión de iniciar el consumo o continuar el que ya traían de la época escolar. Diferentes investigaciones, entre ellas, los VESPA (Vigilancia Epidemiológica de Sustancias Psicoactivas), que se han realizado por parte de la RED UNIR, indican que este no es un fenómeno que se origine en la actualidad, sino que se viene presentando desde ya hace un buen tiempo. (Red para la investigación, la formación y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en el escenario universitario, 2009).

Ahora bien, en el estudio de la RED UNIR se describe que algunos jóvenes universitarios consumen la sustancia para poder entrar en un grupo social, para poder ser reconocidos; otros como forma de relajarse ante las situaciones estresantes o como inhibidores de las sensaciones displacenteras. Esto último también es señalado en el “Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín 2011-2012” (Universidad CES, 2012):

Una de las principales razones por las cuales los individuos utilizan las sustancias y llegan a ser adictos es precisamente por la capacidad psicoactiva (depresora, estimulante, modificadora) que poseen las mismas sobre el sistema nervioso central (SNC). Al ser metabolizadas se producen alteraciones funcionales que se experimentan en las esferas sensorial-perceptiva, cognoscitiva y emocional, efectos que son anhelados en sí mismos (intoxicación) por sus usuarios (p. 220).

Siguiendo con esto, es posible visualizar otros fenómenos como son: el manejo de las relaciones sociales, la ansiedad<sup>1</sup> y la depresión<sup>2-3</sup>, situaciones que son vividas por algunos de los universitarios. En específico, se observa que la población entre el rango de 19 a 29 años de edad tiene un 1.51% de preva-

<sup>1</sup> Trastorno de Ansiedad: la ansiedad ha sido definida como un estado emocional inmediato caracterizado por la aprensión y la tensión (Ramis, Y., 2012), es un estado afectivo negativo resultante de la percepción individual en situaciones asociadas a eventos vitales, traumáticos, o estresores de la vida diaria y se caracteriza por una aparente incapacidad para predecir, controlar u obtener los resultados preferidos (Ramis Y., 2012). Desde una perspectiva cognitiva y subjetiva, la ansiedad supone un estado del ánimo negativo, una preocupación respecto a peligros o amenazas futuras, o de poder controlarlas en el caso de que realmente se produzcan (Universidad CES, 2012, p. 131).

<sup>2</sup> Los TA se clasifican en trastornos depresivos. Los tres tipos de depresión más comunes son: Trastorno depresivo mayor (TDM), el Trastorno distímico (TD) y el Trastorno bipolar (TB). (Universidad CES, 2012).

<sup>3</sup> La depresión afecta de manera importante las funciones físicas, mentales, sociales, y se asocia con un mayor riesgo de muerte prematura. Dependiendo de su gravedad, puede dificultar la capacidad del paciente para realizar actividades básicas de la vida diaria, causando un gran deterioro en su funcionamiento habitual y en su calidad de vida (Universidad CES, 2012).

lencia para trastorno de ansiedad generalizada (Universidad CES, 2012); también es posible ver en este mismo rango de edad que la prevalencia para el trastorno de depresión mayor es de 10.27%, en trastorno por distimia de 0.79% y en trastorno bipolar de 2.94%, siendo este último el más alto entre la población. Además, el más alto índice de trastorno de dependencia de alcohol (Universidad CES, 2012) que es de 5.22%, al igual que la prevalencia para trastorno abuso de drogas que es de 12.05% (Universidad CES, 2012). Se tiene entonces una población en la cual, es posible deducir, que se presentan de manera más constante los fenómenos mencionados.

El fenómeno en la Universidad de Antioquia es descrito por Mejía y Velásquez (2012) de la siguiente manera:

La prevalencia de consumo de SPA en los estudiantes de la Universidad de Antioquia es similar a las reportadas por diferentes estudios sobre estudiantes universitarios de Colombia. En cuanto al abuso y dependencia, nuevamente se destacan como las de mayor prevalencia el alcohol y el tabaco dentro de las sustancias legales y la marihuana dentro de las ilegales. Otras sustancias, aunque son consumidas por estudiantes de la institución, aparecen con prevalencias que no permiten desarrollar análisis estadísticos que establezcan la relación con el rendimiento académico (Velásquez, Mejía, Montoya & Marín 2012).

Estos investigadores toman la información del Estudio Epidemiológico Andino sobre consumo de Drogas Sintéticas en la Población Universitaria (DROSICAN, 2009) y con la misma analizan índices de deserción y cómo estas se ven influenciadas por el consumo de sustancias psicoactivas en la Universidad de Antioquia, siendo una de sus conclusiones:

El consumo de riesgo de alcohol, según la escala AUDIT y la dependencia a la marihuana, según los resultados de la aplicación del modelo de regresión logística, son factores de riesgo para el bajo rendimiento académico de los estudiantes de la Universidad de Antioquia, por lo cual, se hace necesario establecer estrategias que prevengan este fenómeno, las cuales deben incluir sistemas de vigilancia que permitan reconocer la variación del mismo (Mejía y Velásquez, 2012).

La CICAD-OEA, interesada en conocer sobre el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas y variables de salud mental como ansiedad y depresión, realiza el *II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria, PRADICAN 2012*. Con el análisis de esta fuente secundaria, es posible encontrar datos acerca de las variables mencionadas anteriormente, información importante que permitirá profundizar en el conocimiento de la situación de salud mental de los estudiantes, permitiendo mirar las variables de ansiedad y depresión en relación con las de consumo y con variables socio-demográficas.

En este sentido, si bien existe una base de datos con esta información, no se ha realizado un análisis de la misma que permita darle una real utilidad para beneficiar a la población universitaria.

De esta forma, esta investigación se pregunta, ¿cuál es la magnitud del consumo de alcohol, tabaco y marihuana y de los síntomas de ansiedad y depresión de los estudiantes de la Universidad de Antioquia que participaron en el estudio PRADICAN 2012, considerando variables como sexo y edad?

## 17.4 Objetivos

### 17.4.1 Objetivo general

Estimar la magnitud del consumo de alcohol, tabaco y marihuana y síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes de la Universidad de Antioquia participantes del estudio epidemiológico Andino-PRADICAN, 2012.

### 17.4.2 Objetivos específicos

- » Estimar la prevalencia de vida, año y mes del consumo de alcohol, tabaco y marihuana de los estudiantes de la Universidad de Antioquia participantes en el estudio epidemiológico Andino-PRADICAN, 2012, considerando variables de sexo y grupos de edad.
- » Estimar la edad de inicio en el consumo de alcohol, tabaco y marihuana de los estudiantes de la Universidad de Antioquia participantes en el estudio epidemiológico Andino-PRADICAN, 2012.
- » Estimar la incidencia de último año y mes, del consumo de alcohol, tabaco y marihuana de los estudiantes de la Universidad de Antioquia participantes en el estudio epidemiológico Andino-PRADICAN, 2012.
- » Estimar la tasa de abuso de alcohol, según criterios establecidos en el AUDIT.
- » Estimar la tasa de abuso y dependencia de marihuana según DSM IV y CIE 10.

- » Estimar la percepción de gran riesgo respecto al consumo de alcohol, tabaco y marihuana de los estudiantes de la Universidad de Antioquia participantes en el estudio epidemiológico Andino-PRADICAN, 2012.
- » Estimar la magnitud de síntomas de ansiedad en los estudiantes de la Universidad de Antioquia participantes en el estudio epidemiológico Andino-PRADICAN, 2012, considerando variables de consumo de alcohol, tabaco y marihuana.
- » Estimar la magnitud de síntomas de depresión en los estudiantes de la Universidad de Antioquia participantes en el estudio epidemiológico Andino-PRADICAN, 2012, considerando variables de consumo de alcohol, tabaco y marihuana.

## 17.5 Metodología

### 17.5.1 Universo

La población objetivo fueron los estudiantes de las universidades públicas y privadas de cada país andino, en ciudades con población de 300.000 habitantes o más.

### 17.5.2 Muestra

Los criterios establecidos por la Comisión Interamericana para el control del abuso de Drogas (CIDAC/OEA), para la escogencia de la muestra nacional, fueron los siguientes:

Estudiantes de universidades públicas y privadas de los cuatro países andinos, de ciudades con población de 300.000 habitantes o más, con al menos 60% de población urbana.

Universitarios fundamentalmente de 18 a 25 años de edad, de distintas carreras.

Muestreo aleatorio y en dos etapas: selección de universidades públicas y privadas en el país y luego selección de estudiantes en cada universidad.

Doce universidades seleccionadas y todas ellas participaron en el estudio.

Se encuestó a 9.876 estudiantes de ambos sexos y de diferentes carreras: 4.646 hombres y 5.230 mujeres que representan a un universo de 183 mil estudiantes universitarios.

Para la Universidad de Antioquia, se tomó la misma muestra del estudio PRADICAN 2012, el cual buscó estimar la prevalencia de uso, abuso y dependencia de SPA, además se incluyó la escala de Hamilton para medir Ansiedad y Depresión en universitarios. En el caso de la muestra seleccionada para la Universidad se estableció una cifra entre 900 y 1000 estudiantes como muestra representativa; sin embargo, al entenderse que la aplicación al ser virtual podría tener altos índices de no respuesta, se sobreestimó la muestra en un 100%, obteniendo una muestra aleatoria de 2.000 estudiantes. Finalmente la respuesta fue 998 estudiantes frente a la muestra sobreestimada lo que corresponde al 99,5%, con lo cual mantiene su condición de representatividad del universo de estudiantes matriculados en la Universidad de Antioquia en 2012.

### **17.5.3 Tipo de estudio**

La investigación tiene un enfoque cuantitativo, permite realizar análisis de los datos obtenidos, en nuestro caso de los resultados de la base de datos del II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria, esto es una investigación cuya fuente es una base de datos secundaria, según Hernández Sampieri, es “aquella que usa predominantemente información de tipo cuantitativo directo. La investigación recoge información empírica de (cosas o aspectos que se puedan pesar o medir) objetiva y que por su naturaleza siempre arroja números como resultado” (Hernández, 1997).

El estudio tendrá carácter descriptivo. Pretende reconocer cómo se manifiesta un fenómeno específico. Para el caso del presente estudio, se pretende estimar la magnitud del consumo de alcohol, tabaco y marihuana, además de síntomas de ansiedad y depresión en los estudiantes de la Universidad de Antioquia participantes del estudio PRADICAN, 2012.

El presente estudio es de tipo transversal, ya que se recoge la información en un momento específico, teniendo como fuente secundaria, los datos del II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria, PRADICAN 2012.

## 17.5.4 Criterios de inclusión y exclusión

### *Criterios de inclusión*

- » Haber participado del estudio PRADICAN 2012 como estudiante activo de la Universidad de Antioquia.
- » Haber contestado completamente y sin errores la encuesta del estudio PRADICAN 2012.

### *Criterios de exclusión*

- » No haber contestado completamente el cuestionario que se le envió.

## 17.5.5 Características del instrumento aplicado

En función de los objetivos del estudio y el cuestionario elaborado por el OID para estudiantes universitarios, se diseñó un nuevo instrumento consensado entre CICAD, los profesionales del proyecto PRADICAN, y los puntos focales de los 4 países andinos. Es importante considerar que para el presente informe solo se tuvieron en cuenta las variables de consumo de alcohol, tabaco y marihuana y los síntomas de ansiedad y depresión. El cuestionario contempla diferentes módulos.

Información general.

- » Consumo de tabaco y alcohol. Preguntas sobre uso, abuso y dependencia en el caso de alcohol. Percepción de riesgo en relación con el uso para ambas drogas.
- » Consumo de marihuana. Preguntas sobre uso, abuso y dependencia y percepción de riesgo en relación con el uso.
- » Para medir síntomas de ansiedad y depresión se aplicó el instrumento de Hamilton<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Escala de Hamilton se usa para medir síntomas de depresión y ansiedad. Es una escala heteroaplicada para determinar cuantitativamente la gravedad de los síntomas. Puede ser complementada con información de otras fuentes.

## 17.5.6 Recolección de la información

El coordinador nombrado por la Universidad de Antioquia, solicitó al Departamento de Admisiones y Registro de esta institución, los listados de estudiantes matriculados en algún programa académico de pregrado y posgrado en el momento del estudio. Dichos listados fueron enviados por correo electrónico a CICAD, quienes, a partir de la aplicación de la respectiva ecuación, seleccionaron la muestra, asignando a cada estudiante un código y una clave para acceder a la aplicación de la encuesta. Dicha información se envió por parte del coordinador de la Universidad por medio de correo electrónico y cartas, a cada uno de los seleccionados.

Para la aplicación de la encuesta, los estudiantes universitarios accedieron con su clave a la encuesta virtual, colgada en un servidor dispuesto por la OEA, buscando que los estudiantes pudieran contestar de manera directa, mejorando aspectos como la calidad de las respuestas, disminución de errores de transferencia de la información a bases de datos digitales y la ocupación de un menor tiempo en la aplicación. Como inconvenientes se identificaron la posibilidad de que los estudiantes no contarán con un computador para acceder a la encuesta, lo cual, para la Universidad de Antioquia se superó con el ofrecimiento de la utilización de las diferentes salas y aulas dotadas con equipos conectados a la red.

El instrumento utilizado fue de tipo cuestionario: estandarizado, con formato autoadministrado contestado en una Web Page vía On-Line, entre agosto y noviembre de 2012.

Con un nivel de confianza del 95%, considerando 1,00% de error para una varianza máxima. PRADICAN (2012).

## 17.6 Marco Teórico

### 17.6.1 Salud mental

La salud mental de los estudiantes cuando ingresan a la universidad puede verse afectada por múltiples factores, entre los cuales se encuentran las situaciones académicas generadoras de estrés. Estas constituyen un factor que puede estar relacionado con la presencia de depresión en los estudiantes universitarios. Es por esto que resulta importante conocer la prevalencia de esta entidad y la posible relación que pueda tener con los estresores académicos en los estudiantes.

En el informe “La salud mental en el mundo” de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se describe la salud mental como: “Un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. Se estimó en el mismo Informe, que para el año 2001 existían aproximadamente 450 millones de personas en el mundo que padecían trastornos mentales, neurológicos o problemas psicosociales como los relacionados con el abuso de alcohol y otras sustancias psicoactiva (Montoya Vélez, Gutiérrez, & Toro Isaza, 2010).

Entre estos trastornos, la depresión es uno de los que se presenta con mayor frecuencia, la cual se define como un grupo heterogéneo de trastornos afectivos cuyas características son un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo asociado a insomnio, anorexia e ideación suicida.

En Colombia, la Encuesta Nacional de Salud Mental encontró que los trastornos por uso de alcohol y otras sustancias están presentes en 10,6% de la población, en su conjunto, ocupando el tercer lugar entre los trastornos con mayor prevalencia en el país. La prevalencia de abuso de sustancias psicoactivas se presentó con mayor frecuencia en la población entre 18 y 29 años (Colombia & Fundación FES SOCIAL, 2005).

## 17.6.2 Ansiedad

La ansiedad es una emoción adaptativa para el individuo, que le permite estar activado frente a los estímulos del ambiente, y aporta un nivel adecuado de motivación para hacer frente a las diferentes situaciones. En momentos de peligro objetivo, la ansiedad es adaptativa y permite afrontarla funcionalmente. El problema surge cuando se generan niveles excesivos de ansiedad y durante periodos prolongados de tiempo sin que exista un peligro objetivo, en estos casos la ansiedad se convierte en fuente de malestar, sufrimiento, y en ocasiones, incapacitación para la persona.

La definición de ansiedad suele hacerse en términos fenomenológicos. Spielberger, Pollans y Worden (1984) definen el estado de ansiedad como una reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y reocupación, así como la activación o descarga del sistema nervioso autónomo. Otra definición es la de Wolpe (1977), para quien la ansiedad puede ser definida en la reacción autónoma de un organismo tras la presentación de algún estímulo nocivo.

La ansiedad es un elemento central en psicopatología. Está presente en muchos de los trastornos psicológicos y psicosomáticos. Los estudios epidemiológicos y clínicos demuestran que los trastornos de ansiedad representan el problema mental más frecuente. También es una de las primeras causas de visita al médico



de atención primaria. Dentro de los trastornos de ansiedad se encuentran: el trastorno de estrés postraumático, el trastorno obsesivo-compulsivo, la agorafobia, las fobias, ansiedad generalizada, ansiedad inducida por sustancias (Belloch, 1995b).

### 17.6.3 Depresión

Los sentimientos de tristeza son comunes a todas las personas; sin embargo cuando se tiene un trastorno depresivo, este interfiere con la vida diaria y el desempeño normal. La depresión es uno de los trastornos clínicos más frecuentes en la población general, y generalmente se requiere de tratamiento para mejorar.

Según el DSM-IV el trastorno depresivo mayor consiste en uno o más episodios depresivos mayores. El episodio se define como un periodo de al menos dos semanas en que el sujeto presenta un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. También se pueden presentar cambios de apetito o de peso, del sueño, o de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Los síntomas deben ser de nueva presentación o haber empeorado claramente cuando se compara con el estado del sujeto antes del episodio. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (López-Ibor, Valdés & American Psychiatric Association, 2002).

El episodio depresivo es la base para diagnosticar no sólo el trastorno depresivo mayor, sino también otros trastornos del estado de ánimo, como el trastorno bipolar I y II.

Actualmente se plantea que existe una relación entre la depresión y la ansiedad, desde diversos marcos conceptuales que parten de la práctica clínica y hallazgos de investigaciones. La triada ansiedad, depresión y estrés causa más muertes que el cáncer y sida juntos (Riveros, Hernández & Rivera, 2007).

### 17.6.4 Uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y marihuana)

El uso de una sustancia no tiene significación clínica ni social; este término significa consumo, utilización o gasto de una sustancia sin que produzca efectos médicos, sociales o familiares; en ausencia de otras especificaciones debe entenderse como un uso ocasional, aislado, o episódico sin tolerancia o dependencia.

