

**CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ESTUDIANTES DE 10 Y 11 º  
DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL CORREGIMIENTO DE ROBLES,  
MUNICIPIO DE JAMUNDÍ, VALLE DEL CAUCA. 2020.**



**DANIELA CECILIA VALENCIA ALZATE  
JUAN CAMILO MANCILLA JIMENEZ**

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI  
FACULTAD DE SALUD  
TERAPIA RESPIRATORIA  
2020**

**CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ESTUDIANTES DE 10 Y 11 º  
DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL CORREGIMIENTO DE ROBLES,  
MUNICIPIO DE JAMUNDÍ, VALLE DEL CAUCA. 2020.**

**DANIELA CECILIA VALENCIA ALZATE  
JUAN CAMILO MANCILLA JIMENEZ**

**TUTOR:  
CESAR RAMIREZ  
NAYIBE ENDO COLLAZOS**

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI  
FACULTAD DE SALUD  
TERAPIA RESPIRATORIA  
2020**

## CONTENIDO

INTRODUCCION.....	5
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	8
1.1. FORMULACION DEL PROBLEMA.....	11
2. JUSTIFICACION.....	12
3. OBJETIVOS.....	15
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	15
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
4. MARCO REFERENCIAL.....	16
4.1. ANTECEDENTES.....	16
4.2. MARCO CONCEPTUAL.....	17
4.3. MARCO TEORICO.....	22
4.4. MARCO CONTEXTUAL.....	31
4.4.1. Corregimiento de Robles, Jamundí (Valle).....	31
4.4.2. Centro Vocacional Agrícola Luís Antonio Robles.....	33
4.5. MARCO DISCIPLINAR.....	34
4.5.1. Ley 1240 de 2008 (julio 30).....	34
4.6. MARCO ETICO Y BIOETICO.....	38
4.6.1. Resolución 008430.....	38
4.6.2. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.....	41
5. METODOLOGIA.....	45
5.1. TIPO DE ESTUDIO.....	45
5.2. PERIODO Y LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN.....	45
5.3. UNIVERSO Y UNIDAD DE ANALISIS.....	45
5.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	46
5.4.1. Criterios de Inclusión.....	46
5.4.2. Criterios de Exclusión.....	46
5.5. VARIABLES.....	46
5.6. PLAN DE ANALISIS.....	51
5.7. RESULTADOS.....	53

<b>5.8. DISCUSIÓN.....</b>	<b>72</b>
<b>5.9. CONCLUSIÓN.....</b>	<b>75</b>
<b>5.10. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>76</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>78</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>85</b>

## INTRODUCCION

En el 2020 Blanco M. plantea que, en Colombia, una de las estrategias ha sido la creación de la Política Nacional de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas, del Ministerio de Protección Social, que busca aminorar el impacto de un problema de alta prioridad para el Gobierno nacional. Por ello, se ha ideado un plan de descentralización para fortalecer la competencia institucional de los departamentos y municipios tendiente a reducir el consumo y expendio de sustancias psicoactivas en sus comunas. Surgieron, en consecuencia, los Comités Territoriales de Reducción del Consumo de Drogas, encargados de planificar, orientar y evaluar programas, proyectos y políticas públicas para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y problemáticas asociadas en sus regiones. Para cumplir con los objetivos, los comités se articularon a secretarías y oficinas de entidades territoriales, y a instancias como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la Policía Nacional, las Comisarías de Familia y la sociedad civil organizada, donde se ubican organizaciones no gubernamentales y universidades colombianas. (1)

Un estudio de Sánchez M. (1984), ya afirma en este año que se viene observando cada vez más el incremento desproporcionado de consumo de sustancia psicoactivas (SPA), estos hábitos vienen siendo revisados a nivel nacional e internacional, según el Informe Mundial de Drogas de la Oficina Contra la Droga y el Crimen de la Organización de las Naciones Unidas (UNODC), los datos cada vez son menos alentadores las cifras pasaron de 185 millones de consumidores a 200 millones (2004-2005), lo que significa que el 5% de la población mundial entre 15 y 64 años, ha consumido sustancias ilegales al menos una vez en el último año (2).

En América Latina, los jóvenes entre 18 y 24 años, especialmente estudiantes universitarios, tienen la prevalencia de uso de sustancias, legales e ilegales durante la vida y en el último año, más alta de la población (3).

En Colombia, la Encuesta Nacional de Salud Mental 2003 encontró que los trastornos por uso de alcohol y otras sustancias están presentes en 11,1 % de la población y ocupan el tercer lugar entre los trastornos con mayor prevalencia en el país, especialmente entre las edades de 18 y 29 años (4). En Bogotá, específicamente el consumo de sustancias psicoactivas ha venido en crecimiento en la población de estudiantes universitarios y de secundaria, situación que no solo afecta a las universidades, sino también, a las vecindades cercanas de estos centros de estudio, por el comercio, tráfico, expendio y consumo de estas sustancias tanto legales como ilegales, dentro y fuera del ámbito universitario, con una aparente permisividad social a esta situación (5).

El consumo de sustancias psicoactivas entre los jóvenes es un fenómeno complejo que no puede explicarse sobre la base de causas únicas, por el contrario, se considera que se debe a la interacción de diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales o contextuales (familiares, escolares y grupales), que de una u otra forma favorecen la consolidación de un patrón de abuso o dependencia (6).

El consumo de sustancias en estudiantes implica complicaciones a corto y largo plazo, algunas irreversibles como el suicidio (7); y otras consecuencias, como el consumo de poli sustancias (8) el fracaso académico (9) y la irresponsabilidad, que ponen al adolescente en riesgo de accidentes, violencia, relaciones sexuales no planificadas e inseguras (10).

Dada la importancia y las implicaciones físicas, sociales y psíquicas de este problema en la población universitaria, es necesario indagar acerca de las variables predictoras, que permitan establecer de manera documentada un marco

de trabajo para diseñar estrategias de prevención e intervención efectivas para el reforzamiento de factores protectores y control de los de riesgo.

El objetivo del presente estudio es establecer los factores que inciden en el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes afrodescendientes del corregimiento de Robles municipio de Jamundí, Valle del Cauca, se realizara un instrumento a partir de los lineamientos de la OMS sobre el consumo de sustancia psicoactivas.

Este estudio se realizó durante el primer semestre del 2020, con la finalidad de identificar los factores que inciden de alguna manera en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes escolarizados, los resultados permitirán a las directivas de la institución tomar decisiones de control al interior del claustro, también en conjunto con la comunidad de padres de familia tener el apoyo para que las estrategias de intervención que se implementen se estudien a futuro para medir el impacto de la intervención.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Entre los riesgos de salud que causan la mayor morbilidad y mortalidad a nivel mundial se encuentran, sin lugar a dudas, el tabaquismo, marihuana y el alcoholismo. El riesgo de consumo de tabaco, marihuana y alcohol varía según la cultura, el país, el género, el grupo etario, las normas sociales; dicho consumo es elevado para las dos sustancias en la mayoría de los países de América Latina, donde su uso es promovido y considerado como una práctica la cual aceptada en diversos ámbitos de la sociedad.

Frente al llamado internacional por aunar esfuerzos en esta situación mundial, Colombia, apenas se despertó hacia la década de los ochentas e inició con el interés por indagar acerca del consumo de psicoactivos: Correa y Pérez (11) con el libro Sustancias Psicoactivas: Historia del Consumo en Colombia. Posteriormente en la década de los 90, el Ministerio de salud contrata el desarrollo de investigaciones sobre salud mental y consumo de psicoactivos en 1993 y 1996, y a la par, la Dirección Nacional de Estupefacientes lo hizo en 1992 y 1996.

Sin embargo, fue el Programa Estatal Rumbos el que incluyó como Política, investigar sobre el consumo de Sustancias psicoactivas (SPA) en Colombia, actualmente este organismo coordina el Observatorio Colombiano sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas.

En el año 2008, el Gobierno Nacional de la República de Colombia, a través del Ministerio de la Protección Social (MPS) Y La Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE), con el apoyo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos (O.E.A), y la Embajada de los Estados Unidos en Colombia. Se llevó a cabo el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, con el propósito

de estimar la magnitud de este fenómeno, conocer sus características principales y establecer la percepción social del riesgo asociado a las diferentes sustancias de abuso, entre otros aspectos. (12)

El consumo de sustancias psicoactivas va en aumento, las alteraciones o daños a la salud es amplio, Hoy el consumo en adolescentes y jóvenes de las instituciones académicas, se ha convertido en una situación de mayor atención, urgencia e intervención para la OMS, debido al crecimiento de menores de edad involucrados en la drogadicción. En nuestro entorno, es deprimente observar en diferentes escenarios en los que participan jóvenes, la posibilidad de acceder al consumo de sustancias psicoactivas es fácil, como el hecho de comprar un dulce. Frente a esta problemática, un aspecto que es importante abordar es indagar los factores asociados que están influyendo en que los adolescentes sean vulnerables a caer en el consumo de estas sustancias.

Es importante resaltar que, por cada joven inmerso en el consumo continuo de psicoactivos, habrá a su vez, mayor número de adolescentes en riesgo, motivados por quienes ya han caído en el problema, esto se convierte en un círculo de consumo, que se fortalece con distribución ilegal y la oferta de las mismas. Contribuyendo al incremento de la demanda de consumo, que, en el corto, mediano y largo plazo determinan la presencia de alteraciones a nivel físico, psicológico y social. Un estudio a nivel mundial, Gómez y col. reportó que para el 2013, un total de 43 personas, de las cuales una de cada 20 personas de edades comprendidas entre los 13 y 16 años, son fumadores. De ellos aproximadamente el número de fumadores aumentó en la edad entre 20 y 25 años con un total de 18 fumadores para un porcentaje de 41.86%, es decir que la mitad de los jóvenes en estas edades consumen o han llegado a consumir dichas sustancias. (13)

En Colombia para el 2013, se evidenció que el incremento en el uso de sustancia psicoactivas, se relaciona casi exclusivamente con el consumo en aumento de la marihuana. En efecto, mientras el 7.9% de la población colombiana declaró haber

usado marihuana alguna vez en la vida en el estudio del 2008, el consumo se reportó en aumento a un 11.5% declarado para el 2013, señalando un aumento de 16 casi cuatro puntos. Respecto del uso en el último año, la prevalencia aumenta significativamente a nivel nacional desde un 2.1% el 2008 a 3.3% el 2013. Este incremento significativo se observa tanto en hombres (3.5% a 5.4%) como en mujeres (de 0.8% a 1.3%), en los grupos de edad de 12 a 17 años (2.7% a 4.3%) y de 18 a 24 años (de un 5% el 2008 a un 8.2% el 2013), y en los estratos 1, 2 y 3. (13)

Por último, un estudio realizado a nivel nacional incluyó a 101 consumidores de drogas entre los 15 y los 64 años de edad y a 50 no consumidores entre 20 y 84 años, según la OMS Según la OMS en el año 2006 la mortalidad en España por sustancias psicoactivas se distribuye de la siguiente manera: el 16.8% es atribuido al tabaco, 3% al alcohol y 0.6% a las drogas ilegales. En cuanto a la carga de enfermedad, al tabaco le corresponde 12.3%, al alcohol 7.6% y a las drogas ilegales 3.9%. Un estudio de Espada, Méndez e Hidalgo (2000) mostró que en una región de España (Alicante) 67.7% de los menores de edad habían consumido alcohol en alguna ocasión, y que 37.8% eran bebedores habituales; la edad media de inicio fue de 12.2 años. (14).

Actualmente en Colombia hay una constante preocupación por el aumento del consumo de alcohol y cigarrillo en los menores de edad, pues son fuertes predictores de consumo de sustancias ilegales en la adultez.

En el estudio realizado por Pérez y Scoppetta (15), en 7 ciudades capitales y dos municipios pequeños, se observó que la edad de inicio de consumo de alcohol tiende a disminuir (en hombres, a 10 años y en mujeres, a 11 años). Cerca del 90% de los jóvenes entrevistados ha consumido alcohol; cerca del 70% de estos menores de edad lo hicieron en el último año; 28% en el último mes y 13% en la última semana. Esto parecería indicar un problema de consumo de alcohol en menores de edad mayor en Colombia que en España. Lo preocupante es que 45%

de los jóvenes que toman, dicen que cuando lo hacen se emborrachan o se «entonan».

Es importante resaltar los factores que se encuentran asociados a este problema, ya que son de gran influencia para responder diferentes preguntas y cuestionarios. Los factores reportados hasta el momento, como asociados al consumo, son de tipo social, familiar, emocional, económico, psicológico, conductuales. Pero no se tiene precisión sobre cuáles son los más influyentes, por esta razón se quiere realizar una investigación donde se describan en mayor detalle los factores que se relacionan con el consumo de psicoactivos. Las cifras estadísticas demuestran que el consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes, es un problema que va en ascenso y que, a pesar de distintas investigaciones e intervenciones propuestas, no se ha logrado disminuir el consumo de los mismos. Por ello es importante indagar y correlacionar los factores que se asocian el incremento del consumo en los jóvenes escolarizados, donde se puede precisar que aspectos intervenir para disminuir incidencia de consumo de sustancias psicoactivas.

### **1.1. FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los factores que inciden en el consumo de sustancias psicoactivas en consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de 10 y 11<sup>o</sup> de una institución educativa del corregimiento de robles, municipio de Jamundí, valle del cauca?

## 2. JUSTIFICACION

La pobreza es un fenómeno que ocurre en la mayoría de zonas del mundo, este problema viene alcanzando niveles alarmantes en algunas zonas geográficas del planeta. A menudo se caracteriza como una evolución de las relaciones históricas y estructurales de oposición entre los intereses de las clases y, por lo tanto, es el resultado de un fenómeno económico configurado por las clases económicas mundiales.

Actualmente, el estudio sobre el desarrollo humano presenta varias perspectivas teórico-metodológicas, cada una de las cuales busca explicar, desde un enfoque diferente, las dimensiones que deben priorizarse para comprender los procesos adaptativos de un individuo a lo largo del ciclo de evolución. Sin embargo, se necesitan nuevos estudios que enfatizen el desarrollo de niños y adolescentes expuestos a situaciones adversas, como los que viven en la pobreza, por ejemplo. Es necesario comprender mejor los aspectos psicosociales involucrados en este contexto, así como las implicaciones de estas experiencias a lo largo del ciclo de vida de niños y adolescentes (16).

Sin embargo, a pesar de la tendencia a ver la pobreza a nivel macro sistémico, reduciéndola a la dimensión material de la miseria económica, los efectos que genera en la rutina de los grupos humanos son inmensos. La condición de pobreza puede constituir una amenaza constante y real para el bienestar de los niños y adolescentes, ya que limita sus oportunidades de desarrollo, lo que lleva, en ciertas circunstancias, a una situación de miseria afectiva (16). Esto es así porque la miseria económica es un generador potencial de una serie de contextos de riesgo para el desarrollo psicosocial de las personas que atraviesan un proceso de maduración cognitiva y emocional, constituyendo factores adversos relacionados con las experiencias de exclusión social. Las diferentes situaciones de privación de las condiciones materiales de subsistencia pueden conducir a

severas restricciones en el suministro de necesidades básicas individuales, incluidas las afectivas, cognitivas y sociales.

En el contexto familiar, estos elementos de riesgo se reflejan en los lazos matrimoniales y también contribuyen a aumentar los conflictos entre padres e hijos, lo que afecta directamente la dinámica de la relación entre ellos (16). La falta de una relación familiar de calidad interfiere con el proceso de desarrollo saludable de una persona y puede considerarse un factor de riesgo para niños y adolescentes en términos de, por ejemplo, el uso abusivo de sustancias psicoactivas y la delincuencia (17).

Los niños y adolescentes que se crían en un entorno que constituye una amenaza para su salud psicológica pueden volverse vulnerables cuando se enfrentan a ciertas situaciones de rutina, especialmente los eventos adversos. Sin embargo, no todas las personas que experimentan situaciones de riesgo también presentan problemas emocionales y / o conductuales (16), lo que evidencia la multidimensionalidad y plasticidad de los procesos adaptativos.

En este sentido, un fenómeno que impregna estos problemas y que se convirtió en una preocupación, tanto para la comunidad científica como para la sociedad en general, especialmente en las últimas décadas del siglo XX, es el consumo de drogas entre los adolescentes, que tienen presentó alta prevalencia y uso cada vez más temprano (18-21). Ante esta realidad, el abuso de sustancias psicoactivas en la adolescencia ha constituido un grave problema social y de salud pública tanto en la realidad brasileña como en otros países (22-24), y se ha extendido por todo el planeta.

Además, el primer contacto con las drogas generalmente ocurre en la adolescencia, una etapa del ciclo de desarrollo marcada por múltiples y profundos cambios a nivel físico y mental, que hacen que el adolescente sea más vulnerable desde el punto de vista psicológico y social (25-27). Sin embargo, a pesar de que

los adolescentes son vistos como un grupo de riesgo en términos de uso de sustancias psicoactivas, los factores que pueden hacer que usen drogas son diversos. Los principales están relacionados con las características individuales y sociales, el último de los cuales incluye la colectividad, la familia y los grupos de pares (24).

Los factores de riesgo y protección relacionados con el uso de drogas están relacionados con seis dominios de la vida (individual, familiar, escolar, de medios, amigos y la comunidad), que presentan relaciones mutuas. Cada investigación sobre este tema enfatiza ciertas variables (por ejemplo, género, edad, nivel socioeconómico, rendimiento escolar, trabajo, uso de drogas en la familia, entre otros) (24).

Los beneficios de este estudio se centran en la identificación de los factores que generan el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes afrodescendientes, este proyecto se realizara a partir de la encuesta ASSIST de OMS 2011. (6)

Dar herramientas a las instituciones educativas para que aborden mejor el tema, lo identifiquen y así generen estrategias para aminorar la problemática.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar los factores relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de 10 y 11 de una institución educativa del corregimiento de Robles, municipio de Jamundí, Valle del Cauca. 2020.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir las características socio-demográficas de la población objeto de estudio.
- Identificar los factores que influyen en el consumo de sustancias psicoactivas en la población de estudio.
- Estimar la frecuencia del consumo de sustancias psicoactivas en la población objeto de estudio.

## 4. MARCO REFERENCIAL

### 4.1. ANTECEDENTES

El tabaquismo (T) según la OMS constituyó la mayor pandemia del S XX y lo seguirá siendo en el S XXI si no se modifican los patrones actuales de consumo de tabaco. (57)

El tabaco es el único producto de consumo que llega a matar a la mitad de sus consumidores cuando se usa de la forma recomendada por su fabricante.

