

**RELACIÓN ENTRE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y APOYO
SOCIAL EN HABITANTES DE CALLE DE FUNTALUZ, BUCARAMANGA**



PAOLA ANDREA ANGARITA CASTRO

SLEDDY ALEXANDRA ZAFRA GALVIS

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MARZO DEL 2016

**RELACIÓN ENTRE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y APOYO
SOCIAL EN HABITANTES DE CALLE DE FUNTALUZ, BUCARAMANGA**



PAOLA ANDREA ANGARITA CASTRO

SLENDY ALEXANDRA ZAFRA GALVIS

TRABAJO DE GRADO

**EN LA MODALIDAD DE PROYECTO DE GRADO COMO REQUISITO PARA
OBTAR EL TITULO DE PSICÓLOGIA**

DIRECTORA

DRA. ANA FERNANDA URIBE RODRIGUEZ

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MARZO DEL 2016

Agradecimientos

Primero que todo dar gracias a Dios por habernos permitido llegar hasta este punto y regalarnos salud, sabiduría e inteligencia para lograr nuestros objetivos.

A nuestros padres y hermanos quienes con su apoyo incondicional, consejos y entrega nos ayudaron a que este proyecto culminara con éxito.

Al señor Pedro José Rey fundador y director de la fundación Funtaluz; quien con su apoyo, colaboración y servicio nos permitió la realización del proyecto.

A todos los habitantes participantes que colaboraron en la participación y realización de este proyecto, sin su ayuda no lo hubiéramos logrado.

A la doctora Ana Fernanda Uribe Rodríguez directora y orientadora del presente proyecto; por su constante dedicación, colaboración, motivación y entrega para la realización de esta investigación.

Dedicatoria

Dedico este logro a Dios quien desde el inicio y desde antes de esta profesión ha estado constantemente a mi lado, guiándome, ayudándome y bendiciéndome en cada una de las actividades, compromisos y responsabilidades asumidas para hoy estar a las puertas de ser profesional, y más que eso, ser un instrumento útil al servicio de la sociedad y quienes lo necesiten.

A mi familia, mis padres y hermanas por estar desde cerca en todo este recorrido; a Victor Rojas y Astrid Hernández quien han sido y serán para mí los padres que tuve la oportunidad de elegir, por sus consejos, apoyo, motivación y acompañamiento constante en gran parte de mi formación como persona y profesional.

A Wilber Calderón, mi corazón, mi hermoso y mi amor; quien es mi amigo, mi consejero, quien me escucha, me conoce como la palma de su mano en todas y cada una de mis facetas, mi novio, mi vida y quien seguramente será mi esposo y padre de mis hijos; a ti infinitas gracias por absolutamente todo lo que has hecho y haces por mí, por tu ayuda y

apoyo incondicional, por tu amor y todo en absoluto, agradezco a Dios por ponerte en mi camino y por conocer la felicidad y el amor a tu lado.

Dedicatoria

La presente investigación la dedico a Dios y a la santísima Virgen María quienes guían mi camino y mis triunfos. A mis padres Jorge Enrique Zafra Tristancho y Adriana Patricia Galvis son mi fuerza y mi apoyo incondicional; mamá gracias por estar a mi lado siempre cuando la necesito; a mi abuela materna María Teresa Galvis Bello persona incondicional que escucha y me aconseja en cualquier situación, a mis hermanos Jennifer Andrea Zafra Galvis, Jesús Enrique Zafra Galvis y Jorge Luis Zafra Galvis son mi vida, son mi motor quiero ser su ejemplo a seguir. Todo se logra con determinación, responsabilidad, apoyo y amor en la mano de Dios y la Virgen. Esta meta también la dedico a Julián Andrés Carrillo Castro por su apoyo incondicional y escucha constante y por último a mis mascotas sol y máximo gracias por estar siempre a mi lado en las noches de estudio. Todos ustedes son mi vida, los amo.

NOTA DE PRESENTACIÓN: _____

PRESIDENTE DEL JURADO: _____

JURADO 1: _____

JURADO 2: _____

FECHA: _____

Tabla De Contenido

Resumen.....	1.
Introducción.....	3.
Marco Teórico.....	6.
Método.....	14.
Diseño.....	14.
Participantes.....	14.
Instrumentos.....	14.
Procedimiento.....	15.
Resultados.....	16.
Discusión.....	26.

Conclusiones.....	30.
Sugerencias y Recomendaciones.....	30.
Referencias.....	32.
Anexos.....	36.

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: Relación Entre Apoyo Social Y Consumo De Sustancias Psicoactivas En Habitantes De Calle De Funtaluz, Bucaramanga.

AUTOR(ES): Paola Andrea Angarita Castro y Slenddy Alexandra Zafra Galvis

FACULTAD: Facultad de Psicología

DIRECTOR(A): Ana Fernanda Uribe Rodríguez

RESUMEN

Se presenta a continuación una investigación descriptiva- correlacional, cuyo objetivo general es analizar la relación del apoyo social y el consumo de sustancias psicoactivas en los habitantes de calle alfabetizados y que se encuentran en proceso de rehabilitación en una fundación en la ciudad de Bucaramanga. Para ello se aplicó a 80 personas, hombres y mujeres en un rango de edad entre los 17 y 65 años, cuya media es 39,5 y de una desviación estándar de 13,61; el cuestionario de apoyo social MOS y el cuestionario de abuso de sustancias DAST-10. Para obtener los resultados se realizó una correlación de Pearson de las dos variables; se observó que no existe una relación significativa del apoyo social y el consumo de sustancia psicoactivas en los habitantes de calle, se resalta relación entre las escalas de apoyo social. De esta forma se puede concluir que no existe una relación entre las variables de apoyo social y consumo de sustancias psicoactivas en la población habitante de calle de la ciudad de Bucaramanga.

PALABRAS CLAVES:

Apoyo social, consumo sustancias, habitantes de calle.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Relationship between social support and use of psychoactive substances in Funtaluz street dwellers, Bucaramanga

AUTHOR(S): Paola Andrea Angarita Castro Y Slenddy Alexandra Zafra Galvis

FACULTY: Facultad de Psicología

DIRECTOR: Ana Fernanda Uribe Rodríguez

ABSTRACT

Following is a descriptive correlational-research, whose general objective is to analyze the relationship between social support and psychoactive substances consumption among the literate homeless people who are in the rehabilitation's process in the Funtaluz foundation at Bucaramanga. Therefore, a technical survey was applied to 80 people, men and women in a range of ages between 17 and 65 years old, whose average is 39.5 and a standard deviation of 13,61; the social support questionnaire called MOS and social support questionnaire of substance abuse called DAST-10, as well. In order to get the results was applied a Pearson correlation of the two variables; it was identified that there is not significant relationship between social support and the consumption of psychoactive substances in the homeless people. It was highlighted a unique relationship between emotional support of subscale and the substances consumption. In this way it can be concluded that there is a relationship between the social support variables and consumption of psychoactive substances among homeless people.

KEYWORDS:

social support, consumption substances, street dwellers.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

Los temas relacionados con habitantes de la calle generan inquietudes sociales, académicas e investigativas por el desconocimiento de la población; por tanto, es necesario tener una definición sobre el habitante de calle, quien en muchas ocasiones se ha denominado por el resto de ciudadanos de una forma despectiva como “desechable”, “loca”, “vaga”, “indigente”.

Las Naciones Unidas en el año de 1987 atribuyen dos tipos de habitabilidad de la calle, la habitabilidad absoluta y relativa. La habitabilidad en calle absoluta es vivida por aquellos que no tienen ningún tipo de vivienda física, y que por lo tanto viven en las calles, en espacios abiertos, en edificios abandonados o incluso en abrigos o instituciones que dan morada nocturna. Y la habitabilidad en calle relativa, señala tres grados, uno que incluye a personas que se desplazan en diferentes formas de alojamiento temporal, en segundo lugar a aquellas personas que han sido obligadas a vivir permanentemente en habitaciones individuales, pensiones y entidades privadas y, en tercer grado aquellos que tienen casa pero no hogar, ya que no cumple con estándares de seguridad y salud (como se citó en Nieto, 2011). A su vez el Informe Mundial Sobre Asentamientos Humanos de 2001, Naciones Unidas señala que “las personas que duermen a la intemperie, es decir, en la calle, en lugares públicos o en cualquier otro lugar no destinado a habitación humana constituyen el núcleo de los habitantes de calle”. (UN-Habitat, 2001, p. 196).

Según Correa, (2007) cuando se hace alusión al habitante de calle se concibe a éste como un indigente, lo cual es una percepción errada, ya que cuando se habla de indigencia se hace referencia a la “categoría económica que indica el estado en el que el individuo es carente de recursos para alimentarse, vestirse, entre otras necesidades” (p. 93); esta es la razón por la cual no todo habitante de calle es indigente y no todo indigente es habitante de calle. Este particular estilo de vida, el habitar en la calle produce una ruptura con el habitante común, quien se halla distanciado socialmente del habitante de la calle, lo que ocasiona a este último la configuración de un grupo por fuera del resto de la sociedad y la construcción de una identidad propia. Para Báez, Fernández, & González (2012) el habitante de calle es aquel sujeto que hace de la calle su lugar de vivienda, de existencia, son aquellos que deambulan, que llaman la atención del transeúnte, del político, de los profesionales de la salud y de las entidades estatales que buscan reducir de alguna manera el número de sujetos que se encuentran inmersos en esta situación.

