

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS Y EL MANEJO DEL AUTOCONCEPTO EN ADOLESCENTES
ESCOLARIZADOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JORGE ELIÉCER
GAITÁN, SEDE CAMILO TORRES**

DENIS NATALIA GARZÓN AGUILAR

**UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
VILLAVICENCIO
2016**

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS Y EL MANEJO DEL AUTOCONCEPTO EN ADOLESCENTES
ESCOLARIZADOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JORGE ELIÉCER
GAITÁN, SEDE CAMILO TORRES**

DENIS NATALIA GARZÓN AGUILAR

**Informe final de trabajo de grado dirigido al Comité de Investigaciones como
opción para obtener el título de Enfermera**

**Directora EPI
Mónica Rosaura García Baquero
Magister en Educación**

**UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
VILLAVICENCIO
2016**

Nota de aceptacion

Firma del Docente

Firma del Jurado

Villavicencio, 28 de noviembre del 2016

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa sus agradecimientos:

A Mónica Rosaura García Baquero, enfermera Magíster en Educación, Directora EPI de esta investigación, por sus valiosos aportes.

A todos y cada uno de mis docentes del Programa de Enfermería de la Universidad de los Llanos, que compartieron con nosotras sus conocimientos, fortaleciéndonos para nuestra vida profesional.

A la comunidad educativa de la institución educativa de Puerto Gaitán Meta, donde se llevó a cabo esta investigación.

A todas y cada una de las personas que colaboraron para llevar a feliz término este trabajo.

La Autora

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	12
1. JUSTIFICACIÓN	16
2. OBJETIVOS DEL MACROPROYECTO	19
2.1 OBJETIVO GENERAL	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3. OBJETIVOS DEL E. P. I.	20
3.1 OBJETIVO GENERAL	20
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
4. MARCO REFERENCIAL	21
4.1 MARCO TEÓRICO	21
4.2 MARCO CONCEPTUAL	22
4.3 MARCO INVESTIGATIVO	26
4.4 MARCO LEGAL	28
5. METODOLOGÍA	30
5.1 METODOLOGÍA PROPUESTA	30
5.2 CONTEXTUALIZACIÓN GEOGRÁFICA	30
5.2.1 Municipio de Puerto Gaitán	30
5.2.2 Institución Educativa	31
5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	32
5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	33
5.5 VARIABLES	33
5.5.1 Variables sociodemográficas.	33
5.5.2 Variables de Consumo de SPA.	33
5.6 INDICADORES DE CONSUMO	34
5.7 AUTOCONCEPTO	34
5.8 INSTRUMENTOS	35
5.9 PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS	36
5.10 CONSIDERACIONES ÉTICA	36
6. RESULTADOS	37
6.1 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	37
6.2 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CONSUMO DE SPA	41
6.3 AUTOCONCEPTO DE LOS ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS	51
7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	62
8. CONCLUSIONES	67
8.1 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	67
8.2 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CONSUMO DE SPA	67
8.3 AUTOCONCEPTO DE LOS ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS	68
9. RECOMENDACIONES	69
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Normatividad para la protección de los niños, niñas y adolescentes escolarizados en Colombia, relacionado con su protección para la prevención de consumo de Sustancias Psicoactiva.	28
Tabla 2. Población estudiantil de la Institución, Puerto Gaitán (Meta), 2016.	32
Tabla 3. Edad de los estudiantes participantes.	37
Tabla 4. Sexo al que pertenecen los Adolescentes Escolarizados.	38
Tabla 5. Grado Escolar al que pertenece el estudiante.	39
Tabla 6. Estrato social al que pertenecen	39
Tabla 7. Persona con quien vive.	40
Tabla 8. Ha consumido alguna Sustancia Psicoactiva.	41
Tabla 9. Edad que tenían cuando consumieron por primera vez Sustancias Psicoactivas.	42
Tabla 10. Consumo durante el último mes.	43
Tabla 11. Consumo durante los últimos 12 meses.	44
Tabla 12. Con qué frecuencia consume.	45
Tabla 13. Cuál de las siguientes situaciones ha experimentado debido al uso de Sustancias Psicoactivas.	46
Tabla 14. La primera vez que uso alguna Sustancia Psicoactiva, en compañía de quién lo hizo.	47
Tabla 15. Habitualmente cuando usa Sustancias Psicoactivas, en compañía de quién lo hace.	48
Tabla 16. Razones por las que consume Sustancias Psicoactivas.	49
Tabla 17. Tiene amigos o compañeros que usen Sustancias Psicoactivas.	50

Tabla 18. Autoconcepto académico de los Adolescentes Escolarizados de la Institución Educativa, 2016.	52
Tabla 19. Autoconcepto social.	54
Tabla 20. Autoconcepto emocional.	55
Tabla 21. Autoconcepto familiar.	57
Tabla 22. Autoconcepto físico.	58
Tabla 23. Niveles de autoconcepto según la puntuación.	59
Tabla 24 Estudio del nivel del autoconcepto según el acumulado total del conjunto de los diferentes tipos de auto concepto antes mencionados en los encuestados.	60

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Ubicación geográfica del municipio de Puerto Gaitán, en el departamento del Meta y Colombia.	30
Figura 2. Edad de los estudiantes participantes.	37
Figura 3. Sexo al que pertenecen los estudiantes escolarizados.	38
Figura 4. Grado Escolar.	39
Figura 5. Estrato social al que pertenecen.	40
Figura 6. Persona con quien vive.	41
Figura 7. Ha consumido alguna Sustancia Psicoactiva.	42
Figura 8. Edad que tenían cuando consumió por primera vez las Sustancias Psicoactivas.	43
Figura 9. Consumo durante el último mes.	44
Figura 10. Consumo durante los últimos 12 meses.	45
Figura 11. Con qué frecuencia consume.	46
Figura 12.Cuál de las siguientes situaciones ha experimentado debido al uso de Sustancias Psicoactivas.	47
Figura 13. La primera vez que uso Sustancias Psicoactivas en compañía de quién lo hizo.	48
Figura 14. Habitualmente cuando usa Sustancias Psicoactivas en compañía de quién lo hace.	49
Figura 15. Razones por las que consume Sustancias Psicoactivas.	50
Figura 16. Tiene amigos o compañeros que usen Sustancias Psicoactivas.	51
Figura 17. Autoconcepto académico.	53

Figura 18. Autoconcepto social.	54
Figura 19. Autoconcepto emocional	56
Figura 20. Autoconcepto familiar.	57
Figura 21. Autoconcepto físico.	58
Figura 22. Niveles de autoconcepto según la puntuación.	59
Figura 23. Niveles del autoconceptos según el acumulado total del conjunto de los diferentes tipos de autoconcepto mencionados en los encuestados.	61

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Carta presentación de estudiantes que realizaron la investigación.	75
Anexo B. Asentimiento informado.	76
Anexo C. Instrumento.	78
Anexo D. Memorando Revisión y Aprobación Proyecto EPI.	82

INTRODUCCIÓN

El incremento del consumo de sustancias psicoactivas a nivel mundial ha hecho que países como Colombia estén decididos a tomar medidas para afrontar este fenómeno de una u otra forma en todos los grupos sociales de la población. Es así como se han realizado diferentes estudios por parte del gobierno, con el fin de poder implementar programas que vayan generando una disminución en el consumo, especialmente dirigidos a quienes se encuentran cursando la educación básica primaria y secundaria, por tratarse de unas etapas donde los menores presentan un alto riesgo por factores sociodemográficos y psicosociales; para una mayor eficiencia y eficacia de los programas estos deberán ser compartidos con familiares y la comunidad educativa en general, porque de estos últimos depende en gran parte el apoyo que se les brinde a los adolescentes, para fortalecer su autoestima y así los que ya están en el consumo de drogas, se les ayude a salir adelante en sus procesos de rehabilitación.

En este informe final se presenta lo correspondiente a la investigación realizada en el municipio de Puerto Gaitán (Meta), con un grupo de estudiantes escolarizados se identificaron los factores de riesgo asociados al consumo de Sustancias Psicoactivas, como un aporte a las diferentes investigaciones que se han realizado en el país, como por ejemplo el II Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar, Colombia. 2011 y el Estudio Nacional de Drogas en Colombia 2013, que muestran un incremento en consumo de sustancias psicoactivas por esta población.

En Colombia los jóvenes representan una cuarta parte de la población, lo que significa una gran oportunidad para el Estado, por el potencial y capacidades que representan, este estimativo se hace tomando como referente el año 2010 y las proyecciones realizadas por el DANE, que daba para ese año 10,8 millones de jóvenes como estadística, para el año 2011 10,9 millones de jóvenes, calculándose para el año 2012 se tendrían 11 millones de jóvenes, ratificándose un crecimiento de 100 mil personas jóvenes, que corresponden al 24% de la población total, lo cual es saludable para el país, por el aporte al desarrollo social, económico y ambiental; especialmente aquellos que son emprendedores, innovadores, activos, críticos y positivos. (1)

Colombia, al igual que la mayoría de los países del mundo, ha visto cómo se incrementa el consumo de sustancias psicoactivas, situación que se vive en todos sus departamentos, incluido el Meta y sus municipios. Esta situación se reflejó en

el informe del II Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar, Colombia 2011; donde se dieron a conocer estadísticas bastante alarmantes, especialmente en lo relacionado con los estudiantes: 24,3% han fumado tabaco y/o cigarrillo (hombres 28%, mujeres 21%); bebidas alcohólicas (vino, cerveza, aguardiente, ron, whisky u otras), especialmente cerveza: dos de cada tres; sustancias ilícitas o de uso indebido durante su vida: 12,1%; último siendo la que tiene mayor consumo la marihuana (5,2%). (2)

En cuanto al consumo de cigarrillo a nivel nacional se encontró que los adultos entre los 18 y 69 años lo hacen en un 12,8%, siendo mayor en los hombres que en las mujeres; pero es bastante preocupante ver como los adolescentes escolarizados de 16 a 18 años alcanzan porcentajes de consumo de un 17,4%; y los que pertenecen a edades que están entre los 11 y 12 años, manifiestan haberlo hecho en un 2,8% en el último mes del año en estudio. (2)

Haciendo una comparación entre Colombia y otros países Suramericanos, en cuanto al consumo de cigarrillo, se encuentra que este país presenta las estadísticas más bajas, frente a Perú (30%), Ecuador (19%). Contrastando por género se tiene que las mujeres en Colombia reflejan un porcentaje del 12%, superando a los dos países antes mencionados (Perú: 9,8% y Ecuador 7,1), aproximándose al consumo de Bolivia, donde las mujeres lo hacen en un 14,9%. En lo que hace relación a las bebidas alcohólicas y su consumo, en Colombia prevalece con un 37,2% entre su población de 15 a 64 años, estando por encima de Perú (36,6%) y de Ecuador (33%). Además, de consumir estas sustancias, se encontró en este estudio, que la marihuana era la sustancia ilícita de mayor consumo en Colombia y el resto de países suramericanos, con un 11,5% y un 13% de las personas encuestadas manifestaron haber consumido alguna sustancia ilícita. (3)

Como una manera de contrarrestar estas situaciones negativas en la vida de los adolescentes y jóvenes, que en cualquier momento de sus vidas pueden verse tentados a involucrarse en el consumo de Sustancias Psicoactivas, la Organización Mundial de la Salud recomienda como manera para prevenirles que se les ofrezca apoyo y oportunidades para desarrollar su potencial físico, psicológico, social, moral, espiritual, artístico, dentro de cualquier profesión que escojan, utilizar como estrategia el fortalecimiento de su autoestima, que se les brinde la oportunidad de adquirir las habilidades y capacidades necesarias para que sean competentes y competitivos; al igual que se les facilite el acceso a los programas de salud. (4)

A nivel departamental la prevalencia de consumo de cigarrillo entre los estudiantes está en 9,03%, siendo el promedio de edad de inicio los 12,4 años, entre hombres y mujeres; en lo que respecta al alcohol, mayor droga de consumo en los países suramericanos se tiene que su promedio en el Meta es del 40,22% y la edad de inicio los 12 años, al igual que el tabaco/cigarrillo, es parejo este consumo entre los dos géneros; en cuanto al consumo de tranquilizantes y estimulantes sin prescripción médica, éste alcanza un 0,21% por cuenta de los estudiantes en el departamento del Meta, existiendo mayor entre quienes se encuentran entre los 16 y 18 años. La marihuana, droga de mayor utilización que alcanza un 3,48% de promedio, siendo mayor el número de hombres que de mujeres y la edad en que se inician especialmente a los 14 años; la cocaína alcanza el 1,75% en promedio en este Departamento, frente al 2,8% a nivel nacional, al igual que la marihuana inician el consumo a los 14 años, tanto hombres como mujeres. El bazuco es una droga que se inicia el consumo a una edad más temprana, 13 años, y un porcentaje del 0,33% en comparación con el resto del país. El éxtasis es otra droga que hace presencia en cuanto a consumo por parte de los escolares del Meta con un 0,8%, retomándolo desde los 14 años. Los pegantes y solventes alcanzan un 2,04% de incidencia en cuanto al consumo por parte de los estudiantes, dando inicio desde los 12 años, sin diferencia entre hombres y mujeres. Otra sustancia es el Dick del que los estudiantes hacen uso en un 1,13% empezando a usarla desde los 13 años. Otras sustancias psicoactivas como energizantes, Popper o alucinógenos su consumo tiene una prevalencia del 8,95% del porcentaje nacional, siendo la de menor incidencia en cuanto a uso la heroína, consumo que inicia a los 13 años en promedio. (2)

Es preocupante estas cifras, considerando las edades tan tempranas en que se inicia el consumo de las diferentes sustancias psicoactivas entre los estudiantes, del Departamento y del país en general, si bien es cierto que el Meta no ocupa los primeros lugares en cuanto a consumo de sustancias psicoactivas por parte de sus escolares, si es necesaria la implementación de programas del Estado, para tomar los correctivos necesarios.

Para que así mismo, ellos puedan desarrollar sus vidas en diferentes contextos (familiares, educativos, sociales, profesionales), pero conservando características físicas y relaciones sólidas, porque es en estos sitios donde se aprende a convivir, a tener un buen manejo de sus habilidades sociales, a conservar estilos de vida o a cambiar en los aspectos que sea necesario, siempre y cuando se tenga en cuenta la necesidad de conservar los patrones que permitan una sana convivencia. (5) Considerando las características del problema del consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes, es que se plantea la siguiente pregunta para esta investigación: ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al consumo de Sustancias Psicoactivas y qué relación tienen con el autoconcepto de los

adolescentes escolarizados de una Institución Educativa del municipio de Puerto Gaitán?

1. JUSTIFICACIÓN

Según información suministrada por el Ministerio de Salud en Colombia, la marihuana es la sustancia psicoactiva ilícita más consumida en el país y la que presenta una mayor tendencia a incrementar su uso, esto se ve reflejado en porcentajes como el del 11,5 que afirma que ha probado marihuana alguna vez en su vida, (18% hombres y 6% mujeres), se proyectó su consumo para el año 2014 en un 3,3%, por lo que se consideraba que sus consumidores en Colombia serían unos 762.000, siendo las personas que se encuentran entre los 18 y 24 años los mayores consumidores, especialmente por residentes de Antioquia (Medellín), Quindío, Risaralda, Caldas, Meta y menor medida el Valle del Cauca (Cali). (6)

Es por muchos conocidos que el alcohol es la droga que tiene mayor consumo, es socialmente aceptada en cualquier reunión, de ahí que también lo sea entre los estudiantes menores de edad, tanto así que un 56,7% a nivel nacional acepta que ha ingerido alguna clase de licor, siendo por igual su uso entre hombres y mujeres. Algunos reconocen que esta actividad la han iniciado desde los 11 años de edad, presentándose mayor incidencia en los colegios privados con un 44,1% seguido de un 38,9% de los públicos; siendo los principales departamentos donde se presenta mayor consumo a nivel nacional Boyacá, Antioquia, Risaralda, Bogotá y Caldas, con cifras que oscilan entre el 45 y 50%. El Meta no se encuentra muy lejos de estos porcentajes, puesto que le corresponde un 40,22%, siendo la edad promedio en que los estudiantes lo empiezan a consumir de 12 años. (2)

Igualmente es cierto que el consumo de cigarrillo, hasta hace poco era algo socialmente aceptado, se veía como algo normal y se permitía que una persona fumara en un recinto cerrado, pero hoy día a raíz de la toma de conciencia frente a todas las enfermedades que causa (cáncer, enfisema pulmonar, entre otras) se ha restringido su uso, pero a pesar de esto la juventud no toma conciencia y se presentan estadísticas de consumo en los estudiantes colombianos de un 28% en hombres y el 21% en mujeres, lo que equivaldría a unos 330 mil escolares que a nivel nacional han consumido tabaco, iniciándose a una edad demasiado temprana, pues lo hacen entre los 11 a 12 años. En cuanto a regiones se presenta un mayor porcentaje de fumadores en Bogotá con un 17,2%, mientras que San Andrés y Chocó tienen los niveles más bajos, 2%. En cuanto al consumo de parte de los escolares en el departamento del Meta se reporta un 9,03%. (2)

Es posible que lo que lleve a los jóvenes a querer asumir estos roles que en nada los benefician es precisamente la etapa de su vida en que se encuentran, la adolescencia, porque según Bronfenbrenner (1979), están viviendo una de las etapas más importantes de su vida, en ella se presentan grandes cambios físicos,

psicológicos, cognitivos y sociales. Es en este período donde se empieza a reconocer que se hace parte de un círculo social en especial, y que si quiere pertenecer a él deberá asumir determinados roles marcados dentro de los grupos, que tienen sus propias normas. (7)

De ahí que sea necesario propiciar por parte del Estado y demás miembros que componen la sociedad, la reafirmación en el joven de su propio concepto o imagen (autoconcepto) favorable, para se sienta seguro como ser humano de su capacidad, eficiencia, eficacia y habilidades sociales que le permiten sobresalir en cualquier contexto donde se encuentre demostrando que está preparado para hacer frente a las eventualidades que se le presenten. (8)

Solo de esta manera, interactuando con otras personas, podrán los estudiantes diferenciar y ser capaces de razonar sobre sus comportamientos y extractar su concepto sobre quién es en realidad, cuál es su misión, cuáles son sus capacidades o habilidades y qué tanto le hace falta para ser ese hombre ideal que se ha propuesto alcanzar para sí mismo, y poder luego tener una impresión positiva sobre sí mismo, la cual proyectará a la sociedad donde se encuentre, preocupándose cada día por ser parte de grupos que le ayuden a sobresalir, pero para esto se necesita incrementar su auto estima para que construyan nuevas relaciones que les fortalezcan y no como los que consideran que no son personas que tienen un lugar ganado dentro de una sociedad. (9)

Para la adquisición de estas habilidades y capacidades por parte de los niños, niñas y adolescentes deben interactuar correctamente las familias y las instituciones educativas, dejándose en claro desde el inicio que la escuela es un segundo hogar, donde se deben cumplir unas normas dentro de un contexto cultural, fiel reflejo de las estructuras de la sociedad. De ahí que la sociedad (especialmente las familias) considere que debe delegar las obligaciones de formación en valores y habilidades sociales que tiene, en la escuela, la cual está para fortalecer esas habilidades, capacidades, aptitudes sociales del estudiante que debe traer cada uno desde sus hogares, con nuevos aprendizajes o conocimientos, más a nivel cultural, todo esto dentro de la interacción con otros adultos diferentes a su familia y demás adultos que les rodean.(9) Debe haber claridad en cuanto a que en este contexto es donde se transmiten aquellos contenidos, valores y actitudes que se consideran esenciales para el desarrollo del individuo, se interactúa con otros adultos y se desarrollan las relaciones de amistad.

