

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS  
PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES Y JOVENES PERTENECIENTES AL  
PROGRAMA CONVIVENCIA CON CALIDAD DE VIDA DEL MUNICIPIO DE  
SABANETA**

LORENA PALACIO CUADROS



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PSICOLOGÍA

ENVIGADO

Agosto de 2018

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS  
PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES Y JOVENES PERTENECIENTES AL  
PROGRAMA CONVIVENCIA CON CALIDAD DE VIDA DEL MUNICIPIO DE  
SABANETA**

LORENA PALACIO CUADROS

Trabajo de grado presentado para optar al título de Psicólogo

Asesor: Jonathan Andres Hernandez Calle, Magíster (MSc)



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PSICOLOGÍA

ENVIGADO

Agosto de 2018

## **Dedicatoria**

Este trabajo va dedicado a mis padres y a mi tía por su apoyo, por años de esfuerzo, lucha y sacrificio, por su acompañamiento constante e incondicional para el cumplimiento de esta meta, también a esos dos seres que durante los años de carrera partieron de mi lado, pero aun así permanecen vivas en mi recuerdo LMMV- RMCC.

Es preciso dar gracias por el cariño brindado por las palabras de aliento y sabiduría que motivaron el continuar cada día.

Y por último pero no menos importante dar las gracias a Dios.

## **Agradecimientos**

Sin titubear y sin pensar tanto, el gracias más grande es para mí asesor Jonathan Hernández, porque sin su acompañamiento y asesoría este trabajo no podría haber sido posible.

De igual manera agradezco enormemente a la Personería Municipal de Sabaneta, a la Personera Mónica Londoño y a la Psicóloga Erika Posada, por permitir desarrollar este trabajo con los chicos del Programa Convivencia con Calidad de Vida, por el apoyo, acompañamiento y cariño que recibí de su parte.

## CONTENIDO

1.	Resumen .....	7
1	Abstract.....	8
2	Introducción.....	9
3	Planteamiento del problema .....	10
4	Justificación.....	16
5	Objetivos.....	17
5.1	Objetivo General .....	17
5.2	Objetivos Específicos.....	18
6	Marco Referencial .....	18
6.1	Marco de antecedentes .....	18
6.2	Marco teórico .....	24
6.3	Marco ético legal.....	34
7	Metodología.....	35
7.1	Tipo de estudio .....	35
7.2	Población.....	36
7.2.1	Muestra .....	36
7.3	Técnicas de recolección de información .....	37
7.4	Procedimiento.....	38
7.5	Análisis de datos.....	38
7.6	Consideraciones éticas .....	39
8.	Resultados.....	40
8.1.	Consumo de alcohol.....	40
8.2.	Consumo de cannabis.....	42
8.3.	Consumo de inhalantes.....	44
8.4.	Consumo de tabaco .....	46
8.5.	Consumo de cocaína.....	48
9.	Discusión .....	50
10.	Conclusiones .....	53
11.	Recomendaciones .....	54
12.	Referencias.....	55
13.	Anexos .....	62

## Lista de Tablas

Tabla 1 Consumo de alcohol en adolescentes pertenecientes al Programa Convivencia con Calidad de Vida.....	41
Tabla 2. Consumo de cannabis en adolescentes pertenecientes al Programa Convivencia con Calidad de Vida.....	43
Tabla 3 Consumo de inhalantes en adolescentes pertenecientes al Programa Convivencia con Calidad de Vida.....	45
Tabla 4 Consumo de Tabaco en Adolescentes Pertenecientes al Programa Convivencia con Calidad de Vida.....	47
Tabla 5 Consumo de cocaína en adolescentes pertenecientes al Programa Convivencia con Calidad de Vida.....	49

## 1. Resumen

Este trabajo tuvo por objetivo la identificación de los factores de riesgos que se encuentran asociados al consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes pertenecientes al Programa Convivencia con Calidad de Vida, programa que se lleva a cabo en la Personería de Sabaneta, para dar cumplimiento a este objetivo, este estudio se enfocó hacia una investigación cuantitativa no experimental; para la recolección de la información se implementaron, una encuesta sociodemográfica, el test de Apgar familiar, la prueba para la detención del consumo ASSIST, la escala EADG de GOLBERG, el Cuestionario de Autoesquemas (CIE), y, el cuestionario de Autoeficacia (CAE), con los cuales fue posible detectar la presencia de disfuncionalidad familiar, un elevado consumo de cannabis por parte de los participantes de ambos sexos, mayor prevalencia en el consumo de inhalantes por parte de las mujeres, autoesquemas más fortalecidos por parte de los no consumidores y mayor riesgo de depresión y ansiedad por parte de los consumidores.

**Palabras clave:** Adolescentes, Jóvenes, factores de riesgo, asociados, consumo y sustancias psicoactivas.

## 1 Abstract

The objective of this work was to identify risk factors that are associated with the consumption of psychoactive substances in young people belonging to the coexistence program that takes place in the Personería of Sabaneta; to fully achieve this objective, this study focused on non-experimental quantitative research; for the collection of the information a sociodemographic survey, the family APGAR test, the test for the detection of the assistance, golberg's eagd score, shelf – check questionnaire (CIE), and autoefficiency questionnare (CAE), What it possible detect the presence of a dysfunctional family, a high level of cannabis by both sexes, a higher prevalence of use of inhalants by women, more reinforced shelf-schemas by non-consumers and an increased risk of depression and anxiety part of the consumers.

### Keywords

Adolescents, youg people, risk factors, associates, consumption and psychoactive substances.



## 2 Introducción

Este trabajo tiene por fin proporcionar información acerca de los factores de riesgo que se ven relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes, pues es preocupante el incremento del consumo de psicoactivos en esta población y en especial en el Municipio de Sabaneta, mostrando claramente una necesidad de conocer las falencias que se ha tenido y se siguen teniendo en cuanto al manejo de la prevención del consumo en estos jóvenes y adolescentes.

El consumo de psicoactivos ha sido relacionado socialmente con la delincuencia, es por ello que con este trabajo lo que se busca es dar identificación a los factores de riesgo que se encuentran asociados al consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes institucionalizados pertenecientes al programa Convivencia con Calidad de Vida del municipio de Sabaneta, programa que es desarrollado por la Personería Municipal.

Por lo cual, al identificar estos factores los programas encargados de realizar las actividades de prevención en el municipio, tendrán una idea más clara al momento de abordar la problemática, y de esta manera desarrollar un trabajo conjunto, no sólo con los jóvenes y adolescentes, sino involucrar también a las instituciones educativas y a las familias.

### 3 Planteamiento del problema

La OMS define la adicción como:

Consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio (1994, p. 13).

El consumo de estas sustancias es una problemática global, que viene afectando a la población mundial, sin escatimar en edades, sexo, nivel educativo, estrato económico; según el Informe Mundial Sobre las Drogas de la Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el delito (UNODC) dice que:

Se calcula que 1 de cada 20 adultos, es decir, alrededor de 250 millones de personas entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una droga en 2014. Aunque considerable, esa cifra –que equivale aproximadamente a la suma de la población de Alemania, Francia, Italia y el Reino Unido– no parece haber aumentado en los últimos cuatro años de manera proporcional a la población mundial. Sin embargo, dado que se calcula que más de 29 millones de personas que consumen drogas sufren trastornos relacionados con ellas, y que 12 millones de esas personas son consumidores de drogas por inyección, de los cuales el 14% viven con el VIH, el impacto del consumo de drogas en lo que respecta a sus consecuencias para la salud sigue siendo devastador (UNODC, 2016, p. 3).

Teniendo como base este informe, se detecta que el consumo en algunas partes del mundo ha aumentado de manera considerable, en este caso se ha tomado como referencia América del norte y Europa occidental y central, en cuanto al aumento del consumo de marihuana (cannabis); por otro lado al comparar el consumo en ambos sexos, se detectó que los hombres tienden a ser mayores consumidores de cannabis, cocaína y anfetaminas, mientras que las mujeres son más propensas a consumir opioides y tranquilizantes, estas diferencias suelen deberse a las oportunidades de consumir estas sustancias en un entorno social (UNODC, 2016).

Según UNODC (2016) en un informe realizado por la junta internacional de fiscalización de estupefacientes, informa:

Que la prevalencia anual del consumo de cannabis era del 2,9% en Centroamérica y del 2,5% en el Caribe. Esas tasas se sitúan por debajo del promedio en América del Norte (12,1%), América del Sur (3,2%) y Europa occidental y central (6,7%). Se observa una situación similar en la prevalencia del consumo de cocaína, ya que tanto en Centroamérica como en el Caribe la prevalencia anual es del 0,6%, cifra relativamente baja en comparación con las de América del Norte (1,6%) y América del Sur (1,5%). Se trata de datos interesantes, ya que los países de Centroamérica y el Caribe se enfrentan a volúmenes considerables de cannabis y cocaína que transitan por sus territorios y, en el caso del cannabis, que se produce la región. Por consiguiente, tal vez se necesiten encuestas nacionales por hogares más amplias a fin de estimar con fiabilidad la prevalencia del consumo de cannabis en la región del Caribe (p. 64).

Este informe también arroja como resultados la disminución y aumento del consumo dependiendo la droga implementada y el país, en este caso se ha tomado como referencia un apartado en cual se menciona que en Colombia se ha venido incrementando el uso de drogas vegetales:

Ha suscitado preocupación la aparición de sustancias psicoactivas de origen vegetal en el mercado de drogas de América del Sur. En el pasado se destinaban única y exclusivamente a los ritos religiosos de los pueblos indígenas de América. Sin embargo, los datos de los estudios más recientes indican que los jóvenes de entornos privilegiados están utilizando esas sustancias. Las sustancias que se mencionaron con mayor frecuencia fueron la Salvia divinorum y el khat Colombia, concretamente, mencionó los hongos alucinógenos, la ayahuasca y el cacao sabanero, cuyo componente psicoactivo es el alcaloide escopolamina. Se informó de que el consumo de esas sustancias de origen vegetal en Colombia era más elevado que el de otras drogas (UNODC, 2016, p. 80).

De acuerdo a lo anterior, en el más reciente reporte del Observatorio de Drogas de Colombia (ODC), se denota una estabilidad en el consumo de sustancias lícitas (tabaco y alcohol) este reporte menciona lo siguiente al respecto:

Se confirma la tendencia de disminución del consumo de tabaco y cigarrillo. El estudio de consumo en población general señala una reducción importante en la incidencia de último año, o porcentaje de nuevos casos de consumo de tabaco que pasó de 4.7% en 2008 al 1.88% en 2013 (ODC, 2015, p. 21).

Por otra parte se detecta un aumento en el consumo de sustancia ilícita:

El consumo de drogas ilícitas está creciendo en el país no solo porque más personas las consumen sino porque el mercado de sustancias es cada vez más amplio y diverso. El Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas de 2013, destacó el aumento significativo en el uso de cualquier sustancia ilícita (marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis o heroína), tanto en la prevalencia de uso alguna vez en la vida de 8,8% en el 2008 a 12,2% en el 2013, como en uso durante el último año de 2,6% a 3,6%. Se estima que

alrededor de tres millones de personas han consumido drogas ilícitas alguna vez en su vida (ODC, 2013, p. 20- 21).

También se detectó en el informe realizado por el Ministerio de Justicia y del Derecho y Observatorio de Drogas Colombia que la marihuana es la droga ilícita de mayor consumo a nivel mundial, con un promedio de 87% de consumidores (ODC, 2015). En cuanto al consumo por subregiones este estudio arroja que:

La situación del consumo de drogas es muy diversa al interior del país. Más allá de los datos nacionales, al analizar el uso de sustancias por departamento se observa amplia variabilidad. Por ejemplo, la prevalencia de consumo de alcohol o de drogas ilícitas en algunos departamentos es más del doble del promedio nacional. Chocó tiene las mayores tasas de consumo de alcohol, mientras Medellín, Antioquia y los departamentos del Eje Cafetero tienen consumos de drogas ilícitas superiores al resto del país. Las diferentes realidades locales confirman la necesidad de implementar estrategias que atiendan dichas particularidades (ODC, 2015, p. 22).

Estas ciudades, tiene como prevalencia según tablas extraídas del Estudio Nacional de Sustancia Psicoactivas en Colombia – 2013, los siguientes datos: Medellín y el área metropolitana se reporta con una prevalencia del 8,2% y el eje cafetero con una prevalencia del 6,8%, siendo los promedios más altos en comparación al resto del país (ODC, 2013).