Según Navarro (2009), quien en su investigación trabajó las representaciones sociales que se tienen de estas personas, permitió llegar a decir que dentro de estas representaciones sociales y colectivas hay una postura compasiva y otra temerosa frente a esta población. De acuerdo con las cifras de la CEPAL (2006) la magnitud de la pobreza e indigencia entre niños y adolescentes colombianos es del “45% (pobres) y 17% (indigentes), lo cual da como resultante del 62% de los futuros adultos de Colombia” (como se citó en Ramos y Moreno, 2007, p. 7) que no tienen acceso a ninguna esperanza de supervivencia y se debaten entre la desnutrición, la insalubridad y la ignorancia.

Según el estudio realizado por Núñez (2014) en Bucaramanga los habitantes de calle se dedican a conseguir su sustento diario por medio de actividades informales como el reciclaje, venta de dulces, bolsas plásticas, cuidar carros, limpiar vidrios, entre otras; del mismo modo, en este estudio la autora recopiló información sobre las causas por las cuales se presenta dicho fenómeno de habitante de calle, dentro de las cuales encontró la violencia intrafamiliar, el abuso sexual, situación de desplazamiento, consumo de drogas, falta de actividades útiles en el tiempo libre de los jóvenes, el desempleo, entre otras. Como dato importante, el último censo realizado a esta población por el DANE en el año 2006 (como se citó en Núñez, 2014), se encontró que el 25% de la población en situación de calle correspondía a niños entre los 6 y los 10 años y, posterior a este censo no existe un registro periódico del número de habitantes de calle ubicados en el área metropolitana de Bucaramanga.

Las drogas para el habitante de calle se convierte en un factor social; según Krause et al. (1996) (Como se citó en Giraldo, Forero, Ochoa, Suárez y Valencia, 2007), “las drogas hacen parte también de los rituales de socialización, en un mundo donde casi toda la totalidad de habitantes de la calle consume algún tipo de sustancia psicoactiva” (p. 14); del mismo modo, se permite evidenciar que existen múltiples factores que permiten determinar que una persona inicie el consumo de drogas, dentro de las cuales se encuentran aspectos como la imitación, diversión, búsqueda de sensaciones nuevas, curiosidad y aceptación de sus pares.

De acuerdo con Pérez, & Ruiz (2008) citado en Alvarado (2013) plantean que entre los tipos de relaciones que se derivan y regulan el narcomenudeo (actividad delictiva que principalmente se realiza en las calles) existe una alta relación con el consumo de drogas (lícitas e

ilícitas) y la comisión de un delito, según el estudio realizado arrojó que “el 42% total de los infractores de la ley consumieron alcohol; 18% marihuana; 8.6% cocaína y 8.8% bazuco” (p. 8).

Por otra parte, y teniendo en cuenta la población que nos atañe, uno de los factores que podría estar relacionado con la no reincidencia del consumo de sustancias psicoactivas es el apoyo social, entendiendo como “las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación” (como se citó en Castellano 2014, p. 365). Dentro de los tipos o categorías de apoyo social se encuentran el material, el instrumental, el emocional y el cognitivo. El apoyo material se refiere a los recursos económicos, regalos, alimentos y ropa; el apoyo instrumental hace hincapié a la ayuda intangible como el transporte, responsabilidades del hogar, el cuidado y el acompañamiento; el apoyo emocional incluye el afecto, la empatía y el interés por los demás; y, el apoyo cognitivo se refiere a la trasmisión de información, consejos. (Khan y Antonucci como se citó en Castellano 2014).

Teniendo en cuenta que “el apoyo social percibido se ha considerado como una variable de gran relevancia en los procesos de salud/enfermedad” (Londoño, Rogers, Castilla, Posada, Ochoa, Jaramillo, Oliveros, Palacio y Aguirre, 2012, p. 142), es importante investigar la relación de esta variable con el consumo de sustancias psicoactivas, entendiendo esta última variable como una actividad o conducta que deteriora la salud mental y física de quienes lo realizan. Velásquez y Ortiz (2014) refieren que “existen factores biológicos, sociales y psicológicos que predisponen a un individuo al abuso de drogas” (p. 23); lo que genera el interrogante si la ausencia de apoyo social puede ser o no un predeterminante para el consumo de sustancias psicoactivas. Del mismo modo, es conveniente delimitar dicha investigación sobre una población específica y poco investigada, que en este caso sería los habitantes de calle, puesto que en la sociedad del común se tiende o se tiene el constructo mental de asociar a los habitantes de calle como consumidores de sustancias psicoactivas.

A su vez, son inquietantes los reportes brindados por la Alcaldía de Bucaramanga en el censo realizado en el año 2013 en donde se percataron que la población habitante de calle era de un total de 832 personas; en el año 2015 Vanguardia.com cita a la Administración Municipal de Bucaramanga reporta que este número aumentó y pasó a ser de 1.147 personas en esta condición.

Por su parte, el Ministerio de Justicia y del derecho de la República de Colombia (2013) realizó un análisis de la magnitud, las repercusiones sociales y económicas que genera el problema

del tráfico de drogas en el país; destacan que los habitantes de la calle pese a sus condiciones de exclusión y sus altos niveles de adicción, sumados a la falta de una política pública de intervención efectiva, son una población que está relacionada con el tráfico de drogas en Colombia (como se citó en Alvarado, 2013). Es importante y necesario investigar e intervenir en dicha población, puesto que en Bucaramanga faltan acciones e investigaciones encaminadas a solucionar la problemática social frente al aumento de habitantes de calle consumidores de sustancias psicoactivas.

En la presente investigación se plantea como objetivo principal analizar la relación del apoyo social y el consumo de sustancias psicoactivas en habitantes de calle que se encuentra en proceso de rehabilitación en una fundación de la ciudad de Bucaramanga; para el cumplimiento del objetivo principal se postuló dos objetivos específicos: Describir el consumo de sustancias psicoactivas en la población participante e identificar el apoyo social de la población a partir de la aplicación del cuestionario de Mos de Apoyo Social.

Marco Teórico

En este apartado se abordará la población habitante de calle y las dos variables de análisis que son el consumo de sustancias psicoactivas y el apoyo social; a su vez, diversas investigaciones que aportan en la caracterización de la población habitante de calle, la descripción del consumo de sustancias psicoactivas e identificación del apoyo social de esta población.

El habitante de calle, el “indigente”, el “loco” o el “vagabundo”, entre muchos más, son calificativos que merodean en torno a la cuestión de aquel sujeto o persona que hace de la calle su lugar de vivienda y de existencia. ¿Pero quiénes son los habitantes en situación de calle?

Son un grupo de personas que sin distinción de edad, sexo, raza, estado civil, condición social, mental u oficio, viven en la calle de manera permanente o por periodos prolongados, y con ella establecen una estrecha relación de pertenencia y de identificación. Los cuales, hacen de ese lugar una opción permanente en contextos de una racionalidad y de unas dinámicas socioculturales que les son propias y particulares. (Orozco, 2007, p.138)

El habitante en situación de calle evidencia en su comportamiento y en su cuerpo la carencia de la protección tanto afectiva, como económica y social, la inestabilidad y la indiferencia

de las normas socialmente establecidas, lo que a su vez hace que también sean rechazados por el medio social. También poseen características esencialmente constitutivas, las cuales se encuentran generalmente asociadas a las diferentes situaciones de irregularidad social y familiar que interactúan entre sí, y que en la mayoría de los casos terminan en la situación de habitar la calle; relacionadas éstas con condiciones de vida desfavorables tanto a nivel familiar como social. Es ahí, donde se puede hablar por ejemplo, de familias con una situación económica altamente deteriorada, familias sumamente numerosas que residen en precarias viviendas con hacinamiento, y que generalmente se caracterizan por tener madre o padre soltero que propician relaciones conflictivas en los diferentes subsistemas fraterno, conyugal y parentofilial, que con frecuencia son mediados a través del uso de la fuerza y de la violencia como mecanismo de coerción y control (Orozco, 2007).

Según el censo realizado por el DANE en el año 2002 (citado por Orozco, 2007) en la ciudad de Medellín se encontraron “6.913 habitantes en situación de calle, de los cuales el 18% eran menores de 17 años, el 6% mayores de 60 años y el 75% entre los 18 y 59 años de edad” (p. 139); partiendo de esto como base, la investigación realizada por Orozco (2007) sobre los habitantes en situación de calle y la construcción territorial en el centro occidente de Medellín, deja en evidencia datos y características de esta población, como por ejemplo que muchas de estas personas en esta situación coinciden en el padecimiento de condiciones de vida desfavorables tales como la carencia de afecto, excesivo rechazo y aislamiento, el desconocimiento de la autoridad y de las normas sociales de convivencia; otro tanto evidenció que su llegada a la condición de calle no fue por hacer parte de familias expulsoras sino por la calle misma, por el querer aventurar y el tener destellos de libertad y autonomía, trayendo a colación en algunos casos la pertenencia a las bandas armadas y a grupos de jóvenes no armados a los que se refieren como “malas amistades” (p. 141) y, otros más, porque simplemente son nacidos en la calle y refieren no poseer algún vínculo familiar.