La Universidad de los Llanos, como institución importante en el desarrollo de la sociedad de la Orinoquía colombiana, debe hacer presencia a través de su

Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Enfermería, el cual que tiene dentro de sus postulados misionales: “El cuidado de enfermería a través de la interacción permanente del entorno, para desarrollar intervenciones relacionadas con el cuidado el individuo y de la familia, en el marco de la calidad de vida con un enfoque ético, humanístico y social,” (10) como lo hace a través de esta investigación, mediante la cual deja aportes fundamentales para el desarrollo de la región y especialmente en lo relacionado con poblaciones vulnerables, como son los niños, niñas y jóvenes. De ahí, que a través de esta investigación se quiso alcanzar objetivos como determinar los factores de riesgo asociados al consumo de SPA y su relación frente al autoconcepto que tienen los adolescentes en una institución educativa del municipio de Puerto Gaitán (Meta), y así conocer los factores que inciden en el consumo de Sustancias Psicoactivas en los estudiantes y posteriormente poder prestar asesoría en la implementación de las Zonas de Orientación Escolar Z.O.E, disminuyendo los indicadores del Colegio, que se verán reflejados en los del Municipio.

Hasta el momento, la Secretaria de Salud del Meta trabaja la problemática a través del eje de Salud Mental, pero no tiene sus propias estadísticas sobre consumo de SPA, retomando cifras que ya pueden estar bastante alejadas de la realidad, porque su base de referencia es el ***II Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar, Colombia – 2011. Bogotá. Colombia.*** (2) Por lo anterior es conveniente esta investigación ya que aportará datos estadísticos y suministrará información para incluir dentro de la política pública de “Reducción del Consumo de SPA en el departamento del Meta”, del eje de Salud Mental.

Igualmente la información que aquí se recolecte servirá para que la Institución Educativa donde se realizó la investigación, adecúe su manual de convivencia, las escuelas de padres y en el trabajo interdisciplinario a través de los psicólogos, psicoorientadores, docentes y padres, teniendo a mano estadísticas actualizadas.

Finalmente, y no por ello menos importante, esta investigación contextualizará dentro de la Facultad Ciencias de la Salud, Programa de Enfermería, el campo de acción de la Atención Primaria de la Salud de este ciclo vital (crucial en la formación del futuro adulto joven) con acciones de prevención de las adicciones y su relación con las posibles formas de autoconcepto; así mismo, reconocerá espacios como la familia, parte fundamental en la formación integral del individuo que puede ser factor de Riesgo o factor Protector.

2. OBJETIVOS DEL MACROPROYECTO

2.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores de riesgo asociados al consumo de SPA y su relación frente al autoconcepto que tienen los adolescentes. del Colegio Jorge Eliecer Gaitán del Municipio Puerto Gaitán (Meta)

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1 Caracterizar sociodemográficamente los adolescentes escolarizados.

2.2.2 Identificar los factores de riesgo asociados al consumo de SPA en los adolescentes escolarizados.

2.2.3 Caracterizar el autoconcepto percibido por los adolescentes escolarizados.

2.2.4 Establecer si existe relación entre el autoconcepto y el consumo de sustancias psicoactivas.

3. OBJETIVOS DEL E. P. I.

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo asociados al consumo de SPA y su relación frente al autoconcepto que tienen los adolescentes en una Institución Educativa del municipio de Puerto Gaitán (Meta).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Describir socio-demográficamente los adolescentes escolarizados de la Institución Educativa, del municipio de Puerto Gaitán (Meta).

3.2.2 Reconocer los factores de riesgo que pueden estar influyendo en los adolescentes escolarizados de la Institución Educativa del municipio de Puerto Gaitán, para que se presente consumo de SPA.

3.2.3 Determinar cuál es el autoconcepto que distinguen los adolescentes escolarizados de la Institución Educativa del municipio de Puerto Gaitán.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 MARCO TEÓRICO

Pender (2012) considera que: “Hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se la da independencia a la gente y se mejora el futuro”. (11)

Para esta Investigación se tiene en cuenta la teoría del Modelo de Promoción de la Salud, a través de la cual la enfermera Nola Pender da a conocer las características el Modelo, basada en sus propias experiencias, que le aportaron la bases para comprender que es a través de la promoción y prevención como el ser humano puede participar en su propio autocuidado y no por comportamientos prediseñados sobre su salud. Pender (2012), hace alusión a dos conceptos en especial: la conducta previa relacionada y los factores personales. El primero lo relaciona con las experiencias ya vividas y que le han dejado efectos bien sea directos o indirectos al hombre y que le marcan la posibilidad de ser consecuente en el cumplimiento de actividades de promoción de su salud. Y en el segundo, se hace relación a los factores personales, categorizándolos desde el punto de vista biológico, psicológico y sociocultural, que son los que marcan la conducta que seguirá y que se pueden deducir de acuerdo con la forma de ser de cada individuo y los objetivos que se haya propuesto. (12)

Influye también la parte cultural (creencias) y emocional (sentimientos y emociones) que son propios del actuar de cada persona, estos están divididos en seis conceptos: 1) beneficios percibidos por la acción, que son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud; 2) barreras percibidas para la acción, se refiere a las propias apreciaciones negativas o desventajas que son las que pueden llegar a obstruir un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real; 3) la autoeficacia percibida, ésta constituye uno de los conceptos más importantes en este modelo porque representa la percepción de competencia de sí mismo para ejecutar una cierta conducta, de acuerdo con la confianza que exista así será la capacidad de comprometerse para llevar a cabo una acción y obtener una actuación real de la conducta, cuando se percibe eficacia en una persona, se tendrá la confianza que no existirán barreras para que siga la conducta en salud determinada; 4) afecto relacionado con el comportamiento, son las emociones o reacciones que van en concordancia con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta; 5) influencias interpersonales, éstas demuestran la capacidad que tiene cada uno de comprometerse a cambiar sus

conductas para promover su propia salud, porque saben que de estos cambios depende que se den las mejoras que necesitan, llegando a ser su mejor ayuda y apoyo para mejorar; 6) influencias situacionales en el entorno, las cuales pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud. (11)

Como se puede ver, todos y cada uno de los conceptos antes enunciados tienen una relación directa entre sí, para que se dé un plan de acción mediante el cual se pueda constituir un precedente que lleve al resultado final, en cuanto a salud, que es el que se ha estado buscando: la conducta promotora de la salud expuesta por Nola Pender;(11) en este compromiso pueden influir además, las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas. En las primeras están las conductas alternativas y que no son controladas directamente por el ser humano, sino que están dentro de su contexto, entre ellas su trabajo o el tener que hacerse responsable de su familia y en segundo lugar sus propias preferencias personales y que se acogen porque se tiene la capacidad de comprender que le posibilitan discernir sobre las acciones dirigidas a elegir. (12)

4.2 MARCO CONCEPTUAL

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es una etapa del ser humano que se presenta entre los 10 y los 19 años, dentro de la cual se presenta su crecimiento puberal y el desarrollo de las características sexuales secundarias propias de cada género, así como la adquisición de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales; marcándose además, los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales de cada persona. (13)

Tiene a su vez la adolescencia tres etapas fácilmente diferenciadas, a saber:

- Adolescencia temprana o inicial que hace su aparición entre los 10 y 13 años, es cuando el niño se dispone a ajustarse a los cambios puberales que dan inicio a su período como adolescente, donde tiene que tomar la decisión de seguir atendiendo los parámetros que sus padres determinan para él o ir con sus amigos, decidiéndose por hacer parte de los grupos del mismo sexo que han conformado sus amigos.
- Adolescencia media va de los 14 a 16 años. Aquí ya ha tomado la plena decisión de distanciarse de sus padres y va observando imágenes mediante las

cuales se pueda expresar, buscando ser reconocido por la sociedad, por el mismo, asumiendo roles de adultos; inicia su socialización con pares de diferente sexo, iniciando su actividad sexual, de acuerdo con sus propias inclinaciones. Puede tener riesgos al iniciar actividades colectivas al buscar su propia identidad, porque quiere que se le reconozca social y culturalmente en esta etapa, por lo que es necesario que tenga definido su autoconcepto desde temprana edad y afianzada su autoestima.

- Adolescencia final o tardía que se presenta entre 17 y 21 años. Aquí ya el adolescente es independiente y capaz de integrar su imagen corporal con su identidad o personalidad. De acuerdo con la formación que haya recibido en su niñez y la postura que adoptó en su familia ante la nueva etapa que está finalizando, se podrá saber si establece y consolida relaciones que se basan en el cuidado y respeto por la autonomía e intimidad de los otros, opta por relaciones sociales más con individuos que con grupos o colectividades y es capaz de planear y lograr determinadas metas, viables y reales. (14)

Al finalizar la adolescencia (19 años, según la OMS), y de acuerdo con la Constitución Política de Colombia, las personas alcanzan también la mayoría de edad a los 18 años y podrán entrar a tomar parte en las decisiones del país, ejerciendo libremente su ciudadanía. Igualmente, la **Droga** ha sido definida por la OMS como una sustancia que se introduce en el cuerpo y que tiene la capacidad de alterar su funcionamiento de algún modo, afectando especialmente el funcionamiento natural del sistema nervioso central, que puede crear dependencia bien sea psicológica, física o ambas. Además, pone en conocimiento que es un factor de riesgo porque incrementa la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión; y que la dependencia de sustancias es multifactorial: está determinada por factores biológicos y genéticos, en los cuales los caracteres hereditarios pueden desempeñar un papel importante, y por factores psicosociales, culturales y ambientales. (15)

Los factores psicosociales fueron definidos por Morales (1999) (16), como los fenómenos que permiten el establecimiento de las relaciones causales de las enfermedades y su distribución en los grupos de una población. Los definió en tres etapas:

- Macrosocial, conformada por la sociedad en su conjunto y a su sistema de relaciones que sitúan al individuo en una posición por su pertenencia a una clase determinada; esta dimensión comprende ciertas características nacionales, culturales o religiosas.

- Micromedio, en ésta se incluye la familia, la vida laboral y las relaciones más inmediatas que se dan en las condiciones de trabajo y vida concreta del individuo.
- Individual, al ser humano como tal y la forma cómo comprende al sujeto y a como su personalidad orienta y regula su comportamiento.

Estos factores psicosociales marcados por Morales (2005), tienen incidencia en la adolescencia y las alteraciones en la dinámica y funcionamiento familiar; especialmente por el descenso en el número de actividades compartidas y de expresiones de afecto explícito entre padres e hijos, lo que aumenta la conflictividad familiar, haciendo que disminuya la comunicación entre padres e hijos. Cambios que son normales dentro de una etapa donde el individuo busca su propia autonomía y la negación de los padres a aceptar que su hijo está viviendo unos cambios que fortalecen su personalidad y la toma de sus propias decisiones, por lo que es necesario adaptar las normas familiares, pero sin dejar de lado la formación en valores éticos y morales. Es necesario comprender como familia, que son periodos normales de la adolescencia, que cada uno los vivió en su época y que no por esto se deja de valorar la familia, como se confirma en el estudio del CIS (1997); Palacios, Hidalgo y Moreno (1998) y Noller (1994). (17)

Cierto es que la escuela es un agente de primer orden, pues su finalidad es educar al individuo de una manera formal y organizada, con el fin de que adquiera nuevas pautas culturales no suministradas por los agentes anteriores (padres, familia, sociedad en general, de acuerdo con su contexto) y donde se va a inculcar al niño unos valores y normas aceptadas en general por toda la sociedad. Estas características hacen de la educación formal, un proceso de socialización fundamentado básicamente en el conformismo social, donde el profesor es un agente de socialización que inhibe o estimula determinados comportamientos y transmite los contenidos considerados importantes, como afirman Paterna, Martínez & Vera (2003). (18)

De las bases que hayan obtenido en sus hogares, una vez lleguen a los centros educativos y los adolescentes se integran en nuevos grupos sociales (grupos de iguales o de pares) y experimentan nuevas relaciones con figuras de autoridad social (profesores), tendrán la posibilidad de alcanzar un logro personal socialmente reconocido. Por lo tanto, no es de extrañar que exista un notable consenso entre los investigadores acerca de la relevancia del centro escolar como un contexto que tiene un impacto crucial sobre el desarrollo de conductas tanto adaptadas como desadaptadas en el adolescente. (18)

La importancia de la formación en el núcleo familiar y educativo lo reconocen los estudios que utilizan medidas multidimensionales, porque cuando se dan resultados consistentes se dice que se afirma el papel protector del autoconcepto familiar y académico frente al consumo de sustancias (19), de ahí la importancia de actuar de manera conjunta los padres y maestros.

Las variables familiares han sido tenidas en cuenta al momento de hablar sobre autoconcepto y autoestima, cuando se habla de la integración familiar, el ambiente familiar y la cohesión familiar, el funcionamiento familiar (que posee mayor capacidad predictiva sobre la autoestima del adolescente), y sus pares, ya que los adolescentes tienden a integrarse en grupos con similares intereses. Sin embargo, son dos los aspectos del ámbito familiar con los que se han relacionado sistemáticamente, con la autoestima de los hijos: la importancia del apego con el cuidador principal y los estilos de socialización parental. (19)

Según los estudios revisados que han utilizado medidas unidimensionales, se llegue a la conclusión que un bajo autoconcepto está relacionado con altos niveles de consumo, mientras que otros no encuentran relación; y otros afirman que un alto autoconcepto está asociado a altos niveles de consumo. (19)

Otros autores han sugerido que una actitud de evitación de riesgos por parte del adolescente está asociado a una menor incidencia de problemas de conducta, pero que, al mismo tiempo, esta actitud puede llevar a un desarrollo deficitario de algunas áreas como el logro de la identidad personal y el autoconcepto, (19) indicando que posiblemente no es llevar a fomentar situaciones donde el estudiante se encuentre en situación de riesgo, sino fortalecer su autoconcepto para que aprenda a salir adelante, enfrentando situaciones de peligro para ser aceptados en determinados grupos sociales, una de estas circunstancias a las que se ven abocados es el consumo de sustancias psicoactivas de origen natural o sintético que tienen la capacidad de afectarles el sistema nervioso central, causándoles cambios en sus funciones, estados anímicos o alterares sus percepciones. La **inducción** está a cargo de sus mismos “amigos”, quienes no consideran en el daño que les hacen porque una vez iniciados en el uso de las drogas les pueden crear adicciones difíciles de superar y que afectan su vida, llevándolos al **consumo** catalogado como un acto voluntario de ingerir una sustancia psicoactiva, con cierta frecuencia, lo que le afecta sus procesos naturales de inteligencia, voluntad, afectividad y percepción.

Se deduce entonces que cada etapa marca unas características especiales, por ejemplo en la adolescencia inicial es cuando se producen los mayores cambios de tipo biológico y físico; en la adolescencia media vienen los cambios de

ánimo bruscos y frecuentes; se preocupan más por la imagen que tengan de ellos sus pares, y en la adolescencia tardía aumenta el riesgo de conductas desadaptativas, tales como el consumo de drogas, conductas agresivas, la conducción temeraria o las conductas sexuales de riesgo. (19) Cada una de estas etapas son de cuidado en su desarrollo por lo que debe darse el ejemplo a seguir por parte de sus padres, cuidador, docentes y demás personas suficientemente estructuradas para que les sirvan de guías.

4.3 MARCO INVESTIGATIVO

4.3.1 Saravia, Gutiérrez y Hans (2014), establecieron la relación entre factores demográficos, escolares, familiares y sociales, y el inicio de consumo de drogas ilegales en escolares peruanos. De acuerdo con los resultados, el entorno social y familiar juega un rol importante en el consumo de drogas ilegales. Por lo que recomendaron que en ese sentido, sería importante diseñar políticas públicas que puntualicen la promoción de vecindarios y entornos familiares saludables. (20)

4.3.2. Grigoravicius, Pandolfi, Poultier y Cella (2013), revelaron la existencia de una relación entre las expectativas positivas hacia el alcohol y el consumo efectivo en niños menores de 12 años. Se registra una diferencia entre las actitudes frente al consumo de drogas legales e ilegales: frente a las sustancias ilegales los niños se muestran mucho más inflexibles, y expresan mayor rechazo que frente a las sustancias legales como el alcohol, e incluso los psicofármacos. (21)

4.3.3 Toro (2013) revela que el aprendizaje educativo en los individuos, es una capacidad innata de la persona y se desarrolla oportunamente si no hay obstáculos. Finalmente se concluye que toda la comunidad educativa deben participar en la prevención de factores de riesgo y fortalecer los factores protectores para un desarrollo integral de los jóvenes. (22)

4.3.4 Díaz & Amaya (2012) obtuvieron como resultados que los adolescentes inician el consumo de tabaco a los 12 años y otros tipos de drogas a los 13 años de edad. Los adolescentes caracterizaron a nivel grupal y colectivo hacia el bajo riesgo en los factores familiares, individuales y ambientales. Pero en este bajo riesgo, los hombres y mujeres consumidores de drogas reportaron mayor problema que los no consumidores. Los hallazgos justifican que enfermería debe trabajar en esta población escolar a nivel preventivo, con programas que sean específicos a los riesgos familiares, individuales y ambientales detectados en hombres y mujeres de Minatitlán. (23)

4.3.5 Grigoravicius, Bradichansky & Nigro (2012) se registró una importante proporción de consumo ocasional de sustancias psicoactivas en niños y niñas entre 8 y 12 años, siendo el alcohol la sustancia de mayor consumo. (21)

4.3.6 Para Paniagua, González & Rueda (2012) las bebidas alcohólicas y el cigarrillo son las sustancias psicoactivas de mayor consumo por parte de los adolescentes. Siete de cada 10 adolescentes consumen sustancias psicoactivas por curiosidad en la primera vez. Con relación a los consumidores de sustancias psicoactivas: Uno de cada cinco adolescentes depende de las bebidas alcohólicas o el cigarrillo o de la marihuana. Uno de cada cuatro adolescentes ha estado en tratamiento para dejar la cocaína. Uno de cada 10 adolescentes ha estado en tratamiento para dejar de consumir marihuana en la zona noroccidental de Medellín. (24)

4.3.7 El Estado Colombiano, con el apoyo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, la Organización de los Estados Americanos (OEA) y la Embajada de los EE.UU, demostraron que los programas de prevención deberían iniciarse entre los estudiantes de 12 años o menos o a partir del quinto grado. En la medida que mejora la percepción que tiene el estudiante adolescente respecto de “cuánto más o cuánto menos” están involucrados sus padres en sus vidas, disminuye o aumenta el uso de sustancias psicoactivas, contrarrestando la influencia que puedan ejercer los pares para el uso de sustancias psicoactivas. (2)

4.3.8 Rodríguez & Ovejero (2010), a partir de su modelo etiológico se concluye que el consumo juvenil de drogas está determinado por la interrelación de variables personales, familiares, escolares y psicosociales. (25)

4.3.9 Villarreal-González, Sánchez-Sosa, Musitu & Varela (2010), mostraron que el apoyo social comunitario y el funcionamiento familiar se relacionaban con el consumo de alcohol de forma indirecta; observaron una relación positiva y significativa entre funcionamiento familiar y el apoyo social comunitario. (7)

4.3.10 El Ministerio del Interior y de Justicia, Ministerio de la Protección Social y Dirección Social y Dirección Nacional de Estupefacientes (2009) determinaron que la marihuana es la droga ilícita de mayor consumo en Colombia, este estudio revela que un 2,3% declara haber usado marihuana al menos una vez durante el último año. El mayor consumo se observa entre los jóvenes de 18 a 25 años con un 5%, seguido del grupo 26 a 34 años (3,2%) y el de 12 a 17 años (2,7%), siendo más frecuente en el estrato 4 con un 3,3%, el 72% de los encuestados percibe un gran riesgo al “probar marihuana una o dos veces”. (26)

4.3.11 Varela; Salazar; Cáceres y Tovar (2007), los resultados muestran que la marihuana es la droga de mayor consumo; y que existe una fuerte asociación entre el consumo de las cuatro SPA ilegales (marihuana, opiáceos, cocaína y éxtasis). (27)

4.3.12 Moral (2007), encontró que en un fenómeno como el de la experimentación juvenil con sustancias psicoactivas se requiere adoptar un posicionamiento desde el que se aborden factores etiológicos interrelacionados mediante los que se posibilite un análisis integrador. (25)

4.3.13 Martínez; Amaya; Campillo; Rueda; Campo y Díaz (2007), encontrando que el consumo de sustancias de inhalantes y tranquilizantes se incrementó en forma importante en los últimos años. El consumo de éxtasis alcanzó una cifra significativa. (28)

4.3.14 Camacho (2005) encontró que se consumen más SPA por: conocimiento de SPA, consumo en amigos, exposición a SPA, iniciativa propia, invitación de un amigo, dificultades familiares. Y se dejan de consumir por no sentir atracción y considerarlo perjudicial para la salud. (29)

4.3.15 López; Vilarino, Torrico & Rodríguez (2002), indican una elevada incidencia en el consumo de alcohol y cannabis, mientras que el consumo del resto de drogas (cocaína, éxtasis, alucinógenos, tranquilizantes e hipnóticos) es prácticamente inapreciable. Se discuten las implicaciones de los hallazgos obtenidos para el desarrollo de programas de prevención. (30)

4.4 MARCO LEGAL

Tabla 1. Normatividad para la protección de los niños, niñas y adolescentes escolarizados en Colombia, relacionado con su protección para la prevención de consumo de SPA.