Con respecto a Antioquia se tiene como referencia un informe realizado por el Estudio Departamental de Escolares, allí se denota la posición de Antioquia con respecto al resto de departamentos y regiones del país, se ve una comparación de los indicadores de consumo de sustancia, en la cual Antioquia aparece como el departamento con mayor consumo, superando el consumo a nivel nacional. He aquí un apartado del informe:

Según el estudio Departamental en escolares las prevalencias más altas las tienen el alcohol con un 63,1%, el tabaco con un 24% y Energizantes con un 25,8% para el Departamento de Antioquia, datos que no difieren mucho de los nacionales que son 63,4; 24,3 y 25,7 respectivamente; es de anotar que la marihuana (10,8) y la cocaína (4,6) están por encima del promedio nacional el cual está en 7 y 2,8 respectivamente. Comportamiento que se mantiene en las prevalencias de último año (Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y Gerencia de Salud Pública, 2011, p. 4).

El Estudio Nacional de Sustancias Psicoactivas en Colombia (ODC, 2013), menciona que se tiene como referencia que la edad en la que se inicia en el consumo de SPAs oscila entre 8 y 12 años y siendo las edades con mayor intensidad de consumo las edades comprendidas entre los 12 y los 17 años para adolescentes y para jóvenes las edades entre 18 y los 24 años.

El mayor consumo de sustancias ilícitas en el último año se presenta en el grupo de 18 a 24 años, con una tasa del 8.7%, seguido por los adolescentes con una tasa del 4.8% y las personas de 25 a 34 años, con una prevalencia del 4.3% para dicho periodo (ODC, 2013, p. 66).

A partir de este estudio se considera que Medellín y su área metropolitana tienen una prevalencia alta en consumo con respecto al resto del país, puesto que:

Al considerar las tasas de consumo por departamentos, se observa que alrededor del promedio se ubicarían unos 9 departamentos, cuyas prevalencias oscilan entre el 11% y el 14%. Sin duda, el departamento con mayor prevalencia y como valor extremo y único, se encuentra Medellín y su área metropolitana, con una prevalencia del 19.5%. Los departamentos de Bogotá y Cundinamarca se ubican inmediatamente debajo, pero con prevalencias del 17% y 16% respectivamente (ODC, 2013 p. 47).

Es por ello que la formulación de este problema radica en la preocupación que se ha generado a partir de dicho fenómeno, en el cual se denota un incremento en el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en adolescentes, basados en esta problemática y con pleno interés en la población del municipio de Sabaneta se ha decidido basar este estudio en el incremento notable de este fenómeno en dicho municipio, se han encontrado documentación del Departamento Nacional de Planeación (2010-2014) y La Política Pública de Juventud (2016-2026) en los que se menciona el aumento del consumo en la población joven del municipio, es por tal motivo que se busca abordar esta problemática con los jóvenes pertenecientes al Programa Convivencia con Calidad de Vida.

Según lo anterior, se estima que la población con mayor riesgo es la población adolescente, por ser una de las etapas biológicas en la que el sujeto se encuentra en una transición de la infancia a la adultez, y es en esta etapa en donde el sujeto fortalecerá o construirá su identidad, y esta se hará por medio del vínculo social que este pueda generar con sus pares.

Se cree que las posibles causas relacionadas al consumo de sustancias en jóvenes, tienen como base diferentes circunstancias, estas circunstancias pueden deberse a: presión social, falta de identidad dentro del círculo familiar, curiosidad, facilidad en el acceso a las drogas, relación con personas consumidoras, bajo autocontrol, entre otras,

Según el estudio realizado por Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia, y el Observatorio de Drogas de Colombia (2013) fue posible observar que a raíz del consumo de estas sustancias se dan una serie de consecuencias, las cuales van desde afectaciones físicas hasta psicológicas y afectivas, y por otro lado también se encontró según la ONUDC en su Informe Mundial Sobre las Drogas, otra de las consecuencias, es la posible transmisión de enfermedades como el VIH, la hepatitis viral, y otras enfermedades de contagio por vía sanguínea (UNODC, 2016, p. 15).

Alrededor de esta problemática cabría plantearse preguntas, tales como: ¿De qué factores depende el consumo de sustancias psicoactivas en nuestro contexto?, ¿Cuáles son los factores de riesgo específicamente en la población joven?, cabría entonces articular las preguntas anteriores en una sola pregunta, capaz de buscar un acercamiento a este fenómeno, es por ello que surge como pregunta:

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en adolescentes y jóvenes institucionalizados pertenecientes al Programa Convivencia con Calidad de Vida del municipio de Sabaneta, que fueron evaluados en el segundo semestre de 2017?

#### **4 Justificación**

A nivel general, la justificación de este estudio radica en la preocupación que se genera por el aumento del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes institucionalizados del municipio de Sabaneta, y ver que cada vez a menor edad se inicia en el uso y abuso de estas sustancias, y que pese a los programas de prevención que se han venido desarrollando en toda el área metropolitana y en especial en el municipio de Sabaneta, el consumo sigue siendo una problemática dominante en los adolescentes y la juventud del municipio, es por tanto que se busca abordar esta problemática para de cierta manera identificar cuáles son los factores asociados al consumo.

Se identifica que con esta problemática algunas de las áreas sociales del individuo se ven afectadas. En lo social el consumo ha estado asociado con la delincuencia, incrementando así las tasas de criminalidad en relación al consumo, así como la distribución y fabricación de estupefacientes, teniendo en cuenta que la ley no penaliza a menores de edad, y es por tal razón



que las bandas y grupos delincuenciales tienen mayor preferencia por vincular a su negocio ilícito a menores de edad, por lo anterior se llevó a cabo la Ley 1098 del 2006, la cual se conoce como el Código de Infancia y Adolescencia, en el cual se estipulan derechos y deberes que tiene un infante y un adolescente ante la ley.

Como aporte a lo social por parte de este estudio es preciso destacar la identificación de los factores asociados en el consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes del municipio de Sabaneta, para lograr así un abordaje más preciso en el posible tratamiento de esta problemática, también el estudio se convierte en una fuente de información en el tema de la prevención, promoción y/o mitigación del riesgo, y ayudará a tener una mirada más clara con respecto al tema del consumo de sustancias psicoactivas en la población adolescente y joven.

Se busca también que el estudio sea una fuente de información para futuras investigaciones, y que de esta manera pueda ser una guía para distintas organizaciones del municipio que trabajan con juventudes y desde luego con la prevención o minimización del consumo de sustancias psicoactivas.

## **5 Objetivos**

### **5.1 Objetivo General**

Identificar los factores de riesgo asociados al consumo de sustancia psicoactivas en adolescentes y jóvenes institucionalizados pertenecientes al Programa Convivencia con Calidad de Vida del municipio de Sabaneta, que fueron evaluados en el segundo semestre de 2017.

## 5.2 Objetivos Específicos

- Describir a los adolescentes y jóvenes institucionalizados pertenecientes al Programa Convivencia con Calidad de Vida según condiciones demográficas, familiares y de salud mental.
- Determinar la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes y jóvenes institucionalizados pertenecientes al Programa Convivencia con Calidad de Vida.
- Discriminar las condiciones demográficas, familiares y de salud mental asociadas al consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes y jóvenes institucionalizados pertenecientes al Programa Convivencia con Calidad de Vida.

## 6 Marco Referencial

### 6.1 Marco de antecedentes

En el ámbito internacional, la investigación realizada por María Jesús Cava, Sergio Murgui y Gonzalo Musitu (2008), titulada *“Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media”*; este estudio tuvo por objetivo identificar la influencia de actitudes como son las relaciones paterno filiales, la comunicación positiva, autoestima familiar y social en el consumo de sustancias de los adolescentes y el análisis de las posibles diferencias entre la adolescencia temprana y media. Para llevar a cabo este estudio se

tuvieron dos muestras, la primera estaba compuesta por 450 adolescentes entre los 12 y 14 años (adolescencia temprana) y la segunda compuesta por 203 adolescentes entre los 15 y 17 años (adolescencia media), para la recolección de la información se usó el cuestionario de comunicación familiar de Barnes, el cual arrojó como resultado, que en gran medida la comunicación familiar está relacionada con el autoestima familiar tanto positivamente como negativamente, de igual manera está relacionada con el consumo de sustancias, en conclusión se observó que a mayor autoestima familiar menor rechazo a la autoridad y consumo de sustancias, esto se detectó tanto en la muestra de adolescencia temprana, como en la muestra adolescencia media (Cava & Musitu, 2008).

Eva Peñafiel Pedroza (2009), realizó un estudio titulado “*Factores de riesgo y protección en un grupo de adolescentes policonsumidores*”, este estudio tuvo por objetivo analizar la influencia de algunas variables en el consumo de drogas en adolescentes, teniendo en cuenta el policonsumo, la población objeto se trató de 768 adolescentes entre los 14 y 17 años de edad, para este estudio utilizaron una encuesta para consumo de drogas, se muestra como resultado de esta investigación que el consumo de más de una sustancia es muy frecuente, se plantea que el consumo de alcohol y tabaco están ligados entre sí, también se demuestra que los factores de riesgo y de protección no tienen la misma incidencia en los grupos de consumidores, de igual manera se encuentra como predominancia que adquirir estas sustancias es fácil para los adolescentes, lo cual se considera como un factor de riesgo, por otro lado se encontró de igual forma que el consumo de pares cercanos favorecen un posible consumo, también se encontró que la baja percepción del riesgo por parte de los adolescentes hacia el consumo de SPA, puede ser concebido como un factor de riesgo (Peñafiel, 2009).

El estudio realizado por Silvia López Larrosa y José Luis Rodríguez-Arias Palomo (2010) titulado “*Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias*

*según edad y sexo*”, tuvo por objetivo en primer lugar utilizar un modelo sólido para identificar factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias. En segundo lugar, identificar diferencias en los factores protectores y de riesgo según el sexo. En tercer lugar, identificar diferencias en los factores protectores y de riesgo según la edad. Por último, identificar si los factores protectores y de riesgo actúan de modo similar con las distintas sustancias, este estudio arrojó como resultado que los factores de riesgo más predominantes se encuentran en el ambiente escolar, en los cuales se encuentra el fracaso académico como uno de los factores de riesgo más elevados, continuando la normativa frente al consumo y siguiendo la baja supervisión familiar en cuanto al manejo de normas, y en cuanto a los factores de riesgo individuales en general la depresión fue la destacada, también se encontró que los chicos mayores de 15 años obtuvieron valores más altos en cuanto a los factores de riesgo, y que los chicos menores tuvieron valores altos en los factores protectores, y en cuanto a la diferencia entre sexo, dio como resultado que hay diferencias significativas entre hombre y mujeres, unas de sus diferencias son que las niñas son más propensas a actividades en pro de la sociedad, en cuanto a los niños se pudo notar que su compromiso a nivel académico es más débil, y tienden a iniciar más tempranamente el consumo de sustancias y conductas disruptivas (López & Rodríguez, 2010).

El estudio realizado por María de los Ángeles Páramo (2011) tiene como título *“Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión”*, esta investigación tuvo por objetivo desarrollar la temática de los factores predisponentes a conductas de riesgo en una muestra en Argentina de adolescentes, padres, profesores y psicólogos, tuvo como muestra dos grupos el primero compuesto por 23 adolescentes de edades comprendidas entre los 15 y 20 años y el segundo grupo estuvo conformado por 20 adultos en los cuales se encuentran padres, profesores y psicólogos, para llevar a cabo el estudio, no se recurrió a ningún instrumento, se implementó una técnica de

análisis de contenido de acuerdo a los grupos de discusión. Se halló que por edad los jóvenes manifestaban unas dificultades específicas, los chicos de 15 años manifestaron las adicciones a las sustancias psicoactivas legales e ilegales como una de las dificultades, mientras que el grupo de 17 años también manifestó las adicciones como una de las dificultades y agregaron la discriminación y hábitos alimenticios promovidos por los modelos sociales y las dificultades en las relaciones familiares (Páramo, 2011).

Un estudio realizado por Guzmán Rafael Francisco Facundo, Sanjuana De Jesus Ramos Luna, Maria Magdalena Alonso Castillo, Santiago Enriqueta Almanza Esparza, Karla Selene Lopez Garcia y Patricia Ibarra Cinthya Gonzalez (2011), se tituló “*Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en universitarios mexicanos*”, el cual tuvo por objetivo explorar la relación entre el riesgo de depresión y el consumo de sustancias psicoactivas en universitarios, se usó como instrumento el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II), como resultado se mostró que la mayoría de los jóvenes han incurrido en el consumo alguna vez en la vida y ponen al alcohol como la sustancia más consumida, existe una comorbilidad entre la depresión y el consumo de sustancias, por otro lado, se encontró que el consumo se incrementa según la edad, es decir, que los jóvenes mayores a 20 años tienen una prevalencia mucho más alta de consumo (Guzman et al., 2011).