Según el manual de abordaje del tabaquismo; este “constituye la principal causa de enfermedad y muerte evitable a nivel mundial”, los autores la relacionan con las enfermedades oncológicas, cardiovasculares y respiratorias. (57)

Es una enfermedad que daña tanto a los fumadores como a los no fumadores, La prevalencia del T aumenta en los países en vías de desarrollo, vinculada a un menor nivel educativo y a mayor nivel de pobreza. La población más vulnerable la constituyen las mujeres y los jóvenes. (57)

A nivel familiar, se derivan hacia la compra de tabaco buena parte de los ingresos del hogar que podrían ser empleados en la compra de alimentos, medicinas o vestimenta. De este modo, el consumo de tabaco contribuye al empobrecimiento tanto de las familias como de los países.

*“El tabaco es la puerta de entrada a otras drogas, incluidas las ilegales”.* (57)

#### 4.2. MARCO CONCEPTUAL

Teniendo en cuenta los objetivos del estudio se indago sobre el consumo de las siguientes sustancias, según la OMS:

**Adolescencia:** 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. (58)

**Sustancia:** Es una clase particular de materia homogénea cuya composición es fija y químicamente definida. (58)

**Sustancia psicoactiva:** Sustancias formadas que al ser tomadas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento del individuo. (58)

**Sustancia licita:** Droga que se encuentra avalada legalmente para su comercialización y distribución. (58)

**Sustancia ilícita:** Droga que están bajo un control internacional, que pueden o no tener un uso médico legítimo, pero que son productos traficados y/o consumidos fuera del marco legal. (58)

**Droga:** Sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración funcional del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible a crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas. (58)

**Alucinógeno:** Sustancia química que induce alteraciones de la percepción, el pensamiento y sensaciones similares a las provocadas por las psicosis funcionales, pero que no producen una marcada alteración de la memoria o la orientación que son características de los síndromes orgánicos. (58)

**Consumo:** Ingesta o administración de sustancias o producto. (58)

**Consumo de sustancia:** Autoadministración de una sustancia psicoactiva. (58)

**Frecuencia:** Cantidad que se consume o se administra una sustancia. (58)

**Factor psicosocial:** Según el Comité Mixto OIT / OMS, los factores psicosociales “consisten en interacciones entre, por una parte, el trabajo, el medio ambiente y las condiciones de organización, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden influir en la salud, el rendimiento y la satisfacción en el trabajo”. (Prevención de riesgos específicos en centros educativos, capítulo i. seguridad y salud en centros educativos).

**Cigarrillo/Tabaco:** Producto de tabaco en forma de tubo que se fabrica de hojas de tabaco curadas, cortadas finamente, enrolladas y envueltas en un papel delgado. (58)

**Bebidas alcohólicas:** Líquido que contiene alcohol y etanol, está destinado al consumo. (58)

**Cerveza:** Bebida alcohólica, no destilada, de sabor amargo, que se fabrica con granos de cebada germinados u otros cereales cuyo almidón se fermenta en agua con levadura y se aromatiza a menudo con lúpulo, entre otras plantas. (58)

**Aguardiente:** Bebida alcohólica destilada de un fermento alcohólico. (58)

**Chicha:** Bebida tradicional elaborada con la fermentación de maíz, además esta hace parte de la cultura del país. (58)

**Licores fuertes:** Sustancias de mayor grado de alcohol y fermentación. (58)

**Tranquilizantes:** Medicamento con efectos calmantes; término general que designa varios grupos de medicamentos empleados en el tratamiento sintomático de diversos trastornos mentales. (58)

**Diazepam:** Benzodiacepinas de uso habitual.

**Lorazepam:** Medicamento ansiolítico del grupo de las llamadas benzodiacepinas.

**Clonazepam:** Fármaco perteneciente al grupo de benzodiacepinas que actúa sobre el sistema nervioso central. (58)

**Estimulantes:** Sustancias que se activa, potencia o incrementa la actividad neuronal. se denomina también psicoestimulante. (58)

**Sustancias inhalables:** Sustancias volátiles que producen vapores químicos que se pueden inhalar para provocar efectos psicoactivos o de alteración mental. (58)

**Pegantes:** Sustancia ideal para procesos de rápido ensamble, uniones de alto desempeño y máxima resistencia al calor. (58)

**Sacol:** Es un pegamento hecho a base de caucho ampliamente utilizado en el sector industrial. (58)

**Pinturas:** Producto fluido que, aplicado sobre una superficie en capas relativamente delgadas, se transforma al cabo de un tiempo en una sólida capa que se adhiere a dicha superficie, de tal forma que recubre, protege y decora el elemento sobre el aplicado.(58)

**Thinner:** Mezcla de disolventes de naturaleza orgánica derivados del petróleo diseñadas para disolver y diluir sustancias insolubles en agua. (58)

**Combustibles:** Cualquier material capaz de liberar energía cuando se oxida de forma violenta con desprendimiento de calor. (58)

**Heroína:** Droga ilegal sumamente adictiva que se procesa a partir de la morfina, sustancia que se da en forma natural y se extrae de la vaina de las semillas de ciertas plantas de amapolas. (58)

**Éxtasis:** Droga empatógena perteneciente a la familia de las anfetaminas sustituidas. (58)

**Popper:** Nombre genérico de varias sustancias químicas.

**Analgésicos opiodes:** Sustancia que reduce el dolor, puede no tener propiedades psicoactivas. (58)

**Morfina:** Potente droga opiácea usada frecuentemente en medicina como analgésico. (58)

**Fentanilo:** Agonista narcótico sintético opiáceo utilizado en medicina por sus acciones de analgesia y anestesia.

**Hidromorfona:** Medicamento analgésico derivado de la morfina que se utiliza para el tratamiento del dolor intenso que no responde a otros fármacos.

**Tramadol:** Analgésico de tipo opioide que alivia el dolor actuando sobre células nerviosas específicas de la médula espinal y del cerebro. (58)

**Metanfetaminas:** Potente psicoestimulante, agente antagonista adrenérgico sintético. (58)

**Hongos:** Organismo unicelulares o pluricelulares heterótrofos que no forma auténticos tejidos y que tienen estructura de talo. (58)

**Yage:** Brebaje alucinógeno utilizado por las comunidades indígenas como parte de su tradición. (58)

**Ketamina:** Droga disociativa con potencial alucinógeno, derivada de la fenciclidina, utilizada original y actualmente en medicina por sus propiedades de sedación, analgesia y anestesia. Este estudio plantea el análisis del consumo de algunas de las sustancias psicoactivas reconocidas a nivel mundial por la OMS, de estas solo se contemplarán tabaco. (58)

Este estudio plantea el análisis del consumo de algunas de las sustancias psicoactivas reconocidas a nivel mundial por la OMS, de estas solo se contemplarán tabaco.

### **Fumador**

Es la persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo en los últimos 6 meses. (57)

Dentro de este grupo se puede diferenciar:

### **Fumador Diario**

Es la persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo al día, durante los últimos 6 meses. (57)

### **Fumador Ocasional**

Es la persona que ha fumado menos de un cigarrillo al día; asimismo se lo debe considerar como fumador. (57)

**Fumador Pasivo**

Es la persona que no fuma, pero que respira el humo de tabaco ajeno o humo de segunda mano o humo de tabaco ambiental. (57)

**Ex Fumador**

Es la persona que habiendo sido fumador se ha mantenido en abstinencia al menos por los últimos 6 meses. (57)

**No Fumador**

Es la persona que nunca ha fumado o ha fumado menos de 100 cigarrillos en toda su vida. (57)

**4.3. MARCO TEORICO**

En el presente trabajo, se desarrollarán aspectos teóricos de los conceptos que están relacionados con la presente revisión: Familia, juventud, apoyo social, Resiliencia, y tradiciones artísticas y culturales.

En el contexto actual, encontramos una gran pluralidad de composiciones familiares: monoparentales, homoparentales, reconstituidas, extensas, adoptivas, de acogida, etc. Aunque no podemos negar que de esta diversidad se deriva una gran riqueza, hay que tener presente la tendencia a que los núcleos familiares sean cada vez más reducidos e individualizados y tengan que afrontar tensiones y situaciones de estrés que pueden exigir la respuesta de los profesionales de la red social. Además, las dinámicas y los roles de género dentro de las familias están cambiando (tanto los de la pareja como los de los hijos/as) basándose en principios más igualitarios. Estos cambios también afectan a las relaciones entre padres e hijos que han pasado de tener una estructura jerárquica a plantearse como relaciones más horizontales y democráticas (25)

Martín, Márquez y Rodrigo, 2009).

Por otra parte, hay que tener presente que el concepto de familia es dinámico, ya que va cambiando con el paso del tiempo a medida que avanza su ciclo vital (pasamos de ser hijos a ser pareja, de ser pareja a ser padres, de ser padres a ser abuelos, etc.). Los niños y jóvenes de nuestra sociedad no sólo reciben influencias del contexto familiar, sino que a medida que van creciendo aumentan las influencias de otros contextos como los iguales, la escuela, los medios de comunicación, etc. (26). Pero, aun así, la familia sigue siendo un contexto muy importante, probablemente porque las influencias familiares son las primeras y las más significativas, dada la intensidad afectiva.

Es necesario precisar que hay diferencias entre la parentalidad biológica que alude a la procreación y la parentalidad social que da cuenta de las habilidades en el cuidado y crianza de los hijos e hijas. En algunos casos prevalece aún la creencia de que los progenitores por el hecho de haber concebido a sus hijos serán capaces de proporcionarles las atenciones necesarias, pero en realidad encontramos que hay padres y madres biológicos que por diferentes motivos (por sus historias de vida, o por los contextos sociales, familiares y / o económicos que viven) no tienen la capacidad necesaria para asegurar la crianza, el desarrollo y el bienestar de sus hijos/as (27).

Desde la perspectiva de la parentalidad social, el cuidado y crianza de niños, niñas y adolescentes no está circunscrito a la familia biológica, sino que se favorece el reconocimiento de otras personas e instituciones que han proporcionado bienestar como sucede con la adopción y la acogida familiar (28); estas personas, a pesar de no haber engendrado a estos niños, han podido adquirir las competencias necesarias para ejercer una parentalidad social responsable, promoviendo el desarrollo positivo de los niños y jóvenes, ayudándoles incluso a desarrollar la resiliencia, es decir, la capacidad de superar las consecuencias de experiencias difíciles o traumáticas, para seguir desarrollándose adecuadamente.

Por su lado, Aguilera O. (29) hace una aproximación a las motivaciones que encuentran los jóvenes al pertenecer a un colectivo. Estas están inicialmente fundadas en una adscripción identitaria, donde el interés de los jóvenes es meramente pre formativo, poco a poco el interés se va convirtiendo en uno más abstracto, donde aparece una visión del colectivo desde lo general y lo público. En este punto los jóvenes tienen unas motivaciones más ligadas a su incidencia en lo político.

Para Uribe y Orcasita (30), el concepto de apoyo social surge del interés por comprender las interacciones sociales y la tendencia a buscar la compañía de otras personas, especialmente en situaciones estresantes en el transcurso del ciclo de vida.

La UNICEF (31), resalta el valor de las tradiciones de la cultura de la comunidad afro, como un patrimonio cultural inmaterial, profundamente arraigado en las familias y en la cotidianidad a través de los cantos, los relatos, los rituales y la música.

En la actualidad, definir la categoría 'juventud' resulta mucho más complejo que hace algunas décadas, cuando el concepto se limitaba a la edad biológica del individuo. Las concepciones se han ampliado porque se entiende que, desde la sociología, la psicología, entre otras disciplinas, hablar de juventud implica procesos complejos que ocurren en las personas y que no necesariamente tienen que ver con su edad. Para Barrantes y Donas (32): "En una trama relacional histórica-social permanentemente cambiante de los sujetos y de las instituciones, la juventud es múltiple y plural, las categorías deben proveer la capacidad de aprehender este cambio y esta diversidad".

Se parte de la idea de que, durante el desarrollo de la persona, en cada una de sus etapas, se incluyen factores psicológicos y sociales que la llevan a asumir

“características diferentes en las múltiples y variadas estructuras sociales y culturales en las que crecen y se desarrollan” (32). Por tanto, no se conciben unas características universales que homogenicen la población joven de todas partes del mundo, e incluso, dentro de una misma región o ciudad, se registran diferencias marcadas por aspectos como el estrato socioeconómico y las particularidades culturales del entorno. En palabras de Margulis: “La complejidad del concepto "juventud" condicionado por la edad, o sea por la materialidad de las posibilidades que emergen del cuerpo, pero también por la diferenciación social, de género, los códigos culturales y los cambios históricos” (32).

También, Chillán R. (33) se refiere al concepto de juventud en el sentido de considerar a los jóvenes como sujetos que reclaman participación activa en la sociedad, que aportan a ella prácticas innovadoras y que exigen oportunidades para su presente y su futuro porque son, en sí mismos, una realidad concreta. En este mismo sentido, para Margulis:

*Juventud es un significante complejo que contiene en su intimidad las múltiples modalidades que llevan a procesar socialmente la condición de edad, tomando en cuenta la diferenciación social, la inserción en la familia y en otras instituciones, el género, el barrio o la microcultura grupal (33).*

Pese a que la OMS (6) define una clasificación etaria de las personas de acuerdo con su desarrollo biológico, dentro de la cual determina como adolescente a la población comprendida entre los 10 y los 19 años de edad, y como jóvenes, el grupo comprendido entre los 15 y 24 años, se encuentra en los estudios de autores como Margulis M. (34), que los parámetros para determinar la condición de joven se amplían debido a a multiplicidad de aspectos relacionados con el hecho de ser joven. Reconoce el autor que la edad es la base material para delimitar el concepto, pero que esta condición la define la cultura: “Indica aspectos

relacionados con el cuerpo, tales como salud, energía, capacidad reproductiva, y también remite a características culturales relacionadas con la edad” (34).

Dentro de las características que menciona Margulis M. (34) se encuentra que “La juventud es también vivencia compartida por los coetáneos, una manera de estar en el mundo” (34), de lo que se desprende la visión que la cultura entrega de los jóvenes. Estos se perciben a sí mismos como tal, pero también dependen de la mirada de otros, quienes les asignan cualidades que los diferencian de los demás miembros de los grupos sociales: “La juventud es, por ende, una condición relacional, determinada por la interacción social, cuya materia básica es la edad procesada por la cultura (34).

En este marco de la cultura y de la concepción actual de la juventud, se imponen características aparentemente comunes a la condición de ser joven que tienen que ver con factores que promulgan los medios. Así, se reconoce un ideal de juventud: “bella, alegre, despreocupada, deportiva y saludable, vistiendo las ropas a la moda y viviendo romances y aventuras amorosas, ajena a la falta de dinero, al rigor cotidiano del trabajo o las exigencias del hogar” (34). A lo anterior se suma la vitalidad y la energía biológica, los proyectos y las expectativas que se configuran y proyectan al futuro adulto y que define a los jóvenes como arriesgados y emprendedores.

Sin embargo, estas propiedades que encierra la condición de ser joven, asignadas por la cultura y el mundo de los adultos, contrastan con las apreciaciones que expone Chillán R. (33) cuando dice que la situación del mundo actual, con sus crisis de sentido, sociales, económicas y culturales, llevan a pensar que:

*Hoy en día, la percepción de ser joven [...]suele ser asociada por los medios de comunicación y, en consecuencia, por la sociedad, con hechos de violencia, delincuencia, conformismo social y apatía, problemas de identidad, consumo de drogas. Es frecuente encontrar en el discurso dominante el adjetivo juvenil acompañando las*

*manifestaciones de anomia social (delincuencia juvenil, violencia juvenil...). La adolescencia y la juventud así, se convierten en una edad de y en riesgo, en una etapa de transición en la que impera la confusión y el desorden, en energía que conduce al desenfreno y al peligro (33).*

En la búsqueda de un concepto que abarque las diversas formas de entender la categoría de juventud, Margulis (34) refiere: “Cada nueva generación habita en una cultura diferente y presenta diferencias, grandes o sutiles, con las precedentes” (34). Pero también, cada generación afronta situaciones propias de su época en las que se construyen nuevas formas de entender la realidad, originadas por crisis sociales o económicas, descubrimientos o avances científicos y tecnológicos, intercambios culturales, etc., que la llevan a construir “nuevas estructuras de sentido e integra con nuevas significaciones los códigos preexistentes” (34).

De otro lado, Duarte (35) recoge varios significados o usos de la categoría juventud, en los que se resalta la heterogeneidad de visiones que pesan sobre esta y la dificultad para asignarle un concepto universal. Llama “clásica o tradicional” (35) a la versión que dice que la “juventud como una etapa de la vida 4” (35), diferente a las de infancia, adultez y vejez, prepara a los jóvenes para ingresar a la vida adulta. Una segunda idea se refiere a que la juventud es un grupo social que se clasifica especialmente de acuerdo con la edad, “porque desde ello se ha pretendido construir realidad, se asignan conductas o responsabilidades esperadas según edades, nuevamente sin considerar las especificidades y contextos del grupo social del que se habla” (35)

La carga que para la salud pública representa el uso de sustancias en todo el mundo es considerable. En el año 2004 el uso de tabaco, alcohol y drogas ilegales equivalía respectivamente a 8,7%, 3,8% y 0,4% de todas las muertes registradas, y a 3,7%, 4,5% y 0,9%, respectivamente, de los años de vida ajustados en función

de la discapacidad (AVAD). Según el informe de la OMS del año 2013 sobre los riesgos de la salud en el mundo, 20 el consumo de sustancias se encuentra entre los 20 primeros factores de riesgo de muerte y discapacidad. El consumo excesivo de alcohol y de otras sustancias también son factores de riesgo para una gran variedad de problemas sociales, económicos y legales, así como para mantener relaciones interpersonales y familiares. Mundialmente se ha detectado una tendencia hacia un mayor consumo de estas sustancias, ya sean combinadas o solas, lo que aumenta aún más los riesgos y las consecuencias negativas para los individuos y la sociedad. (36)

### **Teoría ecológica del desarrollo (Bronfenbrenner, 1987).**

La importancia de esta teoría se centra en las condiciones o características culturales que lo rodean y fundamentan el proceso de socialización. El ambiente ecológico se describe como el conjunto de contextura seriadas concéntricamente. En esa contextura concéntrica, el nivel más cercano al individuo puede ser debido microsistema, que este es el entorno principal en el que se localizan las personas en desarrollo, hace referencia al conjunto de estrategias que necesitan una solución, roles y relaciones sociales que las personas desarrolla y experimenta con su entorno. en esta teoría los agentes socializadores del estilo de vida en este primer nivel son la familia, los amigos, la escuela, los vecinos, el trabajo y los medios de comunicación. El segundo nivel del ambiente ecológico, el meso-sistema, comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo interviene activamente, como pueden ser, por ejemplo, las relaciones que se establecen entre la familia y la escuela. El tercer nivel, el exo-sistema, está conformado por el entorno el cual es el más amplio, como por ejemplo las instituciones sociales, que a pesar de no incluir activamente al individuo en desarrollo, recoge los hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno más inmediato del individuo. El último nivel, el macro-sistema, se centra en la cultura y al contexto histórico, político, legal, moral y social en la que el individuo nace y se desarrolla, ya que, según esta teoría, la socialización del estilo

de vida de un individuo tiene lugar en un contexto macro amplio que tiene un importante protagonismo a la hora de marcar pautas en su desarrollo. (37)

En esta teoría a pesar de que ofrece una organización de los contextos y de los sistemas que afectan al proceso de socialización de los estilos de vida, la investigación en esta materia se ha centrado fundamentalmente en estudiar al individuo y a su entorno más inmediato, el microsistema, no prestando tanta atención al resto de estructuras del ambiente ecológico (38). Sin embargo, autores (38), consideran que son los factores macro-sociales y del medio físico geográfico los que poseen una mayor influencia, y ello por tres razones principalmente: 1. Dentro de cada sociedad tiende a existir bastante homogeneidad en los patrones de conducta predominantes y, a su vez, esos estilos de vida son parecidos a los de otras sociedades donde imperan factores macro-sociales similares. 2. Complementariamente, existe una gran heterogeneidad en los estilos de vida cuando se comparan sociedades con diferentes estructuras sociales y diferentes marcos geográficos. 3. Al mismo tiempo, dentro de una determinada sociedad, la modificación de un factor macrosocial que influya en un grupo de conductas que sean componentes de los estilos de vida, provoca una variación significativa de dichos estilos de vida. Es decir, que los estilos de vida son sensibles a las variaciones que se producen en aquellos factores macrosociales que tienen que ver con conductas que componen los estilos de vida.