El abuso se define por el Real Colegio de Psiquiatras Británico como: “cualquier consumo de droga que dañe o amenace dañar, la salud física, mental o bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general”. Se trata de un uso inadecuado por su cuantía, frecuencia o finalidad (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 2009).

La dependencia se asocia a síntomas autodeclarados de privación (se usa alguna droga para evitar algunos problemas o estos aparecen cuando se deja de usar la droga), tolerancia (se requiere consumir más que antes para producir el mismo efecto o la misma cantidad tiene menos efecto) y uso compulsivo (se usa droga a pesar de que se tiene el propósito de no hacerlo o de que ella provoca manifiestamente problemas o trastornos que se desearían evitar).

El DSM-IV presenta los siguientes criterios diagnósticos generales para la dependencia de sustancias (cualquier sustancia): Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses: (1) tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado; (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado; (2) abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia; (3) la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía; (4) existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia; (5) se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia; (6) reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia; (7) se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera) (López-Ibor, et al., 2002).

El alcohol continúa ocupando un primer lugar por estar relacionado con actividades de socialización, de diversión y de fiesta, en las cuales la desinhibición y la euforia producidas por esta SPA son factores facilitadores de las mismas y crean una ilusión de mayor diversión.

La prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) tanto legales como ilegales se ha incrementado de manera acelerada, según el Informe Mundial de Drogas de la Oficina Contra la Droga y el Crimen de la Organización de las Naciones Unidas (UNODC) mostró que entre 2004 y 2005 las cifras pasaron de 185 millones de consumidores a 200 millones, lo que significa que el 5 % de la población mundial entre 15 y 64

años, ha consumido sustancias ilegales al menos una vez en el último año. En América Latina, los jóvenes entre 18 y 24 años, especialmente estudiantes universitarios, tienen la prevalencia de uso de sustancias, legales e ilegales durante la vida y en el último año, más alta de la población (UNODC, 2004).

En Bogotá, específicamente el consumo de sustancias psicoactivas ha venido en crecimiento en la población de estudiantes universitarios y de secundaria, situación que no solo afecta a las universidades, sino también, a las vecindades cercanas de estos centros de estudio, por el comercio, tráfico, expendio y consumo de estas sustancias tanto legales como ilegales, dentro y fuera del ámbito universitario, con una aparente permisividad social a esta (Cogollo, Arrieta, Blanco, Ramos, Zapata, y Rodríguez, 2011).

**El consumo de sustancias psicoactivas entre los jóvenes es un fenómeno complejo que no puede explicarse sobre la base de causas únicas, por el contrario, se considera que se debe a la interacción de diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales o contextuales (familiares, escolares y grupales), que de una u otra forma favorecen la consolidación de un patrón de abuso o dependencia.**

El consumo de sustancias en estudiantes implica complicaciones a corto y largo plazo, algunas irreversibles como el suicidio; y otras consecuencias, como el consumo de poli sustancias el fracaso académico y la irresponsabilidad, que ponen al adolescente en riesgo de accidentes, violencia, relaciones sexuales no planificadas e inseguras. (UNODC, 2004).

Dada la importancia y las implicaciones físicas, sociales y psíquicas de este problema en la población universitaria, es necesario indagar acerca de las variables predictoras, que permitan establecer de manera documentada un marco de trabajo para diseñar estrategias de prevención e intervención efectivas para el reforzamiento de factores protectores y control de los de riesgo (Cogollo, Arrieta, Blanco, Ramos, Zapata, y Rodríguez, 2011).

Según el estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria, Informe Colombia, realizado en el año 2009 por la Unión Europea y la Comunidad Andina: “El 29,3% de los estudiantes universitarios colombianos declara haber usado alguna droga ilícita o lícita de uso indebido alguna vez en la vida. El 13,5% ha usado alguna droga recientemente (en el último año). Las sustancias más consumidas son la marihuana, con 11,5%, seguido de algún tipo de cocaína (clorhidrato, basuco o crack) con 2,9% y en tercer lugar por algún tipo de droga sintética con 1,7%, principalmente LSD y éxtasis. En cuarto lugar se ubican los inhalables con prevalencia año de 1,4%. El 2% de los consumidores pertenece a un grupo donde no está presente el consumo de marihuana, sino sólo de las demás drogas y el 27,7% de los estudiantes presenta signos de abuso o dependencia asociados con el consumo de estas drogas, es decir uno de cada cuatro estudiantes. A ello debe agregarse que 12% de los estudiantes que ha bebido alcohol en el último año, presenta signos de dependencia alcohólica, es decir uno de cada ocho estudiantes (Dirección Nacional de Estupefacientes y Unión Europea, 2009).

## 17.7 Consideraciones éticas

Este estudio, se realizará con base en fuentes secundarias; es catalogado como “Investigación sin riesgo”, según el artículo 11, numeral a), de la resolución 8430 de 1993, de la Dirección de desarrollo científico y tecnológico del, entonces, Ministerio de Salud de Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social Colombia, s. f.). Es una “investigación sin riesgo” porque no se hará intervención, se tendrán en cuenta los posibles riesgos psicosociales que se deriven del discurso voluntario de los participantes registrados a través de las encuestas.

Los aspectos éticos fueron respetados, en la medida en que a cada participante, antes de iniciar las encuestas, se le dieron a conocer los objetivos del estudio, el carácter voluntario de la participación en el mismo, el anonimato y la confidencialidad con el manejo de la información. De igual manera, la aceptación de la encuesta es el equivalente al consentimiento informado.

En este estudio, el acuerdo acerca de la confidencialidad, se respetó en la medida en que no aparecen nombres propios ni datos por medio de los cuales se puedan identificar a los participantes. Se anexa la carta de solicitud para la utilización de la base de datos de investigación PRADICAN–Programa Antidrogas Ilícitas en la Comunidad Andina, 2012.

## 17.8 Resultados

### 17.8.1 Descripción de la muestra

Los resultados relacionados con el uso de sustancias se presentan según sexo, edad y síntomas de depresión y ansiedad. El estudio se realizó con 998 estudiantes de la universidad, de los que el 53,7% eran hombres, mientras que en la población era del 48,6% (ver tabla1).

**Tabla 1.** Distribución de la muestra, según sexo

Sexo	Muestra		Población	
	N	%	n	%
Hombre	536	53,7	990	48,6
Mujer	462	46,3	1047	51,4
Total	998	100,0	2037	100,0

De los estudiantes evaluados, el 61% tenían 22 años o menos de edad, el 89,2% de los estudiantes no presentaban síntomas de ansiedad y el 51,2% no tenían síntoma de depresión (ver tabla2).

**Tabla 2.** Distribución de la muestra según edad, escala de depresión y ansiedad

Variable		Muestra	%
Edad agrupada	16-18	115	11,6
	19-20	259	26,1
	21-22	232	23,3
	23-24	133	13,4
	25 y +	255	25,7
Escala Ansiedad	Inexistente	891	89,6
	Leve	100	10,1
	Moderada	3	0,3
Escala depresión	Inexistente	509	51,2
	Leve	398	40,0
	Moderada	85	8,6
	Grave	2	0,2
	Total	994	100,0

## 17.8.2 Drogas lícitas

### 17.8.2.1 Alcohol

Los tipos de bebidas especificados en el cuestionario para los estudiantes fueron: cerveza, vino, licores con alta graduación alcohólica (ron, aguardiente de caña, whisky, vodka, etc.) o combinados.

*Indicadores de uso.*

Entre los estudiantes que participaron en el estudio fue mayor el uso de alcohol en los hombres, el 97% habían tomado alcohol alguna vez en la vida, el 88.1% han consumido alcohol en el último año, mientras que el 17,6% de los hombres consumió alcohol por primera vez en el último mes. En las mujeres fue un poco más bajo el consumo (ver tabla 3).

**Tabla 3.** Indicadores de consumo de alcohol, según sexo

Sexo	Prevalencia						Incidencia			
	Vida		Año		Mes		Año		Mes	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Hombre	447	97,0	406	88,1	309	67,0	131	28,4	81	17,6
Mujer	509	95,5	430	80,7	291	54,6	148	27,8	75	14,1
Total	956	96,2	836	84,1	600	60,4	279	28,1	156	15,7

El consumo de alcohol según la edad, muestra que el grupo de edad en el que fue mayor el consumo alguna vez en la vida fue entre 21 y 24 años, al igual que el consumo alguna vez en el último mes y consumir por primera vez en el último año y mes (ver tabla 4).

**Tabla 4.** Indicadores de consumo de alcohol, según edad

Edad	Prevalencia						Incidencia			
	Vida		Año		Mes		Año		Mes	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<=18	104	90.4	93	80.9	63	54.8	26	22.6	10	8.7
19-20	250	96.5	225	86.9	163	62.9	67	25.9	41	15.8
21-24	355	97.3	315	86.3	230	63.0	109	29.9	63	17.3
>=25	247	96.9	203	79.6	144	56.5	77	30.2	42	16.5

Entre los estudiantes la edad promedio en la que usaron alcohol por primera vez fue 15 años, el 75% de los estudiantes consumieron alcohol por primera vez a los 16 años o antes, cuando se compararon los promedios y percentiles se encontraron edades un poco más bajas en los hombres que en las mujeres (ver tabla 5).

**Tabla 5.** Edad de inicio de consumo de alcohol, según sexo

Sexo	Media	DS	Mediana	P 25	P 75
Hombre	14,8	5,34	15	13	16
Mujer	15,3	2,35	15	14	17
Total	15,1	4,04	15	14	16

DS: Desviación estándar, P25 y P75: Percentiles 25 y 75

En cuanto al uso de alcohol y la escala de ansiedad, no se observan muchas diferencias entre los grupos, el grupo que es un poco más diferente es al que la escala les dio entre moderado y grave, aunque este grupo presenta un inconveniente con el número de personas que lo conforma que es muy pequeño (ver tabla 6).

**Tabla 6.** Indicadores de consumo de alcohol, según escala de ansiedad

Escala de ansiedad	Prevalencia						Incidencia			
	Vida		Año		Mes		Año		Mes	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Inexistente	857	96.2	749	84.1	536	60.2	249	27.9	145	16.3
Leve	96	96.0	84	84.0	61	61.0	30	30.0	11	11.0
Mod-Grave	3	100.0	3	100.0	3	100.0	0	0.0	0	0.0

El consumo de alcohol alguna vez en la vida es similar entre los tres grupos de la escala de depresión, alrededor del 96%, el consumo en el último año fue un poco mayor en los que clasificaron como leve el 85.7%, mientras que el consumo en el último mes y el consumo por primera vez durante el último año fue un poco mayor en los que clasificaron como moderados y graves (ver tabla 7).

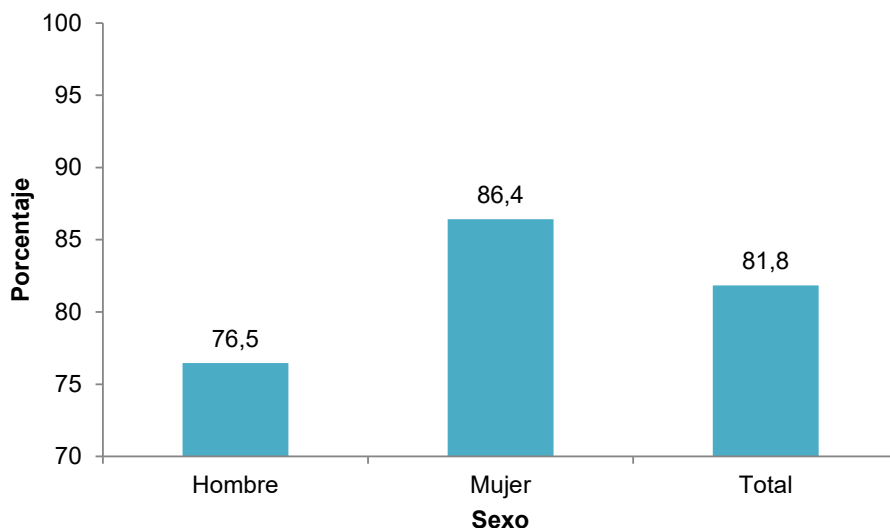
**Tabla 7.** Indicadores de consumo de alcohol, según escala de depresión

Escala de depresión	Prevalencia						Incidencia			
	Vida		Año		Mes		Año		Mes	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Inexistente	489	96.1	422	82.9	300	58.9	140	27.5	82	16.1
Leve	384	96.5	341	85.7	243	61.1	112	28.1	60	15.1
Mod-Grave	83	95.4	73	83.9	57	65.5	27	31.0	14	16.1

*Percepción de gran riesgo.*

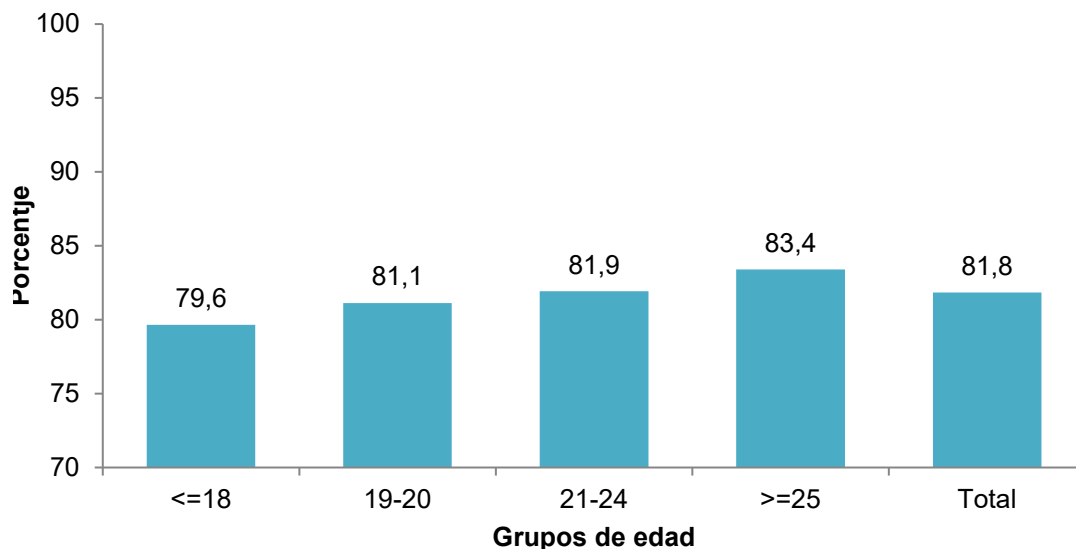
Con respecto a la percepción de gran riesgo frente al consumo de alcohol frecuente, las mujeres son las que lo perciben más alto con un 86% de ellas, con respecto a los hombres en un 76% (ver figura 1).

**Figura 1.** Porcentaje de estudiantes que perciben gran riesgo de consumo frecuente de alcohol, según sexo



La percepción de gran riesgo aumenta un poco a medida que aumenta la edad; las personas jóvenes lo consideran como de gran riesgo en un 80% y cuando tiene más de 25 años el 83% lo consideran como gran riesgo (ver figura 2).

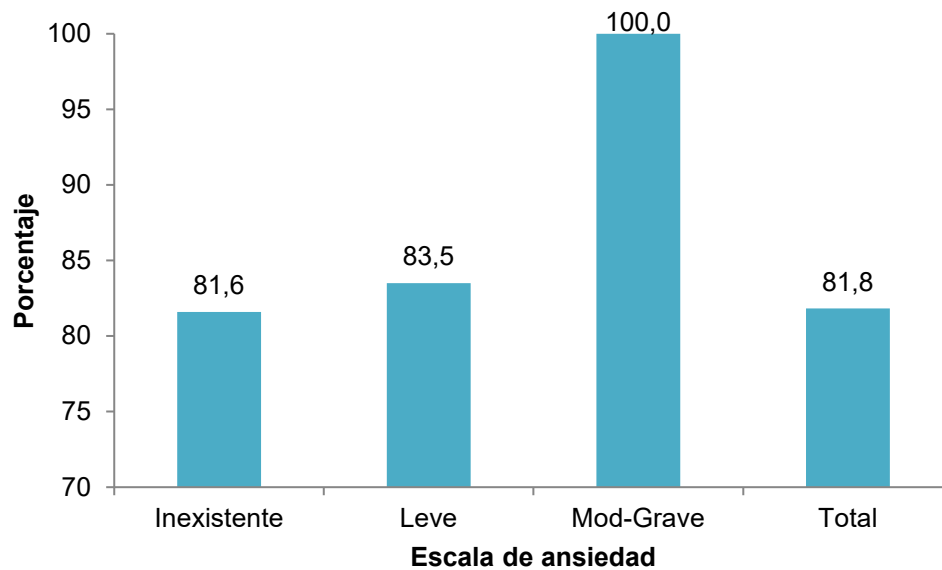
**Figura 2.** que perciben gran riesgo de consumo frecuente de alcohol, según edad





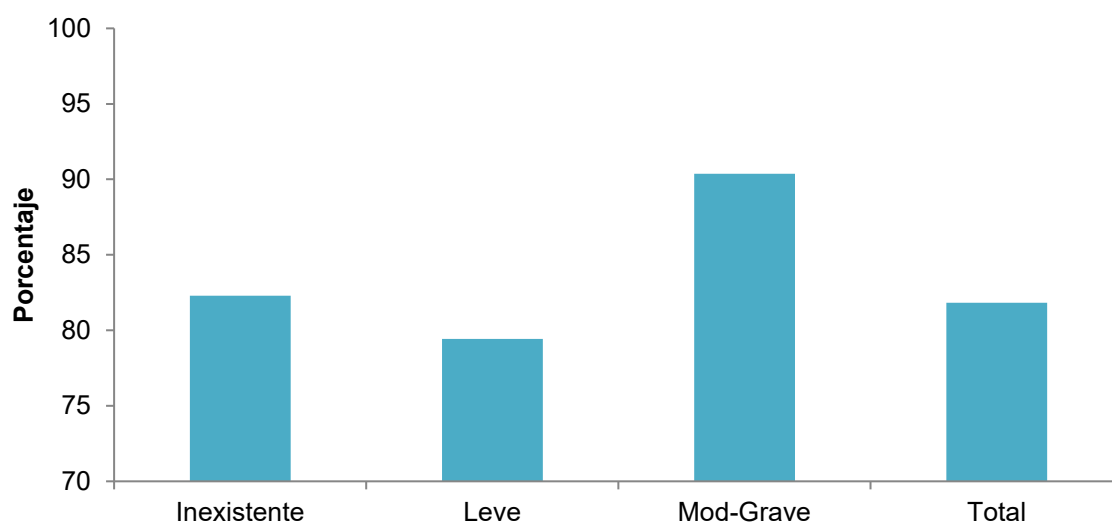
El 100% de las personas que fueron clasificadas con ansiedad moderada o grave considera que el consumo de alcohol frecuente es un gran riesgo (ver Figura 3).