A su vez, se evidencia que el habitante en situación de calle tiene vinculación a lo urbano, donde intercambia bienes, servicios, conocimientos, sentimientos y realiza allí mismo sus funciones vitales de sobrevivencia; del mismo modo, tienen la posibilidad de establecer allí sus relaciones sociales y productivas de acuerdo con la dinámica de sus interacciones. Es también importante resaltar que la historia de vida del habitante en situación de calle antes y después de su

salida de la misma, posee múltiples matices de sufrimiento como es el caso de las alteraciones físicas y las enfermedades producto de la confrontación entre otros habitantes en esta situación de calle o incluso con la fuerza pública; además de las enfermedades provenientes de las precarias y nefastas condiciones de salubridad a las que se hallan sometidos de las que se destacan la tuberculosis, las enfermedades venéreas, la hepatitis y el VIH- Sida. Y enlazado a esta condición, los habitantes de calle no tienden a restablecer sus vínculos familiares una vez han caído en esta condición y en algunos casos lo que hacen es constituir nuevos tipos de familias entre los mismos habitantes en situación de calle; sin embargo, algunos pocos conservan contacto con su familia de origen (Orozco, 2007).

Estas personas que deambulan por las calles llaman la atención del transeúnte y entidades estatales que buscan reducir de alguna u otra forma el número de sujetos que se hallan inmersos en dicha situación; es por eso que se han realizado estudios enfocados en mostrar las tasas de aumento, atribuyendo dicha aparición a causas como la extrema pobreza, la drogadicción, el desplazamiento, entre otras (Báez, Fernández, y González, 2012).

De acuerdo con cifras de la CEPAL, la magnitud de pobreza e indigencia entre niños y adolescentes colombianos es del “45% (pobres) y 17% (indigentes), lo cual da como resultado un alarmante 62% de los futuros adultos de Colombia, que no tienen acceso a ninguna esperanza de supervivencia y se debaten entre la desnutrición, la insalubridad y la ignorancia” (Ramos y Moreno, 2007, p. 7). Estudios como el anterior, conllevan a indagar no solo en las cifras, o si la violencia, o la drogadicción o la pobreza, entre muchos más, causan o generan la condición de la habitabilidad en la calle; por el contrario, este tipo de estudios nos ubica en un punto, el cual es necesario pensar en una situación que podría configurarse como singularmente sintomática, es decir, algo que ha devenido a partir de una situación psíquica que se configura como parte de la historicidad del sujeto y que lo lleva a anclarse en una situación tal como la de habitante de la calle (Báez et al., 2012).

Por otra parte, Cepeda (2012) en su investigación enfocada a las prácticas y saberes en torno a la alimentación de los ciudadanos habitantes de calle en la localidad de Mártires, Colombia, encontró una gran diversidad de características y descripciones considerables de la población en condición de habitante de calle y del mismo modo la caracterización del tipo de alimentación. Dentro de la descripción o características de estas personas, halló que los hombres en ciclo de

adultez y en edad productiva son la condición que más se evidencia dentro de este tipo de personas, los cuales a su vez tienen débiles redes de apoyo y familias disfuncionales, presentan alta vulnerabilidad social, económica, ocupacional y legal, con una baja posibilidad de adquirir hábitos de vida saludables en torno a la alimentación. Encontró también que son personas con un bajo nivel de formación y desempleados; que si bien, algunas veces existe algún tipo de formación, se ven afectadas como consecuencia de las dinámicas del consumo de drogas.

Desde la dimensión corporal, Cepeda (2012) identificó el deterioro físico, la desnutrición por la deficiencia de micronutrientes, trastornos alimenticios, la baja ingesta de alimentos, patologías como periodontitis (perdida prematura de piezas dentales), heridas por armas de fuego y corto punzantes, enfermedades de transmisión sexual, cardiopatías, enfermedades gastrointestinales, cáncer, tuberculosis, epilepsia, infecciones respiratorias, enfermedades eruptivas, entre otras. En un nivel psicosocial se reconocen carencias afectivas familiares o personales, sentimientos de soledad e impotencia, sentimientos de culpa por daño causado a terceros, una poca tolerancia a la frustración, baja autoestima, desesperanza frente al futuro, dificultad en la resolución de conflictos y actitudes y comportamientos agresivos.

De otro lado, se identifican características del escenario social, donde se evidencian contextos de alta vulnerabilidad, exclusión y rechazo para estas personas habitantes de calle, el empleo de calificativos como “disfuncionales o marginales” (Correa, 2007, p.93); a su vez, la exclusión política como sujeto de derechos tales como vivienda, educación, salud y protección social; en pocas palabras, sus derechos fundamentales, e igualmente a procesos psicosociales que son construidos por medio de los sentimientos de exclusión e inclusión que se producen en ellos y la interpretación que realizan a partir de la experiencia vivida (Herrera, 2008). Del mismo modo, el estilo de vida de los habitantes de calle se asume como inapropiado por carecer de las posibilidades requeridas para considerarse dignos de condición humana; el estar ligados a niveles elevados de alcoholismo, drogadicción, expendio de drogas y a las precarias condiciones higiénico-sanitarias, se perciben como personas con altos niveles de riesgo y un bajo nivel de bienestar (Moreno, 2003).

A nivel alimentario, Cepeda (2012) encontró que la alimentación que estas personas en condición de calle consiguen es porque “repelan” en los restaurantes, asistiendo a comedores comunitarios o fundaciones, atención en calles por fundaciones y/o ONGs; de igual forma, su

alimentación presenta carencia de vitaminas y minerales por un ausente consumo de verduras y frutas, en la dieta predominan principalmente los carbohidratos y las grasas saturadas. Los habitantes de calle que presentan consumo de sustancias psicoactivas mencionaron que después del consumo sienten hambre, situación que los expone a comer alimentos inadecuados y en mal estado. Con relación a estas prácticas alimenticias y otras necesidades básicas, la obtención de alimentos está vinculada en algunos casos a realizar actividades de auto sostenimiento como el reciclaje, el cuidado y ayuda para estacionar carros, venta de objetos, lustrar zapatos, oficios varios, entre otros (Moreno, 2003).

Para hablar un poco de la condición de salud de esta población habitante de calle, Tirado y Correa (2009) señalan que los principales programas de atención a estas personas se encuentran con mayor demanda relacionados con la tuberculosis, vacunación, infecciones de transmisión sexual y atención del parto. Por otra parte, referente al tipo de enfermedades o problemas de salud, Muñoz, Noreña, Londoño, y Rojas (2011) en su investigación sobre la morbilidad atendida y conductas de riesgo de la niñez y adolescencia en situación de calle de Medellín, resaltan las enfermedades infecciosas, parasitarias y las enfermedades respiratorias.

Respecto a la utilización de los servicios de salud por parte de los habitantes de calle, Berbesí, Agudelo, Castaño, Galeano, Segura, y Montoya (2014) encontraron que para estas personas el cuidado de su salud no es su principal preocupación, dentro de las razones por las cuales la salud no es su prioridad, se encuentran la carencia del recurso económico, la falta de conocimiento sobre las rutas de acceso, el desconocimiento de sus derechos, la falta de un apoyo en el ingreso, en ocasiones porque sienten temor de ser arrestados por las autoridades y porque en los sitios de atención son muy desatentos en el servicio a dicha población.

Partiendo de las representaciones sociales que se tejen en torno al habitante de la calle, Navarro y Gaviria (2010) señalan que a estos sujetos se les percibe de dos maneras contradictorias entre sí; por un lado está “la percepción de compasión que despierta el vivir en la calle; pero por otro, el sentimiento de inseguridad que genera la percepción de unas personas sucias y desarregladas que consumen drogas todo el tiempo y que pueden constituir una amenaza” (p. 534). Afirmación que también es planteada por Tamayo y Navarro (2009) quienes consideran que “la apariencia de deterioro físico suele estar asociada con el consumo de drogas, y con el miedo a ser objeto de agresión por parte del habitante de calle” (p. 21).

Por su parte, los Centros de Estudios de Opinión (CEO, 2009) plantean también que existe una relación entre las condiciones de habitante de calle y el consumo de sustancias psicoactivas (SPA). Para Muñoz et al. (2011) en su investigación con niños y adolescentes en situación de calle, logran identificar que “el 73.1% de los registros pertenecen al sexo masculino, el 71.3% son adolescentes y el 44.7% residían en la calle, el 81.0% consumían sustancias psicoactivas, y la sustancia de mayor consumo era la marihuana” (p. 207). También, Martínez, Amaya, Campillo, Rueda, Campo, y Díaz (2007) en la investigación realizada sobre el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de Bucaramanga encontraron una prevalencia del consumo en una “edad promedio de los 15.9 años” (p.215). Del mismo modo, Ruíz, y Londoño (2010) en la caracterización psicosocial que realizaron sobre la población consumidora de SPA en proceso de rehabilitación, encontraron que “la edad promedio es de 18.1 años, además que la sustancia con mayor prevalencia de consumo es la marihuana con el 92%” (p. 1).

Por su parte los CEO (2009) afirman que el consumo de sustancias psicoactivas es más propio de los hombres y que dentro de las sustancias de consumo se encontraban la marihuana, el bazuco, la cocaína, perico o éxtasis, las pepas y/o sacol. Por su parte, Millán, Gálvez, Pita, y Rosales (2005) reconocen que el “50.88% inician el consumo de drogas entre los 10 y los 15 años de edad, mientras que el 85.88% lo hizo antes de los 20” (p. 5).

