



PREVALENCIA E IDENTIFICACIÓN DE FACTORES LOS FACTORES DE RIEGO ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ESTUDIANTES DE OCTAVO Y NOVENO GRADO DEL INSTITUTO NACIONAL DE EDUCACIÓN MEDIA JOSÉ EUSEBIO CARO DE LA CIUDAD DE CUCUTA EN EL PRIMER SEMESTRE ACADÉMICO DEL 2014

Código

FPI-11 v.00

Página

PREVALENCIA E IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIEGO ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ESTUDIANTES DE OCTAVO Y NOVENO GRADO DEL INSTITUTO NACIONAL JOSÉ EUSEBIO CARO DE LA CIUDAD DE CUCUTA EN EL PRIMER SEMESTRE ACADÉMICO DEL 2014

Asesor Principal

Germán Enrique Wilches Reina

Ana Dolores Niño Pinzón

Grupo de investigación en epidemiología y salud pública

Investigadores

Edwar Alexander Contreras Pérez

America Johana Anaya

Kelly Johana Paez Leal

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

FACULTAD SALUD



VICERRECTORIA DE INVESTIGACIONES

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Cúcuta



PREVALENCIA E IDENTIFICACIÓN DE FACTORES LOS FACTORES DE RIEGO ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ESTUDIANTES DE OCTAVO Y NOVENO GRADO DEL INSTITUTO NACIONAL DE EDUCACIÓN MEDIA JOSÉ EUSEBIO CARO DE LA CIUDAD DE CUCUTA EN EL PRIMER SEMESTRE ACADÉMICO DEL 2014

Código

FPI-11 v.00

Página

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Título: PREVALENCIA E IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIEGO ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ESTUDIANTES DE OCTAVO Y NOVENO GRADO DEL INSTITUTO NACIONAL DE EDUCACIÓN MEDIA JOSÉ EUSEBIO CARO DE LA CIUDAD DE CUCUTA EN EL PRIMER SEMESTRE ACADÉMICO DEL 2014

Investigador principal: German Enrique Wilches Reina

C.C. :

E-mail: gwilchesr@yahoo.com

Teléfono: 3176846496

Dirección de Correspondencia:

Nombre Grupo(s) de Investigación	Cód. GrupLAC	Clasificación	# Investigadores
investigación en epidemiología y salud publica			3

Línea de Investigación: Epidemiología y salud Pública

Entidad: **UNIVERSIDAD DE PAMPLONA**

NIT: 9805015110-4

Dirección: Ciudad Universitaria; Km 1 Vía Bucaramanga

Teléfonos: 57-5685303 Ext. 103

Fax: 57-5685303 Ext. 103

Ciudad: Pamplona

Departamento: Norte de Santander

Tipo de Entidad: Universidad Pública

Tipo de Contribuyente: Entidad Estatal

Lugar de Ejecución del Proyecto: Instituto Nacional de Educación Media José Eusebio Caro

Duración de Proyecto (en meses): 6 meses



Tipo de Proyecto:

Investigación Básica:

Investigación Aplicada:

Desarrollo Experimental:

Financiación Solicitada:

Valor Solicitado a la Universidad de Pamplona: 0

Valor Solicitado a Entidades Externas: 0

Valor Total del Proyecto: 0

Área:

Línea estratégica:

Descriptorios/Palabras claves:

Sugiera tres nombres de Investigadores con capacidad para evaluar la propuesta:

2. RESUMEN DEL PROYECTO

Este estudio presenta una investigación observacional, descriptiva que identifica la prevalencia y los factores psicosociales de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas en 160 estudiantes de octavo y noveno grado de la Institución Nacional de Educación Media José Eusebio Caro (INEM) de la ciudad de Cúcuta en el primer periodo académico, a través de un cuestionario que registra el consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, cigarrillo, marihuana, etc) y establece los factores de desencadenan este consumo. Los resultados indican una elevada incidencia en el consumo de alcohol y Cannabis, mientras que el consumo del resto de drogas (cocaína, éxtasis, alucinógenos, tranquilizantes e hipnóticos) es prácticamente inapreciable; con factores causales asociados como el evadir los problemas, ocultar la realidad, una familia disfuncional y falta de severidad de las leyes; pese a tener amplio conocimiento de los efectos, consecuencias y gravedad que trae este consumo existe una alta prevalencia.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION.

En el ambiente mundial y nacional existe preocupación por el incremento constante del consumo de drogas ilícitas y lícitas entre jóvenes. Según el informe mundial de drogas de la oficina contra la droga y el crimen de la organización de las naciones unidas (UNODC) 2013



los consumidores de drogas aumentaron de 166 a finales de 2009 a 251 a mediados de 2012, lo que supone un incremento de más del 50%, la Organización mundial de la salud (OMS) asegura, que el alcohol es la sustancia psicoactiva legal más utilizada seguida por el cigarrillo, se estima que los consumidores ascienden a más de 2000 millones de personas en el mundo, se determinó que la edad de inicio para el consumo de alcohol es los 12 años. En cuanto a las sustancias ilícitas El cannabis sigue siendo la sustancia más consumida en el mundo, Se registró un pequeño aumento de la prevalencia de consumidores de cannabis (180,6 millones, es decir, el 3,9% de la población de 15 a 64 años de edad) en comparación con las anteriores estimaciones en 2009.

Colombia no es la excepción; A partir de un informe de la organización de los estados americanos (OEA), a través de su comisión interamericana para el control del abuso de drogas (CICAD) (2011) sobre consumo de sustancias psicoactivas en la población general (población entre 12-64 años), comparando el consumo de Colombia con respecto a otros países de Latinoamérica, se ha podido determinar a nivel de Suramérica según sus resultados que : en el país la sustancia legal más frecuente consumida es el alcohol donde las estimaciones de prevalencia de consumo es entre los estudiantes secundarios desde los 14 años de edad en adelante; Los datos SIDUC indican que las tasas más altas de consumo de alcohol entre estudiantes secundarios durante el último mes exceden 50% en Colombia, República Dominicana, Uruguay y Sta. Lucía. Las tasas más bajas de consumo actual fueron las de Honduras y El Salvador (ambas menores a 13%) con una prevalencia alta de 37,61. En cuanto al uso de tabaco / cigarrillo muestran a Colombia con las tasas de consumo más baja 19% entre los países de Suramérica en prevalencia de consumo igual que Ecuador y Perú, e inferior con respecto a Argentina, Uruguay, Bolivia y Chile. Con respecto al consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes, considerando los distintos indicadores de consumo de sustancias ilícitas, se podría afirmar que la situación de Colombia es intermedia entre los países suramericanos mencionados.

En las últimas dos décadas se ha realizado varios estudios en Colombia, con el propósito de determinar la situación nacional sobre el consumo de sustancias psicoactivas, los cuales han mostrado un incremento tanto en el consumo de sustancias lícitas e ilícitas, con edades de inicio cada vez más tempranas (edad escolar) y aumento de incidencia en los primeros años grados de educación media, alcanzando su valor más alto en los últimos grados de educación media y en los primeros semestres de universidad.

Múltiples estudios han identificado factores de exposición, determinantes en la salud del adolescente, factores de riesgo como violencia, uso de sustancias psicoactivas, inicio



temprano de vida sexual, mal apoyo y estructura familiar , la presión social, las situaciones de estrés emocional, pandillas, pobres oportunidades de participación en la comunidad, la escuela y factores laborales

Considerando que los adolescentes son un grupo etéreo con múltiples factores de riesgo en salud, como lo es el consumo de sustancias psicoactivas, se convierten en un grupo especial de población, cuyas características y necesidades se deben establecer a través de la realización de estudios sobre sus características socio-demográficas, actitudes, comportamientos, practicas y riesgos; con la finalidad de generar programas de promoción en salud enfocados a prevenir factores de riesgos en la población con un orientación de vida sana con la participación del adolescente, los padres, las familias, los colegios, la comunidad y el entorno ambiental.

Los trabajadores de la salud debemos proponer políticas y estrategias de promoción y prevención que respondan a las necesidades de la comunidad para no solo tener ausencia de enfermedad sino para garantizar el bienestar bio-psico-social.

La finalidad de este proyecto es conocer e identificar la prevalencia y los factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas, en estudiantes de secundaria de octavo y noveno grado del Instituto Nacional de Educación Media (INEM) de la ciudad de Cúcuta en el primer periodo académico 2014

Como propósito de esta investigación será, una vez realizado el diagnostico de la situación de los adolescentes, socializar los resultados a nivel de la comunidad para sugerir se implementen estrategias de prevención y generar condiciones de resiliencia y habilidades para la vida en los adolescentes del colegio, además la posibilidad de realizar otras investigaciones basadas en este estudio.

3.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

La pregunta que generó el presente estudio fue: ¿ cuál es la prevalencia y los factores de riesgo y protectores asociados en los grados octavo y noveno de la institución de educación media José Eusebio caro de la ciudad de Cúcuta en el primer semestre del 2014?

4. MARCO TEORICO Y ESTADO DEL ARTE

4.1: MARCO TEÓRICO

ADOLESCENCIA



Definición de adolescencia según la OMS:

Es la etapa en la cual ocurren diversas transformaciones a nivel biológico, psicológico y social, que los preparan para la independencia y responsabilidades de la vida adulta. Marcado por el medio cultural y socioeconómico los cuales dictan determinadas pautas de vida, y cuyos cambios ocurren de manera asincrónica y en diferentes tiempos. La primera etapa es la adolescencia temprana, comprendida entre los 10 y 13 años, en donde a nivel emocional ocurre la aceptación al esquema corporal y al inicio de la sexualidad, a nivel cognitivo aparecen los primeros conceptos morales y el pensamiento concreto y a nivel social es predominante el interés firme por los pares. La segunda etapa, la adolescencia media, es la comprendida entre los 14-17 años, en donde ocurre la separación emocional de los padres, se desarrolla el pensamiento abstracto y la moralidad es del tipo convencional, y a nivel social hay un aumento de las conductas de riesgo para la salud, se incrementa el interés hacia el sexo opuesto y aparecen los primeros planes vocacionales. La tercera etapa, la adolescencia tardía es la comprendida entre los 17 y 21 años, en donde hay mayor separación emocional de los padres e inicio del establecimiento del sentido personal, a nivel cognitivo se desarrolla el pensamiento abstracto complejo y la moralidad es de tipo pos convencional y a nivel social ya hay aumento del control de los impulsos, la identidad, la autonomía social y se establece la capacidad vocacional. (11, 8)

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (PSA):

Se define como sustancia psicoactiva a “toda sustancia de origen natural o sintético, lícita o ilícita, que se introduce al organismo (sin prescripción médica) con la intención de alterar la percepción, la conciencia o cualquier otro estado psicológico”. En esta definición se incluyen las sustancias lícitas o ilícitas que cumplen con los criterios de abuso y/o dependencia (potencial adictivo, de desarrollo de tolerancia y de síndrome de abstinencia) descritos en los manuales de psiquiatría como el DSM IV. (3,4). Se define como consumo de SPA, como al menos una vez en la vida haber consumido una sustancia sea legal o ilegal. (3, 9)

- **Alcohol**

Los alcoholes comprenden un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos hidroxilo. Esta sustancia es un sedante-hipnótico con efectos parecidos a los de los barbitúricos (22)

La OMS afirma que además de los efectos sociales de su consumo, la intoxicación alcohólica puede causar envenenamiento o incluso la muerte; el consumo intenso y prolongado origina en ocasiones dependencia o un gran número de trastornos mentales,



físicos y orgánicos.

El etanol se obtiene a partir de la fermentación del azúcar por la levadura. En condiciones normales, las bebidas elaboradas por fermentación tienen una concentración de alcohol que no supera el 14%. En la producción de bebidas espirituosas obtenidas mediante destilación, el etanol se evapora por ebullición de la mezcla fermentada y se recoge luego en forma condensada casi pura (22)

- **Alucinógenos**

Según la OMS Se consideran a aquellas sustancias químicas que inducen alteraciones de la percepción, el pensamiento y sensaciones similares a las provocadas por las psicosis funcionales, pero que no producen una marcada alteración de la memoria y la orientación que son características de los síndromes orgánicos.

Algunos ejemplos lo constituyen la lisérgida (dietilamida del ácido lisérgico, LSD), la dimetiltriptamina (DMT), la psilocibina, la mescalina, la tenamfetamina (3,4 metilenedioxianfetamina, MDA), la 3,4-metilenedioximetanfetamina (MDMA o éxtasis) y la fenciclidina (PCP) (22).

La mayoría de los alucinógenos se consumen por vía oral, no obstante la DMT se esnifa o se fuma. El consumo suele ser episódico, además de que es sumamente raro el uso crónico y frecuente. Los efectos empiezan a notarse de 20 a 30 minutos después de la ingestión y consisten en dilatación de las pupilas, elevación de la presión arterial, taquicardia, temblor, hiperreflexia y fase psicodélica (euforia o cambios variados del estado de ánimo, ilusiones visuales y alteración de la percepción, indefinición de los límites entre lo propio y lo ajeno y, a menudo, una sensación de unidad con el cosmos). Son frecuentes las fluctuaciones rápidas entre la euforia y la disforia. Al cabo de 4 ó 5 horas, esta fase deja paso a ideas de referencia, sensación de mayor consciencia del yo interior y sensación de control mágico (22).

Además de la alucinosis habitual, los alucinógenos tienen efectos adversos frecuentes que comprenden: a) mal viaje; b) trastorno de la percepción por alucinógenos o escenas retrospectivas ("flashbacks"); c) trastorno delirante, que se produce normalmente después de un mal viaje; las alteraciones de la percepción remiten, pero la persona está convencida que las distorsiones que experimenta se corresponden con la realidad; el estado delirante puede durar sólo uno o dos días o bien persistir más tiempo; y d) trastorno afectivo o del estado de ánimo, formado por ansiedad, depresión o manía, que



aparecen poco después del consumo del alucinógeno y que duran más de 24 horas; generalmente, la persona siente que nunca va a recuperar la normalidad y expresa su preocupación por los daños cerebrales resultantes del consumo de la droga (22).

- **Bazuco**

Se conoce en Colombia la mezcla de pasta de coca mezclada con marihuana y/o con tabaco. Donde la pasta es un producto obtenido de las hojas de la coca durante el primer paso del proceso de extracción de la cocaína. Contiene sulfato de cocaína al 50%-90% e impurezas tóxicas, tales como queroseno y ácido sulfúrico (22)

- **Cannabis**

Hace referencia a un término genérico utilizado en la designación de varios preparados psicoactivos de la planta de la marihuana Cannabis sativa. Tales preparados son los siguientes: hojas de marihuana (en la jerga popular: hierba, porro, canuto, etc.), bhang, ganja o hachís (derivado de la resina de los ápices florales de la planta) y aceite de hachís [6].

De acuerdo a la OMS [6], en el Convenio Único de 1961 sobre Estupefacientes, el cannabis se define como “los brotes floridos o con fruto, del cannabis (excepto las semillas y las hojas no unidas a las sumidades) de las cuales no se ha extraído la resina”, mientras que la resina de cannabis es “la resina separada, en bruto o purificada, obtenida de la planta del cannabis”.

Por otro lado, el cannabis contiene al menos 60 cannabinoides, algunos de los cuales tienen actividad biológica. Se considera que el componente con mayor actividad es el Δ^9 -tetrahidrocannabinol (THC), que puede detectarse en la orina junto con sus metabolitos varias semanas después del consumo de cannabis (habitualmente fumado) (22)

Respecto a la intoxicación, se ha detectado que produce una sensación de euforia, ligereza de las extremidades y, a menudo, retraimiento social. Altera la capacidad de conducción y la ejecución de otras actividades complejas y que exigen destreza; afecta a las siguientes esferas: memoria inmediata, capacidad de atención, tiempo de reacción, capacidad de aprendizaje, coordinación motriz, percepción de la profundidad, visión periférica, sentido del tiempo (es habitual que el sujeto tenga la sensación de que el tiempo se ralentiza) y detección de señales (22)

- **cocaína**



Corresponde a un alcaloide obtenido de las hojas de la coca o que se sintetiza a partir de la ecgonina o sus derivados. La OMS [6] la considera un potente estimulante del sistema nervioso central que se emplea para producir euforia o insomnio; además el consumo repetido provoca dependencia. La cocaína suele venderse en copos blancos, translúcidos, cristalinos o en polvo, que se aspira, produciendo efectos en 1-3 minutos, que duran aproximadamente media hora. La cocaína también puede ingerirse por vía oral, frecuentemente junto con alcohol, y los consumidores de opiáceos y cocaína tienden a inyectársela por vía intravenosa.