**Figura 3.** Porcentaje de estudiantes que perciben gran riesgo de consumo frecuente de alcohol, según escala de ansiedad



El 90% de las personas que fueron clasificadas con depresión moderada o grave consideran que el consumo frecuente de alcohol es de gran riesgo; entre los que clasificaron con depresión inexistente calificaron el consumo como gran riesgo en un 82,3% (ver figura 4).

**Figura 4.** Porcentaje de estudiantes que perciben gran riesgo de consumo frecuente de alcohol, según escala de depresión



*Uso de riesgo o perjudicial y dependencia.*

El consumo perjudicial y de dependencia fue mayor en los hombres con respecto a las mujeres, el consumo riesgoso se presentó en el 36% de los hombres y en el 27% de las mujeres, mientras que la dependencia estuvo presente en dos de cada 10 hombres y en una de cada 10 mujeres (ver tabla 8).

**Tabla 8.** Porcentaje de estudiantes con consumo riesgoso o perjudicial y dependencia de alcohol, según sexo

Sexo	Consumo riesgoso o perjudicial		Dependencia	
	No.	%	No.	%
Hombre	147	36.1	82	20.1
Mujer	118	27.4	47	10.9
Total	265	31.6	129	15.4

El consumo riesgoso o perjudicial y dependencia fue un poco mayor en el grupo de edad entre 21 y 24 años, 33.1% y 16.7% respectivamente; el consumo riesgoso fue menor en los menores de 18 años, 25.8% (ver Tabla 9).

**Tabla 9.** Porcentaje de estudiantes con consumo riesgoso o perjudicial y dependencia de alcohol, según edad

Edad	Consumo riesgoso o perjudicial		Dependencia	
	No.	%	No.	%
<=18	24	25.8	15	16.1
19-20	73	32.4	35	15.6
21-24	105	33.1	53	16.7
>=25	63	31.0	26	12.8
Total	265	31.6	129	15.4

El consumo riesgoso o perjudicial y la dependencia aumenta a medida que se incrementa la escala de ansiedad; en los estudiantes con escala de ansiedad moderada o grave el consumo riesgoso estuvo presente en el 66.7%, mientras que las personas con ansiedad inexistente estuvo presente en el 29.3% (ver tabla 10).

**Tabla 10.** Porcentaje de estudiantes con consumo riesgoso o perjudicial y dependencia de alcohol, según ansiedad

Ansiedad	Consumo riesgoso o perjudicial		Dependencia	
	No.	%	No.	%
Inexistente	220	29.3	109	14.5
Leve	43	50.6	19	22.4
Mod-Grave	2	66.7	1	33.3
Total	265	31.6	129	15.4

Con respecto a la escala de depresión se observó que tanto el consumo riesgoso como la dependencia fue mayor en las personas con depresión moderada o grave (48.6% de consumo riesgoso y 27% de dependencia) y en el grupo que se presentó menor fue en aquellos en que la depresión fue inexistente, el consumo riesgoso en el 27.9% y la dependencia en el 13% (ver tabla 11).

**Tabla 11.** Porcentaje de estudiantes con consumo riesgoso o perjudicial y dependencia de alcohol, según depresión

Depresión	Consumo riesgoso o perjudicial		Dependencia	
	No.	%	No.	%
Inexistente	118	27.9	55	13.0
Leve	111	32.6	54	15.8
Mod-Grave	36	48.6	20	27.0
Total	265	31.6	129	15.4

### 17.8.2.2 Tabaco

#### Indicadores de uso

El 61.1% de las personas que participaron en el estudio dijeron haber consumido tabaco alguna vez en la vida, siendo mayor en los hombres que en las mujeres 71.6% y 52%, respectivamente. El uso de tabaco, tanto las prevalencias, como las incidencias fueron mayor en los hombres (ver Tabla 12).

**Tabla 12.** Indicadores de consumo de tabaco, según sexo

Sexo	Prevalencia						Incidencia			
	Vida		Año		Mes		Año		Mes	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Hombre	330	71.6	174	37.7	115	24.9	77	16.7	45	9.8
Mujer	277	52.0	132	24.8	80	15.0	49	9.2	23	4.3
Total	607	61.1	306	30.8	195	19.6	126	12.7	68	6.8

El uso de tabaco alguna vez en la vida aumenta con los años, 49.6% en las personas con 18 años o menos y 67.8% en los mayores de 25 años, igual que el uso alguna vez en el último mes, 16.5% de los menores de 18 años y el 23.5% de los mayores de 25 años (ver tabla 13).

**Tabla 13.** Indicadores de consumo de tabaco, según edad

Edad	Prevalencia						Incidencia			
	Vida		Año		Mes		Año		Mes	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<=18	57	49.6	33	28.7	19	16.5	15	13.0	6	5.2
19-20	146	56.4	81	31.3	44	17.0	29	11.2	9	3.5
21-24	231	63.3	112	30.7	72	19.7	45	12.3	23	6.3
>=25	173	67.8	80	31.4	60	23.5	37	14.5	30	11.8
Total	607	61.1	306	30.8	195	19.6	126	12.7	68	6.8

El 50% de los estudiantes fumó por primera vez tabaco cuando tenía 15 años o menos. La mediana de la edad de inicio fue un año menos en las mujeres con respecto a los hombres (ver tabla 14).

**Tabla 14.** Edad de inicio de consumo de tabaco, según sexo

Sexo	Media	DS	Mediana	P 25	P 75
Hombre	15,5	3,2	15	14,0	17
Mujer	15,7	3,1	16	14,0	18
Total	15,6	3,2	15	14,0	17

Nota: DS: Desviación estándar, P25 y P75: Percentiles 25 y 75

El consumo de tabaco según la escala de ansiedad mostró que, alguna vez en el último año y alguna vez en el último mes, fue mayor en los estudiantes con escala de ansiedad leve, con respecto a los que la escala de ansiedad les dio inexistente; ocurrió lo mismo con las incidencias (ver tabla 15).

**Tabla 15.** Indicadores de consumo de tabaco, según ansiedad

Ansiedad	Prevalencia						Incidencia			
	Vida		Año		Mes		Año		Mes	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Inexistente	540	60.6	264	29.6	168	18.9	112	12.6	59	6.6
Leve	64	64.0	41	41.0	26	26.0	14	14.0	9	9.0
Mod-Grave	3	100.0	1	33.3	1	33.3	0	0.0	0	0.0
Total	607	61.1	306	30.8	195	19.6	126	12.7	68	6.8

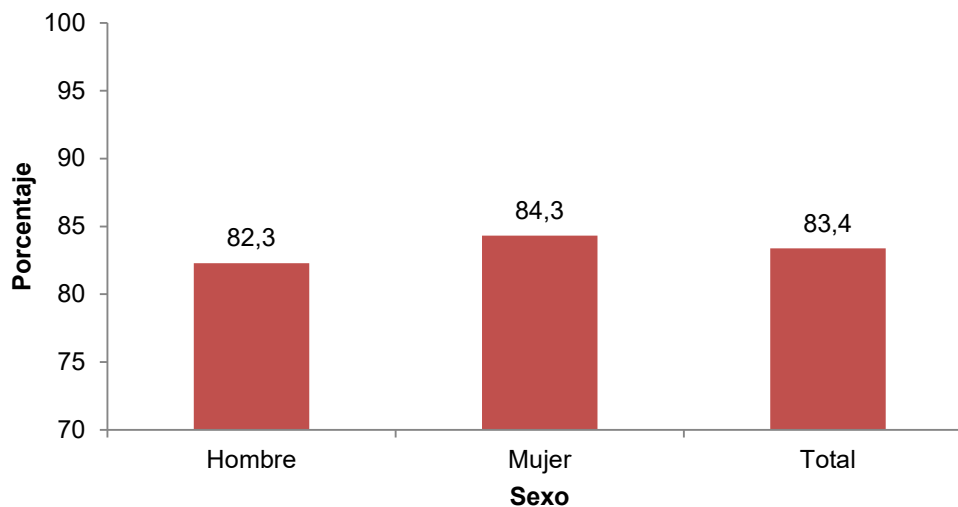
En la escala de depresión, a medida que aumenta la escala aumenta el consumo de tabaco, tanto las prevalencias como las incidencias, cuando la escala fue moderada o grave el consumo de cigarrillo fue mayor, algunas vez en la vida el 71.3%, en el último año el 43.7%, por primera vez en el último año el 18,4% (ver tabla 16).

**Tabla 16.** Indicadores de consumo de tabaco, según depresión

Depresión	Prevalencia						Incidencia			
	Vida		Año		Mes		Año		Mes	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Inexistente	309	60.7	130	25.5	77	15.1	56	11.0	28	5.5
Leve	236	59.3	138	34.7	95	23.9	54	13.6	32	8.0
Mod-Grave	62	71.3	38	43.7	23	26.4	16	18.4	8	9.2
Total	607	61.1	306	30.8	195	19.6	126	12.7	68	6.8

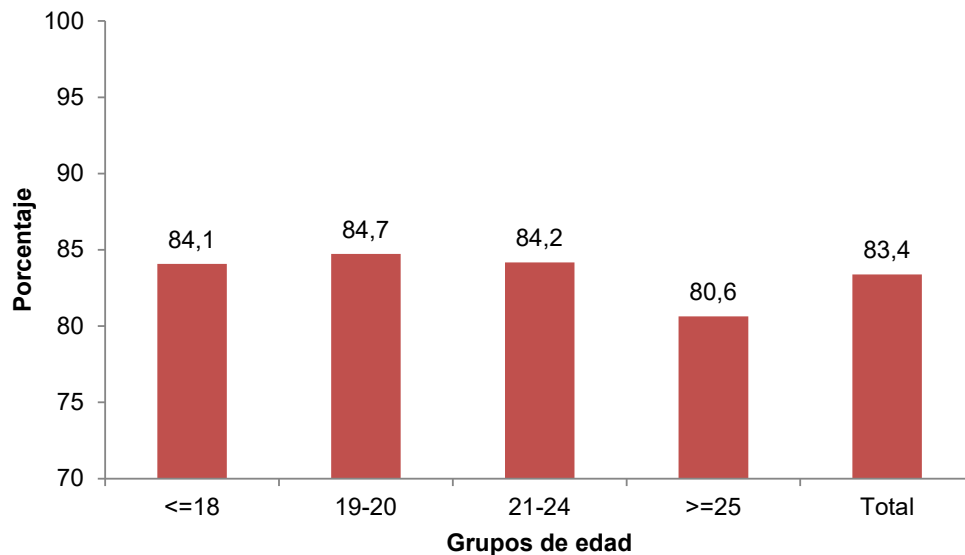
*Percepción de gran riesgo.* Al comparar la valoración de gran riesgo entre hombres y mujeres se encontró que fue similar, en los hombres cerca del 82% y en los hombres cerca del 84% (ver Figura 5).

**Figura 5.** Porcentaje de estudiantes que perciben gran riesgo de consumo frecuente de tabaco, según sexo



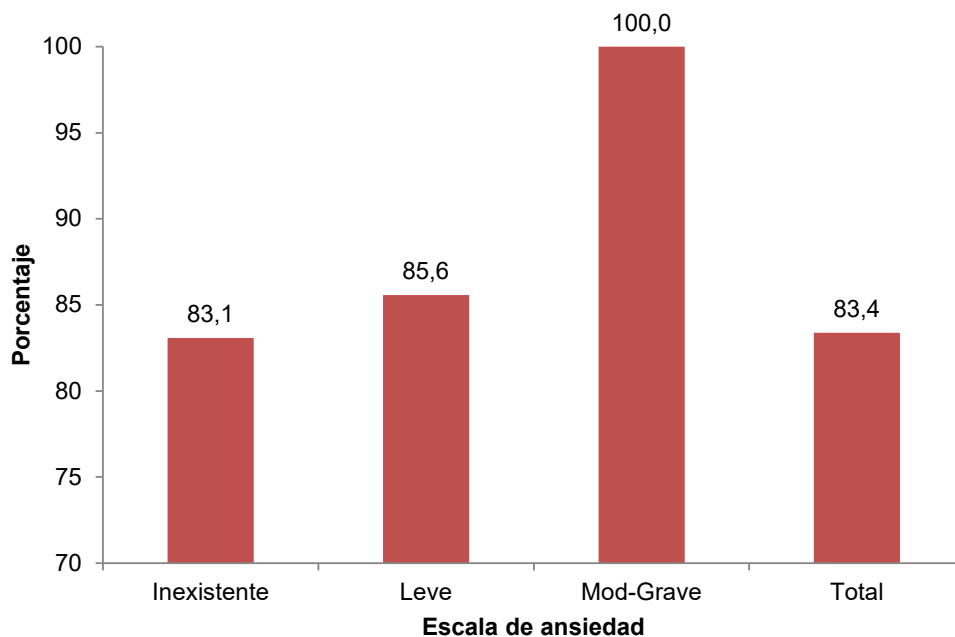
Entre los grupos de edad se encontró que entre los menores de 24 años la percepción fue un poco más alta, cerca del 84%, mientras que en los mayores de 25 años fue un poco más baja, cerca del 80% (ver Figura 6).

**Figura 6.** Porcentaje de estudiantes que perciben gran riesgo de consumo frecuente de tabaco, según edad



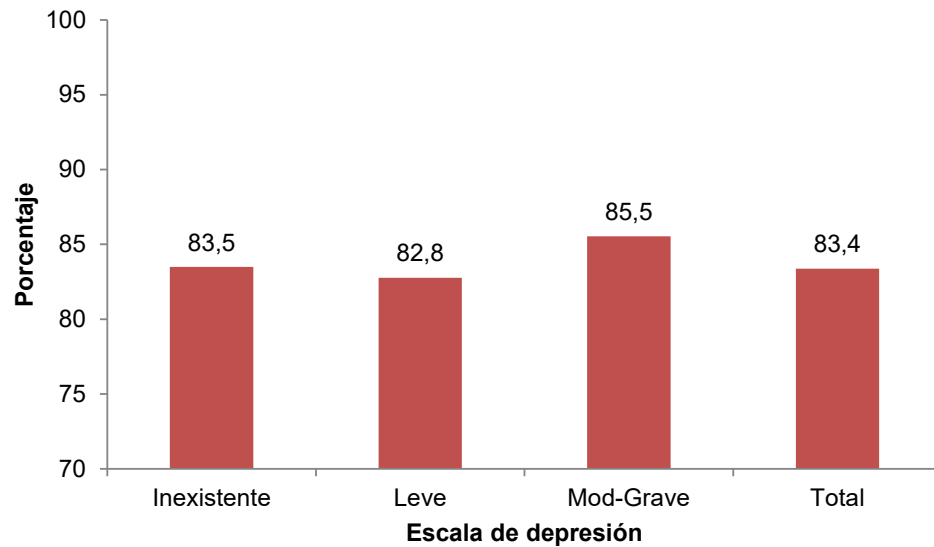
La percepción de gran riesgo en el consumo frecuente de tabaco aumenta a medida en que aumenta la escala de ansiedad (ver figura 7).

**Figura 7.** Porcentaje de estudiantes que perciben gran riesgo de consumo frecuente de tabaco, según ansiedad



La percepción de gran riesgo es un poco mayor en las personas a las que la escala de depresión les dio moderada o grave, cerca del 86%, mientras que entre los estudiantes con escala de depresión leve o inexistente fue cercana al 83% (ver figura 8).

**Figura 8.** Porcentaje de estudiantes que perciben gran riesgo de consumo frecuente de tabaco, según depresión



## 17.8.3 Drogas ilícitas

### 17.8.3.1 Marihuana

*Indicadores de uso.*

Con respecto al uso de marihuana se encontró que el 41.8% de los estudiantes la han usado alguna vez en la vida, dos de cada diez la usaron alguna vez en el último año y 1 de cada 10 la ha usado alguna vez en el último mes; esta prevalencia de consumo fue mayor en los hombres con respecto a las mujeres. El uso por primera vez en el último año fue del 8.5% y el uso por primera vez en el último mes fue del 2.1% (ver tabla 17).

**Tabla 17.** Indicadores de consumo de marihuana, según sexo

Sexo	Prevalencia						Incidencia			
	Vida		Año		Mes		Año		Mes	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Hombre	228	49.5	119	25.8	63	13.7	51	11.1	15	3.3
Mujer	187	35.1	88	16.5	39	7.3	33	6.2	6	1.1
Total	415	41.8	207	20.8	102	10.3	84	8.5	21	2.1

## CAPÍTULO 17

Consumo de tabaco, alcohol, marihuana y síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes de la Universidad de Antioquia participantes del estudio pradicán, 2012

El consumo de marihuana alguna vez en la vida aumentó a medida que se incrementó la edad, en el grupo de menores de 18 años fue de tres por cada diez estudiantes, mientras que en el grupo de mayores de 25 años fue de cinco por cada diez estudiantes. El consumo de alguna vez en el último año y en el último mes fue mayor en los estudiantes con edades entre 19 y 20 años y menor en los estudiantes con más de 25 años. El uso de marihuana por primera vez en el último año fue mayor en los estudiantes con edades entre 19 y 20 años y el uso por primera vez en el último mes fue mayor en los estudiantes menores de 18 años (ver tabla 18).