Concerniente a los factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas, se encuentran los factores de riesgo genéticos, que son los factores de riesgo de transmisión familiar; por otra parte, se ubican los riesgos a la dependencia en general que se pueden originar por factores como la permisividad ante el uso de sustancias, la carencia de vínculos afectivos entre los miembros de la familia, la pobre participación de los padres en la educación de los hijos, entre otros. Se encuentran también, los factores de riesgo individuales entre los que se destacan considerablemente la edad; teniendo en cuenta que el adolescente y el adulto joven del género masculino presentan mayor predisposición a iniciarse en el consumo. Del mismo modo, los factores de riesgo socioculturales; entendiéndose por esto que la sociedad de consumo lleva consigo implícitos algunos mecanismos de seducción, lo que es favorecido en gran parte por los medios de comunicación. Y por último, los factores de riesgo psicosociales, como son la presencia de factores relacionados con la salud y el desarrollo humano expresados en síntomas inespecíficos como

dolores difusos, trastornos del sueño, ansiedad o depresión (Vargas, 2001; Velásquez y Ortíz, 2014).

Frente a las representaciones sociales que poseen los jóvenes consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas se evidencian diferencias importantes, puesto que los jóvenes que son consumidores poseen una percepción de baja peligrosidad ante las sustancias que consumen, una actitud de tolerancia marcada, creencia de razones de consumo asociadas a la evasión de la realidad y sensaciones placenteras; mientras que los jóvenes no consumidores poseen una actitud más cautelosa, están más preocupados por los peligros asociados al uso de las drogas y menos interesados en usarlas como diversión, para el aumento de su productividad o para alejarse de la realidad (Sierra, Pérez, Pérez y Núñez, 2005).

Sin lugar a duda, el consumo de drogas o sustancias psicoactivas y los problemas sociales derivados de la misma, han ocasionado que éste hecho sea uno de los problemas de salud más importantes que enfrenta la sociedad mundial en nuestros días. Es por esto que constantemente se adelantan investigaciones para indagar a profundidad esta temática y así tomar medidas correspondientes a las necesidades. Por su parte, Garmendia, Alvarado, Montenegro y Pino (2008) establecen que el apoyo social podría estar relacionado con la no reincidencia del consumo; puesto que es un proceso interactivo, gracias al cual la persona recibe ayuda tanto emocional, instrumental y económica de la red social en la que se halla inmerso.

Si bien es cierto, la manifestación de apoyo social es considerada como un factor importante para prevenir o mitigar efectos negativos de los acontecimientos vitales estresantes, también se considera que está relacionado con las propiedades adaptativas y de ajuste frente a determinadas situaciones ligadas con los procesos de salud-enfermedad y también como un sistema contenedor de elementos estresores o amortiguadores del mismo (Fernández, 2005).

En el campo de la psicología no existe una definición universal de qué es apoyo social, sin embargo, Alipio Sánchez (1991) (como se citó en González, 2001) plantea que ese concepto surgió al revisarse en los años setenta la literatura, la cual parecía evidenciar una asociación entre los problemas psiquiátricos y variables sociales genéricas, tales como desintegración social, movilidad geográfica o matrimonial; a su vez detectaron que el elemento común de esas situaciones era la ausencia de lazos o apoyos sociales adecuados o la ruptura de las redes sociales previamente existentes.

Para entender el concepto de apoyo social es necesario hacer una distinción o diferencia entre apoyo social y red social; entendiendo como red social a las características estructurales de las relaciones sociales y que está conformada por los sujetos significativos y cercanos al individuo constituyendo su ambiente social; las redes sociales suelen estar constituidas por los miembros de la familia nuclear, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y conocidos de la comunidad; estos vínculos son los que se constituirán más adelante en el sistema de apoyo social. (Orcasita y Uribe, 2010).

Barrón y Chacón, (como se citó en González, 2001) plantean la existencia de dos grandes perspectivas para el estudio del apoyo social: la estructural que corresponde a examinar todo el campo social en el que está inmerso el sujeto, y utiliza las redes sociales como medida de apoyo social; y por otro lado, se encuentra la perspectiva funcional que enfatiza en los aspectos cualitativos del apoyo y las funciones que cumple, y se centra el interés en los sistemas informales de apoyo.

Se proponen también diversos niveles de análisis del entorno social vinculados al concepto de apoyo social, teniendo como referentes a Benjamin Gottlieb (1981) quien plantea los niveles de macro, entendiendo este como la integración y participación social; el nivel meso, referente a las redes sociales, y el nivel micro concerniente a las relaciones íntimas. Del mismo modo, Nan lin (1986) propone otros niveles como la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas y de confianza; a su vez, para este autor el apoyo social se define como las provisiones expresivas o instrumentales percibidas o reales proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas y de confianza (Como se citó en Gracia y Herrero, 2006).

Partiendo de la población habitantes de calle, Giraldo, Loaiza, Téllez y Peñas (2007) investigaron sobre el apoyo social que recibe esta población, lo cual permitió identificar que pese al alto grado de vulnerabilidad que poseen, es conveniente crear redes sociales de apoyo e inclusión en torno a la dinámica del habitante de calle, realizando esto a través de redes institucionales, es decir, de fundaciones e instituciones que se encarguen de brindar servicios, y diferentes niveles de atención como la prevención, promoción y rehabilitación, además del acompañamiento y seguimiento en estos procesos; a su vez se consideró que este tipo de trabajo debe realizarse acompañado por un equipo interdisciplinario debido a la multicausalidad de la problemática.

Método

Diseño

Esta investigación presenta un estudio descriptivo correlacional que integra medición cuantitativa. Según Hernández, Fernández y Baptista (2010): “la investigación descriptiva busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población”. (p. 80). De igual forma, este estudio tiene un alcance correlacional, puesto que pretende conocer la relación o grado de asociación que existe entre las variables de consumo de sustancias psicoactivas y apoyo social. De este modo se medirán las variables anteriormente mencionadas, para posteriormente cuantificar y analizar la vinculación o relación entre ellas.

Muestra

La muestra es de tipo no probabilístico o dirigida “procedimiento de selección informal” (Hernández, Fernández y Baptista 2010, p. 189); en donde se evaluaron 80 sujetos pertenecientes a una fundación de habitantes de calle en Bucaramanga la cual trabaja como un lugar de paso y también en el proceso de rehabilitación del consumo en habitantes de calle; dichos participantes se encontraban dentro del rango de edad de los 17 a los 65 años, los cuales eran alfabetizados y se encontraban en una condición pertinente y consciente para la realización y/o aplicación de las pruebas psicológicas.

Instrumentos

Para la descripción del consumo de sustancias psicoactivas en la población habitante de calle, se empleó el cuestionario DAST-10 el cual consta de 10 preguntas para detectar abuso de sustancias. Cuyo autor es Harvey, y Skinner en el año de 1982; y en el año 2010 esta prueba fue validada en una muestra española, por Pérez, García, Vicente, Oliveras, y Lahoz.

En la identificación del apoyo social se utilizó el Cuestionario de Apoyo Social MOS, el cual fue creado por Shebourne y Stewart en 1991, y consta de 19 ítems. Este cuestionario “permite conocer la red familiar y extra-familiar y medir 4 dimensiones del apoyo social, confidencial/emocional, instrumental, interacción social positiva y afectivo” (Revilla, Luna,

Bailón y Medina, 2005, p.13). Este instrumento a su vez se encuentra validado en Colombia por Londoño, Rogers, Castilla, Gómez, Ochoa, Jaramillo, Torres, Palacio y Aguirre (2012).

Procedimiento

Para la realización de la investigación se llevaron a cabo cuatro etapas, las cuales serán explicadas a continuación.

Etapas 1: Establecer contacto con la Fundación que nos diera el consentimiento para la realización de la investigación. Posteriormente certificar el permiso por medio de un documento escrito que la fundación de habitantes de calle en Bucaramanga nos otorgó.

Etapas 2: Teniendo en cuenta que la fundación trabaja como lugar de paso y a su vez como centro de rehabilitación, fue necesario realizar una convocatoria previa de los habitantes de calle para que fueran partícipes del proyecto.

Etapas 3: Ejecutar la aplicación de las pruebas a los participantes, las cuales se realizaron en un total de tres días, pese a que la gran mayoría de los sujetos estaban de paso en la fundación.

Etapas 4: Tabular y analizar los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos, con el fin de obtener los resultados cuantitativos de la población.

Resultados

A continuación se muestran los resultados correspondientes a los datos sociodemográficos de los participantes de la investigación con su respectiva descripción; posteriormente se presentan los resultados cuantitativos obtenidos del análisis en el software estadístico SPSS versión 20.0, se establecen los análisis descriptivos de las variables del estudio las cuales corresponden a consumo de sustancias psicoactivas y apoyo social; al finalizar, en una tercera instancia se presentará el análisis de correlación de variables.

Análisis Sociodemográfico

Se contó con la participación de 80 habitantes de calle en proceso de rehabilitación, o que se encontraban de paso en la Fundación de habitantes de calle de Bucaramanga; los participantes se hallaban en los rangos de edad entre los 17 a los 65 años, con una media de 39.5 años y una desviación estándar de 13.61. Teniendo en cuenta la variable edad, es preciso mencionar también la edad de inicio del consumo sustancias psicoactivas con una media de 17.8 años y una desviación

estándar de 8 (Ver Tabla 1). Con relación al sexo, el 12.5% (10) de la muestra corresponde a la cantidad de mujeres que participaron y el 87.5% (70) restante, corresponde a los hombres (Ver Tabla 2).