La investigación realizada por Cristina Vargas y Humberto Manuel Trujillo (2012), fue titulada “*Consumo de cannabis por estudiantes de Psicología: la influencia del estrés percibido, afrontamiento y consumo de drogas en su entorno social*”, esta investigación tuvo por objetivo examinar la relevancia que tiene el consumo de drogas legales, consumidas por los estudiantes universitarios y familiares, el consumo de drogas legales e ilícitas por amigos, factores sociodemográficos y variables psicológicas (estrés percibido y diferentes estrategias de afrontamiento), para la investigación se utilizó una muestra de cuatrocientos sesenta y cinco,

alumnas de la Facultad de Psicología, para esta investigación utilizaron el Cuestionario CFR-P.ET. Se encontró como resultado un aumento en el consumo de cannabis en el grupo de mujeres con edades comprendidas entre los 20 y 24 años, también se mostró como resultado que el entorno social juega un papel importante en el consumo, ya que este pone parámetros específicos que facilitan el uso y consumo de SPA y el afrontamiento emocional y el estrés como potencializadores del riesgo del consumo de sustancias (Vargas, 2012).

La investigación realizada por María C. Fuentes, Antonio Alarcón, Fernando García y Enrique Gracia (2015), titulada “*Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas en la adolescencia: efectos de la familia y peligro del barrio*”, tuvo como objetivo analizar los factores de protección o riesgo de los estilos educativos parentales para el consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas, para la recolección de la información se usó una muestra comprendida en la participación de 9 centros educativos, con estudiantes de los grados 4° y 1°-2° de bachillerato, para ello se utilizaron los siguientes instrumentos una encuesta sociodemográfica, un cuestionario de consumo de drogas, una escala de socialización parental de la adolescencia y una escala que mide el riesgo percibido en el barrio, a raíz de lo anterior se muestra como resultado que los jóvenes con familias que tienen predisposición a aceptar un consumo mostraron menos consumo que los jóvenes con familias autoritarias, por otro lado, se observó que los jóvenes que viven en barrios de alto riesgo muestran un consumo mayor (Fuentes et al., 2015).

El estudio realizado por Arriola, G., Frari, S., Torres, A., Gargantúa, S., de Ávila, M., & Morales, F. (2017), titulado “*Factores de riesgo para el consumo de alcohol en adolescentes estudiantes*”, tuvo por objetivo identificar el efecto de los factores personales en el consumo de alcohol en adolescentes que estudian, para captar la información se utilizó 3 instrumentos, los cuales fueron la cédula de datos personales (CDP), el historial de uso y dependencia de drogas

(HUDD) y el cuestionario de tamizaje de problemas en adolescentes; se encontró que el grupo es propenso a factores de riesgo los cuales pueden ser individuales (personales) tales como la edad y el sexo, y grupales (impersonales) como la relación con los pares, uno de los resultados arroja que se encuentra altamente relacionado el consumo de alcohol con las relaciones interpersonales con pares, lo cual hace propenso al adolescente a incursionar en un posible consumo (Arrijoja et al., 2017).

A nivel nacional, se encuentra el estudio realizado por Irene Barbieri, Morena Trivelloni, Bruna Zani y Ximena Palacios-Espinosa (2012), titulado “*Consumo de sustancias psicoactivas en los contextos recreativos entre estudiantes universitarios en Colombia*”, tuvo como objetivo identificar la frecuencia relativa de consumo de SPA entre los estudiantes universitarios, para dicho estudio se utilizó una muestra de 1.245 estudiantes pertenecientes a cuatro carreras de una universidad privada de Bogotá, para este estudio se implementó el instrumento Progetto Nazionale CCM “*Nuevos comportamientos de consumo: prevención y reducción de riesgos*”, como resultado se observó que los jóvenes prefieren el tabaco, el alcohol y la marihuana, por otro lado, se muestra que hay diferencias significativas en cuanto al sexo y la edad del estudiante, lo cual nos muestra que los hombres son más propensos a consumir sustancias tales como: la nicotina, marihuana, anfetaminas y alcohol, mientras por otro lado las mujeres tienen a consumir todo tipo de SPA, considerando una diferencia en cuanto a la ingesta de alcohol la cual en los hombres es más predominante, y por último se encontró que los jóvenes tienen como lugar de preferencia para el consumo los lugares como las discotecas y/o bares (Barbieri et al., 2012).

## 6.2 Marco teórico

### Adolescencia y Juventud

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años (UNODC, 2017).

Como es de conocimiento, se sabe que durante la adolescencia se presenta unos cambios biológicos, físicos y psíquicos en el sujeto, durante esta etapa el sujeto abandona el cuerpo de niño y empieza presentar cambios corporales, a nivel psicológico el sujeto replantea su definición personal y social, y empieza a construir su identidad a partir de sus experiencias con los pares. (Krauskopf, 2011).

Al referirnos a un tema como lo es la adolescencia es pertinente y apropiado tener en cuenta la teoría del desarrollo cognitivo de Jean Piaget, a partir de esta teoría encontramos que el autor propone 4 etapas del desarrollo, las cuales son nombradas como: Etapa sensoriomotora, Etapa preoperacional, Etapa de operaciones concretas y Etapa de operaciones formales (Linares, 2007). Estas etapas constan de unas características, estas características son:

Etapa sensoriomotora, esta va desde el nacimiento hasta los 2 años de edad, esta etapa se caracteriza por ser la primera etapa en la que el niño tiene una interacción con su medio, esta interacción se da a partir de los sentidos y la acción.

Etapa preoperacional, esta etapa está comprendida entre los 2 y los 7 años, esta etapa se caracteriza principalmente por la implementación de símbolos, gestos, palabras, números e imágenes, las cuales emplea el niño para manifestar y representar cosas reales, por otra parte, logra implementar o valerse de palabras para comunicarse, es en esta etapa en la cual el niño logra según Piaget adquirir y construir un lenguaje.



Etapa de operaciones concretas, esta etapa va de los 7 a los 11 años, durante esta etapa el niño empieza a utilizar operaciones mentales y lógicas, según Piaget en esta etapa el niño logra mayor flexibilidad mental, y al usar las operaciones mentales le permite abordar problemas de una forma mucho más sistemática y amplia.

Etapa de operaciones formales: esta etapa va de los 11 a 12 en adelante, en esta etapa el sujeto tiene la capacidad cognitiva que le permite resolver problemas mucho más concretos, comprender, ordenar, y clasificar conjuntos de conocimientos (Linares, 2007, p. 3).

Durante la adolescencia, se incrementa la preocupación por la apariencia física, lo cual puede desarrollar en esta población trastornos alimenticios, los cuales pueden ir desde una anorexia nerviosa hasta una obesidad, de igual manera durante esta etapa se puede generar un consumo de drogas, el cual puede generar una adicción, ya sea fisiológica, psicológica o en muchos casos se puede presentar una adicción mixta, lo cual puede ocasionar que se extienda este consumo incluso hasta la edad adulta (Papalia, Wendkos & Duski, 2010).

Por otro lado es posible decir que los pares y los padres son gran influencia en el desarrollo de los adolescentes, pues el tener padres autoritarios puede generar en los adolescentes un desarrollo alto en cuanto a un moralidad y cuestionamiento, por otra parte, el desarrollo moral pro social es quien lleva al adolescentes a razonar acerca de dilema morales, este desarrollo de la moralidad prosocial se incrementa de la niñez a la adolescencia, conducta que tiene mayor presencia en niñas que en niños, es por ello que los adolescentes que participan o hacen parte de grupos que ayuda cívica, suelen ser más autocompasivos (Papalia, et al, 2010).

La juventud se puede definir desde tres perspectivas, en la primera es posible apreciar la juventud como un periodo transitorio, en el cual el individuo se encuentra desprovisto del sentido del valor real, en una segunda perspectiva, encontramos que en la etapa de la juventud el individuo

es importante social y culturalmente en los procesos de desarrollo social, en una tercer perspectiva, los jóvenes son colocados en el plano de lo peligroso, buscando así dominarlos o contenerlos (Lozano, 2003).

Esta etapa denominada como juventud está comprendida entre los 18 y 24 años de edad, en la cual el individuo es considerado como maduro, considerando su crecimiento físico y psicológico, pero no al punto de ser catalogado como un adulto, pues aún es considerado ante lo social como un inexperto (Mansilla, 2000).

### **Sustancias psicoactivas**

Según el Observatorio de Drogas Colombia (ODC, 2018), las sustancias psicoactivas:

... son todas aquellas sustancias de origen natural o sintético, que al ser consumida por cualquier vía de suministro (oral, nasal o inyectada) genera un efecto directo sobre el sistema nervioso central, ocasionando cambios en el estado de ánimo, alterando la percepción e inhibiendo el dolor (ODC, 2018, párr. 1).

Estas drogas están sujetas a una clasificación, que las divide entre lícitas e ilícitas, naturales, sintéticas, alucinógenas, estimulantes y depresoras, por lo cual Observatorio de Drogas Colombia (ODC, 2018), las define de la siguiente manera:

-Drogas lícitas: Son aquellas que no están penalizadas por la ley, es decir que son legales, como los son en Colombia el alcohol y el tabaco.

-Drogas ilícitas: Son aquellas que están penalizadas por la ley, aquellas que son ilegales, como la cocaína, marihuana, heroína.

-Drogas naturales: Estas son encontradas en el ambiente, y no son sometidas a ningún proceso químico

- Drogas sintéticas: Estas son realizadas en laboratorios bajo procesos químicos, y no cuentan con ningún componente natural.

-Drogas alucinógenas: Son aquellas capaces de alterar la percepción, el estado de conciencia y pueden generar alucinaciones.

-Drogas estimulantes: interfieren en la actividad psíquica y del sistema nervioso central, generando una excitación y un aumento en el ritmo cardiaco.

-Drogas depresoras: producen una disminución de las funciones corporales y de la actividad psíquica (párr. 2).

Por consiguiente, es preciso definir los posibles usos que se le da al consumo de sustancias psicoactivas, entre ello encontramos tres, el uso medicinal o terapéutico, el uso recreativo y el uso por dependencia.

El uso medicinal de las drogas se da cuando tiene como fin ser la cura o el tratamiento de una patología determinada, es suministrada por un médico bajo unos grados de restricción, una dosificación con el fin de prevenir una adicción, por otro lado encontramos que el uso recreativo se da con fines no médicos, pues es el individuo quien administra y se suministra la sustancia, y por último el uso por dependencia, este se da cuando el individuo ha creado una tolerancia a la sustancia, y se da la aparición de los síntomas abstinencia, los cuales producen en el sujeto la ingesta compulsiva de la sustancia (Caudevilla, 2003, pp. 3-4).

Tomando como referencia el Informe Mundial sobre Drogas (UNODC, 2016) en el que hablan de un consumo masivo a nivel mundial, el cual se ha mantenido estable por un periodo de tres años, considerando la marihuana como la droga ilícita más consumida, mencionan una generalidad en la que los hombres son el grupo poblacional con mayor consumo de marihuana, cocaína y anfetaminas; mientras que, las mujeres suelen ser más propensas al consumo de opioides

y tranquilizantes. Estos consumos suelen deberse a las mayores oportunidades generadas por la fácil obtención y manipulación de las mismas, además, estas oportunidades están asociadas a la socialización del sujeto y a la población más vulnerable, la joven. Por otro lado, en cuanto al tema de tráfico y elaboración de estupefacientes, se ha detectado que la marihuana (cannabis) sigue siendo la droga más traficada y consumida, sin embargo, se ha notado que las drogas sintéticas también incursionan fuertemente en el mercado ilícito teniendo gran demanda, un apartado del Informe Mundial sobre Drogas (UNODC, 2016) muestra que:

En el 95% de los países que presentaron informes en 2014 se incautó cannabis en sus diversas formas, que representa más de la mitad de las 2,2 millones de incautaciones comunicadas ese año a la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), seguido de los estimulantes de tipo anfetamínico, los opioides y las sustancias relacionadas con la cocaína.

En relación a otras drogas como los opiáceos, se encuentra que hay una leve variación en el porcentaje de personas que consumen este tipo de sustancias, sin embargo, en años anteriores se detectó un incremento en el consumo de las mismas, lo cual generó múltiples muertes, en cuanto a la cocaína se ve un incremento significativo del 2008 al 2015, incremento que ha tenido como referencia los países del Oriente medio (pp. 6-7).