**Tabla 18.** Indicadores de consumo de marihuana, según edad

Edad	Prevalencia						Incidencia			
	Vida		Año		Mes		Año		Mes	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<=18	35	30.4	20	17.4	11	9.6	10	8.7	4	3.5
19-20	96	37.1	62	23.9	33	12.7	31	12.0	5	1.9
21-24	157	43.0	82	22.5	39	10.7	31	8.5	9	2.5
>=25	127	49.8	43	16.9	19	7.5	12	4.7	3	1.2
Total	415	41.8	207	20.8	102	10.3	84	8.5	21	2.1

La edad promedio de inicio de consumo de marihuana fue aproximadamente de 18 años, muy similares las edades entre hombres y mujeres (ver tabla 19).

**Tabla 19.** Edad de inicio de consumo de marihuana, según sexo

Sexo	Media	DS	Mediana	P 25	P 75
Hombre	17,6	2,92	17	16	19
Mujer	18,0	3,59	17	16	19
Total	17,8	3,24	17	16	19

DS: Desviación estándar, P25 y P75: Percentil 25 y 75.

En cuanto al consumo de marihuana según la escala de ansiedad se encontró que es similar el uso alguna vez en la vida y en el último año entre las personas con ansiedad inexistente y leve, mientras que el uso alguna vez en el último mes fue mayor en los estudiantes que tenían ansiedad leve 13% con respecto a los estudiantes con ansiedad inexistente 9.9% (ver tabla 20).



**Tabla 20.** Indicadores de consumo de marihuana, según ansiedad

Escala de Ansiedad	Prevalencia						Incidencia			
	Vida		Año		Mes		Año		Mes	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Inexistente	368	41.3	181	20.3	88	9.9	78	8.8	21	2.4
Leve	44	44.0	24	24.0	13	13.0	6	6.0	0	0.0
Mod-Grave	3	100.0	2	66.7	1	33.3	0	0.0	0	0.0
Total	415	41.8	207	20.8	102	10.3	84	8.5	21	2.1

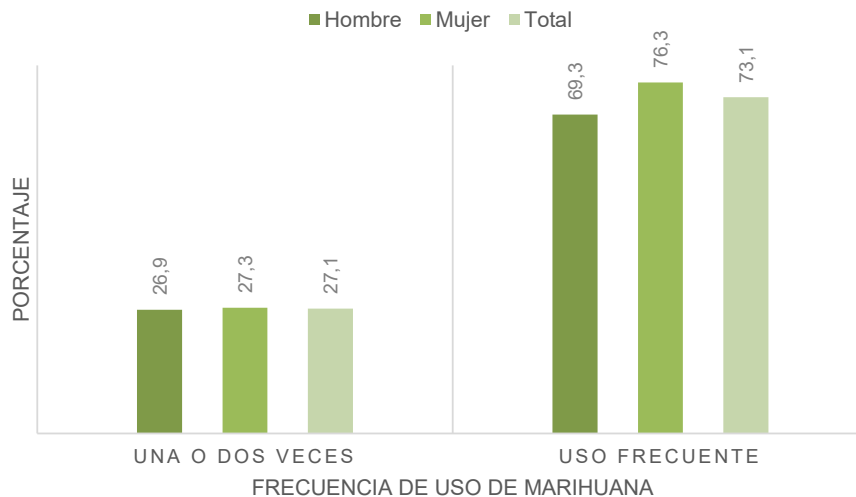
La prevalencia de marihuana aumentó a medida que la escala de depresión se incrementó, el uso por primera vez en el último año fue mayor en los estudiantes que tuvieron una escala de depresión leve (ver tabla 21).

**Tabla 21.** Indicadores de consumo de marihuana, según depresión

Escala de depresión	Prevalencia						Incidencia			
	Vida		Año		Mes		Año		Mes	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Inexistente	206	40.5	92	18.1	44	8.6	37	7.3	10	2.0
Leve	168	42.2	91	22.9	44	11.1	44	11.1	11	2.8
Mod-Grave	41	47.1	24	27.6	14	16.1	3	3.4	0	.0
Total	415	41.8	207	20.8	102	10.3	84	8.5	21	2.1

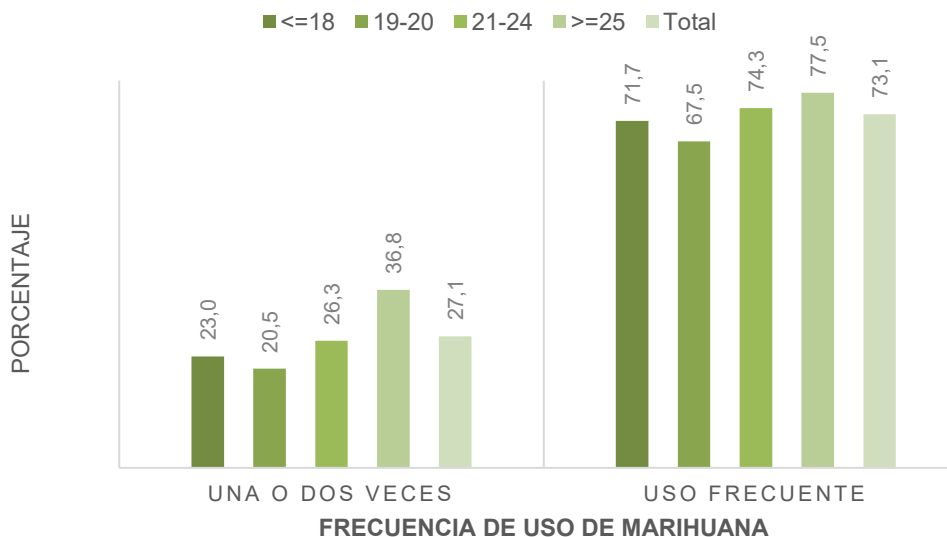
**Percepción de gran riesgo.** El 27.1% de los estudiantes consideró que usar marihuana una o dos veces es un gran riesgo y el 73.1% consideró que el uso frecuente es de gran riesgo. En general las mujeres califican con mayor frecuencia el uso de marihuana como un gran riesgo (ver tabla 9).

**Figura 9.** Percepción de gran riesgo de consumo de marihuana, según sexo y uso



La valoración de gran riesgo con respecto a la edad fue mayor en los estudiantes con más de 25 años y menor en los estudiantes con edades entre 19 y 20 años, tanto la valoración de gran riesgo en el uso de una o dos veces como en el uso frecuente (ver figura 10).

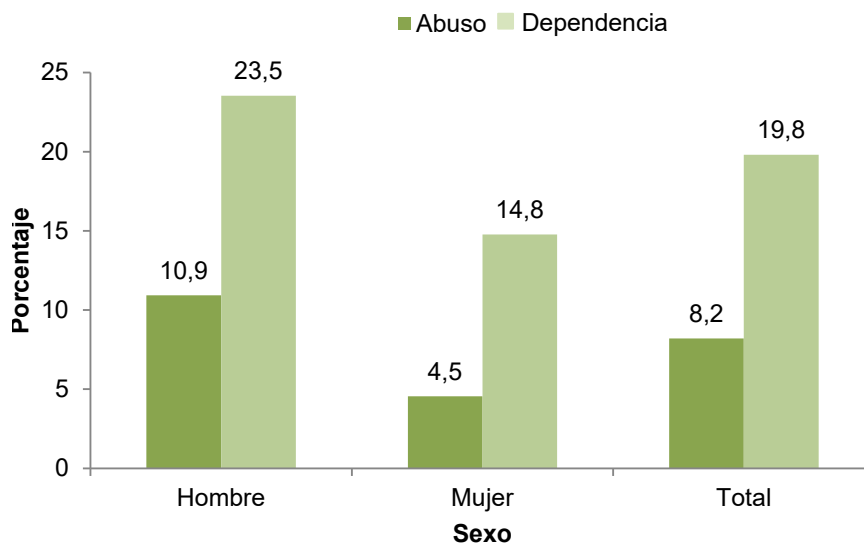
**Figura 10.** Percepción de gran riesgo de consumo de marihuana, según edad



*Abuso y dependencia.*

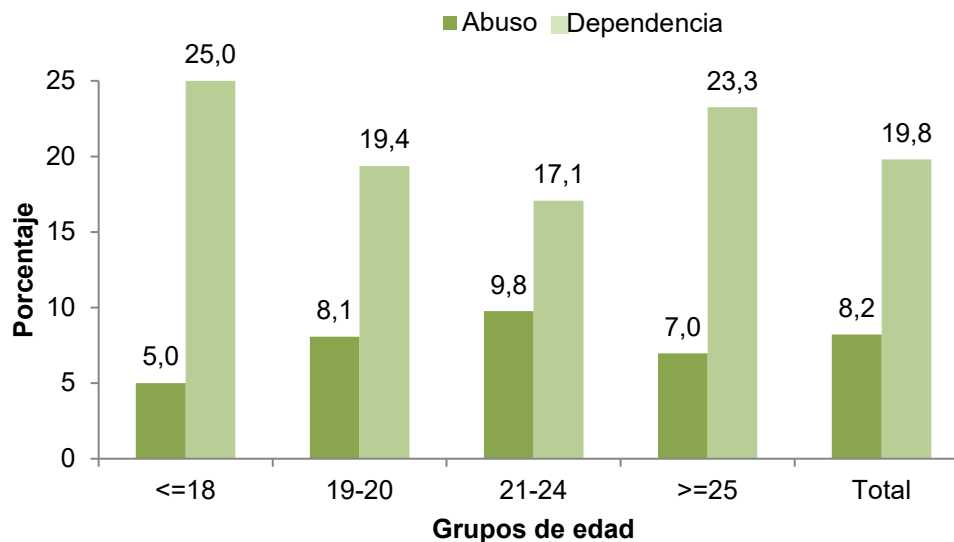
Cerca de dos de cada 10 estudiantes que usan marihuana son dependientes y uno de cada diez abusa, tanto la dependencia como el abuso fueron mayores en hombres (ver figura 11).

**Figura 11.** Porcentaje de estudiantes con signos de abuso o dependencia de marihuana, respecto de los consumidores del último año, según sexo



La dependencia a marihuana se presentó en uno de cada cuatro estudiantes menores de 18 años, el grupo de edad que le siguió fue el de mayores de 25 años con el 23%, la dependencia fue menor en los estudiantes con edades entre los 21 y 24 años, pero el abuso fue mayor en ese grupo, se presentó en 1 de cada diez estudiante y fue menor en los estudiantes menores de 18 años, el 5% (ver figura 12).

**Figura 12.** Porcentaje de estudiantes con signos de abuso o dependencia de marihuana, respecto de los consumidores del último año, según edad



## 17.9 Discusión

El adolescente se encuentra expuesto cuando ingresa al ámbito universitario, a diversas situaciones que le presenta la educación superior. Es por esto, que la permanencia en la universidad se convierte en una etapa de crecimiento personal y de búsqueda intelectual que ofrece la posibilidad de moldear su identidad. Aunque generalmente docentes e instituciones fomentan un desarrollo de vida saludable, los universitarios pueden presentar una crisis de identidad que probablemente les origine serios problemas (consumo o abuso de alcohol y drogas, entre otros).

En general, se puede decir que la prevalencia del último año de consumo de marihuana ha aumentado entre los años 2009 y 2012. Cabe señalar que se observan diferencias según sexo, teniendo los hombres una mayor prevalencia de consumo que las mujeres. Para el año 2009 la prevalencia de año de consumo de marihuana fue de 19.7% en hombres y de 13.8% en mujeres. Lo anterior indica que hay una diferencia de 5.9% para la prevalencia de año de consumo de marihuana entre hombres y mujeres en el año 2009.

Para el año 2012 la prevalencia de año de consumo de marihuana fue de 25.8% en hombres y 16.5% en mujeres. Lo anterior indica que hay una diferencia de 9.3% para la prevalencia de año de consumo de marihuana entre hombres y mujeres en el año 2012 (Velásquez y Mejía, 2012).

Teniendo en cuenta los datos donde hay cruce de variables de consumo con las variables de ansiedad y depresión, se resalta el alto porcentaje de los estudiantes con signos de ansiedad y depresión grave que muestran consumo de sustancias psicoactivas, tanto legales como ilegales. Si bien no se puede determinar una asociación estadística entre estas variables, esta información corrobora la posible co-morbilidad y sugiere la realización de estudios donde se tenga en cuenta este tipo de análisis.

Ahora bien, esta información también lleva a sugerir una intervención en la comunidad universitaria en factores estresantes, buscando disminuir la presencia de la ansiedad y el consumo de alcohol en estudiantes, mucho más si se tiene en cuenta que “la depresión mayor es además uno de los principales factores de riesgo de suicidio en los adolescentes” (Universidad CES, 2012, p. 179).

## 17.10 Conclusiones

El estudio se realizó con una población de 2037 personas, cuya muestra fue de 998 personas donde participaron 536 hombres (53,7%) y 462 mujeres (46,3%).

Considerando las variables de edad, el 61% de los estudiantes evaluados tienen 22 años o menos.

La edad promedio de inicio en el consumo de alcohol de los evaluados fue de 15 años, el 75 % de los estudiantes iniciaron su consumo a los 16 años o antes, hallándose edades un poco más bajas en los hombres que en las mujeres. La edad de inicio de consumo de tabaco fue de 15 años o menos, dice el 50% de los estudiantes participantes del estudio.

En cuanto a la percepción de gran riesgo, respecto al consumo frecuente de alcohol de los estudiantes de la Universidad de Antioquia participantes en el estudio, el 86% de las mujeres son quienes lo perciben más alto, con relación a los hombres en un 76%. Entre hombres y mujeres perciben gran riesgo de consumo de alcohol con un 81,8%. La percepción del riesgo aumenta un poco a medida que aumenta la edad.

A mayor consumo de marihuana, mayor puntaje en los signos de la escala de depresión. A menor edad, menor percepción del riesgo de consumir alcohol, tabaco y marihuana; a mayor edad, mayor percepción del riesgo. La edad promedio de inicio de consumo de alcohol, tabaco y marihuana fue de 15 años. En los hombres el consumo de alcohol, tabaco y marihuana es mayor que en las mujeres, tanto en prevalencias, como en incidencias.

En los casos de ansiedad y depresión asociados al consumo de marihuana los resultados del estudio muestran que un gran porcentaje de la comunidad universitaria percibe un gran riesgo de consumo de esta sustancia y valoran que existe el riesgo asociado a estos los factores de ansiedad y depresión, además que aumenta cuando se habla de abuso y dependencia a la sustancia y se percibe un mayor riesgo en la medida en que la edad de los estudiantes es mayor.

Llama la atención la prevalencia de síntomas de depresión a nivel leve en el 40% de los evaluados y de moderada en el 8.6%, esto sugiere la necesidad de implementar acciones preventivas para evitar que quienes apenas se encuentran en fase leve pasen a moderada o grave.

A medida que aumenta la gravedad de los indicadores de las escalas de ansiedad y depresión también aumente el consumo perjudicial y la dependencia de alcohol. Esto sugiere la necesidad de incluir el tema de consumo de alcohol en los programas y actividades que se diseñen para ansiedad o depresión. Igualmente, sugiere que el tema de manejo de emociones negativas o ansiedad y depresión se incluya en las actividades para consumo perjudicial de alcohol.

Es de importancia igualmente, la cantidad de usuarios actuales o de último mes de tabaco, uno de cada cuatro hombres y una de cada cinco mujeres. A este respecto, las acciones deben tener en cuenta que a medida que aumenta la edad, aumenta la probabilidad de consumir tabaco; los mayores de 25 son quienes más usan tabaco y quienes más presentan comienzo de uso a dichas edades.

Es notable también la relación que se estableció entre síntomas de depresión y consumo de marihuana, en donde la prevalencia de consumo aumentó a medida que aumentaba la gravedad de los síntomas. Lo anterior lleva a preguntarse por la relación entre estos dos fenómenos: si los síntomas de depresión pueden llevar a consumir marihuana a modo de una automedicación; o si el consumo de marihuana puede aumentar los síntomas de depresión.

Ahora bien, en una comunidad tan grande como los estudiantes de la Universidad de Antioquia, lo anterior genera la necesidad de un mayor trabajo en el campo de la Salud Mental, pasando de actividades de prevención, a programas organizados de Promoción de la Salud Mental, con el objetivo de intervenir factores protectores, que incidan en la disminución del consumo de sustancias psicoactivas y la aparición de síntomas de ansiedad y depresión.

En general, se ha mostrado como este conjunto de factores expuestos en este estudio, se relacionan con el uso de sustancias, mediante el conocimiento de la relación funcional entre las expectativas y el consumo; pues es más fácil comprender el fenómeno del consumo en la población de estudiantes de universitarios y por ende se tiene más evidencia para saber qué hacer a nivel preventivo y cómo se pueden poner en marcha acciones específicas para ello. Igualmente, este conocimiento, hace ver la complejidad del fenómeno y la necesidad de tener un abordaje amplio, comprensivo y, necesariamente multidisciplinario. Dicha prevención debe ser un proceso educativo Integral dirigido a enfrentar un problema que ha existido buscando apoyar el desarrollo personal y social.

# **CAPÍTULO 18**

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN  
ADICCIONES UNIVERSIDAD DE  
ANTIOQUIA**

## 18.1 Presentación

El Programa de Prevención de Adicciones, que hace parte de la oferta de Bienestar Universitario, busca propiciar la responsabilidad de los miembros de la comunidad universitaria en la toma de decisiones respecto a las maneras como los mismos se relacionan con los objetos que la sociedad de consumo ofrece, especialmente con las sustancias psicoactivas, sin dejar de lado la existencia de otras conductas problemáticas (como la ludopatía), que de igual forma requieren especial atención y que actualmente se denominan “adicciones no tóxicas”.

Este programa se *operativiza* con estrategias de investigación, formación, comunicación, redes de apoyo y orientación/asistencia, que posibilitan la intervención sobre factores de riesgo y representaciones sociales que favorecen una relación problemática, de adicción o dependencia, entre el sujeto y el objeto de consumo; pero también sobre los factores de protección que hacen parte de la vida de los universitarios.