Según Pastor et al. (38), la aportación realizada por Mendoza supone una adaptación de la teoría ecológica del desarrollo al campo de los estilos de vida saludables y, como tal, presenta sus mismas virtudes y limitaciones: esto es, por un lado, remarca los distintos niveles o elementos que influyen en el proceso de socialización del estilo de vida, pero, por otro, no informa sobre cómo tiene lugar este proceso. Aunque Mendoza confiere mayor importancia a los factores macro-sociales, argumentando la similitud de los estilos de vida dentro de sociedades con estructuras macro similares, Pastor et al. advierten que en una misma sociedad como la nuestra existen personas con estilos de vida muy diferentes, de

modo que algunas personas se comprometen con comportamientos saludables y evitan las conductas de riesgo, mientras que otras, por el contrario, adoptan estilos de vida insanos. Esto indicaría que, aunque los factores macro-sociales son importantes, existen otras muchas variables, tanto del contexto social más inmediato (microsistema y meso-sistema) como las que tienen que ver con características personales, que también pueden tener una influencia crucial en el estilo de vida. (37)

El consumo de sustancias y el riesgo asociado caen en una secuencia continua que va desde riesgo bajo (consumo ocasional o no riesgoso y nocivo) a riesgo moderado (consumo más regular) y a riesgo alto (consumo frecuente o peligroso). Las personas de alto riesgo o dependientes son identificadas más fácilmente por los médicos que aquellas que están en riesgo bajo o moderado. Aunque está claro que el consumo dependiente está asociado con una carga considerable de enfermedad, la carga en los sistemas de salud por el consumo riesgoso, pero no dependiente, puede ser mayor que la carga por el consumo dependiente. (21,22)

Por tanto, el ASSIST ha sido diseñado específicamente para identificar y dar tratamiento a las personas que consumen sustancias de manera riesgosa, lo cual puede causar daños tales como el riesgo de llegar a la dependencia.

La prueba de detección tiene por objeto detectar problemas de salud o factores de riesgo en una etapa temprana, antes de que causen enfermedades graves u otros problemas, y contribuye a mantener las actividades de práctica de prevención en los ámbitos de la atención de salud. (23,24)

La OMS ha identificado una serie de criterios para determinar si se debe hacer la prueba de detección de consumo de sustancias.

El consumo de sustancias riesgoso y nocivo cumple todos estos criterios, y la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias puede

considerarse como una extensión de las actividades de detección en la atención primaria de salud.

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) es la primera prueba de detección para todas las sustancias psicoactivas como el alcohol, el tabaco y las drogas ilegales, y ayuda a los trabajadores de la salud a educadores a identificar el nivel de riesgo relacionado con cada sustancia consumida. Aunque el consumo de sustancias está relacionado con problemas de salud mental y físicos, los hábitos de consumo riesgoso de sustancias psicoactivas también pueden causar problemas sociales considerables, como los relacionados con la familia, los amigos, la ley, el trabajo o los estudios y la economía.

Los trabajadores de la salud y educadores deben estar conscientes de los motivos del consumo de sustancias psicoactivas, ya sea por sus efectos placenteros o deseables, para bloquear un dolor físico o psicológico, o bien por la función o el propósito de las sustancias. Por ejemplo, las personas que consumen psicoestimulantes pueden hacerlo para aumentar el rendimiento, permanecer despiertos o bajar de peso. Sin embargo, los problemas por el consumo de sustancias pueden surgir como resultado de una intoxicación aguda, consumo regular o dependencia y por la manera en que se consumen, y es posible que una misma persona tenga problemas por todas esas causas. Por tanto, la prueba ha sido diseñada para detectar los problemas relacionados con los hábitos de consumo de sustancias mencionados anteriormente.

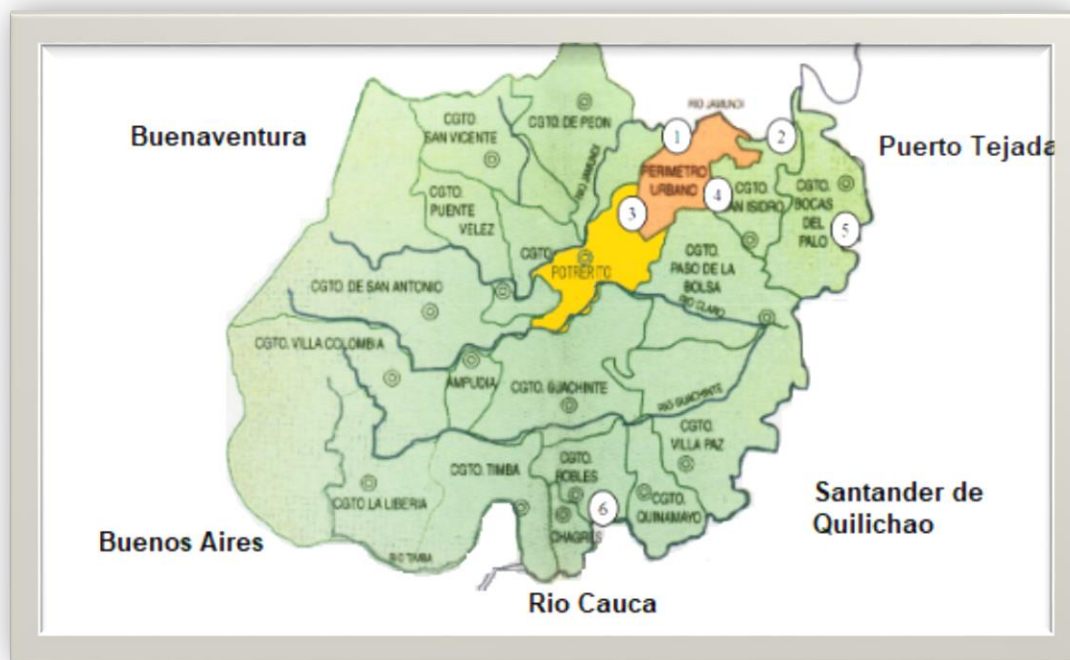
#### **4.4. MARCO CONTEXTUAL**

##### **4.4.1. Corregimiento de Robles, Jamundí (Valle)**

El corregimiento de Robles está situado en el sur occidente del departamento del Valle del Cauca, en la zona plana del sur del municipio de Jamundí, a una

distancia de 65 Km por carretera pavimentada de Cali y a 23 Km. de la cabecera del municipio de Jamundí. La extensión total del corregimiento es de 1,460.49 has. de las que aproximadamente 18 son urbanas y 1.442.49 rurales. El área urbana está dividida en 5 barrios y la zona rural en 3 veredas (Laguna Seca con 139.3 ha, El Progreso con 80.4 ha y Tinajas con 671.3). La extensión total del corregimiento es de 18.50km<sup>2</sup>. (Datos de DAP 1998).

**Figura 1. Robles**



Mapa editado de: (39).

El municipio de Robles limita por el norte con el corregimiento de Guachinde, por el sur con el corregimiento de Chagres, por el occidente con el corregimiento de Timba y por el oriente con el corregimiento de Quinamayó.

Antes este corregimiento se llamaba Yarumal, pero en honor al primer senador negro en Colombia, el Honorable Luis Antonio Robles, se cambió el nombre inicial por "Robles". Ya en 1990 se empezaron a formar las primeras organizaciones de

base en Robles. La primera fue FUNECOROBLES que nació como un comité de apoyo a la recuperación de los recursos naturales y ahora es una de las organizaciones de base más importantes de la comunidad. Luego se organizó ACUASUR, una organización conformada por trece comunidades, que brinda el servicio de agua potable a la comunidad. (39)

#### **4.4.2. Centro Vocacional Agrícola Luís Antonio Robles**

Fue creado por el decreto 06972 de 1961 con el nombre “Centro Vocacional Agrícola Luís Antonio Robles”

Su creación se dio en el año de 1960 por un grupo de ciudadanos de la comunidad, interesados en una educación técnica agropecuaria que contribuyera al desarrollo de la región del sur del Valle y el norte del Cauca.

Los estudios se iniciaron en septiembre de 1961 con el grupo Quinto llamado Pre vocacional para empezar de Bto. Agropecuario, con la preparación y asesoría del Lic. Fernelly Moreno.

Años después la gobernación dispuso cambiar el nombre por iniciativa de la comunidad, por el de “Pbro. Horacio Gómez Gallo” mediante el decreto 0247 de abril de 1963, para honrar la memoria del sacerdote fallecido, el sacerdote prestó sus servicios a la Institución y a la comunidad.

Su plan de estudio fue aprobado por el MEN, mediante decreto 1322 de 1969. Durante esta época funcionaron cuatro cursos de primero a cuarto de Bto. Al terminar este ciclo el estudiante recibía la certificación de Práctico Agrícola. Actualmente los alumnos terminan la media vocacional, o sea, los grados décimo y undécimo. Los estudiantes obtienen el título de Bachiller Técnico Especialidad Agropecuaria, según reconocimiento oficial 567 del 11 de junio de 1969.

La Institución se haya ubicada en el corregimiento de Robles, Jamundí (Valle). Limita con la calle 2ª al norte, al sur con la hacienda La Camelia, al oriente con la vía hacia la vereda de Chagres y al occidente con los predios de los señores Jaime Zúñiga Palacios y Plutarco Luís Zamora.

#### **4.5. MARCO DISCIPLINAR**

##### **4.5.1. Ley 1240 de 2008 (julio 30)**

Por la cual se dictan disposiciones en materia de Responsabilidad Deontológica para el ejercicio profesional de la terapia respiratoria en Colombia. El Congreso de Colombia.

#### **DECRETA: TITULO I**

##### **4.5.1.1. Principios y valores éticos de la terapia respiratoria**

Artículo 1°. Respeto a la vida, a la dignidad y a los derechos humanos. Sin distinción de sexo, edad, credo, raza, lengua, cultural, condición socioeconómica o ideología política, el respeto a la vida, a la dignidad y a los derechos humanos son los principios y valores que orientan al profesional de Terapia Respiratoria.

Artículo 2°. De los principios éticos y bioéticos. Los principios éticos de veracidad, igualdad, autonomía, beneficencia, mal menor, no maleficencia, totalidad y causa de doble efecto orientarán la responsabilidad de la Terapia Respiratoria en Colombia.

Parágrafo 1°. La veracidad es la coherencia entre lo que es, piensa, dice y hace la persona que ejerce la profesión de Terapia Respiratoria. Se debe manifestar oportunamente la verdad a los atendidos por parte de quienes ejercen la profesión.

Parágrafo 2°. La igualdad implica reconocer a todo el mismo derecho a la atención y a la buena calidad; diferenciándose el trato individual de acuerdo a cada necesidad.

Parágrafo 3°. La autonomía es la capacidad para deliberar, decidir y actuar. Las decisiones personales, siempre que no afecten desfavorablemente a sí mismo y/o a los demás, deberán ser respetadas. El afectado, o en su defecto su representante legal, es quien debe autónomamente decidir sobre la conveniencia y oportunidad de los actos que atañen principalmente a sus intereses y derechos.

Parágrafo 4°. La beneficencia implica brindar a cada ser humano lo más conveniente, donde predomina el cuidado sobre el más débil y/o necesitado; procurando el mayor beneficio y la menor demanda de esfuerzo en términos de riesgos y costos. La cronicidad, gravedad o incurabilidad de la enfermedad no constituyen motivo para privar de la asistencia proporcionada a ningún ser humano.

Parágrafo 5°. El mal menor consiste en elegir la alternativa que genere consecuencias menos graves de las que se deriven de no actuar; y en obrar sin dilación en relación con la opción seleccionada, evitando transgredir el derecho a la integridad del atendido.

Parágrafo 6°. La no-maleficencia consiste en que el personal de Terapia Respiratoria realice acciones que, aunque no generen algún beneficio sí puedan evitar daños.

La omisión de estas acciones será sancionada cuando se desencadene o se ponga en peligro de una situación lesiva.

Parágrafo 7°. La totalidad significa que los órganos o partes de un individuo puedan ser eliminados en servicio del organismo, siempre y cuando sea necesario para la conservación de su salud. Para aplicarlo se debe tener en cuenta:

- a) Que el órgano o parte, por su alteración o funcionamiento constituya una seria amenaza o daño a todo el organismo;
- b) Que este daño no pueda ser evitado o al menos disminuido notablemente;
- c) Que el porcentaje de eficacia de la mutilación según el avance científico y recursos del momento, haga deducir que es razonable la acción;
- d) Que se prevea por la experiencia y los recursos con que se cuenta.

Parágrafo 8°. La causa de doble efecto significa que es éticamente admisible realizar una acción que en sí misma sea buena o indiferente y que pueda producir un efecto bueno o uno malo.

Artículo 3°. Del cuidado del Terapeuta Respiratorio. El acto del cuidado del terapeuta respiratorio se fundamenta en sus principios científicos, investigativos, tecnológicos y de conocimientos actualizados en las ciencias biológicas y humanísticas.

En las consideraciones y juicio de valor que se tomen para el plan de cuidado de Terapia Respiratoria se tendrán en cuenta el estado de salud, el entorno del paciente y las consideraciones de los demás profesionales de la salud que sobre su tratamiento y cuidados intervengan. Se tendrá como objetivo, el desarrollar las potencialidades individuales y colectivas, a la vez que se promueve la vida y se previene la enfermedad.

## **TITULO II**

### **4.5.1.2. Fundamento deontológico del ejercicio de terapia respiratoria**

#### Capítulo I. Ámbito de la aplicación

Artículo 4°. Ámbito de aplicación. Esta ley regula en todo el territorio de la República de Colombia la responsabilidad deontológica del terapeuta respiratorio nacional o extranjero en el ejercicio de la profesión de Terapia Respiratoria.

## Capítulo II. Condiciones para el ejercicio de la terapia respiratoria

Artículo 8°. El profesional de Terapia Respiratoria, con base en los análisis de tiempo, modo y lugar, podrá delegar los actos de cuidado cuando, de acuerdo con su juicio, no ponga en riesgo la integridad física o mental de la persona o grupos de personas que cuida y siempre y cuando pueda ejercer supervisión.

## TÍTULO III

### **4.5.1.3. Responsabilidad del profesional de terapia respiratoria**

Artículo 9°. El profesional de Terapia Respiratoria dentro de la práctica del cuidado debe procurar el respeto de los derechos de los seres humanos, especialmente de grupos vulnerables o que estén limitados en el ejercicio de su autonomía.

Artículo 10. El profesional de Terapia Respiratoria debe garantizar cuidados de calidad a quien realice sus servicios con la Terapia Respiratoria.

Artículo 11. El profesional de Terapia Respiratoria no debe participar en trato cruel o inhumano. Respetará el principio de la dignidad humana, y el derecho a la integridad espiritual, física y síquica. En lo relacionado con los medicamentos de Terapia Respiratoria, el profesional los administrará mediante protocolos establecidos y previa fórmula médica correcta, legible y actualizada.

Artículo 12. La actitud del profesional de Terapia Respiratoria estará sujeta al cuidado y será de apoyo teniendo prudencia y adecuada comunicación en su formación. (

Artículo 13. El profesional de Terapia Respiratoria no hará a los usuarios o familiares pronósticos de las intervenciones y tratamientos prescritos por otros profesionales.

Parágrafo. Entiéndase por secreto o sigilo profesional la reserva que debe guardar el terapeuta respiratorio para garantizar el derecho de la intimidad del sujeto.

#### **4.6. MARCO ETICO Y BIOETICO**

##### **4.6.1. Resolución 008430**

Esta investigación se considera según la resolución 8430 de 1993, una investigación sin riesgo, debido a que no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales en ningún individuo. Por tanto, no se requiere ningún consentimiento informado, pero sí de uno institucional. (40)

Los progresos en el control mundial del tabaco se han mantenido firmes desde la puesta en marcha en el 2007 del paquete de medidas MPOWER como instrumento para ayudar a los países a aplicar medidas para reducir la demanda de productos de tabaco contenidas en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Aproximadamente 5000 millones de personas (alrededor del 65% de la población mundial) están protegidas por al menos una medida MPOWER en su máximo nivel de aplicación. Esta cifra se ha cuadruplicado desde el 2007, cuando solo 1000 millones de personas (el 15% de la población mundial) estaban protegidas por al menos una medida MPOWER (excluyendo la vigilancia del consumo y las campañas en los medios de comunicación, que se evalúan por separado).

Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Artículo 8o. de la Ley 10 de 1990, por la cual se organiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones, determina que corresponde al Ministerio de Salud formular las políticas y dictar todas las normas científico- administrativas, de obligatorio cumplimiento por las entidades que integran el Sistema. (28)

Artículo 2o del Decreto 2164 de 1992, por el cual se reestructura el Ministerio de Salud y se determinan las funciones de sus dependencias, establece que éste formulará las normas científicas y administrativas pertinentes que orienten los recursos y acciones del Sistema.

#### Título I. Disposiciones Generales

Artículo 1. Las disposiciones de estas normas científicas tienen por objeto establecer los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en salud. (28)

Artículo 2. Las instituciones que vayan a realizar investigación en humanos, deberán tener un Comité de Ética en Investigación, encargado de resolver todos los asuntos relacionados con el tema.