Norma	Objeto
Organización Mundial de la Salud (O. M. S.) Plan de Acción sobre la Salud Mental 2010 - 2020	Objetivo 3: “Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental” . Objetivo 4: “Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental” .

Constitución Política de Colombia	En su Artículo 44, promueve en Colombia como Estado Social de Derecho la protección a los niños, niñas y adolescentes con el fin de garantizar un bienestar óptimo en su desarrollo social, personal, familiar y educativo. Además, realiza acciones en Atención Primaria en Salud. ARTICULO 52, el ejercicio del deporte, sus manifestaciones recreativas, competitivas y autóctonas tienen como función la formación integral de las personas, preservar y desarrollar una mejor salud en el ser humano.
Ley 1616 de 2013	"Primera Ley en Salud Mental en Colombia". La cual vela por una Atención Integral en Salud Mental a la Población Colombiana (niños, niñas y adolescentes) y la Prevención de trastornos mentales, evidenciados especialmente en: Título III. Artículo 7, 8. Capítulo 5. Artículo 23,24 y 25.
Ley 1566 de 2012	Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional Entidad Comprometida con la Prevención del Consumo, Abuso y Adicción a Sustancias Psicoactivas.
Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021	Busca lograr la equidad en salud y el desarrollo humano de todos los colombianos y colombianas mediante ocho dimensiones prioritarias y dos transversales, que representan aquellos aspectos fundamentales que por su magnitud o importancia se deben intervenir, preservar o mejorar, para garantizar la salud y el bienestar de todos los colombianos, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otra situación diferencial.
Ley 1438 de 2011	Atención Primaria en Salud (APS), es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se hará mayor énfasis en: Capítulo III. Artículos 12, 13, 15, 17 y 21.
Resolución 412/2000	La actualización de la Guía de detección temprana de las alteraciones del joven de 10 a 29 años, originando una herramienta que permite la atención integral de la población joven del país. Debe identificar, clasificar e intervenir en factores de riesgo relacionados con el comportamiento y el medio ambiente.
Políticas a nivel departamental y local	Reducción del consumo de SPA.

5. METODOLOGÍA

5.1 METODOLOGÍA PROPUESTA

Se trata de una investigación cuantitativa, del tipo de estudio observacional descriptivo de corte transversal, llevado a cabo por la Universidad de los Llanos, Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Enfermería, en una institución educativa del municipio de Puerto Gaitán (Meta), bajo la dirección de la enfermera Magister Mónica Rosaura García Baquero y una estudiante de pregrado del Programa de Enfermería, en la modalidad de trabajo de grado E. P. I

5.2 CONTEXTUALIZACIÓN GEOGRÁFICA

5.2.1 Municipio de Puerto Gaitán. El municipio de Puerto Gaitán se extiende sobre una superficie de 1.749.200 hectáreas de relieve ondulado a fuertemente ondulado, con alturas que sobrepasan los 150 metros sobre el nivel del mar, localizado dentro de las coordenadas geográficas: latitud Norte; 3° 05' y 4° 08' y longitud Oeste 71° 05' y 72° 30', con pisos térmicos caracterizados por un clima cálido (ocho meses de invierno y cuatro meses de verano).

Figura 1. Ubicación geográfica del municipio de Puerto Gaitán, en el departamento del Meta y Colombia.



Fuente: Alcaldía de Puerto Gaitán (Meta). Nuestro municipio en el país. (Sin fecha actualizado; acceso el 29 de marzo del 2016] Disponible en http://puertogaitan-meta.gov.co/mapas_municipio.shtml?apc=bcxx-1-&x=2176695.

Sus límites naturales son: al Norte con el río Meta, que lo separa del departamento de Casanare; por el Sur con el municipio de Mapiripán, a través del río Iteviare; por el Occidente linda con el municipio de San Martín (río Manacacías en medio) y con el municipio de Puerto López (río Manacacías y Yucao en medio); y, por el Oriente con el departamento del Vichada.

5.2.2 Institución Educativa. En entrevista con la Psicóloga de la Institución Educativa (31), se conoció la siguiente información:

La Institución fue creada mediante Ordenanza número 022 del 22 de noviembre de 1966; inició labores como tal a partir del año 1977 debido a la falta de estudiantes y de una planta física adecuada, a pesar de esto funcionó en las dependencias de la parroquia San José Obrero. Su primera rectora fue la licenciada Nelly Reyes Arciniegas, sus primeros docentes Luis Carlos Banco y Luis Alfredo Angarita, secretario Benjamín Rivas (q. e. p. d.); a partir del año 1979 asume la rectoría la licenciada Inés Triviño, aumenta la planta docente con José Antonio Mosquera, Belarmino Salamanca, Jaime Duque, como celador Evangelista Sánchez, aseo Simona Olivo, pagadora Graciela Echeverry (q. e. p. d). A partir de 1980 es nombrada como bibliotecaria Rosa Herminda Romero C.

En febrero del año 1981 el nuevo rector del Colegio es el licenciado Augusto Céspedes Acosta ante la renuncia de la rectora Inés Triviño. La Institución funcionó en unas dependencias que no eran adecuadas, con apenas dos salones para cuatro cursos. Esta necesidad hizo que tanto el Rector como la comunidad educativa se fijará como meta la construcción de una planta física adecuada. A falta de recursos económicos se realizaron: rifas, donaciones, bazares, trabajos en comunidad, etc., y es así como en diciembre de 1981 se inicia la construcción de la primera aula de clases en el terreno que para tal fin donó la Administración Municipal.

A pesar de la motivación es apenas en el año 1986 cuando ya se tenían construidas cinco aulas y es entonces cuando se traslada la Institución para la nueva dependencia. A partir de este momento empieza a llegar ayudas del Departamento y de la Nación para seguir ampliando y completando la planta física, se construyeron más aulas, espacio para biblioteca, cafetería, sala de profesores, laboratorio químico y física, entre otros.

En el año 1980 se gradúa la primera promoción de bachilleres académicos. En este 2016 el Colegio se divide quedando dos sedes. La sede escogida para esta

investigación se encuentra ubicada en el barrio Alto Manacacias, avenida principal y es de carácter público.

Tabla 2. Población estudiantil de la Institución Educativa del Puerto Gaitán (Meta), 2016.

Jornada	Grado	Grupos	Estudiantes
Mañana	2	3	220
Mañana	3	4	132
Mañana	4	2	62
Mañana	5	1	37
Tarde	4	2	47
Tarde	5	2	70
Total			568

Fuente: MORENO, M. Psicóloga. Información sobre la institución educativa. Puerto Gaitán, 1 de marzo 2016.

5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

El universo estuvo dado por 1.853 adolescentes escolarizados de dos colegios públicos de Básica Primaria y Básica Secundaria (6° a 9°) y de Educación Media (10° y 11°) del municipio de Puerto Gaitán (Meta), de los cuales 568 son estudiantes de la sede en rango de edad de 9 años y más, la muestra es de 200 estudiantes.

El muestreo fue no probabilístico, voluntario, recogido a prorrata en cada nivel. El tamaño muestral fue de 86 adolescentes escolarizados pertenecientes a la Institución Educativa a quienes se les aplicaron los instrumentos, (margen de error 5%, un nivel de confianza 95%, con un nivel de heterogeneidad del 50%).

Por ser un estudio cualitativo, a las variables se les aplicaron medidas de estadística descriptiva, con uso de distribuciones de frecuencia, porcentajes, cruces de variables y gráficos apropiados que reflejan las situaciones que se quieren mostrar.

Se hizo un desplazamiento de parte de la investigadora Directora EPI para realizar la visita institucional y sensibilización de la investigación. Después el muestreo se

completó en tres desplazamientos a la Institución Educativa por parte de la Estudiante E. P. I. y la investigadora.

5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Adolescentes escolarizados de Básica Primaria de la Institución Educativa, del área zona urbana del municipio de Puerto Gaitán (Meta), con edades entre 9 a 14 años, previa reunión con padres de familia o tutor legal.

5.5 VARIABLES

Acorde con los objetivos planteados se proyectó estudiar las siguientes variables:

5.5.1 Variables sociodemográficas.

- Edad.
- Sexo.
- Procedencia.
- Sede del Colegio.
- Grado de Escolaridad.
- Estrato Social.

5.5.2 Variables de Consumo de SPA.

- Tabaco o cigarrillo.
- Alcohol etílico: en cualquiera de sus formas (cerveza, vino, aguardiente, ron, whisky, etc.).
- Estimulantes (como Ritalín, Cidrín, etc.).
- Tranquilizantes (Rivotril, Roche, Rophynol, Xanax, Valium, etc.).
- Marihuana.
- Cocaína.
- Bazuco.
- Alucinógenos (LSD, hongos, yagé, cacao sabanero, etc.).
- Heroína.
- Éxtasis.
- Inhalables (pegantes, solventes volátiles, pinturas).
- Popper.

- Dick (Ladys12 – Fragancia).
- Otras.

Consumo: Se entendió como consumo el uso de las sustancias lícitas e ilícitas anteriormente indicadas, una o más veces en un período de tiempo específico; en particular los siguientes:

- Consumo en el último mes o consumo actual: la persona declaró haber usado determinada sustancia una o más veces durante los últimos 30 días.
- Consumo en el último año o consumo reciente: la persona declaró haber usado determinada sustancia una o más veces durante los últimos 12 meses.
- Consumo alguna vez en la vida: la persona declaró que ha usado determinada sustancia una o más veces en cualquier período de su vida.
- Incidencia año: la persona declaró haber consumido por primera vez determinada sustancia durante el último año previo al estudio.
- Incidencia mes: la persona declara haber consumido por primera vez determinada sustancia durante el último mes previo al estudio.

5.6 INDICADORES DE CONSUMO

A partir de las variables anteriores, se construyeron los siguientes indicadores:

- Prevalencia de consumo alguna vez en la vida: Proporción de personas que consumieron una determinada sustancia alguna vez en la vida.
- Prevalencia de último año: Proporción de personas que consumieron una determinada sustancia alguna vez en los últimos 12 meses.
- Prevalencia de último mes (consumo reciente): Proporción de personas que consumieron una determinada sustancia alguna vez durante el último mes.

5.7 AUTOCONCEPTO

- Autoconcepto académico (seis ítems): se refiere a la percepción que el individuo tiene de la calidad del rol como estudiante. Esta dimensión tiene correlación con el ajuste psicosocial, el rendimiento escolar, calidad de sus

quehaceres académicos, aceptación y estima de sus compañeros, liderazgo y responsabilidad y negativamente con el absentismo académico y el conflicto.

- Autoconcepto social (seis ítems): percibido como la apreciación que un individuo realiza sobre su red social, esta red se configuró por los nexos de lazos interpersonales que unen al individuo con familia, amigos y otros individuos los cuales se proveen un tipo de soporte.
- Autoconcepto emocional (seis ítems): relacionados con su estado emocional y de sus respuestas a situaciones específicas, con cierto grado de compromiso e implicación a la vida cotidiana. Sentimientos positivos y felicidad. Reacciones emocionales negativas. Frases autodirigidas. Los demás como modelo de Autocontrol.
- Autoconcepto familiar (seis ítems): percepción que tiene el individuo de su participación, implicación e integración con el medio familiar, el respeto mutuo y convivencia. Comunicación y negociación. Colaboración en los quehaceres y Adquisición de compromisos.
- Autoconcepto físico (seis ítems): percepción del individuo relacionado como aquella imagen corporal que se tiene de sí mismo, modelos de belleza, destreza física. Alimentación e higiene. Limitaciones y posibilidades.

5.8 INSTRUMENTOS

Se utilizaron dos instrumentos así:

- Instrumento diseñado por la CICAD/O.E.A con metodología SIDUC., para el manejo de SPA. Instrumento aprobado y validado en el 2011.
- Instrumento Cuestionario AF5 de García y Musitu (1999) (32), para el manejo del autoconcepto. Autorizado por el autor.

Dichos instrumentos se aplicaron en forma autoadministrada por el equipo de investigación, con un tiempo promedio de 20 minutos por cada participante. Y el consentimiento informado firmado por los padres, por ser menores de edad los estudiantes escolarizados.

5.9 PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS

Con los datos obtenidos se construyó una base de datos en Microsoft Excel (licencia estándar), para el análisis bivariado y para el correlacional se usó SPSS licenciado por la Universidad de los Llanos. Las tablas de contingencia se corrieron bajo Epidat 3.1 (distribución libre).

5.10 CONSIDERACIONES ÉTICA

Acorde con la Resolución 8430 de 1993 emanada del Ministerio de Salud de Colombia, artículo 11, literal a) se trató de una investigación de bajo riesgo. Se tomó consentimiento informado a los padres o tutores de los menores de edad. En él se garantizó el anonimato de los participantes y la confidencialidad de los datos. La investigadora garantiza que la información será retroalimentada a las autoridades de la Institución Educativa y a la Secretaría Departamental y que bajo el aspecto de la confidencialidad absoluta será enviada para publicación en una revista indexada.

6. RESULTADOS

A continuación se muestra los resultados obtenidos en una escuela en donde se realizó el estudio “Factores de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas y el manejo del autoconcepto en adolescentes escolarizados.

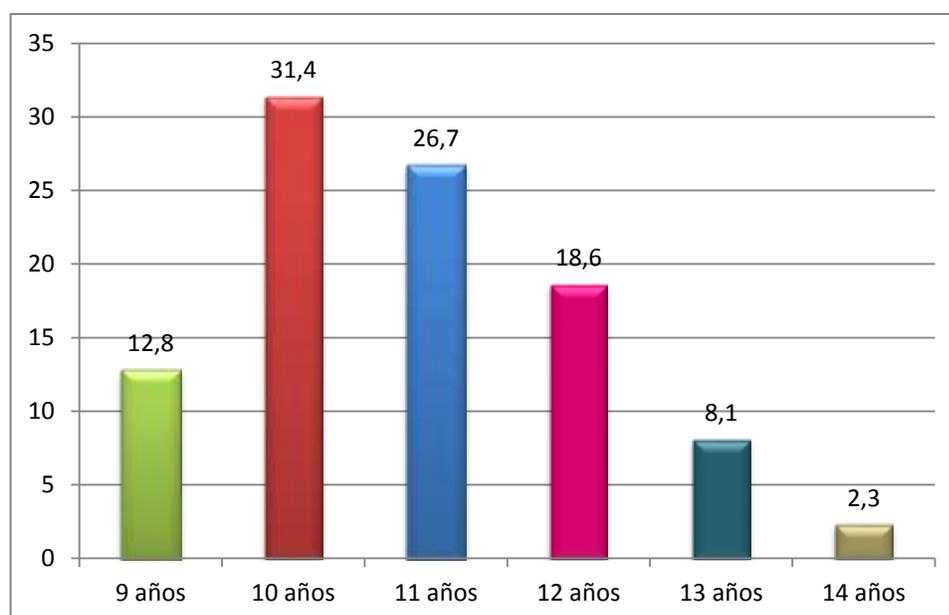
6.1 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Tabla 3. Edad de los estudiantes participantes.

Edad		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	9	11	12,8	12,8	12,8
	10	27	31,4	31,4	44,2
	11	23	26,7	26,7	70,9
	12	16	18,6	18,6	89,5
	13	7	8,1	8,1	97,7
	14	2	2,3	2,3	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia.

Figura 2. Edad de los estudiantes participantes.



Fuente: elaboración propia.

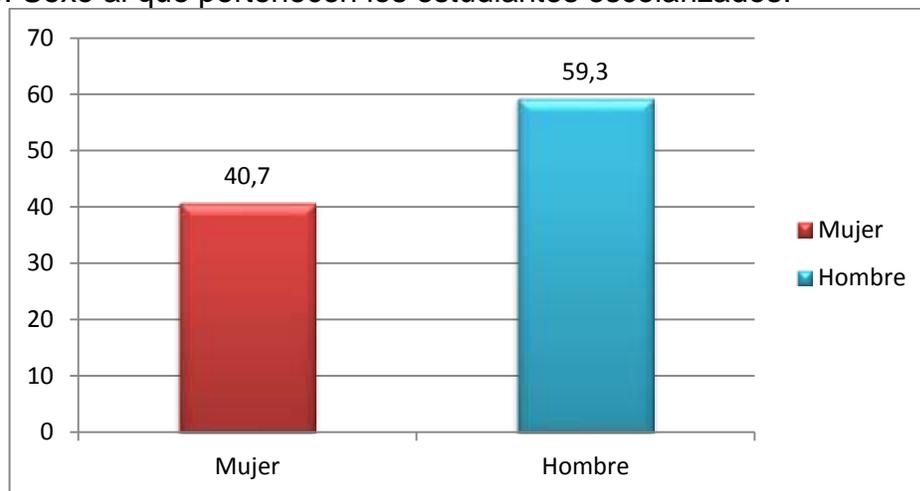
Inicialmente se quiso identificar las edades y porcentajes correspondientes a cada una, obteniendo como puede observarse en la Tabla 3 que éstas oscilan entre los 9 y 14 años, perteneciéndole el mayor porcentaje, 31,4% a los adolescentes que se encuentran matriculados para el año lectivo 2016 y tienen 10 años de edad y el menor porcentaje de 2,3% quienes tienen 14 años. (Ver Tabla 3, Figura 2)

Tabla 4. Sexo al que pertenecen los Adolescentes Escolarizados.

	Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mujer	35	40,7	40,7	40,7
	Hombre	51	59,3	59,3	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia.

Figura 3. Sexo al que pertenecen los estudiantes escolarizados.



Fuente: elaboración propia.

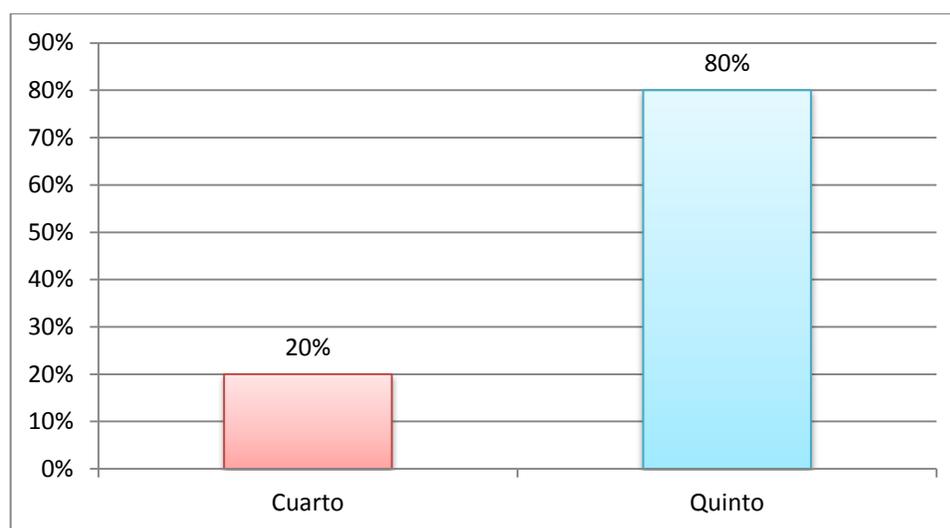
Al clasificar los Adolescentes Escolarizados de la Institución Educativa para el año 2016, de acuerdo con el sexo al que pertenecen se encontró que al que le corresponde una mayor frecuencia es a los hombres con un 59,3%; quedando en segundo lugar las mujeres con el 40,7%. (Ver Tabla 4, Figura 3)

Tabla 5. Grado Escolar al que pertenece el estudiante.