Es importante resaltar que la Universidad se articula con dinámicas nacionales, por eso se ha puesto en correspondencia este Programa de Prevención con la Política Nacional de Reducción del Consumo de Drogas del Ministerio de Salud y Protección Social, en la cual, componentes como la Prevención y la Mitigación, se desarrollan con más profundidad por la competencia de la Universidad como institución de educación, a la cual no le corresponde abordar temas como *la superación* (tratamiento), y el componente de *capacidad de respuesta* se incluye fortaleciendo aspectos como la formación permanente de las personas responsables de las acciones y estrategias educativas.

Finalmente, este programa encuentra soporte en el Reglamento Estudiantil, que contempla en el capítulo II “De las faltas disciplinarias”, en su artículo 247, sobre las conductas que atentan contra la ley, los estatutos y reglamentos universitarios, cuyo numeral f, hace referencia a: el comercio, el suministro y consumo de drogas enervantes, estupefacientes en predios o instalaciones universitarias, como una de estas conductas.

Considerando lo anterior, profesionales y estudiantes que hacen parte de la Universidad de Antioquia, interesados en el tema del consumo y la creación de estrategias para su abordaje, participaron en la construcción del Programa de prevención, considerando su cercanía con los estudiantes en el marco del Diplomado: *Prevención de Problemáticas Psicosociales en el ámbito universitario con énfasis en adicciones*. Es así como no sólo se estaría cumpliendo con la línea de Capacidad de Respuesta, sino que también se da una respuesta pertinente a la presentación del fenómeno.



### **18.1.1 Responsables del diseño**

- » Jaime Alonso Mejía Ocampo
- » Juan Guillermo Hernández Gil
- » María José Sandstede Rivas
- » Carmen Elena Muñoz Preciado
- » María Elena Ruiz Bernal
- » Maryory Muñoz Londoño
- » Daniel Alfonso Montoya Vásquez
- » Diana Urrego Velásquez
- » Eliana María Hernández
- » Hosman Rodrigo Arcila Muñoz

### **18.1.2 Periodo para desarrollar el proyecto**

El programa se está pensando a un año (2014), con el ánimo de ser evaluado y hacer ajustes para continuar con el proceso. Cuenta con el acompañamiento de la Dirección de Bienestar y con el apoyo de la Rectoría, destacando el hecho de que no sólo se realizaría en la sede de Medellín, sino también en las regiones, debido a la pertinencia del tema y a las necesidades identificadas.

### **18.1.3 Institución**

Universidad de Antioquia, sedes de Medellín y Regiones.

## 18.2 Diagnóstico

Para conocer el diagnóstico sobre el consumo de sustancias psicoactivas en la Universidad de Antioquia, es necesario traer a consideración resultados de investigaciones cualitativas realizadas con estudiantes de la Universidad. La importancia de dichas investigaciones es poner en evidencia los puntos de vista subjetivos de los estudiantes, cómo sienten y viven el fenómeno.

El uso de drogas en contextos de esparcimiento y fiesta por universitarios fue analizado en la Investigación *Del viaje en U: la vivencia universitaria y el consumo de sustancias psicoactivas* (Universidad Católica Luis Amigó, Centro de Investigaciones, 2009). Entre las conclusiones de dicho estudio se encuentra que el uso de drogas (legales e ilegales) ocupa en muchas ocasiones el nivel de un uso social, siendo así un medio y no un fin en sí mismo.

Un medio para alterar el cuerpo que se convierte en un vehículo para la expresión del deseo, del goce; un cuerpo relajado y dirigido al encuentro con el otro; un cuerpo que es territorio de mediaciones, de semblantes, de imágenes, códigos y estéticas que se recrean, aumentan y distorsionan con las sustancias. De este modo el uso de drogas hace parte de la construcción de la identidad de ser universitario, en la que está involucrada la diferenciación entre la representación de sí mismo frente a la familia, frente a la comunidad cercana, la pertenencia a la institución y al grupo de pares. La vivencia universitaria incluye las experiencias y sentimientos propios de la vida social que allí sucede, y puede darse tanto en el adentro como en el afuera de la institución universitaria. Por ello “los sitios de esparcimiento y fiesta son espacios del afuera donde se extiende la vivencia universitaria, ya que allí se recrean los lazos sociales, afectos, e identidades del adentro, generando la noción de un nosotros universitario que los diferencia de los otros no universitarios. El adentro y el afuera configuran un colectivo que define identidades y estatus” [...] “en consecuencia, el consumo de SPA en la vida universitaria cumple, en muchas ocasiones, una función que da soporte a una noción de autonomía y adultez y a las exigencias sociales y académicas de un ámbito que resulta nuevo, tentador y amenazante a la vez (Universidad Católica Luis Amigó, Centro de Investigaciones, 2009).

Otra investigación cualitativa llamada *Contextos, significados y prácticas asociadas al consumo controlado de sustancias psicoactivas en estudiantes de la U de A* (Arango, Montoya y Urrego, 2013), analizó desde la perspectiva de los estudiantes cómo perciben estos cuándo se tiene un consumo problemático y cuándo consideran que el consumo es no problemático. Entre los resultados de dicho estudio se encuentra que,

Los informantes señalan que el consumo controlado se asocia a diferenciar en qué espacios y situaciones es adecuado o inadecuado consumir, quienes no son controlados, no diferencian claramente cuándo y dónde consumir y tienden a querer hacerlo en todo lugar.

La universidad se configura como escenario en que puede aparecer el consumo debido a que hay disponibilidad y un espacio de tolerancia, este consumo es considerado controlado cuando está ligado a la socialización y no es un fin en sí mismo.

Se reconoce que estar ocupado en algo significativo para sí, tener un proyecto, y metas son factores que influyen en la regulación en el consumo. De este modo las obligaciones académicas y las actividades relacionadas con el estudio en la Universidad sirven como factor regulador del consumo. Del mismo modo, los ciclos de vacaciones y estudio se relacionan con un incremento y disminución del patrón de uso de SPA, y quienes pueden disminuir su consumo porque priorizan lo académico se consideran usuarios controlados (Arango, Montoya y Urrego, 2013).

Respecto a los consumos problemáticos o no controlados, los estudiantes entendieron que se caracterizaban por ser consumos como fin en sí mismos; consumistas, alejados de lo espiritual, realizados en alta frecuencia e intensidad, presentaban efectos negativos evidentes, no se regulaban en los diferentes espacios y situaciones, y además, usaban las drogas bajo estados emocionales negativos.

## **18.2.1 Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de la Universidad de Antioquia, 2012-2013**

Por otro lado, considerando los resultados de investigaciones con enfoque cuantitativo, se tuvo en cuenta el Proyecto de cooperación UE-CAN Programa Anti-Drogas Ilícitas en la CAN – PRADICAN. Se resaltan los siguientes resultados, de la Universidad de Antioquia:

### **18.2.1.1 Alcohol**

En total, sumando hombres y mujeres, el 96.2% de la población ha consumido alcohol alguna vez en su vida. El 84.1% ha consumido alcohol en el último año y el 60.4% en el último mes.

El porcentaje de estudiantes con consumo riesgoso o perjudicial de alcohol entre consumidores del último año, corresponde a 36.1% de los hombres, 27.4% de las mujeres y el 31.6% del total de la población.

El porcentaje de estudiantes con signos de dependencia a alcohol corresponde a 20.1% en los hombres, 10.9% en las mujeres y 15.4% para el total de la población.

La correlación entre síntomas de dependencia a alcohol con síntomas de ansiedad en la población se presenta de la siguiente manera: el 14.5% de la población que presenta síntomas de dependencia a alcohol no tiene síntomas de ansiedad. El 22.4% tiene un leve nivel de ansiedad y el 33.3% tiene un nivel moderado-grave de ansiedad.

La correlación entre síntomas de dependencia a alcohol con síntomas de depresión en la población se presenta de la siguiente manera: el 13.0% de la población no tiene síntomas de depresión, el 15.8% tiene un nivel leve de depresión y el 27.0% tiene un nivel moderado-grave de depresión.

### **18.2.1.2 Tabaco**

En total, sumando hombres y mujeres, el 61.1% de la población ha consumido tabaco alguna vez en su vida. El 30.8% ha consumido tabaco en el último año y el 19.6% en el último mes.

La asociación entre consumo de tabaco y síntomas de ansiedad se presenta de la siguiente manera: el 29.6% de la población no tiene síntomas de ansiedad, el 41% tiene un nivel leve de ansiedad, y el 33.3% tiene un nivel moderado-grave de ansiedad.

La asociación entre consumo de tabaco y síntomas de depresión se presenta de la siguiente manera: el 25.5% de la población no tiene síntomas de depresión, el 34.7% tiene un nivel leve de depresión y el 43.7% tiene un nivel moderado-grave de depresión.

### **18.2.1.3 Marihuana**

Las prevalencias de consumo de marihuana en total se presentan de la siguiente manera: el 41.8% ha consumido marihuana alguna vez en su vida, el 20.8% en el último año y el 10.3% en el último mes.

Las prevalencias de abuso o dependencia a marihuana para la población total son: 8.2% para abuso, 19.8% para dependencia y 28.0% para abuso dependencia.

### **18.2.1.4 Cocaína y pasta base**

Las prevalencias de consumo de cocaína en total se presentan de la siguiente manera: el 9.9% ha consumido cocaína alguna vez en su vida, el 2.9% en el último año y el 1.4% en el último mes.

Las prevalencias de abuso o dependencia de cocaína para la población total respecto de los consumidores de último año son: 3.4% para abuso, 37.9% para dependencia y 41.4% para abuso dependencia.

## **18.2.2 Distribución porcentual de síntomas de ansiedad y depresión**

### **18.2.2.1 Ansiedad**

Los síntomas de ansiedad son inexistentes en el 89.6% de la población. Se encuentra una leve clasificación de síntomas de ansiedad en el 10.1%; y una clasificación Moderada-Grave de 0.3% de la población.

### **18.2.2.2 Depresión**

Los síntomas de depresión son inexistente en el 51.2%; se encuentra una Leve clasificación en el 40.0%; y una clasificación Moderada-Grave en el 8.8% de la población.

## **18.3 Conclusiones**

El alcohol, sustancia de mayor consumo en la población, presenta niveles cada vez más similares entre hombres y mujeres; una tercera parte de los usuarios tiene consumo riesgoso o perjudicial y un 15% presenta signos de dependencia (adicción). Entre éstos últimos, un tercio presenta síntomas entre moderados y graves de ansiedad o depresión. No hay diferencias importantes respecto a las demás universidades y se evidencia un leve aumento (1%) entre 2009 – 2012.

El consumo de tabaco sigue en aumento, con una prevalencia anual de 13% más en hombres respecto a las mujeres. Además, entre los consumidores de último año se observan altos porcentajes de síntomas de ansiedad o depresión. El consumo aumentó en tres puntos porcentuales en los últimos tres años.

En cuanto a la marihuana un 20% de los consumidores recientes (último año), evidencia signos de dependencia. Es mucho mayor entre hombres que entre mujeres; presenta un 5% más de prevalencia anual que el promedio de las demás universidades y aumentó un 4% en los últimos 3 años.

El LSD es ahora la segunda sustancia ilícita de mayor consumo, pasando de un 0,7% en 2009 a un 4% en 2012.

Más del 40% de los consumidores de cocaína presenta signos de abuso o dependencia. Su consumo ha aumentado y es superior que el promedio de las demás universidades.

Entre los consumidores de drogas ilícitas, el 29% consumen dos o más de ellas.

En otros consumos (inhalables, estimulantes o tranquilizantes), la Universidad presenta mayores consumos que el promedio de las universidades del país.

## 18.4 Caracterización de la población del proyecto

### 18.4.1 Datos generales de la población diana

Estudiantes de la Universidad de Antioquia, de ambos sexos y de diferentes carreras, con edad promedio de 18 años. Docentes de la Universidad de Antioquia, de ambos sexos, Tutores que acompañan a los estudiantes en el proceso de permanencia en la Universidad. Padres de familia y Coordinadores de Bienestar que tienen entre sus funciones: organizar actividades orientadas al desarrollo integral del personal universitario de su respectiva dependencia, participar en el diagnóstico y la solución de situaciones de disfunción académica o laboral y apoyar y estimular la programación y organización de otras actividades extracurriculares que provengan de estudiantes, profesores, empleados o trabajadores y que contribuyan a fomentar un ambiente de tolerancia, de respeto y de grata convivencia en nuestra comunidad.

### 18.4.2 Factores protectores

- » Estrategias pedagógicas que favorezcan procesos reflexivos, toma de decisiones y el desarrollo de la autonomía del sujeto.
- » Programas y alternativas organizadas y adecuadas para uso ventajoso del tiempo libre. Estructurados y permanentes que trabajen alrededor del tema.

- » Presencia de recurso humano, institucional formado en el área de prevención, así como de proyectos organizados coherentes.

### **18.4.3 Factores de riesgo**

#### ***18.4.3.1 Factores de riesgo personal***

- » La edad de ingreso.
- » Los conflictos en la vida afectiva.
- » La baja tolerancia a la frustración.
- » Dificultad en la toma de decisiones y el estar alienados.
- » Presión del grupo.

#### ***18.4.3.2 Factores de riesgo de la comunidad***

- » Deprivación económica y social.
- » Bajo apego en la crianza y desorganización comunitaria.
- » Transiciones y movilidad.
- » Disponibilidad de drogas.

#### ***18.4.3.3 Factores de riesgo familiar***

- » Fracaso académico.
- » Una historia familiar de alcoholismo.
- » Problemas de manejo de la familia.

### 18.4.4 Aspectos resilientes

- » Oportunidades de desarrollo de destrezas.
- » La autonomía
- » La autovaloración
- » La identidad e integración cultural
- » El optimismo–humor
- » La cooperación
- » La confianza

## 18.5 Fundamentación o justificación

Hawkins y Catalano (1992) dos de los investigadores principales en el área de prevención formularon una simple pero acertada y profunda aseveración: “para que podamos prevenir un problema, debemos encontrar cuáles son los factores que aumentan la probabilidad de su ocurrencia y entonces encontrar maneras de reducir estos “factores de riesgo” (p.8).

Este trabajo tiene como finalidad presentar un programa de prevención en adicciones para la Universidad de Antioquia. La prevención en la historia ha sido la manera de salvaguardar el ser y asegurar su progreso dentro de la sociedad. Desde la familia que es el primer núcleo, se ha fundamentado la necesidad de proteger dicho ser no solo como labor y función primaria, sino como una de las mejores formas de supervivencia.

En lo que respecta a la educación, como apoyo a la formación familiar, se ha concebido la prevención como una herramienta necesaria para despertar capacidades en los estudiantes y con ello contribuir al desarrollo integral del ser que encuentra en la educación un proyecto de vida, a su vez que ayuda a formar condiciones de vida saludable y entre otras habilidades, disminuir el riesgo de experimentar o caer en el consumo y el abuso de SPA. En la Universidad de Antioquia se ha detectado a partir del estudio de PRADICAN 2012, que existe un alto consumo de SPA entre los estudiantes de la Institución y que este va en aumento, esto hace pensar en actualizar los programas de prevención en la Universidad y nutrir de nuevas estrategias para contener y frenar la situación de consumo y abuso. La Universidad de Antioquia



desde la Dirección de Bienestar busca fortalecer la oferta existente para atender esta problemática. El tratamiento del problema desde el programa de prevención en adicciones propuesta por este grupo de trabajo pretende innovar en el abordaje integral de esta problemática en la población universitaria que en diferentes fases de desarrollo del programa permitirán identificar riesgos y factores de protección en la comunidad universitaria y programar estrategias de prevención en adicciones (sustancias psicoactivas y/o adicciones contemporáneas) con éxito.

## 18.6 Marco jurídico

### 18.6.1 Ley 30 de 1986 o Estatuto Nacional de Estupefacientes

Esta Ley se constituye en el principal soporte normativo del país, en lo que a las drogas se refiere. En ella se hace mención, entre otras medidas, a las obligaciones y sanciones de los medios de comunicación y al sistema escolar colombiano.

*Artículo 11:* Los programas de educación primaria, secundaria y superior, así como los de educación no formal, incluirán información sobre riesgos de la farmacodependencia, en la forma que determine el Ministerio de Educación Nacional y el ICFES, en coordinación con el Consejo Nacional de Estupefacientes.

*Artículo 12:* Las universidades públicas y privadas obligadas a ello conforme a la reglamentación que acuerden el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y el ICFES, incluirán en sus programas académicos el servicio obligatorio gratuito de consultorios clínicos, para la atención de farmacodependientes.

### 18.6.2 Decreto 1108 de 1994

Por el cual se sistematizan, coordinan y reglamentan algunas disposiciones en relación con el porte y consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

*Capítulo 3:* Relacionado con el Código Educativo:

*Artículo 9:* Para efectos de los fines educativos, se prohíbe en todos los establecimientos educativos del país, estatales y privados, el porte y consumo de estupefacientes o sustancias psicotrópicas.

Será obligación de los directivos, docentes y administrativos de los establecimientos educativos que detecten casos de tenencia o consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, informar de ello a la autoridad del establecimiento educativo. Tratándose de un menor, deberá comunicarse tal situación a los padres y al defensor de familia, y se procederá al decomiso de tales productos.

### **18.6.3 Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas, 2007**

Dicha política busca reducir la incidencia y prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas ilícitas y lícitas en Colombia y mitigar el impacto negativo de estos consumos sobre el individuo, la familia, la comunidad y la sociedad.

Tres componentes o medios para afrontar estos objetivos:

- » Promoción de la salud (prevención, educación en salud y protección de la salud).
- » Asistencia y atención para mitigar y reducir los riesgos del consumo activo y continuado y los daños ya provocados.
- » Inclusión social: definida como un instrumento de prevención, mitigación y superación de las secuelas del consumo de sustancias psicoactivas.

### **18.6.4 Plan municipal de prevención de salud mental y adicciones**

Tiene como objetivo general en la línea de adicciones, “Reducir el consumo de sustancias psicoactivas e intervenir las adicciones no tóxicas, para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población de Medellín”.