Artículo 3. Las instituciones, a que se refiere el artículo anterior, en razón a sus reglamentos y políticas internas, elaborarán su manual interno de procedimientos con el objeto de apoyar la aplicación de estas normas.

Artículo 4. La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

a. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.

- b. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
- c. A la prevención y control de los problemas de salud.
- d. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud.
- e. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.
- f. A la producción de insumos para la salud. (28)

## Título II. De la Investigación en Seres Humanos.

### Capítulo 1 de los Aspectos éticos de la Investigación en Seres humanos.

Artículo 10. El grupo de investigadores o el investigador principal deberán identificar el tipo o tipos de riesgo a que estarán expuestos los sujetos de investigación.

Artículo 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en varias categorías, entre ellas están:

Para este proyecto de investigación se considera una investigación sin riesgo; en el instrumento de recolección de datos no se tendrán en cuenta ni nombre, ni números de identificación, se utilizarán códigos y consecutivos de acuerdo no se requieren diligenciar consentimiento informado, asentimiento informado ni consentimiento parental.

**Investigación sin riesgo:** Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas,

cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. (28)

#### **4.6.2. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial**

De acuerdo con los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, establece: (41)

- a. La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.
- b. El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
- c. En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad. (41)

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad. En la práctica de la medicina y de la investigación médica del presente, la mayoría de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos implican algunos riesgos y costos.

**Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos**

Para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración. (41)

### **Principios básicos para toda investigación médica.**

La investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el investigador está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. Se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y cualquier posible conflicto de intereses. (41)

### **Principio de la autonomía:**

Se le define como la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen. Presupone incluso el derecho a equivocarse al hacer una elección. En Este principio constituye el fundamento para la regla del consentimiento libre e informado en el que se asume al paciente como una persona libre de decidir sobre su propio bien y que este no le puede ser impuesto en contra de su voluntad por medio de la fuerza o aprovechándose de su ignorancia. (41)

### **Principio de beneficencia:**

Este se define como la obligación de hacer el bien, como uno de los principios clásicos hipocráticos. El profesional médico podía imponer su propia manera de hacer el bien sin contar con el consentimiento del paciente. El actuar ético no postula solamente el respeto de la libertad del otro: incluye el objetivo del bien. Como las miradas del bien son múltiples, dependen de los individuos y las comunidades; este principio debe ser subordinado al de la autonomía. No se puede buscar hacer un bien a costa de hacer un daño; por ejemplo, el experimentar en humanos por el 'bien de la humanidad'; no se puede hacer sin contar con el consentimiento de los sujetos, y menos sometiéndolos a riesgos o causando daño. (41)

### **Principio de no maleficencia:**

Este Principio Consiste en el respeto de la integridad del ser humano y se hace cada vez más relevante ante los avances técnico-científicos. El principio de no maleficencia es un aspecto de la ética médica tradicional *primum non nocere*, pero lo relativiza y actualiza: el médico no está obligado a seguir la voluntad del paciente si la juzga contraria a su propia ética. Generalmente, coincide con la buena práctica médica que le exige al médico darle al paciente los mejores cuidados prescritos por el estado del arte. No obstante, la posición moral del médico se inspira también en conceptos filosóficos o religiosos que sus pacientes no comparten: si un médico estima contra su conciencia practicar un aborto o una inseminación artificial, este principio lo autoriza a oponer un rechazo a esta demanda (objeción de conciencia), pero tiene la obligación moral de referir a otro colega no objetor. (41)

### **Principio de justicia:**

Este Principio Consiste en el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios. Este principio impone límites al de autonomía, ya que pretende que la

autonomía de cada individuo no atente a la vida, libertad y demás derechos básicos de las otras personas. En este principio se entra en el campo de la filosofía social y política; se trata de regular la distribución o la asignación de los recursos limitados, insuficientes para la satisfacción de todas las necesidades y solicitudes. Estos problemas se plantean por ejemplo en las listas de espera para trasplantes de órganos o en la distribución de presupuestos para políticas de salud. (41)

## **5. METODOLOGIA**

Para el desarrollo de este proyecto se llevó a cabo una encuesta auto-diligenciada para determinar los factores relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, para ello se utilizará un instrumento validado por la OMS en los estudiantes de los grados 10 y 11 de institución educativa del corregimiento de Robles, Valle del Cauca. (42)

### **5.1. TIPO DE ESTUDIO**

El presente trabajo de investigación es un estudio descriptivo de componente analítico de corte transversal, ya que se estudió cómo se distribuyen los valores (Frecuencias, porcentaje, etc.) de las diferentes las variables de estudio, el evento se consideró como consumo habitual de sustancias psicoactivas, se comparará esta variable con otras variables independientes que puedan generar el aumento del hábito, si las variables asociadas a la familia pueden tener un impacto negativo sobre el uso de este tipo de sustancias. (42)

### **5.2. PERIODO Y LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN**

El proyecto se llevó a cabo durante los meses de abril a mayo del año 2020 en la institución educativa Pbro. Horacio Gómez Gallo del corregimiento de robles, Valle del Cauca.

### **5.3. UNIVERSO Y UNIDAD DE ANALISIS**

El universo y unidad de análisis corresponden al total de 84 estudiantes matriculados en los grados 10 y 11 de la institución educativa objeto de la investigación.

## 5.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

### 5.4.1. Criterios de Inclusión

- Estudiantes matriculados en la institución educativa.
- Estudiantes que participen de manera voluntaria.

### 5.4.2. Criterios de Exclusión

- Que los padres de familia no autoricen a los estudiantes a participar en el estudio.
- Estudiantes que no se encuentren en la institución el día del levantamiento de datos.
- Estudiantes que presenten una patología de base que requieran consumir algunas sustancias psicoactivas.

## 5.5. VARIABLES

Para alcanzar los objetivos se estableció el siguiente cuadro de variables distribuidas así, variables independientes de tipo cualitativo y cuantitativo, clasificadas como, nominales, ordinales, continuas y discretas en una base de Excel.

**Tabla 1. Matriz de variable**

<b>Variables independientes</b>	<b>Tipo de variables</b>	<b>Clasificación</b>	<b>Resultados esperados</b>
Número de alumnos	Cuantitativa	Discreta	84 Alumnos.
Edad	Cuantitativa	Continua	15-18 años.

Escolaridad	Cualitativa	Ordinal	Bachillerato.
Sexo	Cualitativa	Nominal	Masculino y femenino.
Etnia	Cualitativa	Nominal	Afrodescendiente.
Grado	Cualitativa	Ordinal	10° y 11°.

Se mide los impactos de los factores que inciden en el consumo de sustancias psicoactivas y los jóvenes que hayan cumplido con los criterios de inclusión.

**TABLA 2. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1)**

Variable	Tipo De Variable	Escala De Medición	Valores
<b>PREGUNTA 1. A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)</b>			
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	CUALITATIVA	NOMINAL	1. SI 2. NO
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	CUALITATIVA	NOMINAL	1. SI 2. NO
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	CUALITATIVA	NOMINAL	1. SI 2. NO
d Cocaína (coca, crack, etc.)	CUALITATIVA	NOMINAL	1. SI 2. NO
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	CUALITATIVA	NOMINAL	1. SI 2. NO
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	CUALITATIVA	NOMINAL	1. SI 2. NO
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	CUALITATIVA	NOMINAL	1. SI 2. NO
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	CUALITATIVA	NOMINAL	1. SI 2. NO
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	CUALITATIVA	NOMINAL	1. SI 2. NO
j Otras, especifique:	CUALITATIVA	NOMINAL	1. SI 2. NO
<b>PREGUNTA 2. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)?</b>			
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	Cualitativa	Ordinal	<b>0 2 3 4 6</b>
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	Cualitativa	ordinal	<b>0 2 3 4 6</b>
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	Cualitativa	Ordinal	<b>0 2 3 4 6</b>
d Cocaína (coca, crack, etc.)	Cualitativa	Ordinal	<b>0 2 3 4 6</b>

e Estimulantes de tipo anfetamina (Speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	Cualitativa	Ordinal	<b>0 2 3 4 6</b>
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	Cualitativa	Ordinal	<b>0 2 3 4 6</b>
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	Cualitativa	Ordinal	<b>0 2 3 4 6</b>
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	Cualitativa	Ordinal	<b>0 2 3 4 6</b>
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	Cualitativa	Ordinal	<b>0 2 3 4 6</b>
<b>PREGUNTA 3. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?</b>			
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 3 4 5 6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 3 4 5 6
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 3 4 5 6
d Cocaína (coca, crack, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 3 4 5 6
e Estimulantes de tipo anfetamina (Speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 3 4 5 6
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 3 4 5 6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 3 4 5 6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 3 4 5 6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 3 4 5 6
j Otras, especifique	Cualitativa	ordinal	0 3 4 5 6
<b>PREGUNTA 4. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?</b>			
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 4 5 6 7
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 4 5 6 7
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 4 5 6 7
d Cocaína (coca, crack, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 4 5 6 7
e Estimulantes de tipo anfetamina (Speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 4 5 6 7
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 4 5 6 7
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 4 5 6 7
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 4 5 6 7
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 4 5 6 7
j Otras, especifique	Cualitativa	ordinal	0 4 5 6 7
<b>PREGUNTA 5. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?</b>			
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 5 6 7 8
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 5 6 7 8
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 5 6 7 8
d Cocaína (coca, crack, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 5 6 7 8
e Estimulantes de tipo anfetamina (Speed, anfetaminas,	Cualitativa	ordinal	0 5 6 7 8

éxtasis, etc.)			
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 5 6 7 8
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 5 6 7 8
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 5 6 7 8
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 5 6 7 8
j Otras, especifique	Cualitativa	ordinal	0 5 6 7 8
<b>PREGUNTA 6   ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?</b>			
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 6 3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 6 3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 6 3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 6 3
e Estimulantes de tipo anfetamina (Speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 6 3
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 6 3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 6 3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 6 3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 6 3
j Otras, especifique	Cualitativa	ordinal	0 6 3
<b>PREGUNTA 7   ¿Ha intentado <i>alguna vez</i> reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga) y no lo ha logrado?</b>			
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 6 3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 6 3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 6 3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 6 3
e Estimulantes de tipo anfetamina (Speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 6 3
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 6 3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 6 3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 6 3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	Cualitativa	ordinal	0 6 3
j Otras, especifique	Cualitativa	ordinal	0 6 3
<b>PREGUNTA 8.</b>			
¿ <i>Alguna vez</i> ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)	Cualitativa	ordinal	No, nunca Sí, en los últimos 3 meses Sí, pero no en los últimos 3 meses

### Convención por pregunta:

<b>Pregunta 2</b>	0. Nunca 2. Una o dos veces 3. Mensualmente 4. Semanalmente 6. Diariamente o casi diariamente
<b>Pregunta 3</b>	0. Nunca 3. Una o dos veces 4. Mensualmente 5. Semanalmente 6. Diariamente o casi diariamente
<b>Pregunta 4</b>	0. Nunca 5. Una o dos veces 6. Mensualmente 7. Semanalmente 8. Diariamente o casi diariamente
<b>Pregunta 5</b>	0. No, nunca 6. Sí, en los últimos 3 meses 3. Sí, pero no en los últimos 3 meses
<b>Pregunta 6</b>	0. No, nunca 6. Sí, en los últimos 3 meses 3. Sí, pero no en los últimos 3 meses
<b>Pregunta 7</b>	0. No, nunca 6. Sí, en los últimos 3 meses 3. Sí, pero no en los últimos 3 meses
<b>Pregunta 8</b>	0. No, nunca 6. Sí, en los últimos 3 meses 3. Sí, pero no en los últimos 3 meses

### Cómo calcular la puntuación de consumo de una sustancia específica

Para cada sustancia (rotulada 'a' a la 'j') sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. No incluya los resultados de la pregunta 1 o de la pregunta 8 en esta puntuación. Por ejemplo, una puntuación para cannabis se calcularía como: P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c.

Observe que la pregunta 5 para tabaco no está codificada, y se calcula como: P2a + P3a + P4a + P6a + P7a.

## 5.6. PLAN DE ANALISIS

La base de datos se construirá y analizará en una hoja de cálculo del programa de Excel. El análisis será univariado a través de tablas de frecuencia. Los resultados se complementarán con gráficos para las variables consumo de sustancia psicoactiva  $S(t)$  y de la variable riesgo  $h(t)$ , Para establecer las posibles asociaciones estadísticas entre consumo de sustancia psicoactiva con las variables sociodemográficas y demás variables de interés (43).

Después de tabular todas las encuestas en el programa de Excel, se procedió a hacer el correspondiente análisis de cada variable en el programa SPSS versión 21.

Análisis de datos:

1. Revisar cada una de las variables de la base de datos del estudio.
2. Revisar que todas se encuentren diligenciadas
3. Revisar que la información recopilada sea coherente con los objetivos planteados en el estudio.
4. Que las variables requeridas para el análisis se encuentren correctamente y que correspondan a las planteadas por el estudio.

Los datos serán recopilados a partir de las bases de datos de la institución educativa, solo se realizará la intervención cuando se tengan los respectivos avales de la institución, de ética, del programa, entre otras. Los datos serán manejados de manera confidencial, no se divulgará ninguna información de manera personalizada, solo se dispondrá la información general y los datos serán analizados como anónimos. (43)

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El presente proyecto tiene en cuenta la Resolución 008430 del 04 de octubre de 1993 dictada por el Ministerio de Salud, la declaración de Helsinki y los principios de la bioética. En la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas de la investigación en salud.

De acuerdo con la resolución, esta investigación se clasifica en riesgo mínimo, debido a que se realizan intervenciones clínicas ni de índole invasivo y la información se obtiene a partir de una encuesta digital para disminuir el riesgo y el contacto por la situación actual, en adolescentes escolarizados, para esto se realizó un consentimiento informado para los encuestados y un asentimiento informado para los padres.

Se cumplirán los principios de autonomía, teniendo en cuenta la libertad de los encuestados para participar en el proyecto.

beneficencia, debido a que, a partir de los resultados la institución contará con información acerca del estado de consumos de sustancia en sus estudiantes con lo cual podrá generar estrategias de intervención.

No maleficencia, porque con la aplicación de una encuesta vía digital se busca minimizar los riesgos de desplazamiento de los encuestados y a través de los resultados entregar recomendaciones a la institución para disminuir los posibles casos de consumo. Se cumple el principio de justicia, porque en la selección de los participantes no se discrimina en su condición social, étnica y de género, además a todos los participantes se les entregó la misma información y se aplicó el mismo instrumento. Las recomendaciones serán entregadas a la institución para beneficio de todos los participantes.

Se permitirá que los investigados decidan libre y voluntariamente si desean o no participar, recordándoles que la información será confidencial.

## 5.7. RESULTADOS

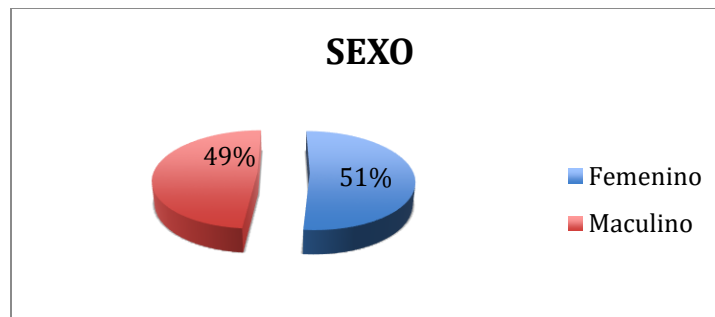
Fueron 84 estudiantes, pero solo fueron tomados 70 encuestas de los estudiantes, debido a problemas de conexión de internet entre los diferentes jóvenes de la institución, muchos de ellos viven en zona roja (san francisco, el llanito, mari lopez, timba cauca) y en época de pandemia no se podían desplazar de un corregimiento a otro, se intenta buscar una solución oportuna pero no se logró obtener las otras respuestas a las encuestas por parte de los estudiantes.

### Análisis univariado

#### VARIABLES

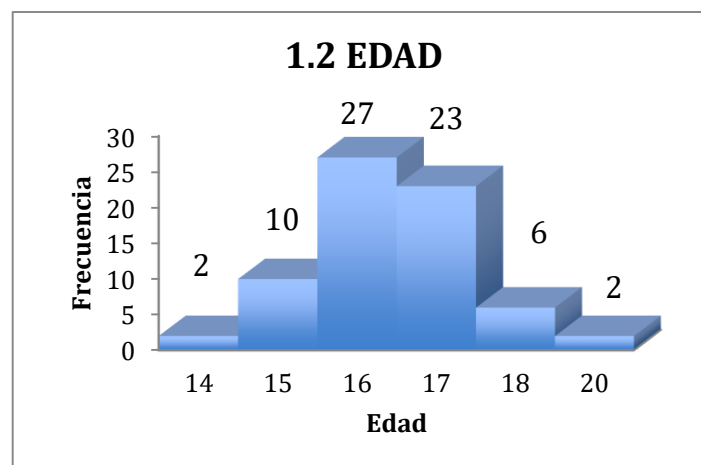
#### GRAFICA 1.DATOS SOCIODEMOGRÁFICAS

##### 1.1 SEXO



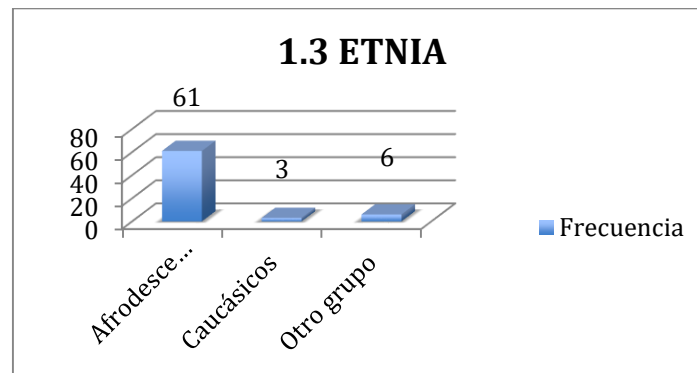
En la investigación la distribución de individuos por genero fue de 51% entre las mujeres y 49 % los hombres, lo cual nos muestra la homogenización de la muestra en relación a esta variable.

