

**CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LA POBLACIÓN  
ESCOLARIZADA DEL BAJO RIONEGRO SANTANDEREANO**

**CÉSAR GIOVANNI BONILLA CASTRO**

**Fundación universitaria Luis amigó**

**Escuela de posgrado**

**Especialización en adicciones**

**Medellín**

**2016**

## TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS .....	6
INTRODUCCIÓN .....	7
1. JUSTIFICACIÓN .....	9
2. OBJETIVOS .....	11
2.1. Objetivo General .....	11
2.2. Objetivos Específicos.....	11
3. REFERENTES TEORICOS.....	12
3.1. Marco Institucional: caracterización del Municipio de Rionegro.....	12
3.1.1. Localización Geográfica .....	12
3.1.2. Extensión Geográfica.....	12
3.1.3. División Política.....	13
3.1.4. Dinámica Poblacional.....	16
3.2. Marco Conceptual.....	17
3.2.1. Proyecto de vida.....	17
3.2.2. Sustancias Psicoactivas (SPA) .....	19
3.3. Marco legal .....	36
4. METODOLOGÍA.....	42
4.1. Universo de Estudio.....	42
4.2. Diseño de la investigación .....	42
4.2.1. Descripción de las dimensiones de estudio .....	43
4.3. Procedimiento.....	43
5. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS .....	46
5.1. Encuesta: Relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la proyección de vida de los adolescentes .....	46
5.1.1. Datos sociodemográficos: .....	46
5.1.2. Proyecto de vida:.....	47
5.1.3. Consumo de SPA.....	52
5.1.4. Relación entre consumo de SPA y proyecto de vida.....	58

6. CONCLUSIONES.....	61
7. RECOMENDACIONES .....	63
8. BIBLIOGRAFÍA .....	64
ANEXOS .....	71

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Límites del municipio de Rionegro (4)	13
Tabla 2. Composición geopolítica de Rionegro (4)	14
Tabla 3 Frecuencia de consumo en los últimos tres meses	54
Tabla 4 Frecuencia de consumo en casa	57
Tabla 5 Frecuencia de aparición de Craving	58

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Localización Geográfica del Municipio de Rionegro	12
Figura 2 Mapa División Política de Rionegro	15
Figura 4 Gráficos Género y Rango de edad	46
Figura 5 Gráfico Grado escolar	47
Figura 6 Existencia de proyecto de vida y plan de mejoramiento	48
Figura 7 Aspectos del proyecto de vida	49
Figura 8 ¿Qué hará después del bachiller?	51
Figura 9 Actividades en el tiempo libre	52
Figura 10 Uso de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida	53
Figura 11 Problemas escolares o laborales por causa del alcohol	55
Figura 12 Presión o invitación a consumir SPA	56

## **AGRADECIMIENTOS**

Reconozco al Eterno Creador como fuente de toda sabiduría y conocimiento, por tanto agradezco su dirección al permitir y guiar la materialización de un desafío planteado hace varios años. Además a la Fundación Visión Activa que paso a paso me brindo la posibilidad de abrir caminos que se pensaron alguna vez imposibles de recorrer.

A cada uno de los integrantes del equipo de trabajo por su dedicación, esfuerzos y empeño en la ejecución de cada una de las actividades de acercamiento con la comunidad para la elaboración de un producto veraz y profesional, que incentive el trabajo por las comunidades de forma que los mayores beneficiados sean los niños, niñas y adolescentes

Al docente Jaime Toro docente de la Universidad de Antioquia, quien tuvo a bien responder a inquietudes del orden metodológico en la construcción del presente trabajo.

A mi esposa Ubelia Cortés, a mis hijos José Daniel y Sara Sofía, por su incondicional apoyo en las largas horas de trabajo, viajes y ajustes económicos que se invirtieron en desarrollo de la investigación. A mi suegra por remplazarme con los niños para hacer mis tareas.

El trabajo voluntario de Aliria Polo Machado, auxiliar de enfermería, Milady Corona, técnica en masoterapia y Leidy Jiménez, estudiante.

A las instituciones educativas Juan Pablo II y Carlos Julio García, con directivas y docentes que además de la aprobación para permitir el trabajo, nos apoyaron con su valiosa compañía.