	Grado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Cuarto	20	20,0	20,0	20,0
	Quinto	80	80	80,0	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia.

Figura 4. Grado Escolar



Fuente: elaboración propia.

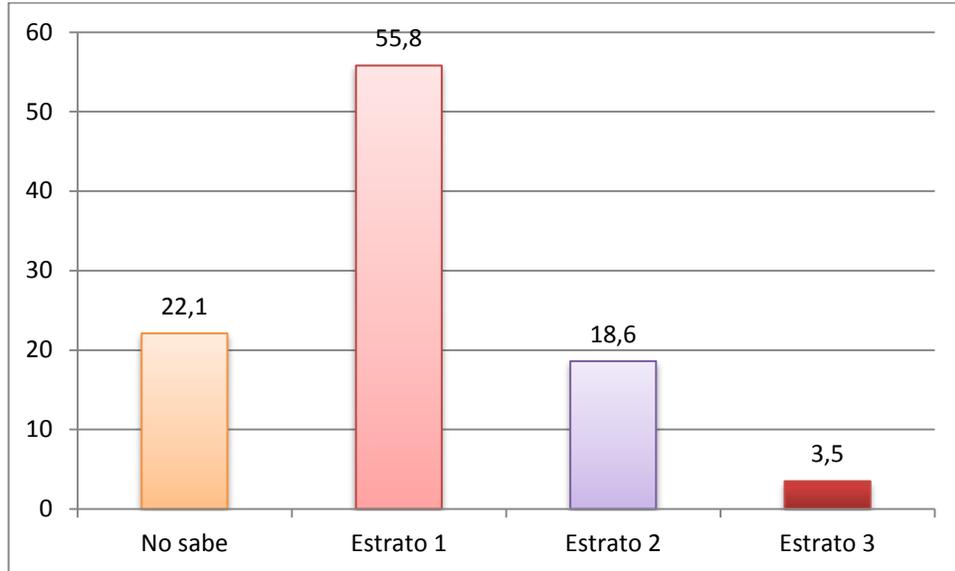
La Tabla 5 y la Figura 4 indican que el mayor número de estudiantes escolarizados que tomaron parte en esta encuesta pertenecen al grado quinto con un 80%, mientras que el restante 20% son del grado cuarto. Esta situación obedeció a que en el grado quinto se encuentran los estudiantes con más edad, con rangos de edad entre los 9 y 14 años.

Tabla 6. Estrato social al que pertenecen.

	Estrato	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No sabe	19	22,1	22,1	22,1
	1	48	55,8	55,8	77,9
	2	16	18,6	18,6	96,5
	3	3	3,5	3,5	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia.

Figura 5. Estrato social al que pertenecen.



Fuente: elaboración propia.

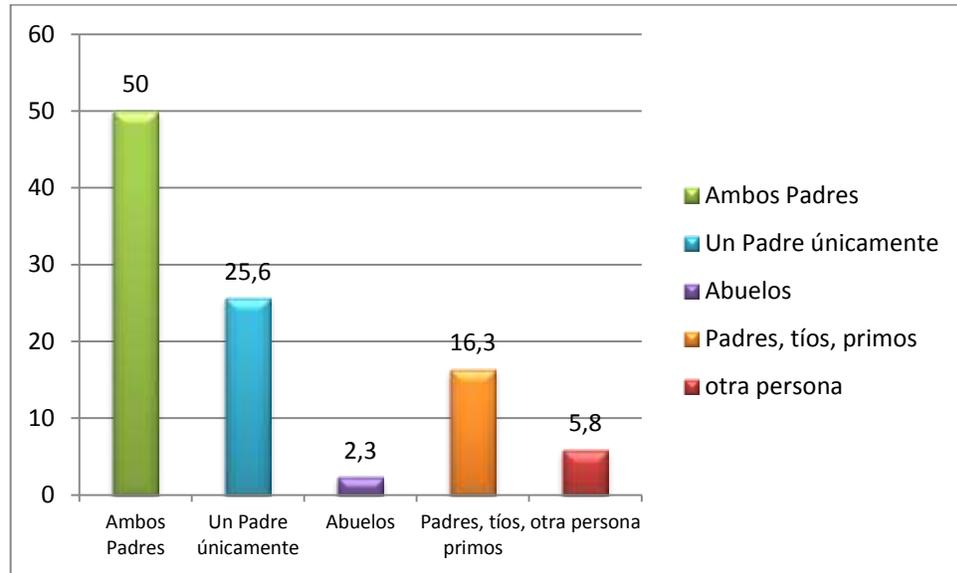
En la Tabla 6 y Figura 5 se da a conocer el estrato social del que proceden los estudiantes escolarizados, siendo el Estrato 1 al que pertenece el mayor porcentaje con un 55,8% y un pequeño porcentaje correspondiente al 3,5% de población que viven en estrato 3.

Tabla 7. Persona con quien vive.

Con quién vive		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ambos Padres	43	50,0	50,0	50,0
	Un Padre únicamente	22	25,6	25,6	75,6
	Abuelos	2	2,3	2,3	77,9
	Padres, tíos, primos	14	16,3	16,3	94,2
	otra persona	5	5,8	5,8	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia.

Figura 6. Persona con quien vive.



Fuente: elaboración propia.

Al preguntarles que con quién viven, se pudo identificar que el mayor porcentaje, representado por el 50%, el 2,3% que vive con sus abuelos, como puede apreciarse en la Tabla 7 y Figura 6.

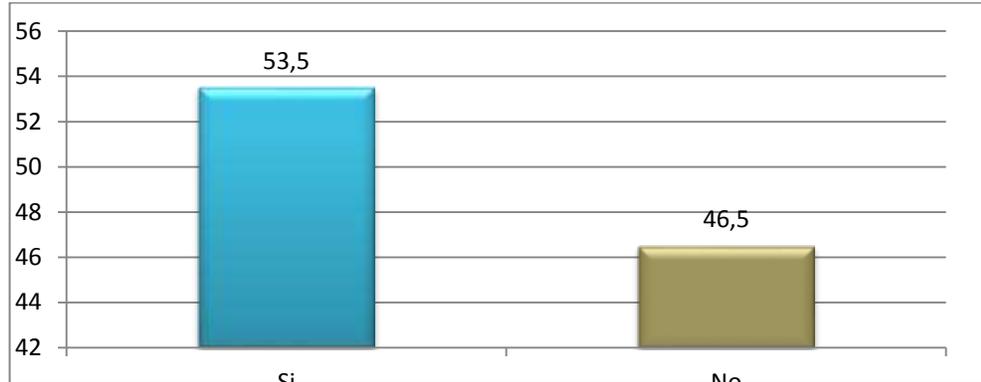
6.2 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CONSUMO DE SPA

Tabla 8. Ha consumido alguna Sustancia Psicoactiva.

Ha consumido alguna SPA		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	46	53,5	53,5	53,5
	No	40	46,5	46,5	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia.

Figura 7. Ha consumido alguna Sustancia Psicoactiva.



Fuente: elaboración propia.

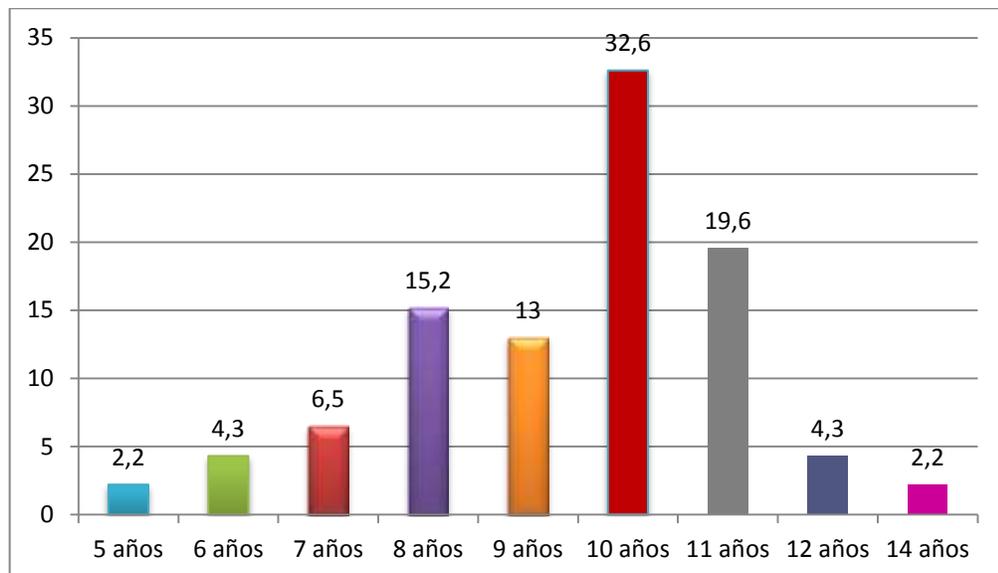
Al hacerles esta pregunta a los adolescentes escolarizados de la Institución Educativa, se encontró que el 53,5% respondió que Sí ha consumido alguna Sustancia Psicoactiva en su vida; mientras que el 46,5% manifestó que no ha realizado este tipo de consumo. (Ver Tabla 9, Figura 8)

Tabla 9. Edad que tenían cuando consumieron por primera vez sustancias psicoactivas.

	Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	5	1	1,2	2,2	2,2
	6	2	2,3	4,3	6,5
	7	3	3,5	6,5	13,0
	8	7	8,1	15,2	28,3
	9	6	7,0	13,0	41,3
	10	15	17,4	32,6	73,9
	11	9	10,5	19,6	93,5
	12	2	2,3	4,3	97,8
	14	1	1,2	2,2	100,0
	Total	46	53,5	100,0	
Perdidos	Sistema	40	46,5		
Total		86	100,0		

Fuente: elaboración propia.

Figura 8. Edad que tenían cuando consumió por primera vez las sustancias psicoactivas



Fuente: elaboración propia.

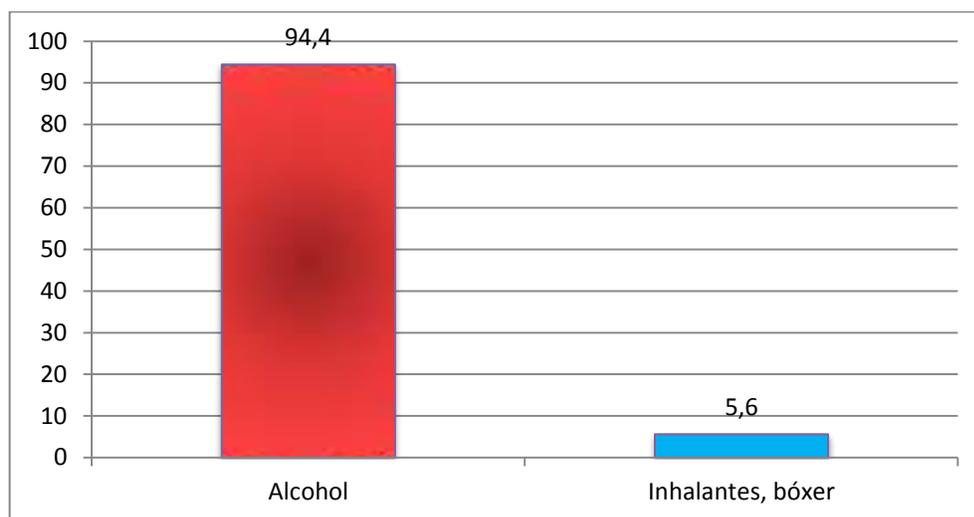
Los estudiantes respondieron en su mayoría que cuando consumieron por primera vez una Sustancia Psicoactiva fue 10 años con 32,6% y los que iniciaron el consumo a menor edad fueron los que respondieron que a los 5 años fue su primer consumo, en esta edad estuvo el 2,2% de los encuestados. (Ver Tabla 9, Figura 8)

Tabla 10. Consumo durante el último mes.

	SPA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alcohol	17	19,8	94,4	94,4
	Inhalantes, bóxer	1	1,2	5,6	100,0
	Total	18	20,9	100,0	
Perdidos	Sistema	68	79,1		
Total		86	100,0		

Fuente: elaboración propia.

Figura 9. Consumo durante el último mes.



Fuente: elaboración propia.

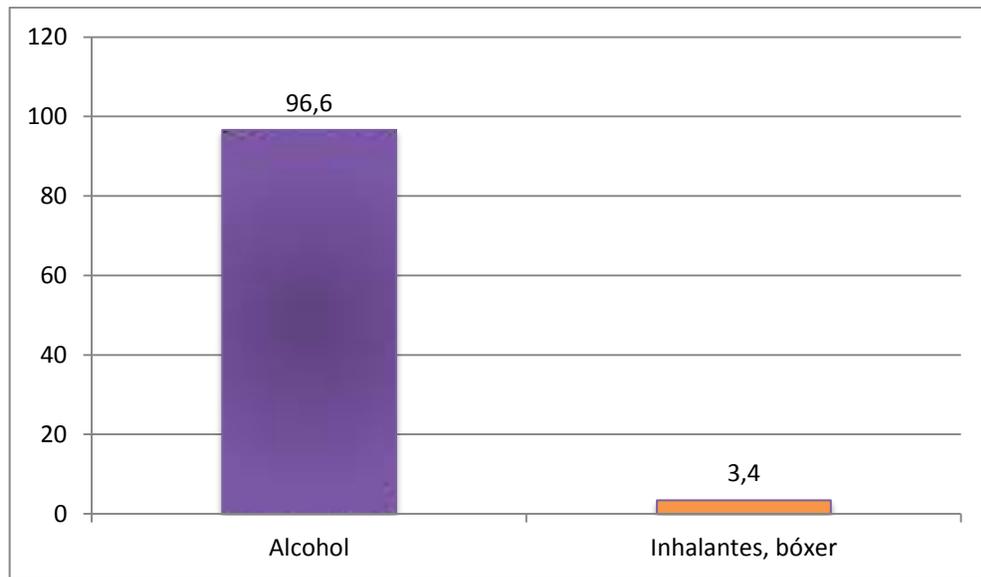
En la Tabla 10 y Figura 9, aparecen las respuestas relacionadas con el consumo de SPA en el último mes, que han tenido los adolescentes de la Institución Educativa, matriculados para el año lectivo 2016, donde se puede observar que el alcohol fue la sustancia más consumida con un porcentaje 94,4%, los inhalantes y el bóxer, por otro lado con un 5,6% de porcentaje fue la otra SPA que consumieron durante este último mes los encuestados. (Ver Tabla 10 y Figura 9)

Tabla 11. Consumo durante los últimos 12 meses.

SPA de mayor consumo		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alcohol	28	32,6	96,6	96,6
	Inhalantes, bóxer	1	1,2	3,4	100,0
	Total	29	33,7	100,0	
Perdidos	Sistema	57	66,3		
Total		86	100,0		

Fuente: elaboración propia.

Figura 10. Consumo durante los últimos 12 meses.



Fuente: elaboración propia.

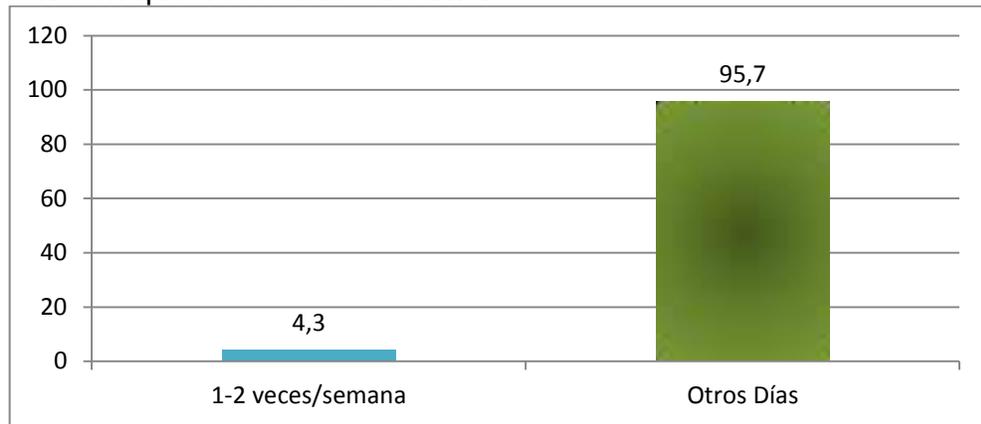
El consumo de alguna Sustancia Psicoactiva en los últimos doce meses, nos indica con un 33,7% que es el alcohol la sustancia de mayor consumo y se evidencia un porcentaje mínimo del 3,4% que han consumido Inhalantes y Bóxer durante estos últimos doce meses (1,2% real). (Ver Tabla 11)

Tabla 12. Con qué frecuencia consume.

		Periodo de tiempo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1-2 veces/semana		2	2,3	4,3	4,3
	Otros Días		44	51,2	95,7	100,0
	Total		46	53,5	100,0	
Perdidos	Sistema		40	46,5		
Total			86	100,0		

Fuente: elaboración propia.

Figura 11. Con qué frecuencia consume.



Fuente: elaboración propia.

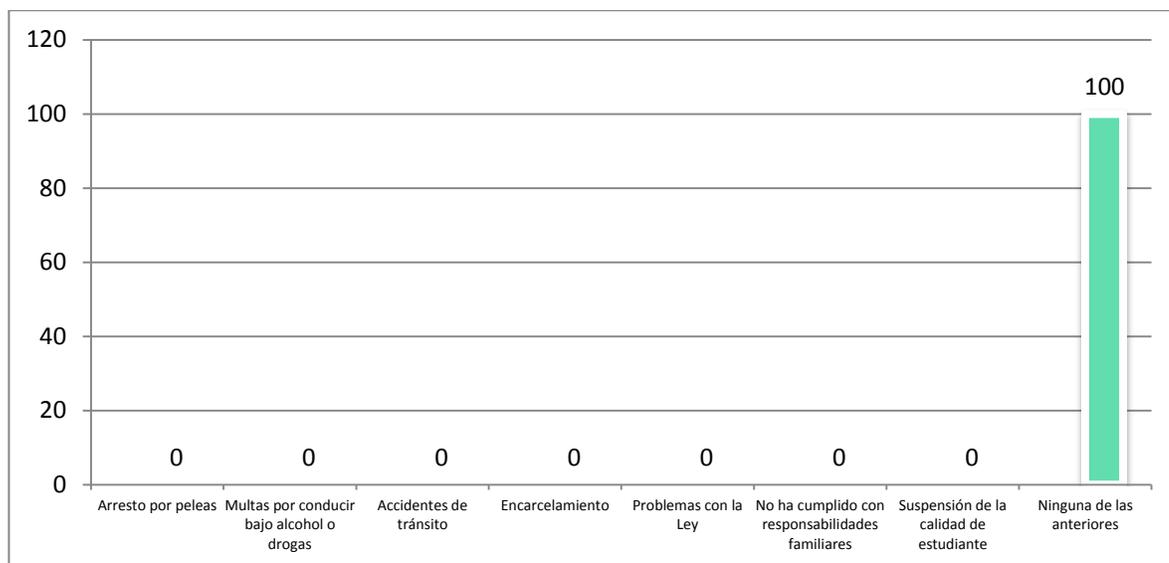
En esta pregunta los estudiantes nos dan a conocer con un 95,7% que los estudiantes que consumen lo hacen en otro días preguntados en la encuesta, lo cual nos da a entender que no tienen un patrón de consumo y el 4,3% consumen entre 1 – 2 veces por semana, (ver Tabla 12 y Figura 11).

Tabla 13 Cuál de las siguientes situaciones ha experimentado debido al uso de Sustancias Psicoactivas.