##### 1.2 EDAD



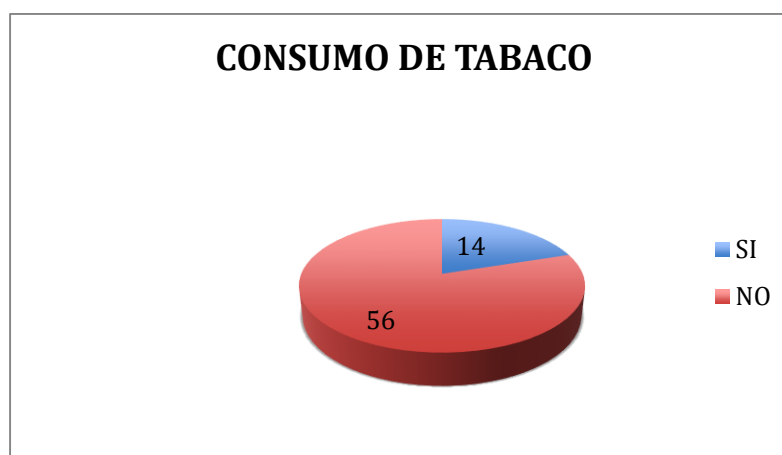
En cuanto a la edad la mayor distribución esta entre las edades de los 16 y 17 años con un 71% de los individuos encuestados en este rango de edad. El 29 % restante se distribuyen entre las edades de 14, 15 y 18 y 20 años.

### 1.3 ETNIA



Cuando se analiza la variable de grupo étnico el 87% de los individuos encuestados pertenecen a la etnia afrodescendientes que es la raza predominante en esta zona del departamento, el otro 10 % están repartidos entre caucásicos y otros Grupos.

### 1.CONSUMO DE TABACO



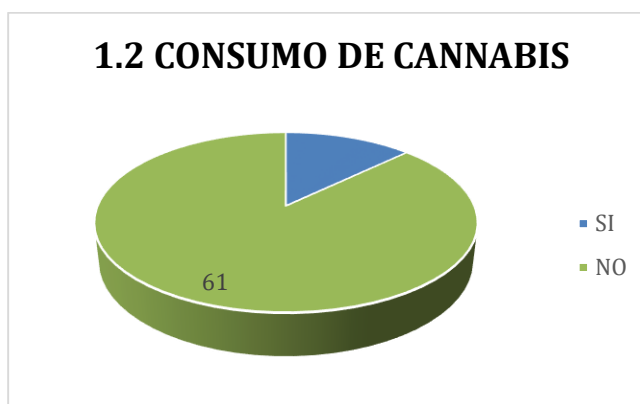
Analizando la variable de consumo de tabaco el 80% de los jóvenes encuestados no consumen tabaco, el otro 20% restante mencionó que consumen tabaco.

### 1.1 CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS



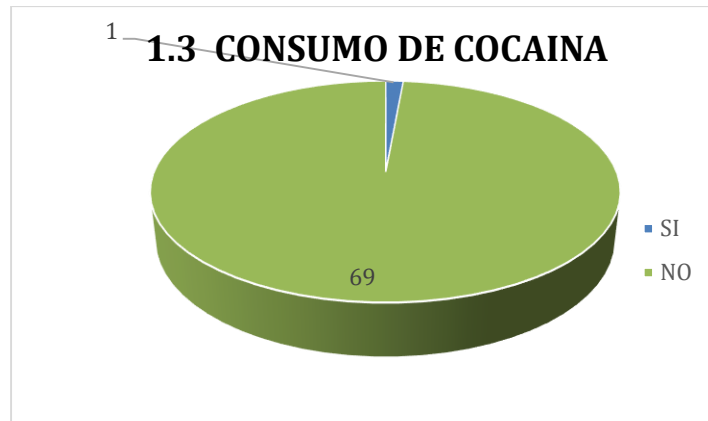
La variable con mayor incremento en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas fue del 70% en la cual 49 jóvenes reportaron que, si consumen bebidas alcohólicas, el 30% restante de los encuestados respondieron que no consumían dicha sustancia.

### 1.2 CONSUMO DE CANNABIS



Se obtuvo una prevalencia del consumo actual de cannabis del 13%. Se encontró que 61 adolescentes (87%) reportaron no consumir cannabis.

### 1.3 CONSUMO DE COCAINA



Se obtuvo una prevalencia del consumo de cocaína del 1.4%. Se encontró que los 69 jóvenes (98.6%) reportaron no consumir cocaína.

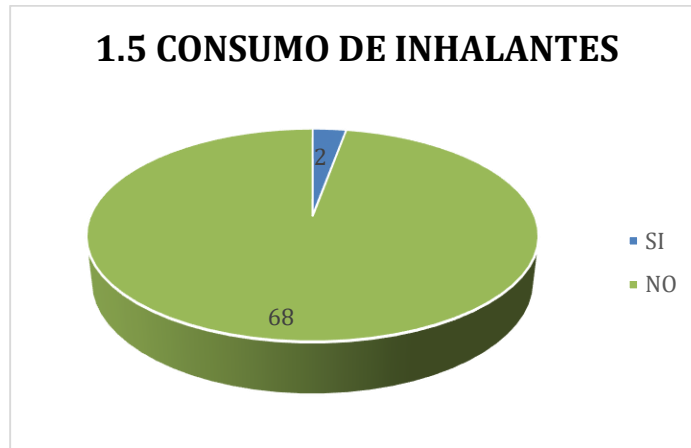
#### 1.4 CONSUMO DE ANFETAMINAS



Cuando se analiza la variable de consumo de anfetaminas el 98,6 % de los individuos encuestados mencionaron no consumir dicha sustancia psicoactiva, el 1,4% reportó haberla consumido.

#### 1.5 CONSUMO DE INHALANTES

### 1.5 CONSUMO DE INHALANTES



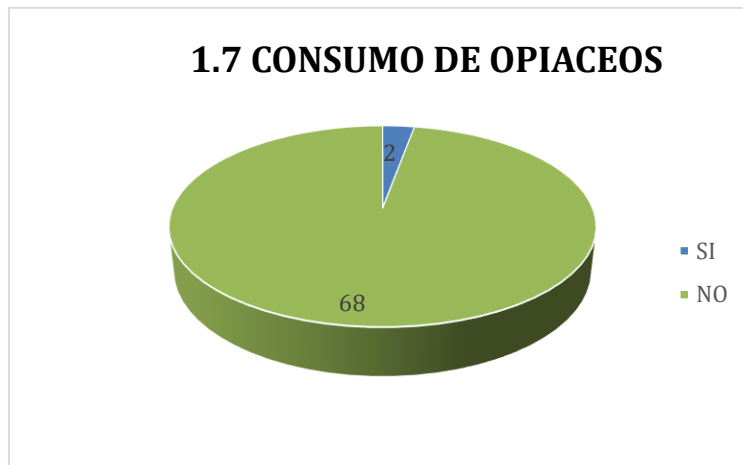
En cuanto a la variable de consumo de inhalantes 97,1% de los individuos encuestados no consumen inhalantes, el 2,85% restante menciona haber consumido dicha sustancia psicoactiva.

### 1.6 CONSUMO DE ALUCINOGENOS



Analizando la variable de consumo de alucinógenos el 98.6% de los jóvenes no consumen dicha sustancia y el 1.4% de ellos menciona que la consumen.

### 1.7 CONSUMO DE OPIACEOS



Analizando la variable de consumo de opiáceos el 97.1% de los encuestados no consumen dicha sustancia, el 2.9% de ellos menciona que la consumen.

## 2. CONSUMO DE TABACO



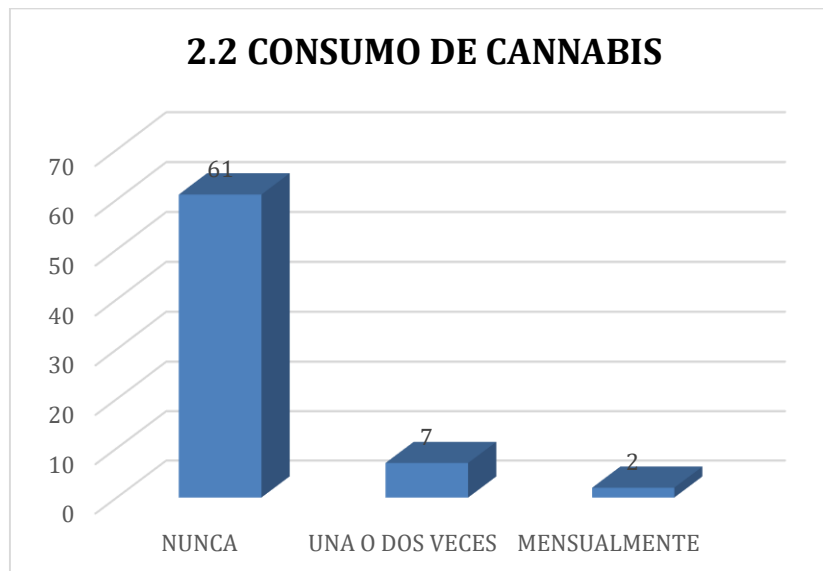
En cuanto a la variable de consumo de tabaco el 90% de los jóvenes encuestados no consumen dicha sustancia y el 10% de ellos menciona que la consumen.

## 2.1 CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS



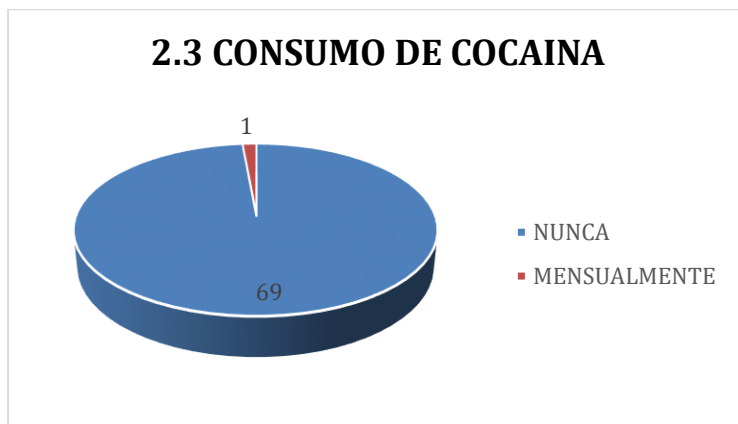
Se obtuvo una prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas en el que el 37.1% de los encuestados consumen una o dos veces, el 34.3% mensualmente. Se encontró que 20 jóvenes (28.6%) reportaron nunca consumir bebidas alcohólicas.

### 2.2 CONSUMO DE CANNABIS



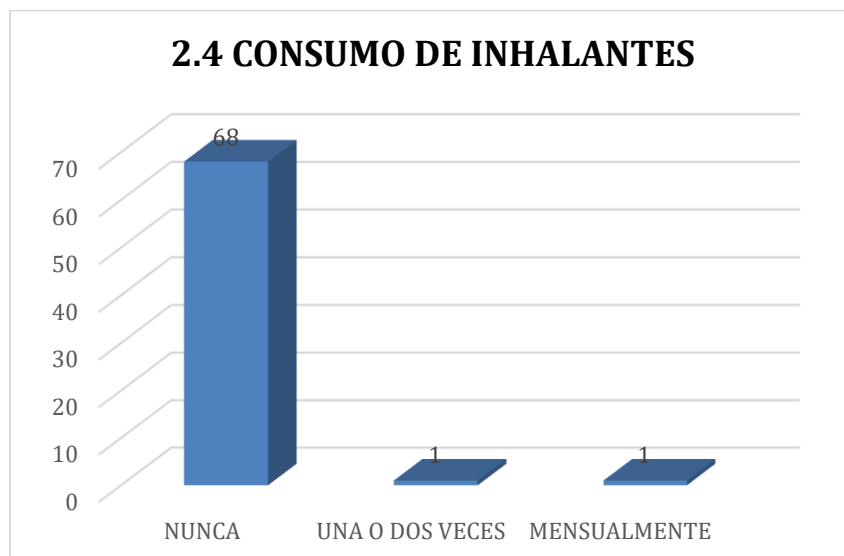
Se obtuvo una prevalencia del consumo de Cannabis en el que el 10% de los encuestados consume una o dos veces, el 2,9% mensualmente. Se encontró que 61 jóvenes (87.1%) reportaron nunca consumir Cannabis.

## 2.3 CONSUMO DE COCAINA



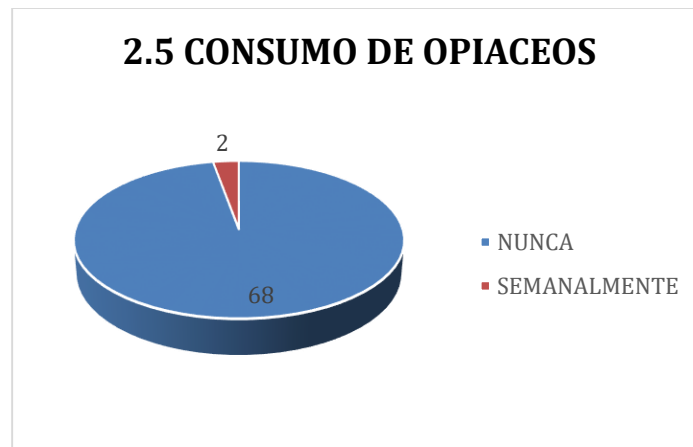
Analizando la variable de consumo de cocaína el 98,6% de los jóvenes no consumen dicha sustancia y el 1,4% de ellos menciona que la consumen mensualmente.

## 2.4 CONSUMO DE INHALANTES



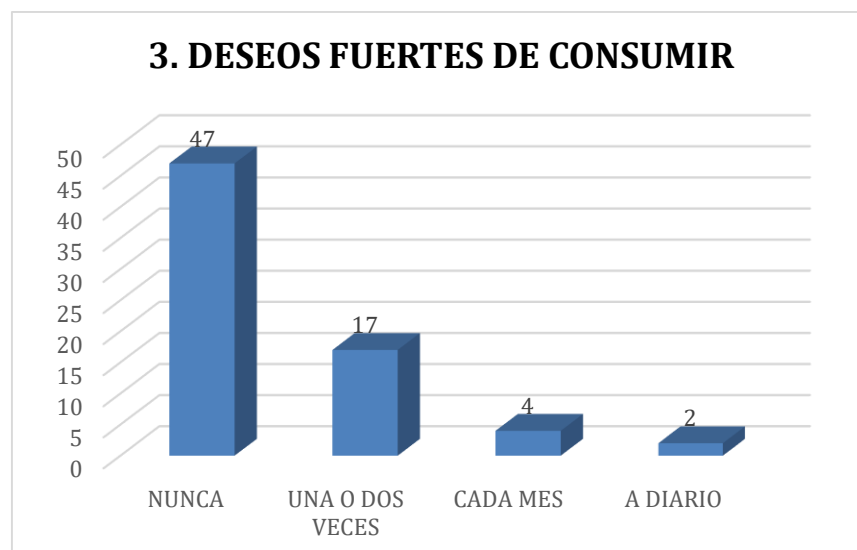
Se obtuvo una prevalencia de Consumo de Inhalantes en el que el 1,4 % de los encuestados consumen una o dos veces y el 1,4 % mensualmente. Se encontró que 68 jóvenes (97,1%) reportaron nunca consumir Inhalantes.

## 2.5 CONSUMO DE OPIACEOS



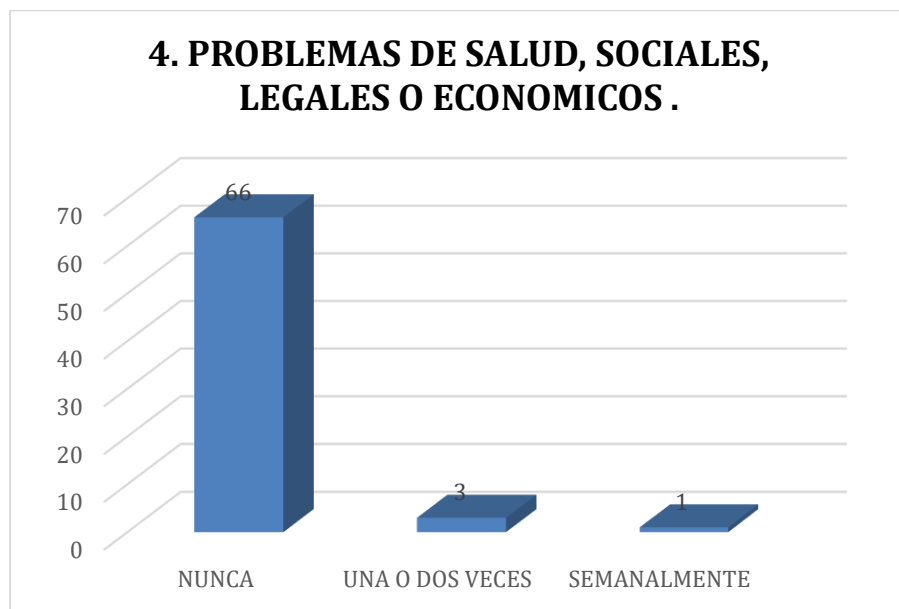
Analizando la variable de consumo de opiáceos el 97,1% de los jóvenes no consumen dicha sustancia y el 2,9% de ellos menciona que la consumen semanalmente.

## 3. DESEOS FUERTES DE CONSUMIR



En cuanto a la variable de deseos fuertes de consumir se encontró que el 24,3% una o dos veces, el 5,7% cada mes y el 2,9% a diario. Se encontró que 47 jóvenes (67,1%) reportaron nunca tener deseos fuertes de consumir.

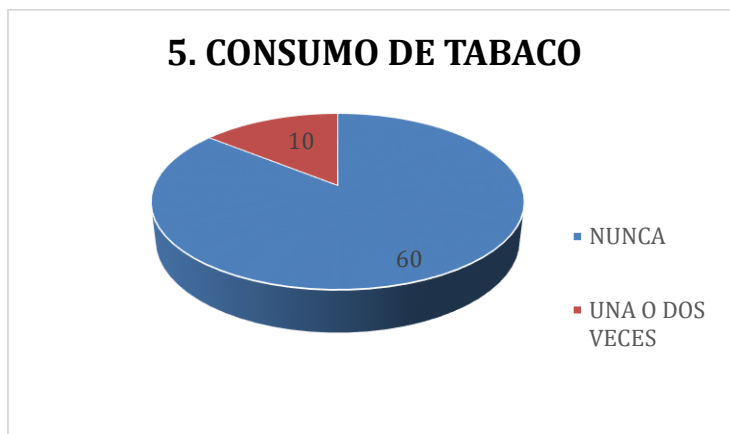
#### 4.PROBLEMAS DE SALUD, SOCIALES, LEGALES O ECONOMICOS



Analizando la variable de problemas de salud, sociales, legales o económicos, se encontró que el consumir sustancias psicoactivas llevo al 4,3% de los encuestados respondieron que por el consumo de dichas sustancias presentaron problemas una o dos veces a lo largo de su vida y el 1,4% semanalmente. Se encontró que 66 jóvenes (94,3%) reportaron que el consumo nunca lo llevaron a problemas de salud, sociales, legales o económicos.