## INTRODUCCIÓN

El consumo de Sustancias Psicoactivas y la consecuente adicción es reconocido hoy día por como un problema de salud Pública en tanto que se ve como una enfermedad. (1) (2). La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito refiriéndose a la ley nacional de Drogas resalta que “Colombia, tradicionalmente visto como un país productor, ha venido transitando hacia una realidad hoy irrefutable: el uso y abuso de las Sustancias Psicoactivas (SPA) es un fenómeno presente de una u otra forma en todos los grupos sociales de la población” (3)

El presente trabajo aborda los elementos de investigación sobre el consumo de sustancias psicoactivas de la población adolescente del bajo Rionegro en el Departamento de Santander, también indaga en la posible relación con la elaboración del proyecto de vida.

Los datos del estudio fundamentarán las propuestas e intervenciones que sobre la prevención al consumo de Sustancias Psicoactivas proyecta realizar la Fundación Visión Activa. Para el alcance de los objetivos formulados se hace uso de instrumentos como encuentros educativos, aplicación de encuestas, observación y observación participante. Los datos se han analizado en conjunto y se han conformado los pilares de la realidad acerca de la dinámica del consumo de sustancias psicoactivas en la población del Bajo Rionegro, de manera específica en adolescentes de las instituciones educativas, los cuales representan una buena proporción de la adolescencia y juventud de la región.

La presente investigación se encuentra definido como un aporte para la Fundación Visión Activa y al empeño que se observa desde diferentes estancias del gobierno e instituciones no gubernamentales del orden nacional e internacional, para la prevención, atención y mitigación del consumo de SPA y sus consecuencias. La investigación que se presenta es pionera en el tema de Sustancias Psicoactivas dentro del contexto rural del Valle del Magdalena Medio y única en el municipio de Rionegro, Santander y sus alrededores.

Además se conoce, que de los proyectos de prevención que se han desarrollado en la región del Magdalena Medio, éste es el único que

comienza con una investigación para establecer la realidad de la problemática y el cumplimiento de los objetivos de sus programas.

Es pertinente mencionar que el presente estudio se realizó en base a 391 encuestas realizadas en los encuentros educativos con los estudiantes de las instituciones educativas Juan Pablo II de San Rafael y Carlos Julio García de Papayal, ambos corregimientos de Rionegro Santander. La suma de los participantes hace significativo la interpretación de la condición general en los puntos abordados en la población general de la región del Bajo Rionegro.

## 1. JUSTIFICACIÓN

La Fundación Visión Activa, ha demostrado su interés por el bienestar de la comunidad, haciendo especial énfasis en los niños, niñas, adolescentes y jóvenes de la región rural denominada bajo Rionegro, Santander. Durante el desarrollo de diferentes actividades comunitarias, en la interacción con los habitantes y líderes comunitarios, se ha conocido de la preocupación colectiva sobre la posible presencia y consumo de sustancias psicoactivas en la población joven, la falta de acciones para prevenir y mitigar su impacto negativo.

La presente investigación busca indagar sobre la existencia de consumo de sustancias Psicoactivas (SPA) en la población adolescente del bajo Rionegro, Departamento de Santander; además analiza la relación e impacto con la elaboración del proyecto de vida de los sujetos de estudio. El estudio sirve para identificar la realidad sobre el consumo de SPA, haciendo una relación con la proyección de vida, de modo que sea referente para la Fundación en el desarrollo de proyectos enfocados en la prevención del consumo de SPA, la proyección de vida y acciones encaminadas al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad.

La información que arroje la investigación puede ser útil para que las instituciones educativas que participan tengan un panorama del tema en mención y diseñen estrategias que fortalezcan los factores protectores en la prevención del consumo de sustancias adictivas y contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida en el presente y futuro de la juventud.

Las entidades del orden gubernamental Departamental que conozcan esta investigación, podrán usarlo como referente en la elaboración de estrategias para la prevención, además podrán apoyar acciones que ayuden a la prevención del consumo y promoción de estilos de vida saludable de la población.

A entidades del orden Nacional también les beneficia toda vez que al revisar los resultados del presente trabajo conocen la realidad de las sustancias Psicoactivas en el sector rural que no es ajeno a padecer las consecuencias de esta problemática, pero que a diferencia del área urbana, está desprovisto de los beneficios de los programas que se adelantan en ciudades y cabeceras municipales. Los resultados del estudio permitirán evidenciar la

necesidad de incluir en sus planes de acción a este sector vulnerable por causa de los procesos sociopolíticos y económicos.