Se considera que, tanto las personas que experimentan con la cocaína por primera vez como los consumidores crónicos pueden sufrir reacciones tóxicas agudas, estas consisten en un delirio parecido al pánico, hiperpirexia, hipertensión (a veces con hemorragia subdural o subaracnoidea), arritmias cardíacas, infarto de miocardio, colapso cardiovascular, crisis convulsivas, estado epiléptico y la muerte. Otras secuelas neuropsiquiátricas son un síndrome psicótico con delirios paranoides, alucinaciones auditivas y visuales e ideas de referencia

- **Nicotina**

Corresponde a un alcaloide que constituye la principal sustancia psicoactiva presente en el tabaco. Sus efectos son estimulantes y relajantes, además produce un efecto de alerta en el electroencefalograma y, en algunos casos, eleva la capacidad de concentración, mientras que en otros, reduce la ansiedad y la irritabilidad (22)

La nicotina se consume en forma de humo de tabaco inhalado, “tabaco sin humo” (como el de mascar), rapé o chicles de nicotina. Cada calada de humo de tabaco contiene nicotina que se absorbe rápidamente a través de los pulmones y llega al cerebro en cuestión de segundos. La nicotina desarrolla tolerancia y dependencia considerables. Debido a su rápido metabolismo, la concentración cerebral de nicotina disminuye con rapidez y el fumador siente ganas de encender otro cigarrillo de 30 a 40 minutos después de apagar el anterior (22)

Los consumidores de nicotina que han desarrollado dependencia física presentan un síndrome de abstinencia unas horas después de la última dosis que consiste en: ansia de fumar, irritabilidad, ansiedad, enfado, alteración de la concentración, aumento del apetito, reducción de la frecuencia cardíaca y, en ocasiones, cefaleas y trastornos del sueño. El ansia alcanza su grado máximo al cabo de 24 horas y disminuye después a lo largo de varias semanas, aunque los estímulos asociados a los hábitos previos de



tabaquismo pueden provocarla nuevamente (22)

La OMS advierte que el consumo prolongado de tabaco puede causar cáncer de pulmón, de cabeza o de cuello, enfermedades cardíacas, bronquitis crónica, enfisema y otros trastornos físicos. (22)

- **Opioides**

Corresponde a los alcaloides de la adormidera del opio (Papaver somniferum), así como a sus análogos sintéticos y los compuestos sintetizados en el organismo que interaccionan con los mismos receptores específicos del cerebro, estos poseen la capacidad de aliviar el dolor y producen una sensación de bienestar (euforia). Por otro lado, los alcaloides opiáceos y sus análogos sintéticos también provocan estupor, coma y depresión respiratoria cuando se consumen en dosis altas (22)

Sobre su clasificación, se tiene que los alcaloides del opio y sus derivados semisintéticos son la morfina, la diacetilmorfina (diamorfina, heroína), la hidromorfina, la codeína y la oxicodona. Los opioides sintéticos son el levorfanol, el propoxifeno, el fentanilo, la metadona, la petidina (meperidina) y la pentazocina, un agonista-antagonista. Los compuestos endógenos con acciones opioideas son las endorfinas y las encefalinas (22)

Según la OMS los opioides más utilizados (como morfina, heroína, hidromorfina, metadona y petidina) se unen preferentemente a los receptores μ ; producen analgesia, cambios del estado de ánimo (como euforia, que puede transformarse en apatía o disforia), depresión respiratoria, somnolencia, retraso psicomotor, habla farfullante, alteración de la concentración o la memoria y alteración del juicio. Con el tiempo, la morfina y sus análogos inducen tolerancia y cambios neuroadaptativos que son responsables de la hiperexcitabilidad de rebote que aparece cuando se retira la sustancia

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES EN EL MUNDO:

En Estados Unidos el alcohol es la sustancia de abuso que más se utiliza por adolescentes. En un estudio realizado en adolescentes escolares donde incluyeron 2574 hombres y 2939 mujeres, se pudo determinar que cerca del 80% de la población ha consumido alcohol en alguna época de su vida. La iniciación del consumo de alcohol se presenta en la adolescencia temprana y el consumo de cigarrillo inicia en promedio a los 12 años. El 3% de los adolescentes en los Estados Unidos son adictos al alcohol u otras SPA. (1,4,7,)

En España la SPA de mayor consumo es el alcohol, seguida del cigarrillo. La edad promedio de inicio para el consumo de estas sustancias es 13 años. El cannabis es la sustancia ilegal



más consumida, con una edad inicio en promedio de 15 años. Se ha observado un aumento preocupante, en el uso de estas sustancias por parte de las mujeres adolescentes, y un aumento en la prevalencia de poli consumo. (10)

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES EN COLOMBIA

Según los últimos estudios de consumo de PSA en el país (estudio nacional de Consumo de sustancias Psicoactivas en Colombia. MPS y DNE. 2008. Programa presidencial, RUMBOS, 2001. Encuesta Nacional sobre consumo de SPA en jóvenes escolares de 12- 17 años. Colombia. MPS. 2004), existe un incremento sostenido del consumo de todas las sustancias psicoactivas en el país, con aumento en la adolescencia y la etapa escolar, alcanzando su valor más alto a nivel universitario, siendo el grupo de edad entre 18 y 24 años el que más consume, con un 26% de jóvenes que consumía alcohol de una a tres veces en el mes. (2,4,5).

En el grupo de 12 a 17 años el 21,7% consumió alguna droga ilegal en el último año. La marihuana, es la droga ilegal que más se consume, los consumidores nuevos de marihuana, son jóvenes del grupo de 12 a 17 años, en mayor porcentaje hombres, estudiantes de secundaria que viven en zonas de mayor concentración poblacional, siendo el promedio de inicio de consumo de marihuana a los 17 años. A diferencia de lo anterior, el consumo de cocaína en el grupo de 12 a 17 años es el más bajo, siendo el promedio de inicio los 21 años, lo mismo ocurre con el bazuco, siendo la edad promedio 18 años, el consumo de heroína y morfina es bajo en el grupo de 12 a 17 años. Los sedantes e inhalantes tienen una prevalencia baja de consumo. (2,4,5).

El 45% de las personas fumaron cigarrillo en algún momento de su vida, y el 21,4% fumaron en el último año, existiendo una relación entre hombres y mujeres 2:1. En personas entre 12 y 17 años de edad, se estimó que la prevalencia de consumo de cigarrillo es de 6,8%, siendo en este grupo etario la razón de género entre hombres y mujeres de 1,7: 1 indicando tendencia a equipararse el consumo de cigarrillo con el tiempo. La edad de inicio del consumo de cigarrillo son los 16 años. (2, 4, 5)

Aproximadamente 9 de cada 10 personas manifestaron haber consumido algún tipo de licor alguna vez en su vida, el nivel de consumo de licor entre niños de 12 a 17 años, alcanza el 66,2%. La edad promedio de inicio del consumo de bebidas alcohólicas fue de 15,9 años. Siendo mayor en hombres que en mujeres. En el licor a diferencia de las anteriores, la principal razón de consumo son las celebraciones familiares. (2,4,5)

A pesar de las estadísticas anteriores el 87% de la población considera que la marihuana, bazuco, cocaína y heroína son perjudiciales para la salud y el 83% sabe que trae problemas con la justicia o autoridad su consumo. La razón más frecuente de consumo es la presión de grupo y el 63,4% de los consumidores tienen intención de abandonarla. (2,4,5)



Según el estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, los grupos prioritarios para enfocar los programas de prevención para evitar el consumo de SPA son los hombres y mujeres de 12 a 17 años, estudiantes de secundaria.

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LA REGIÓN:

Según el Sondeo Nacional del consumo de drogas en jóvenes 1999- 2000; se demostró que en la ciudad de Cúcuta en cuanto a consumo de sustancias legales reporta una prevalencia de consumo de alcohol en la vida de 72.4 en el último mes: 48.3, cigarrillo en la vida: 32.4, en el último mes: 18.1; inhalables en la vida: 1.1, en el último mes: 0,3; tranquilizantes en la vida 1,1; en el último mes: 0,5.

En las sustancias ilegales la prevalencia de consumo se estiman marihuana en la vida: 3,4, último mes: 1,2%; cocaína en la vida: 2,3%, en el último mes: 1,1%; basuco en la vida: 2,3%, en el último mes: 1,1%; éxtasis en la vida: 1.3%, en el último mes 0,5%; hongos en la vida: 0,8%, en el último mes 0,2%; ácidos en la vida 0.6%, en el último mes: 0,2%; heroína en la vida: 0,9%; en el último mes: 0,4%; mandrax en la vida: 0,6%, en el último mes: 0,2%; anfetaminas en la vida: 0,5%, en el último 0,2% .

Según el género la proporción de consumo de sustancias legales como el alcohol es mayor en hombres que en mujeres, siendo 77,5% y 68,3% respectivamente y lo mismo el cigarrillo que también es más alto en hombres que en mujeres, 39.7% y 26.4% respectivamente. Dentro del consumo de sustancias ilegales la proporción de consumo sigue siendo más alto en hombres que en mujeres para cualquier tipo de sustancia ilegal.

Según la edad específicamente en la ciudad de Cúcuta el consumo de sustancias legales es mayor en edades de 20-24 que en edades de 10-14 años siendo el porcentaje de consumo de 84% y 58% respectivamente para el alcohol y el consumo de cigarrillo alguna vez en la vida es mayor en las edades de 10-14 años que en las de 20-24 siendo el porcentaje de 20% y 15.8% respectivamente. Dentro del consumo de sustancias ilegales la proporción es mayor entre las edades de 20-24 años que en las edades de 10-14 años multiplicando 3 o 4 veces su consumo

El Consumo de sustancias ilegales según el nivel educativo, las proporciones más altas de consumo en la vida de cualquiera de las sustancias psicoactivas ilegales se encuentran en el grupo de personas que no tienen ningún tipo de estudios seguidas de aquellas con estudios universitarios con excepción de las que consumen basuco. las personas que han consumido



marihuana en algún momento de su vida son en mayor proporción las que no tienen ningún tipo de estudio con una tasa de 35,6%, seguida de la universitaria en 14,2% y secundaria en un 5%.

el consumo de sustancias legales de acuerdo con la situación ocupacional de los jóvenes, en general las personas que no tuvieron al momento del sondeo una actividad económica definida son las que en mayor proporción consumieron en el mes anterior a la encuesta bebidas alcohólicas cigarrillos tranquilizantes y los que menos las consumen son los jóvenes que se encuentran estudiando. Sin embargo en cuanto a la prevalencia de vida si hay diferencia entre consumo de alcohol y las otras sustancias legales. los jóvenes que consumieron alcohol alguna vez en su vida son más altas las tasas de consumo en los que trabajan (84,2) o en los que estudian/trabajan (77%) que en los que solo estudian (70%) o en los que ni estudia ni trabaja (74,3). El consumo de cigarrillo alguna vez en su vida en relación con el tipo de ocupación los jóvenes que más consumen son aquellos que solo trabajan (58,3%) seguido de los que no hacen nada (46,4%), lo que solo estudian y trabajan (38.8%) y por último los que solo estudian en un (29,7%).

Las sustancias ilegales de acuerdo con la situación ocupacional el porcentaje de consumo de marihuana alguna vez en la vida es más alto en jóvenes que trabajan (31%) y más bajo en jóvenes que solo estudian (5,5%). consumo de cocaína alguna vez en la vida con el tipo de ocupación en la ciudad de Cúcuta el porcentaje de consumo es más alto en jóvenes que trabajan (12%) y es más bajo en jóvenes que solo estudian (2.5%) y consumo de basuco el porcentaje es más alto en jóvenes que no tienen ninguna ocupación (15.6%) que en aquellos que solo estudian (1.3%) (24)

ELEMENTOS CAUSALES DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Se entiende por causa suficiente como el conjunto de factores de riesgo sin los cuales la enfermedad no ocurre en el sujeto. Dentro de esta concepción, el tamaño de la asociación de un factor de riesgo está explicado por la prevalencia de los elementos complementarios que forman parte de esa causa suficiente.

Cabe mencionar que dentro de esta conceptualización se considera que existen diversas causas suficientes para una misma enfermedad, en donde cada una posee un conjunto propio de factores de riesgo. En este sentido el presente modelo causal se considera multicausal de las enfermedades, donde no es necesario el conocimiento de los mecanismos exactos por los cuales el riesgo de enfermedad se incrementa con la exposición a los factores de riesgo, además, reconoce como unidad analítica, al individuo

Según el modelo de Rothman se considera que un factor de riesgo es causal de enfermedad,



si su alteración de desencadena una variación de la frecuencia del evento. En este sentido estos planteamientos son de utilidad para la prevención, debido a que no es necesario tener conocimiento de todas las causas existentes para prevenir una enfermedad; “efectivamente, al identificar y eliminar sólo uno de los factores de la causa suficiente, se previenen los casos de la enfermedad que esta causa suficiente origina. Al estudiar la causalidad se debe considerar que los factores de riesgo juegan diferentes roles en el desarrollo de la enfermedad” (23).

- **Factores personales**

Dentro del conjunto de factores personales, se encuentran los denominados factores evolutivos, las características de la personalidad, la actitud hacia consumo de drogas y las motivaciones de carácter individual.

- **Factores evolutivos**

Según los planteamientos teóricos de Botvin y Botvin, en la etapa de la preadolescencia y de la adolescencia el individuo sufre diversos cambios de orden físico y mental; es en esta etapa cuando se genera un intento de independencia respecto a la familia, lo cual se hace más sencillo en cuanto se tiene un comportamiento donde la curiosidad predomina, así como el deseo de experimentar nuevas vivencias. De igual forma el joven es más susceptible a las influencias de los grupos de amigos con los que se relaciona. (18)

- **Características de la personalidad o conductuales**

Se ha establecido que el adolescente presenta un conjunto de características de su personalidad que lo predisponen al consumo de drogas. Jessor menciona rasgos tales como el inconformismo con la sociedad, la escasa motivación en la realización de actividades afines al estudio y rebeldía. Otros rasgos corresponden a problemas de socialización, un nivel de poca resistencia a la frustración y al dolor, la carencia de destrezas para afrontar los problemas del día a día. En este sentido, tales sentimientos desencadenan la percepción de una autoimagen negativa, problemas de comunicación, deficiencia en las relaciones interpersonales, esto termina asociándose con el consumo de psicoactivos. (19)

- **Actitud hacia consumo de drogas y la salud**

Teóricamente se considera que las actitudes son un conjunto de disposiciones conductuales de tipo a) emocional-motivacional y b) cognitivo-verbal, que son aprendidas por una persona y que luego pueden reflejarse en los actos motores (20)

- **como respuesta a un estímulo ambiental.**



Rivas y Jenner muestran que los individuos con una actitud positiva respecto a los psicoactivos son propensos a consumirlas, frente a aquellos que manifiestan actitudes neutras o negativas. Teniendo en cuenta que una actitud hacia algo es la creencia respecto a eso, el consumo de drogas se explicaría en tanto que un adolescente con una actitud positiva hacia las drogas, una de tales creencias sería que el hecho de „beber algo de alcohol ayuda a tener amigos“, frente a aquel que posee una actitud negativa, como por ejemplo „consumir drogas perjudica la salud“(21).

- **Motivaciones de carácter individual**

El consumo de sustancias psicoactivas, tanto legales como ilegales, responde principalmente a dos necesidades básicas: a) la búsqueda de placer y b) el rechazo del malestar; cuando un individuo siente presión, ansiedad y estrés, es más probable que recurra a las drogas para encontrar satisfacción frente a sus problemas (21)

Algunos de los motivos que existen para que un sujeto se inicie y se mantenga en el consumo de drogas, son los siguientes: a) satisfacer la curiosidad sobre los efectos de las drogas; b) tener sensación de ser aceptados por un grupo; c) expresar su independencia; d) tener experiencias placenteras, emocionantes y peligrosas; e) escapar de algo, evasión de la realidad; y f) provocar una sensación de bienestar y tranquilidad.

- **Factores del entorno próximo**

Consumo inicial consolidado y adultos drogodependientes Los adultos que son consumidores de psicoactivos y que guardan algún vínculo con el adolescente, resultan ser motivadores de este comportamiento en los jóvenes, en tanto que el joven está continuamente expuesto a modelos que presentan una conducta adictiva.

Rivas y Jenner indican que el consumo de sustancias legales por parte de los adultos incita la imitación de consumo, incitando a que estas sean consideradas como solución o salida en el momento en que aparece un problema. Por ejemplo, a edades tempranas, los infantes se acostumbran a observar a sus padres y demás familiares cercanos acudir a la ‘pastilla’ como solución de todo tipo de problemas; esto resulta ser adoptado por el niño (18,21)

Cabe mencionar que la teoría del comportamiento adaptativo considera la cultura en la cual la persona nace, crece y se desarrolla, debido a que en esta existe la posibilidad de que concurren diversas expectativas. Además el comportamiento adaptativo toma en cuenta varias áreas de funcionamiento, dentro de las que se tienen: el trato con los demás individuos, el aceptar y ser responsable ante el ambiente social. Según estos planteamientos, una persona que no posea la habilidad



para realizar con plenitud uno o más de estos funcionamientos, según el criterio del medio en que vive, no lo hace un ser inadaptado, así no se debe categorizar a una persona de inadaptado por el hecho de tener una forma distinta de resolver los problemas cotidianos, por tener patrones culturales diferentes o por la forma en que trata a los demás (21)

- **Inexistencia de alternativas**

Las preferencias de los adolescentes en sus ratos libres tienen a relacionarse por actividades grupales, a relacionarse entre sí, conocer y mantener relaciones sexuales, esto conlleva algunas veces a incrementos en el riesgo del consumo de drogas; las alternativas a esto corresponden, entre otras, a las actividades físicas, deportivas, intelectuales y sociales, y aquellas que permitan mantener la higiene mental (21).

- **Factores ambientales globales**

Disponibilidad y accesibilidad

Se refiere a la posibilidad de tener acceso a los psicoactivos. En el caso del alcohol y los cigarrillos, estas son accesibles prácticamente para cualquier persona, pero están disponibles para el segmento con mayoría de edad de acuerdo a la reglamentación existente en diversos países. (19)

Publicidad de las drogas legales

A través de los medios de masivos de comunicación se promueve el consumo de alcohol y tabaco, presentándolos como elementos que permiten la socialización, suntuosos y de buen gusto, sin mencionar que sin ellos no se podrían disfrutar de momentos con otras personas (21)

FACTORES PROTECTORES Y FACTORES DE CONSUMO

Se define como riesgo el daño potencial que puede surgir por un proceso presente o suceso futuro, es decir, la posibilidad de que un peligro pueda llegar a materializarse. Factores de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o condición perjudicial para la salud. En lo que se relaciona con el uso y abuso de drogas, el factor protector es un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación de las mismas(12).

Se han determinado mediante varios estudios factores protectores importantes como son la estructura familiar con adecuado apoyo y comunicación entre sus miembros y la participación en actividades extracurriculares tales como el ejercicio o asistir a escuelas deportivas, con un impacto principalmente en consumo de cigarrillo, sustancias ilícitas,



aunque poco efecto en el uso de alcohol.

En cuanto al consumo de sustancias ilícitas siendo la más usada la marihuana, los factores de riesgo importantes son: psicológicos (ansiedad y depresión), la estructura familiar (familias mal estructuradas), escasas creencias religiosas y la presión de grupo.

A parte de los anteriores, se pudo determinar tres factores de riesgo importantes para el consumo de marihuana en adolescentes: la presión de grupo de amigos que usen sustancias, estar involucrado con eventos delictivos y tener problemas recurrentes en el colegio.