Tabla 1.

Media y Desviación estándar de la edad y edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas

Variable	Media	DT
Edad	39.5	13.61
Edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas	17.8	8

Tabla 2.

Frecuencia y porcentaje del sexo de los habitantes de calle

Sexo	Fi	%
Femenino	10	12.5
Masculino	70	87.5
Total	80	100

Respecto al lugar de procedencia se evidenció que la gran mayoría de los habitantes de calle que participaron en la investigación eran procedentes de Bucaramanga, con un total que corresponde al 93.8%, el 2.5% de Cúcuta y el 1.3% de lugares como Bogotá, Florida y Altos de los Padres respectivamente (Ver Tabla 3).

Tabla 3.

Lugar de procedencia de los habitantes de calle que participaron

Lugar de Procedencia	Fi	%
-----------------------------	-----------	----------

Altos de los Padres	1	1.3
Bogotá	1	1.3
Bucaramanga	75	93.8
Cúcuta	2	2.5
Florida	1	1.3
Total	80	100

Referente a la escolaridad se encontró que el 32.5% de los participantes no terminaron el bachillerato, 22.5% no terminaron la primaria, 16.3% realizaron la primaria completa, 15% el bachillerato, el 10% han realizado algún estudio a nivel profesional y el 3.7% no realizaron ningún estudio pero manifestaron saber leer y escribir (Ver Tabla 4).

Tabla 4.

Distribución de la muestra según nivel educativo

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudios	3	3.7
Primaria incompleta	18	22.5
Primaria	13	16.3
Bachillerato incompleto	26	32.5
Bachillerato	12	15
Profesional	8	10
Total	80	100

Respecto a la sustancia de consumo se evidencia que la sustancia que se presenta con mayor frecuencia de consumo es la marihuana con un 80%, seguido por el bazuco (73.8%) y posteriormente el alcohol (51.3%); y referente a las sustancias que no presentan tanta frecuencia de consumo se encuentra la heroína con el 83.8%, otros tipos de sustancias (75.9%), los inhalantes y la cocaína con el 65% respectivamente (Ver Tabla 5).

Tabla 5.

Distribución de la muestra respecto a la sustancia de consumo

Sustancia	Si		No	
	Fi	%	Fi	%
Marihuana	64	80	16	20
Bazuco	59	73.8	21	26.3
Cocaína	28	35	52	65
Inhalantes	28	35	52	65
Heroína	13	16.3	67	83.8
Alcohol	41	51.3	39	48.8
Otras	19	24.1	61	75.9

En referencia a la cantidad o número de sustancias de consumo, se evidenció que el 35.4% consumen dos sustancias; el 17.7% consume tres y el 12.7% solo una sustancia (Ver Tabla 6).

Tabla 6.

Distribución del número o cantidad de sustancias de consumo

Número de sustancias de consumo	Fi	%
1	10	12.7
2	28	35.4
3	14	17.7
4	9	11.4
5	7	8.9
6	9	11.4
7	3	2.5
Total	80	100

Análisis del abuso de sustancias

El cuestionario DAST-10 está compuesto por 10 preguntas para detectar abuso de sustancias psicoactivas; con la aplicación del instrumento se destaca que un 61.3 % de la población encuestada ha consumido algún tipo de droga sin prescripción médica. Se observa que el 53.8% de habitantes de calle ha perdido la memoria tras haber consumido estupefacientes y, el 77.5% de la población afirmaron sentirse mal consigo mismo por haber consumido.

Se evidencia que el 80% refieren que su familia o pareja suelen quejarse de su consumo y el 87.5 % han descuidado su familia por causa de la misma, el 58.8 % de la población participante ha realizado alguna actividad ilegal para poder conseguir alucinógenos, de igual modo un 78.8 % (63 personas) han notado síntomas de abstinencia al no consumirlas. Finalmente la mitad de la población encuestada ha tenido problemas de salud como consecuencia del consumo de drogas (Ver Tabla 7).

Tabla 7.

Ítem	SI		NO	
	Fi Personas	%	Fi personas	%
1. ¿Has consumido algún tipo de droga sin prescripción médica?	49	61.3	31	38.8
2. ¿Ha consumido más de una droga al mismo tiempo?	53	66.3	27	33.8
3. ¿Siempre que quiere es capaz de parar de consumir drogas?	48	60.0	32	40.0
4. ¿Ha tenido pérdidas de memoria o le han aparecido "imágenes del pasado" como consecuencia de su consumo de drogas?	43	53.8	37	46.3
5. ¿Se ha sentido mal consigo mismo o culpable por su consumo de drogas?	62	77.5	18	22.5
6. ¿Su pareja o sus familiares suelen quejarse de su consumo de drogas?	64	80.0	16	20.0
7. ¿Ha desatendido a su familia a consecuencia de su consumo de drogas?	70	87.5	10	12.5
8. ¿Ha realizado alguna actividad ilegal para obtener drogas?	47	58.8	33	41.3
9. ¿Ha notado síntomas de abstinencia cuando deja de consumir drogas?	63	78.8	17	21.3
10. ¿Ha tenido problemas de salud como consecuencia del consumo de drogas? (Por ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragias, etc.)	40	50.0	40	50.0

Frecuencia y porcentajes obtenidos en el cuestionario de abuso de sustancias (DAST 10)

Análisis de los niveles del consumo de sustancias en habitantes de calle.

En la Tabla 8 se observa que más del 50% de la población encuestada presenta un importante nivel de consumo de alucinógenos. Se percibe que el nivel más bajo de consumo es del 2.5 %. La población restante se encuentran en moderado nivel de consumo con un 27.5 % y severo nivel de consumo con 20.0 % (Ver Tabla 8).

Tabla 8.

Niveles de abuso de sustancias en habitantes de calle.

Niveles	Fi	%
	Personas	
Bajo nivel de consumo	2	2.5
Moderado nivel de consumo	22	27.5
Importante nivel de consumo	40	50.0
Severo nivel de consumo	16	20.0
Total	80	100

Análisis del Apoyo Social

Para el análisis del apoyo social es conveniente distinguir la percepción que tienen los habitantes de calle sobre el número de familiares y amigos cercanos con los cuales cuenta; para esto, la media corresponde a 17.5 y una desviación estándar de 111.6.

Dentro de otros resultados obtenidos sobre el apoyo social percibido, es indispensable considerar que el 55% de los habitantes de calle refieren que nunca pueden contar con alguien que les ayude en sus quehaceres domésticos en caso tal estuvieran enfermos; y el 52.5% manifestaron también, que nunca cuentan con alguien que les lleve al médico en caso de que necesitaran ir. Por otra parte, el 48.8% manifestó que nunca tenían con quien compartir sus mayores preocupaciones

y miedos. El 45% respectivamente, señalaron que no contaban con alguien con quien divertirse y que entendiera sus problemas. Referente a alguna persona con quien pudieran hacer algo que les ayude a despejar la mente refirieron que nunca 36.3%, y pocas veces 22.5% contaban con alguna persona para tal fin; considerando así a más del 50% de los encuestados. Del mismo modo, nunca (31.3%) y pocas veces (16.3%) manifestaron que no contaban con alguien que les escuchara cuando lo necesitaran. Alusivo a la ayuda para entender alguna situación, nunca (41.3%) y pocas veces (21.3%) cuentan con una persona que les colabore. Por otro lado, el 30% manifestó que siempre contaban con alguien que le demostrara amor y afecto; y a su vez, el 26.3% indicó que siempre tenían disponible a alguien a quien amar y que les hiciera sentirse amados. Y por último, el 28.8% señaló que siempre podían contar con alguna persona que les ayudara en caso de que tuvieran que guardar reposo en cama (Ver Tabla 9).

Tabla 9.

Porcentaje de apoyo social percibido por los habitantes de calle

Ítem	Respuestas en %									
	Nunca		Pocas Veces		Algunas Veces		La mayoría de las veces		Siempre	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
2¿Alguien que me ayude cuando tenga que guardar reposo en la cama?	32	40	12	15	6	7.5	7	8.8	23	28.8
3¿Alguien con quien pueda contar para que le escuche cuando necesita hablar?	25	31.3	13	16.3	18	22.5	5	6.3	19	23.8
4¿Alguien que me aconseje cuando esté en crisis?	31	38.8	16	20	10	12.5	6	7.5	17	21.3
5¿Alguien que le lleve al doctor si necesitara ir?	42	52.5	8	10	10	12.5	4	5	16	20
6¿Alguien que me demuestre amor y afecto?	25	31.3	12	15	11	13.8	8	10	24	30
7¿alguien con quien paso buenos ratos?	23	28.8	17	21.3	14	17.5	6	7.5	20	25
8¿Alguien que me dé información para ayudarme a entender una situación?	33	41.3	17	21.3	12	15	2	2.5	16	20
9¿Alguien en quien puedo confiar o hablar sobre mí mismo y mis preocupaciones?	35	43.8	15	18.8	10	12.5	7	8.8	13	16.3
10¿Alguien que me abrace?	25	31.3	15	18.8	20	25	5	6.3	15	18.8
11¿Alguien con quien pueda relajarme?	38	47.5	16	20	11	13.8	4	5	11	13.8
12¿Alguien que me prepare las comidas si no pudiera hacerlo yo mismo/a?	29	36.3	16	20	13	16.3	8	10	14	17.5
13¿Alguien de quien realmente desearía recibir un consejo?	21	26.3	16	20	16	20	8	10	19	23.8
14¿Alguien con quien pueda hacer algo que me ayude a despejar mi mente?	29	36.3	18	22.5	16	20	7	8.8	10	12.5
15¿Alguien que me ayude con mis quehaceres domésticos si estuviera enferma/o?	44	55	11	13.8	5	6.3	9	11.3	11	13.8
16¿Alguien con quien compartir mis mayores preocupaciones y miedos?	39	48.8	12	15	9	11.3	8	10	12	15
17¿Alguien a quien acudir para que me sugiera cómo manejar un problema?	32	40	13	16.3	12	15	8	10	15	18.8