A pesar de lo inevitable e inaceptable que suene, el consumo de drogas y sustancias psicoactivas está acelerando el ritmo de muertes en personas que oscilan entre las edades de los 15 a los 65 años. Sólo en el 2014, y una cifra que permanece estable en la actualidad, ocurrieron 207.400 muertes relacionadas con el consumo de sustancia, y no se ha logrado realizar la adecuada intervención que impacte directamente y de manera positiva dicha problemática. Actualmente, se calcula que 1 de cada 20 adultos consumió por lo menos una droga en el año 2014 (Dirección Nacional de Política Criminal en materia de Justicia y Legislación Penal, s. f.).

El consumo de sustancias psicoactivas es, entonces, un tema alarmante en la sociedad debido a las consecuencias tanto sociales como fisiológicas y mentales a las cuales conlleva, y el impacto negativo en cada una de éstas áreas. Socialmente no se encuentra aceptado, según muchas creencias, el uso de las drogas y de las sustancias psicoactivas y mucho menos en sujetos menores de 18 años de edad, lo cual se está convirtiendo en un problema cada vez mayor debido a que se encuentran muchos jóvenes que ingresan al mundo de las drogas desde la etapa colegial o universitaria. Fisiológicamente hablando, el deterioro y el desgaste corporal no se dan a esperar debido a que el cuerpo realiza cambios y éste tipo de sustancias pueden generar daños irreversibles en los órganos del sujeto consumidor, al igual que en su cognición y en diversos aspectos de la salud en general, los cuales siempre se verán afectados por el consumo (Ortega, Hernández, Arévalo, Díaz & Torres, 2015).

Resulta entonces devastador medir y cuantificar qué tan grande es el impacto de estas sustancias en la salud y en el cuerpo de la persona, al igual que en su cognición y el relativo desgaste que va ocurriendo de manera paulatina con el consumo arraigado y en tantas ocasiones desmesurado. Comienzan entonces, a salir a flote diversos trastornos psicológicos, además de enfermedades asociadas con el VIH y otras enfermedades que resultan mortales y devastadoras para la salud y el bienestar del individuo, y más si se tienen en consideración aspectos como la duración del consumo como una variable significativa en el aumento de los déficits presentados a nivel cognitivo (Ortega, et al, 2015).

El deterioro cognitivo comienza a ser notorio, y se ve afectada entonces la calidad de vida del sujeto consumidor, por ejemplo, las personas que han manifestado consumo de cannabis o bebidas alcohólicas mezcladas con otras sustancias psicoactivas durante largo tiempo, reflejan la presencia de un mayor déficit en la memoria de trabajo, al igual que carencias en la memoria

inmediata con un alto grado de inhibición a las respuestas automáticas (Coullaut, Díaz, Arrué, Coullaut & Bajo, 2011).

Según Jiménez, Díaz y Ruiz (2006) se hace necesaria entonces la intervención por parte de salud pública y el área de derechos humanos como entes activos y con la libertad necesaria para la participación en temáticas que se consideran una vulneración y de fuerte impacto negativo en la vida y en la salud de los demás, por lo tanto, ha comenzado la divulgación en Colombia sobre la Política Nacional de Drogas (2016) que propone tres objetivos estratégicos:

1. Reducir el consumo de drogas a través de la implementación del “Plan Nacional de Promoción de la Salud, Prevención y Atención del Consumo SPA 2014-2021”
2. Disminuir las vulnerabilidades territoriales mediante una perspectiva del desarrollo.
3. Desarticular las estructuras de criminalidad organizada dirigida a los eslabones intermedios y superiores de la cadena (pp.16-17).

Con respecto a esta última, es necesario mencionar que con el desmedido y descontrolado aumento del consumo de drogas se ha concurrido al fenómeno del microtráfico y “narcomenudeo”, los cuales se hacen cada vez más visibles y asequibles al público vulnerable, con grandes repercusiones negativas en el ámbito de la seguridad y la convivencia ciudadana, llegando incluso a tener consecuencias como la vulneración a los derechos humanos y actos que van en contra de la ley. Con lo anterior, se hace entonces énfasis en la importancia de atacar dichos fenómenos de manera directa, con el fin de minimizar la venta y mermar la accesibilidad a dichas sustancias psicoactivas (ODC, 2017, p. 16).

Por otra parte, uno de los pasos que se destacan también para luchar en contra del consumo es caracterizar y cuantificar el daño que dicho abuso produce en nuestro cerebro, ya

que puede resultar fundamental en los estudios desarrollados para observar el grado de dependencia, al igual que para observar daños en la función ejecutiva y el manejo cognitivo del sujeto (ODC, 2017).

En Colombia, de manera afortunada, se está liderando actualmente la generación de conocimiento sobre el uso de las drogas gracias a la realización periódica de estudios en la población general, primando el área escolar y universitaria, con el fin de mantenerse al día con los procedimientos y con la manera en la cual se debe intervenir en la problemática de una manera planeada con la intención de dar resultados rápidos. El papel entonces, del Observatorio de Drogas de Colombia, se vuelve fundamental y una pieza clave en la lucha en contra del consumo y la búsqueda de la minimización del impacto negativo en la población colombiana (ODC, 2017).

### **Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes**

El consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes es una problemática que va en aumento, y que proporciona a la sociedad mayores índices de alteraciones en el orden público, altos índices de incapacidad laboral, y a nivel salud proporciona alteraciones neurocomportamentales, generando un foco de alarma en cuanto a las infecciones como el VIH, hepatitis y tuberculosis, entre otras; a pesar de todas estas consecuencias que acarrea el consumo de SPA, es pertinente tener presente que las causas de este consumo pueden ser de carácter biológico, psicológico y socioculturales, también se debe tener en cuenta a la familia como uno de los factores incidentes en el consumo de sustancias psicoactivas, pues si a nivel familiar se presenta maltrato o violencia intrafamiliar, carencia en las pautas de crianza, relaciones negativas con los padres, presencia de consumo al interior de la familia, esta sería tomada como un factor de riesgo con relación al inicio del adolescente o joven en el consumo de psicoactivos (Medina & Rubio, 2012, p. 2).

Por otra parte, se encuentra que el relacionarse o tener un vínculo con pares consumidores, y la presión social que estos puedan ejercer hacia el sujeto, jugará a favor de la iniciación del consumo de psicoactivos (Varela, Salazar, Cáceres & Tovar, 2007).

Según el Informe Mundial sobre Drogas (UNODC, 2018) la edad de inicio de consumo sigue siendo preocupante y problemática pues según las investigaciones realizadas por la UNODC, entre los 12 y 25 años de edad, es el periodo de tiempo en el que un individuo presenta mayor consumo de sustancias psicoactivas, aunque a pesar de esto las investigaciones también han demostrado que se ha aumentado de manera desproporcional el consumo de psicoactivos en adultos mayores de 40 años (UNODC, 2018).

En cuanto a la droga con mayor consumo, la marihuana sigue siendo la sustancia de mayor predilección entre la población consumidora, aunque por otro lado es posible apreciar, que la elección de que droga consumir, depende de las jerarquías económicas, es decir, en qué nivel socioeconómico se encuentra el individuo consumidor, de igual manera cabe decir que los inhalantes son mayormente preferidos por niños y niñas que se encuentran en condiciones de calle (UNODC, 2018).

Teniendo en cuenta lo anterior, es preciso decir y concluir que el consumo de sustancias psicoactivas por parte de los jóvenes y adolescentes, no solo proviene de los factores biopsicosociales, sino que el factor familiar juega un gran papel, en cuanto a consumir o no estas sustancias, por lo cual es preciso suponer que, si el joven o adolescente se encuentra en un ambiente familiar propicio, habrá menor vulnerabilidad y menor riesgo de interacción con la problemática del consumo.



## **Factores de riesgo**

La OMS define factores de riesgo como un rasgo, característica o cualidad que aumenta la posibilidad de que un individuo o grupo de los mismos, este propenso a sufrir de enfermedades o lesiones (OMS, 2018).

De igual manera es posible describir los factores de riesgo como estímulos, situaciones o causas a nivel social, familiar o personal, los cuales inciden o determinan que un individuo este propenso o no a un consumo de SPAs. Estos factores se analizan desde tres puntos de vista, el primero tiene que ver con la percepción del riesgo, el cual involucra como el individuo percibe el daño ocasionado como consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas, como segundo se encuentra la propensión al consumo, está ligada directamente con la curiosidad y la decisión de probar o no cierta sustancia, y por ultimo tenemos los indicadores de vulnerabilidad, los cuales tienen que ver con la facilidad de acceder a las sustancias psicoactivas y relaciones interpersonales con pares o familiares consumidores (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina, 2017, p. 23).

Los factores de riesgo pueden ser tanto colectivos como individuales, en los factores de riesgo colectivos, se encuentra que es el contexto quien interviene, siendo la presión de los grupos de iguales, ya sea por la necesidad de encajar o una necesidad de experimentación, buscando la aprobación de sus pares, por otro lado los factores de riesgo individuales se centran básicamente en la toma de decisiones, es decir la posición que asume el individuo frente al consumir o no (Tirado, Aguaded, & Marín, 2009).

### 6.3 Marco ético legal

A nivel internacional se ha encontrado que la Oficina de las Naciones Unidas tiene a cargo los Tratados de Fiscalización Internacional de Drogas, en el cual se estipulan, el manejo que se le da al expendio, fabricación y consumo de estupefacientes, la focalización de determinadas sustancias, control de cultivos ilícitos en territorios extranjeros, planteamiento de sistemas de prevención, entre otras, buscando que el manejo de drogas, sea meramente para fines medicinales, y buscar una reducción en los índices de consumo y de cultivos ilícitos a nivel mundial (UNODC, 2013).

Por otra parte, a nivel nacional se encontró la Ley 30 de 1986, ley en la cual se nos habla sobre el uso y porte de estupefacientes, el manejo y el control sobre la dosis personal, así mismo las cantidades permitidas, por consiguiente, también cabe resaltar que en su capítulo II se refiere a las campañas de prevención, y el artículo 11 se refiere a la información que se les deberá proporcionar a la población infantojuvenil de las instituciones (Congreso de Colombia, 1986).

Considerando la Ley 1098 de 2006, la cual considera que un niño o niña son las personas con edades comprendidas entre los 0 y los 12 años, y se entiende por adolescente las personas entre 12 y 18 años de edad. La Ley 1098 de 2006 estipula en el artículo 1º “que tiene por finalidad el garantizar a los niños, niñas y adolescentes un pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión” (Congreso de Colombia, 2006, p.1).

Teniendo en cuenta que se ha tratado el tema de consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en los adolescentes es pertinente tener claro y en cuenta lo que nos dice la ley citada anteriormente en su artículo 19: “que de los niños niñas y adolescentes que hayan incurrido en un delito, tendrán

derecho a acceder a los programas de rehabilitación y resocialización, a través de las instituciones y/u organizaciones determinadas por el Estado” (Congreso de Colombia, 2006, p. 3).

Al hablar de rehabilitación y resocialización como un derecho de los niños, niñas y adolescentes es preciso hablar de la Ley 1616 de 2013 (Ley de Salud Mental), la cual en su artículo 5, apartado 8, define: “la rehabilitación psicosocial como, una oportunidad de realizar una mejoría en las competencias individuales y sociales del sujeto, logrando un mejoramiento en la calidad de vida, tanto del individuo como de su colectividad” (Congreso de Colombia, 2013, p. 3).

## **7 Metodología**

### **7.1 Tipo de estudio**

El presente estudio se propone desde el enfoque de investigación cuantitativo, no experimental de nivel correlacional y de corte transversal, en cuanto se pretende identificar la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), teniendo en cuenta además los factores de riesgo de los adolescentes que pertenecen al Programa Convivencia con Calidad de Vida liderado por la personería municipal de Sabaneta.

Según Hernández, Fernández y Baptista (2010) en su texto Metodología de la Investigación, sustentan que el estudio de nivel correlacional:

... tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular. En ocasiones sólo se analiza la relación entre dos variables, pero con frecuencia se ubican en el estudio relaciones entre tres, cuatro o más variables (p. 123).

## 7.2 Población

Para dar respuesta a la pregunta de investigación, se acudió a un grupo de jóvenes del municipio de Sabaneta, los cuales pertenecen y/o están vinculados al Programa Convivencia con Calidad de Vida realizado por la Personería de Sabaneta, los criterios que se tienen en cuenta a la hora de ingresar un joven al programa son los siguientes:

1. Presentar un consumo de sustancias psicoactivas (por periodo prologado o por experimentación).
2. Conductas disruptivas al interior de algunas de las instituciones del municipio de Sabaneta.
3. Presentar bajo nivel académico. (E.M Posada, comunicación personal, 04 de Abril,2018)

### 7.2.1 Muestra

La muestra estuvo conformada por un grupo de 30 jóvenes, de edades comprendidas entre los 12 y 22 años de edad, con una edad promedio de 16,7 años, que actualmente se encuentran vinculados al Programa Convivencia con Calidad de Vida, programa que dirige la Personería municipal del municipio de Sabaneta. En cuanto a la participación en el estudio según el sexo, el 66% de la muestra fueron hombres.