La población adolescente (de 10 a 19 años de edad), según la Comisión económica para América Latina (CEPAL), representa el 21 % de la población total de la región, siendo un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países; en Latinoamérica, sin embargo sus necesidades y derechos con frecuencia no figuran en las políticas públicas, ni en estrategia de salud, excepto en políticas cuando su comportamiento es inadecuado o indeseado por la sociedad, como por ej. Deserción escolar, violencia juvenil, abuso de drogas ilícitas o delincuencia, creando políticas y programas que intentan generalmente convencerlos de que abandonen esos comportamientos. La falta de políticas en salud para esta población se debe generalmente a que presenten pocas enfermedades que ponen en riesgo su vida, sin embargo, hábitos nocivos adquiridos en esta de la vida, producen morbilidad y mortalidad en la edad adulta; se ha estimado por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que el 70% de las muertes prematuras en adulto se deben a conductas iniciadas en la adolescencia.(12)

Por esta razón, la Organización Panamericana de la Salud OPS propone un nuevo " marco conceptual centrado en el desarrollo humano, en la promoción de la salud dentro de un contexto de familia, comunidad, y desarrollo social, político y económico, implementando programas integrales, recolectando información sobre esta población, como grupo poblacional heterogéneo y diverso, mejorando el acceso a programas y servicios de salud, mejorando su ambiente y mejorando su vínculo con las escuelas, familias y comunidades, con participación activa del adolescente y coordinación interinstitucional e intersectorial ". Apoyar el desarrollo de adolescentes implica inversiones a largo plazo y no intervenciones aisladas, de corto plazo, sin impacto y sin continuidad.

Es importante continuar realizando investigación sobre adolescentes con el fin de recolectar información básica sobre la situación de su desarrollo integral y quitar mitos con respecto a este grupo poblacional.

En cuanto a su participación laboral se ha estimado que los jóvenes entre 15 y 19 años de edad representan el 40 % de la población económicamente activa en Latinoamérica, presentando tasas de desempleo en jóvenes bastantes altas, lo que influye como un factor negativo en el desarrollo integral del adolescente y su incorporación en forma activa a la



sociedad.

FACTORES DE RIESGO DEL ADOLESCENTE

Las conductas de riesgo en adolescentes más comunes son: adicciones (tabaquismo, alcohol y drogadicción), exposición a ambientes peligrosos y violentos, que asociados potencializan la probabilidad de que las y los adolescentes sufran accidentes, suicidios, y homicidios entre otros. Otras conductas de riesgo importantes son las relaciones sexuales sin protección, que pueden llevar a transmisión de enfermedades de transmisión sexual, infección por VIH y embarazos no planeados, y los hábitos alimentarios anómalos que pueden llevar a desnutrición u obesidad.

Un factor importante para consumo de alcohol o cigarrillo es cuando uno o varios miembros de la familia consumen estas sustancias, el cual es tomado como el adolescente como modelo de comportamiento a imitar. Adicionalmente se encuentra como factor de riesgo importante la presión de grupo ejercida por los pares (amigos, compañeros), al igual que la propaganda comercial y los modelos de consumo expuestos (13).

Los trastornos ansiosos depresivos son los trastornos mentales más frecuentes a esta edad, y asociados al consumo de SPA son un factor de riesgo para suicidio en el adolescente; problemas sociales como la violencia, son factores ambientales determinantes en la salud de los adolescentes, en Colombia 15% de las víctimas mortales ocurren en adolescentes.

4.2: ESTADO DEL ARTE

Merece destacarse que se ha registrado una importante proporción de consumo ocasional de sustancias psicoactivas en niños y niñas entre 10 y 12 años, siendo las bebidas alcohólicas las sustancias más consumidas. Cabe mencionar que todos los niños y niñas que bebieron, manifestaron haberlo hecho en reuniones o eventos familiares (Navidad, Año Nuevo, cumpleaños, entre otros). Esta situación cuestiona dos ideas frecuentes: por un lado, aquella que asocia el inicio del consumo con el grupo de pares o “las malas juntas”; por otro lado, la concepción según la cual el primer consumo ocurre fuera del hogar, en lugares de recreación nocturna. Muy por el contrario, ninguno de los niños ha manifestado consumir alcohol fuera del hogar, sino que su totalidad lo ha hecho en sus propias casas.

Los tres hechos mencionados: que el primer ofrecimiento de alcohol se produzca dentro del entorno familiar del niño, la importante proporción de consumo de esta sustancia, así como la inflexibilidad observada para con las sustancias ilegales, permiten pensar que existiría una tolerancia social y familiar hacia el consumo de alcohol en la cual las bebidas alcohólicas son consideradas como sustancias menos peligrosas.



Estudios nacionales sobre el consumo de sustancias psicoactivas en la República Argentina realizados en 1999, 2004 y 2006 por SEDRONAR (Secretaría de programación para la prevención de la drogadicción y la lucha contra el narcotráfico) incluyeron únicamente a la población entre 12 y 65 años de edad. En esta misma dirección, las Encuestas nacionales sobre el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enseñanza media efectuadas por SEDRONAR en 2001, 2005 y 2007 comprendieron a una población de 12 a 18 años.

Resulta de interés la relación establecida por dicho estudio entre el consumo de sustancias y el entorno de los jóvenes: tener amigos o familiares que consumen drogas legales y/o ilegales, se vio asociado a una mayor tasa de consumo para todas las sustancias (SEDRONAR, 2007).

Numerosos autores consideran que la pertenencia a un sector de escasos recursos económicos podría propiciar el consumo de sustancias (Arrom, Ruoti & Adorno, 1998; Corporación Programa Caleta Sur, 2000; De Micheli & Formigoni, 2002; Instituto para el Estudio de las Adicciones; 2004, diciembre 19; Ramírez Ruiz & De Andrade, 2005), mientras que otros afirman, por el contrario, que son los sectores de alto poder adquisitivo los que se asocian más frecuentemente con dicho consumo (Machado Pratta & Dos Santos, 2007)

Desde otra perspectiva, algunos autores enfatizan que los medios de comunicación favorecen la existencia de las conductas de consumo; advirtiendo que la publicidad televisiva y gráfica influye incrementando el consumo de sustancias psicoactivas (Ellickson, Collins, Hambarsoomians & McCaffrey, 2005). estudio sobre el consumo de sustancias psicoactivas en niños entre 10 y 12 años. estado del arte y resultados preliminares study on the use of psychoactive substances in children between 10 and 12 years old. state of the art and preliminary results. grigoravicius, marcelo juan 1; ducos lópez, mercedes alejandra.

Se ha reconocido que edades de inicio más tempranas, empeoran el riesgo de la enfermedad adictiva, disminuye la efectividad de las intervenciones que se realicen (12) y empeoran el espectro de potenciales riesgos sociales que puedan adoptar los jóvenes (13)

Este estudio concluye en general, que la edad de inicio en el consumo para jóvenes escolarizados de la ciudad, se produce a edades tempranas, siendo un porcentaje mayor al 50 % que inician su consumo antes de los 14 años y se reporta para el alcohol y marihuana una edad de inicio promedio a los 12 años y en el 75 % antes de los 14 años. El resultado anterior, obliga a redoblar esfuerzos preventivos en la población entre 10 y 14 años, dado que allí se localiza con mayor frecuencia, el riesgo para el inicio en el consumo de drogas. Esta situación es similar a la reportada en estudios recientes realizados para la ciudad, a nivel nacional y latinoamericano (14-15)



El presente estudio describe igualmente que el rendimiento académico de los estudiantes que consumen alcohol o drogas, es regular o malo en el 45 % de estos estudiantes, situación que ratifica la necesidad de trabajar en la prevención y atención del consumo, para buscar mejores resultados educativos en los estudiantes de la ciudad. Zapata MA, Segura AM. Consumo de drogas y riesgos asociados en jóvenes escolarizados de la ciudad de Medellín, 2007. Rev Salud Pública de Medellín 2008

El no control del consumo de alcohol entre los jóvenes, puede traer como consecuencia el aumento en el consumo de otras sustancias, dada la evidencia que existe sobre la facilitación que produce el alcohol para el consumo de otras sustancias psicoactivas (16-17) y el incremento de los riesgos sociales y para la salud de los jóvenes, entre los que se destacan, relaciones sexuales inseguras con posibilidad de adquirir infecciones de transmisión sexual y embarazos no planificados en la adolescencia .

5. OBJETIVOS

5.1: OBJETIVO GENERAL

Establecer la prevalencia e identificar los factores de riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas en un grupo de adolescentes escolarizados de los grados octavo y noveno del colegio INEM de la ciudad de Cúcuta en el primer semestre académico del año 2014

5.2: OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Estimar la prevalencia de consumo y el tipo de consumo por genero, edad e inicio del mismo.
- Identificar aspectos socio demográfico de la población a estudio.
- Identificar algunos de los factores de riesgo y los factores protectores sobre el consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes estudiados según genero.
- registrar las posturas personales frente al consumo de sustancias psicoactivas

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1: TIPO DE ESTUDIO



Se realizará un estudio descriptivo ya que las variables en estudio como por ejemplo las Sustancias psicoactivas, Frecuencia de consumo, amigos que consumen alcohol, entre otros, ocurre sin la participación del investigador. De acuerdo con el número de mediciones que se realizará al sujeto de estudio para medir la ocurrencia del evento o cambios en la variable de exposición a lo largo del tiempo, el estudio es transversal pues se realiza una sola determinación en los sujetos de estudio y se evalúa de manera concurrente la variable y lo que queremos encontrar en dicha investigación. De acuerdo al tiempo en la ocurrencia del evento el estudio es de tipo retrospectivo, pues al inicio del proyecto el evento a investigar ya ha ocurrido y nosotros (investigadores) planeamos reconstruir su ocurrencia en el pasado haciendo una encuesta a jóvenes estudiantes del colegio INEM José Eusebio Caro de la ciudad de Cúcuta específicamente de 8 y 9 grado; y aunque la población de estudio es seleccionada sin considerar ninguna información sobre las variables a estudiar, la concurrencia de estos se determinarán una vez conformada la población en estudio; por lo tanto la evaluación de la variable y la concurrencia del evento se hará de manera simultánea.

6.2: CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Como criterios de inclusión se tendrán en cuenta aquellos jóvenes que estudien en el colegio INEM José Eusebio Caro, pertenecientes a los grados 8 y 9 jornada de la mañana año 2014, y que estén de acuerdo con la realización de la encuesta, participando voluntariamente y firmando el consentimiento informado para todos los estudiantes participantes menores de edad. Se excluirán del estudio aquellos estudiantes que no pertenezcan a los grados 8 y 9 y que el día de la encuesta no hayan asistido al colegio. El instrumento que se utilizara fue diseñado con base al estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar en Colombia 2011 y el APGAR familiar

Los criterios de inclusión: estudiantes de octavo y noveno grado de la institución de educación nacional José Eusebio Caro de la ciudad de Cúcuta que deseen participar voluntariamente.

6.3: POBLACIÓN DE ESTUDIO

El estudio se llevará a cabo en una población joven en procesos de enseñanza y aprendizaje pertenecientes al colegio INEM (Institución Educativa Instituto Nacional de Educación Media Diversificada) "JOSE EUSEBIO CARO" de la ciudad de Cúcuta. El colegio INEM José Eusebio Caro es una institución pública con cuarenta años de servicio a la comunidad y que brinda educación de calidad a los niños y jóvenes de los estratos uno, dos, y tres de los diferentes



barrios y sectores de la ciudad. El número de estudiantes matriculados en los grados octavo y noveno grado es de 272 en la jornada de la mañana, durante el primer periodo académico del año 2014. El grado octavo está distribuido por los cursos 801, 802, 803 y el grado noveno está distribuido por los cursos 901, 902, 903, 904.

6.4: MUESTREO

El estudio se basará en un método de muestreo probabilístico de tipo estratificado, el tamaño de la muestra utilizada para desarrollar el instrumento será un total de 160 estudiantes con un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5%. Para la selección específica de los estudiantes en cada curso que participarán en el desarrollo del instrumento se hizo un muestreo aleatorio simple utilizando la calculadora por el método shift + Ran y se tomarán en cuenta los dos últimos dígitos que arroje el resultado por cada ejercicio.

Las fórmulas utilizadas para el muestreo fueron las siguientes

$$n = \frac{z^2 pq}{E^2}$$
$$n = \frac{(1.96^2) (0.5) (0.5)}{0.05^2} = \frac{(3.8416) (0.25)}{0.0025} = \frac{0.9604}{0.0025} = 384.16$$

$$nf: n / 1 + (n/N) = \frac{385}{1 + (388/272)}$$
$$nf: \frac{385}{1+1,41} = \frac{385}{2,41} = 160$$

Cursos	# Estudiantes por grupo	(# est por grupo/272)x 100	nf ((# est por grupo/272)x 100)= _/100
801	43	16%	26
802	44	16,1%	26
803	42	15,4 %	25
901	36	13,2%	21
902	37	13,6%	22
903	36	13,2%	21
904	34	12,5%	20



Total	272	100%	160
-------	-----	------	-----

Los datos que están resaltados con color son el número de estudiantes por cada curso que participaran en el desarrollo del instrumento.

6.5: MANEJO DE LA INFORMACIÓN Y ANÁLISIS

Para el manejo de la información y el análisis se dividirá en:

- Aspectos socio demográficos y factores de exposición que identifican el género, la edad, el estado civil de los padres, APGAR familiar, actividades de ocio y tiempo libre, sexualidad, violencia, adherencia académica
- Consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas ; evalúan la conducta (frecuencia y forma), edad de inicio de consumo, preconceito sobre consumo, situaciones relacionadas con consumo de como son: concepto personal sobre consumo, familia o amigos consumidores

6.6: TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Luego de explicar la metodología, los objetivos, y el alcance de la investigación a las directivas del colegio y a los estudiantes de los grados octavo y noveno, se procedió a obtener la información por medio de un cuestionario estructurado que fue auto-diligenciado por los estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión. El tiempo de duración del desarrollo del cuestionario fue entre 20-25 minutos, para un total de 25 preguntas, el cual se hizo en un teatro cerrado (dentro de las instalaciones del mismo colegio) de manera que todos los participantes lo respondieran al mismo tiempo con acompañamiento de los investigadores. Se observó al final, que cada formulario estuviera correctamente diligenciado.

En los cuestionarios aplicados no se escribió el nombre del participante para mantener y asegurar el anonimato y confidencialidad.

6.7: TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

A cada formulario se le asignara un valor de una secuencia numérica con el fin de identificarlo individualmente. Los datos se ingresaron al programa SPSS versión 19 con el fin de conformar una base de datos. Una vez finalizada las labores de digitación, la información se analizará empleando herramientas estadísticas, tales como medidas de tendencia

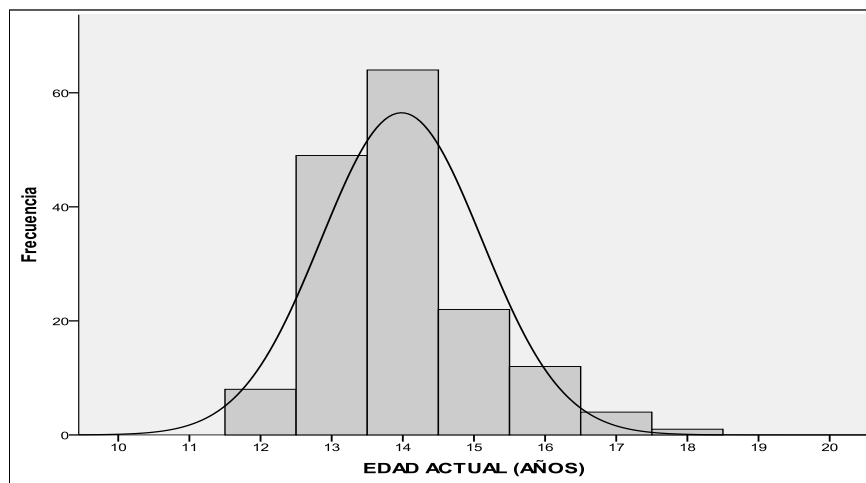


central, de dispersión, de asociación, con sus respectivos intervalos de confianza.

7. RESULTADOS

La investigación conto con la participación de 160 estudiantes de los grados octavo (53.1% estudiantes) y noveno (46.9%) del colegio INEM. La muestra estuvo representada en un 55% por hombres y en el 45% por mujeres. La edad promedio en los estudiantes es 14 ± 1.1 años; Se entrevistaron estudiantes entre 12 y 18 años (ver figura 1).

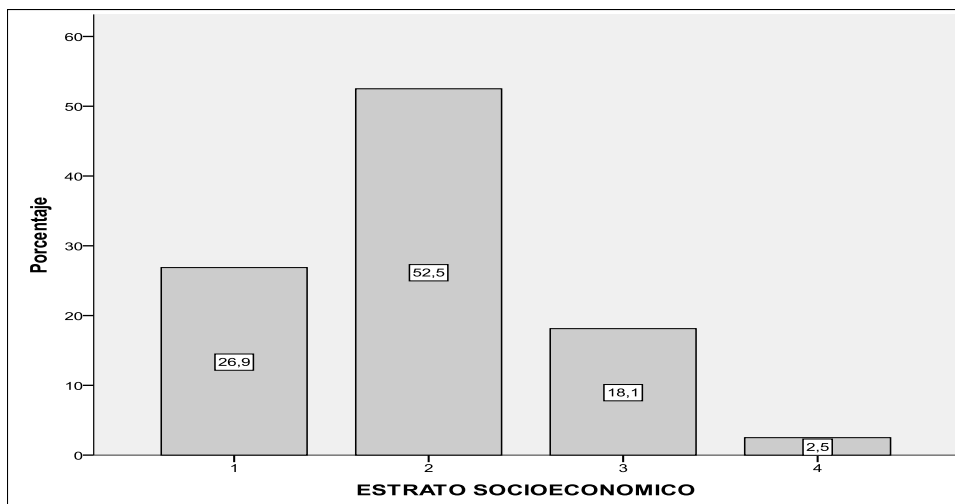
Figura 1. Distribución de estudiantes según edad



Respecto al nivel socioeconómico, la mayor parte de los estudiantes pertenecen al estrato 2 (52.5%), mientras que un 26.9% pertenecen al estrato 1. El 18.1% corresponde al estrato 3 y el 2.5% al estrato 4.