18¿Alguien con quien divertirme?	36	45	13	16.3	11	13.8	9	11.3	11	13.8
19¿Alguien que entienda mis problemas?	36	45	12	15	13	16.3	3	3.8	16	20
20¿Alguien a quien amar y que me haga sentir amado?	30	37.5	14	17.5	11	13.8	4	5	21	26.3

Teniendo en cuenta que el cuestionario MOS cuenta con cuatro dimensiones del apoyo social, en la Tabla 10 se establece las puntuaciones baja, media y alta; estas dimensiones son: apoyo emocional, apoyo instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo. En la misma se evidencia que el apoyo emocional (62.5%), la interacción social positiva (62.5%) y el apoyo instrumental y afectivo (60%) respectivamente, se ubican en un nivel o puntuación media. Es importante anotar que entre un 21.3% y un 25% perciben los diferentes tipos de apoyo social en un nivel bajo y que entre un 15% y un 17.5% perciben los diferentes tipos de apoyo en un nivel alto.

Tabla 10.

Niveles de las dimensiones del apoyo social percibido en habitantes de calle.

Tipo de Apoyo Social Percibido	Puntuación Baja		Puntuación Media		Puntuación Alta	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Apoyo Emocional	17	21.3	50	62.5	13	16.3
Apoyo Instrumental	18	22.5	48	60	14	17.5
Interacción Social Positiva	18	22.5	50	62.5	12	15
Apoyo Afectivo	20	25	48	60	12	15

Correlación de Pearson de las dos variables, consumo de sustancias psicoactivas y apoyo social

Con los resultados obtenidos en las variables de consumo de sustancias psicoactivas y apoyo social en habitantes de calle de la ciudad de Bucaramanga, se realizó una correlación de Pearson, la cual corresponde a la comparación de dos o más variables. Fernández y Díaz (2001) señalan que “un valor de 1 ó -1 indica una relación lineal o línea recta positiva perfecta” (p. 1). En la Tabla 11 no se evidencia correlación entre las dos variables estudiadas, ya que el valor de cero indica que no hay una relación lineal.

Tabla 11.

Correlación de los resultados obtenido de la prueba DAST 10 abuso de sustancias y MOS apoyo social, en habitantes de calle.

	Apoyo emocional	Apoyo instrumental	Interacción social positiva	Apoyo afectivo	DAST 10 total
Apoyo emocional	1	,644**	,831**	,752**	-,039
Apoyo instrumental	,644**	1	,648**	,702**	,101
Interacción social positiva	,831**	,648**	1	,746**	,078
Apoyo afectivo	,752**	,702**	,746**	1	,112
DAST 10 total	-,039	,101	,078	,112	1

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

Discusión

Teniendo en cuenta que en esta investigación se planteó como objetivo general el análisis de la relación entre el apoyo social y el consumo de sustancias psicoactivas en los habitantes de calle, y como objetivos específicos la descripción del consumo de sustancias psicoactivas de esta población y la identificación del apoyo social de los mismos, a continuación se presentará aspectos relevantes encontrados referente a los objetivos planteados.

Los habitantes en situación de calle son personas que están estrechamente relacionadas o ligadas con el consumo de sustancias o al menos esa es la representación social que se tiene de ellos (Moreno, 2003; CEO, 2009; Navarro y Gaviria, 2010; Muñoz, 2011). En la población con quienes se trabajó en esta investigación, se corrobora la afirmación de los autores anteriormente mencionados, puesto que todos los participantes refirieron consumir al menos algún tipo de sustancia psicoactiva estando en su condición de situación de calle.

Referente a los tipos de sustancias psicoactivas que consumen los habitantes de calle, la CEO (2009) menciona la marihuana, el bazuco, la cocaína, el perico, las pepas y el éxtasis como las principales sustancias de consumo; del mismo modo, (Muñoz 2011; Ruiz y Londoño 2010) establece que la sustancia que se consume en mayor medida es la marihuana. En el área metropolitana de Bucaramanga, (Colombia) se encontró que la sustancia psicoactiva de mayor consumo en los habitantes de calle fue la marihuana (80%), seguido por el bazuco (73.8%) y el alcohol (51.3%); del mismo modo, se encontró que el 35.4% de los participantes consume dos sustancias y en general, dicho consumo se ubica en un nivel importante.

Concerniente a la edad del habitante de calle se encontró que de acuerdo con el Dane 2002 (como se citó en Orozco, 2007); Ruiz y Londoño (2010); Cepeda, (2012), la edad de los habitantes de la calle que más se evidencia se halla dentro del ciclo de la adultez temprana y en edad reproductiva, es decir, entre los 18 y 59 años de edad; información que se evidencia en los resultados obtenidos en la investigación, en donde la edad promedio de los habitantes de calle que participaron correspondía a 39.5 años. Respecto a la edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas, en los datos sociodemográficos de los participantes de esta investigación, se puede destacar que la edad de inicio se presenta aproximadamente a los 17 años de edad, en la etapa de la adolescencia; resultado que se evidencia también por Millán, Gálvez, Pita y Rosales (2005) quienes reconocen que el consumo de drogas se presenta entre los 10 y 15 años (50.88%) y antes de los 20 años de edad (85.88%).

Referente al sexo, autores como la CEO (2009); Muñoz, (2011) y Cepeda, (2012), enfatizan que los hombres son quienes están más propensos para el consumo de sustancias psicoactivas; esta información dada por los anteriores autores es corroborada en la presente investigación, puesto que se encontró que los participantes efectivamente en su gran mayoría eran hombres quienes consumían drogas, y solo una minoría correspondía a las mujeres.

Respecto a los niveles de escolaridad, Cepeda (2012) menciona que la población habitante de calle cuenta con bajos niveles de formación y que aquellos que la poseen, ésta se ve afectada como consecuencia del consumo de SPA; este aporte dado por Cepeda se evidencia en la población participante de la investigación, puesto que se encontró que la mayoría son personas que no han terminado su bachillerato o incluso la primaria; de la misma

manera, se identificó que aquellos que sí adelantaron algún estudio profesional, como consecuencia del consumo y su habitabilidad en la calle no se encontraban desempeñándolo.

Concerniente a la salud que presentan los habitantes de calle, Orozco (2007) señala que por las precarias condiciones de vivencia y las nefastas condiciones de salubridad esta población que habita en la calle es vulnerable o propensa a contraer innumerables tipos de enfermedades, dentro de las que destaca la tuberculosis, enfermedades venéreas y hepatitis. Por su parte, Cepeda (2012) identifica que esta población poseen deterioro físico, desnutrición, trastornos alimenticios, patologías como la periodontitis, cardiopatías, enfermedades gastrointestinales, cáncer, epilepsia, infecciones respiratorias, enfermedades eruptivas, entre otras; Muñoz, Noreña, Londoño & Rojas (2011) mencionan también enfermedades de tipo parasitarias e infecciosas; del mismo modo, Vargas (2001) y Velásquez & Ortíz (2014) también refieren que como consecuencia del consumo se pueden presentar trastornos del sueño, ansiedad o depresión. En paralelo con los datos encontrados en la investigación, se deja en evidencia que más de la mitad de los habitantes de calle que participaron si refirieron haber presentado alguna alteración de su salud como consecuencia del consumo; a su vez, más de la mitad de los encuestados refirieron haber presentado síntomas de abstinencia al dejar de consumir drogas y problemas de salud.

A nivel de la vinculación o relación de los habitantes de calle con su familia, Orozco (2007) menciona que una vez las personas caen en condición de habitante de calle y en condiciones de consumo de sustancias, por lo general no tienden a restablecer sus vínculos familiares, puesto que en algunos casos lo que hacen es construir nuevas tipologías de familia dentro de los habitantes que se encuentran en esta misma condición; afirmación que se evidencia en nuestra investigación en donde más de la mitad de los participantes refirieron haber desatendido a su familia como consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas.

También se encontró que en relación al auto-sostenimiento de los habitantes de calle Moreno (2003) menciona que ellos se dedican a realizar actividades como el reciclaje, el cuidado y ayuda para estacionar carros, la venta de objetos, lustrar zapatos, oficios varios, entre otros; en los resultados obtenidos de los habitantes de calle consumidores de sustancias psicoactivas se encontró que más de la mitad de la población ha realizado alguna actividad

ilícita para poder acceder al consumo; analizando entonces que los habitantes de calle que son consumidores, en su mayoría desempeñan actividades ilícitas para su auto-sostenimiento.