Situación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Arresto por peleas	0	0	0	0
Multas por conducir bajo efectos del alcohol o de drogas	0	0	0	0
Accidentes de tránsito	0	0	0	0
Encarcelamiento.	0	0	0	0
Problemas con la ley	0	0	0	0
No ha cumplido con responsabilidades familiares	0	0	0	0
Suspensión de la calidad de estudiante	0	0	0	0
Válidos Ninguna de las Anteriores	46	53,5	100,0	100,0
Perdidos Sistema	40	46,5		
Total	86	100,0		

Fuente: elaboración propia.

Figura 12. Cuál de las siguientes situaciones ha experimentado debido al uso de Sustancias Psicoactivas.



Fuente: elaboración propia.

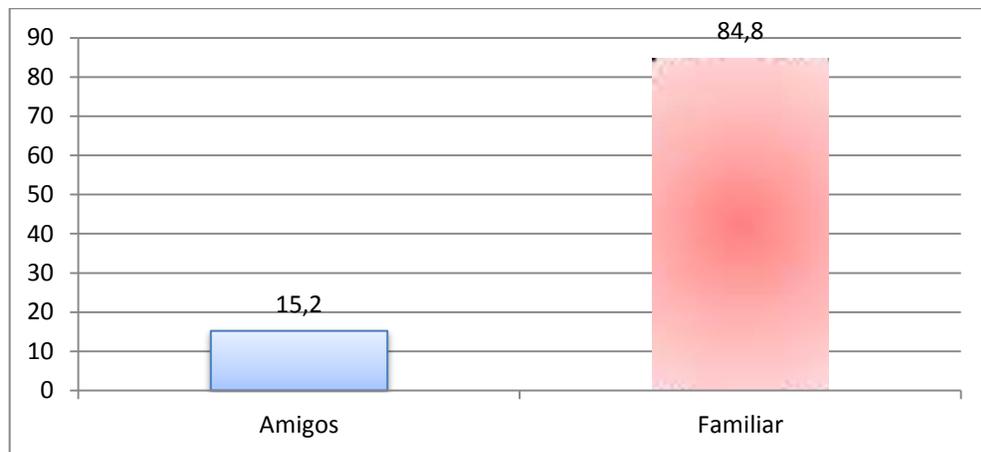
Al preguntarles a los estudiantes que han consumido alguna SPA si han tenido alguna situación por el uso de estas sustancias, como ser arrestados o no asistir a clase, el 100% respondió que no ha estado en ninguna de estas situaciones, (Tabla 13, Figura 12)

Tabla 14. La primera vez que uso alguna Sustancia Psicoactiva, en compañía de quién lo hizo.

Acompañante		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Amigos	7	8,1	15,2	15,2
	Familiar	39	45,3	84,8	100,0
	Total	46	53,5	100,0	
Perdidos	Sistema	40	46,5		
Total		86	100,0		

Fuente: elaboración propia.

Figura 13. La primera vez que uso Sustancia Psicoactiva en compañía de quién lo hizo.



Fuente: elaboración propia.

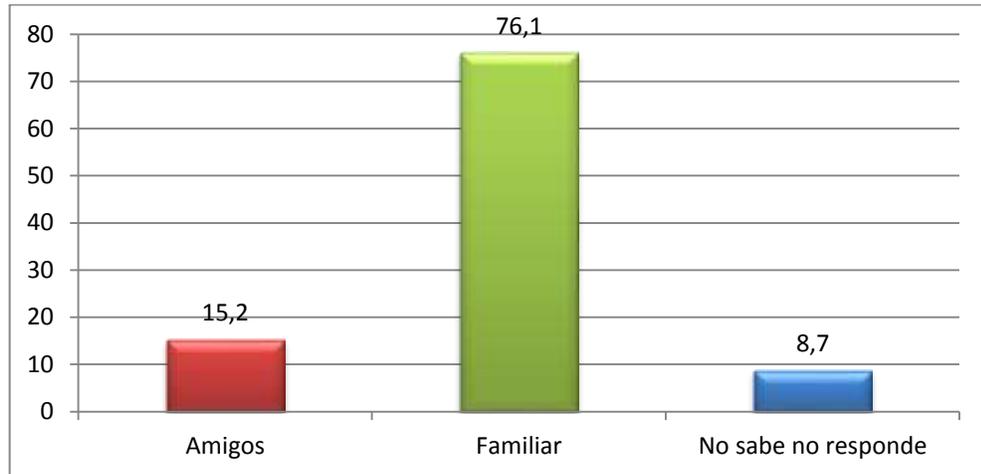
Los familiares fueron las personas con las que por primera vez los estudiantes consumieron alguna Sustancia Psicoactiva con un 84,8% (y un porcentaje menor dijo que esta primera vez de consumo lo realizaron con amigos, este fue el 15,2% (Ver Tabla 14, Figura 13)

Tabla 15. Habitualmente cuando usa Sustancias Psicoactivas, en compañía de quién lo hace.

Acompañante		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Amigos	7	8,1	15,2	15,2
	Familiar	35	40,7	76,1	91,3
	No sabe no responde	4	4,7	8,7	100,0
	Total	46	53,5	100,0	
Perdidos	Sistema	40	46,5		
Total		86	100,0		

Fuente: elaboración propia.

Figura 14. Habitualmente cuando usa SPA en compañía de quién lo hace.



Fuente: elaboración propia.

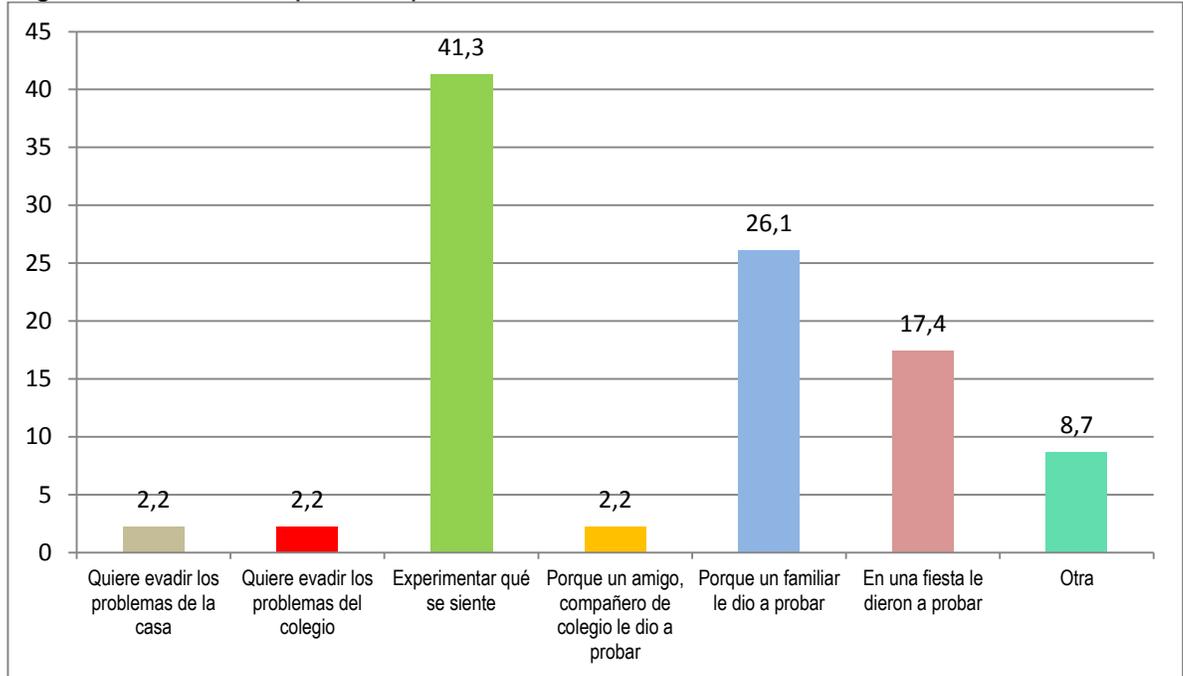
Al realizar esta pregunta se ofrecieron las mismas opciones del ítem anterior, obteniéndose como resultado, nuevamente es el familiar la persona con quien consume habitualmente las SPA el adolescente, con un 76,1%; seguido de los amigos con el 15,2% y un porcentaje menor que no sabe no responde del 8,7% (Ver Tabla 15, Figura 14)

Tabla 16. Razones por las que consume sustancias psicoactivas.

	Razón	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Quiere evadir los problemas de la casa	1	1,2	2,2	2,2
	Quiere evadir los problemas del colegio	1	1,2	2,2	4,3
	Experimentar qué se siente	19	22,1	41,3	45,7
	Porque un amigo, compañero de colegio le dio a probar	1	1,2	2,2	47,8
	Porque un familiar le dio a probar	12	14,0	26,1	73,9
	En una fiesta le dieron a probar	8	9,3	17,4	91,3
	Otra	4	4,7	8,7	100,0
	Total		46	53,5	100,0
Perdidos	Sistema	40	46,5		
Total		86	100,0		

Fuente: elaboración propia.

Figura 15. Razones por las que consume Sustancias Psicoactivas.



Fuente: elaboración propia.

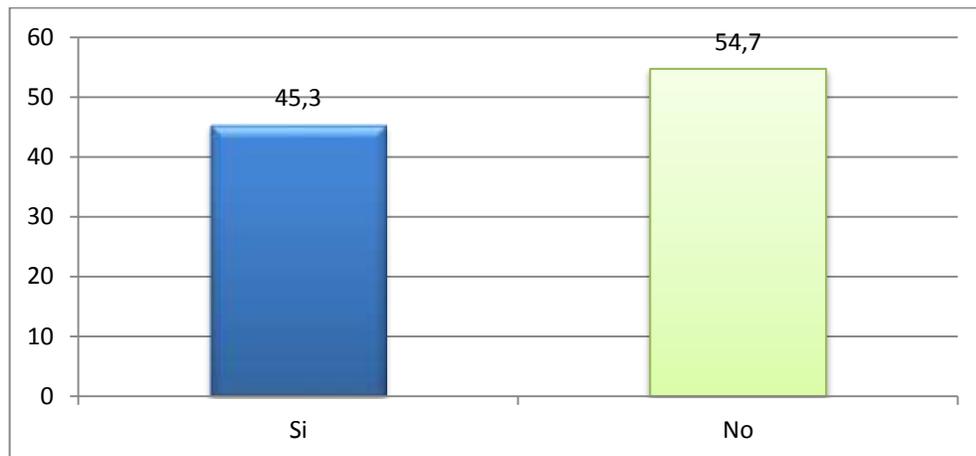
Con respecto a las razones por las que los adolescentes escolarizados de la Institución Educativa, consumen SPA, la que ocupa el primer lugar es la que hace referencia a “Experimentar qué se siente” con un 41,3% seguido de “Porque un familiar le dio a probar” el 26,1% siendo las respuestas más representativas durante en la encuesta en esta pregunta. (Ver Tabla 16, Figura 15)

Tabla 17. Tiene amigos o compañeros que usen Sustancias Psicoactivas

Ítem		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	39	45,3	45,3	45,3
	No	47	54,7	54,7	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia.

Figura 16. Tiene amigos o compañeros que usen Sustancias Psicoactivas.



Fuente: elaboración propia.

De acuerdo con las respuestas de los Adolescentes Escolarizados de la Institución Educativa, el 54,7% no tienen amigos o compañeros que consuman Sustancias Psicoactivas; mientras el 45,3% restante dio a conocer que sí tienen amigos o compañeros que las utilizan. (Ver Tabla 17)

6.3 AUTOCONCEPTO DE LOS ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS

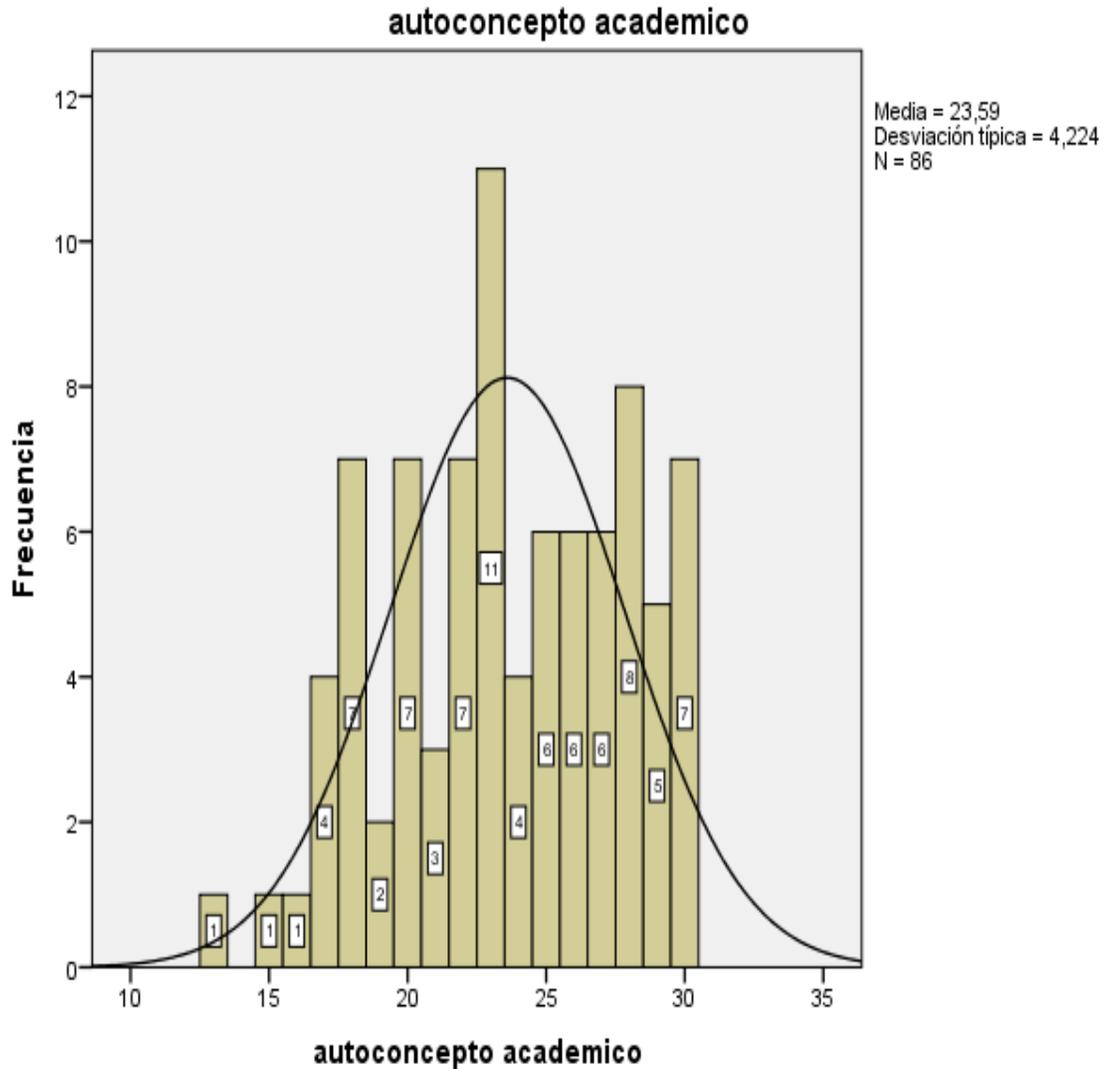
A continuación se presenta la información obtenida en cuanto al autoconcepto que tienen los Adolescentes Escolarizados de la Institución Educativa, frente a su familia, colegio, amigos y consigo mismo en su parte física, afectiva y de amor propio.

Tabla 18. Autoconcepto académico de los Adolescentes Escolarizados de la Institución, 2016.

	Autoconcepto académico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	13. Me asusto con facilidad	1	1,2	1,2	1,2
	15. Me considero elegante	1	1,2	1,2	2,3
	16. Mis profesores me estiman	1	1,2	1,2	3,5
	17. Soy una persona alegre	4	4,7	4,7	8,1
	18. Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso	7	8,1	8,1	16,3
	19. Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas	2	2,3	2,3	18,6
	20. Me gusta como soy físicamente	7	8,1	8,1	26,7
	21. Soy un buen estudiante	3	3,5	3,5	30,2
	22. Me cuesta hablar con desconocidos	7	8,1	8,1	38,4
	23. Me pongo nervioso cuando me pregunta el profesor	11	12,8	12,8	51,2
	24. Mis padres me dan confianza	4	4,7	4,7	55,8
	25. Soy bueno haciendo deporte	6	7,0	7,0	62,8
	26. Mis profesores me consideran inteligente y trabajador	6	7,0	7,0	69,8
	27. Tengo muchos amigos	6	7,0	7,0	76,7
	28. Me siento nervioso, asustado	8	9,3	9,3	86,0
	29. Me siento querido por mis padres	5	5,8	5,8	91,9
	30. Soy una persona atractiva	7	8,1	8,1	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia.

Figura 17. Autoconcepto académico.



Fuente: elaboración propia.

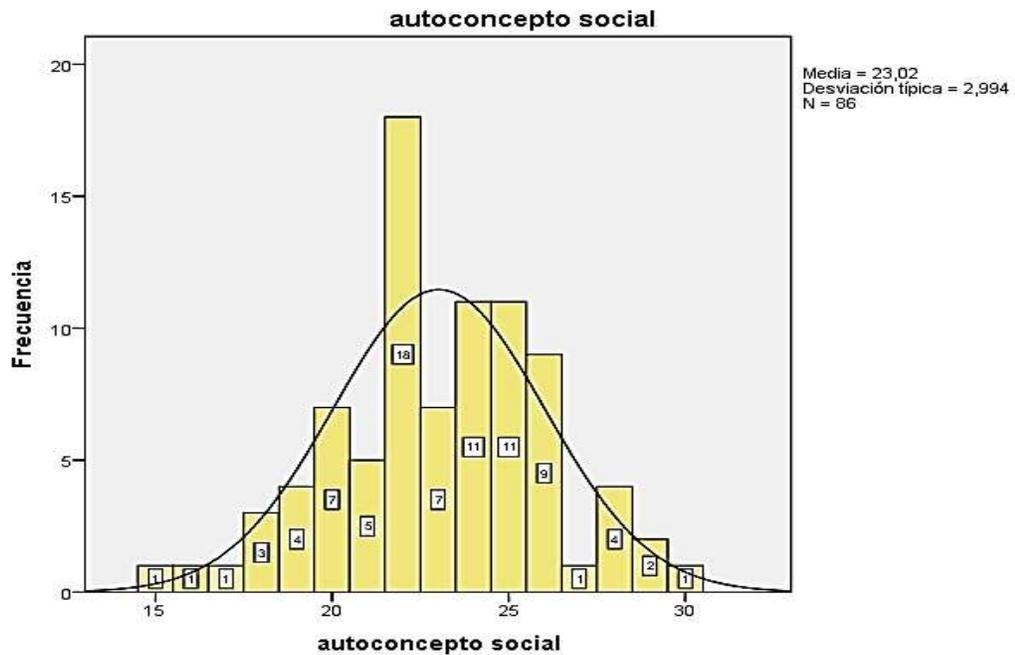
Análisis: puntuación máxima de la variable de autoconcepto académico es de 30 puntos; el promedio de la puntuación que obtuvieron los encuestados es de 23,59; un poco menos de la mitad de los encuestados obtuvieron puntuaciones por debajo de 23,59 y un poco más de la mitad por encima del mismo; el puntaje que más se repite es el 23; el rango entre el puntaje menor y el puntaje mayor es de 17 puntos; el puntaje mínimo equivale a 13 punto, mientras que el puntaje máximo es de 30 puntos.

Tabla 19. Autoconcepto social.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	15	1	1,2	1,2	1,2
	16	1	1,2	1,2	2,3
	17	1	1,2	1,2	3,5
	18	3	3,5	3,5	7,0
	19	4	4,7	4,7	11,6
	20	7	8,1	8,1	19,8
	21	5	5,8	5,8	25,6
	22	18	20,9	20,9	46,5
	23	7	8,1	8,1	54,7
	24	11	12,8	12,8	67,4
	25	11	12,8	12,8	80,2
	26	9	10,5	10,5	90,7
	27	1	1,2	1,2	91,9
	28	4	4,7	4,7	96,5
	29	2	2,3	2,3	98,8
	30	1	1,2	1,2	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia.