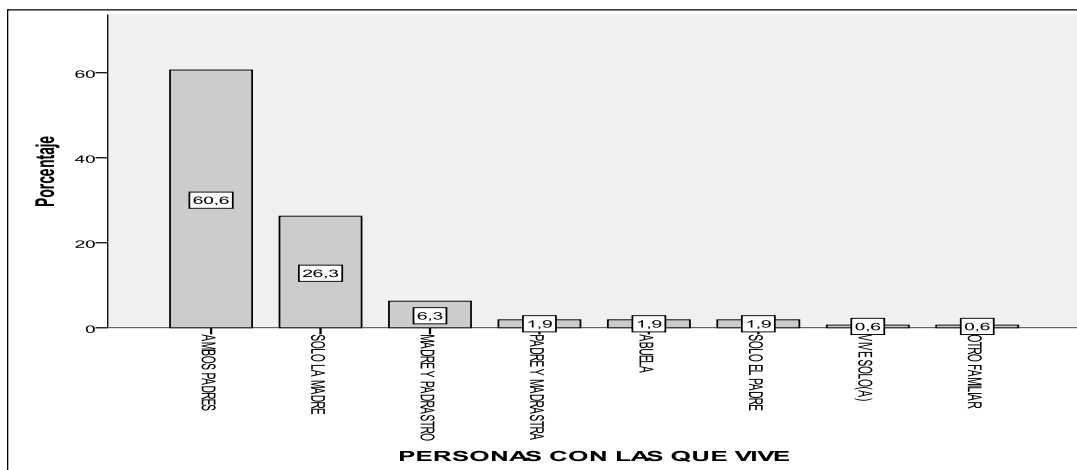


Figura 2. Distribución de estudiantes según estrato socioeconómico



El 60.6% de los estudiantes vive con sus padres; Sin embargo, el 26.3% solo vive con su madre, mientras que un 6.3% viven con su mamá y el padrastro; el 1.9% viven con su papa y la madrastra. La figura 3 muestra la distribución de estudiantes según las personas con las que viven.

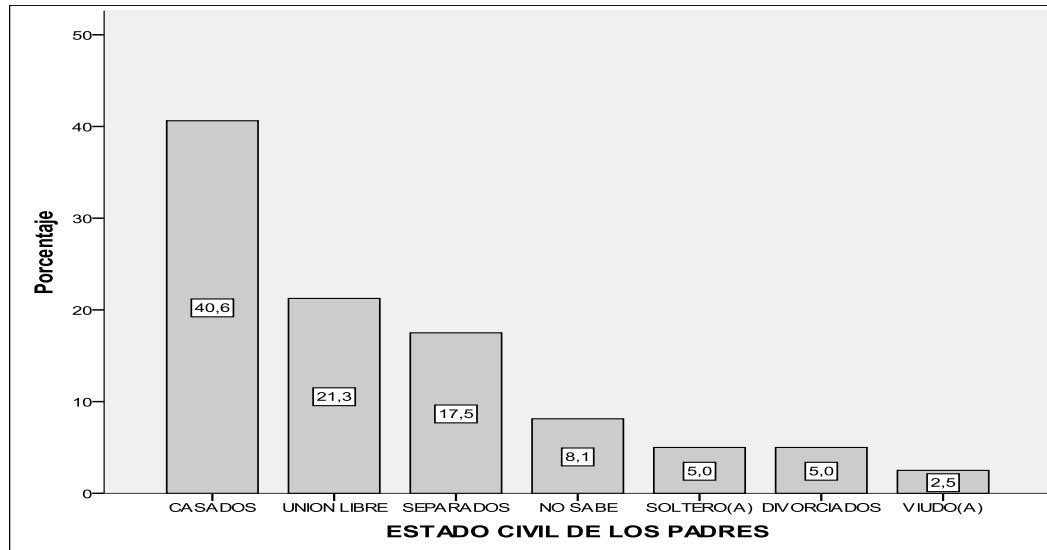
Figura 3. Personas con las que viven



Respecto al estado civil de los padres, el 40.6% de los estudiantes vive con padres casados, mientras que el 21.3% vive con padres en unión libre. El 17.5% vive con padres separados, un 10% con padres divorciados o solteros y el 2.5% con padres viudos. El 8.1% desconoce el estado civil de sus padres

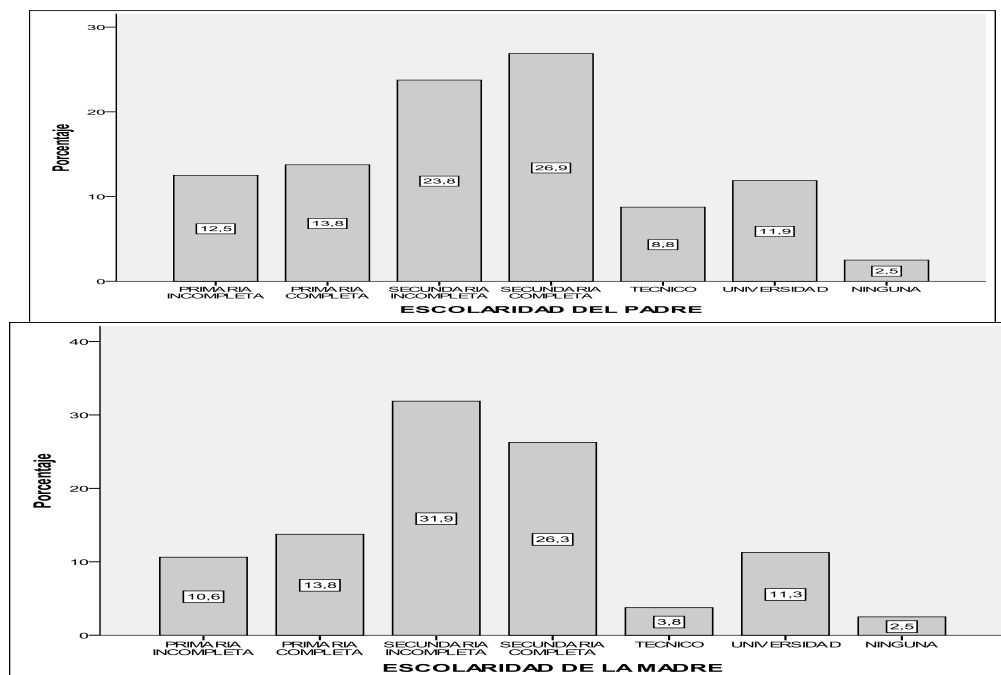


Figura 4. Distribución de estudiantes según estado civil de los padres



En cuanto al nivel educativo de las personas responsables de estos adolescentes, se pudo conocer que es bastante bajo; la mayoría de los padres solo tiene estudios en secundaria de manera incompleta o completa. La presencia de educación superior (técnica o universitaria) es mayor en los papas que en las mamás, no obstante dicha proporción no supera el 20%.

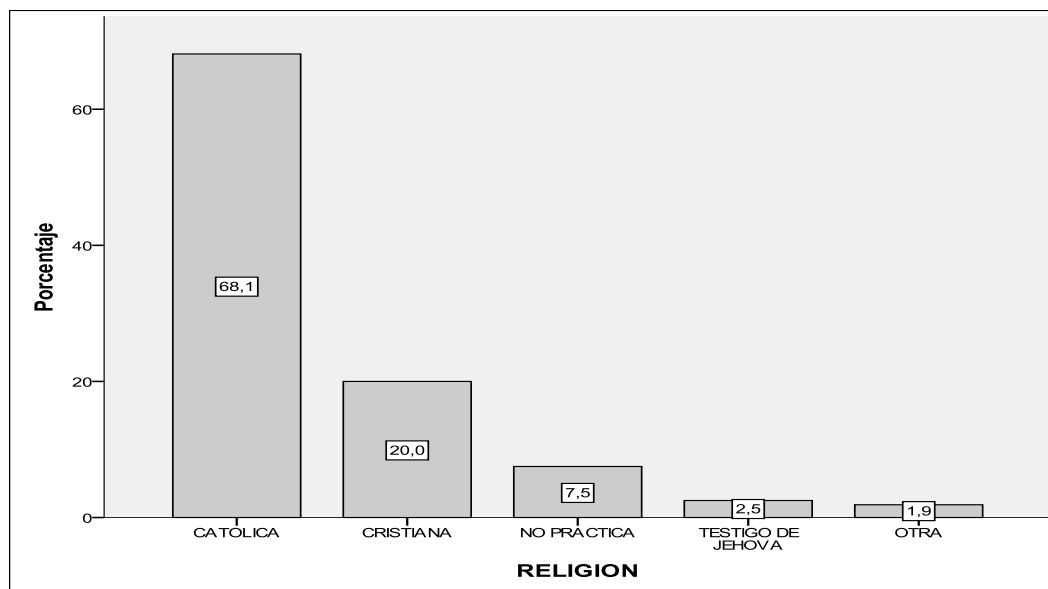
Figura 5. Distribución de estudiantes según nivel educativo de sus padres





La mayoría de los estudiantes se consideran católicos (68.1%); El 20% se consideran cristianos, el 2.5% testigos de Jehová y el 1.9% pertenece a otra religión. El 7.5% refirió no practicar ninguna doctrina religiosa.

Figura 6. Distribución de estudiantes según religión que practican



APGAR FAMILIAR

El 55% de los estudiantes está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tienen problemas; sin embargo, el 40% considera que ese apoyo se recibe solo en algunas ocasiones.

Muy pocos estudiantes casi siempre conversan los problemas que tienen con sus familiares (36.9%); La mayoría dijo que dichas conversaciones ocurren solo a veces y el 15% afirmó que casi nunca comentan sus problemas en la casa.

La opinión frente a la toma de decisiones en concenso con sus padres está dividida; El 43.1% refieren que se dicha situación se presenta casi siempre, mientras que un 41.3% considera que solo en algunas ocasiones. Para el 15.6% las decisiones importantes las toman solos.

La mayoría de los estudiantes está satisfecho con el tiempo que comparten con su familia; Sin embargo, un 12.5% señalan que casi nunca están satisfechos con el tiempo que tienen para compartir con sus padres o familiares.



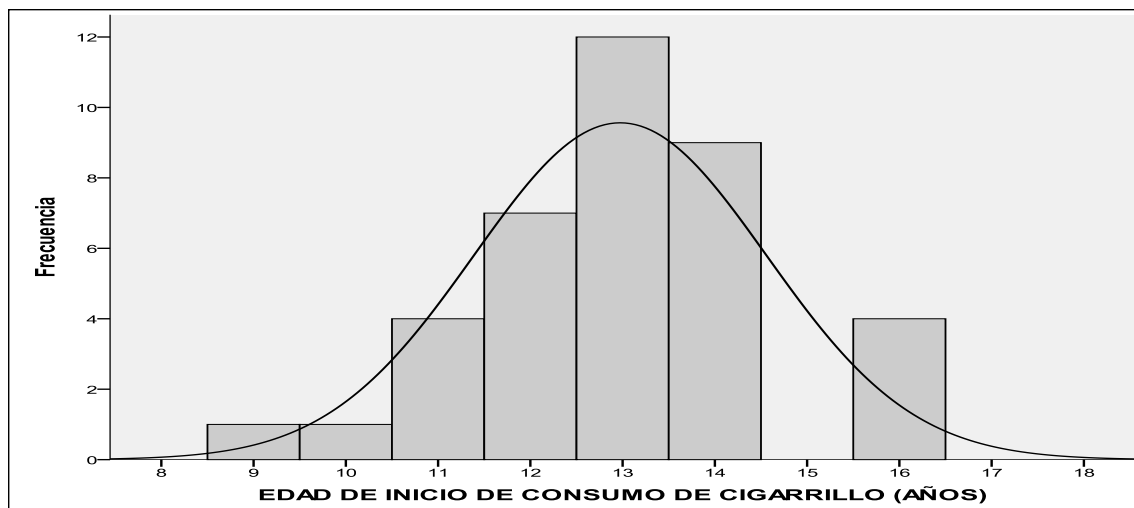
El 75% de los estudiantes siente que su familia le quiere; El 21.9% percibe dicho afecto solo algunas veces, mientras que el 3.1% consideran que sus familia no los quiere.

Cuadro 1. APGAR Familiar

APGAR FAMILIAR	CASI SIEMPRE		A VECES		CASI NUNCA	
	No	% Fila	No	% Fila	No	% Fila
ESTA SATISFECHO CON LA AYUDA QUE RECIBE DE SU FAMILIA CUANDO TIENE UN PROBLEMA	88	55.0	64	40.0	8	5.0
CONVERSAN ENTRE USTEDES LOS PROBLEMAS QUE TIENEN EN CASA	59	36.9	77	48.1	24	15.0
LAS DECISIONES IMPORTANTES SE TOMAN EN CONJUNTO EN LA CASA	69	43.1	66	41.3	25	15.6
ESTA SATISFECHO CON EL TIEMPO QUE USTED Y SU FAMILIA PASAN JUNTOS	96	60.0	44	27.5	20	12.5
SIENTE QUE SU FAMILIA LE QUIERE	120	75.0	35	21.9	5	3.1

El 23.85% de los estudiantes encuestados afirmo haber fumado cigarrillos alguna vez en la vida. La edad promedio de inicio de consumo de cigarrillo se ubicó en 12.9 ± 1.6 años; Se pudo identificar que el 34.2% de los estudiantes están por debajo de la media grupal, es decir, iniciaron el consumo de cigarrillo antes de los 13 años. Con respecto al género, la edad de inicio de consumo de cigarrillo no presenta diferencias importantes ($p = 0.69$).

Figura 7. Distribución de Estudiantes según edad de inicio de consumo de cigarrillo



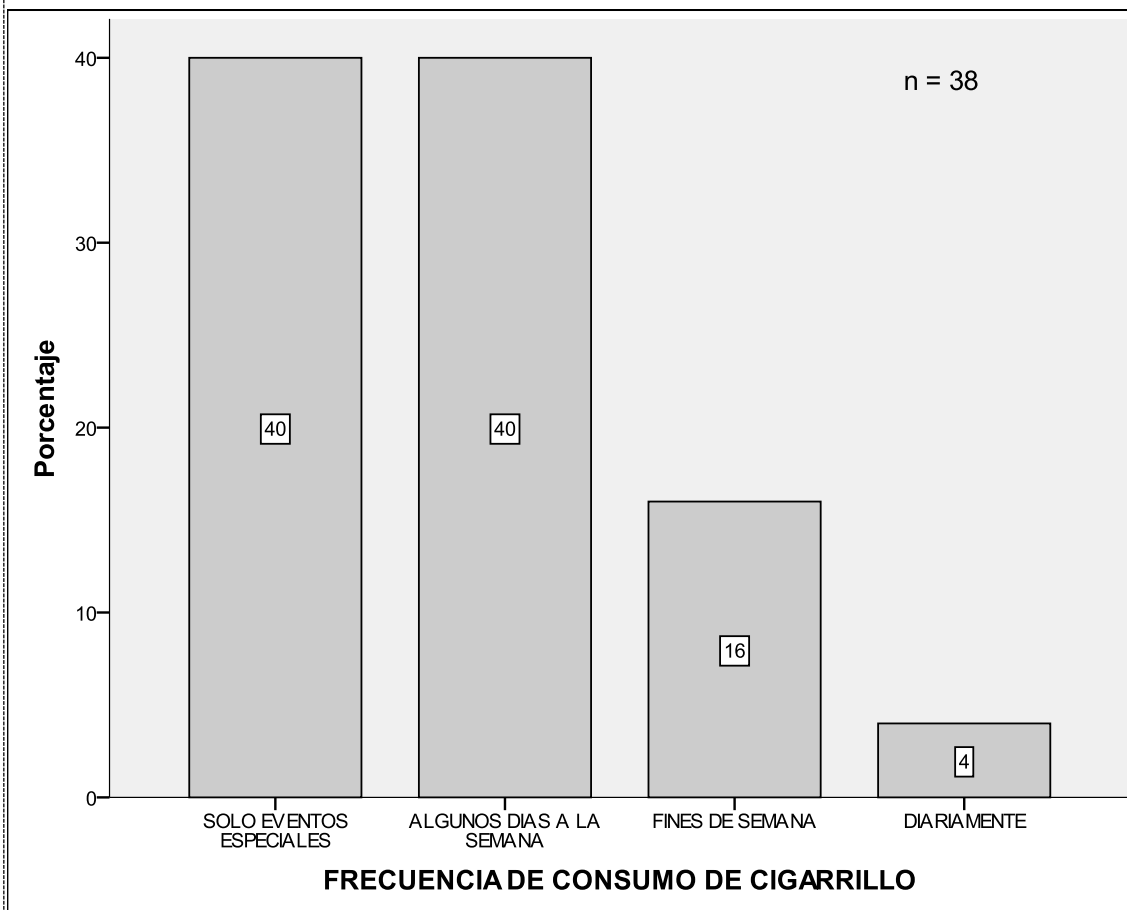


Cuadro 2. Comparación de promedios para edad de inicio de consumo de cigarrillo según género

EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE CIGARRILLO	Género	Promedio	Valor p
	Masculino	13.04 ± 0.30	
	Femenino	12.8 ± 0.51	

De los 38 estudiantes que afirmaron haber fumado en alguna ocasión, el 65.8% consumió cigarrillo en el último mes. La frecuencia de consumo en la mayoría de los casos es ocasional o durante algunos días de la semana (80%); El 16% consume cigarrillos solo durante los fines de semana, mientras que un 4% lo hace diariamente.