### **7.3 Técnicas de recolección de información**

Para la recolección de la información se consideró pertinente y necesario el usar un instrumento compuesto por 4 test y 1 encuesta sociodemográfica, los cuales se describen a continuación:

#### **Encuesta sociodemográfica**

La encuesta sociodemográfica, en la cual se les pidió a los jóvenes que indicaran su edad, su sexo, y su nivel de escolaridad.

#### **Escala de EADG de GOLDBERG**

Esta escala está compuesta por 18 preguntas, estas se dividen en subescalas, cada una de ellas está orientada a la evaluación de la depresión y la ansiedad, el cual tiene una especificidad del 81.8% y un valor predictivo positivo de 95.3% (Carbonell, Perez & Riquelme, 2015).

#### **Cuestionario de autoesquemas (CIE)**

Este cuestionario consta de 48 preguntas las cuales miden Autoimagen, Autoconcepto, y, Autoestima. El cuestionario ha mostrado una confiabilidad del 91% (Guerra & Restrepo, 2009).

#### **Cuestionario de autoeficacia (CAE)**

Este cuestionario está compuesto por 23 preguntas, la cual como su nombre lo indica van dirigidas a medir la autoeficacia, y posee una confiabilidad del 84% (Cid, Orellana & Barriga, 2010).

### **El test de Apgar familiar**

Este test está compuesto por 5 preguntas como las cuales buscan encontrar o medir la funcionalidad familiar, la cual va de familia muy funcional a grave disfuncionalidad familiar, con una puntuación de confiabilidad del 84%. (Bellón, Delgado, & Lardelli, 1996).

### **Prueba para la detención del consumo ASSIST V. 3.0:**

Esta prueba está conformada por 8 preguntas las cuales se dividen en 8 cuadros, en los cuales se interroga que tipo de sustancia ha consumido, con qué frecuencia y otras preguntas referentes al consumo. La prueba posee una confiabilidad del 80% (Linage & Lucio, 2012).

## **7.4 Procedimiento**

La aplicación de la pruebas se llevó a cabo en dos colegios del municipio de Sabaneta, en los grupos conformados por los adolescentes pertenecientes al Programa de Convivencia con Calidad de Vida, el cual es desarrollado y orientado por la personería municipal de Sabaneta, para el desarrollo y la aplicación de las pruebas se les informó a los padres acerca de la investigación que se llevaría a cabo, los cuales accedieron a otorgar la autorización para realizar las pruebas con sus hijos, en el caso de los jóvenes mayores de edad se les informó acerca de la investigación y de igual manera se les entregó un consentimiento informado en el cual se estipulaba la autorización y la descripción de la investigación.

## **7.5 Análisis de datos**

Para el análisis de las variables se utilizaron frecuencias absolutas y porcentuales, además, para la comparación entre consumidores y no consumidores se usó la prueba de

hipótesis Chi Cuadrado, cuya hipótesis nula es que no hay diferencia en las proporciones entre los grupos, para rechazar la hipótesis nula se aceptó un valor  $p < 0.05$ .

### **7.6 Consideraciones éticas**

La Ley 1090 de 2006 es la ley que regula el ejercicio de la psicología en Colombia y la Doctrina del Tribunal Nacional Deontológico y Bioético de la psicología. El Artículo 13 del código deontológico del psicólogo estipula que El presente Código Deontológico y Bioético, está destinado a servir como regla de conducta profesional, en el ejercicio de la psicología en cualquiera de sus modalidades, proporcionando principios generales que ayuden a tomar decisiones informadas en la mayor parte de las situaciones con las cuales se enfrenta el profesional de la Psicología, fundamentado en los principios de beneficencia, no-maleficencia, autonomía, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad, además de las contempladas en la presente ley. El ejercicio de la profesión de psicología debe ser guiado por criterios, conceptos y elevados fines que propendan a enaltecer su profesión; por lo tanto, están obligados a ajustar sus actuaciones profesionales a las disposiciones de las siguientes normas que constituyen su Código Deontológico y de Bioética (Congreso de Colombia, 2006).

El Título II apartado 9 de la ley 1069 de 2006 estipula que al llevar a cabo una investigación con participantes humanos, es necesario por parte del profesional a cargo, en este caso el psicólogo velar por la dignidad y bienestar de las personas que participan de la investigación, por otra parte en el artículo 52 dicen que para el desarrollo de una investigación en la cual la población a estudiar sean menores de edad o personas en condición de discapacidad, será necesario el uso del consentimiento informado, el cual deberá ser firmado por su correspondiente representante legal (Congreso de Colombia, 2006).

Siguiendo la resolución 8430 de 1993 en su artículo 8 se estipula que al realizar investigaciones con seres humanos es deber proteger la privacidad del individuo, usando su identificación siempre y cuando los resultados así lo requieran y el individuo lo autorice, de igual manera en el artículo 11 en el cual nos muestran la clasificación de las investigaciones, es posible determinar que el presente estudio se encuentra en la clasificación de investigaciones sin riesgo, ya que no se requiere realizar ninguna intervención o modificación de las variables biológicas, físicas y sociológicas (Ministerio de Salud, 1993).

## **8. Resultados**

### **8.1. Consumo de alcohol**

En el consumo de alcohol se pudo apreciar que, la población con consumo en comparación con la población sin consumo, presentan en mayor proporción bajo autoconcepto y autoeficacia, ansiedad, y, mayor disfuncionalidad familiar. Se presenta un mayor número de adolescentes sin consumo con autoimagen y autoestima baja, y, mayor riesgo de depresión en comparación con los consumidores. Se identificó también, que los mayores consumidores de alcohol fueron los adolescentes hombres. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de consumidores y no consumidores de alcohol en las variables estudiadas (Ver Tabla 1).



Tabla 1 Consumo de alcohol en adolescentes pertenecientes al Programa Convivencia con Calidad de Vida

<b>VARIABLES</b>	<b>CON CONSUMO n (%)</b>	<b>SIN CONSUMO n (%)</b>	<b>CHI CUADRADO</b>	<b>VALOR p.</b>
<b>AUTOCONCEPTO</b>				
BAJO	13 (52.0%)	0 (0.0%)	4.588	0.052
ALTO	12 (48.0%)	5 (100.0%)		
<b>AUTOIMAGEN</b>				
BAJO	8 (32.0%)	3 (60.0%)	1.407	0.327
ALTO	17 (68.0%)	2 (40.0%)		
<b>AUTOESTIMA</b>				
BAJO	16 (64.0%)	4 (80.0%)	0.480	0.640
ALTO	9 (36.0%)	1 (20.0%)		
<b>AUTOEFICACIA</b>				
BAJO	18 (72.0%)	3 (60.0%)	0.286	0.622
ALTO	7 (28.0%)	2 (40.0%)		
<b>ANSIEDAD</b>				
SI	13 (52.0%)	2 (40.0%)	0.240	1.000
NO	12 (48.0%)	3 (60.0%)		
<b>DEPRESIÓN</b>				
SI	14 (56.0%)	3 (60.0%)	0.027	1.000
NO	11 (44.0%)	2 (40.0%)		
<b>FUNCIONAMIENTO FAMILIAR</b>				
FAMILIA FUNCIONAL	14 (56.0%)	3 (60.0%)	0.027	1.000
FAMILIA DISFUNCIONAL	11 (44.0%)	2 (40.0%)		
<b>SEXO</b>				
HOMBRE	16 (64.0%)	4 (80.0%)	0.480	0.640
MUJER	4 (36.0%)	1 (20.0%)		

## **8.2. Consumo de cannabis**

En cuanto al consumo de cannabis es posible apreciar que en el consumo de cannabis más de la mitad de la población consumidora presenta una autoestima baja, tienen alta probabilidad de presentar depresión, ansiedad y una disfuncionalidad familiar. Por otro lado, encontramos que la población no consumidora presenta índices más altos en auto concepto, autoimagen, y autoestima, es relevante resaltar que la población con más consumo de cannabis es la masculina, también se encuentra que existe una diferencia estadísticamente significativa en ambos grupos con relación a la ansiedad y al sexo (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Consumo de cannabis en adolescentes pertenecientes al Programa Convivencia con Calidad de Vida

<b>VARIABLES</b>	<b>CON CONSUMO n (%)</b>	<b>SIN CONSUMO n (%)</b>	<b>CHI CUADRADO</b>	<b>VALOR p.</b>
<b>AUTOCONCEPTO</b>				
BAJO	10 (52.6%)	3 (27.3%)	1.824	0.259
ALTO	9 (47.4%)	8 (72.7%)		
<b>AUTOIMAGEN</b>				
BAJO	8 (42.1%)	3 (27.3%)	0.660	0.466
ALTO	11 (57.9%)	8 (72.7%)		
<b>AUTOESTIMA</b>				
BAJO	13 (68.4%)	7 (63.6%)	0.072	1.000
ALTO	6 (31.6%)	4 (36.4%)		
<b>AUTOEFICACIA</b>				
BAJO	13 (68.4%)	8 (72.7%)	0.062	1.000
ALTO	6 (31.6%)	3 (27.3%)		
<b>ANSIEDAD</b>				
SI	13 (68.4%)	2 (18.2%)	7.033	0.008
NO	6 (31.6%)	9 (81.8%)		
<b>DEPRESIÓN</b>				
SI	13 (68.4%)	4 (36.4%)	2.916	0.132
NO	6 (31.6%)	7 (63.6%)		
<b>FUNCIONAMIENTO FAMILIAR</b>				
FAMILIA FUNCIONAL	8 (42.1%)	9 (81.8%)	4.474	0.057
FAMILIA DISFUNCIONAL	11 (57.9%)	2 (18.2%)		
<b>SEXO</b>				
HOMBRE	10 (52.6%)	10 (90.9%)	4.593	0.049
MUJER	9 (47.4%)	1 (9.1%)		

### **8.3. Consumo de inhalantes**

En el consumo de inhalantes se pudo observar que, a diferencia de los no consumidores, los adolescentes que presentan un consumo de inhalantes tienen niveles más bajos de auto concepto, autoimagen, autoestima, y autoeficacia, por otra parte, se observa que tienen mayor probabilidad de presentar depresión y ansiedad. Los no consumidores por su parte presentan en mayor proporción una familia funcional, también es posible apreciar que se presenta un consumo de inhalantes mayor por parte de las mujeres que de los hombres, a lo cual se puede decir que existe una diferencia estadísticamente significativa entre consumidores y no consumidores en la variable sexo (Ver Tabla 3).

Tabla 3 Consumo de inhalantes en adolescentes pertenecientes al Programa Convivencia con Calidad de Vida

VARIABLES	CON CONSUMO n (%)	SIN CONSUMO n (%)	CHI CUADRADO	VALOR p.
<b>AUTOCONCEPTO</b>				
BAJO	4 (80.0%)	9 (36.0%)	3.285	0.138
ALTO	1 (20.0%)	16 (64.0%)		
<b>AUTOIMAGEN</b>				
BAJO	2 (40.0%)	9 (36.0%)	0.029	1.000
ALTO	3 (60.0%)	16 (64.0%)		
<b>AUTOESTIMA</b>				
BAJO	5 (100.0%)	15 (60.0%)	3.000	0.140
ALTO	0 (0.0%)	10 (40.0%)		
<b>AUTOEFICACIA</b>				
BAJO	5 (100.0%)	16 (64.0%)	2.571	0.286
ALTO	0 (0.0%)	9 (36.0%)		
<b>ANSIEDAD</b>				
SI	3 (60.0%)	12 (48.0%)	0.240	1.000
NO	2 (40.0%)	13 (52.0%)		
<b>DEPRESIÓN</b>				
SI	3 (60.0%)	14 (56.0%)	0.027	1.000
NO	2 (40.0%)	11 (44.0%)		
<b>FUNCIONAMIENTO FAMILIAR</b>				
FAMILIA FUNCIONAL	2 (40.0%)	15 (60.0%)	0.679	0.628
FAMILIA DISFUNCIONAL	3 (60.0%)	10 (40.0%)		
<b>SEXO</b>				
HOMBRE	1 (20.0%)	19 (76.0%)	5.880	0.031
MUJER	4 (80.0%)	6 (24.0%)		

#### **8.4. Consumo de tabaco**

Haciendo un comparativo entre la población consumidora (con consumo) y la población no consumidora (sin consumo) de tabaco, es posible percibir que la población consumidora mayor probabilidad de presentar baja autoestima y una autoeficacia, por otra parte, presentan mayores probabilidades de sufrir depresión y ansiedad y en mayor número presentan también disfuncionalidad familiar. Es posible observar que los no consumidores presentan un auto concepto más alto a diferencia de los consumidores, también cabe resaltar que existe una mayor tendencia por parte de los hombres por el consumo de tabaco. Sin embargo, únicamente se encontró que existe una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos en su funcionamiento familiar (Ver Tabla 4).