Figura 18. Autoconcepto social.



Fuente: elaboración propia.

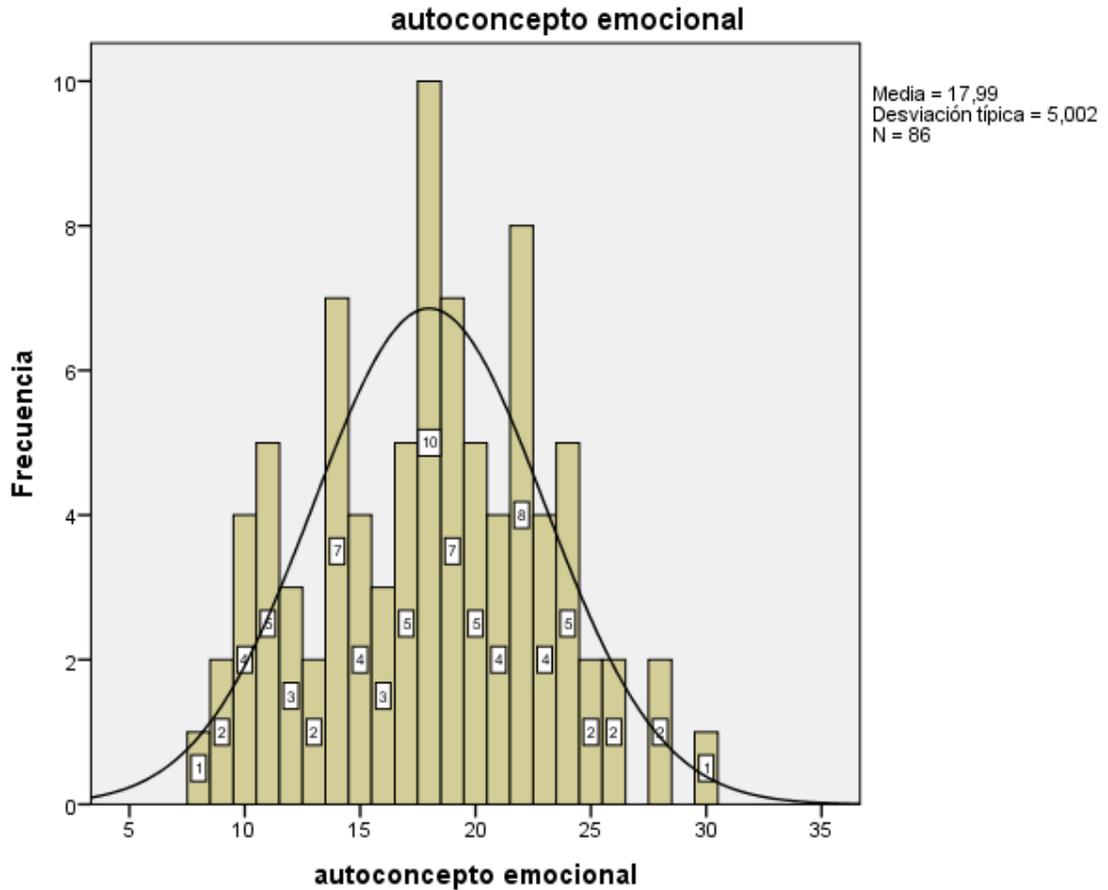
Análisis: puntuación máxima de la variable de autoconcepto social es de 30 puntos; el promedio de la puntuación que obtuvieron los encuestados es de 23,02; una cuarta parte de los encuestados obtuvieron puntuaciones por debajo de 22 y las otras tres cuartas partes por encima del mismo; el puntaje que más se repite es 22 puntos; el rango entre el puntaje menor y el puntaje mayor es de 15 puntos; el puntaje mínimo equivale a 15 puntos, mientras que el puntaje máximo es de 30 puntos.

Tabla 20. Autoconcepto emocional.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	8	1	1,2	1,2	1,2
	9	2	2,3	2,3	3,5
	10	4	4,7	4,7	8,1
	11	5	5,8	5,8	14,0
	12	3	3,5	3,5	17,4
	13	2	2,3	2,3	19,8
	14	7	8,1	8,1	27,9
	15	4	4,7	4,7	32,6
	16	3	3,5	3,5	36,0
	17	5	5,8	5,8	41,9
	18	10	11,6	11,6	53,5
	19	7	8,1	8,1	61,6
	20	5	5,8	5,8	67,4
	21	4	4,7	4,7	72,1
	22	8	9,3	9,3	81,4
	23	4	4,7	4,7	86,0
	24	5	5,8	5,8	91,9
	25	2	2,3	2,3	94,2
	26	2	2,3	2,3	96,5
	28	2	2,3	2,3	98,8
30	1	1,2	1,2	100,0	
	Total	86	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia.

Figura 19. Autoconcepto emocional



Fuente: elaboración propia.

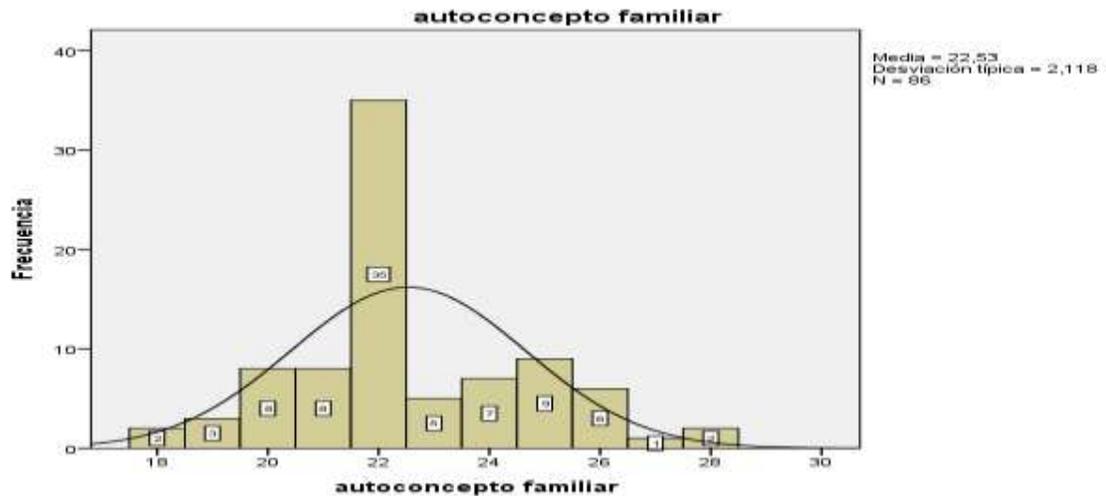
Análisis: puntuación máxima de la variable de autoconcepto emocional es de 30 puntos; el promedio de la puntuación que obtuvieron los encuestados es de 22,53; un poco menos de la tercera parte de los encuestados obtuvieron puntuaciones por debajo de 18 y un poco más de la tercera parte por encima del mismo; el puntaje que más se repite es 18 puntos; el rango entre el puntaje menor y el puntaje mayor es de 22 puntos; el puntaje mínimo equivale a 8 puntos, mientras que el puntaje máximo es de 30 puntos.

Tabla 21. Autoconcepto familiar.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	18	2	2,3	2,3	2,3
	19	3	3,5	3,5	5,8
	20	8	9,3	9,3	15,1
	21	8	9,3	9,3	24,4
	22	35	40,7	40,7	65,1
	23	5	5,8	5,8	70,9
	24	7	8,1	8,1	79,1
	25	9	10,5	10,5	89,5
	26	6	7,0	7,0	96,5
	27	1	1,2	1,2	97,7
	28	2	2,3	2,3	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario AF5 de García y Musitu (1999, para el manejo del autoconcepto).

Figura 20. Autoconcepto familiar.



Fuente: elaboración propia.

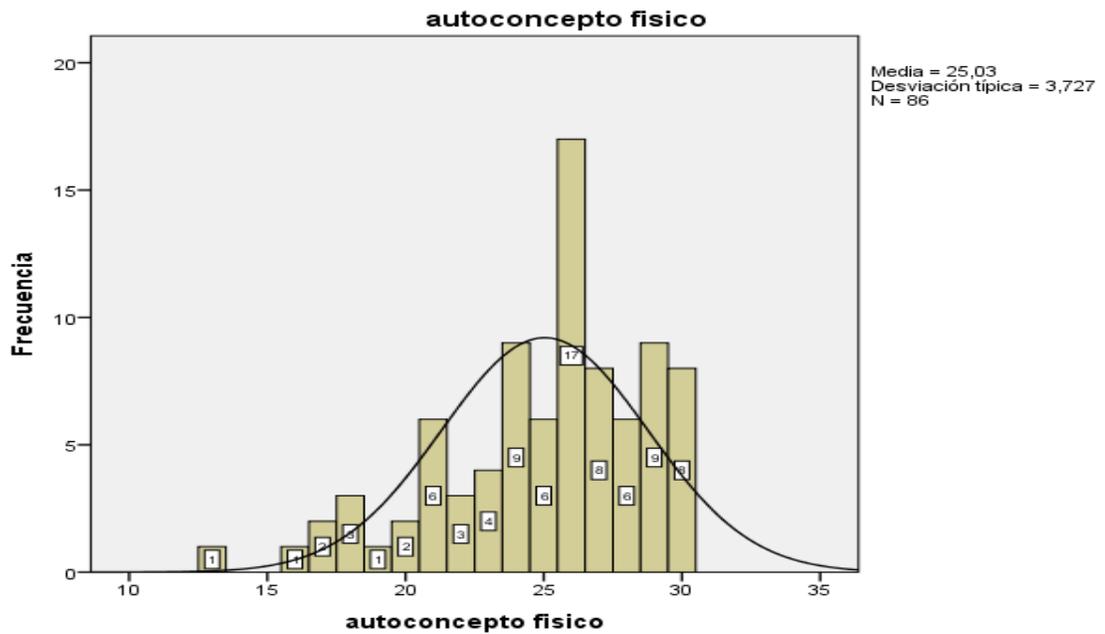
Análisis: puntuación máxima de la variable de autoconcepto familiar de 30 puntos; el promedio de la puntuación que obtuvieron los encuestados es de 22,53; un poco menos de la tercera parte de los encuestados obtuvieron puntuaciones por debajo de 22 y un poco más de la tercera parte por encima del mismo; el puntaje que más se repite es 22 puntos; el rango entre el puntaje menor y el puntaje mayor es de 10 puntos; el puntaje mínimo equivale a 18 puntos, mientras que el puntaje máximo es de 28 puntos.

Tabla 22. Autoconcepto físico.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	13	1	1,2	1,2	1,2
	16	1	1,2	1,2	2,3
	17	2	2,3	2,3	4,7
	18	3	3,5	3,5	8,1
	19	1	1,2	1,2	9,3
	20	2	2,3	2,3	11,6
	21	6	7,0	7,0	18,6
	22	3	3,5	3,5	22,1
	23	4	4,7	4,7	26,7
	24	9	10,5	10,5	37,2
	25	6	7,0	7,0	44,2
	26	17	19,8	19,8	64,0
	27	8	9,3	9,3	73,3
	28	6	7,0	7,0	80,2
	29	9	10,5	10,5	90,7
	Total	86	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia.

Figura 21. Autoconcepto físico.



Fuente: elaboración propia.

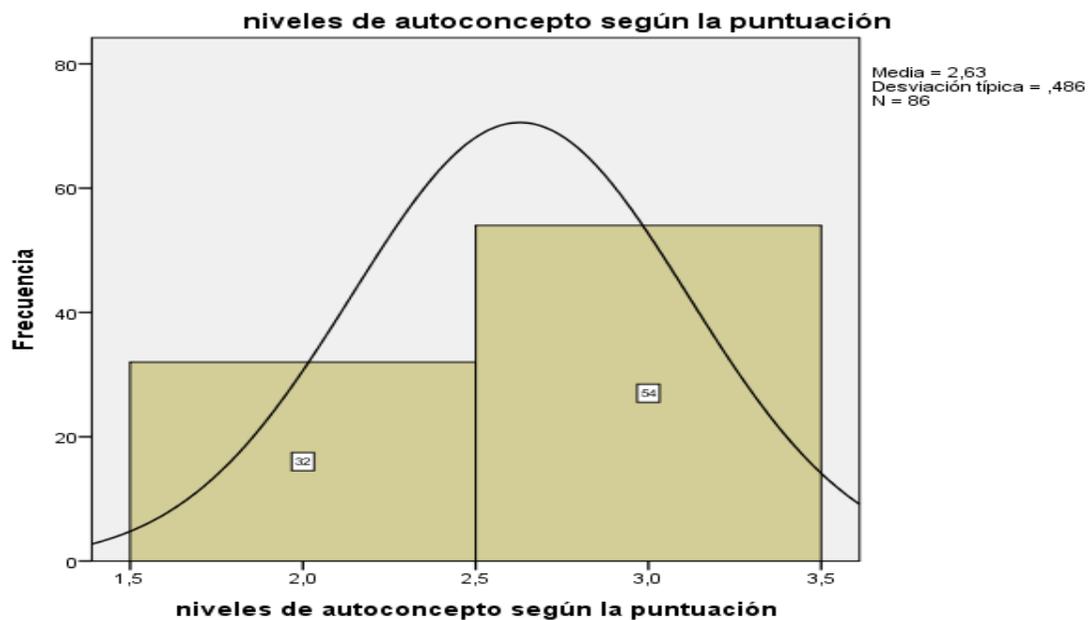
Análisis: puntuación máxima de la variable de auto concepto físico es de 30 puntos; el promedio de la puntuación que obtuvieron los encuestados es de 25,03; un poco más de la tercera parte de los encuestados obtuvieron puntuaciones por debajo de 26 y un poco menos de la tercera parte por encima del mismo; el puntaje que más se repite es 26 puntos; el rango entre el puntaje menor y el puntaje mayor es de 17 puntos; el puntaje mínimo equivale a 13 puntos, mientras que el puntaje máximo es de 30 puntos.

Tabla 23. Niveles de autoconcepto según la puntuación.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	70-109 AUTOCONCEPTO MEDIO	32	37,2	37,2	37,2
	110-150 AUTOCONCEPTO ALTO	54	62,8	62,8	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia.

Figura 22. Niveles de autoconcepto según la puntuación.



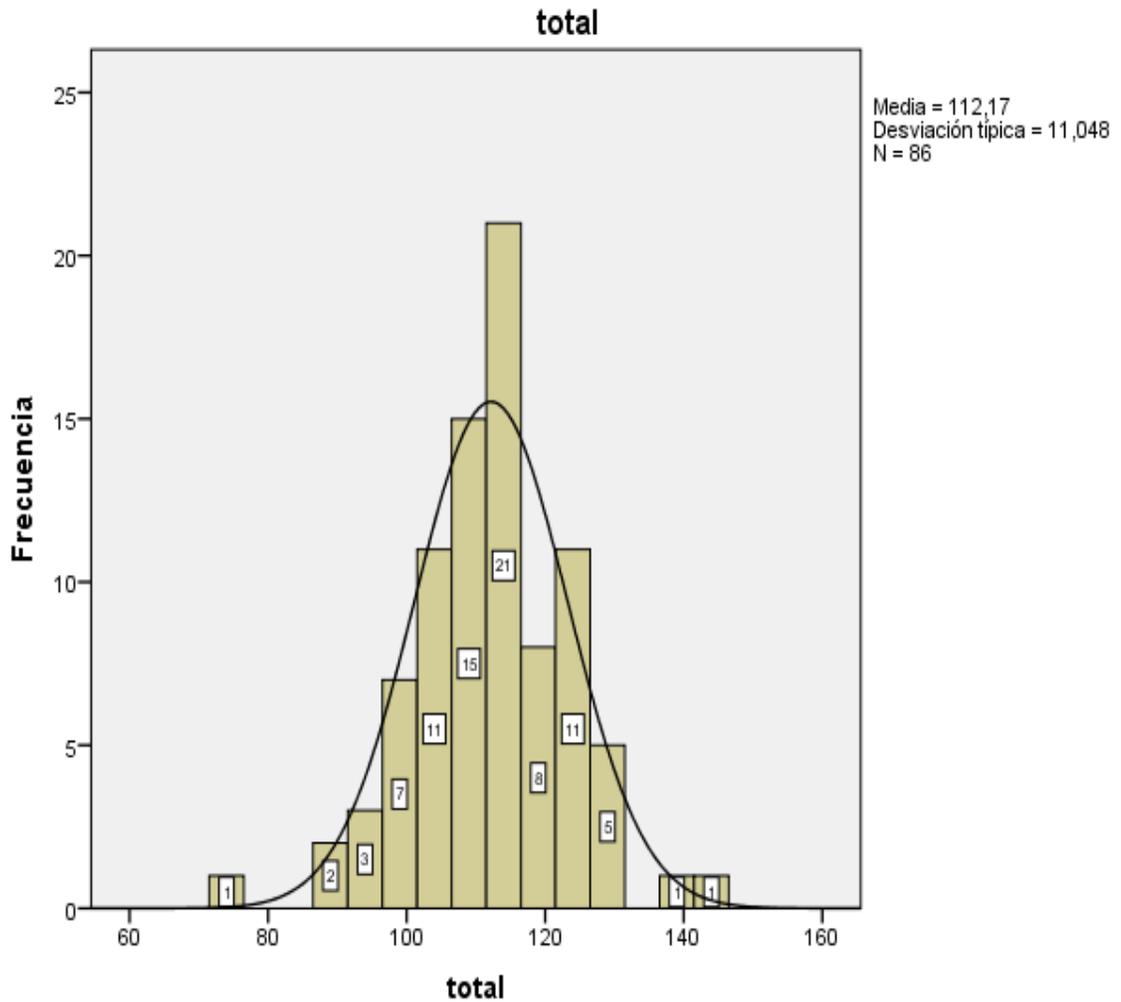
Fuente: elaboración propia.

Tabla 24 Estudio del nivel del autoconcepto según el acumulado total del conjunto de los diferentes tipos de auto concepto antes mencionados en los encuestados.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	74	1	1,2	1,2	1,2
	88	1	1,2	1,2	2,3
	89	1	1,2	1,2	3,5
	94	1	1,2	1,2	4,7
	95	1	1,2	1,2	5,8
	96	1	1,2	1,2	7,0
	97	1	1,2	1,2	8,1
	98	1	1,2	1,2	9,3
	99	2	2,3	2,3	11,6
	100	1	1,2	1,2	12,8
	101	2	2,3	2,3	15,1
	102	1	1,2	1,2	16,3
	103	2	2,3	2,3	18,6
	104	4	4,7	4,7	23,3
	105	1	1,2	1,2	24,4
	106	3	3,5	3,5	27,9
	107	2	2,3	2,3	30,2
	108	2	2,3	2,3	32,6
	109	4	4,7	4,7	37,2
	110	3	3,5	3,5	40,7
	111	4	4,7	4,7	45,3
	112	4	4,7	4,7	50,0
	113	2	2,3	2,3	52,3
	114	5	5,8	5,8	58,1
	115	4	4,7	4,7	62,8
	116	6	7,0	7,0	69,8
	117	4	4,7	4,7	74,4
	118	2	2,3	2,3	76,7
	119	1	1,2	1,2	77,9
	121	1	1,2	1,2	79,1
	122	4	4,7	4,7	83,7
	123	2	2,3	2,3	86,0
	124	1	1,2	1,2	87,2
	125	3	3,5	3,5	90,7
126	1	1,2	1,2	91,9	
128	1	1,2	1,2	93,0	
129	3	3,5	3,5	96,5	
131	1	1,2	1,2	97,7	
138	1	1,2	1,2	98,8	
142	1	1,2	1,2	100,0	
	Total	86	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia.

Figura 23. Niveles del autoconceptos según el acumulado total del conjunto de los diferentes tipos de autoconcepto mencionados en los encuestados.



Fuente: elaboración propia.