Objetivos específicos:

- » Reducir la vulnerabilidad al consumo interviniendo de manera integrada los factores macro sociales, micro sociales y personales asociados al consumo.
- » Reducir el impacto del consumo ofreciendo medios (información, servicios, asistencia y apoyo) oportunos e integrales a individuos, familias y comunidades.
- » Crear capacidad para que las instituciones y organizaciones comunitarias mejoren la calidad y oportunidad de su respuesta frente al consumo de sustancias psicoactivas, a otras adicciones y a sus consecuencias.

### 18.6.5 Ley 30 de 1992

La Constitución Política de 1991 estableció una serie de principios en procura del bienestar de los ciudadanos, consagrados como derechos y deberes individuales o colectivos. Esto se hace efectivo mediante la ley 30 de educación. Según su artículo 117 se manifiesta que las instituciones de Educación Superior deben adelantar programas de bienestar entendidos como el conjunto de actividades que se orientan al desarrollo físico, psico-afectivo, espiritual y social de los estudiantes, docentes y personal administrativo.

El Consejo Nacional de Educación Superior (CESU), determinará las políticas de bienestar universitario. Igualmente, creará un fondo de bienestar universitario con recursos del Presupuesto Nacional y de los entes territoriales que puedan hacer aportes.

El Sistema de Bienestar Universitario de la Universidad de Antioquia, está regido por el acuerdo superior 173 del 13 de julio de 2000, que, en lo referente a la educación superior, se reglamentó en la ley 30 de 1992 y en las políticas que posteriormente formuló el Consejo Nacional de Educación Superior (CESU).

Según el Estatuto General de la Universidad de Antioquia, el bienestar universitario concibe su misión así:

*Cada uno de los miembros del personal universitario, en el ejercicio de su función educativa, es sujeto responsable de su propio bienestar y punto de partida para que se difunda a su alrededor; el proceso dinámico que de ahí se genera propicia interacciones en múltiples direcciones y en diversos campos posibles en la universidad, lo que ha de revertir en beneficios para un bienestar pleno e integral (Universidad de Antioquia, Estatuto General, 2011).*

El bienestar universitario contribuye a la formación integral, estimula las capacidades de los grupos y de las personas de la Universidad, los apoya mediante el desarrollo de programas que integren el trabajo y el estudio con los proyectos de vida, en un contexto participativo y pluralista.

Desde esta perspectiva, el Sistema de Bienestar Universitario genera condiciones institucionales ético-pedagógicas que faciliten la convivencia y la tolerancia entre los miembros de la comunidad, y trasciendan los ámbitos académico y laboral.

### 18.6.6 Ley 1438

Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.

**Artículo 10. uso de los recursos de promoción y prevención.** El Gobierno Nacional será el responsable de la política de salud pública y de garantizar la ejecución y resultados de las acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como pilares de la estrategia de Atención Primaria en Salud, para lo cual determinará la prioridad en el uso de los recursos que para este fin administren las entidades territoriales y las Entidades Promotoras de Salud.

### 18.6.7 Ley 1122 de 2007

“(…) El Plan de Salud Pública deberá incluir acciones orientadas a la promoción de la salud mental, al tratamiento de los trastornos de mayor prevalencia y a la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio”.

### 18.6.8 Ley 1566

Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional “Entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas”.

**Artículo 1. Reconocimiento.** Reconózcase que el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos. Por tanto, el abuso y la adicción deberán ser tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado, conforme a la normatividad vigente y las Políticas Públicas Nacionales en Salud Mental y para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

### **18.6.9 Artículo 49 de la Constitución Política de Colombia de 1991**

“La atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección, y recuperación de la salud”.

El Acto Legislativo del 17 de diciembre de 2009 modificó el artículo 49 de la Constitución y, actualmente, se hace mención directa al tema de las drogas:

El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas está prohibido, salvo prescripción médica. Con fines preventivos y rehabilitadores la ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias. El sometimiento a esas medidas y tratamientos requiere el consentimiento informado del adicto.

Así mismo el Estado dedicará especial atención al enfermo dependiente o adicto y a su familia para fortalecerla en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará en forma permanente campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacientes y en favor de la recuperación de los adictos.

### **18.6.10 Ambientes saludables / Universidad saludable**

Resolución Rectoral 20535 del 17 de marzo de 2005, por medio de la cual se adopta la estrategia de Universidad Saludable y se fijan políticas para su desarrollo en la Universidad de Antioquia.

Lo propio han hecho el Ministerio de Protección Social en la formulación de lineamientos para el Plan de Atención Básica, y la Gobernación de Antioquia al expedir el Decreto No. 2152 de 2001, mediante el cual se proclama como política pública la incorporación de las estrategias *Municipio saludable* y *Escuela saludable*.

### **18.6.11 Ley antitabaco: Ley 1335 del 21 de julio de 2009**

Disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana.

### **18.6.12 Resolución 01956 de 2008**

Por la cual se adoptan medidas en relación con el consumo de cigarrillo o de tabaco.

Artículo 3º. Prohíbese fumar en:

b) Las instituciones de educación formal, en sus niveles de educación preescolar, básica y media y no formal que atiendan menores de edad.

### **18.6.13 Reglamento estudiantil de la Universidad de Antioquia**

En el capítulo II de las faltas disciplinarias, numeral f del artículo 247 dice, “Son conductas que atentan contra la ley, los estatutos y reglamentos universitarios, entre otras las siguientes: El comercio, el suministro y consumo de drogas enervantes, estupefacientes en predios o instalaciones universitarias.”

### **18.6.14 Plan de desarrollo de la Universidad**

En el Plan de Desarrollo de la Universidad de Antioquia, 2006-2016, se contempla que Bienestar Universitario proyecte su desarrollo en función de 3 dimensiones: sentido de comunidad, formación ciudadana y calidad de vida. Este último, por su parte, estipula una serie de servicios que articulen componentes físicos, intelectuales, políticos y culturales.

Finalmente, plantea dicho plan que una de las metas es el fomento de la participación de la comunidad en actividades deportivas, culturales y sociales de diversa índole. Además, de promover estilos de vida saludables y procesos de autocuidado a partir de la responsabilidad individual y social compartida.

De esta forma, la implementación de un programa de prevención del consumo de sustancias psicoactivas y de promoción de factores de protección se inserta perfectamente dentro de los lineamientos del Plan de Desarrollo, afirmando así su pertinencia y aumentando su pronóstico de éxito.

## 18.7 **Ámbito donde se desarrolla el proyecto**

La Universidad de Antioquia como institución de servicio público, en cumplimiento de su función social, será siempre un centro de cultura y de ciencia que imparta a los estudiantes formación integral y los capacite para el ejercicio profesional en las diferentes áreas del quehacer humano.

La Dirección de Bienestar Universitario, está conformado por tres Departamentos, que son: Desarrollo Humano, Deportes y Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. A través de sus distintos Departamentos, busca fortalecer la formación y los procesos de desarrollo personal de los estudiantes de la Universidad de Antioquia, estimulando la convivencia, el respeto, la solidaridad, la cooperación, la responsabilidad social y el aprovechamiento del tiempo libre.

En el Departamento de Deportes, se ofertan cursos para el aprendizaje y mejoramiento técnico en: aeróbicos, aikido, ajedrez, atletismo, baloncesto, ciclismo, escalada, fútbol, fútbol sala, gimnasia, judo, karate do, levantamiento de pesas, natación, rugby terrestre, softbol, actividades subacuáticas, taekwondo, tenis de campo, tenis de mesa, triatlón, ultimate, voleibol, porrismo y escalada.

El Departamento de Desarrollo Humano, maneja los apoyos sociales tales como; alimentación, transporte, becas cooperativas, apoyos epm, créditos Icetex, para los estudiantes de la Universidad y aspectos culturales como: danza, estudiantinas y Tejiendo Redes.

El Departamento de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, tiene un grupo de 12 psicorientadores que atienden a los estudiantes de pregrado y posgrado, en los procesos de apoyo social, formación y orientación y asistencia. En los procesos de formación y orientación y asistencia, encontramos los servicios de apoyo psicopedagógico, prevención de adicciones, salud sexual y afectividad y salud mental. Cada uno de los servicios está conformado por talleres, conferencia-talleres, stand y asesorías grupales en diversos temas.

## 18.8 Tipo de prevención

En este trabajo encontramos dos tipos de prevención: la universal y la selectiva. La prevención universal se dirige a todos los adolescentes, lo cual los beneficia a todos por igual. Son perspectivas amplias, menos intensas y menos costosas que otras, que se orientan a conseguir cambios de comportamientos duraderos. En este tipo de prevención, se incluyen programas preventivos escolares, como los que tratan de fomentar habilidades y clarificar valores, que son habilidades para la vida.

Mientras que la selección selectiva es aquella que se dirige a un subgrupo de adolescentes que tienen un riesgo de ser consumidores mayores que el promedio de los adolescentes. Se dirigen a grupos de riesgo; es más intensiva y más costosa. Se dirige a un subgrupo concreto de la comunidad que suele ser consumidor o que ya tiene problemas de comportamiento, interviniendo tanto a los que ya son consumidores como a los que son experimentadores, es decir, a individuos de alto riesgo (Eggert, 1996).

Cuando uno escucha hablar de prevención del consumo de sustancias psicoactivas inmediatamente evoca la estrategia más comúnmente utilizada, cual es la difusión de información sobre los efectos y consecuencias de su uso y abuso, pero la prevención es mucho más que eso, significa también promover el desarrollo de habilidades y capacidades en el individuo que le permitan desarrollarse y protegerse ante situaciones de riesgo.

Por eso es necesario tener un panorama completo de lo que implica la prevención como un tema de gran importancia en lo que a Educación para la Salud se refiere, con la finalidad de promover estilos saludables y una vida libre de drogas dentro de nuestra sociedad, abordándose de una manera global e interdisciplinaria.

La Dirección de Bienestar Universitario, cuenta con una amplia oferta de servicios que conforma un importante portafolio dirigido a la comunidad universitaria. Esta oferta tiene como finalidad el mejoramiento de la calidad de vida, la promoción de hábitos y estilos de vida saludable, la formación integral y el bienestar general.

El Servicio de Prevención de Adicciones, que hace parte de dicha oferta, busca hacer responsables a los miembros de la comunidad universitaria en la toma de decisiones respecto a las maneras cómo los mismos se relacionan con los objetos que la sociedad de consumo ofrece, especialmente con las sustancias psicoactivas, sin dejar de lado la existencia de otras conductas problemáticas, como la ludopatía y las adicciones contemporáneas (internet, facebook, juegos de roles virtuales), que de igual forma requieren de especial atención y que actualmente se denominan “adicciones no tóxicas”.



Este servicio se *operativiza* con estrategias de formación, comunicación, investigación y orientación, que posibilitan la prevención e intervención sobre factores de riesgo y representaciones sociales que favorecen una relación problemática, de adicción o dependencia, entre el sujeto y el objeto de consumo; pero también sobre los factores de protección que hacen parte de la vida de los universitarios.

Es importante resaltar que la Universidad se articula con dinámicas nacionales, por eso se ha puesto en correspondencia este Plan de Drogas con la Política Nacional de Drogas del Ministerio de Protección Social, en la cual componentes como la Prevención y la Mitigación, se desarrollan con más profundidad por la competencia de la Universidad como institución de educación, al cual le corresponde abordar temas como la superación (tratamiento) y el componente de capacidad de respuesta, que se incluye fortaleciendo aspectos como la formación permanente de las personas responsables de las acciones y estrategias educativas.

Este programa encuentra soporte en el Reglamento Estudiantil de la Universidad de Antioquia, que contempla en el capítulo II “De las faltas disciplinarias”, en su artículo 247, sobre las conductas que atentan contra La Ley, Los Estatutos y Reglamentos Universitarios, cuyo numeral f, hace referencia a: el comercio, el suministro y consumo de drogas enervantes, estupefacientes en predios o instalaciones universitarias, como una de estas conductas.

Finalmente, el Departamento de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, busca brindar opciones a la comunidad universitaria que fortalezcan los factores de protección para enfrentarse eficazmente a las situaciones mencionadas en el párrafo anterior y/o mejorar su calidad de vida. De esta manera, se estaría contribuyendo con un fin mayor que es la permanencia y graduación de los estudiantes en la universidad.

## 18.9 Referentes teóricos

### 18.9.1 Sustancias psicoactivas

Sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de sus funciones (Organización Mundial de la Salud, 1999). Como sustancias químicas pueden ser de origen vegetal, animal o mineral. Son utilizadas con fines *rituales*, culturales o recreativos. Su uso habitual crea dependencia física y/o psicológica dando lugar a la adicción.

## 18.9.2 Abuso

Utilización de un psicoactivo en forma inadecuada que conlleva a problemas diferentes pero con la característica de no depender de las drogas, el consumidor puede “controlarla” hasta cierto punto y no presenta dependencia psíquica ni física

## 18.9.3 Dependencia o adicción

Uso crónico, compulsivo e incontrolable de una droga. La palabra adicto viene del latín “addictus”, que quiere decir “adjudicado” o “heredado”. Después de una guerra, los romanos hacían una “subasta” donde regalaban esclavos a los soldados que pelearon bien. Esos esclavos eran conocidos como addictus. Entonces entendemos que “adicto”, es un “esclavo” de las drogas.

## 18.9.4 Conductas de riesgo asociadas

Poco control de los impulsos, la disforia, la intolerancia a los estímulos displacenteros tanto físicos como psíquicos, la búsqueda exagerada de sensaciones, falta de amor propio, vacío existencial, dificultades familiares, afectivas y sociales, fracasos afectivos, depresión y estrés.

## 18.9.5 Promoción de la salud

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. Es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud (Organización Mundial de la Salud, 1999).

## 18.9.6 Prevención de la enfermedad

Según la Organización Mundial de la Salud, La prevención de la enfermedad... “abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas.

La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. La prevención secundaria y terciaria tiene por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado o reducir los casos de recidivas y el establecimiento de la cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz (Organización Mundial de la Salud, 1999).

## 18.10 Antecedentes

En el año 2001 las directivas de la universidad tomaron la decisión de realizar acciones encaminadas al manejo de la problemática del consumo del alcohol en la universidad, para tal fin se definieron las siguientes medidas que permitieran el manejo de la problemática:

- » Divulgaron la circular emitida por la Rectoría donde se prohibía el consumo de alcohol en la Universidad, sustentando esta decisión en la resolución expedida por el Concejo Nacional de Estupefacientes donde se prohíbe el consumo de alcohol en las instituciones de educación.
- » Realizaron acciones que respaldaron la decisión.

Con el fin de dar cumplimiento a las acciones, la Dirección de Bienestar Universitario por intermedio del Departamento de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad elaboró un proyecto que buscaba, a través de la articulación de acciones de comunicación, educación, atención, normatización e investigación, propiciar cambios de actitudes y comportamientos y enfatizar en el incremento del potencial de salud. Para ello se formuló un programa a cinco años, contemplando la primera parte de dos años, como la fase de sensibilización.

Dentro de la acción comunicativa se diseñó una campaña publicitaria, para lo cual se conformó un grupo integrado por diferentes instancias de la Universidad entre ellas, la Facultad Nacional de Salud Pública y el programa de Salud Ocupacional del Departamento de Seguridad Social, de la Vicerrectoría Administrativa.

Para el diseño de la Campaña se invitó a la comunidad universitaria a participar en conversatorios, donde se pudiera debatir el tema. Igualmente se realizaron sondeos de opinión en diferentes estamentos, acerca de la percepción que se tenía sobre el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en la Universidad.

Con este insumo se contrató el diseño de la campaña y se presentaron diferentes productos: carpetas, afiches, calendarios, vallas y promos para televisión. A su vez, se adelantaron contratos con la Corporación Surgir, la Universidad Luis Amigó y con psicólogos especialistas en el tema, con el fin de realizar labores de carácter educativo. La línea de investigación se apoyó en la Facultad de Salud Pública de la Institución.

En el Comité Rectoral se aprobó la campaña cuyo lema era, *Frente al consumo de alcohol en la universidad: decide con argumentos* y se realizó el lanzamiento de la misma, el 16 de febrero de 2002. El objetivo se orientaba a la generación de espacios de debate y reflexión en torno al consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en los espacios universitarios. Este lanzamiento de la Campaña estuvo acompañado de un foro en directo por el canal interno de la Universidad y el *Paredón* que consistió en recolectar la información en carteles ubicados en diferentes sitios de la ciudad universitaria sobre la opinión de la Campaña, la cual fue sistematizada.

En el año 2003, con el ingreso de 7 nuevos psicoorientadores al Departamento de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, se delegó la responsabilidad del proyecto a este grupo, considerando las fortalezas del mismo en esta temática y se le solicitó la construcción de una nueva propuesta. La Campaña continúa divulgándose en diferentes medios de la Universidad hasta mayo de 2003.

En este mismo año (2003) se hacen ajustes al proyecto, de acuerdo con los requerimientos del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC ISO-9000) ([hipervínculo al SGC](#)) y se elabora la ficha técnica del servicio de Prevención de las Adicciones, que parte de unos resultados de investigaciones cuantitativas y cualitativas, de unos referentes conceptuales y mantiene las estrategias educativas, investigativas, normativas, comunicativas y de orientación, planteadas en la propuesta inicial.

De esta ficha técnica, se desprende una planeación y programación del servicio, mediante la programación de actividades de los procesos de formación y de orientación-asistencia, del sistema de calidad, donde la nueva etapa de la campaña, como estrategia comunicacional, cobra relevancia.

El VESPA Universitario cuenta con tres estudios de corte que se han realizado en los años 1995, 1999 y 2004. Los resultados de este último, arrojan datos interesantes pues evidencia una tendencia positiva (aumento) en el consumo de alcohol, pero tendencias negativas en el consumo de otras sustancias.

De otro lado, el último estudio de orden cualitativo realizado en el año 2007, evidencia aspectos que en otras investigaciones no se habían determinado. Esta investigación cuenta con un texto que bien puede ser consultado en la biblioteca central.