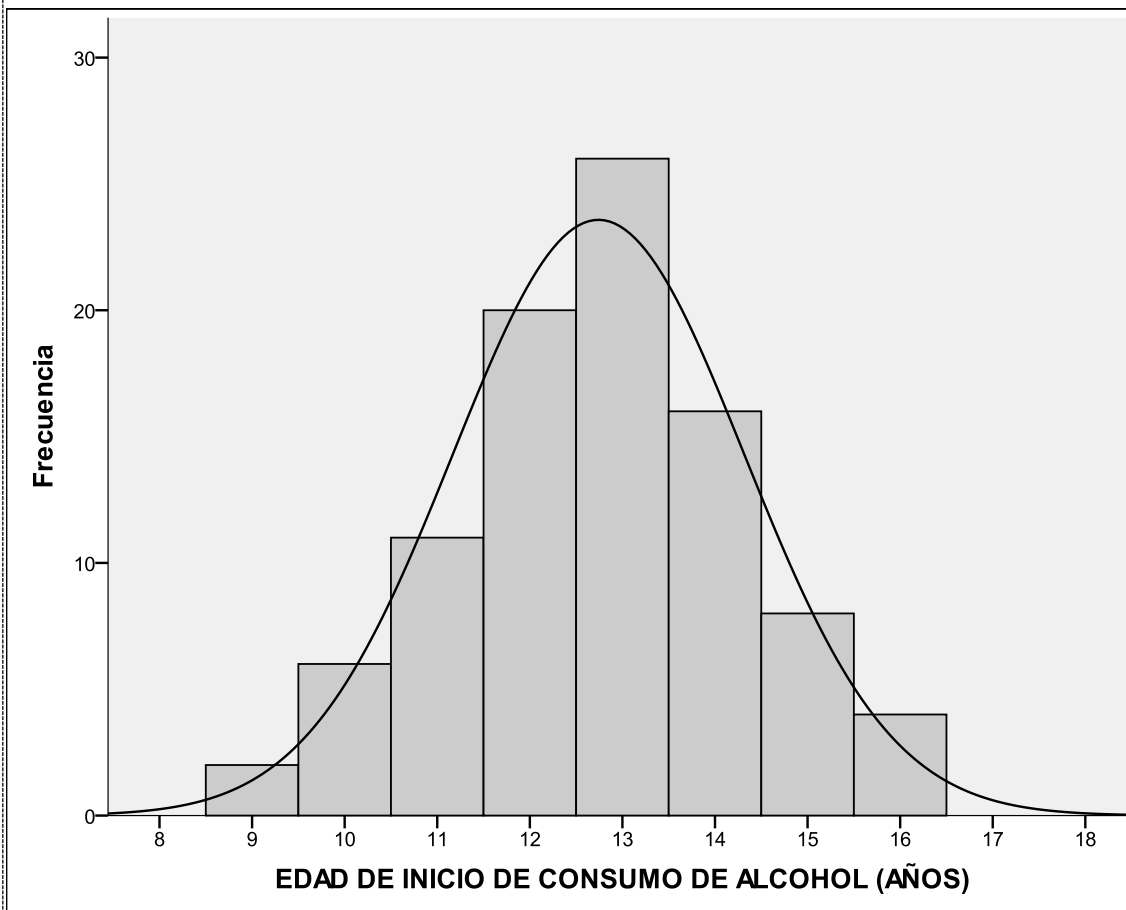
Figura 8. Frecuencia de consumo de cigarrillo al mes





El 58.1% de los estudiantes ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida; La edad promedio de inicio de consumo de alcohol se ubicó en 12.7 ± 1.57 años; El 41.9% de los estudiantes inició el consumo de alcohol entre los 9 y 12 años; Respecto al género la edad de inicio de consumo de alcohol no presenta diferencias significativas ($p = 0.30$).

Figura 9. Distribución de estudiantes según edad de inicio de consumo de alcohol



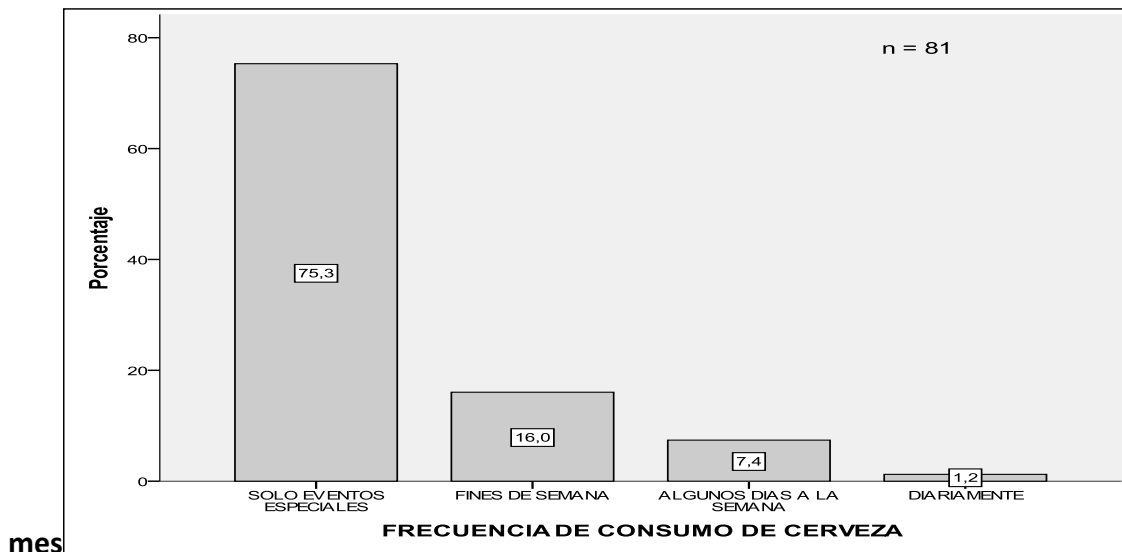
Cuadro 3. Comparación de promedios para edad de inicio de consumo de alcohol según género

EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS	Género	Promedio	Valor p
	Masculino	12.9 ± 0.23	
	Femenino	12.6 ± 0.24	

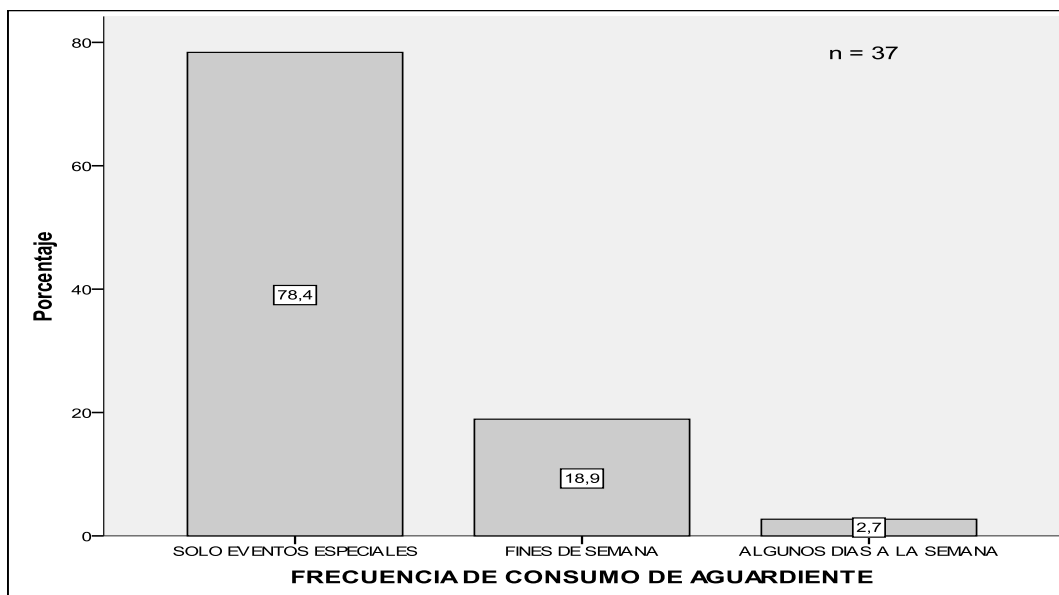


De los 93 estudiantes que ya iniciaron el consumo de bebidas alcohólicas, el 90.3% consumió dichas bebidas durante el último mes. La cerveza es que más se consume (87.1%); El 39.8% de los estudiantes que consumieron bebidas alcohólicas en el último mes, ingirieron aguardiente. En la mayoría de los casos la frecuencia de consumo es ocasional, es decir, solo en eventos especiales; No obstante cabe resaltar que el consumo de cerveza se da más seguido, en algunos casos de manera diaria. En cuanto al consumo de otras bebidas alcohólicas, se mencionan el smirnoff (vodka), principalmente en mujeres.

Figura 10. Frecuencia de consumo de alcohol al



mes





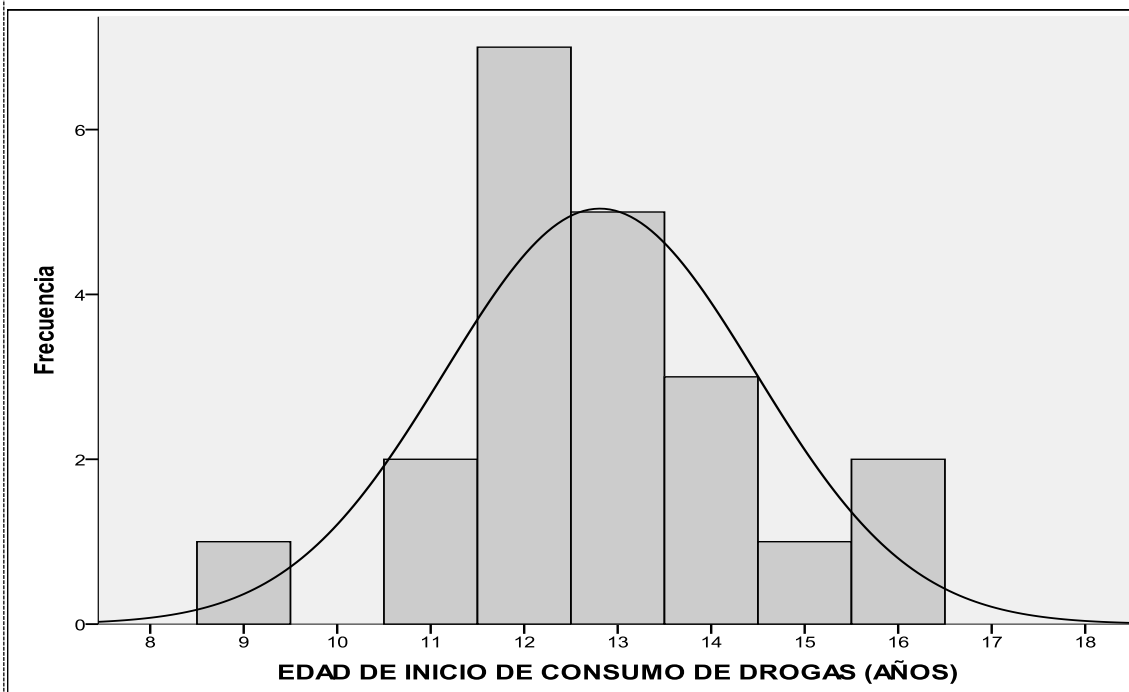
Respecto a la prevalencia de consumo de otras sustancias, se logró conocer que el 13.3% de los estudiantes encuestados ha consumido marihuana, el 2.5% ha consumido crack, el 1.25% ha consumido cocaína o éxtasis y el 0.63% ha consumido hachís.

Cuadro 4. Prevalencia de consumo de drogas

SOLVENTES O PEGANTES	No	Porcentaje
HASHIS	1	0.63
OPIO	0	0.00
COCAINA	2	1.25
BASUCO	0	0.00
MARIHUANA	21	13.13
HEROINA	0	0.00
MORFINA	0	0.00
CRACK	4	2.50
EXTASIS U OTRAS METANFETAMINAS	2	1.25
OTRAS DROGAS	0	0.00

La edad promedio de inicio de consumo de drogas u otras sustancias se ubicó en 12.8 ± 1.7 años; No existen diferencias importantes respecto al género ($p = 0.39$)

Figura 11. Distribución de estudiantes según edad de inicio de consumo de drogas



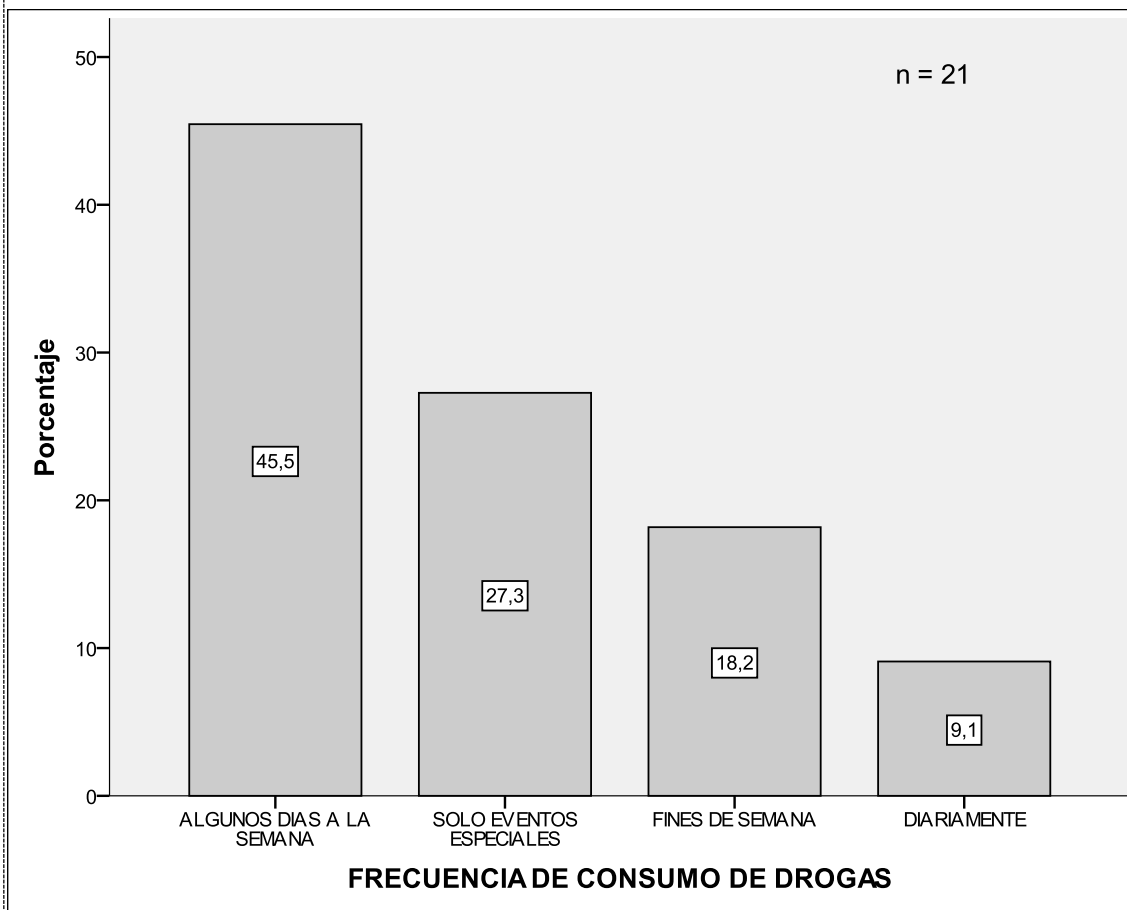


Cuadro 5. Comparación de promedios para edad de inicio de consumo de alcohol según género

EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS	Género	Promedio	Valor p
	Masculino	12.9 ± 0.46	0.39
	Femenino	12.4 ± 0.40	

Respecto a la frecuencia de consumo, en el 45% de los estudiantes que consumen este tipo de sustancias lo hacen algunos días a la semana, el 27.3% lo hace solo en eventos especiales, el 18.2% lo realiza los fines de semana y el 9.1% consume diariamente este tipo de sustancias.

Figura 12. Frecuencia de consumo de otras sustancias al mes





Respecto a los factores causales que de acuerdo a la opinión dada por los estudiantes proporcionalmente siempre son causales de consumo de sustancias psicoactivas sobresalen el querer evadir la realidad y esconder los problemas (20%), los problemas emocionales (14.4%) y la influencia de los amigos (12.5%); Dentro de los que proporcionalmente según la opinión de los estudiantes nunca inciden en el consumo de sustancias psicoactivas sobresalen el desarrollo físico y mental (78.1%), el sentir bienestar y protección y la publicidad de los medios masivos de comunicación y redes sociales (73.1% respectivamente).

Cuadro 6. Opinión frente a posibles factores causales de consumo de sustancias psicoactivas

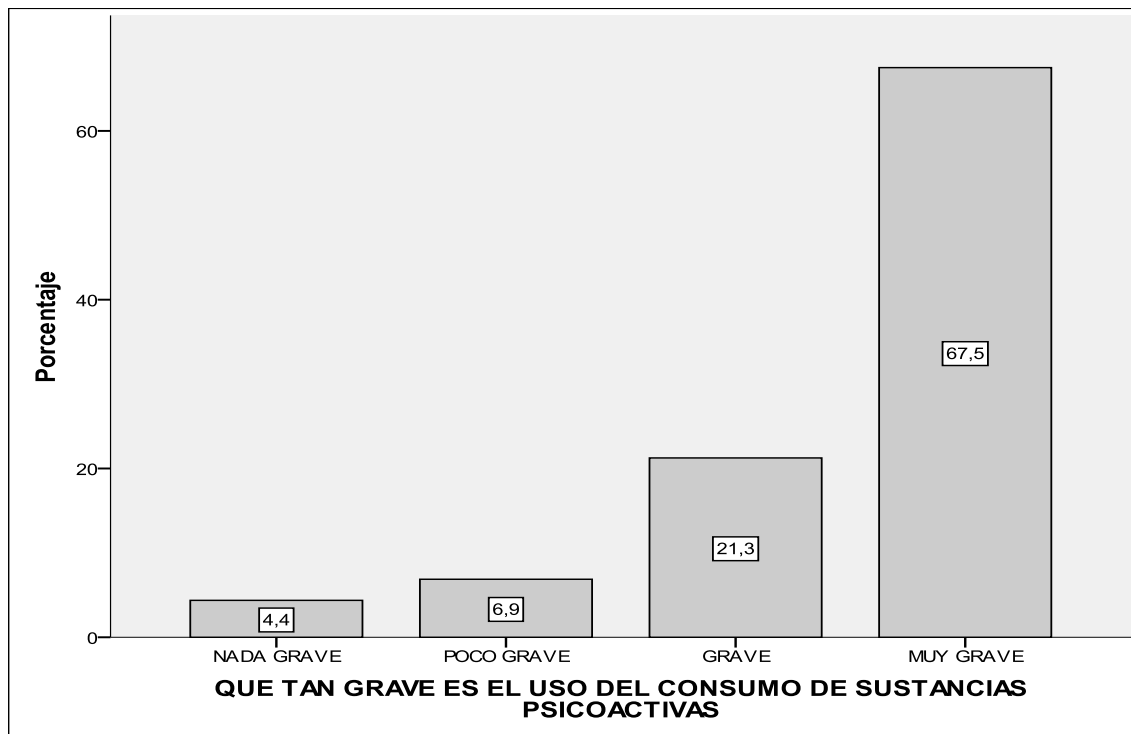
FACTORES CAUSALES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	SIEMPRE		ALGUNAS VECES		NUNCA	
	No	% Fila	No	% Fila	No	% Fila
TENER UNA PERSONALIDAD EXTROVERTIDA O ALEGRE	7	4.4	43	26.9	110	68.8
EL DESARROLLO FISICO Y MENTAL	4	2.5	31	19.4	125	78.1
EL QUERER EXPRESAR INDEPENDENCIA	8	5.0	50	31.3	102	63.8
LA INFLUENCIA DE LOS AMIGOS	20	12.5	69	43.1	71	44.4
INFLUENCIA DE FAMILIARES	12	7.5	42	26.3	106	66.3
EL TENER POCA MOTIVACION HACIA EL ESTUDIO, EL DEPORTE U OTRA ACTIVIDAD CULTURAL	9	5.6	45	28.1	106	66.3
EL QUERER SER ACEPTADO SOCIALMENTE	10	6.3	50	31.3	100	62.5
EL QUERER EVADIR LA REALIDAD Y ESCONDER LOS PROBLEMAS	32	20.0	49	30.6	79	49.4
EL SENTIR BIENESTAR Y PROTECCION	11	6.9	32	20.0	117	73.1
LOS PROBLEMAS EMOCIONALES	23	14.4	53	33.1	84	52.5



EL TENER PROBLEMAS DE CONDUCTA	14	8.8	52	32.5	94	58.8
EL INICIAR O TENER RELACIONES SEXUALES	9	5.6	35	21.9	116	72.5
LA PUBLICIDAD EN MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACION Y/O REDES SOCIALES	15	9.4	28	17.5	117	73.1
CREE USTED QUE LA FALTA DE SEVERIDAD EN LAS LEYES QUE REGULAN EL ALCOHOL, CIGARRILLO, MARIHUANA, COCAINA, ETC	15	9.4	45	28.1	100	62.5

La mayoría de los estudiantes coinciden en que el consumo de sustancias psicoactivas es muy grave (67.5%); Sin embargo, se pudo conocer que el 4.4% lo consideran nada grave y el 6.9% lo considera poco grave.