La puntuación promedio en la que los encuestados se encuentran es de 112,17 puntos ubicándolos en el nivel medio de autoconcepto; tres cuartas partes de los encuestados obtuvieron puntuaciones por debajo de 116 puntos ubicándolos en los niveles de autoconcepto medio y bajo, mientras que la otra cuarta parte se encuentran ubicados en los niveles de autoconcepto medio y alto con puntajes por encima de 116; la puntuación que más se repitió fue 116 puntos perteneciente al nivel medio de autoconcepto; el puntaje mínimo es de 74 puntos que determina un nivel de autoconcepto bajo, y un puntaje máximo de 142 puntos para un resultado de autoconcepto alto.

7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Las edades de los escolares que conformaron la muestra se encuentran entre los 9 y 14 años, etapa donde se inician en la conformación de grupos de amigos, especialmente del mismo sexo y van dejando las orientaciones de sus padres para encontrar más afinidad con sus amigos. (14) Existe diferencia real observando que la Institución Educativa tiene como rango de edad 9 años y más, sus estudiantes se encuentran en grado de primaria y el estudio incluye población entre los 11 a 18 años de edad. (2) Al clasificar los Adolescentes Escolarizados de la Institución Pública de acuerdo con el género, al masculino perteneció un 59,3%; quedando en segundo lugar el femenino con el 40,7%. Se contradice lo encontrado en el Estudio 2011, donde la muestra representativa le correspondió al género femenino un 52% y el 48 restante al género masculino. (2)

En cuanto al estrato social del que proceden los estudiantes se encontró que al Estrato 1 pertenece el mayor porcentaje con un 55,8%; seguidos del 22,1% de quienes no tienen conocimiento sobre el estrato al cual pertenecen; los que viven en estrato 2 son el 18,6%, finalizando con un 3,5% de población que viven en estrato 3. Este ítem no fue tenido en cuenta en el estudio nacional que se llevó a cabo en el año 2011 sobre población escolaridad y su consumo de sustancias psicoactivas. De ahí que se compare con el *Estudio sobre nivel socioeconómico y consumo de sustancias en una muestra de adolescentes escolarizados de San Luis (Argentina)*, donde encontró que el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas no presentaba diferencias significativas según la clase social. (33)

Asociando el factor social **con quién vive** con lo expuesto por Morales (1999) (16), la familia corresponde a la segunda etapa: el micromedio, donde cada persona realiza sus actividades diarias; es por esto que tiene una gran incidencia en la adolescencia y las alteraciones en la dinámica y funcionamiento familiar, de la aceptación que el adolescente sienta en su familia dependerá en gran parte que comparta actividades y se sienta respaldado por ella, especialmente cuando procede de una familia nuclear como sucede con el 50% de la muestra, esta familia ha sido definida por Pérez (2014) como: “*La familia conviviente formada por los miembros de un único núcleo familiar, el grupo formado por los miembros de una pareja y/o sus hijos*”. (34)

Se encontró que el 53,5% ha consumido alguna vez alguna SPA; incrementándose notoriamente el porcentaje con respecto al informe del II Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar, Colombia 2011, donde las bebidas alcohólicas (vino, cerveza, aguardiente, ron, whisky u

otras), especialmente cerveza: dos de cada tres; además de sustancias ilícitas o de uso indebido durante su vida: 12,1%. (2) Una situación similar se dio a conocer en el estudio Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados de 11 a 19 años de edad, en dos zonas de Medellín, donde se encontró que los adolescentes escolarizados, si han consumido alguna sustancia psicoactiva, siendo la de mayor registro el alcohol. (24)

Se conoció que la edad en que los adolescentes consumieron por primera vez SPA fue entre los 10 y 14 años; promediando se encontraría similitud con los Informes del II Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar, Colombia 2011 y el realizado con el apoyo de la Universidad de Antioquia con los adolescentes escolarizados de dos zonas de Medellín, donde se encontró que la edad promedio fue a los 12 años. (2) (24)

El alcohol es la sustancia más consumida (94,4%) durante el último mes por los estudiantes escolarizados de este estudio; doblando la cifra obtenida en el II Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar, Colombia 2011, donde se conoció que el consumo de alcohol era del 41,3% siendo la droga de mayor consumo mensual, debido a que es socialmente aceptada en cualquier reunión, de ahí que también lo sea entre los estudiantes menores de edad, tanto así que un 56,7% a nivel nacional acepta que ha ingerido alguna clase de licor, siendo por igual su uso entre hombres y mujeres. (2)

El alcohol con un 96,6% fue la sustancia más consumida durante el año, contra un 58% que se obtuvo como resultado del II Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar, Colombia 2011. Coinciden con este estudio Paniagua, González & Rueda (2012) cuando dicen que son las sustancias psicoactivas de mayor consumo por parte de los adolescentes, puesto que 1 de cada 5 adolescentes depende de las bebidas alcohólicas (24) y López; Vilarino, Torrico & Rodríguez (2002), igualmente indican una elevada incidencia en el consumo de alcohol. (30) Confirma también esta preferencia por las bebidas alcohólicas por parte de los estudiantes la Universidad de Antioquia (2012) con su estudio que arrojó mayor consumo por parte de los adolescentes de esta sustancia psicoactiva. (24)

El 95,7% de los estudiantes escolarizados consumen con una frecuencia de otros días, negando lo expuesto en el II Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar, Colombia (2) donde el 35% de individuos declaraban haber usado alcohol en los últimos 30 días, pero no se especifica cuál sería la frecuencia de su consumo en el mes. El 100% de la población estudiada hasta el momento no ha tenido ninguna situación que la ponga en riesgo cuando

consumen sustancias psicoactivas; algo diferente se conoció en el Estudio Nacional de Consumo de Drogas en Colombia (2009), donde el 12,2% manifestó que han tenido un consumo problemático. (26)

Es un familiar la persona con quién manifiestan haber estado cuando consumen sustancias psicoactivas, con un porcentaje del 84,8%. Algo muy similar a lo encontrado en el estudio de Paniagua *et. al.* (2012) Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes Escolarizados de 11 a 19 años en dos zonas de Medellín, quienes encontraron que 7 de cada 10 adolescentes expresaron que algún familiar consume bebidas alcohólicas, convirtiéndose en un factor de riesgo para que el adolescente también lo haga. (24) Situación que se sigue presentando aún en la educación superior, como lo demuestra la investigación titulada *Influencia del consumo de drogas en los estudiantes universitarios*, donde la población en estudio se ve influenciada por su familia en cuanto al consumo de SPA: Los entornos de inicio para el consumo de drogas, comprende el entorno familiar, que incluye tanto a padres y hermanos (17,6%), como a otros familiares (21,8%), que es el principal entorno de inicio de consumo de alcohol. (35) Se presenta una situación similar en cuanto a la persona con la que consumen habitualmente las SPA, porque es el familiar quien los acompaña. Coincidiendo con Estudio de la Universidad Nacional (2012) sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes Escolarizados de 11 a 19 años de edad, porque el mayor porcentaje también hace referencia a que quien los acompaña cuando consumen bebidas alcohólicas (mayor SPA consumida) es un familiar. (24)

Con respecto a la principal razón por la que los adolescentes escolarizados consumen SPA, se encontró que éstas son “Experimentar qué se siente” o por “curiosidad”, presentándose una situación similar a la del estudio realizado con estudiantes en dos zonas urbanas de Medellín. (24) También influye en esta etapa de la adolescencia las dificultades que viven en el seno de su familia, buscando por esto refugio en un grupo de amigos. Como dice Camacho (2005) se consumen más SPA por: conocimiento de SPA, consumo en amigos, exposición a SPA, iniciativa propia, invitación de un amigo, dificultades familiares. (16)

De acuerdo con las respuestas de los Adolescentes Escolarizados el 54,7% no tienen amigos o compañeros que consuman SPA; mientras el 45,3% restante dio a conocer que sí tienen amigos o compañeros que las utilizan. Estos porcentajes muestran una diferencia considerable con relación al estudio patrocinado por la Universidad de Antioquia, donde el porcentaje estuvo entre el 67,8% y 74,2% en relación con el consumo de una o varias sustancias psicoactivas por parte de los amigos del grupo de adolescentes con quienes se trabajó, es posible que esto se deba a los riesgos que trae la vida en las grandes ciudades y que además dificulta un poco más el control por parte de los familiares sobre los adolescentes. (24)

En cuanto al autoconcepto que tienen los Adolescentes Escolarizados de una institución educativa del municipio de Puerto Gaitán, frente a su familia, colegio, amigos y consigo mismo en su parte física, afectiva y de amor propio. Se encontró con respecto al académico que éste se encuentra en un término medio alto, siendo su puntuación promedio del 23,59; en esta etapa de la vida del ser humano, si no se le ha brindado dentro de su familia las habilidades sociales que lo fortalezcan para compartir con otras personas, no le será fácil al adolescente afrontar las diferentes situaciones a vivir dentro de las instituciones educativas. Es necesario entonces, como dicen Fuentes, García, Gracia & Lila (2011), darle la importancia a la formación en el núcleo familiar y educativo, utilizar medidas multidimensionales, para que se fortalezca su autoconcepto y pueda hacer frente el consumo de sustancias psicoactivas, en caso que se encuentre en un grupo donde se viva este factor de riesgo. (19)

Con respecto al autoconcepto social que tienen sobre sí mismos los Adolescentes Escolarizados el promedio de la puntuación que obtuvieron los encuestados es de 23,02, nuevamente se encuentra que el grupo está fortalecido, considerando que el autoconcepto social tiene más que ver con la capacidad para interactuar en otros contextos que en la adolescencia son aun relativamente novedosos, como por ejemplo el ocio, especialmente el nocturno. (36) Como ya hemos señalado anteriormente, el consumo de sustancias en grupo es muy característico en la adolescencia, y está asociado a procesos de identificación y asunción de valores y actitudes grupales que implican reconocerse como 'seres sociales normales'. Desde este punto de vista, el consumo moderado u ocasional se relaciona positivamente con la percepción de ser una persona sociable; esto es, con una autoestima social positiva. En conclusión, estos resultados vienen a contestar la imagen tradicional de la autoestima como un recurso que fomenta hábitos saludables, y apuntan a la necesidad de considerar las distintas dimensiones cuando se analiza su carácter protector o de riesgo para el consumo de sustancias en la adolescencia.

Con respecto al autoconcepto emocional se encontró que el promedio de la puntuación que obtuvieron los encuestados es de 22,53; siendo este un buen puntaje, que demuestra que existe fortalecimiento del autoconcepto emocional, factor decisivo en el apoyo que siente el adolescente que requiere de su familia y entorno en general, (37) es cuando se requiere demostraciones afectivas, apoyo y comprensión de parte de sus padres pues la etapa de transición que está viviendo lo confronta con una serie de cambios, tanto físicos como fisiológicos, que repercuten en su forma de pensar, lo cual genera confusión entre lo que hace y/o debería hacer a la hora de actuar, es allí donde se hace necesaria la guía de los adultos, pues según otros estudios realizados; relacionan el sentimiento de abandono, la falta de amor y de seguridad en los adolescentes, con el inicio del consumo de sustancias Psicoactivas prematuramente. (37)

El promedio de la valoración con respecto al autoconcepto familiar de los adolescentes escolarizados que conformaron la muestra el cual corresponde al 22,53, cifra que refleja la existencia de integración familiar, buen ambiente familiar y cohesión familiar, el funcionamiento familiar (que posee mayor capacidad predictiva sobre la autoestima del adolescente), y sus pares, ya que los adolescentes tienden a integrarse en grupos con similares intereses. Sin embargo, son dos los aspectos del ámbito familiar con los que se puede relacionar sistemáticamente, con la autoestima de los hijos: la importancia del apego con el cuidador principal y los estilos de socialización parental. (19)

Tienen un buen autoconcepto físico los Adolescentes Escolarizados, con un promedio de 25,03, lo que los fortalece puesto que como dicen Revuelta, Esnaola y Goñi (201?) conforma uno de los principales dominios del autoconcepto general, dentro de una concepción jerárquica y multidimensional, diferenciándose en el mismo cuatro dimensiones o subdominios: la habilidad física, la condición física, el atractivo físico y la fuerza. Esta concepción del autoconcepto exige abordar su relación con otras variables, como la actividad física, no ya desde una perspectiva global del mismo sino atendiendo diferencialmente a las dimensiones de cada uno de sus dominios. (38)

Al condensar los diferentes porcentajes se encuentra que un poco más de la mitad de los Adolescentes que conformaron la muestra, tienen un autoconcepto entre medio y alto sobre sí mismos, siendo necesario entonces la implementación de programas que fortalezcan y reafirmen el propio concepto que tienen sobre sí mismo los estudiantes, que le da seguridad al ser humano en sus capacidades, habilidades para alcanzar las metas que se propongan en su vida. (8) Esto como consecuencia de ser el autoconcepto: *“una de las variables más relevantes dentro del ámbito de la personalidad, tanto desde una perspectiva afectiva como motivacional.”* (39) Un buen autoconcepto se convierte en un filtro que le permite al ser humano tener la capacidad de seleccionar y procesar la información que recibe dentro del medio en el que interactúa, y le ayuda a escoger una buena conducta. (38)

8. CONCLUSIONES

8.1 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

La muestra de este estudio sobre Factores de Riesgo Asociados al Consumo de Sustancias Psicoactivas y el Manejo del Autoconcepto en Adolescentes Escolarizados de una Institución Educativa del municipio de Puerto Gaitán (meta) estuvo conformada en más de la mitad por estudiantes pertenecientes al género masculino, con edades que oscilaron entre los 9 y 14 años de edad, de los cuales el 55,8% viven en el estrato 1, el 18,6% en el 2; el 3,5% en el 3 y con un 22,1% estuvieron quienes no supieron aportar esta información. Se tiene como un factor que los fortalece el que el 50% provenga de familias nucleares, lo que se puede aprovechar para fortalecer los valores a nivel familiar y además, dar a conocer que hay sustancias como el alcohol, que se aceptan socialmente, pero no por esto pueden ser adecuadas para que las usen menores de edad, que aún no tienen la suficiente formación para controlar su consumo y pueden caer en situaciones negativas para su vida o la de otras personas.

8.2 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CONSUMO DE SPA

En cuanto los factores de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas quizás uno de los factores más preocupantes, por su influencia en los estudiantes escolarizados, es el que sean sus mismos familiares quienes los inicien y los sigan acompañando en su consumo, y con mayor razón cuando más de la mitad de ellos manifiestan que han consumido alguna SPA en su vida, y que esta situación se hubiera presentado desde los 5 años de vida de los menores, siendo el alcohol la que se consume con mayor frecuencia; sin embargo, riesgos como su temprana edad no los han llevado a vivir situaciones que los perjudiquen o que incidan negativamente en otras personas.

Dentro de los factores de riesgo asociado al inicio de consumo se encontraron que éstos eran la curiosidad o la invitación de un familiar, esto permite conocer que no necesariamente el menor tiene que salir de su hogar para que sea incitado a probar cualquier clase de SPA; por lo que se hace necesario darles a conocer desde temprana edad los efectos y consecuencias que puede traer para la vida del ser humano el consumo de sustancias psicoactivas, para que puedan abstenerse de iniciarse en su consumo porque tiene la formación necesaria para hacerlo. Un poco más de la mitad de los estudiantes consultados no tienen amigos que utilicen sustancias psicoactivas que puedan invitarlos a iniciar su consumo,

pero no por esto deja de ser un riesgo asociado al consumo, porque el porcentaje de quienes si consumen está en el 45,3%, siendo necesario trabajar conjuntamente docentes, estudiantes y padres de familia, para lograr que disminuya su incidencia.

8.3 AUTOCONCEPTO DE LOS ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS

De acuerdo con los resultados obtenidos se puede afirmar que los niveles de autoconcepto de los estudiantes escolarizados de una institución educativa del municipio de Puerto Gaitán (Meta), según la puntuación obtenida, son altos en más de la mitad de ellos y tienen un concepto medio una tercera parte; el fortalecimiento de la autoimagen en esta etapa de sus vidas es muy necesario porque se evita que se generen individuos que fácilmente se dejen influenciar por otros, como por ejemplo en el consumo de sustancias psicoactivas o en otros aspectos negativos de sus vidas. Es indispensable, que la imagen que tengan de sí mismos la valoren para que sepan discernir qué es lo que quieren de ellos, lo que los demás esperan y lo que en realidad quieren ser; de esta manera aprenden a valorarse, a programarse para alcanzar las metas que se han trazado y ser individuos capaces de desarrollar su proyecto de vida.

Cuando hablan de sí mismos, demostrando que sienten que son valorados por sus familiares y docentes, se nota en ellos un autoconcepto más positivo, hablan de ellos con mayor propiedad, demostrando lo importante que es para sí mismos las demostraciones de afecto y aprecio de sus mayores. Caso contrario sucede cuando viven situaciones adversas, dejan ver un autoconcepto negativo, esto permite conocer lo importante que es para las personas en su formación destacarles sus valores, capacidades y habilidades, para hacer de ellos personas seguras y positivas.

9. RECOMENDACIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos, sobre los factores que inducen al adolescente escolarizado a consumir Sustancias Psicoactivas relacionadas con este estudio, como es el acompañamiento en el inicio y consumo por parte de sus familiares, la curiosidad que sienten por probar nuevas experiencias, el tener amigos que las consumen, se hace indispensable que el Gobierno Nacional diseñe medidas de intervención, especialmente dirigidas a la familia, las instituciones y al mismo adolescente. Además fortalecer la Escuela para Padres en esta institución.

Desarrollar programas de prevención y atención integral en las instituciones educativas, generando atención al estudiante y su familia para enfrentar las dificultades, especialmente relacionadas con violencia intrafamiliar.

Los padres de familia y las instituciones educativas, no deben dejar solo al adolescente escolarizado con problemas de consumo de sustancias psicoactivas, sino por el contrario realizar seguimiento y acompañamiento en su proceso de tratamiento y rehabilitación, concientizando igualmente a las familias de la necesidad de prevenir el consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes, puesto que de acuerdo con los resultados obtenidos la mayoría de ellos han iniciado su consumo ante la invitación o acompañamiento de un familiar.

Debe fortalecerse en los adolescentes sus autoconceptos para formarlos con una autoestima que genere en ellos confianza para desarrollar sus actividades en las instituciones educativas, la familia y demás contextos, para la adquisición de habilidades sociales y que comprenda que cuando enfrenta consumo de sustancias psicoactivas está enfrentando una enfermedad que necesita ser atendida a tiempo para evitar daños colaterales, que afectarán su calidad de vida y que pueda alcanzar las metas que se haya propuesto.