Los estudios nacionales sobre consumo de sustancias psicoactivas reconocen que no se han tenido en cuenta el área rural, por lo que el presente estudio cobra mayor importancia, al mostrar la realidad del comportamiento de consumo de sustancias psicoactivas en habitantes adolescentes escolarizados de una porción rural del municipio de Rionegro, Santander.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo General**

Identificar la existencia del consumo de Sustancias Psicoactivas y su impacto en la elaboración del proyecto de vida en adolescentes escolarizados del bajo Rionegro Santandereano.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- ✓ Mostrar la existencia del consumo de sustancias psicoactivas, mediante la aplicación de encuestas realizadas a los escolarizados de las instituciones educativas del bajo Rionegro.
- ✓ Identificar en los estudiantes encuestados de las instituciones educativas la existencia, profundidad y conformación del proyecto de vida.
- ✓ Mostrar la relación que existe entre el consumo de sustancias psicoactivas y como afecta el proyecto de vida de los estudiantes.

### 3. REFERENTES TEORICOS

#### 3.1. Marco Institucional: caracterización del Municipio de Rionegro

##### 3.1.1. Localización Geográfica

El municipio de Rionegro hace parte la Provincia de Soto y se encuentra ubicado geográficamente al noroeste y norcentro del departamento de Santander, a 690 metros sobre el nivel del mar, con una temperatura media de 25°C. Su fundación se remonta al año de 1805 por José Gutiérrez Calderón, Facundo y José Mutis, Andrés Ortiz y Enrique Puyana, aun cuando el caserío existía desde 1545. Su cabecera municipal se halla ubicada a una distancia de dieciocho kilómetros de la ciudad de Bucaramanga, la capital del Departamento de Santander. (4)

Es un municipio de forma alargada, que se constituye en la conformación histórica, de un corredor natural de dos importantes cursos de agua, como son los ríos Cáchira del Espíritu Santo y en su parte inferior el río Lebrija. (4)



Fuente: Agustín Codazzi. [http://geoportal.igac.gov.co/mapas\\_de\\_colombia/igac/politicos\\_admin\\_2014/Santander.pdf](http://geoportal.igac.gov.co/mapas_de_colombia/igac/politicos_admin_2014/Santander.pdf)

Figura 1 Localización Geográfica del Municipio de Rionegro

##### 3.1.2. Extensión Geográfica.

La superficie o área del municipio es de 1.277.457 kilómetros cuadrados, y tiene un área perimetral de 375.851 kilómetros, según la cartografía del municipio digitalizada a escala 1:25000. Sin embargo, el Instituto Geográfico

Agustín Codazzi, en la base de datos oficialmente publicada para el Municipio de Rionegro, Santander, tiene una superficie de 1.253.000 kilómetros cuadrados.

### Límites

El municipio de Rionegro tiene como límites a 11 municipios, tres de ellos en dos departamentos diferentes y ocho que se encuentran el Departamento de Santander, así:

Tabla 1 Límites del municipio de Rionegro (4)

<b>Dirección cardinal</b>	<b>Municipio</b>	<b>Departamento</b>
Por el norte	La Esperanza	Norte de Santander
	San Alberto	Cesar
	San Martín	Cesar
	Playón	Santander
Por el occidente	Puerto Wilches	Santander
	Sabana de Torres	Santander
Por el sur	Lebrija	Santander
	Girón	Santander
	Bucaramanga	Santander
Por el oriente	Matanza	Santander
	Suratá	Santander

### 3.1.3. División Política

El municipio de Rionegro está dividido según su estructura territorial en 10 corregimientos y 95 veredas y la mayoría están representadas por las juntas de acción comunal.