Dentro del material bibliográfico recuperado, Garmendia, Alvarado, Montenegro y Pino (2008) aseguran que uno de los componentes que lograría amortiguar la recaída en el consumo y la habitabilidad en calle, es el apoyo social de la red en la que la persona se halla inmersa.

Dentro del apoyo social percibido por los habitantes de calle, Cepeda (2012) señala que a nivel psicosocial se reconocen carencias afectivas familiares o personales, sentimientos de soledad e impotencia, sentimientos de culpa por daño causado a terceros, poca tolerancia a la frustración, baja autoestima, desesperanza frente al futuro, dificultad en la resolución de conflictos y actitudes y comportamientos agresivos. Se puede analizar que más de la mitad de la población encuestada se encuentra en nivel medio respecto a las sub-escalas de apoyo emocional y afectivo, lo que significa que la percepción, la cognición y la evaluación que poseen respecto a la ayuda y/o apoyo emocional y afectivo es mediana; entendiendo por apoyo emocional a aspectos como la intimidad, el apego, el confort, el cuidado y preocupación.

De igual forma, Orozco (2007) refiere que las personas en situación de calle, carecen de protección tanto afectiva, como económica y social; estas personas se hallan abocados a la inestabilidad y a la indiferencia de las normas socialmente establecidas, lo que a su vez hace que también sean rechazados por el medio social; dicha afirmación se puede evidenciar en las sub-escalas de apoyo instrumental y la de interacción social positiva con una puntuación media; lo que deja previsto que los habitantes de calle encuestados poseen una percepción en nivel medio referente al apoyo instrumental que reciben, lo cual se representa en la prestación de ayuda o asistencia material; y concerniente a la interacción social positiva las relaciones sociales que éstos establecen las consideran positivas. A nivel general, el que los habitantes de calle posean un nivel medio en la percepción de apoyo social, significa que éstos poseen un mediano autoconcepto, un estilo de afrontamiento moderado frente al estrés, una mediana autoestima y autoconfianza, un mediano control personal y bienestar subjetivo.

En la presente investigación no se evidencia lo planteado por los autores nombrados anteriormente, puesto que no hay correlación entre la variable de consumo de sustancias

psicoactivas y el apoyo social en habitantes de calle, lo que quiere decir que el apoyo social no se puede concebir como un factor importante para que los habitantes de calle consumidores de sustancias psicoactivas posean recursos para la adaptación a las exigencias medioambientales que les demanda el encontrarse en habitabilidad de calle; a su vez, no puede evidenciarse que el apoyo social sea un aspecto relevante en el ajuste, la salud, bienestar y afrontamiento a las demandas o repercusiones que traen consigo el consumo de sustancias psicoactivas y la condición de habitabilidad en calle.

Teniendo en cuenta todo lo desarrollado en la investigación se identifica que es de suma importancia el seguir indagando y profundizando en la población habitante de calle, ya que existen grandes vacíos de la caracterización de estas personas en la ciudad de Bucaramanga; por otro lado, se puede determinar que son individuos que cuentan con un nivel medio de apoyo social, por lo que es menester el fortalecimiento de las redes de apoyo, al igual que investigar el tipo de redes y apoyo social con el que contaban antes de su condición de habitante de calle y como consumidor de sustancias psicoactivas. A nivel de las instituciones y organizaciones se deja en evidencia la necesidad de adelantar programas y actividades de promoción y prevención, en primera instancia del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes, puesto que es la edad en la que se tienen los mayores registros sobre el inicio en el consumo; del mismo modo, el establecimiento de programas de promoción y prevención de enfermedades en la población de habitantes de calle, como también el velar por el cumplimiento de las políticas públicas a las que también tienen derecho estas personas pese a su situación.

Conclusiones

Se concluye que no existe correlación entre las dos variables objeto de estudio, el consumo de sustancias psicoactivas y el apoyo social en habitantes de calle que se encuentran en proceso de rehabilitación en una fundación de Bucaramanga.

Según los resultados obtenidos a través de la investigación, se logra concluir que los habitantes de calle son consumidores de sustancias psicoactivas; a su vez se encuentran en la etapa de la adultez, con un promedio de edad de 39 años; y cuya edad de inicio de consumo está entre los 17 años. Del mismo modo, se evidencia una mayor presencia de habitante de

calle consumidor de sustancias psicoactivas de sexo masculino y cuyo nivel escolar es bachillerato incompleto.

Se concluye del mismo modo que la sustancia psicoactiva que se presenta en mayor medida es la marihuana, seguido por el bazuco y el alcohol; a su vez se evidencia un importante nivel de consumo en la población encuestada (50.0%). Esta población habitante de calle consumidora de sustancias presenta alteraciones en su salud y síntomas de abstinencia como consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas. Se concluye del mismo modo que el consumo de sustancias psicoactivas ocasiona una afectación a nivel físico y mental, a su vez que el deterioro de las relaciones sociales y el vínculo familiar.

Los habitantes de calle de la ciudad de Bucaramanga presentan un nivel medio de apoyo social, y es una estrategia de prevención de recaída.

Sugerencias y Recomendaciones

Se sugiere continuar con el proceso investigativo en la población en condición de habitabilidad de calle, puesto que los referentes bibliográficos son escasos y aún más en el área metropolitana de Bucaramanga; del mismo modo, sería importante indagar sobre las causas por las cuales las personas terminan en la condición de habitante de calle.

A nivel de la institución, es importante que cuenten con un grupo de profesionales en el área de la salud para los procesos de atención en la rehabilitación de quienes acuden a la fundación.

Concerniente a lo psicológico, a la salud mental de esta población, se puede decir que es un campo poco explorado, el cual seguir investigando y recopilando información se lograría obtener aportes considerables que propicien en beneficio de la salud mental y políticas públicas de estas personas en situación de calle.

Referencias

- Alcaldía de Bucaramanga. (2013). *Proposición 036 habitante de calle*. Recuperado el 23 de enero del 2016 de http://www.concejodebucaramanga.gov.co/descargas/RESPUESTAS_2_PROPOSICION00000036_%202013.pdf.
- Alvarado, E. (2013). Microtráfico y narcomenudeo: Caracterización del problema de las drogas en pequeñas cantidades en Colombia. *Ministerio de Justicia y del Derecho*. Recuperado el 23 de enero del 2016 de <http://docplayer.es/7378581-Microtrafico-y-narcomenudeo-caracterizacion-del-problema-de-las-drogas-en-pequenas-cantidades-en-colombia-1.html>
- Báez, J., Fernández, J., & González, A. M. (2012). El sujeto en condición de habitantes de calle: Investigación desde una perspectiva analítica. *Perfiles Libertadores*, 8, 10-15.
- Berbesí, D., Agudelo, L., Castaño, C., Galeano, M. P., Segura, A., & Montoya, L. (2014). Utilización de los servicios de salud en la población habitante de calle. *Revista CES Salud Pública*, 5, 147-153.
- Castellano, C. (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14, 365-377.
- Centros de Estudios de Opinión (CEO, 2009). Realización del censo de habitantes de calle y en calle de la ciudad de Medellín y sus corregimientos. Recuperado de www.dane.gov.co/files/investigaciones/.../habitantes_calle/habitaultimo.pdf
- Cepeda, J. & Torres, F. (2012). Prácticas y saberes en torno a la alimentación de los ciudadanos habitantes de calle en la localidad Mártires, Colombia. *Revista Perspectivas*, 23, 61-77.
- Correa, M. E (2007). Para una nueva comprensión de las características y la atención social de los habitantes de calle. *Revista Eleuthera*, 1, 91 - 102.

- Fernández, R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Revista de recerca i investigació en antropologia*, 3, 1-14.
- Garmendia, M. L., Alvarado, M. E., Montenegro, M., & Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Revista Médica de Chile*, 136, 169-178.
- Giraldo, Z., Loaiza, C., Téllez, C., & Peñas, O. (2007). Contribución de una red institucional de apoyo para la población habitante de la calle: Tejiendo redes. *Revista Facultad de Medicina*, 55, 96-103.
- González, N. (2001). Acercamiento a la literatura sobre redes sociales y apoyo social. *Revista Cubana de Psicología*, 18, 134-141.
- Gracia, E. & Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social. Evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 327-342.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). Definición del alcance de la investigación a realizar: exploratoria descripción, correlacional o explicativa. *Metodología de la investigación* (pp 78 – 89). México D.F: En McGrawHill (Ed.).
- Herrera, D. M. (2008). Inclusión y exclusión: el habitante de calle de Medellín, una mirada desde la psicología social y los derechos humanos. *Poiésis*, 15, 1-8.
- Londoño, N., Rogers, H., Castilla, J., Gómez, S. Ochoa., N. Jaramillo, M., Torres, M., Palacio, J., & Aguirre, D. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5, 142-150.
- Martínez, J., Amaya, W., Campillo, H., Rueda, G., Campo, A., & Díaz, L. (2007). Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes, Bucaramanga, Colombia, 1996-2004. *Revista Salud Pública*, 9, 215-229.
- Millán, Y., Gálvez, E., Pita, C., & Rosales, O. (2005). Factores de riesgo para el consumo de drogas ilícitas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21, 1-13.