Todo lo anterior fundamenta la creación de las Zonas de Orientación Escolar las cuales están a cargo de la Institución educativa, que son las directas responsables de sus estudiantes. Debe existir trabajo interinstitucional con las Secretarías de Educación y Salud del Municipio e incluirlo en su Plan de Acción para dar un mejor y mayor apoyo desde la Política de Gobierno.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Presidencia de Colombia Programa Colombia Joven. Aumentará en millón y medio el número de jóvenes colombianos. [Internet] 2013 mar. 15. [acceso 2016 mar. 31]; Available from: [http://wsp.presidencia.gov.co/Colombia Joven/Noticias/2013/Paginas/130315_Aumentara-en-millon-y-medio-el-numero-de-jovenes-colombianos.aspx](http://wsp.presidencia.gov.co/Colombia%20Joven/Noticias/2013/Paginas/130315_Aumentara-en-millon-y-medio-el-numero-de-jovenes-colombianos.aspx)
- (2) Gobierno de Colombia; ONODC; CICAD; OEA; Embajada Americana. II Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar, Colombia. [Internet] 2011. [acceso 2016 mar. 31]; Available from: [https://www.unodc.org/documents/colombia/2013/septiembre/Estudio Poblacion Escolar 2011.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2013/septiembre/Estudio_Poblacion_Escolar_2011.pdf)
- (3) Gobierno de Colombia; Grupo de Estudio OMS/UFNAP/ UNICEF/OEA. Estudio Nacional de Drogas en Colombia 2013. Resumen Ejecutivo. [Internet] 2014. [acceso 2015 dic. 30]; Available from: [https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio de Consumo UNODC.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf)
- (4) Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe de un grupo de estudio OMS/FNUP/UNICEF sobre programación para la salud de los adolescentes. Ser. Inf. Téc. 886, Ginebra, 1999. [Internet] [acceso 2014 dic. 30]; Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42260/1/WHO TRS 886 spa \(p1-p142\).pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42260/1/WHO_TRS_886_spa_(p1-p142).pdf)
- (5) Morgan, A., Currie, C., Due, P., Gabhain, S., Rasmussen, M., Samdall, O., y otros. Mental Wellbeing in Schoolaged Children in Europe: association with social cohesion and socioeconomic circumstances 2007; Forum 2007 social cohesion for mental well being among adolescents back ground papers. OMS/HBCS.
- (6) Legalización de la Marihuana: en Colombia 11,5% de la población ha probado la marihuana alguna vez. [Internet] 2014. [acceso 2016 mar. 31]; Available from: <http://www.elespectador.com/noticias/politica/colombia-115-de-poblacion-ha-probado-marihuana-alguna-v-articulo-523908>
- (7) Villarreal González, M. E., & Sánchez Sossa, J. C. Cómo mejorar tus habilidades sociales. México: Tendencias; 2010.
- (8) Marsh, H. W., & Shavelson, R. Cuestionario multidimensional de autoconcepto basando en el modelo enunciado por Shavelson, Hubner y Stanton. [Internet] 1985. [acceso 2015 ener. 5]; Available from: <http://roble.pntic.mec.es/~agarci19/Orientainterviene/Cuestautoestima/primaria.htm>
- (9) Alsaker, F. D., Flammer, A., & Tschanz, U. Time use in adolescence. A. N. PerretClermont. Thinking time. A multidisciplinary perspective on time; (pág. 98-109) GöttingenHogrefe & Huber Publishers. [Internet] 2005. [acceso 2015 ener. 13] Available from: [http://www.psy.unibe.ch/unibe/philhuman/psy/entwicklung/content/e5108/e5112/e5268/FA Publ 08 12.pdf](http://www.psy.unibe.ch/unibe/philhuman/psy/entwicklung/content/e5108/e5112/e5268/FA_Publ_08_12.pdf)

- (10) Universidad de los Llanos, Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Enfermería. Cartilla Resumen Proyecto Educativo del Programa; Villavicencio: Universidad de los Llanos; 2011; p. 4.
- (11) Pender, N. Teorías de Enfermería: El Cuidado. [Internet] 2012 jun. 12. [acceso 2014 dic. 1]; Available from: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/nola-pender.html>
- (12) Aristizabal, G. P., Blanco, D. M., Sánchez, A., & Ostiguín, R. M. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Rev. Enf. Univ. Vol. 8 (4), pág. 6-23. [Internet] 2011 [acceso 2016 ener. 15]; Available from: http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu_114c.pdf
- (13) Pasqualini, D., & Llorens, A. Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral. Buenos Aires: OPS/OMS, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina; 2010.
- (14) Colombia. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción y Prevención. Ley 412 del 2000, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública: Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años por la cual se detectará tempranamente los problemas de salud que afectan el desarrollo de la población entre los 10 y 29 años de edad. [Internet] 2016. [acceso 2015 ene. 5]; Available from: <http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/ntjoven.htm>
- (15) Organización Mundial de la Salud. Informe Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas. Ginebra: OMS; 2004.
- (16) Camacho Acero, I. Factores psicosociales relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de secundaria. Cuad. Hispanoamer. de Psicol. 2005; 5 (1); 41 - 56.
- (17) Lara, B. L. Procesos de socialización parental con adolescentes de familias en situación de riesgo psicosocial. V Premio Joven de Investigación de Familia 2007. Sevilla, España: Fundación Acción Familiar; 2008.
- (18) Terrón, M. T. Educación e integración social desde una perspectiva internacional. Sevilla, España: Fundación S. M., Universidad Pablo de Olavide; 2010; 15.
- (19) Fuentes, M. C.; García, F.; Gracia, E.; Lila, M. Autoconcepto y consumo de sustancias en la adolescencia Adicciones. Soc. Cient. Españ. de Estud. sobre el Alcoh. y las otras Tox. Palma de Mallorca, España. 2011; 23 (3); 237-248
- (20) Saravia, J. C., Gutiérrez, C., & Frech, H. Factores asociados al inicio de consumo de drogas ilícitas en adolescentes de educación secundaria. Peruana de Epid. 2014 enero a abril; 18 (1); 1-7.
- (21) Grigoravicius, M. J., Pandolfi, M., García, J., y Cella, L. Consumo de Sustancias Psicoactivas en una Población Clínica de Niños entre 8 y 12

- años: resultados preliminares. [Internet] 2013. [acceso 2016 abr. 5]; Available from: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.1549/ev.1549.pdf
- (22) Toro, L. N. Percepción de los estudiantes frente al consumo de sustancias psicoactivas para la autogestión de estrategias de prevención en el plantel educativo Germán Pardo García de Ibagué; Trabajo Pregrado. Ibagué, Tolima, Colombia; Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD), 2013.
 - (23) Díaz, K., y Amaya, M. C. Factores familiares, individuales y ambientales en el consumo y no consumo de drogas en adolescentes. *Av, enfer*; XXX (3); 2012; 37-59.
 - (24) Paniagua, R. E.; González, C. M. & Rueda, S. M. Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados de 11 a 19 años de edad en dos zonas de Medellín. *Mesa de Salud Mental*. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; 2012.
 - (25) Moral, M. V., Rodríguez, F. J., & Ovejero, A. Correlatos psicosociales del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. *Sal. Públ. Mex*. No. 52. 2010; 406-415.
 - (26) Colombia. Ministerio del Interior y de Justicia Ministerio de la Protección Social y Dirección Nacional de Estupefacientes. *Estudio Nacional de Consumo de Drogas en Colombia*. Bogotá, D. C.: Imprenta Nacional; 2009.
 - (27) Varela, M. T., Salazar, I. C., Cáceres, D. E., & Tovar, J. R. Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: factores psicosociales asociados. *Pens. Psicol*. 3 (8). 2007; 31-45.
 - (28) Martínez, A., J., Amaya, W., Campillo, H., Rueda, E., Campo, A. Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes. Bucaramanga (Colombia) 1996 - 2004. *Sal. Públ*. 9 (2). 2007; 215-229.
 - (29) Camacho Acero, I. Factores psicosociales relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de secundaria. *Cuad.Hispanoamer. Psicol*. 5 (1). 2005; 41 - 56.
 - (30) López, M. J., Santín, C., Torrico, E., & Rodríguez, J. M. Consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de jóvenes universitarios. Huelva, España: Universidad de Huelva; 2002.
 - (31) Entrevista con Milena Moreno, Psicóloga de la Institución Educativa; García Baquero, M. R., entrevistadora; Puerto Gaitán (Meta); 2016 mar. 1.
 - (32) García, F. y Musitu, G. *Autoconcepto Forma 5 Manual*; 4 ed. Madrid: Tea; 2014.
 - (33) Fantin, M. y Morales, C. Nivel socioeconómico y consumo de sustancias en una muestra de adolescentes escolarizados de San Luis, Argentina. *Fund. Human. Univ. Nal de San Luis – Argentina*. 8 (1), 2007; 133-45.
 - (34) Pérez, V. La familia y sus tipos. [Internet] 2014 sept. 22. [cited 2016 sept. 1]; Available from: <http://123mifamilia.blogspot.com.co/2014/09/tipos-de-familiasnuclearextensamono.html>
 - (35) López – Pinedo, M. Influencia del consumo de drogas en los estudiantes universitarios. *Rev. Estomatol Herediana*. 22 (4). [Internet] 2012 oct-dic; 247-56.

- (36) Musitu, G. & Caba, M. J. El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Int. Psicos.* 12 (2). 2003; 179-192.
- (37) Espitia Sánchez, B. & Pérez Unda, V. Factores de riesgo psicosocial, socioafectivo y familiar que pueden incidir en el consumo de sustancias psicoactivas de los estudiantes de grado octavo de los municipios de Aguazul, Casanare, Paz de Ariporo, Receptor, Sabana Larga y Yopal, Casanare. Yopal: Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD), Escuela de Ciencias Sociales Artes y Humanidades. Programa de Psicología; 2013.
- (38) Revuelta, L.; Esnaola, I.; Goñi, A. Relaciones entre el autoconcepto físico y la actividad físico-deportiva adolescente. *Rev. Int. de Med. y Cien. de la Act. Fís. y el Dep.* X (X); 20¿? Documento pendiente de publicación.
- (39) González, J. A.; Núñez, J. C.; Glez, S.; García, M. S. Autoconcepto, autoestima y aprendizaje escolar. [Internet] 2016 [cited 2016 sept. 23] Available from: <http://educrea.cl/autoconcepto-autoestima-y-aprendizaje-escolar/>

13. ANEXOS

Anexo A. Carta presentación de estudiantes que realizaron la investigación

Villavicencio, Marzo 2 de 2016

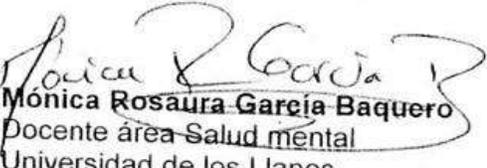
Señor Rector
Roberto Elías Gaviria Rincón
Colegio Jorge Eliecer Gaitán
Puerto Gaitán. Meta

Asunto: Relación de estudiantes que apoyan la investigación.

Respetuosamente me dirijo a Usted con en el fin de relacionar los estudiantes del Programa de Enfermería que participaran en la ejecución de la investigación titulada "Factores de Riesgo asociados al consumo de Sustancias Psicoactivas y el manejo del auto concepto en adolescentes escolarizados" .Dichos estudiantes están formados y capacitados en el área relacionada con la temática a desarrollar en este proyecto.

Nombre del estudiante	Código de Identificación
Eliana Isabel Jiménez Dueñas	130002621
María Angélica Torres Chirino	130002943
Carol Julieth Naranjo Valencia	130003021
Mónica Andrea Rodríguez Ramírez	130003028
Alejandra Avellaneda Umaña	130003005
Alisson Camila Estupiñan Baracaldo	130003011
Dennis Natalia Garzón Aguilar	130002017

Cordialmente,


Mónica Rosaura García Baquero
Docente área Salud mental
Universidad de los Llanos
mgarcia@unillanos.edu.co

Recd 02 Marzo 2016
Mónica Rosaura García Baquero
Psicóloga Colega
1-18-PR

Anexo B. Asentimiento informado

ASENTIMIENTO INFORMADO PROYECTO “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y EL MANEJO DEL AUTOCONCEPTO EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS”

Propósito: El objetivo de esta investigación es el de recopilar información sobre los factores de riesgo de los estudiantes escolarizados del Colegio Jorge Eliecer Gaitán: jornada mañana, tarde y nocturna referentes al consumo de sustancias psicoactivas y su relación con el autoconcepto.

Procedimiento: Como participante en este estudio se le pedirá que conteste un cuestionario con preguntas relacionadas sobre el consumo de sustancias psicoactivas y el auto concepto. Todas las respuestas serán **CONFIDENCIALES** y los participantes no deben dar su nombre en el cuestionario. Por favor, conteste todas las preguntas con honestidad teniendo en cuenta que usted tiene el derecho a no responder cualquier pregunta con la que no se sienta cómodo. Previo a contestar este cuestionario los menores de edad deben tener autorización de sus padres, sin este permiso no pueden participar.

Elegibilidad: Para participar en este estudio usted debe tener la edad entre 10-21 años y los menores de edad permiso de uno de sus padres.

Confidencialidad: Tenga en cuenta que su identidad se mantendrá confidencial en el marco de la ley y los datos de esta investigación solo será utilizada por la Universidad de los Llanos Programa de Enfermería.

Beneficios. No hay beneficios directos para usted por elegir ser parte de esta investigación.

Participación voluntaria: Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted puede optar por retirarse en cualquier momento. No habrá consecuencias negativas si usted decide no participar o retirarse después de haber iniciado el cuestionario. Además, los investigadores responsables de este estudio, también pueden a su discreción, interrumpir su participación en cualquier momento.

Anexo C. Instrumento

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERIA

INTRODUCCIÓN

En este cuestionario le estaremos preguntando acerca de problemas comunes que pueden estar relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (S.P.A) y el auto concepto que tienen los estudiantes. Algunas de estas preguntas pueden ser sensibles, pero agradeceríamos que las contestara lo mejor que sea posible. Todas las respuestas se mantendrán confidenciales. Por favor, **NO ponga su nombre en este cuestionario. Gracias.**

Indicaciones

1. El tiempo de llenado del cuestionario no debe tardar más de 30 minutos y es importante responder en forma honesta.
2. Sólo se pueden utilizar bolígrafos y las respuestas deben ser marcadas con una **X**. Si se comete un error y han marcado la respuesta equivocada, debe hacer un círculo alrededor de la respuesta incorrecta, y a continuación indique con una **X** la respuesta correcta. Avise a los investigadores que lo estarán acompañando.

Sección I

Por favor responda las siguientes preguntas.

1. ¿Qué edad tiene usted? _____

2. ¿Cuál es su género? Hombre Mujer

3. El cuadro que se muestra a continuación representa una escala de estrato socioeconómico. ¿en cuál se ubicaría usted? Marque dentro del cuadro que corresponda (sólo marque uno).

Estrato socioeconómico	1		2		3		4		5	
------------------------	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

4. ¿Usted en su casa vive con?

Ambos padres		¿Cuál?	Un padre únicamente	
Abuelos			Padres, tíos, primos	
Otra persona				

Sección II

Las sustancias psicoactivas: son aquellas que actúan sobre el Cuerpo Humano y cambian la forma de la persona. En el presente cuestionario se incluyen preguntas sobre consumo de sustancias psicoactivas, relaciones sexuales.

5. ¿Ha consumido alguna sustancia psicoactiva en su vida?
 Sí _____ No _____

Si respondió NO, por favor pase a la pregunta número 13

6. Si su respuesta a la pregunta anterior fue sí; ¿Qué edad tenía? _____

7. Por favor marque la(s) casilla(s) con una X para indicar la o las sustancias psicoactivas que ha usado en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días. Marque todas las que correspondan.

	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
a) Cannabis (por ejemplo: marihuana, marihuana, mariguana, porro, churro, hachís)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Tabaco (por ejemplo: cigarros, cigarrillos, puro , tabaco, tabaco de mascar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Alcohol (por ejemplo: alcohol, licor, aguardiente, caña, guaro, cerveza, vino)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Cocaína (por ejemplo: cocaína, crack, piedra, pasta base, bazuco)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Éxtasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Inhalantes (por ejemplo: Daysi, sacol, pegante, pega, pegamento, cola, bóxer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Drogas de prescripción médica que no le hayan sido indicadas por el medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras, especifique: _____		

8. ¿Con qué frecuencia o regularidad consume Usted esta sustancia o sustancias?

1 a 2 veces a la semana	<input type="checkbox"/>
3 a 4 veces a la semana	<input type="checkbox"/>
Los fines de semana	<input type="checkbox"/>

2 a 3 veces a la semana	<input type="checkbox"/>
Todos los días	<input type="checkbox"/>
Otros días diferentes a los escritos	<input type="checkbox"/>

9. ¿Ha experimentado alguna de las siguientes situaciones debido al uso de sustancias psicoactivas? Marque todas las que correspondan con una X.

a) Peleas que han provocado su arresto o detención.	<input type="checkbox"/>
b) Multas por conducir alcoholizado o bajo efecto de otras drogas.	<input type="checkbox"/>
c) Accidentes de tránsito.	<input type="checkbox"/>
d) Encarcelamiento.	<input type="checkbox"/>
e) Problemas con la ley.	<input type="checkbox"/>
f) Ha faltado repetidamente a clase	<input type="checkbox"/>
g) No ha cumplido con responsabilidades familiares.	<input type="checkbox"/>
h) Suspensión de la calidad de estudiante	<input type="checkbox"/>
i) Ninguna de las anteriores.	<input type="checkbox"/>
j) Otras. Especifique: _____	<input type="checkbox"/>

10. La primera vez que usó sustancias psicoactivas lo hizo en compañía de:

Amigos	<input type="checkbox"/>
Familiar	<input type="checkbox"/>
Solo	<input type="checkbox"/>

Compañeros de colegio	<input type="checkbox"/>
Novia(o)	<input type="checkbox"/>

11. ¿Habitualmente cuando consume sustancias psicoactivas se encuentra acompañado de las siguientes personas?

Amigos	<input type="checkbox"/>
Familiar	<input type="checkbox"/>
Solo	<input type="checkbox"/>

Compañeros de colegio	<input type="checkbox"/>
Novia(o)	<input type="checkbox"/>

12. Usted consume sustancias psicoactivas porque:

a) Quiere evadir los problemas de la casa	<input type="checkbox"/>
b) Quiere evadir los problemas del colegio	<input type="checkbox"/>
c) Experimentar qué se siente	<input type="checkbox"/>
d) Porque un amigo, compañero de colegio le dio a probar	<input type="checkbox"/>
e) Porque un familiar le dio a probar	<input type="checkbox"/>
f) En una fiesta le dieron a probar	<input type="checkbox"/>
g) Otro diferente al que está escrito aquí	<input type="checkbox"/>

13. Tiene amigos o compañeros de colegio que utilicen sustancias psicoactivas?

SI _____ No _____

Sección III

AUTOCONCEPTO: es la forma como usted se ve dentro de su familia, en su colegio, con sus amigos, con usted mismo (en su parte física) y con su parte afectiva y de amor propio.

14. Conteste las siguientes preguntas sobre el Autoconcepto. Marque todas las que correspondan con una X.

PREGUNTA	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
Hago bien los trabajos escolares					
Hago fácilmente amigos.					
Tengo miedo de algunas cosas					
Soy muy criticado en casa					
Me cuido físicamente					
Mis profesores me consideran un buen estudiante					
Soy una persona amigable					
Muchas cosas me ponen nervioso					
Me siento feliz en casa					
Me buscan para realizar actividades deportivas					
Trabajo mucho en clase					
Es difícil para mí hacer amigos					
Me asusto con facilidad					
Mi familia está decepcionada de mí					
Me considero elegante					
Mis profesores me estiman					
Soy una persona alegre					
Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso					
Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas					
Me gusta como soy físicamente					
Soy un buen estudiante					
Me cuesta hablar con desconocidos					
Me pongo nervioso cuando me pregunta el profesor					
Mis padres me dan confianza					
Soy bueno haciendo deporte					
Mis profesores me consideran inteligente y trabajador					
Tengo muchos amigos					
Me siento nervioso, asustado					
Me siento querido por mis padres					
Soy una persona atractiva					

Muchas Gracias

Anexo D. Memorando Revisión y Aprobación Proyecto EPI



UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
Facultad Ciencias de la Salud
Centro de Investigación

43510-129

Villavicencio, 25 de mayo de 2016.

MEMORANDO

PARA: DENIS NATALIA GARZÓN AGUILAR
DE: Director Centro de Investigaciones F.C.S.
ASUNTO: Revisión y Aprobación proyecto EPI

Se informa que el comité del Centro de Investigaciones de la Facultad de Ciencias de la Salud reviso las correcciones sugeridas al Proyecto EPI titulado "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y EL MANEJO DEL AUTOCONCEPTO EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS EN EL COLEGIO JORGE ELIECER GAITÁN-SEDE CAMILO TORRES" bajo la dirección de la docente MÓNICA ROSAURA GARCÍA BAQUERO, Aprobado en sesión ordinaria N° 05 el día 13 de abril de 2016, al cual se da orden de ejecución.

CLARA ROCIO GALVIS LOPEZ
Directora Centro de Investigación

Copia: Director de proyecto
Acta



Sede San Antonio, Villavicencio, Meta
Calle 37 N° 41-02 Barzal Alto - Villavicencio
Commutador: 66616900 Ext. 104
Email: investigacionfcs@unillanos.edu.co