#### 5.CONSUMO DE TABACO

## 5. CONSUMO DE TABACO



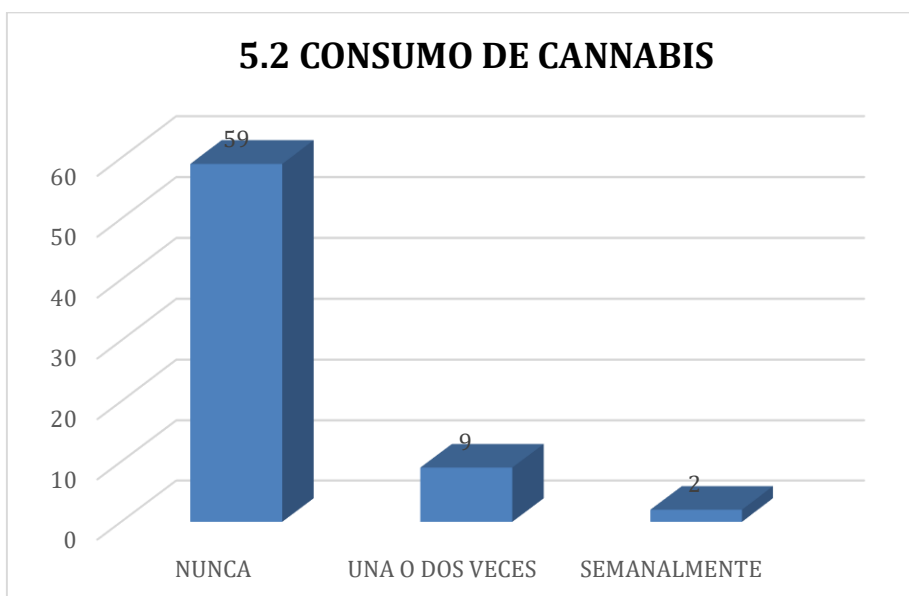
Analizando la variable de consumo de tabaco el 85,7% de los jóvenes encuestados reportaron nunca dejar de hacer lo que se esperaba de ellos habitualmente por el consumo de tabaco y el 14,3% de ellos mencionaron dejar de hacer lo que se esperaba de ellos habitualmente con una frecuencia de una o dos veces a lo largo de su vida.

### 5.1 CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS



En cuanto a la variable de consumo de bebidas alcohólicas el 25,7% de los encuestados reportaron dejar de hacer lo que se esperaba de ellos habitualmente con una frecuencia de una o dos veces, el 8,6% cada mes y el 8,6% semanalmente. Se encontró que 40 jóvenes (57,1%) reportaron nunca dejar de hacer lo que se esperaba de ellos habitualmente por el consumo de tabaco.

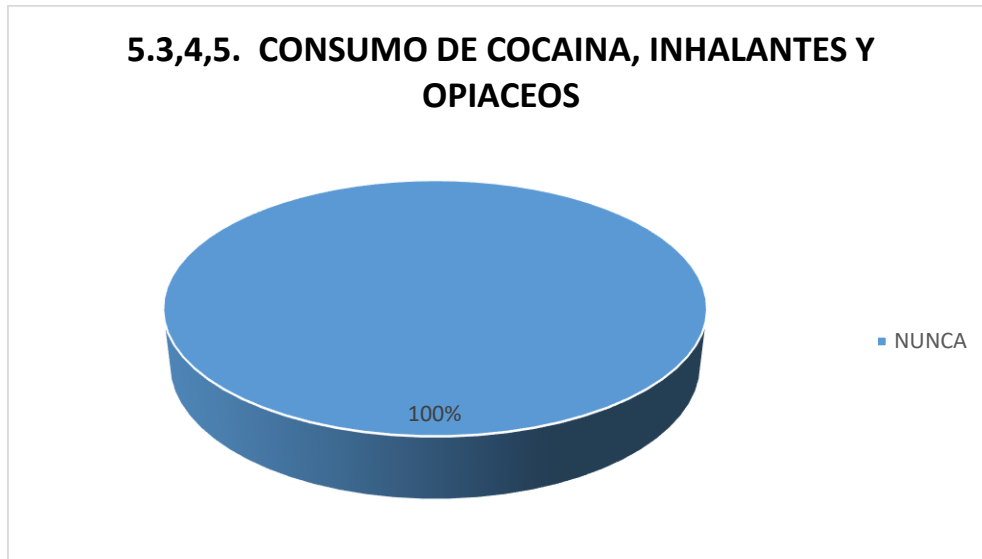
## 5.2 CONSUMO DE CANNABIS



Analizando la variable de consumo de cannabis el 13% de los encuestados marcó dejar de hacer lo que se esperaba de ellos habitualmente con una frecuencia una o dos veces, 3% semanalmente. Se encontró que 59 jóvenes (84%) reportaron nunca dejar de hacer lo que se esperaba de ellos habitualmente por el consumo de cannabis.

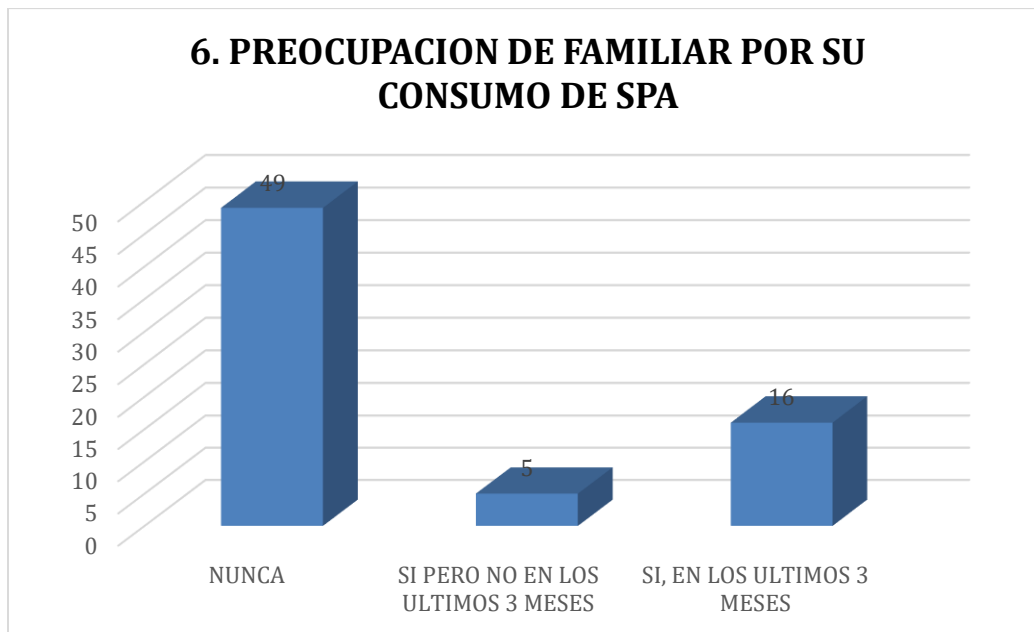
### 5.3,4,5. CONSUMO DE COCAINA, INHALANTES Y OPIACEOS

### 5.3,4,5. CONSUMO DE COCAINA, INHALANTES Y OPIACEOS



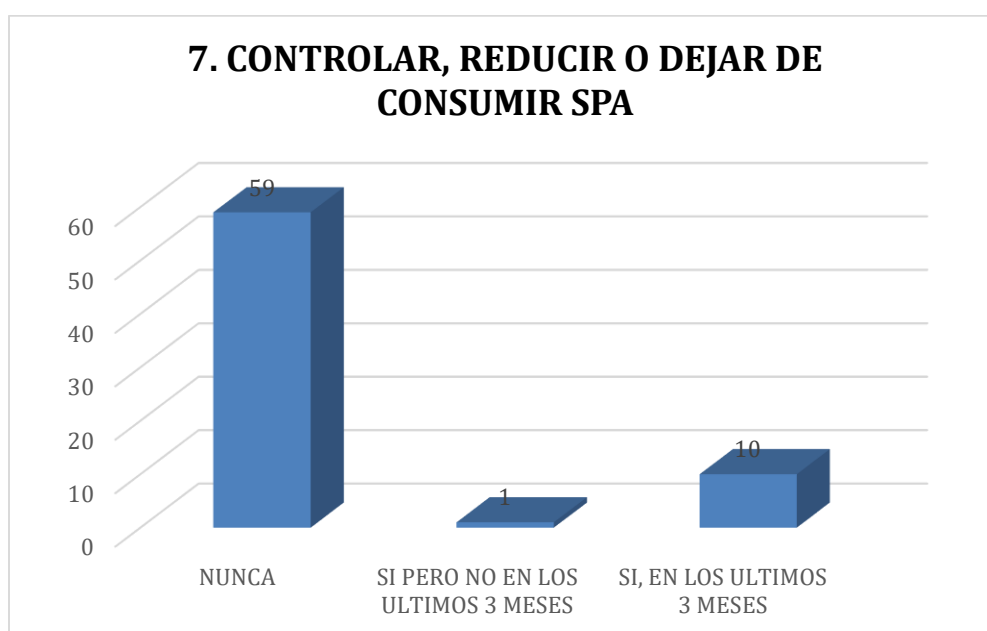
En cuanto a la variable de consumo de cocaína, opiáceos, alucinógenos e inhalantes el 100% de los encuestados reportaron nunca dejar de hacer lo que se esperaba de ellos habitualmente por el consumo de dicha sustancia.

### 6.PREOCUPACION DE FAMILIAR POR SU CONSUMO DE SPA



Analizando la variable preocupación de familiar por su consumo de sustancias psicoactivas el 7 % marcó sí pero no en los últimos 3 meses, un amigo, familiar o alguien alguna vez haya demostrado preocupación por el consumo de sustancias psicoactivas, el 23 % marcaron si en los últimos 3 meses. Se encontró que 70% reportaron nunca un amigo, familiar o alguien alguna vez haya demostrado preocupación por el consumo de sustancias psicoactivas.

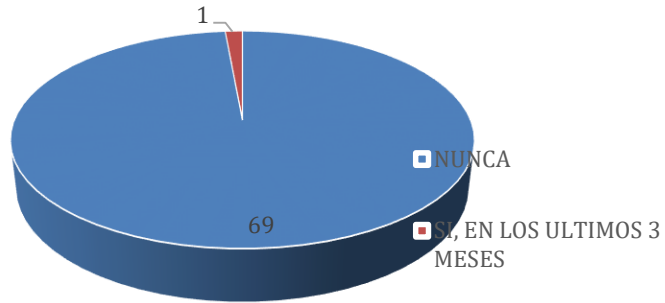
## 7.CONTROLAR, REDUCIR O DEJAR DE CONSUMIR SPA



En cuanto a la variable de reducir, controlar o dejar de consumir PSA el 1,4% de los encuestados marcó sí, pero no en los últimos 3 meses, intentado alguna vez, controlar, reducir o dejar de consumir PSA y no lo ha logrado, el 14.3 % marcaron si en los últimos 3 meses. Se encontró que 59 jóvenes (84,3%) reportaron nunca haber intentado alguna vez, controlar, reducir o dejar de consumir PSA y no lo ha logrado.

## 8. DROGA INYECTADA

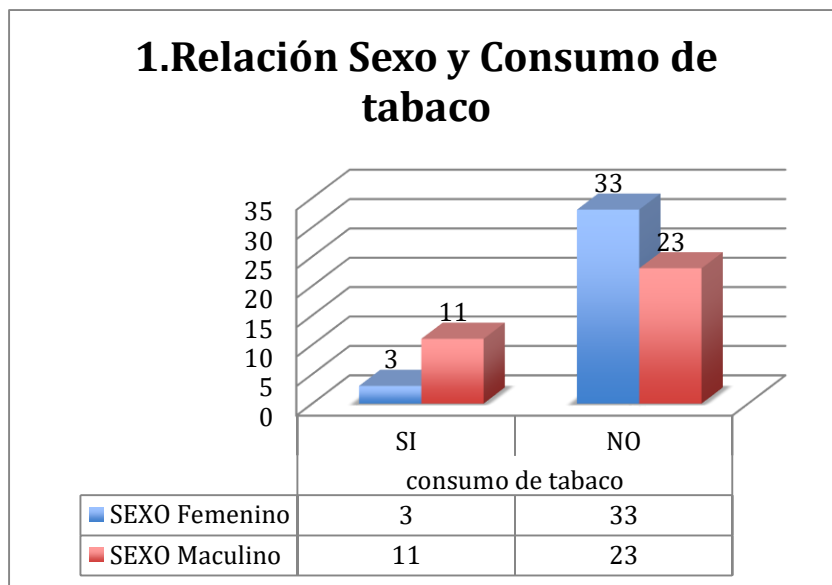
## 8. DROGA INYECTADA



Analizando la variable de consumo de droga inyectada el 98,6% de los jóvenes no se inyectan ninguna sustancia psicoactiva, el 1,4% de ellos menciona haberse inyectado alguna vez droga.

## ANÁLISIS BIVARIADO

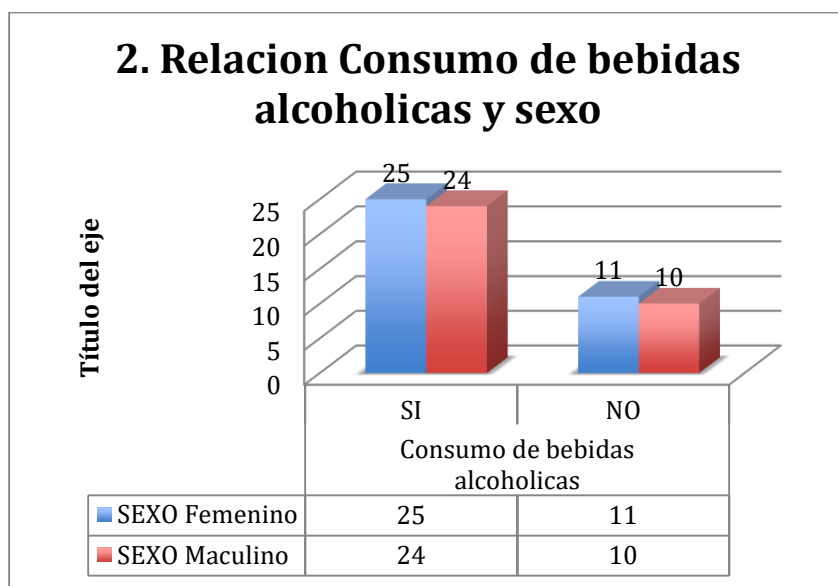
### 1.RELACIÓN SEXO Y CONSUMO DE TABACO



**Odds Ratio femenino= 0,190082645      IC 95% = 0.04 -0.75**  
**Odds Ratio Masculino= 5.2                      IC 95% = 1.3 – 20**

El 51.4% de los encuestados son de sexo femenino. Este porcentaje es mayor en las jóvenes que no consumen tabaco (59%). El 48.5% de los encuestados son del sexo masculino, este porcentaje en cuanto a la respuesta del sexo femenino sobre el Si consumo es del 76% en jóvenes de sexo masculino.

## 2. RELACION CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y SEXO

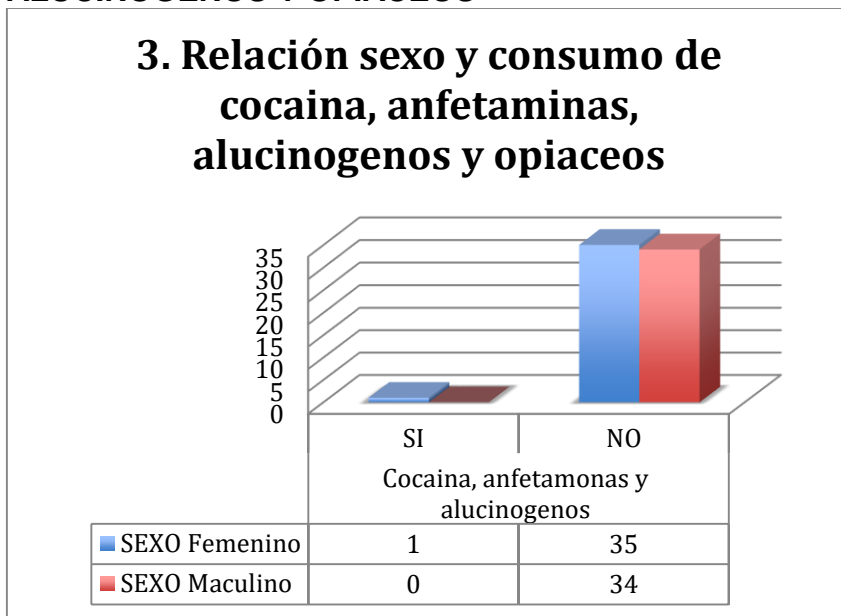


**Odds Ratio femenino= 0.9      IC95% = 0.34 - 2.63**

**odd Ratio Masculino      1.0      IC95%= 0.3 - 2.9**

El 51.4% de los encuestados son de sexo femenino. Este porcentaje es mayor en las jóvenes que si consumen bebidas alcohólicas (51%), teniendo una gran similitud al sexo masculino del sí consumo con un 49%. El 48.5% de los encuestados son del sexo masculino, este porcentaje en cuanto a la respuesta del sexo femenino sobre el NO consumo no existe diferencia significativa entre ambos sexos.

### 3.RELACIÓN SEXO Y CONSUMO DE COCAÍNA, ANFETAMINAS, ALUCINÓGENOS Y OPIÁCEOS

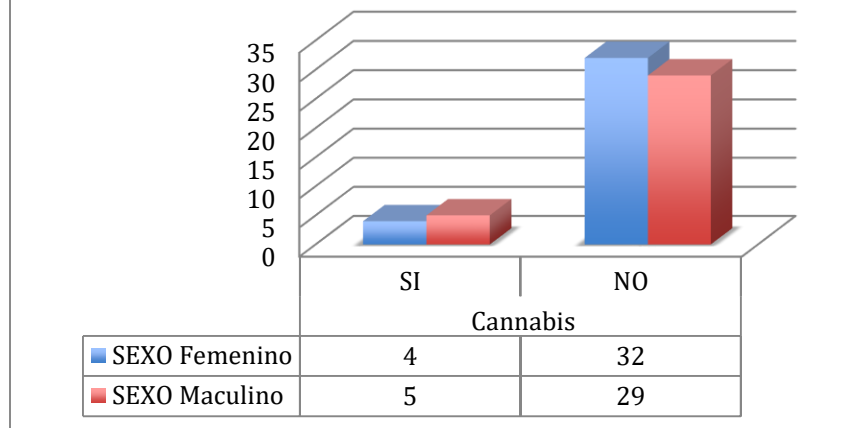


**Odds Ratio femenino= 2.9 IC95% = 0.11 – 74**  
**odd Ratio Masculino 0.3 IC95% = 0.01 - 8.7**

El 49% de los encuestados son de sexo masculino. Este porcentaje es mayor en los jóvenes que NO consumen cocaína, anfetaminas, alucinógenos (49%), teniendo una gran similitud al sexo femenino del NO consumo de dichas sustancias con un 51%.