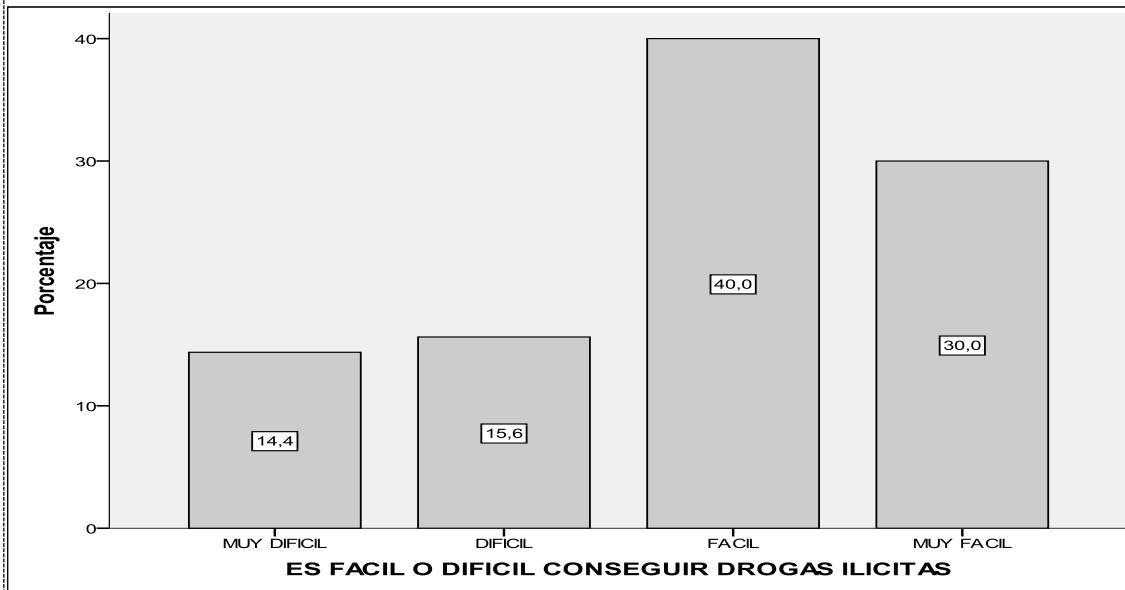
Figura 13. Opinión frente a la gravedad del consumo de sustancias psicoactivas





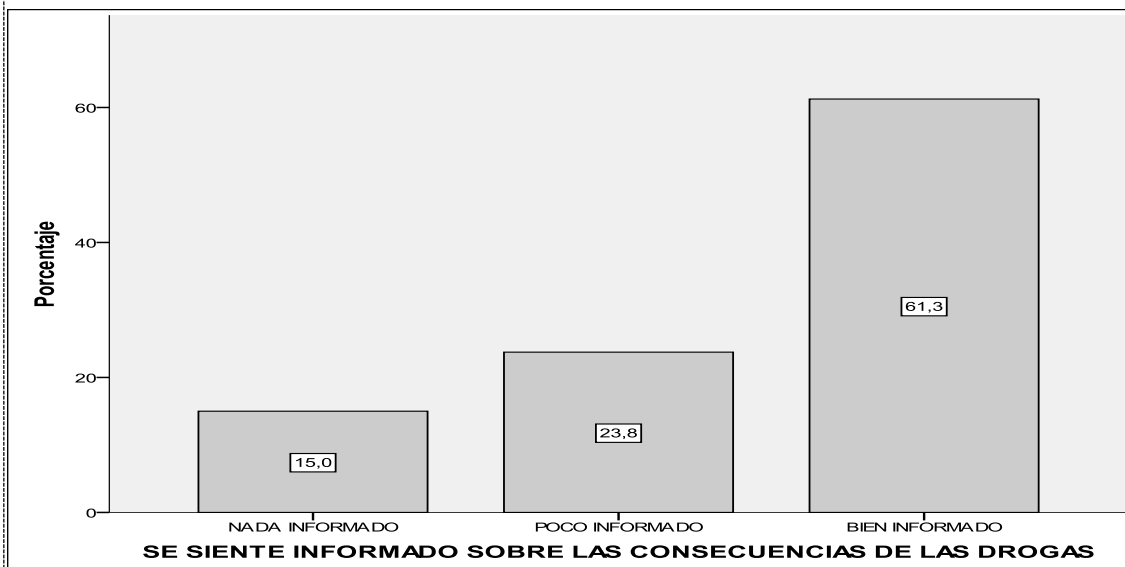
El 70% de los estudiantes encuestados considera que el conseguir drogas ilícitas es fácil o muy fácil; Apenas el 14.4% lo considera muy difícil y un 15.6% lo supone difícil.

Figura 14. Opinión frente a la facilidad de conseguir drogas ilícitas



El 61.3% de los estudiantes entrevistados se considera bien informado sobre las consecuencias que trae el consumo de drogas; El 23.8% refiere estar poco informado y el 15% expresa no estar informado sobre dichas consecuencias.

Figura 15. Opinión frente al grado de información sobre las consecuencias de las drogas





Al establecer la relación entre el estrato socioeconómico y el consumo de sustancias psicoactivas se puede observar que el consumo de cigarrillo y marihuana es proporcionalmente más frecuente en estratos bajos, mientras que el consumo de alcohol es más frecuente en estratos altos, sin embargo, no existen diferencias importantes. De manera que para estos menores la presencia de consumo de sustancias psicoactivas es independiente al estrato socioeconómico.

CUADRO 7. ESTRATO SOCIOECONÓMICO VS CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

ESTRATO SOCIOECONÓMICO	CONSUMO DE CIGARRILLO				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
BAJO	29	22,8	98	77,2	0,29	0,65	0,79
ALTO	9	27,3	24	72,7			
TOTAL	38	23,8	122	76,3			
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	CONSUMO DE ALCOHOL				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
BAJO	73	57,5	54	42,5	0,11	0,84	0,88
ALTO	20	60,6	13	39,4			
TOTAL	93	58,1	67	41,9			
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	CONSUMO DE MARIHUANA				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
BAJO	18	14,2	109	85,8	0,59	0,57	1,65
ALTO	3	9,1	30	90,9			
TOTAL	21	13,1	139	86,9			

Al igual que para el estrato socioeconómico, la presencia de consumo de sustancias psicoactivas en estos menores es independiente al tipo de religión que practican; Las proporciones de consumo son similares tanto en católicos como en los que pertenecen a otras religiones.



CUADRO 8. RELIGIÓN VS CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

RELIGION	CONSUMO DE CIGARRILLO				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
CATOLICA	26	23,9	83	76,1	0,00	1,00	1,02
OTRAS RELIGIONES	12	23,5	39	76,5			
TOTAL	38	23,8	122	76,3			
RELIGION	CONSUMO DE ALCOHOL				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
CATOLICA	63	57,8	46	42,2	0,02	1,00	0,96
OTRAS RELIGIONES	30	58,8	21	41,2			
TOTAL	93	58,1	67	41,9			
RELIGION	CONSUMO DE MARIHUANA				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
CATOLICA	14	12,8	95	87,2	0,02	1,00	0,93
OTRAS RELIGIONES	7	13,7	44	86,3			
TOTAL	21	13,1	139	86,9			

Frente a la creencia de que la influencia de los amigos pueda llevar al consumo de sustancias psicoactivas, se pudo observar que la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas es similar tanto en estudiantes que consideran que la influencia de los amigos incide como en los estudiantes que no están de acuerdo con dicha afirmación; de manera que la presencia de consumo de cigarrillo, alcohol o marihuana es independiente a esta creencia.

CUADRO 9. FACTOR “INFLUENCIA DE LOS AMIGOS” VS CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

CREE USTED QUE LA INFLUENCIA DE LOS AMIGOS PUEDA LLEVARLO A CONSUMIR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	CONSUMO DE CIGARRILLO				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	N	% fila			
SI	23	25,8	66	74,2	0,49	0,58	1,30
NO	15	21,1	56	78,9			
TOTAL	38	23,8	122	76,3			



CREE USTED QUE LA INFLUENCIA DE LOS AMIGOS PUEDA LLEVARLO A CONSUMIR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	CONSUMO DE ALCOHOL				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
SI	51	57,3	38	42,7	0,06	0,87	0,93
NO	42	59,2	29	40,8			
TOTAL	93	58,1	67	41,9			
CREE USTED QUE LA INFLUENCIA DE LOS AMIGOS PUEDA LLEVARLO A CONSUMIR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	CONSUMO DE MARIHUANA				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
SI	14	15,7	75	84,3	1,19	0,35	1,71
NO	7	9,9	64	90,1			
TOTAL	21	13,1	139	86,9			

El consumo de cigarrillo y de marihuana es significativamente mayor en jóvenes que consideran que el evadir la realidad y esconder los problemas lleva al consumo de sustancias psicoactivas ($p = 0,02$); Aunque proporcionalmente el consumo de alcohol es más frecuente en jóvenes que tienen dicha creencia, no se observan diferencias importantes con respecto a los estudiantes que no creen que el evadir la realidad y los problemas sea causa del consumo de sustancias psicoactivas ($p = 0,42$).

CUADRO 10. FACTOR “QUERER EVADIR LA REALIDAD Y ESCONDER LOS PROBLEMAS” VS CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

CREE USTED QUE EL QUERER EVADIR LA REALIDAD Y ESCONDER LOS PROBLEMAS PUEDAN LLEVARLO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	CONSUMO DE CIGARRILLO				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
SI	26	32,1	55	67,9	6,31	0,02	2,64
NO	12	15,2	67	84,8			
TOTAL	38	23,8	122	76,3			



CREE USTED QUE EL QUERER EVADIR LA REALIDAD Y ESCONDER LOS PROBLEMAS PUEDAN LLEVARLO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	CONSUMO DE ALCOHOL				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
SI	50	61,7	31	38,3	0,88	0,42	1,35
NO	43	54,4	36	45,6			
TOTAL	93	58,1	67	41,9			
CREE USTED QUE EL QUERER EVADIR LA REALIDAD Y ESCONDER LOS PROBLEMAS PUEDAN LLEVARLO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	CONSUMO DE MARIHUANA				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
SI	16	19,8	65	80,2	6,32	0,02	3,64
NO	5	6,3	74	93,7			
TOTAL	21	13,1	139	86,9			

El consumo de cigarrillo y de marihuana es significativamente mayor en jóvenes que consideran que los problemas emocionales llevan al consumo de sustancias psicoactivas ($p \leq 0,05$); La presencia del consumo de alcohol es similar tanto en jóvenes que tienen dicha creencia, como en los que no ($p = 1,00$).

CUADRO 11. FACTOR “PROBLEMAS EMOCIONALES” VS CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

CREE USTED QUE LOS PROBLEMAS EMOCIONALES PUEDAN LLEVARLO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	CONSUMO DE CIGARRILLO				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
SI	25	32,9	51	67,1	6,69	0,02	2,68
NO	13	15,5	71	84,5			
TOTAL	38	23,8	122	76,3			
CREE USTED QUE LOS PROBLEMAS EMOCIONALES PUEDAN LLEVARLO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	CONSUMO DE ALCOHOL				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
SI	44	57,9	32	42,1	0,00	1,00	0,98
NO	49	58,3	35	41,7			
TOTAL	93	58,1	67	41,9			



CREE USTED QUE LOS PROBLEMAS EMOCIONALES PUEDAN LLEVARLO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	CONSUMO DE MARIHUANA				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
SI	14	18,4	62	81,6	3,56	0,05	2,48
NO	7	8,3	77	91,7			
TOTAL	21	13,1	139	86,9			

La prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas es similar tanto en estudiantes que consideran que los problemas de conducta inciden en dicho consumo como en estudiantes que no están de acuerdo con esa creencia.

CUADRO 12. FACTOR “PROBLEMAS DE CONDUCTA” VS CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

CREE USTED QUE TENER PROBLEMAS DE CONDUCTA PUEDEN LLEVARLO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	CONSUMO DE CIGARRILLO				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
SI	15	22,7	51	77,3	0,07	0,85	0,91
NO	23	24,5	71	75,5			
TOTAL	38	23,8	122	76,3			
CREE USTED QUE TENER PROBLEMAS DE CONDUCTA PUEDEN LLEVARLO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	CONSUMO DE ALCOHOL				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
SI	36	54,5	30	45,5	0,59	0,52	0,78
NO	57	60,6	37	39,4			
TOTAL	93	58,1	67	41,9			
CREE USTED QUE TENER PROBLEMAS DE CONDUCTA PUEDEN LLEVARLO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	CONSUMO DE MARIHUANA				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
SI	8	12,1	58	87,9	0,10	0,82	0,86
NO	13	13,8	81	86,2			
TOTAL	21	13,1	139	86,9			



Curiosamente el consumo de marihuana es significativamente mayor en estudiantes que consideran que no existe influencia por parte de los medios masivos de comunicación y las redes sociales ($p = 0,05$); En cuanto al consumo de cigarrillo y alcohol, la prevalencia es similar tanto en estudiantes que creen en dicha influencia como en los que no.

CUADRO 13. FACTOR “PUBLICIDAD EN MEDIOS MASIVOS Y REDES SOCIALES” VS CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

CREE USTED QUE LA PUBLICIDAD EN MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACION Y/O REDES SOCIALES PUEDAN LLEVARLO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	CONSUMO DE CIGARRILLO				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
SI	13	30,2	30	69,8	1,37	0,30	1,59
NO	25	21,4	92	78,6			
TOTAL	38	23,8	122	76,3			
CREE USTED QUE LA PUBLICIDAD EN MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACION Y/O REDES SOCIALES PUEDAN LLEVARLO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	CONSUMO DE ALCOHOL				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
SI	25	58,1	18	41,9	0,00	1,00	1,00
NO	68	58,1	49	41,9			
TOTAL	93	58,1	67	41,9			
CREE USTED QUE LA PUBLICIDAD EN MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACION Y/O REDES SOCIALES PUEDAN LLEVARLO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	CONSUMO DE MARIHUANA				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
SI	2	4,7	41	95,3	3,70	0,05	0,25
NO	19	16,2	98	83,8			
TOTAL	21	13,1	139	86,9			

La presencia del consumo de cigarrillo, alcohol y marihuana es mayor en estudiantes que consideran que la falta de severidad en las leyes que regulan las sustancias psicoactivas forman parte de los factores que conllevan al consumo de las mismas, no obstante, no existen diferencias con los estudiantes que no creen que la falta de severidad en las leyes incidan en el consumo de sustancias psicoactivas.



CUADRO 14. FACTOR “FALTA DE SEVERIDAD EN LAS LEYES QUE REGULAN EL CONSUMO” VS CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

CREE USTED QUE LA FALTA DE SEVERIDAD EN LAS LEYES QUE REGULAN EL ALCOHOL, CIGARRILLO, MARIHUANA, COCAINA, ETC PUEDA LLEVARLO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	CONSUMO DE CIGARRILLO				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
SI	19	31,7	41	68,3	3,32	0,09	1,98
NO	19	19,0	81	81,0			
TOTAL	38	23,8	122	76,3			
CREE USTED QUE LA FALTA DE SEVERIDAD EN LAS LEYES QUE REGULAN EL ALCOHOL, CIGARRILLO, MARIHUANA, COCAINA, ETC PUEDA LLEVARLO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	CONSUMO DE ALCOHOL				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
SI	36	60,0	24	40,0	1,39	0,74	1,13
NO	57	57,0	43	43,0			
TOTAL	93	58,1	67	41,9			
CREE USTED QUE LA FALTA DE SEVERIDAD EN LAS LEYES QUE REGULAN EL ALCOHOL, CIGARRILLO, MARIHUANA, COCAINA, ETC PUEDA LLEVARLO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	CONSUMO DE MARIHUANA				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
SI	11	18,3	49	81,7	2,28	0,15	2,02
NO	10	10,0	90	90,0			
TOTAL	21	13,1	139	86,9			

APGAR FAMILIAR

Al establecer la relación entre el apgar familiar y el consumo de sustancias psicoactivas se logró identificar que:

El consumo de cigarrillo, alcohol y marihuana es más frecuente en estudiantes insatisfechos con la ayuda dada por sus familiares en momentos de problemas, observándose asociación estadísticamente significativa con respecto al consumo de alcohol (p = 0.047); Es decir, el consumo de alcohol en estos jóvenes se asocia a la insatisfacción con la ayuda familiar en momentos de problemas (ver cuadro 9).