En el año 2009 la institución participó en el estudio andino sobre consumo de sustancias psicoactivas, con énfasis en drogas sintéticas, en el que se aplicó una encuesta en los cuatro países de la Comunidad Andina de Naciones (Ecuador, Perú, Bolivia y Colombia), en 40 universidades, 10 de cada país. Los resultados generales se presentaron a finales del año y en la actualidad se está haciendo el análisis de los datos de nuestra institución.

## 18.11 Comunicación

Como se pudo observar en los antecedentes, la Universidad ha mantenido un constante interés por el desarrollo de acciones de tipo comunicacional, para la prevención de las adicciones y las formas problemáticas de consumo, que impacten de manera masiva a la comunidad universitaria.

En este sentido, el servicio ha realizado dos fases de la que se ha denominado Campaña de Prevención de Adicciones: “Decide con Argumentos” y “Argumentos con Sentido”. Actualmente, se encuentra en proceso de lanzamiento una tercera fase, mediante una precampaña que se basa en los conceptos de reducción del daño y hábitos y estilos de vida saludables.

## 18.12 Inventario de recursos

Talento humano, materiales, espacios, dependencias y medios económicos disponibles para hacer el programa

### 18.12.1 Recursos humanos

Profesionales con formación en Psicología, comunicaciones, medicina, artes, docentes; estudiantes multiplicadores; personal para apoyo logístico.

### 18.12.2 Espacios

Auditorios, salones, espacios abiertos como plazoletas, pasillos y zonas deportivas.

### 18.12.3 Material fungible

Marcadores, papel periódico, papelógrafo, fotocopias, lapiceros, resmas de papel bond. Refrigerios y alimentación.

### 18.12.4 Productos comunicacionales

Promos para TV y radio, afiches, volantes, plegables.

## 18.13 Objetivos

### 18.13.1 Objetivo general

Disminuir la vulnerabilidad al consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de la Universidad de Antioquia por medio del fortalecimiento de Factores de Protección a nivel individual, institucional, social, académico y familiar.

### 18.13.2 Objetivos específicos

- » Identificar factores de riesgo y factores de protección para el consumo de sustancias psicoactivas y otras conductas de riesgo (adicciones en sustancias psicoactivas y/o adicciones contemporáneas) en los estudiantes de la Universidad de Antioquia.
- » Contribuir con la formación integral de los estudiantes por medio de espacios educativos y de reflexión sobre factores de riesgo y de protección para el consumo de sustancias psicoactivas.

- » Promover la autonomía en los estudiantes para la resolución de situaciones asociadas con el consumo de sustancias psicoactivas por medio del fortalecimiento de sus recursos psíquicos.
- » Fortalecer la toma de decisiones saludables a través de la información, la educación y la motivación para el desarrollo favorable del proyecto de vida y académico de los estudiantes, padres y docentes de la Universidad de Antioquia.
- » Generar redes de apoyo en servicios de salud mental de manera que se remitan estudiantes en los cuales se identifiquen situaciones de riesgo.
- » Conocer el impacto de las acciones de prevención de consumo de sustancias psicoactivas implementadas con estudiantes, docentes y padres de familia de la universidad de Antioquia.

## 18.14 Plan operativo programa de prevención de adicciones Universidad de Antioquia

### 18.14.1 Componente diagnóstico

#### 18.14.1.1 Objetivo específico

Identificar los factores que propician comportamientos de riesgo en los estudiantes de la Universidad de Antioquia.

#### 18.14.1.2 Indicador

A mayo de 2014, el Departamento de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad cuenta con recomendaciones derivadas de 6 investigaciones de orden cuantitativo y cualitativo sobre el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de la Universidad de Antioquia.

### 18.14.1.3 Actividades y resultados (ver tabla 1)

**Tabla 1.** Actividades y resultados componente Diagnóstico

Actividades	Resultados
Analizar información de investigaciones con enfoque epidemiológico y hermenéutico, realizadas con población universitaria.	A abril de 2014, se cuenta con las recomendaciones derivadas de 3 investigaciones con enfoque cuantitativo sobre el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de la universidad de Antioquia.
Acompañamiento y difusión de investigación que se desarrolla actualmente en la U de A con profesionales de bienestar universitario.	A abril de 2014, los responsables del servicio de prevención de adicciones habrán acompañado la socialización de los resultados de la investigación desarrollada en la Universidad de Antioquia con profesionales de bienestar universitario.
Acompañamiento y difusión de la Investigación PRADICAN (segunda investigación de consumo de sustancias psicoactivas en las universidades de la Comunidad Andina de Naciones).	A julio de 2014, se habrá socializado el 100% de los resultados de la investigación PRADICAN, de consumo de sustancias psicoactivas en las universidades de la Comunidad Andina de Naciones.
Hacer perfil de consumo de sustancias psicoactivas por áreas académicas, a partir de los resultados de la investigación PRADICAN.	A mayo de 2014, se cuenta con el perfil de consumo de sustancias psicoactivas del 100% de las áreas académicas que participaron en la investigación PRADICAN.
Construir instrumentos que alimenten el cuestionario de vigilancia psicopedagógico.	A agosto de 2014, se habrá realizado un primer borrador de los instrumentos que alimentan el cuestionario de vigilancia psicopedagógica.
Analizar información relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas generada en el sistema de vigilancia epidemiológica.	Durante el desarrollo de todo el programa, se contará con información generada por el sistema de vigilancia epidemiológica que servirá para hacerle seguimiento al mismo.

## 18.14.2 Componente formación

### 18.14.2.1 Objetivo específico

Brindar herramientas conceptuales y metodológicas sobre factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo/abuso de sustancias psicoactivas y conductas de riesgo asociadas.

### 18.14.2.2 Indicadores

- » Los estudiantes de la Universidad de Antioquia han incrementado sus factores de protección como estrategia de prevención del consumo de sustancias psicoactivas.
- » Los estudiantes de la Universidad de Antioquia cuentan con herramientas conceptuales y metodológicas para enfrentar eficazmente los factores de riesgo relacionados con el consumo/abuso de sustancias psicoactivas y conductas de riesgo asociadas.



### 18.14.2.3 Actividades y resultados (ver tabla 2)

**Tabla 2.** Actividades y resultados componente Formación

Actividades	Resultados
Talleres/conferencias en inducción a estudiantes nuevos sobre consumo de sustancias psicoactivas.	A diciembre de 2014, se habrán realizado 84 talleres de inducción a los estudiantes nuevos en la Universidad de Antioquia sobre prevención del consumo de sustancias psicoactivas.
Stand de adicciones en el marco de las jornadas de bienestar en las dependencias académicas, incluyendo sedes regionales.	A diciembre de 2014, se habrán realizado 30 jornadas de Bienestar en las dependencias académicas y sedes regionales de la Universidad de Antioquia.
Stand en el marco de las jornadas masivas en la plazoleta central de la universidad.	A diciembre de 2014, se habrán realizado 3 stands en el marco de las jornadas masivas en la plazoleta central de la Universidad de Antioquia.
Curso virtual en prevención de adicciones utilizando la plataforma Moodle o Ude@.	A julio de 2014 estará montado en la plataforma el curso virtual de prevención de adicciones en la plataforma Moodle o Ude@  A diciembre de 2014, el 30% de las personas matriculadas en el curso virtual de prevención de adicciones, habrán terminado el 50% de los módulos ofrecidos en el curso.
Talleres y conferencias dirigidas a padres de familia para abordar el tema de la familia como factor de protección frente a conductas de riesgo.	A diciembre de 2014, se habrán realizado 5 conferencias con padres de familia de los estudiantes de la Universidad de Antioquia.
Seminario de prevención del consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito universitario.	A diciembre de 2014, se habrá realizado un evento de ciudad, donde se aborde el tema de prevención del consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios.
Brindar asesoría técnica a coordinadores de bienestar y/o docentes en el tema de Prevención de Adicciones.	A diciembre de 2014, el 50% de las coordinadoras de Bienestar Universitario de las unidades académicas, habrán recibido asesoría técnica en el tema de prevención del consumo de sustancias psicoactivas.
Capacitar a un grupo de estudiantes que se conviertan en gestores educativos y en multiplicadores de esos conocimientos con sus compañeros.	A diciembre de 2014, se habrá capacitado a un grupo de 30 estudiantes de la Universidad de Antioquia como gestores educativos.

## 18.14.3 Componente orientación y asistencia

### 18.14.3.1 Objetivo específico

Aumentar los recursos psíquicos de las personas con el fin de que logren actitudes más autónomas frente a la problemática del abuso de SPA.

### 18.14.3.2 Indicador

Los estudiantes de la Universidad de Antioquia tienen conductas más autónomas frente a la problemática del abuso de SPA.

### 18.14.3.3 Actividades y resultados (ver tabla 3)

**Tabla 3.** Actividades y resultados componente Orientación y asistencia

Actividades	Resultados
Consulta individual de psico-orientación para asesorar en temas relacionados con consumo de sustancias psicoactivas.	A diciembre de 2014, se habrá realizado 200 consultas individuales a estudiantes de la Universidad de Antioquia sobre consumo de sustancias psicoactivas.
Grupo reflexivo para abordar el tema de abuso/dependencia.	A diciembre de 2014, se habrá realizado 38 encuentros del grupo reflexivo para abordar el tema de abuso/dependencia a las SPA.
Creación de materiales pedagógicos que contengan información sobre prevención del abuso de sustancias psicoactivas.	A agosto de 2014, se habrá realizado 1 material pedagógico con información sobre prevención del abuso de SPA.

## 18.14.4 Componente comunicación

### 18.14.4.1 Objetivo específico

Hacer difusión de información relacionada con prevención del consumo de sustancias psicoactivas y otras conductas de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables.

### 18.14.4.2 Indicador

La comunidad educativa cuenta con información relacionada con la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y otras conductas de riesgo y sobre promoción de estilos de vida saludable.

### 18.14.4.3 Actividades y resultados (ver tabla 4)

**Tabla 4.** Actividades y resultados componente comunicación

Actividades	Resultados
Acompañar la construcción de Campaña de Prevención del consumo de sustancias psicoactivas dirigida a la comunidad universitaria.	A diciembre de 2014, los profesionales del departamento de P y P habrán participado en por lo menos 2 reuniones con los comunicadores responsables de la creación de la Campaña de Prevención del consumo de sustancias psicoactivas dirigida a la comunidad universitaria.
Fortalecer la difusión de la campaña de prevención del consumo de sustancias psicoactivas en espacios universitarios.	A diciembre de 2014, se habrá hecho difusión de la campaña de prevención del consumo de sustancias psicoactivas en espacios universitarios.
Fortalecer los mensajes de prevención del consumo de sustancias psicoactivas por medio de la utilización de campañas de comunicación creadas por instancias gubernamentales locales, departamentales o nacionales.	A diciembre de 2014, se habrá hecho difusión de campañas de prevención del consumo de SPA creadas por otras instituciones a nivel local, departamental o nacional en espacios universitarios.
Realizar concurso con la comunidad universitaria donde se promuevan estilos de vida saludables que sirvan de prevención del consumo de sustancias psicoactivas.	A octubre de 2014, se habrá realizado un concurso con los estudiantes de la Universidad de Antioquia para promover estilos de vida saludable.
Construir una página web para el manejo de información relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas como estrategia de interacción con los estudiantes.	A agosto de 2014, se habrá construido una página web para el manejo de información e interacción con estudiantes, donde se aborden diferentes temáticas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas.

## 18.14.5 Componente redes de apoyo y remisión

### 18.14.5.1 Objetivo específico

Identificar las instituciones prestadoras de servicios de salud mental en general y prevención del consumo de sustancias psicoactivas en particular y hacer difusión de estas instituciones y establecer acuerdos con instituciones prestadoras de salud, a donde puedan ser remitidos los estudiantes en quienes se identifique situaciones de riesgo que lo ameriten.

### 18.14.5.2 Indicador

Los estudiantes de la Universidad de Antioquia cuentan con una ruta de atención de servicios en salud a nivel interno y externo.

### 18.14.5.3 Actividades y resultados (ver tabla 5)

**Tabla 5.** Actividades y resultados componente Redes de Apoyo y Remisión

Actividades	Resultados
Identificación de instituciones externas que brindan servicios de salud mental a los estudiantes de la universidad (ONG, EPS).	A abril de 2014, se habrá identificado el 80% de las instituciones externas a la universidad que pueden brindar servicios de salud mental a los estudiantes
Identificación de dependencias de la Universidad de Antioquia que brindan servicios que propendan por el mejoramiento de la calidad de vida de los estudiantes (deporte, cultura, recreación).	A marzo de 2014, se habrá identificado el 90% de las dependencias de la Universidad de Antioquia que brindan servicios de salud mental a los estudiantes.
Difusión del directorio de instituciones a nivel externo e interno y de una ruta de atención que brinden servicios de salud a los estudiantes de la universidad.	A mayo de 2014, se habrá hecho difusión con el 90% de los coordinadores de Bienestar Universitario, del directorio de instituciones a nivel interno y externo, que presten servicios de salud mental a los estudiantes.
Participar en espacios de ciudad y redes creadas para discutir el tema.	A diciembre de 2014, se habrá asistido al 70% de los espacios de ciudad a los cuales sea invitada la universidad, creados para discutir sobre el tema de prevención de SPA a nivel local, departamental y nacional.
Establecimiento de acuerdos con otras instituciones para que los estudiantes sean atendidos.	A agosto de 2014, se habrá establecido acuerdos con al menos 5 instituciones externas a la universidad que presten servicios de salud mental a los estudiantes.
Derivación de estudiantes a otros servicios de salud, a partir de la necesidad encontrada.	A diciembre de 2014, se habrá hecho la remisión de al menos 5 estudiantes que demanden los servicios de bienestar universitario a instituciones prestadoras de servicios de salud mental.

## 18.14.6 Componente seguimiento y evaluación

### 18.14.6.1 Objetivo específico

Conocer el impacto de las acciones de prevención implementadas dirigidas a los estudiantes de la Universidad de Antioquia.

### 18.14.6.2 Indicador

Se ha identificado el impacto de las acciones de prevención del consumo de SPA en los estudiantes de la Universidad de Antioquia.

### 18.14.6.3 Actividades y resultados (ver tabla 6)

**Tabla 6.** Actividades y resultados componente Seguimiento y Evaluación

Actividades	Resultados
Conformación de mesas interdisciplinarias para hacer vigilancia del tema de consumo/abuso/dependencia de SPA en las unidades académicas de la Universidad de Antioquia.	A diciembre de 2014, se habrá realizado por lo menos 4 reuniones con mesas interdisciplinarias para discutir el tema de consumo/abuso/dependencia de SPA en los estudiantes de la Universidad de Antioquia.
Aplicar periódicamente el cuestionario utilizado en la investigación PRADICAN, para comparar resultados y proponer estrategias de prevención.	Bienestar Universitario aplica cada 3 años el cuestionario implementado para la realización de la investigación PRADICAN como estrategia para hacerle seguimiento al comportamiento del fenómeno.
Seguimiento y evaluación	El programa de prevención de adicciones cuenta con un sistema de seguimiento y evaluación que se implementa de manera transversal para realizar acciones de mejora anuales.

### 18.14.7 Componente capacidad de respuesta

En la tabla 7 del presente apartado se resume la información de este componente.

**Tabla 7.** Actividades y resultados componente Capacidad de Respuesta

Actividades	Resultados
Capacitación continua en herramientas de prevención y mitigación de profesionales de la salud, docentes y estudiantes de la U de A.	A diciembre de 2014, los profesionales responsables del servicio de prevención de adicciones habrán participado en al menos 5 eventos académicos, a nivel local, departamental o nacional, donde se aborde el tema de prevención del consumo de SPA que contribuya con su cualificación profesional.

## 18.15 Estrategias

Determinan la orientación que se seguirá para alcanzar los propósitos del proyecto

Descripción de procedimientos y pasos necesarios para realizar cada estrategia. ¿Cómo lo va a hacer?

### 18.15.1 Estrategia 1: investigación

Un diagnóstico es la identificación de una serie de situaciones desfavorables y favorables, relacionadas con la población a intervenir. El diagnóstico se convierte en una herramienta principal para identificar la información sobre la cual se va a trabajar. Con base en la información arrojada por los diagnósticos, se establecen líneas para la intervención.

### 18.15.2 Estrategia 2: formación

En lo educativo se privilegiará la formación a la comunidad universitaria y, para ello, se llevarán a cabo talleres, grupos, foros, conversatorios, seminarios y actividades artísticas, dirigidos a la comunidad en general (ver figura 1).

Figura 1. Formación



### 18.15.3 Estrategia 3: orientación asistencia

Se ofrecerá consultoría individual y grupal a aquellas personas que así lo demanden.

## 18.15.4 Estrategia 4: comunicación

Considerando a la comunicación como eje transversal en la implementación del Programa de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, se utilizarán estrategias de divulgación para llegarle a los estudiantes por diversas vías (ver figura 2).

Figura 2. Comunicación



## 18.15.5 Plan de comunicaciones Prevención de adicciones Universidad de Antioquia

### 18.15.5.1 Objetivo general

Fortalecer la toma de decisiones saludables a través de procesos de información, educación y motivación con la comunidad universitaria, que lleven a desarrollar los proyectos de vida y académicos.

### 18.15.5.2 Proceso: informativo (ver tabla 8)

Objetivo: Informar a la comunidad universitaria sobre el programa de Prevención de Adicciones.