### 4.RELACIÓN SEXO Y CONSUMO DE CANNABIS

#### 4. Relacion Sexo y Consumo de Cannabis

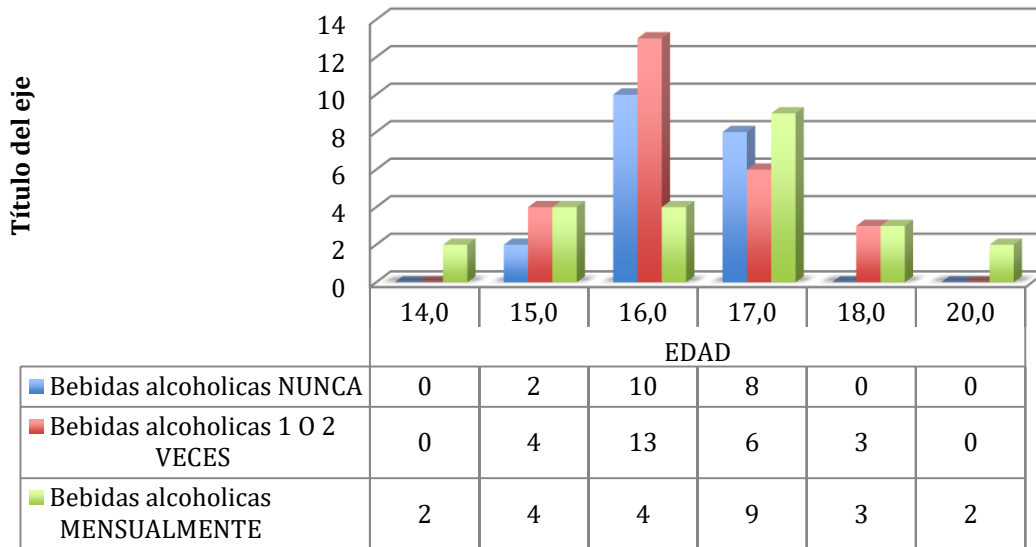


**Odds Ratio femenino= 0.7 IC95% = 0.17 - 2.96**  
**Odds Ratio Masculino 1.3 IC95% = 0.3 - 5.6**

El 51.4% de los encuestados son de sexo femenino. Este porcentaje es mayor en las jóvenes que NO consumen cannabis (52%), teniendo una gran similitud al sexo masculino del NO consumo con un 48%. El 48.5% de los encuestados son del sexo masculino, este porcentaje en cuanto a la respuesta del sexo femenino sobre el SI consumo es mayor con un 55%.

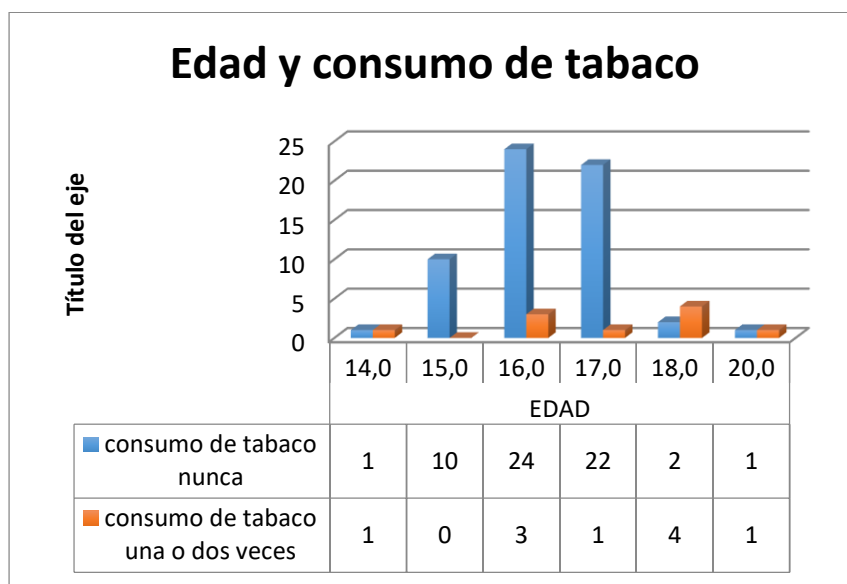
#### 5.RELACIÓN DEL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y EDAD

## 5.Relacion de consumo bebidas alcoholicas y edad



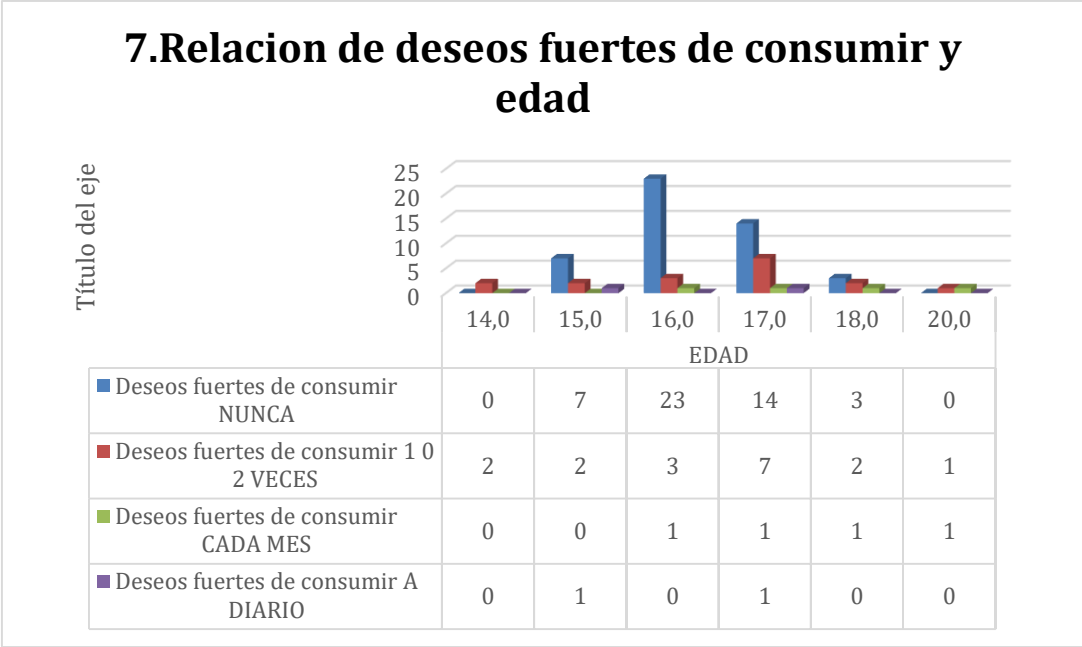
El 39% de los encuestados su edad es de 16 años. Este porcentaje es menor en la edad de los 14 y 18 años, con un 2.9% en ambos casos. La edad de mayor consumo de bebidas alcohólicas una o dos veces, fue de jóvenes con 16 años con un 50% seguida de los jóvenes con 17 años con un 23% en el consumo de bebidas alcohólicas con una o dos veces.

## 6.RELACIÓN DEL CONSUMO DE TABACO Y EDAD



El 86% de los encuestados nunca consumieron tabaco y la edad con más incidencia del consumo de una o a dos veces en la edad entre los 18 (40%) y 16 (30%).

**7.RELACIÓN DE DESEO DE CONSUMIR Y LA EDAD**



El 67% de los encuestados nunca han tenido deseos fuertes de consumir. El mayor porcentaje del deseo fuerte de consumir una o dos veces se encuentra en la edad de los 17 años con un 41% y el menor porcentaje es en la edad de los 20 años con un 6%.

**5.8. DISCUSIÓN**

A pesar de la legislación existente en el país y las restricciones impuestas por las autoridades sobre el consumo de sustancias psicoactivas específicamente en los adolescentes, en este estudio se evidencia que el 70% de la población encuestada consume alcohol; reporte similar al estudio de Prevalencia de consumo de sustancias en los adolescentes entre 13 y 18 años pertenecientes al municipio de

Puerto Rico Caquetá donde evidencia que el 80% de los adolescentes consumen Alcohol.

El presente estudio informa un 20% de consumo de tabaco en este estudio, cifra que comparada al estudio realizado por Olena Klimenko, (2018). Es de mayor aumento, pero que continúa siendo la sustancia de segundo lugar en la población juvenil de las instituciones educativas de Colombia y el mundo, cifra que es preocupante si se tiene en cuenta que este tipo de SPA están directamente relacionada con el consumo de sustancias ilegales.(53)

Este estudio se asemeja en sus hallazgos a estudios similares en Colombia y el mundo, que concluye que la sustancia legal más consumida es el alcohol y la ilegal el cannabis (marihuana). Que la edad con más predominio en el consumo de es entre los 14 y 17 años (71.5%) dato que se asemeja al obtenido en un estudio realizado en un municipio de puerto rico Caquetá y san Felipe (chile) Fernando Robert Ferrel Ortega (2016), que encontró que la edad de inicio del consumo se acentúa entre los 13 y 14 años. (54)

En cuanto a las variables de mayor participación en cuanto al género femenino fueron consumo de bebidas alcohólicas, consumo de cocaína, anfetaminas, alucinógenos y opiáceos, inhalantes, consumo de tabaco, deseos fuertes de consumir, preocupación de un familiar por el consumo.

Los Factores relacionados al aumento de variables en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas entre las edades de 16 y 17 años, encontramos una frecuencia de 31 jóvenes que consumen dicha sustancia.

los resultados encontrados en nuestro estudio son de mayor incremento en cuanto al porcentaje respecto a los resultados reportados en el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar (SPA), desarrollado por el observatorio de drogas de Colombia (ministerio de justicia, 2011), con estudiantes de secundaria entre 11 y 18 años de edad, quienes hallaron un consumo de bebidas alcohólicas de 40% de los escolares , con cifras similares por sexo, hombres 40,1 % y mujeres 39,5 %. Acerca del consumo de tabaco en casi el

10% de los estudiantes, siendo el consumo entre los hombres significativamente superior al de las mujeres (11,9% vs 7,9%); a pesar de las acciones realizadas por el ministerio de salud y las diferentes entidades estatales y privadas, al parecer el consumo de alcohol y tabaco sigue en crecimiento y su inicio va en crecimiento en las edades tempranas.

De lo anterior podemos deducir que los escolares se encuentran con factores de riesgos expuestos por el spa de presentar problemas graves de salud como los son: dificultad respiratoria, problemas a nivel cerebral, dificultad cardiaca, entre otras. La OMS (2005) recalco el impacto negativo que ocasiona el consumo de sustancias psicoactivas, asegurando el consumo de alcohol como fenómeno psicosocial que contribuye a la presencia de más de 60 enfermedades, trastornos y lesiones, entre ellos; cáncer de esófago, cirrosis, crisis epilépticas, homicidios, accidentes de tránsito, entre otros, la ingesta de tabaco causa alrededor de 5 millones de muertes al año. katalina espinosa soto (2015). (55)

Los resultados de este estudio muestran aproximadamente que los escolares de esta institución consumen alguna SPA, con mayor prevalencia en el sexo femenino, resultado que se asemeja a otros estudios, donde en general el consumo puede ser de mayor predominio, a medida en cuanto a los factores en las que se encuentra el individuo y una de ellas es la edad, y el género, debemos tener en cuenta que estas sustancias afectan a los ámbitos del desarrollo humano, como lo son la salud, la economía y la funcionalidad familiar ya que este como último incide en las dimensiones del individuo.

Se concluye el consumo de SPA muestra alta prevalencia en la población escolar de los grados 10 y 11 del año lectivo 2020 de la institución educativa de Robles, Valle del municipio de Jamundí y que los principales factores fue el género, edad, grado lectivo, y tener amigos consumidores o factores que incidan en el consumo de las sustancias mencionadas anteriormente. Jorge Gaete (2016).(56)

## 5.9. CONCLUSIÓN

El presente estudio se realizó con la finalidad de determinar los factores relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de 10 y 11 de una institución educativa del corregimiento de Robles, municipio de Jamundí, posterior a la aplicación de la encuesta de manera aleatoria, se encontró que el 51,4% pertenecían al sexo femenino, y también se identificó que la etnia afrodescendiente era la más representativa con un 87,1%, y en mayor proporción los estudiantes se encontraban en las edades entre 16 y 17 años.

Dentro de los factores asociados al consumo se encontró una relación entre la edad de los 16 y 17 años que corresponde a la etapa de transición de la adolescencia a la adultez en la que se asume mayores responsabilidades y autocuidado. Otro factor identificando en este estudio es la relación entre el sexo y el consumo de sustancias psicoactivas (SPA); donde se evidenció que el sexo femenino tiene mayor consumo de sustancias como las bebidas alcohólicas, cocaína, anfetaminas, inhalantes y opiáceos mientras que en el sexo masculino el mayor porcentaje se encontró en consumo de tabaco y la inhalación de cannabis. Así mismo al evaluar el deseo fuerte de consumir con la edad se encontró que era baja la frecuencia esto debido a la situación actual de aislamiento preventivo donde los estudiantes se encuentran en casa disminuyendo su interacción con las sustancias psicoactivas.

En la estimación de la frecuencia del consumo SPA se evidenció que las sustancias más consumidas son las bebidas alcohólicas y el tabaco, en menor proporción el cannabis, los inhalantes, anfetaminas, entre otras. Además, se observó que la frecuencia de uso de SPA tuvo un comportamiento similar en ambos sexos y las edades con mayor consumo estaba entre 16-17 años.

El consumo de sustancias psicoactivas afecta todos los aspectos del desarrollo humano, como lo son: la salud, la economía, las relaciones familiares e interpersonales, cuando uno de estos ámbitos se altera, puede conllevar al consumo SPA o incremento. La realización de estos estudios hace que las instituciones generen estrategias para promover hábitos de vida saludable que incluyan el desarrollo de la identidad y la percepción de los riesgos y la utilización del tiempo libre.

## **5.10. RECOMENDACIONES**

Se encontró que el mayor índice de consumo en las sustancias psicoactivas es el de bebidas alcohólicas y el tabaco, por lo cual se considera de suma importancia la educación tanto a las familias como a la comunidad a cerca de las diferentes sustancias psicoactivas, debido a que la familia es el pilar fundamental en el crecimiento y el primer filtro protector a la hora de la crianza y podrá ser la guía que acompañe a un hijo desde el nacimiento hasta que logre su autonomía plena, al final de la adolescencia.

También se recomienda la creación de una aplicación en la cual el estudiante pueda aclarar dudas acerca del consumo de sustancias psicoactivas y tenga la posibilidad de ser evaluado por un profesional de la salud y así disminuir la incidencia en esta problemática.

Educar constantemente a los docentes de colegios públicos y privados sobre el consumo de sustancias psicoactivas, los tipos y las consecuencias en la salud física, social y mental de los estudiantes.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Blanco Echeverry, M. d. (2020). Paradigma de la interseccionalidad: herramienta útil para explorar el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas. *Equidad y Desarrollo*, (35),. <https://doi.org/10.19052/eq.vol1.iss35.7>.
2. Sánchez MO. Aspectos históricos y psicosociales del alcoholismo en Honduras. *Rev Med Hondureña*. 1984; 52 (3):155-160.
3. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo AS. I Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. [Internet]. Sao Paulo: UNIFESP; 2002. 380 p. Disponible en: [www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/levantamento\\_brasil/parte\\_1.pdf](http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/levantamento_brasil/parte_1.pdf) Consultado 17 agosto 2007.
4. Ministerio de la Protección Social (CO)-OMS/Harvard- FES. Estudio nacional de salud mental, Colombia. Cali: Ministerio de la Protección Social; 2003.
5. Viña CM, Herrero M. EL Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de Psicología de la Universidad de Laguna. *Int J Clin Health Psychol*. 2004; 4(3):521-536.
6. Organización Mundial de la Salud. Neurociencias del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Washington, DC: OPS; 2005.
7. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997; 170:205-8.

8. Wagner FA, Velasco-Mondragón HE, Herrera-Vásquez M, Borges G, Lazcano-Ponce E. Early alcohol or tobacco onset and transition to other drug use among students in the state of Morelos, Mexico. *Drug Alcohol Depend.* 2005; 77:93-6.
9. Campo-Arias A, González S, Sánchez Z, Rodríguez D, Dallos C, Díaz-Martínez L. Percepción de rendimiento académico y síntomas depresivos en estudiantes de media vocacional de Bucaramanga, Colombia. *Arch Pediatr Urug.* 2005; 76 (1):21-6.
10. Castillo M, Meneses M, Silva L, Navarrete P, Campo-Arias A. Prevalencia de relaciones sexuales en adolescentes estudiantes de un colegio de Bucaramanga, Colombia. *Med UNAB.* 2003; 6 (18):137-43.
11. Correa Muñoz, Adriana Marcela, & Pérez Gómez, Augusto. (2013). Relación e impacto del consumo de sustancias psicoactivas sobre la salud en Colombia. *Liberabit*, 19(2), 153-162. Recuperado en 20 de febrero de 2020, de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272013000200001&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272013000200001&lng=es&tlng=es)
12. Ministerio de la Protección Social y Dirección Nacional de Estupefacientes (2008). Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia. Bogotá: Editora Guadalupe.
13. Gómez Méndez Alfonso, Samper Strouss Miguel, Wilches Guzmán Julián David, Paredes Rosero Martha. Ministerio de Justicia y del Derecho. Estudio Nacional De Consumo De Sustancias Psicoactivas En Colombia – 2013.
14. Espada, J. P., Méndez, F. X. & Hidalgo, M. D. (2000). Consumo de alcohol en escolares: descenso de la edad de inicio y cambios en los patrones de ingesta. *Adicciones*, 12, 57-64.
15. Pérez, A. & Scopetta, O. (2008). *Consumo de alcohol en menores de 18 años en Colombia 2008*. Corporación Nuevos Rumbos. Bogotá, Colombia.
16. Cecconello AM, Koller S. Competência social e empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. *Estud Psicol* 2000; 5(1):71-93.