CUADRO 15. INSATISFACCIÓN CON LA AYUDA QUE RECIBE DE SU FAMILIA CUANDO TIENE UN PROBLEMA VS CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

INSATISFECHO CON LA AYUDA QUE RECIBE DE SU FAMILIA CUANDO TIENE UN PROBLEMA	CONSUMO DE CIGARRILLO				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
SI	18	25,0	54	75,0	0,11	0,73	1,13
NO	20	22,7	68	77,3			
TOTAL	38	23,8	122	76,3			
INSATISFECHO CON LA AYUDA QUE RECIBE DE SU FAMILIA CUANDO TIENE UN PROBLEMA	CONSUMO DE ALCOHOL				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
SI	48	66,7	24	33,3	3,94	0,047	1,91
NO	45	51,1	43	48,9			
TOTAL	93	58,1	67	41,9			
INSATISFECHO CON LA AYUDA QUE RECIBE DE SU FAMILIA CUANDO TIENE UN PROBLEMA	CONSUMO DE MARIHUANA				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
SI	11	15,3	61	84,7	0,53	0,47	1,41
NO	10	11,4	78	88,6			
TOTAL	21	13,1	139	86,9			

El consumo de cigarrillo, alcohol, y marihuana es proporcionalmente más frecuente en estudiantes que no tienen comunicación sobre los problemas en casa, observándose una dependencia estadísticamente significativa entre esta situación y el consumo de alcohol ($p = 0.002$); El riesgo de consumo de alcohol es 1.8 veces mayor en estudiantes donde hay ausencia de conversación sobre los problemas que tienen en casa (ver cuadro 10).

CUADRO 16. AUSENCIA DE CONVERSACIÓN SOBRE LOS PROBLEMAS QUE TIENEN EN CASA VS CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

AUSENCIA DE CONVERSACION SOBRE LOS PROBLEMAS QUE TIENEN EN CASA	CONSUMO DE CIGARRILLO				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
SI	28	27,7	73	72,3	2,39	0,12	1,88
NO	10	16,9	49	83,1			
TOTAL	38	23,8	122	76,3			



AUSENCIA DE CONVERSACION SOBRE LOS PROBLEMAS QUE TIENEN EN CASA	CONSUMO DE ALCOHOL				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
SI	68	67,3	33	32,7	9,53	0,002	2,8
NO	25	42,4	34	57,6			
TOTAL	93	58,1	67	41,9			
AUSENCIA DE CONVERSACION SOBRE LOS PROBLEMAS QUE TIENEN EN CASA	CONSUMO DE MARIHUANA				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
SI	15	14,9	86	85,1	0,72	0,40	1,54
NO	6	10,2	53	89,8			
TOTAL	21	13,1	139	86,9			

El consumo de cigarrillo, alcohol y/o marihuana es más representativo en estudiantes que opinan que las decisiones importantes no se toman en conjunto en la casa; No obstante solo se observó asociación estadísticamente significativa respecto al consumo de alcohol ($p = 0.02$); El riesgo de consumo de alcohol es 1.1 veces mayor en jóvenes donde su opinión no es tomada en cuenta a la hora de decisiones importantes en la casa (ver cuadro 11).

CUADRO 17. LAS DECISIONES IMPORTANTES NO SE TOMAN EN CONJUNTO EN LA CASA VS CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

LAS DECISIONES IMPORTANTES NO SE TOMAN EN CONJUNTO EN LA CASA	CONSUMO DE CIGARRILLO				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
SI	25	27,5	66	72,5	1,61	0,20	1,63
NO	13	18,8	56	81,2			
TOTAL	38	23,8	122	76,3			
LAS DECISIONES IMPORTANTES NO SE TOMAN EN CONJUNTO EN LA CASA	CONSUMO DE ALCOHOL				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
SI	60	65,9	31	34,1	5,29	0,021	2,11
NO	33	47,8	36	52,2			
TOTAL	93	58,1	67	41,9			



LAS DECISIONES IMPORTANTES NO SE TOMAN EN CONJUNTO EN LA CASA	CONSUMO DE MARIHUANA				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
SI	14	15,4	77	84,6	0,94	0,33	1,61
NO	7	10,1	62	89,9			
TOTAL	21	13,1	139	86,9			

Al igual que en los otros factores, el consumo de cigarrillo, alcohol y/o marihuana es más prevalente en estudiantes insatisfechos con el tiempo que comparten con su familia; Sin embargo, solo se evidencio dependencia estadísticamente relevante con relación al consumo de alcohol ($p = 0.00$); El consumo de alcohol es 2.86 veces mayor en jóvenes insatisfechos con el tiempo que pasan con su familia (ver cuadro 12).

CUADRO 18. INSATISFACCION CON EL TIEMPO QUE PASAN JUNTO A SU FAMILIA VS CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

INSATISFECHO CON EL TIEMPO QUE USTED Y SU FAMILIA PASAN JUNTOS	CONSUMO DE CIGARRILLO				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
SI	19	29,7	45	70,3	2,08	0,15	1,71
NO	19	19,8	77	80,2			
TOTAL	38	23,8	122	76,3			
INSATISFECHO CON EL TIEMPO QUE USTED Y SU FAMILIA PASAN JUNTOS	CONSUMO DE ALCOHOL				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
SI	49	76,6	15	23,4	14,9	0,00	3,86
NO	44	45,8	52	54,2			
TOTAL	93	58,1	67	41,9			
INSATISFECHO CON EL TIEMPO QUE USTED Y SU FAMILIA PASAN JUNTOS	CONSUMO DE MARIHUANA				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
CASI SIEMPRE	10	15,6	54	84,4	0,58	0,44	1,43
A VECES	11	11,5	85	88,5			
TOTAL	21	13,1	139	86,9			



El sentimiento de no ser querido por su familia se asocia al consumo de cigarrillo, alcohol y/o marihuana en estos jóvenes; El consumo de estas sustancias es significativamente mayor en aquellos estudiantes que no se sienten queridos por sus familiares ($p < 0.05$).

CUADRO 19. SENTIMIENTO DE NO SER QUERIDO POR SU FAMILIA VS CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

NO SENTIR QUE SU FAMILIA LE QUIERE	CONSUMO DE CIGARRILLO				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
SI	14	35,0	26	65,0	3,73	0,049	2,15
NO	24	20,0	96	80,0			
TOTAL	38	23,8	122	76,3			
NO SENTIR QUE SU FAMILIA LE QUIERE	CONSUMO DE ALCOHOL				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
SI	29	72,5	11	27,5	4,53	0,033	2,31
NO	64	53,3	56	46,7			
TOTAL	93	58,1	67	41,9			
NO SENTIR QUE SU FAMILIA LE QUIERE	CONSUMO DE MARIHUANA				Chi ²	Valor p	OR
	SI		NO				
	n	% fila	n	% fila			
SI	8	20,0	32	80,0	17,86	0,000	5,14
NO	13	10,8	107	89,2			
TOTAL	21	13,1	139	86,9			

8. DISCUSIÓN

Los resultados revelaron que en relación con el consumo de sustancias Psicoactivas, los usos más prevalentes corresponden a sustancias legales, con mayor aceptación social del alcohol y cigarrillo, seguidas por una ilegal, la marihuana.

Indiscutiblemente las bebidas alcohólicas fueron las que más reportaron haber consumido los jóvenes. A nivel nacional Los adolescentes de 12 a 17 años representan la menor tasa de consumo (19.3%) comparados con otros grupos etarios (25-26). Dentro de este grupo observamos que el 58.1% de los estudiantes que participaron en el estudio ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, con una edad promedio de 12.7 ± 1.57 años; de



estos El 41.9% de los estudiantes inició el consumo de alcohol entre los 9 y 12 años, cifra que resulta alarmante comparando este resultado con los hallazgos de otros estudios que determina que la edad de inicio de consumo más baja es a partir de los 11 años (25-27). La cerveza se catalogó la bebida más consumida (87.1%) con una frecuencia de consumo incluso diaria, dato que resulta significativo puesto que Alrededor de 2.5 millones de personas en Colombia presentan un consumo riesgoso o perjudicial de bebidas alcohólicas (26)

El 23.85% de los estudiantes afirmó haber fumado cigarrillos alguna vez en la vida, Con una edad promedio de inicio de 12.9 ± 1.6 años; Cifra que se Compara con estudios que demuestran una prevalencia de edad de inicio de consumo similar (25-28)

Por otra parte, El consumo de drogas sigue causando un daño considerable, reflejado en la pérdida de vidas valiosas y años productivos de muchas personas (29). La sustancia ilegal más consumida por los jóvenes evaluados con el 13.3% sigue siendo la marihuana dato que coincide con los hallazgos de múltiples estudios e informes mundiales (11-12-15-30). Con una edad promedio de consumo de 12.8 ± 1.7 años. Edad de inicio que cada vez se hace más frecuente e incluso con tendencia a presentarse en menores de los 12, comparado con el estudio nacional que solo reportaba un 25 % para inicio de consumo a edades menores de los 13 años. (11)

Para la salud pública, el consumo de sustancias implica un aumento en la morbilidad y mortalidad, en especial en los adolescentes (31) La investigación al encontró una frecuencia de consumo en el último mes del 90.3% para bebidas alcohólicas, 65.8% para cigarrillo y 13.13% para marihuana; con un consumo entre semana del 80% Para el Cigarrillo, 45% Para Marihuana e incluso diaria para el alcohol. Cada año, la dependencia de sustancias distintas de la nicotina es la causante, de manera directa o indirecta, de al menos un 40 % de todos los ingresos hospitalarios, y aproximadamente un 25 % de las muertes se deben directamente al consumo de sustancias ilegales o de alcohol (32-33).

Los factores presentes en el consumo de psicoactivos fueron de diversa índole. Se detectó que el consumo no guarda nexo con el género para ninguna de las sustancias relevantes de este estudio, resultado que sí difiere de otras publicaciones, en donde se aprecia claras diferencias en cuanto al género (11-12-13-14); pese a la limitación del estudio por no poseer un número equiparable en los diferentes estratos socioeconómicos se pudo observar que el consumo de cigarrillo y marihuana es proporcionalmente habitual en estratos bajos (estrato 1 y 2), conjetura que no se apoya en estudios que señalan que El ingreso económico familiar facilitaría el consumo de drogas en los estudiantes (34) . No Se encontró relación entre la religión y el consumo o no de sustancias psicoactivas. Pese que se declara como factor protector en algunas investigaciones (35)

En algunos estudios se ha comprobado que vivir en una familia conflictiva, con escaso apoyo, baja cohesión familiar, problemas en la comunicación, entre otros, pueden ser predictores del consumo de sustancias psicoactivas como la marihuana, el alcohol y el tabaco (36-37-38). Conclusiones que se ven reflejadas en los resultados de este estudio que establecen un



riesgo de consumo de alcohol 1.8 veces mayor en estudiantes donde hay ausencia de conversación sobre los problemas que tienen en casa y 1.1 veces mayor en jóvenes donde su opinión no es tenida en cuenta a la hora de decisiones importantes.

En estudios en Nicaragua y Brasil (39-40) el consumo de cigarrillo, alcohol y/o marihuana es prevalente en estudiantes insatisfechos con el tiempo que comparten con su familia; el 61% reportaba estar la mayoría del tiempo con personas ajenas a su familia y en relación al consumo de sustancias se relacionó con el cigarrillo y el alcohol; Sin embargo, en nuestro estudio solo se evidencio dependencia estadísticamente relevante con relación al consumo de alcohol ($p = 0.00$)

La presencia de problemas afectivos en el hogar se ha considerado como un factor de riesgo familiar. En un estudio realizado en Nicaragua en el año 2012 (39), en una muestra de 70 adolescentes se estableció que el 51 % de los jóvenes no tenían ninguna falta de afecto por parte de su familia y el otro 49% consideraba como factor causante de consumo de SPA la falta de afecto por parte de su familia principalmente para el alcohol y el cigarrillo y en mucho menos proporción algún tipo de droga. Sin embargo, en nuestro estudio el consumo de cigarrillo alcohol y marihuana es significativamente mayor en las 3 en aquellos estudiantes que no se sienten queridos por sus familiares.

No se comprobó que la actitud favorable hacia el consumo de drogas esté vinculada con la influencia de los amigos, ya que el consumo es similar en los dos grupos evaluados; de todos modos aún sigue siendo un factor atribuible al consumo de sustancias psicoactivas discutido en la literatura, de donde radica la importancia de proponer entrenamientos en técnicas de resistencia a la presión grupal basadas en la potenciación de las competencias psicosociales (41)

Como afirma Fierro (1998) (42), el joven desarrolla un fuerte compromiso respecto al grupo, en forma de un gran acatamiento de los gustos, modas y estilos vigentes en el mismo. Por ello, si entre las actividades que dan cohesión al grupo se encuentran las conductas delictivas y el consumo de drogas, el adolescente se sentirá fuertemente presionado para intervenir en dichas acciones y así mantener la autoestima social deseada ante sus iguales (43)

Según estudio (44), el 10% de los estudiantes consideraban como causa de consumo el querer evadir la realidad y esconder los problemas, numero superado en esta investigación que revela un consumo de alcohol del 61.7% y marihuana del 19.8% como evasiva.

El consumo de cigarrillo y marihuana se aprecia en mayor proporción en los que juzgan lo problemas emocionales como un factor causal; contradictorio para el consumo de alcohol que no discrimina entre los que tienen o no dicha creencia. Por otro lado los resultados obtenidos en muchos de los estudios han mostrado una fuerte y consistente asociación de consumo con síntomas depresivos, trastornos del ánimo e indefensión y otros trastornos



mentales (45-46-47); así como un estilo de vida relacionado con el consumo de alcohol, tabaco y cannabis informan de una mayor depresión, soledad e infelicidad (48).

Los problemas de conducta durante la niñez tienden a persistir en la adolescencia y la adultez bajo el abuso de sustancias legales e ilegales, delincuencia juvenil, criminalidad del adulto, comportamientos antisociales, problemas maritales, laborales, problemas interpersonales y mala salud física (49-50). En los resultados obtenidos en este estudio demuestran que la prevalencia de consumo es similar tanto en estudiantes que consideran que los problemas de conducta inciden como en los que no lo afirman. Un estudio demostró que las áreas de familia, salud mental, recreación y problemas de conducta tienen una prevalencia alta asociada al uso de drogas lícitas e ilícitas en los estudiantes adolescentes de ambos sexo (51)

Curiosamente el consumo de marihuana es significativamente mayor en estudiantes que consideran que no existe influencia por parte de los medios masivos de comunicación y las redes sociales; En cuanto al cigarrillo y alcohol, la prevalencia es similar en las dos posiciones. Implícitamente las restricciones publicitarias no conllevan a una reducción directa del consumo y problemas relacionados; Sin embargo está demostrado el impacto que las restricciones publicitarias tienen sobre la eficacia de medidas y campañas, sensibilizando la población, reduciendo la tolerancia social e incrementando la percepción de riesgo (52)

La literatura internacional indica que la presencia o la ausencia de preconceptos o valoraciones positivas sobre las drogas, pueden facilitar el riesgo o proteger en contra del consumo (50). Los resultados indicaron que los estudiantes poseen una opinión en la cual reconocen que el consumo de numerosas drogas (incluidos el alcohol y el cigarrillo) es grave o muy grave, sin embargo esa concepción no se ve reflejada en el alto consumo presentan de esas mismas sustancias. O incluso, cuando reportan poseer un conocimiento fundamentado de los daños que ocasiona el consumo.

La presencia del consumo de cigarrillo, alcohol y marihuana es apreciable en los que estiman que la falta de severidad en las leyes que regulan las sustancias psicoactivas hacen parte de los elementos que conllevan al consumo de las mismas; pese a eso, las diferencias con los estudiantes que no lo afirman no son notables; Quizás por la tendencia de los consumidores y la comunidad de formar de las sustancias una representación social con gran raigambre sociocultural, que implica el proponer medidas de índole coercitivo de carácter socioeducativo, fortalecer y mejorar políticas de prevención e intervención en el ámbito educativo (53) con proyección comunitaria (54-55) e implicando además una adecuación al tejido social donde se implanta. (52)

El incremento del consumo de sustancias en los estudiantes debe ser un estímulo más para la búsqueda de soluciones integrales que involucren coordinadamente diferentes sectores como las entidades de educación y de salud pública (56-57) Las intervenciones para prevenir



el inicio temprano de consumo de alcohol deben iniciarse en el tercer grado de educación elemental o primaria y para evitar el comienzo de consumo de cigarrillo en el cuarto grado (58).

Es importante tener presente que con la prevención de consumo de sustancias legales como el alcohol y el tabaco también se reduce la frecuencia del consumo de sustancias ilegales. La mayoría de los adolescentes que consumen sustancias ilegales se iniciaron primero con alcohol y cigarrillo (59).

CONCLUSIONES

Al evaluar las conductas de consumo el estudio señala una elevada prevalencia en el consumo de sustancias legales cigarrillo y alcohol (principalmente cerveza) e ilegales como la marihuana en estratos bajos; el consumo del otras drogas es inapreciable.

Referente a la frecuencia de consumo el alcohol y el cigarrillo se consumen en eventos especiales, excepto la cerveza que aunque en baja proporción se hace diariamente, la marihuana a diferencia tiene un patrón de consumo reiterado algunos días a la semana.

Resultó alarmante el descenso detectado en la edad de inicio de consumo de las sustancias psicoactivas, favoreciendo el desarrollo de conductas excesivas, como dependencia, abuso y policonsumo; que inician en un postura de aceptación y permisividad social y terminan con una descomposición social.

El consumo de Sustancias psicoactivas es independiente de la religión o influencia de amigos, la asociación causal de estas variables no fue significativa

No existen diferencias sobresalientes en la prevalencia e inicio de consumo respecto al género, el estudio señala una relación hombre- mujer 1:1

Pese a conocer conceptos, valoraciones, percepción de riesgos, efectos, consecuencias y gravedad del consumo de sustancias psicoactivas, se concluyó que existe una alta prevalencia de consumo para sustancias como alcohol, cigarrillo y marihuana.

Coexiste una fuerte asociación en la prevalencia del consumo de cigarrillo y marihuana con el evadir la realidad y ocultar los problemas en especial los emocionales.

Se identificó un escenario familiar en crisis, con ausencia de comunicación, falta apoyo, dedicación de tiempo insuficiente, y sensación de no ser querido, que aumentó el riesgo de consumo de cigarrillo, alcohol y marihuana; esto confirma que el funcionamiento familiar es una causa claramente determinante hacia la incidencia de consumo de sustancias psicoactivas



De manera singular se encontró que solo el consumo de marihuana es mayor en los estudiantes que consideran que los medios masivos de comunicación y las redes sociales no influyen en el consumo de sustancias psicoactivas.