**Tabla 8.** Plan de comunicaciones, proceso Informativo

Estrategia	Mensajes	Acciones	Indicador de cumplimiento
Diseñar el plan de medios para el Programa de Prevención de Adicciones. *	Datos: resultados de investigación sobre adicciones de la Universidad, la Región y el país.	Ejecución del plan de medios.	Cumplimiento de las acciones del plan.
Participar activamente en las Jornadas de Bienestar en la U de A, Bienestar en tu Dependencias y en los procesos de inducción a estudiantes de Medellín y las seccionales.	Información del programa: objetivos, alcance, actividades, beneficios, contactos, entre otras.	Stand donde se entregarán productos informativos (que se desarrollaron en el plan de medios), a toda la comunidad universitaria participante en estos eventos.	Total de actividades planeadas/total de actividades ejecutadas.
Realizar alianzas con instituciones externas como la Gobernación, Universidades de la Región, ONG y Fundaciones.	Rutas de atención sobre las problemáticas, programas e instituciones que atienden a las personas en situación de consumo.	Encuentros para el intercambio de información, planeación de actividades conjuntas como seminarios, conversatorios, entre otros	Alianzas planeadas/ Alianzas realizadas

Nota: elaboración propia.

### 18.15.5.3 Proceso: educativo (ver tabla 9)

Objetivo: educar a la comunidad universitaria sobre los factores protectores y de riesgo asociados a las sustancias psicoactivas para la toma de decisiones saludables.

**Tabla 9.** Plan de comunicaciones, proceso Educativo

Estrategia	Mensajes	Acciones	Indicador de cumplimiento
Generar espacios de encuentro y de reflexión con la comunidad universitaria sobre las líneas temáticas del Programa	Proyecto de vida, habilidades sociales, liderazgo, asertividad, inteligencia emocional, toma de decisiones, autonomía, autocuidado, factores protectores, factores de riesgo.	Grupos focales, talleres reflexivos, actividades lúdicas y recreativas, cine foros, conversatorios, capacitaciones, conversatorios, reuniones	Actividades planeadas/ Actividades Ejecutadas
Articular el programa de Prevención de Adicciones con el proyecto Promotores de Bienestar.	Promoción de la salud, estilos de vida saludables, participación activa, sentido de comunidad y convivencia.	Actividades formativas con propuestas de jóvenes para jóvenes	
Generar experiencias de entretenimiento en torno a las temáticas del programa	Importancia de las actividades culturales, lúdicas y deportivas para el desarrollo de procesos de aprendizaje y adquisición de estilos de vida saludables.	Cine foros, tomas saludables a las dependencias, talleres lúdicos, carreras de observación,	

Nota: elaboración propia.



### 18.15.5.4 Proceso: motivacional (ver tabla 10)

Objetivo: Motivar la toma de decisiones saludables que favorezcan el proyecto académico y estilos de vida de la comunidad universitaria

**Tabla 10.** Plan de comunicaciones, proceso Motivacional

Estrategia	Mensajes	Acciones	Indicador de cumplimiento
Diseñar un plan de medios enfocado a mensajes que motiven a la toma de decisión.	Concepto: <i>Que tú paso por la U deje huella: los pies en la tierra para alcanzar tu proyecto académico</i> para resaltar los beneficios de adquirir estilos de vida saludables, evitando el consumo de sustancias psicoactivas.	Ejecución del plan de medios.	Cumplimiento de las acciones del plan.
Vincular a los Promotores de Bienestar, en el proceso de motivación.	“En la U, entre todos construimos Bienestar”	Invitar a la comunidad universitaria para que sean multiplicadores de estilos de vida saludables.	Actividades planeadas/ Actividades Ejecutadas
Desarrollo de actividades en jornada masiva para fomentar la toma de decisiones saludables	“Hoy tú decides”, importancia de herramientas para la toma de decisiones saludables.	Realización de jornadas que contengan dinámicas y actividades que lleven a la toma de decisiones saludables. Por ejemplo: Actividad roba corazones SI- NO con preguntas que contengan factores protectores y de riesgo	Jornadas propuestas/ jornadas realizadas

### 18.15.6 Estrategia 5: redes de apoyo y remisión

La atención óptima del riesgo psicosocial y la promoción de los factores protectores debe trabajarse desde la *intersectorialidad*, a manera de Red de Apoyo, con unos mínimos comunes de intervención. La intersectorialidad implica a diferentes actores y competencias institucionales, encaminadas hacia un mismo objetivo y aunadas desde la *transdisciplinarietàad*. Para formalizar los flujos de atención y las competencias de cada actor institucional involucrado, se definen rutas de atención para direccionar el acceso a los servicios y contribuir con la construcción de alternativas de solución para la comunidad y todo el núcleo familiar.

### 18.15.7 Estrategia 6: seguimiento y evaluación

Durante la implementación del programa y a través de los diferentes proyectos que sean generados a partir del mismo, se realizará seguimiento constante al alcance de los objetivos y evaluaciones programadas donde se pueda establecer estrategias de mejoramiento. Este seguimiento y evaluación se realizará de manera sistemática y con metodologías adecuadas a cada componente.

### 18.15.8 Estrategia 7: capacidad de respuesta

Los profesionales del servicio, participarán activamente en eventos académicos para fortalecer sus conocimientos e implementar mejoras en el Programa que beneficien a la comunidad universitaria. Estos eventos pueden ser a nivel local, departamental o nacional.

## 18.16 Evaluación

Las estrategias propuestas en el programa cuenta con actividades que permitan el logro de los objetivos y serán valorados a partir de indicadores para cada una de ellas.

## Referencias capítulos 17 y 18

Arango, R., Montoya, D. y Urrego, D. (2013). *Contextos, significados y prácticas asociados al consumo controlado de sustancias psicoactivas ilegales en estudiantes de la universidad de Antioquia 2012* (Trabajo de grado) Universidad de Antioquia, Medellín-Colombia.

Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.

Cogollo, M. Z., Arrieta, V. K., Blanco, B. S., Ramos, M. L., Zapata, K. & Rodríguez, Y. (Enero 01, 2011). Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias en estudiantes de una universidad pública. *Revista de Salud Pública*, 13(3), 470-479.

- Colombia, & Fundación FES SOCIAL. (2005). *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003*. Cali: Ministerio de la Protección Social.
- Comunidad Andina. (2013). *II Estudio epidemiológico andino sobre consumo de Drogas en la población universitaria: Informe Colombia, 2012*. Lima: Comunidad Andina.
- Dirección Nacional de Estupefacientes & Unión Europea. (2009). *Estudio Epidemiológico andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población Universitaria: Informe Colombia, 2009*. Lima: Dirección Nacional de Estupefacientes.
- Decreto No 2152 de 2001. Política pública en el Departamento de Antioquia. Recuperado de: <https://www.dssa.gov.co/index.php/component/k2/item/53-decretos-2001>
- Eggert, L. L. (1996). Psychosocial approaches in prevention science: Facing the challenge with high risk youth. *Communicating Nursing Research*, 29, 73-85.
- Hawkins, J.D & Catalano, R.F (1992). *Communities that Care: Action for Drug Abuse Prevention*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Hernández, R. (1997). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill
- López-Ibor, A. J. J., Valdés, M. M. & American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Lorenzo P., Ladero J.M., Leza J.C. & Lizasoain I. (2009) *Drogodependencias: Farmacología, patología, psicología, legislación*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Ministerio de Salud y Protección Social Colombia (4 de octubre de 1993). Resolución número 8430. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Artículo 11.
- Montoya Vélez, L. P., Gutiérrez, J. A. & Toro Isaza, B. E. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *Revista CES MEDICINA*, 24(1).
- Organización Mundial de la Salud. (1999). *Promoción de la salud: Glosario*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Red para la investigación, la formación y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en el escenario universitario (2009). *Del viaje en U: La vivencia universitaria y el consumo de Sustancias psicoactivas*. Medellín: Fundación Universitaria Luis Amigo.
- Riveros, Q. M., Hernández, V. H. M. & Rivera, B. J. C. (Enero, 2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista De Investigación En Psicología / Universidad Nacional Mayor De San Marcos*, 10, 1.
- Spielberger, Pollans y Worden (1984). Anxiety disorder. En S. M. Turner y M. Hersen. *Adult psychopathology and diagnosis*. Willey & Sons. Nueva York.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2004). *2004 Informe mundial sobre las drogas*. Vienna: Naciones Unidas.
- Universidad CES, Alcaldía de Medellín, Centro de Excelencia en Investigación en Salud Mental (2012). *Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012*. Medellín: Universidad CES.
- Universidad de Antioquia (2011). *Estatuto General de la Universidad de Antioquia*. Medellín: Universidad de Antioquia
- Velásquez López, C. A., Mejía Ocampo, J. A., Montoya Vásquez, E. M. & Marín Pineda, D. M. (2012). *Rendimiento académico y abuso – dependencia de sustancias psicoactivas en los estudiantes de la Universidad de Antioquia*. Medellín.
- Wolpe, J. (1977). *Práctica de la terapia de la conducta*. México: Editorial Trillas.

# LOS AUTORES

## **MD. Guillermo A. Castaño Pérez. Ph.D**

Médico. Especialista en Farmacodependencia, Universidad Católica Luis Amigó (Colombia). Magister en Drogodependencias, Universidad Complutense de Madrid (España). Doctor en Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández (España). Docente investigador y líder del grupo de investigación en *Farmacodependencia y otras adicciones*, de la Universidad Católica Luis Amigó. Miembro de la Asociación Latinoamericana de Adicciones – ALAD- y de la Red de Investigadores en Drogas de América Latina- REDLA-, de la CICAD/OEA.

## **Soc. Gustavo Adolfo Calderón Vallejo. Mg**

Sociólogo, Universidad de Antioquia. Magister Estudios Urbano-Regionales, Universidad Nacional. Docente Universidad Católica Luis Amigó. Director de la línea de investigación en *Drogas* del grupo de investigación en *Farmacodependencia y otras adicciones*, de la Universidad Católica Luis Amigó, Medellín- Colombia.

## **Lic. María Carolina Montoya Montoya. Mg**

Tecnóloga en Recreación Dirigida, Politécnico Colombiano Jaime Isaza Cadavid. Licenciatura en Pedagogía Reeducativa, Universidad Católica Luis Amigó. Magíster en Educación, Orientación y Consejería, con énfasis Trabajo Grupal Gestáltico, Universidad de Antioquia. Entrenadora del Programa Internacional del Desarrollo del Niño (ICDP), avalado por la Unicef.

## **Ps. Gloria Esperanza Castañeda Gómez**

Psicóloga. Especialista en Docencia de las Ciencias Sociales, Universidad Católica Luis Amigó. Docente investigadora de la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales y coordinadora del Programa de Prevención en Adicciones de la Funlam, miembro de la Red interuniversitaria para la investigación, la formación y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en el escenario universitario (RED UNIR), asesora en procesos de atención con adolescentes y jóvenes.

## **Ps. Gonzalo Reyes Vidal**

Psicólogo de la Universidad de Chile. Diploma en Estudios Avanzados (DEA) en Antropología Sociocultural por la Universidad de Barcelona. Coordinador Local del Proyecto “Diplomatura virtual en prevención psicosocial con énfasis en adicciones”, de la Universidad Católica Silva Henríquez, donde desempeña

funciones académicas desde el año 2005. Actualmente, se desempeña como Director de Formación Identitaria en la Vicerrectoría de Identidad y Desarrollo Estudiantil, de la Universidad Católica Cardenal Silva Henríquez, de Chile.

**Lic. Hugo Herrera Stuardo**

Trabajador Social, Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Magister en Educación, Universidad Católica Silva Henríquez. Profesional Vicerrectoría de Identidad y Desarrollo Estudiantil de la Universidad Católica Cardenal Silva Henríquez, de Chile.

**Lic. Patricio Pérez Reyes**

Licenciado en Educación y Profesor de Matemáticas con mención en Estadística Educacional, Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación. Egresado de Magister en Estadística, Pontificia Universidad Católica de Chile. Académico adjunto de la Escuela de Educación en la Universidad Cardenal Silva Henríquez, de Chile.

**Lic. Verónica Musre Hernández**

Trabajadora Social, Universidad del Pacífico. Magister en Administración y gestión educacional. Universidad Diego Portales. Diplomada en mediación familiar y social. Universidad Central. Se desempeña en el equipo de la Dirección de Formación Identitaria, de la Universidad Cardenal Silva Henríquez, de Chile.

**Lic. Johanna Paniagua Villalobos**

Doctora en Educación de la Universidad Católica de Costa Rica. Profesora de la Carrera de Orientación Educativa, Universidad Católica de Costa Rica.

**Lic. Jorge Gamboa Barrantes**

Máster en Ciencias de la Educación con **énfasis** en Administración Educativa, de la Universidad Católica de Costa Rica. Profesor de la Carrera de Orientación Educativa, Universidad Católica de Costa Rica.

**Lic. Bernardo Castillo Gaitán**

Máster en Ciencias de la Educación con **énfasis** en Administración Educativa, de la Universidad Católica de Costa Rica. Coordinador General de Vida Estudiantil, Universidad Católica de Costa Rica.

**Lic. Katherine Rojas Salazar**

Licenciada en Psicología, Universidad Católica de Costa Rica. Estudiante de Licenciatura de la Carrera de Psicología, Universidad Católica de Costa Rica.

**Lic. Andrea Ortiz Zúñiga**

Psicóloga de la Universidad Católica de Costa Rica. Asistente de la Dirección General Académica, Universidad Católica de Costa Rica.

**Lic. María Laura Zúñiga Quesada**

Psicóloga de la Universidad Católica de Costa Rica. Estudiante de la Maestría en Psicología Clínica y de la Salud, Universidad de Costa Rica.

**Lic. Kattia Vargas Fallas**

Máster en Psicología Clínica y Salud, Universidad de Costa Rica. Investigadora del Centro de Investigaciones Psicológicas Avanzadas, Universidad Católica de Costa Rica.

**Lic. Jennifer Díaz Cubero**

Máster en Psicoterapia de la Familia de la Universidad Católica de Costa Rica. Supervisora estudiantes de Psicología en el Centro de Atención de Servicios Integrados (CASI), Universidad Católica de Costa Rica.

**Lic. Lucía Quesada Acuña**

Máster Psicopedagogía, Universidad Latina de Costa Rica. Investigadora del Centro de Investigaciones Psicológicas Avanzadas, Universidad Católica de Costa Rica.

**Mauricio Fuentes Corella**

Bachiller en Filosofía y Humanidades de la Universidad Católica de Costa Rica. Coordinador Trabajo Comunal Universitario, Universidad Católica de Costa Rica.

**Víctor Jiménez Alemán**

Bachiller en Administración de Empresas de la Universidad Católica de Costa Rica. Coordinador Deportivo Vida Estudiantil y Extensión, Universidad Católica de Costa Rica.

**MD. Ana María Enríquez Martínez**

Doctora en Medicina y Cirugía de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Pasante de la Maestría en Psicología de la Universidad Católica de Honduras. Docente de la Facultad de Medicina y Cirugía del Campus Sagrado Corazón de Jesús de la Universidad Católica de Honduras.

**Ps. Karen Lucina Padgett Zavala**

Psicóloga de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Máster en Administración de Empresas, graduada de la Universidad Católica de Honduras. Directora de Bienestar Universitario del Campus Sagrado Corazón de Jesús de la Universidad Católica de Honduras.

**Ps. Jaime Alonso Mejía Ocampo**

Psicólogo. Magister en Salud Mental. Docente asesor Institución Universitaria de Envigado. Psicoorientador del Departamento de Promoción de la Salud y Prevención de la Universidad de Antioquia.

**Ps. Juan Guillermo Hernández Gil**

Psicólogo. Magister en Investigación en Psicoanálisis. Docente de Cátedra, Universidad de Antioquia. Psicoorientador del Departamento de Promoción de la Salud y Prevención de la Universidad de Antioquia.

**Ps. María José Sandstede Rivas**

Psicóloga. Especialista en Salud Ocupacional. Estudiante Maestría en Salud Ocupacional. Psicoorientadora del Departamento de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, Dirección de Bienestar Universitario, Universidad de Antioquia.

**Ps. Eliana María Hernández Ramírez**

Psicóloga. Magister en Salud Mental. Docente de Cátedra, Universidad de Antioquia y Universidad Pontificia Bolivariana. Participante, Grupo de Investigación en Sustancias Psicoactivas, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Psicoorientadora del Departamento de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, Dirección de Bienestar Universitario, Universidad de Antioquia.

**Ps. Hosman Arcila Muñoz**

Psicólogo. Psicólogo IPS Universitaria Servicios de Salud Universidad de Antioquia. Psicoorientador del Departamento de Promoción y Prevención Dirección de Bienestar Universitario, Universidad de Antioquia.

**Lic. Maryory Muñoz Londoño**

Trabajadora Social. Docente de cátedra, Universidad de Antioquia. Coordinadora del programa Prevención de la Deserción Temprana, Facultad de Ingeniería y Dirección de Bienestar Universitario, Universidad de Antioquia.



**Lic. Carmen Elena Muñoz Preciado**

Licenciada en Filosofía de la Universidad de Antioquia. Docente de Ética y Lenguaje Profesional en distintas instituciones técnicas. Coordinadora de Bienestar Universitario y Comunicaciones del Instituto de Filosofía de la Universidad de Antioquia. Asistente editorial de la revista Estudios de Filosofía.

**Ps. Daniel Alfonso Montoya Vásquez**

Psicólogo. Investigador grupo de investigación en Salud Mental, línea de Resiliencia en Niños y Jóvenes, línea de Sustancias psicoactivas. Universidad de Antioquia.

**Ps. Diana Urrego Velásquez**

Psicóloga. Investigadora grupo de investigación en Salud Mental, línea de Resiliencia en Niños y Jóvenes, línea de Sustancias Psicoactivas. Universidad de Antioquia.

**Lic. María Elena Ruiz Bernal**

Administradora de Empresas. Docente de cátedra, Universidad de Antioquia. Coordinadora Bienestar Universitario, Facultad Nacional de Salud Pública, Héctor Abad Gómez.

**Lic. Alba Luz Zelaya Guardado**

Docente. Universidad Católica de Honduras “Nuestra Señora Reina de la Paz”. Campus San Pedro y San Pablo (San Pedro Sula, Honduras)

**Dra. Jessica Jasmín Cerrato**

Docente. Universidad Católica de Honduras “Nuestra Señora Reina de la Paz”. Campus San Pedro y San Pablo. San Pedro Sula, Honduras