Tabla 4 Consumo de Tabaco en Adolescentes Pertenecientes al Programa Convivencia con Calidad de Vida

VARIABLES	CON CONSUMO n (%)	SIN CONSUMO n (%)	CHI CUADRADO	VALOR p.
<b>AUTOCONCEPTO</b>				
BAJO	7 (50.0%)	6 (37.5%)	0.475	0.491
ALTO	7 (50.0%)	10 (62.5%)		
<b>AUTOIMAGEN</b>				
BAJO	5 (35.7%)	6 (37.5%)	0.010	0.919
ALTO	9 (64.3%)	10 (62.5%)		
<b>AUTOESTIMA</b>				
BAJO	10 (71.4%)	10 (62.5%)	0.268	0.709
ALTO	4 (28.6%)	6 (37.5%)		
<b>AUTOEFICACIA</b>				
BAJO	11 (78.6%)	10 (62.5%)	0.918	0.440
ALTO	3 (21.4%)	6 (37.5%)		
<b>ANSIEDAD</b>				
SI	8 (57.1%)	7 (43.8%)	0.536	0.464
NO	6 (42.9%)	9 (56.3%)		
<b>DEPRESIÓN</b>				
SI	9 (64.3%)	8 (50.0%)	0.621	0.431
NO	5 (35.7%)	8 (50.0%)		
<b>FUNCIONAMIENTO FAMILIAR</b>				
FAMILIA FUNCIONAL	5 (35.7%)	12 (75.0%)	4.693	0.030
FAMILIA DISFUNCIONAL	9 (64.3%)	4 (25.0%)		
<b>SEXO</b>				
HOMBRE	10 (71.4%)	10 (62.5%)	0.268	0.709
MUJER	4 (28.6%)	6 (37.5%)		

### **8.5. Consumo de cocaína**

En el consumo de cocaína, se pudo apreciar que a diferencia de la población no consumidora, los adolescentes consumidores presentan en mayor proporción un auto concepto, una autoimagen, una autoestima y una autoeficacia baja, por otro lado, es posible apreciar que los consumidores de cocaína tienen mayor probabilidad de presentar ansiedad, depresión y altos niveles de disfuncionalidad familiar, y existe una prevalencia de mayor consumo por parte de los hombres, es pertinente decir que existe una diferencia estadísticamente significativa entre consumidores y no consumidores en los niveles de funcionamiento familiar y ansiedad (Ver Tabla 5).



Tabla 5 Consumo de cocaína en adolescentes pertenecientes al Programa Convivencia con Calidad de Vida

VARIABLES	CON CONSUMO n (%)	SIN CONSUMO n (%)	CHI CUADRADO	VALOR p.
<b>AUTOCONCEPTO</b>				
BAJO	7 (58.3%)	6 (33.3%)	1.833	0.176
ALTO	5 (41.7%)	12 (66.7%)		
<b>AUTOIMAGEN</b>				
BAJO	5 (41.7%)	6 (33.3%)	0.215	0.712
ALTO	7 (58.3%)	12 (66.7%)		
<b>AUTOESTIMA</b>				
BAJO	9 (75.0%)	11 (61.1%)	0.625	0.694
ALTO	3 (25.0%)	7 (38.9%)		
<b>AUTOEFICACIA</b>				
BAJO	9 (75.0%)	12 (66.7%)	0.238	0.704
ALTO	3 (25.0%)	6 (33.3%)		
<b>ANSIEDAD</b>				
SI	9 (75.0%)	6 (33.3%)	5.000	0.025
NO	3 (25.0%)	12 (66.7%)		
<b>DEPRESIÓN</b>				
SI	9 (75.0%)	8 (44.4%)	2.738	0.098
NO	3 (25.0%)	10 (55.6%)		
<b>FUNCIONAMIENTO FAMILIAR</b>				
FAMILIA FUNCIONAL	3 (25.0%)	14 (77.8%)	8.167	0.004
FAMILIA DISFUNCIONAL	9 (75.0%)	4 (22.2%)		
<b>SEXO</b>				
HOMBRE	7 (58.3%)	13 (72.2%)	0.625	0.461
MUJER	5 (41.7%)	5 (27.8%)		

## 9. Discusión

Considerando la problemática ya planteada, que a lo largo de los años ha sido abordada por diferentes organizaciones, y que ha afectado a más de 250 millones de personas, los cuales según la UNODC (2017), en su *Informe Mundial sobre las Drogas*, han consumido alguna vez en la vida alguna sustancias psicoactivas (marihuana, cocaína, opiáceos, entre otras Spas), por otro lado en un informe realizado por la Redacción El Tiempo (2017), el cual muestra en los resultados del informe de la ONU sobre las drogas, y en donde se resalta la incidencia que ha tenido el consumo de drogas en Sudamérica, entre estos resultados se destaca que, la marihuana sigue siendo la droga más consumida, seguida a su vez por la cocaína, estas dos sustancias a pesar de su alto consumo, muestran prevalencia al aumento de su uso y abuso (Redacción El Tiempo, 2017).

De la misma manera se evidencia que el uso de la cocaína en población estudiantil ha sido mayor en Sudamérica que en Norteamérica, identificando mayor consumo en Argentina, Chile y Colombia (Redacción El Tiempo, 2017).

Considerando lo anterior y lo que se ha tenido en cuenta para la realización de este trabajo, ha sido de vital importancia considerar las implicaciones que conlleva el consumo de sustancias psicoactivas, tanto en lo social, lo académico, lo personal y lo familiar, es por ello, que basados en esto aspectos se ha guiado la identificación de los factores de riesgo para el consumo de sustancias, por lo que es importante destacar la relevancia y el papel que juegan las buenas relaciones familiares, el fortalecimiento en los autoesquemas, y la reducción del riesgo en cuanto a la depresión y la ansiedad los cuales se asocian a la problemática del consumo de SPA.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se apreció que en el consumo de alcohol, no se encontró una diferencia significativa entre hombres y mujeres, mientras que Arriolja, et al (2017) sustentan en su trabajo de factores de riesgo para el consumo de alcohol en adolescentes, que si

existe una diferencia en el consumo de alcohol en cuanto al sexo, por lo cual existe una diferencia en la que las mujeres presentan mayor consumo en relación a los hombres, por otro lado, en los resultados arrojados por el estudio de Barbieri, et al (2012), se encontró de igual manera que existe diferencia en cuanto al sexo en el consumo de alcohol, pero a diferencia del anterior estudio en el cual las mujeres fueron mayormente consumidoras, en este estudio, se pudo encontrar que los hombres poseen un mayor consumo de alcohol, y en cuanto a las mujeres se encontró que son más propensas al consumo de otras sustancias psicoactivas.

En el presente estudio se encontró como resultado que existe mayor prevalencia de ansiedad en los consumidores de alcohol, a lo cual Camacho (2005) sostiene que efectivamente se presenta mayores índices de ansiedad en quien presentan un consumo elevado de alcohol, sugiriendo que el consumo de alcohol se encuentra acompañado de niveles de ansiedad considerables. En la misma medida se encontró que los consumidores de alcohol presentaron mayor riesgo de depresión, por lo cual, González et al, (2012) validan estos resultados, sustentando que se presentan mayores niveles de depresión en la población con consumo de alcohol.

Al analizar las otras sustancias se encontró en cuanto al consumo de cannabis que existe una diferencia entre hombres y mujeres, en donde los hombres poseen un mayor consumo de cannabis, y Barbieri et al. (2012) sostienen que existe dicha diferencia entre los sexos, y añaden que esta diferencia también se da de acuerdo a la edad, a raíz de lo anterior Mayolas et al (2006) reportan que se presenta un consumo de cannabis en tres de cada diez hombres y en dos de cada diez mujeres, y Ugalde et al, (2003) manifiestan que prevalece un consumo mucho más elevado y constante por parte de los hombres. Por otro lado, también se encontró una diferencia en consumidores y no consumidores de cannabis en cuanto a la ansiedad, en donde los que presentaron un consumo muestran mayor probabilidad de ansiedad que los no consumidores, a lo

cual Ochoa (2008) dice que existe una prevalencia en los trastornos de ansiedad por parte de los consumidores de cannabis.

Por otro lado, al analizar los resultados obtenidos para el consumo de tabaco y de cocaína, fue posible apreciar, que existe una diferencia en el funcionamiento familiar de consumidores y no consumidores de estas sustancias, y apoyados en López et al (2010) es posible decir que cuando hay un manejo familiar débil o escaso, existe una prevalencia alta de consumo de sustancias psicoactivas, lo cual sugiere que si existe una actitud positiva por parte de la familia hacia el consumo de sustancias, existirá mayor riesgo de que se incurra en un consumo, cabe destacar que para el consumo de sustancias el apego juega un papel importante, pues a mayor apego seguro menor es el riesgo de consumir cocaína.

Y por último encontramos de acuerdo al consumo de inhalantes que existe una diferencia en el consumo de inhalantes de acuerdo al sexo, en donde las mujeres presentaron mayor prevalencia de consumo, contrario al estudio de Berenzon et al, (2014), que hallaron que el uso de inhalantes tipo solventes se dio con mayor prevalencia en los hombres, mientras que en el estudio de Gutiérrez, et al (2009) se reportó un consumo mayor por parte de las mujeres.

Teniendo en cuenta lo planteado al iniciar este estudio se pretende dar respuesta a la pregunta inicial, fue posible evidenciar cuales son los factores de riesgo que inciden en el consumo de sustancias, y es por eso que es posible decir que los factores de riesgo que se pudieron identificar, giran en torno al mal funcionamiento familiar, a niveles bajos en autoesquemas, presencia de rasgos de ansiedad y depresión.

Al considerar las limitaciones del estudio, fue posible identificar que se mejoraría los resultados, sino se tomara en cuenta la información solo por parte de los adolescentes y jóvenes, sino también la opinión y posición de los padres frente al consumo, en cuanto a presencia de trastornos mentales por parte de los padres y la funcionalidad familiar desde su perspectiva.

## 10. Conclusiones

-Fue posible apreciar a partir de los resultados obtenidos, encontrar que hay mayores frecuencias de consumo de alcohol, tabaco y cocaína en los hombres, en cuanto a la marihuana se evidenció un consumo tanto en hombres como en mujeres, y a diferencia de las otras sustancias las mujeres se mostraron más consumidoras de inhalantes que los hombres.

-Fue posible la identificación de los factores de riesgo que inciden en el consumo de sustancias, los riesgos que se lograron identificar, primeramente, tiene que ver con el núcleo familiar y el funcionamiento de la misma, en un segundo lugar se pudo identificar que los niveles de los autoesquemas también inciden en el consumo o no consumo de SPA y por último se pudo identificar que el sexo también es un factor fundamental en el consumo de sustancias.

-Considerando los resultado del estudio, fue posible detectar que los jóvenes y adolescentes que presentan un consumo de sustancias psicoactivas, tienen mayor probabilidad de presentar ansiedad y depresión.

## **11. Recomendaciones**

-Teniendo en cuenta lo que se expuso en este estudio y las variables tomadas en cuenta, se recomienda para el desarrollo de estudios a futuro tener en cuenta, medir niveles de ansiedad, estrés y depresión en los padres de los adolescentes.

-En la misma medida en las que se evaluó el funcionamiento familiar desde la mirada de los adolescentes, es recomendable evaluar la funcionalidad familiar desde la perspectiva de los padres.

-Promover el desarrollo de intervenciones guiadas hacia la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes y jóvenes del municipio de Sabaneta teniendo en cuenta variables como el sexo y el funcionamiento familiar.