17. Feijó MC, Assis SG. O contexto de exclusão social e de vulnerabilidade de jovens infratores e de suas famílias. *Estud Psicol* 2004; 9(1): 157-66.
18. Guimarães JL, Godinho PH, Cruz R, Kappann J, Tosta LA Junior. Consumo de drogas psicoativas por adolescentes escolares de Assis, SP. *Rev Saúde Pública* 2004;38(1):130-2.
19. Ribeiro TW, Pergher NK, Torossian SD. Drogas e adolescência: uma análise da ideologia presente na mídia escrita destinada ao grande público. *Psicol Reflex Crit* 1998; 11(3):421-30.
20. Toscano A Junior. Adolescência e drogas. In: Seibel, SD, Toscano A Junior, organizadores. *Dependência de drogas*. São Paulo (SP): Editora Atheneu; 2001. p. 283-302.
21. Pratta EMM, Santos MA. Levantamento dos motivos e dos responsáveis pelo primeiro contato de adolescentes do ensino médio com substâncias psicoativas. *Rev Eletrônica, Álcool e Drogas* 2006; 2(2). [acessado em 15 de agosto de 2007]. Disponível em:  
[http://www2.eerp.usp.br/resmad/resmad4/artigo\\_titulo.asp?rnr=81](http://www2.eerp.usp.br/resmad/resmad4/artigo_titulo.asp?rnr=81).
22. Sanceverino SL, Abreu JL. Aspectos epidemiológicos do uso de drogas entre estudantes do ensino médio no município de Palhoça 2003. *Ciênc Saúde Col* 2004; 9(4):1047-56.
23. Tavares BF, Béria JU, Lima MS. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(2): 150-8.
24. Schenker M, Minayo MCS. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciênc Saúde Col* 2005; 10(3): 707-17.
25. Martín, J.C.; Máizquez, M.L.; Rodrigo, M.J. (2009), "La educación parental". *Intervención Psicosocial*, 18, (2), 121-133
26. Muñoz Silva, A. (2005), "La familia como contexto de desarrollo Infantil. Dimensiones de análisis relevantes para la intervención educativa y social". *Portularia*, 2, 147-163.
27. Palacios, J. (1999a), *La familia como contexto de desarrollo humano*. Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Sevilla. Sevilla.

28. Barudy, J.; Dantagnana, M. (2005), Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia. Gedisa. Barcelona.
29. Aguilera, Oscar, 2008, "Movidas, movilizaciones y movimientos. Cultura política y políticas de las culturas juveniles en el Chile de hoy". Tesis Doctoral en Antropología Social y Cultural, Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona
30. Uribe Rodríguez, A. F. & Orcasita Pineda, L. T. (2009). Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali-Colombia. Revista Virtual Universidad Católica del Norte (27). Recuperado 01, junio, 2009, [http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php?option=com\\_content&task=view&id=77&Itemid=1](http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php?option=com_content&task=view&id=77&Itemid=1) (ISSN 0124-5821).
31. UNICEF-Oficina Regional. (2000). Elementos para orientar una política para la adolescencia en América Latina. Documento interno para discusión, febrero del 2000.
32. Barrantes, G. y Donas, S. (2001). Continuando el diálogo con los autores. En Donas B., S. (Comp). Adolescencia y Juventud en América Latina. Capítulo 26 (501-506). Costa Rica: Libro Universitario Regional. Editorial Tecnológica de Costa Rica.
33. Chillán R., Y. (2001). Políticas públicas de juventud: desafío del nuevo tiempo iberoamericano. En Donas B., S. (comp.). Adolescencia y juventud en América Latina (2001) Capítulo 6 (117-130). Costa Rica: Libro Universitario Regional. Editorial Tecnológica de Costa Rica.
34. Margulis, M. (2001). Juventud: una aproximación conceptual. En Donas B., S. (comp.). Adolescencia y juventud en América Latina (2001) Capítulo II (41-56). Costa Rica: Libro Universitario Regional. Editorial Tecnológica de Costa Rica.
35. Duarte Q., K. (2001). ¿Juventud o juventudes? Acerca de cómo mirar y remirar a las juventudes de nuestro continente. En Donas B., S. (comp.). Adolescencia y juventud en América Latina (2001). Capítulo 3 (57-74). Costa Rica: Libro Universitario Regional. Editorial Tecnológica de Costa Rica.
36. Organización Mundial de la Salud (2013). Salud mental: un estado de bienestar. Recuperado de: [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)

37. Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ, EE. UU.: Prentice Hall. Becker, M. H. & Malman, L. A. (1975).
38. Pastor, Y., Balaguer, I. & García Merita, M. L. (1999). Estilos de vida y salud. Valencia, España: Albatros.
39. Muñoz G., Ana. Algunos factores del Municipio de Jamundí en las últimas décadas. Cali: UniValle, 2011; p. 20.
40. República de Colombia. Colombia. Ministerio de Salud. (1993). Resolución 008430 de 1993, octubre 4, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio.
41. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. (2008). 59ª asamblea General, Seúl, Corea, octubre.
42. Hernández Sampieri R. y Col. Metodología de la investigación. Mc Graw Hill. 2003.
43. Wayne W. Daniel, León Hernández Francisco. Bioestadística: Base para el análisis de las Ciencias de la salud. Publicado por Limusa Wiley, 2002. ISBN 9681861647, 9789681861643. 915 páginas.
44. Soldera, M, Dalgalarondo P, Corrêa Filho HR, Silva CAM. Uso de drogas psicotrópicas por estudiantes: prevalência e fatores sociais associados. Rev Saúde Pública 2004; 38(2):277-83.
45. Rebolledo EA, Medina NMO, Pillon SC. Factores de riesgo asociados al uso de drogas em estudiantes adolescentes. Rev Latino-am Enfermagem 2004; 12(nº especial):369-75.
46. Munafo m, Clark, Elaine C, Johnstone, Michael FG, et al. The genetic basis for smoking behavior: A systematic review and meta-analysis. Nicotine & Tobacco Research Volume 2004; 6: 1-15. 3
47. Barrueco M, Alonso A, González R. Bases genéticas del hábito tabáquico. Med Clin (Barcelona). 2005; 124: 223-8.
48. Granda Orive JI. El tabaquismo como enfermedad adictiva crónica. En: Jiménez-Ruiz CA y Fagerström K (eds.). Tratado de Tabaquismo. Madrid: Ediciones Ergon; 2007; p. 99-119

49. Murray CJ, López AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020; global burden of disease study. *Lancet*. 1997;349:1498-1504.
50. World Health Organization. Tobacco or health: a global status report. Ginebra: OMS, 1997.
51. Nerín de la Puerta I, Guillén Gil D, Más Sánchez A. El tabaquismo como problema de salud pública. En: Barrueco M, Hernández-Mezquita MA, editores. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Madrid: Paudan. 2001;27-55.
52. Lugones Botell, Miguel; Ramírez Bermúdez, Marieta; Pichs García, Luis Alberto; Miyar Pieiga, Emilia Las consecuencias del tabaquismo *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, vol. 44, núm. 3, septiembre-diciembre, 2006.
53. Klimenko, O., Llanos Ochoa, A., Martínez Rodríguez, M., Rengifo Calderón, A. (2018). Prevalencia de consumo de sustancias en los adolescentes entre 13 y 18 años pertenecientes al municipio de Puerto Rico Caquetá. *Revista Katharsis*, 25: 3-18, Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis>
54. Ferrel, F., Ferrel, L., Alarcón, A., & Delgado, K. (2016). El consumo de sustancias psicoactivas como indicador de deterioro de la salud mental en jóvenes escolarizados. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 10(2), 43-54.
55. Espinosa soto, Katalina et al. Factores relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en una institución educativa de Jamundí Valle, Colombia. *rev.colomb.psiquiatr.* [online]. 2016, vol.45, n.1 [cited 2020-06-17], pp.2-7. Available from: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502016000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502016000100002&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 0034-7450. <http://dx.doi.org/10.10167j.rcp.2015.06.001>.
56. J. Gaete et al. Consumo de tabaco y alcohol en adolescentes de 10 a 14 años de la ciudad de San Felipe, Chile: prevalencia y factores asociados. *Rev Med Chile* 2016; 144: 465-475. Disponible en : <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v144n4/art07.pdf>

57. Blogprivado. (2016). sustancias psicoactivas zona publica. Obtenido de Blog: <http://tripleerror.blogspot.com.co/p/bazuco.html>

## ANEXOS

AQUÍ ESTARA FIRMA  
PRESIDENTE Y SELLO COMITÉ.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI FACULTAD DE SALUD PROGRAMA DE TERAPIA RESPIRATORIA

ACEPTACION COMITÉ FECHA: \_\_\_\_\_ SESIÓN \_\_\_\_\_ CÓDIGO JURADO \_\_\_\_\_  
Yo \_\_\_\_\_ mayor de edad, identificado con CC. N.º

\_\_\_\_\_ acepto libre y voluntariamente a participar del trabajo de investigación titulado: **“Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes afrodescendientes del corregimiento de robles, Jamundí, valle”**, realizado por las estudiantes del programa terapia respiratoria: JUAN CAMILO MANCILLA JIMENEZ CC 1005976381 CEL 3127845350 correo [juan.mancilla03@usc.edu.co](mailto:juan.mancilla03@usc.edu.co) ; DANIELA CECILIA VALENCIA ALZATE CC 1144064228 CEL 3103917092 correo [Daniela.valencia02@usc.edu.co](mailto:Daniela.valencia02@usc.edu.co) ; KAREN LISSET ROSAS RODRIGUEZ CC 1111801110 CEL 3102615796 correo [Karen.rosas00@usc.edu.co](mailto:Karen.rosas00@usc.edu.co); y Dirigido por el docente CESAR AUGUSTO RAMIREZ CORREA CC \_\_\_\_\_ CEL 3105046275 correo [cesar.ramirez01@usc.edu.co](mailto:cesar.ramirez01@usc.edu.co) y la docente NAYIBE ENDO COLLAZOSCC 40778507 CEL 3013862536 correo [naenco@usc.edu.co](mailto:naenco@usc.edu.co) .

Las estudiantes y docentes que realizarán el estudio me han explicado claramente que el objetivo del estudio es: Determinar los factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes afrodescendientes escolarizados en una institución de carácter público del corregimiento de Robles municipio de Jamundí, Valle, 2020 y sobre los pasos para cada el cumplimiento de cada objetivo y como debo participar:

Tu participación en el estudio consiste en responder un cuestionario llamado ASSIST realizado por la OMS en el que se plantean una serie de preguntas en relación al consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes.

Me explicaron también que puedo retirarme del estudio cuando crea conveniente, o ser retirado sin repercusión alguna. A su vez sé que no utilizarán mi nombre, sino que se utilizarán códigos o número de identificación y los resultados obtenidos los sabrán los investigadores y yo, (derechos del participante...) para ( producto) EL PROYECTO DE INVESTIGACION. Los resultados obtenidos serán única y exclusivamente para este fin investigativo.

Sé que el beneficio de este trabajo es: importante para: la institución (aplicabilidad), en ningún momento habrá remuneración económica.

Se me ha informado que no me ocasionarán riesgos físicos, morales, mentales, emocionales y sociales, ni ahora ni a futuro.

A su vez, me comentaron que utilizarán todas las normas de confiabilidad pertinentes; seré tratado con equidad-igualdad y respeto y se me responderá a cualquier duda que se me presente en cualquier momento de la investigación.

Al firmar este documento reconozco que he leído y entendido el documento y el trabajo que realizaran.

Comprendiendo estas explicaciones, doy mi consentimiento para la realización del proyecto y firmo a continuación:

NOMBRE PARTICIPANTE \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_ C.C.: \_\_\_\_\_

FIRMA DE EL-LOS TESTIGO(S) \_\_\_\_\_

(ESCRIBIR DEBAJO DE LA FIRMA LA RELACIÓN CON EL PARTICIPANTE)

FIRMA DE LOS INVESTIGADORES Y DIRECTOR DEL TRABAJO.: \_\_\_\_\_



AQUÍ ESTARA FIRMA  
PRESIDENTE Y SELLO COMITÉ.

**ASENTIMIENTO INFORMADO  
UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI  
FACULTAD DE SALUD**

**PROGRAMA DE TERAPIA RESPIRATORIA**

**ACEPTACION COMITÉ FECHA:** \_\_\_\_\_ **SESIÓN** \_\_\_\_\_ **CÓDIGO JURADO** \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, MENOR de edad, identificado con T.I. N° \_\_\_\_\_, con Autorización de mis padres, acepto libre y voluntariamente a participar del trabajo de investigación titulado: : **“Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes afrodescendientes del corregimiento de robles, Jamundí, valle”**, realizado por las estudiantes del programa terapia respiratoria: JUAN CAMILO MANCILLA JIMENEZ CC 1005976381 CEL 3127845350 correo [juan.mancilla03@usc.edu.co](mailto:juan.mancilla03@usc.edu.co) ; DANIELA CECILIA VALENCIA ALZATE CC 1144064228 CEL 3103917092 correo [Daniela.valencia02@usc.edu.co](mailto:Daniela.valencia02@usc.edu.co) ; KAREN LISSET ROSAS RODRIGUEZ CC 1111801110 CEL 3102615796 correo [Karen.rosas00@usc.edu.co](mailto:Karen.rosas00@usc.edu.co); y Dirigido por el docente CESAR RAMIREZ CC \_\_\_\_\_ CEL 3105046275 correo [cesar.ramirez01@usc.edu.co](mailto:cesar.ramirez01@usc.edu.co) y la docente NAYIBE ENDO CC 40778507 CEL 3013862536 correo [naenco@usc.edu.co](mailto:naenco@usc.edu.co) .

Las estudiantes y docente que realizarán el estudio me han explicado claramente que el objetivo del estudio es: Determinar los factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes afrodescendientes escolarizados en una institución de carácter público del corregimiento de Robles municipio de Jamundí, Valle, 2020 y sobre los pasos para cada el cumplimiento de cada objetivo y como debo de participar:

Tu participación en el estudio consiste en responder un cuestionario llamado ASSIST realizado por la OMS en el que se plantean una serie de preguntas en relación al consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante saber que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que nos proporcionen, las mediciones que realicemos nos ayudarán a determinar el resultado o las medidas a utilizar dentro de la población estudiantil.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas (O RESULTADOS DE MEDICIONES), sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio, estudiantes y padre de familia o acudientes.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una ( ✓ ) en el cuadrito de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna ( ✓ ), ni escribas tu nombre. Sí quiero participar   
-He leído y entendido el documento. Al firmar reconozco que comprendo perfectamente su contenido. Acepto participar y firmo a continuación:

NOMBRE \_\_\_\_\_ FIRMA DEL MENOR : \_\_\_\_\_  
TI: \_\_\_\_\_

FIRMA DE UNTESTIGO \_\_\_\_\_ (huella para testigo)


FIRMA DE LOS INVESTIGADORES Y DIRECTOR DEL TRABAJO.: \_\_\_\_\_



---

---

## ANEXO 2. INSTRUMENTO.



### OMS - ASSIST V3.0

Gracias por aceptar a participar en este proyecto de investigación sobre el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes afrodescendientes del corregimiento de robles jamundi valle del cauca, con el objetivo de Identificar el factor común que influye en el consumo de sustancias psicoactivas y establecer una estrategia educativa para las instituciones de educación incluidas en el estudio.

Se les realizará algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas o inyectadas.

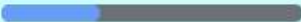
Estamos interesados en conocer su consumo de diversas drogas, por favor tenga por seguro que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

**\*Obligatorio**

Dirección de correo electrónico \*

Tu dirección de correo electrónico

[Siguiete](#)

 Página 1 de 3

## ASENTIMIENTO INFORMADO.

ASENTIMIENTO INFORMADO UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI FACULTAD DE SALUD PROGRAMA DE TERAPIA RESPIRATORIA. Con Autorización de mis padres, acepto libre y voluntariamente a participar del trabajo de investigación titulado: : "Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes afrodescendientes del corregimiento de robles, Jamundí, valle", realizado por las estudiantes del programa terapia respiratoria: JUAN CAMILO MANCILLA JIMENEZ CC 1005976381 CEL 3127845350 correo [juan.mancilla03@usc.edu.co](mailto:juan.mancilla03@usc.edu.co) ; DANIELA CECILIA VALENCIA ALZATE CC 1144064228 CEL 3103917092 correo [Daniela.valencia02@usc.edu.co](mailto:Daniela.valencia02@usc.edu.co); y Dirigido por el docente CESAR RAMIREZ CC 6392857 CEL 3105046275 correo [cesar\\_ramirez01@usc.edu.co](mailto:cesar_ramirez01@usc.edu.co) y la docente NAYIBE ENDO CC 40778507 CEL 3013862536 correo [naenco@usc.edu.co](mailto:naenco@usc.edu.co). Los estudiantes y docente que realizarán el estudio me han explicado claramente que el objetivo del estudio es: Determinar los factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes afrodescendientes escolarizados en una institución de carácter público del corregimiento de Robles municipio de Jamundí, Valle, 2020 y sobre los pasos para cada el cumplimiento de cada objetivo y como debo de participar: Tu participación en el estudio consiste en responder un cuestionario llamado ASSIST realizado por la OMS en el que se plantean una serie de preguntas en relación al consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes. Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante saber que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema. Toda la información que nos proporcionas, las mediciones que realicemos nos ayudarán a determinar el resultado o las medidas a utilizar dentro de la población estudiantil. Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas (O RESULTADOS DE MEDICIONES), sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio, estudiantes y padre de familia o acudientes. \*

Acepto

Nº de identidad \*

Tu respuesta

Atrás

Siguiente

Página 2 de 3

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Este formulario se creó en Universidad Santiago de Cali. [Notificar uso inadecuado](#)

Google Formularios

# OMS - ASSIST V3.0

\*Obligatorio

Sexo \*

- Femenino
- Maculino
- Otra

Edad \*

Tu respuesta

---

Etnia \*

- Afrodescendiente
- Indígena
- Caucásicos
- Otro grupo

1. A lo largo de su vida, ¿cual de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS) \*

	SI	NO
Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cocaína (coca, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (éxtasis, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alucinógenos (LSD, ácidos, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opiáceos (heroína, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cocaína (coca, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opiáceos (heroína, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir? \*

- Nunca
- ó 2 veces
- Cada mes
- Cada semana
- A diario o casi a diario

4. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo a problemas de salud, sociales, legales o económicos? \*

- Nunca
- ó 2 veces
- Cada mes
- Cada semana
- A diario o casi a diario

5. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de ? \*

	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cocaína (coca, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opiáceos (heroína, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de sustancias psicoactivas ? \*

- No, Nunca
- Si, en los ultimos 3 meses
- Si, pero no en los ultimos 3 meses

7.¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir sustancias psicoactivas y no lo ha logrado? \*

- No, Nunca
- Si, en los ultimos 3 meses
- Si, pero no en los ultimos 3 meses

8.¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? \*

- No, Nunca
- Si, en los ultimos 3 meses
- Si, pero no en los ultimos 3 meses

Atrás

Enviar

Página 3 de 3

A continuación, se anexa el link de la encuesta digital:

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdWF0uGLiWH3bCN\\_C5CMbWjtAc9wIFX-q3WwlUW2WdEhAnICg/formResponse](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdWF0uGLiWH3bCN_C5CMbWjtAc9wIFX-q3WwlUW2WdEhAnICg/formResponse)