El consumo de cigarrillo, alcohol y marihuana es mayor en estudiantes que consideran que la falta de severidad en las leyes que regulan las sustancias psicoactivas forman parte de los factores que conllevan al consumo de las mismas, Determinándose como un factor de riesgo. Ahora, al analizar las situaciones y características del consumo descritas, se establece la importancia de diseñar estrategias urgentes de prevención y resiliencia, que vigilen y promuevan una salud integral en las instituciones educativas de todos los niveles en formación (primaria, secundaria y terciaria o superior), en donde se fortalezca la unidad familiar, la vulnerabilidad personal, el manejo del tiempo de ocio; el desarrollo de habilidades sociales, de autocontrol, de afrontamiento y enfrentamiento, de manejo y seguimiento de alteraciones psicológicas, comportamentales y emocionales.

AGRADECIMIENTOS

A las directivas del colegio, asesores metodológicos, y a los estudiantes que confiaron en nosotros y contribuyeron con la valiosa información que hizo posible el Estudio

9. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDAD

DESCRIPCIÓN

1	Fase de presentación del estudio a las directivas del colegio y estudiantes
2	Entrega de consentimiento informado y asentimiento informado a las directivas de colegio
3	Realización de los instrumentos
4	Aplicación de los instrumentos y recolección de datos
5	Interpretación de resultados
6	Entrega final del proyecto
7	Sustentación



10. ANEXOS

FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LOS GRADOS OCTAVO Y NOVENO DEL COLEGIO INEM DE LA CIUDAD DE CÚCUTA EN EL PRIMER SEMESTRE ACADÉMICO DEL AÑO 2014

Por favor, conteste las siguientes preguntas con la mayor sinceridad posible. La información será anónima y confidencial.

1. Género: masculino _ femenino _

2. Edad: _____

3. Grado que cursa: 8° _ 9° _

4. Estrato socioeconómico: 1_ 2_ 3_ 4_

5. Con quien vives?

Padres_ madre_ padre_ abuela_ madrastra_ padrastro_ novio(a)_ esposo_ otro familiar_ amigo_ vives solo_ otro_

6.Cuál es el estado civil de los padres?

Casados_ divorciados_ separados_ viudo(a)_ unión libre _ soltero(a)_ no se _

7. Estado de escolaridad del padre:

Primaria incompleta _ primaria completa _ secundaria incompleta _ secundaria completa _ técnico _ universitario _ ninguna _

Estado de escolaridad de la madre:

Primaria incompleta _ primaria completa _ secundaria incompleta _ secundaria completa _ técnico _ universitario _ ninguna _

8. ¿Qué línea religiosa práctica? : católica_ cristiana_ testigo de Jehová_ no practica_ otra_



9. APGAR FAMILIAR

CARECTERISTICA	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasa juntos?			
¿Siente que su familia le quiere?			

10. Ha fumado cigarrillos alguna vez en la vida: si _ no _

11. Qué edad tenía cuando fumo por primera vez: __ años

12. Ha fumado cigarrillo en el último meses: si _ no _

13. Con qué frecuencia ha fumado:

Diariamente_ fines de semanas_ algunos días a la semana_ solo en evento especiales_
No consumí_

14. Ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida: si _ no _

15. Qué edad tenía cuando consumió bebidas alcohólicas: __ años

16. Ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos meses: si _ no _

17. Qué tipo de bebida alcohólica consumió y con qué frecuencia:



a. cerveza_: diariamente_ fines de semana_ algunos días de semana_ solo en eventos especiales_ no consumí_

b. aguardiente_: diariamente_ fines de semana_ algunos días de semana_ solo en eventos especiales_ no consumí_

c. otras bebidas (especificar) _____: diariamente_ fines de semana_ algunos días de semana_ solo en eventos especiales_ no consumí_

18. Ha consumido alguna de estas sustancias:

a. Solventes o pegantes: no_ si

b. Hachís: no_ si

c. Opio: no_ si

d. Cocaína: no_ si

e. Bazuco: no_ si

f. Marihuana: no_ si

g. Heroína: no_ si

h. Morfina: no_ si

i. Crack: no_ si

j. Éxtasis u otra metanfetaminas: no_ si

k. Otras drogas: no_ si___ cual:_____

19. Edad de la primera vez de consumió: ___ años

20. Ha consumido en el último mes: si_ no_

21. Con que frecuencia ha usado estas sustancias:

Diariamente_____ fines de semanas_____ algunos días a la semana_ _____



Solo en evento especiales _____ no consumí _____

22. Marque cuál de las sientes situaciones considera que se relaciona con el consumo de sustancias psicoactivas

Factores causales	siempre	Algunas veces	Nunca
Cree usted que el tener una Personalidad extrovertida o alegre pueda llevarlo al consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, cigarrillo, marihuana, cocina ,etc.)			
Cree usted que el desarrollo físico y mental de la pre adolescencia a la adolescencia (aparición de vello púbico, desarrollo y crecimiento de los senos, aparición de la menstruación, cambios de voz, etc.) puedan llevarlo a consumir sustancias psicoactivas.			
Cree usted que el querer expresar independencia de los padres pueda llevarlo a consumir sustancias psicoactivas			
Cree usted que la Influencia de amigos pueda llevarlo a consumir sustancias psicoactivas			
Cree usted que la Influencia de familiares pueda llevarlo a consumir sustancias psicoactivas			
Cree usted que el tener poca motivación hacia el estudio, el deporte, danzas, teatro o cualquier otra actividad pueda llevarlo al consumo de sustancias psicoactivas			
Cree usted que el querer ser aceptado socialmente pueda llevarlo al consumo de sustancias psicoactivas.			
Cree usted que el querer evadir la realidad y esconder los problemas pueda llevarlo al consumo de sustancias psicoactivas			



Cree usted que el querer sentir bienestar y protección pueda llevarlo al consumo de sustancias psicoactivas			
Cree usted que los problemas emocionales (discusiones con los padres, rupturas con el novio o la novia, problemas con los amigos, etc) pueda llevarlo al consumo de sustancias psicoactivas			
Cree usted que el tener problemas de conducta (agresividad, desobediencia, violencia, etc) pueden llevarlo al consumo de sustancias psicoactivas			
Cree usted que el iniciar o tener relaciones sexuales pueda llevarlo al consumo de sustancias psicoactivas			
Cree usted que la publicidad por la televisión, radio, revistas, redes sociales, etc. Puedan llevarlo al consumo de sustancias psicoactivas			
Cree usted que la falta de severidad en las leyes que regulan el alcohol, el cigarrillo, la marihuana, la cocaína, etc. Puedan llevarlo al consumo de sustancias psicoactivas			

23. En tu opinión que tan grave es el uso del consumo de sustancias psicoactivas?

Nada grave ___ poco grave ___ grave ___ muy grave ___

24. En tu opinión, es fácil o difícil conseguir drogas ilícitas:

Muy difícil ___ difícil ___ fácil ___ muy fácil ___

25. Te sientes informado sobre las consecuencias de las drogas (tabaco, bebidas alcohólicas, Marihuana, cocaína, etc.):

Nada informado ___ poco informado ___ bien informado ___

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN



BIBLIOGRAFÍA

1. Department of health and human services. Centers for disease control and prevention. Morbidity and mortality weekly report (MMWR). JUNE 9, 2006.
2. Estudio nacional de consume de sustancias psicoactivas en Colombia. Ministerio de la protección social (MPS) y la dirección nacional de estupefacientes (dne). 2008.
3. Dirección nacional de estupefacientes. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas. http://odc.dne.gov.co/IMG/pdf/resumen_ejecutivo_datos_regiones.pdf
4. Bree M, Pickworth. Risk factors predicting changes in marijuana involvement in teenagers. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62: 311-320.
5. Brown R. Risk factors for substance abuse in adolescents. Pediatric Clin N Am 49 (2002) 247– 25.
6. Muñoz M, Méndez M. Alternativas Psicológicas de prevención para el joven Colombiano inmerso en una cultura de consumo de alcohol. Psicogente. Universidad Simón Bolívar. Barranquilla. Junio, 2008; 11(19):34-45.
7. Albarracín M, Muñoz L. Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria. Pontificia Universidad Javeriana de Colombia. LIBERABIT: Lima (Perú) 14:49-61, 2008.
8. Normas técnicas para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años. Resolución 412. Ministerio de protección social. República de Colombia.
9. Cáceres D, Salazar I, Varela M Y Tovar J. Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. Univ. Psychol. Bogotá (Colombia) 5 (3): 521-534, octubre-diciembre de 2006.
10. Plan nacional sobre drogas. Encuesta a la población escolar. 2000. Gobierno de España.
11. Ley 30 de 1986. Republica Nacional de Colombia. www. Dne.gov.co
12. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Contemporary Drug Abuse Treatment: A Review of the Evidence Base. New York, NY: United Nations Publications; 2003.



13. Donovan JE, Jessor R. Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood. *J Consult Clin Psychol* 1985; 53:890–904.
14. Torres Y, Osorio JJ, López PL, Mejia R. Salud mental del adolescente Medellín – 2006. Universidad CES-Alcaldía de Medellín. Medellín: Universidad CES; 2007.
15. Naciones Unidas (ONUDD) – Organización de Estados Americanos (CICAD/OEA). Jóvenes y drogas en países sudamericanos: un desafío para las políticas públicas. Primer estudio comparativo sobre uso de drogas en población escolar secundaria. Lima (Perú); 2006.
16. Herrera-Vásquez M, Wagner FA, Velasco E, Borges G, Lazcano-Ponce E. Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. *Salud Pública Méx* 2004; 46(2):132-140.
17. Hawkins JD, Catalana RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull* 1992; 112(1): 64-105.
18. Botvin G, Botvin E. Adolescent Tobacco, Alcohol and Drug Abuse: Prevention Strategies, Empirical Findings, and Assessment Issues. *Dev. Behav. Ped.* 1992; 13(4): 290-301.
19. Jessor R. Clinical issues in research on adolescent health promotion. New York: Academic Press; 1982.
20. Johnson S. Gender differences in science: parallels in interest, experience and performance. *Int. J. of Sci. Ed.* 1987; 9(4): 467-482.
21. Rivas R, Jenner V. Diagnóstico de la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas lícitas (alcohol y tabaco) en los estudiantes masculinos y femeninos de 16 a 45 años de edad que cursan entre el primero y quinto año de estudio durante el ciclo 01 del año 2004 en la Universidad Francisco Gavidia de San Salvador. San Salvador: Universidad Francisco Gavidia; 2004.
22. Organización Mundial de la Salud. Glosario de término de alcohol y drogas. Madrid: OMS; 1994.



23. Jiménez M. Factores de riesgo epidemiológico condicionantes de enfermedades crónicas no transmisibles en personal de salud del hospital de Sicuani, Cusco 2008. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2009.
24. sondeo nacional sobre drogas en jóvenes, programa presidencial rumbos comisión nacional de investigación sobre drogas con la colaboración de la facultad de medicina de la universidad militar nueva granada, 1999-200
25. Estudio Nacional De Consumo De Sustancias Psicoactivas En Poblacion Escolar Colombia – 2011. Gobierno nacional. Ministerio de protección social.
26. Estudio Nacional Sobre El Consumo De Sustancias Psicoactivas En Colombia 2012. Gobierno Nacional De La República De Colombia - Unodc - Cicad - - Oea -, Y La Embajada Delos Estados Unidos En Colombia.
27. Herrera-Vázquez M, Wagner FA, Velasco-Mondragón E, Borges G, Lazcano-Ponce E. Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. Salud Publica Mex 2004;46:132-140.
28. Naciones unidas oficina contra la droga y el delito. Jóvenes Y Drogas En Países Sudamericanos: Un Desafío Para Las Políticas Públicas Primer Estudio Comparativo Sobre Uso De Drogas En Población Escolar Secundaria De Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú Y Uruguay. Septiembre. 2006
29. Naciones unidas oficina contra la droga y el delito. Informe mundial sobre las drogas 2014
30. Naciones unidas oficina contra la droga y el delito. Informe mundial sobre las drogas 2013
31. Grunbaum Ja, Kann L, Kinchen S, Ross J, Hawkins J, Lowry R, Et Al. Youth Risk Behavior Surveillance -United States, 2003. Mmwr 2004; 53 (Suppl 2): 1- 95
32. Casanova L, Borges G, Mondragón L, Medina-Mora Me, Cherpitel C. El Alcohol Como Factor De Riesgo En Accidentes Vehiculares Y Peatonales. Salud Mental 2001; 24: 3-11.
33. Us Center For Disease Control. Alcohol-Related Mortality And Years Of Potential Life Lost. United States, 1987. Mmwr 1990; 39: 173-7



34. Sepúlveda J, Roa J, Muñoz M. Estudio Cuantitativo Del Consumo De Drogas Y Factores Sociodemográficos Asociados En Estudiantes De Una Universidad Tradicional Chilena. Rev Med Chile. 2011; 139: 856-63.
35. Segundo Estudio De Salud Mental Del Adolescente. Secretaria De Salud. Universidad Ces Medellin. 2009
36. Torres de Galvis Y, Osorio Gómez J, López Bustamente PL, Mejía R. Salud mental del niño y el adolescente, Medellín 2006. Medellín: Ed. Artes y Letras; 2007
37. Butters JE. Family stressors and adolescent cannabis use: a pathway to problem use. Journal of Adolescence, 2002; 25: 645-654.
38. McGee R, Williams S, Poulton R, Moffitt T. A longitudinal study of cannabis use and mental health from adolescence to early adulthood. Addiction 2000; 95 (4), 491-503.
39. Thelma Diaz de Paredes, Carla Aparecida Arena Ventura. Consumo de drogas psicoactivas y factores de riesgo familiar en adolescentes. Gregoria Francisca canales quesada, Revista de investigacion programa de enfermería Udes. Nicaragua 2012.
40. Zila van der Meer Sanchez; Lúcio Garcia de Oliveira; Luciana Abeid Ribeiro. The role of information as a preventive measure to the drug use among young people at risk. Ciênc. saúde coletiva vol.15 no.3 Rio de Janeiro May 2010
41. Gilbert J. Botvin . Preventing Drug Abuse In Schools: Social And Competence Enhancement Approaches Targeting Individual-Level Etiologic Factors.. Weill Medical College Of Cornell University. 2000
42. Esther García Zabaleta .Conductas Desadaptativas En Los Adolescentes De Navarra.: El Papel De La Familia Y La Escuela. 2004
43. Musitu, G. Y Cava, M.J. (2003). El Rol Del Apoyo Social En El Ajuste De Los Adolescentes. Intervención Psicosocial, 12(2), 179-192.
44. Evallos Zambrano Denisse Alejandra, García Hurtado Kelly Deyanira, Saltos Macías Marina Elizabeth, Segarra Zorrilla José Daniel, Velasco Choéz Luis Alfredo. "Factores Que Influyen En El Consumo De Sustancias Psicoactivas En Los Colegios Del Canton Jipijapa". 2013. Ecuador.



45. Desimone A¹, Murray P, Lester D. Alcohol Use, Self-Esteem, Depression, And Suicidality In High School Students.¹psychology Program, Richard Stockton College, Pomona, New Jersey 08240.
46. .María Isabel Mendoza Sierra, Ana María Carrasco González, Manuel Sánchez García. Consumo De Alcohol Y Autopercepción En Los Adolescentes Españoles. Psychosocial Intervention, Vol. 12, Núm. 1, 2003, Pp. 95-102, Colegio Oficial De Psicólogos De Madrid. España
47. Brook Dw, Brook Js, Zhang C, Cohen P, Whiteman M. Drug Use And Risk Of Major Depressive Disorder, Alcohol Dependence, And Substance Use Disorders. Arch Gen Psychiatry 2002; 59: 1039-44
48. Isabel Castillo E Isabel Balaguer. Relaciones Entre Las Conductas Del Estilo De Vida En La Adolescencia Temprana. Promolibro.Valencia. 2002
49. Patterson Gr, Debaryshe Bd, Ramsey E. A Developmental Perspective On Antisocial Behavior. Amer Psychologist. 1989; 44(2):329-335.
50. Hurtado C. Consumo De Sustancias Psicoactivas, Prevalencia De Factores De Riesgo Y Protectores Asociados, En Escolares Del Municipio De Tenjo. Cundinamarca: Universidad De La Sabana; 2009.
51. Ever Agustín Osorio Rebolledoⁱ; Neris Marina Ortega De Medinaⁱⁱ; Sandra Cristina Pillon. Factores De Riesgo Asociados Al Uso De Drogas En Estudiantes Adolescentes. 2004 Sao Paulo Brasil).
52. Pascual Fernández C. Medidas Coercitivas Y Reducción De Daños. Dificultades En La Aplicación De Las Políticas Restrictivas Frente Al Alcohol
53. Vega, M.T. Y Garrido, E. (2000). Valoración De Una Intervención Preventiva Del Consumo Adolescente De Tabaco Y Alcohol: Incidencia De Factores Personales Y Situacionales. Revista De Psicología Social Aplicada, 10, 5-29
54. Legaza, I. (2002). Programa Comunitario De Prevención De Drogodependencias. Idea Prevención, 24, 24
55. Moral Jiménez Mv, Et Al. Comparación De La Eficacia Preventiva De Programas De Intervención Psicosocial Sobre Las Actitudes Hacia El Consumo Juvenil De Sustancias Psicoactivas



56. Roldán C. Abuso De Sustancias. Propuestas Preventivas, Detección Precoz Y Abordaje Terapéutico. Arch Argent Pediatr 2003; 101: 1
57. Kulig J, Committee On Substance Abuse. Tobacco, Alcohol, And Other Drugs: The Role Of The Pediatrician In Prevention, Identification, And Management Of Substance Abuse. Pediatrics 2005; 115: 816-21.11
58. Vega Wa, Gil Ag, Zimmeran Rs. Patterns Of Drug Use Among Cuban-American, African-American, And White Non-Hispanic Boys. Am J Public Health 1993; 83: 257-9
59. Villatoro Ja, Medina-Mora Me, Juárez F, Rojas E, Carreño S, Berenzon S. Drug Use Pathways Among High School Students Of Mexico. Addiction 1998; 93: 1577-88



PREVALENCIA E IDENTIFICACIÓN DE FACTORES LOS FACTORES DE RIEGO ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ESTUDIANTES DE OCTAVO Y NOVENO GRADO DEL INSTITUTO NACIONAL DE EDUCACIÓN MEDIA JOSÉ EUSEBIO CARO DE LA CIUDAD DE CUCUTA EN EL PRIMER SEMESTRE ACADÉMICO DEL 2014

Código

FPI-11 v.00

Página

Empty dashed box for content.