## 12. Referencias

- Arrijoja, G., Frari, S., Torres, A., Gargantúa, S., de Ávila, M., & Morales, F. (2017). Factores de riesgo para el consumo de alcohol en adolescentes estudiantes. *SMAD. Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 13 (1), 22-29. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/803/80349973004.pdf>
- Barbieri, I., Trivelloni, M., Zani, B. & Palacios, E. X. (2012). Consumo de sustancias psicoactivas en los contextos recreativos entre estudiantes universitarios en Colombia. *Revista Ciencias de la Salud*, 10, pp. 69-86.  
[file:///C:/Users/PERSONAL/Downloads/art%C3%ADculo\\_redalyc\\_56223337007.pdf](file:///C:/Users/PERSONAL/Downloads/art%C3%ADculo_redalyc_56223337007.pdf)
- Bellón. S., Delgado, S. L. del C. & Lardelli, C. (1996). Validez y Fiabilidad del Cuestionario de Función Familiar Apgar-familiar; *Revista Electrónica Atención Primaria*, 18 (6) Oct. 18:289-96 Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-fiabilidad-cuestionario-funcion-familiar-apgar-familiar-14357>
- Berenzon, S., Lopez, E. K., Medina, M. E., Villatoro, J. A., Juárez, F., Carreño, S., Galván, J. & Rojas, E. (2014). Relación entre consumo de inhalantes y actos antisociales en una muestra de estudiantes del Distrito Federal; *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 5, 94-99. Recuperado de <http://repositorio.inprf.gob.mx/handle/123456789/6549>
- Camacho A, Ivan. (2005). Consumo de Alcohol en Universitarios : Relación Funcional Con Los Factores Sociodemográficos , Las Expectativas y la Ansiedad Social. *Acta Colombiana de Psicología*, 8(1), 91-120. Retrieved September 06, 2018, Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-91552005000100006&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552005000100006&lng=en&tlng=es).
- Carbonell, M., Pérez, D. R. & Riquelme, M. A. (2015). Valor Diagnostico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos. *Univ. Psychol.*, 15 (1), 177-192. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v15n1/v15n1a14.pdf>
- Caudevilla, G. F. (2003). Drogas: Conceptos Generales, Epidemiología y Valoración del Consumo. Recuperado de <http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/tallerdrogas/Curso%20Drogodependencias/Drog>

- [as,%20conceptos%20generales,%20epidemiologia%20y%20valoracion%20del%20consumo.pdf](#)
- Cava, M. J., Murgui, S. & Musitu, G. (2008). Diferencias en Factores de Protección del Consumo de Sustancias en la Adolescencia Temprana y Media. *Psicothema*, 20 (3), 389-395. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3497.pdf>
- Cid, P., Orellana A. & Barriga, O. (2010). Validación de la escala de autoeficacia general en Chile; *Revista Médica de Chile*, 138, 551-557. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v138n5/art04.pdf>
- Colombia Ministerio de Salud. (1994). Estudio Nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas-Colombia, 1993. Carrera Séptima Ltda. Recuperado de [https://www.unodc.org/documents/colombia/2013/septiembre/Estudio\\_Consumo\\_Adolescentes\\_en\\_Conflicto\\_2009.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2013/septiembre/Estudio_Consumo_Adolescentes_en_Conflicto_2009.pdf)
- Congreso de Colombia. (1986). Ley 30 de 1986. Recuperado de <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6460.pdf?view=1>
- Congreso de Colombia. (2013). Ley 1616 de 2013; Ley de Salud Mental. Recuperado de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>
- Congreso de Colombia. (2016). Ley 1787 del 06 julio de 2016. Recuperado de <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201787%20DEL%2006%20DE%20JULIO%20DE%202016.pdf>
- Congreso de la Republica Colombia. (2006). Ley 1098 de 2006. Recuperado de <http://www.ins.gov.co/normatividad/Leyes/LEY%201098%20DE%202006.pdf>
- Coullaut, R., Díaz, I. A., de Arrúe, R., Coullaut, J. & Bajo, R. (2011). Deterioro Cognitivo Asociado al Consumo de Diferentes Sustancias Psicoactivas, *Actas Esp Psiquiatría*, 39(3), 168-73. Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/13/71/ESP/13-71-ESP-168-173-776266.pdf>
- Dirección Nacional de Política Criminal en materia de Justicia y Legislación Penal. (s. f.). Infracción a la ley de drogas y problemáticas asociadas. *Ministerio de justicia y de derechos*



- humano*. pp. 1-29. Recuperado de: <http://www.jus.gob.ar/media/3202712/Infracci%C3%B3n%20a%20la%20ley%20de%20drogas.pdf>
- Fuentes, M. C., Alarcón, A., García, F. & Gracia, E. (2015). Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas en la adolescencia: efectos de la familia y peligro del barrio. *Revista Anales de psicología*, 31(3), 1000-1007. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/167/16741429026.pdf>
- González A., Juárez, F., Solís, C., González, C., Jiménez, A., Medina, M. E. & Fernández, H. (2012). Depression and alcohol consumption and tobacco in high school and undergraduate. *Salud mental*, 35(1), 51-55. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252012000100008&lng=es&tlng=en](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100008&lng=es&tlng=en).
- Guerra, G. E. & Restrepo, J. N. (2009). *Niveles de Autoestima en un Grupo de Jóvenes de 15 a 18 años, con Antecedentes de maltrato Psicológico en su infancia, del Programa Aimar del Municipio de Envigado*. (Tesis de grado). Universidad de San Buenaventura, Medellín. Recuperado de [http://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/194/1/Niveles\\_Autoestima\\_Grup\\_Guerra\\_2009.pdf](http://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/194/1/Niveles_Autoestima_Grup_Guerra_2009.pdf)
- Gutiérrez, C., Contreras, H., Trujillo, D., Haro, E. & Ramos, C. J. (2009). Illegal drugs in Lima and Callao high schools: family factors associated with the consumption. *Anales de la Facultad de Medicina*, 70(4), 247-254. Recuperado, de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832009000400004&lng=es&tlng=en](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000400004&lng=es&tlng=en).
- Guzmán, F. R., Ramos, S. de J., Alonso, M. M., Esparza, S. E., López, K. S., & Ibarra, C. P. (2011). Depression and psychoactive substances consumption in Mexican college undergraduates. *Investigación y Educación en Enfermería*, 29 (3), 442-450. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v29n3/v29n3a13.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Bogotá: McGraw- Hill. Recuperado de [https://www.esup.edu.pe/descargas/dep\\_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf](https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf)

- Jiménez, M., Díaz, F. & Ruiz, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18(1), 52-58.  
Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/3175.pdf>
- Krauskopf, D. (2011). El desarrollo en la adolescencia: las transformaciones psicosociales y los derechos en una época de cambios; *Revista Psicología.com*. 15:51. Recuperado de [file:///C:/Users/PERSONAL/Downloads/El%20desarrollo%20en%20la%20adolescencia.%20Krauskopf%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/PERSONAL/Downloads/El%20desarrollo%20en%20la%20adolescencia.%20Krauskopf%20(1).pdf)
- Linage, R. M & Lucio, M.E (2012). Propiedades psicométricas del ASSIST en un grupo de estudiantes mexicanos. *Revista Española de Drogodependencias* 38 (1) 37-51. 2013, Recuperado de [http://www.aesed.com/descargas/revistas/v38n1\\_4.pdf](http://www.aesed.com/descargas/revistas/v38n1_4.pdf)
- Linares, R. A. (2007). Desarrollo cognitivo: Las Teorías de Piaget y de Vigotsky. *Paidopsiquiatria.cat*. Recuperado de [http://www.paidopsiquiatria.cat/files/teorias\\_desarrollo\\_cognitivo\\_0.pdf](http://www.paidopsiquiatria.cat/files/teorias_desarrollo_cognitivo_0.pdf)
- López, S. & Rodríguez, J. L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. *Psicothema*, 22 (4), 568-573, Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3768.pdf>
- Lozano, M. I. (2003). Nociones de Juventud. *Última década*, (11), 11-19. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362003000100002>
- Mansilla, M. E. (2000). Etapas del Desarrollo Humano. *Revista de Investigación en Psicología*, 3 (2), Diciembre, 105-116. Recuperado de [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion\\_psicologia/v03\\_n2/pdf/a08v3n2.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v03_n2/pdf/a08v3n2.pdf)
- Mayolas, S., Gras, M. & Planes, M. (2006). Análisis del patrón de consumo de cannabis en estudiantes universitarios. *Adicciones*, 18 (4), 337-344. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2891/289122815004.pdf>
- Medina, Ó. A. & Rubio, L. A. (2012). Consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en adolescentes farmacodependientes de una fundación de rehabilitación colombiana. Estudio descriptivo; *Rev. Colomb. Psiquiat.*, 41 (3), 550-561. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v41n3/v41n3a07.pdf>

Ministerio de Salud. (1993). Resolución Número 8430 de 1993. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

O.D.C (2018). Sustancias Psicoactivas. Recuperado de : <http://www.odc.gov.co/problematICA-drogas/consumo-drogas/sustancias-psicoactivas>

ODC. (2013). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia.

Recuperado de

[https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio\\_de\\_Consumo\\_UNODC.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf)

ODC. (2015). Reporte de Drogas Colombia. Recuperado de [https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/OD0100311215\\_reporte\\_de\\_drogas\\_de\\_colombia.pdf](https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/OD0100311215_reporte_de_drogas_de_colombia.pdf)

ODC. (2017). Reportes de Drogas Colombia 2017. Recuperado de [http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/reportes\\_drogas\\_colombia\\_2017.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/reportes_drogas_colombia_2017.pdf)

OMS (2018). Factores de riesgo. Recuperado de [http://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](http://www.who.int/topics/risk_factors/es/)

OMS. (1994). Glosario de Términos de Alcohol y Drogas. Recuperado de [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)

OMS. (2017). Desarrollo en la adolescencia. Recuperado de [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)

Ortega B., Y. P, Hernández A., F., Arévalo, A. A., Díaz, A. M. & Torres, B. Z. (2015). *Causas y Consecuencias del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes con Ambientes de Vulnerabilidad Familiar y Contextos Sociales Conflictivos* (Trabajo de grado). Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD. Cead Santa Marta. Recuperado de <https://repository.unad.edu.co/bitstream/10596/3691/3/57298094.pdf>

- Papalia, D. E., Wendkos, O. S. & Duski, F. R. (2010). *Desarrollo Humano*. Mexico, McGrawHill. Recuperado de <https://iessb.files.wordpress.com/2015/03/175696292-desarrollo-humano-papalia.pdf>
- Páramo, M.Á. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia psicológica*, 29(1), 85-95. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100009>
- Peñañiel, E. (2009). Factores de riesgo y protección en un grupo de adolescentes policonsumidores. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 9, 63-84. Recuperado de <http://masterforense.com/pdf/2009/2009art4.pdf>
- Redacción El Tiempo. (2017). Informe de la ONU sobre drogas resalta el aumento de cultivos ilícitos. *El Tiempo*. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/mundo/latinoamerica/informe-de-la-onu-sobre-drogas-63610>
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina. (2017). Estudio Nacional en Población de 12 a 65 Años Sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas. Recuperado de <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/FactoresZdeZRiesgoZZ2017ZZ3Zenero.pdf>
- Secretaría Seccional de Salud & Protección Social de Antioquia Gerencia de Salud Pública. (2011). Estudio Departamental en escolares Antioquia. Recuperado de <http://www.odc.gov.co/Portals/1/modPublicaciones/pdf/CO03951213-suispa-consumo-drogas-antioquia-preliminar.pdf>
- Tirado, R. Aguaded, J. & Marín G, I. (2009). Factores de protección y de riesgo del consumo de alcohol en alumnos de la Universidad de Huelva. *Salud y drogas*, 9 (2), 165-183. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/839/83912988003/>
- Ugalde, F., Carmiol, A., Bejarano, J., Mora, A., Monge, J. & Gómez, A. (2003). Análisis del consumo de drogas en adolescentes escolarizados de Costa Rica, 1999: El fenómeno de la drogadicción. *Revista de ciencias sociales*, (99), 11-23. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/153/15309902.pdf>

UNODC. (2016). Informe Mundial Sobre las Drogas. Recuperado de

[https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR\\_2016\\_ExSum\\_spanish.pdf](https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf)

UNODC. (2017). Informe Mundial Sobre las Drogas. Recuperado de

<https://www.unodc.org/wdr2017/>

UNODC. (2018). Informe Mundial de Drogas 2018: crisis de opioides, abuso de medicamentos y niveles récord de opio y cocaína. Recuperado de

[https://www.unodc.org/unodc/es/frontpage/2018/June/world-drug-report-2018\\_-opioid-crisis--prescription-drug-abuse-expands-cocaine-and-opium-hit-record-highs.html](https://www.unodc.org/unodc/es/frontpage/2018/June/world-drug-report-2018_-opioid-crisis--prescription-drug-abuse-expands-cocaine-and-opium-hit-record-highs.html)

Varela, M., Salazar, I., Cáceres, D., & Tovar, J. (2007). Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: factores psicosociales asociados. *Pensamiento Psicológico*, 3 (8), 31-45. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/801/80130804.pdf>

Vargas, C., & Trujillo, H. (2012). Cannabis consumption by female Psychology students: The influence of perceived stress, coping and consumption of drugs in their social environment. *Universitas Psychologica*, 11 (1), 119-130. Recuperado de

<https://core.ac.uk/download/pdf/26984259.pdf>

### 13. Anexos

#### Anexo 1. Test de Apgar Familiar

Test de Apgar Familiar	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.			
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas.			
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.			
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor.			
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.			