- Moreno, E. L. (2003). Desempeño ocupacional: dimensiones en los ciudadanos y ciudadanas habitantes de la calle. *Umbral Científico*, 2, 1-8.
- Muñoz, I., Noreña, C., Londoño, B. & Rojas, C. (2011). Morbilidad atendida y conductas de riesgo de la niñez y adolescencia en situación de calle de Medellín, 2008. *Revista Salud Pública*, 13, 207-218.
- Musitu, G. & Cava, M. J. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 12, 179-192.
- Navarro, O. & Gaviria, M. (2010). Representaciones sociales del habitante de calle. *Universitas Psychologica*, 9, 345-355.
- Nieto, S. (2011). *Consumo de drogas en tres etapas de la vida de habitantes de calle de Bogotá: predictores de consumo y comparación con una muestra de población infantil y adolescente de Brasil*. Universidad Federal do Rio Grande do Sul. Recuperado 3 de marzo del 2016 de <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/37297/000820609.pdf?sequence=1>.
- Núñez, S.N. (2014). *Población en situación de calle: desafíos de los programas de inclusión social en Bucaramanga (2012- 2014)*. Recuperado el 3 de enero del 2016 de http://www.enid.unal.edu.co/2015/documentos/memorias/ciencias_sociales/poblacion_en_situacion_de_calle_desafios_de.pdf.
- Orcasita, L., & Uribe, A. F. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia: Avances de la disciplina*, 4, 69-82.
- Orozco, E. (2007). Habitantes en situación de calle y construcción territorial en el centro occidente de Medellín. *Revista Facultad de Trabajo Social*, 23, 137-147.
- Pérez, B., García, L., Vicente, M. P., Oliveras, M. A., & Lahoz, M. (2010). Validación española del DRUG ABUSE SCREENING TEST (DAST-20 y DAST-10). *Salud y Drogas*, 10, 35-50.

- Ramos, J., & Moreno, J. (2007). Pobreza e Institucionalidad: El Rol del Estado y las Aspiraciones de los Pobres de Barranquilla (Colombia). *Investigación y desarrollo*, 15, 2-29.
- Revilla, L., Luna, J., Bailón, E., & Medina, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en atención primaria. *Medicina de Familia*, 6, 10-18.
- Ruíz, V., & Londoño, N. (2010). Caracterización psicosocial de la población consumidora de SPA, en proceso de rehabilitación vinculada a la comunidad terapéutica FFARO del departamento del Quindío. *Poiésis*, 1, 1-8.
- Sierra, D., Pérez, M., Pérez, A. & Núñez, M. (2005). Representaciones sociales en jóvenes consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas. *Revista adicciones*, 17, 349-360.
- Tamayo, W. & Navarro, O. (2009). Representación social del habitante en situación de calle. *Revista de psicología Universidad de Antioquia*, 1, 1-34.
- Tirado, A. & Correa, M. (2009). Accesibilidad de la población habitante de calle a los programas de promoción y prevención establecidos por la resolución 412 de 2000. *Revista Investigaciones Andina*, 11, 23-35.
- United Nations Centre for Human Settlement-Habitat. (2001). *Cities in A Globalizing World- Global Report on Hyman Settlements 2001*. London: Earthscan Publications Ltd.
- Vargas, D. R. (2001). Alcoholismo, tabaquismo y sustancias psicoactivas. *Revista Salud Pública*, 3, 74-88.
- Velásquez, M. C. & Ortiz, J. (2014). Abuso de Drogas: Generalidades Neurobiológicas y Terapéuticas. *Actualidades en Psicología*, 117, 21-25.

Anexos

1. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA APOYO SOCIAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS

Día _____ Mes _____ Año _____

Yo _____ identificado con C.C _____ con _____ años de edad, actualmente ubicado en la Fundación Funtaluz. Certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad del objetivo de la investigación “APOYO SOCIAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN HABITANTES DE CALLE DE LA FUNDACIÓN FUNTALUZ, BUCARAMANGA” a cargo de las psicólogas en formación Slenddy Alexandra Zafra Gálvis y Paola Andrea Angarita Castro de la Universidad Pontificia Bolivariana, quienes están bajo coordinación, supervisión y asesoría de la psicóloga Ana Fernanda Uribe Rodríguez docente interesada en el desarrollo de esta investigación. A su vez acepto voluntariamente por medio del presente documento participar de dicha investigación, certificando que actúo consecuente, libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo a este proceso de forma activa y aceptando que la información que sea suministrada será con fines de estudios académicos.

Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna.

Participante

C.C

Evaluador 1

Evaluador 2

**2. BATERIA DE INSTRUMENTOS APLICADOS
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

1. Nombre: _____		
2. Edad: _____	3. Sexo: _____	(M) (F)
4. Fecha de Nacimiento: _____		5. Lugar de Nacimiento: _____
6. Lugar de Precedencia: _____		7. Número de Documento: _____
8. Escolaridad (señale con una X):		
8.1 Sin estudios		8.2 Primaria
8.3 Primaria incompleta		8.4 Bachillerato
8.5 Bachillerato incompleto		8.6 Profesional
9. Edad de inicio de consumo: _____		
10. Sustancia de consumo (señale con una X):		
10.1 Marihuana	10.2 Alcohol	
10.3 Bazuco	10.4 Cocaína	
10.5 Inhalantes	10.6 Heroína	
10.7 Otra(s) _____	Cuál: _____	

CUESTIONARIO DE USO DE DROGAS (DAST-10)

Las siguientes preguntas se refieren a información acerca de su potencial involucramiento con drogas **excluyendo alcohol y tabaco** durante los últimos 12 meses. Lea con cuidado cada pregunta y decida si su respuesta es “No” o “Si”. Después, marque el casillero apropiado junto a la pregunta.

Cuando la palabra “abuso de drogas” es usada, esta se refiere al uso de medicinas compradas con receta médica o sin ella y que son ingeridas en exceso de lo recomendado. Las varias clases de drogas pueden incluir: cannabis (mariguana, hashis), solventes, tranquilizantes (Valium), barbitúricos, cocaína, estimulantes (speed), alucinógenos (LSD) o narcóticos (heroína). Recuerde que las preguntas **no incluyen** alcohol o tabaco.

Por favor responda cada pregunta. Si tiene dificultades con alguna de las preguntas, escoja la que le parezca correcta.

ESTAS PREGUNTAS ESTÁN REFERIDAS A LOS ÚLTIMOS DOCE MESES

	SI	NO
1. ¿Has consumido algún tipo de droga sin prescripción médica?		
2. ¿Ha consumido más de una droga al mismo tiempo?		
3. ¿Siempre que quiere es capaz de parar de consumir drogas?		
4. ¿Ha tenido pérdidas de memoria o le han aparecido "imágenes del pasado" como consecuencia de su consumo de drogas?		
5. ¿Se ha sentido mal consigo mismo o culpable por su consumo de drogas?		
6. ¿Su pareja o sus familiares suelen quejarse de su consumo de drogas?		
7. ¿Ha desatendido a su familia a consecuencia de su consumo de drogas?		
8. ¿Ha realizado alguna actividad ilegal para obtener drogas?		
9. ¿Ha notado síntomas de abstinencia cuando deja de consumir drogas?		
10. ¿Ha tenido problemas de salud como consecuencia del consumo de drogas? (Por ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragias, etc.)		

CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL

Londoño, N., Rogers, H., Castilla, J., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M., Oliveros, M., Palacio, J., Aguirre, D. (2012)

A continuación, encontrarás algunas preguntas sobre el apoyo o ayuda del que dispones de otras personas.

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos y familiares cercanos tengo? (personas con las que me siento a gusto y con quienes puedo hablar sobre lo que pienso)

Escribo en la casilla el número de amigos y familiares cercanos:

Algunas veces, las personas buscan a otras personas por compañía, ayuda u otro tipo de apoyo ¿con que frecuencia están disponibles para mi cada uno de los siguientes tipos de apoyo si lo necesito?

N		NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE VECES	SIEMPRE
2	Alguien que me ayude cuando tenga que guardar reposo en la cama	1	2	3	4	5
3	Alguien con quien pueda contar para que me escuche cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4	Alguien que me aconseje cuando esté en crisis	1	2	3	4	5
5	Alguien que me lleve al doctor si necesitara ir	1	2	3	4	5
6	Alguien que me demuestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7	Alguien con quien paso buenos ratos	1	2	3	4	5
8	Alguien que me dé información para ayudarme a	1	2	3	4	5

	entender una situación					
--	------------------------	--	--	--	--	--

Por favor, continúe en la siguiente hoja 

N		NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE VECES	SIEMPRE
9	Alguien en quien puedo confiar o hablar sobre mí mismo y mis preocupaciones	1	2	3	4	5
10	Alguien que me abrace	1	2	3	4	5
11	Alguien con quien pueda relajarme	1	2	3	4	5
12	Alguien que me prepare las comidas si no pudiera hacerlo yo misma/o	1	2	3	4	5
13	Alguien de quien realmente desearía recibir un consejo	1	2	3	4	5
14	Alguien con quien pueda hacer algo que me ayude a despejar mi mente	1	2	3	4	5
15	Alguien que me ayude con mis quehaceres domésticos si estuviera enferma/o	1	2	3	4	5

16	Alguien con quien compartir mis mayores preocupaciones y miedos	1	2	3	4	5
17	Alguien a quien acudir para que me sugiera cómo manejar un problema	1	2	3	4	5
18	Alguien con quien divertirme	1	2	3	4	5
19	Alguien que entienda mis problemas	1	2	3	4	5
20	Alguien a quien amar y que me haga sentir amado	1	2	3	4	5