**Anexo 2. Escala de EADG-(Escala de ansiedad y depresión)**

Escala de EADG-(Escala de ansiedad y depresión )	
Subescala de ansiedad	Si / No
1. ¿se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?	
3. ¿Se ha sentido irritable?	
4. ¿Ha tenido dificultades para relajarse?	
Si hay 2 o más respuestas afirmativas continuar preguntando Subtotal	
5.¿Ha dormido mal , ha tenido dificultades para dormir?	
6.¿ Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	
7.¿Ha tenido los siguientes síntomas : temblores , hormigueos , mareos ,sudores , diarrea?	
8.¿Ha estado preocupado por su salud ?	
9.¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?	
TOTAL ANSIEDAD	

Subescala de depresión	Si / No
1.¿Se ha sentido con poca energía?	
2.¿Ha perdido el interés por las cosas?	
3.¿Ha perdido la confianza en usted mismo?	
4.¿se ha sentido desesperanzado , sin esperanzas?	
Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas , continuar preguntando Subtotal	
5.¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	
6.¿Ha perdido peso? ( a causa de su falta de apetito )	
7.¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	
8.¿Se ha sentido usted enlentecido?	
9.¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	
TOTAL DEPRESIÓN	

### Anexo 3. Escala de Evaluación Autoesquemas

Escala de evaluación autoesquemas

5. Muy de acuerdo

4. Moderadamente de acuerdo

3. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

2. Moderadamente en desacuerdo

1. Muy en desacuerdo

1	Pienso que estoy muy lejos del ideal de persona que quiero ser	1 2 3 4 5 *
2	Me considero una persona poco madura	1 2 3 4 5 *
3	Casi nunca la cosas salen tan bien como quisiera	1 2 3 4 5 *
4	Me la dificultad reconocer que tengo cualidades	1 2 3 4 5 *
5	Soy demasiado exigente con migo mismo	1 2 3 4 5 *
6	Soy una persona feliz	1 2 3 4 5
7	Me siento inconforme con casi todo lo que hago	1 2 3 4 5 *
8	Cometo muchos errores	1 2 3 4 5 *
9	Me siento muy indeciso ante la mayoría de la situaciones de mi vida	1 2 3 4 5 *
10	Le doy demasiada importancia a mis fracasos	1 2 3 4 5 *
11	Me considero una persona creativa	1 2 3 4 5
12	Me considero una persona inteligente	1 2 3 4 5
13	A menudo actuó en forma torpe	1 2 3 4 5 *
14	Me critico demasiado a mí mismo	1 2 3 4 5 *
15	Debo ser el mejor en todo	1 2 3 4 5 *
16	Me considero una persona exitosa en la vida	1 2 3 4 5
17	Tengo mucho control sobre si mismo	1 2 3 4 5
18	Soy una persona segura de mi misma	1 2 3 4 5
19	Pienso que soy original	1 2 3 4 5
20	Me siento satisfecho con la mayoría de las partes de mi cuerpo	1 2 3 4 5
21	Me considero una persona poco atractiva	1 2 3 4 5 *
22	No me gusta cuando alguien habla acerca de mi estado físico	1 2 3 4 5 *
23	Soy una persona bonita físicamente	1 2 3 4 5
24	Me gustaría cambiar alguna parte de mi cuerpo	1 2 3 4 5 *
25	No me siento sano	1 2 3 4 5 *
26	Estoy contento con mis rasgos físicos	1 2 3 4 5
27	Me considero exitoso con las personas del sexo opuesto	1 2 3 4 5
28	Cuando me comparo con otra persona me siento poco atractivo	1 2 3 4 5 *
29	Padezco de dolores y malestares	1 2 3 4 5 *
30	Cuido bien de mi cuerpo	1 2 3 4 5



31	No uso alguna prenda de vestir que me agrada porque pienso que se ve mal en mi cuerpo	1 2 3 4 5 *
----	---	-------------

32	Saco poco tiempo para descansar	1 2 3 4 5 *
33	Casi siempre me reprocho mi modo de ser	1 2 3 4 5 *
34	Casi nunca recuerdo las cualidades que poseo	1 2 3 4 5 *
35	Casi siempre me culpo de lo malo que me sucede	1 2 3 4 5 *
36	Acostumbro felicitar me cuando algo que me he propuesto me sale bien	1 2 3 4 5
37	A veces pienso que la gente me aprecia más de lo que yo mismo me aprecio	1 2 3 4 5 *
38	Siento que me quiero a mi mismo	1 2 3 4 5
39	No me doy gusto aunque pueda hacerlo	1 2 3 4 5 *
40	Siento que mi vida es una rutina	1 2 3 4 5 *
41	He realizado cosas que siempre he soñado hacer	1 2 3 4 5
42	Suelo manifestarme a mi mismo que me quiero	1 2 3 4 5
43	A veces me siento feliz conmigo mismo	1 2 3 4 5
44	Considero que le saco provecho a mi vida	1 2 3 4 5
45	Saco tiempo para realizar actividades que realmente quiero hacer	1 2 3 4 5
46	No realizo actividades distintas a las que hago diariamente	1 2 3 4 5 *
47	Me siento realizada como persona	1 2 3 4 5
48	Estoy satisfecho con el modo como yo trato a otras personas	1 2 3 4 5

#### Anexo 4. Cuestionario de Autoeficacia (CAE)

CAE

Marque con una X uno de los cinco números que encuentra al final de cada frase según usted este.

5. Muy de acuerdo

4. Moderadamente de acuerdo

3. Ni de acuerdo , ni en desacuerdo

2. Moderadamente en desacuerdo

1. Muy en desacuerdo

1	Soy capaz de resolver mis problemas	1 2 3 4 5
2	Poseo las habilidades necesarias para comportarme en todas las situaciones	1 2 3 4 5
3	Me resulta fácil aprender cosas nuevas	1 2 3 4 5
4	Me es fácil enfrentarme a situaciones desconocidas	1 2 3 4 5
5	Si me propongo logro mis objetivos	1 2 3 4 5
6	Encuentro fácil superar los obstáculos	1 2 3 4 5
7	Encaráría tareas como armar un gran rompecabezas	1 2 3 4 5
8	Soy muy persistente	1 2 3 4 5
9	Prefiero tareas simples	1 2 3 4 5
10	Poseo las capacidades necesarias para lograr metas importantes	1 2 3 4 5
11	Algo aprendido en una situación me capacita para desempeñarme en diferentes circunstancias	1 2 3 4 5
12	Me rindo ante la primera dificultad en los trabajos	1 2 3 4 5 *
13	Yo creo en mis propias capacidades	1 2 3 4 5
14	Me rindo rápidamente en tareas que sean fáciles	1 2 3 4 5 *
15	Soy incapaz de iniciar nuevos proyectos en mi vida	1 2 3 4 5 *
16	Evito las cosas que no puedo hacer	1 2 3 4 5 *
17	Fracasos consecutivos me hacen dudar de mis capacidades	1 2 3 4 5 *
18	Conocer que se debe hacer , garantiza mi adecuado desempeño	1 2 3 4 5
19	Soy competente en mi trabajo	1 2 3 4 5
20	Tiendo a evitar situaciones en las cuales he fracasado anteriormente	1 2 3 4 5 *
21	El ver a alguien competente en una situación , me permite creer que soy igualmente capaz	1 2 3 4 5
22	No creo tener las suficientes habilidades para afrontar riesgos y responsabilidades	1 2 3 4 5 *
23	Tener que esforzarme mas que los demás , me hace dudar de mis capacidades	1 2 3 4 5 *

## Anexo 5. Consentimiento Informado Para Mayores de Edad

### INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INVESTIGACIÓN

Este estudio tiene por objetivo identificar los factores de riesgo y de protección para el consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes institucionalizados pertenecientes al grupo de atención ambulatoria del municipio de Sabaneta, evaluados en el 2 semestre de 2017. Esta investigación es llevada a cabo por estudiantes de la Facultad de Ciencias Sociales en el marco de la asignatura de trabajo de grado, requisito para optar al título de psicólogo(a). Igualmente, se aplicará un conjunto de test que miden consumo de sustancias psicoactivas, ansiedad, depresión, autoesquemas, y, disfuncionalidad familiar. La investigación se adhiere a la Ley 1090 de 2006, la cual regula el ejercicio de la psicología en Colombia y la Doctrina del Tribunal Nacional Deontológico y Bioético de Psicología. La presente investigación se clasifica sin riesgo, dado que no se aplicaran tratamientos, intervenciones ni procedimientos invasivos que modifiquen las conductas de los participantes. La información que es suministrada por la población en el estudio es totalmente confidencial, y será salvaguardada por los investigadores. En acuerdo con la Ley 1090 de 2006, la participación en toda investigación psicológica es voluntaria y quien participe tiene el derecho de retirarse de la misma en cualquier momento, sin perjuicio. Los participantes pueden realizar preguntas y tienen el derecho a recibir una explicación de manera oportuna. Por favor, lea cuidadosamente este documento. Su firma es requerida para la participación en el estudio.

Yo \_\_\_\_\_ identificado con Cédula de Ciudadanía Número \_\_\_\_\_, acepto participar en la investigación. La naturaleza de la investigación me ha sido explicada tanto en forma escrita como verbal. Estoy participando voluntariamente y doy permiso para que los datos sean conservados para ser registrados en una base de datos. Entiendo que puedo retirarme del ejercicio, sin repercusiones en cualquier momento del proceso. Entiendo que el anonimato será asegurado y mi información personal no será publicada. Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento firmado y fechado, si así lo requiero. Por último, permito publicar los resultados de la presente investigación con fines estrictamente académicos, resguardando mi nombre. Con la firma de este formulario no renuncio a ninguno de mis derechos legales como participante en un ejercicio de investigación académica.

\_\_\_\_\_

Firma del participante

C.C. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Fecha:

\_\_\_\_\_

Firma del investigador

C.C. \_\_\_\_\_

## Anexo 6. Consentimiento Informado Para Padres y/o Acudientes

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INVESTIGACIÓN PARA PADRES O**  
**ACUDIENTES DE MENORES DE EDAD**

Este estudio tiene por objetivo identificar los factores de riesgo y de protección para el consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes institucionalizados pertenecientes al grupo de atención ambulatoria del municipio de Sabaneta, evaluados en el 2 semestre de 2017. Esta investigación es llevada a cabo por estudiantes de la Facultad de Ciencias Sociales en el marco de la asignatura de trabajo de grado, requisito para optar al título de psicólogo(a). Igualmente, se aplicará un conjunto de test que miden consumo de sustancias psicoactivas, ansiedad, depresión, autoesquemas, y, disfuncionalidad familiar. La investigación se adhiere a la Ley 1090 de 2006, la cual regula el ejercicio de la psicología en Colombia y la Doctrina del Tribunal Nacional Deontológico y Bioético de Psicología. La presente investigación se clasifica sin riesgo, dado que no se aplicaran tratamientos, intervenciones ni procedimientos invasivos que modifiquen las conductas de los participantes. La información que es suministrada por la población en el estudio es totalmente confidencial, y será salvaguardada por los investigadores. En acuerdo con la Ley 1090 de 2006, la participación en toda investigación psicológica es voluntaria y quien participe tiene el derecho de retirarse de la misma en cualquier momento, sin perjuicio. Los participantes pueden realizar preguntas y tienen el derecho a recibir una explicación de manera oportuna. Por favor, lea cuidadosamente este documento. Su firma es requerida para la participación en el estudio.

Yo \_\_\_\_\_ identificado con Cédula de Ciudadanía Número \_\_\_\_\_, acepto la participación en la investigación de mi hijo(a) o acudido (a) \_\_\_\_\_, identificado con Documento de Identidad Número \_\_\_\_\_, siempre y cuando mi hijo(a) o acudido (a) de su consentimiento verbal. Autorizo para que los datos sean conservados para ser registrados en una base de datos. Entiendo que se garantizará el anonimato de los datos personales y recibiré una copia de este formulario de consentimiento firmado y fechado, si así lo requiero. Por último, permito publicar los resultados de la presente investigación con fines estrictamente académicos.

\_\_\_\_\_  
 Firma del acudiente

C.C. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Fecha:

\_\_\_\_\_  
 Firma del investigador

C.C. \_\_\_\_\_