Tabla 2. Composición geopolítica de Rionegro (4)

<b>Corregimiento</b>	<b>Zona Geo-Regional</b>	<b>N° de Veredas</b>	<b>Categoría</b>
Centro	Alta	18	CM <sup>1</sup>
Cuesta Rica	Alta-Media	11	IPD <sup>2</sup>
Galápagos	Alta	8	
La Ceiba	Alta	5	IPD
La Tigra	Media	11	
Llano de Palmas	Alta	16	IPD
Papayal	Baja	5	IPD
San José de los Chorros	Baja	4	IPM <sup>3</sup>
San Rafael	Baja	7	IPD
Villapaz - Misiguay	Alta	10	IPD

Los corregimientos antes mencionados agrupan un número determinado de veredas las cuales tienen su representante como junta comunal quien está presente en cada una de las actividades político –administrativas para que sus programas y proyectos sean atendidos y desarrollados en su región. También se destacan dentro de su división política – administrativa la parte Alta de Rionegro y la parte Baja en donde se diferencia los dos grandes sectores urbano y rural. (4)

<sup>1</sup> CM: Cabecera Municipal

<sup>2</sup> IPD: Inspección de Policía Departamental

<sup>3</sup> IPM: Inspección de Policía Municipal



Fuente: PBOT

Figura 2 Mapa División Política de Rionegro

Se destaca dentro de la división política – administrativa, del municipio la constitución de una parte Alta que comprende el área urbana rodeada de veredas como El Centro, Galanes, Villa Paz, La Ceiba y otras cuya característica primordial es presentar una topografía totalmente montañosa. (4)

La parte media rodeada de veredas como Llaneros, La Tigra, Laguna de Oriente, Venecia, La Corcovada, Caño Siete, La Unión, Las Palmas, La Plazuela, Maracaibo, Simonica y Platanala que presentan dos topografías, una ondulada en un 70% y otra en terreno plano en un 30% aproximadamente. (4)

La parte Baja o Bajo Rionegro está rodeada de los corregimientos de *San Rafael, Papayal y San José de los Chorros*, de donde allí se desprenden las veredas como El Taladro, Caño Doradas, Puerto Príncipe, Puerto Arturo, La Válvula, La Consulta, La Salina entre otras. Su topografía es completamente plana y su principal actividad económica es la ganadería. (4)

La historia muestra que el desarrollo del bajo Rionegro comenzó con asentamientos cercanos al río Lebrija que en un principio fue uno de los principales corredores socioeconómicos de la región por su enlace con el río Magdalena; la agricultura era la principal fuente de ingresos para la comunidad, seguido también de la ganadería y más recientemente el cultivo extensivo de palma africana. Un segundo momento del crecimiento de estas poblaciones tuvo lugar con la llegada de la línea férrea que atraviesa el

corregimiento de San Rafael. Posteriormente la creación de la troncal de la Paz que comunica la costa Atlántica con el interior del país. (4)

Recientemente, se ha confirmado los hallazgos de combustibles fósiles, como el gas natural y petróleo cuya explotación ha iniciado. La abundante riqueza de los suelos y la estratégica posición geográfica hacen de esta región un sitio vulnerable para la producción y tráfico de sustancias ilícitas. Es válido resaltar que en la parte baja del municipio es donde se realiza la investigación presente.

#### **3.1.4. Dinámica Poblacional**

El Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en el censo realizado en el 2005 proyecta que para el año 2010 el municipio de Rionegro, Santander tendría 28.219 habitantes, los cuales se agrupan en familias con un promedio de 4,1 personas por hogar, predominando las familias de 4 o menos personas. En cuanto a género los hombres predominan con un 53,2%, frente a un 46,8% de mujeres para ese año. (5)

El DANE proyecta al mismo 2010 que el grupo poblacional adolescente sería de 6.071 personas representando el 21.5% del total de habitantes; en donde 3.206 personas son hombres representando el 52.8% de este grupo, el restante 47.2% corresponde a las 2.865 mujeres. (5)

En las mismas proyecciones que realiza el DANE se aprecia que los adolescentes entre 10 y 19 años al 2015 alcanzan los 5.097 habitantes en el municipio, constituyendo el 18,8% del total de la población; y se distribuyen en 2.655 hombres, que equivalen al 52,1% y 2.442 mujeres al 47,9% de este segmento de la población. (6)

En comparación con los demás grupos poblacionales los jóvenes son el segundo más grande después de la infancia. En comparación entre 2010 y 2015 la diferencia en adolescentes es la disminución de 2.7% de representatividad frente al número total de habitantes, además que el número de hombre baja frente a un creciente número de mujeres. (5)

Ahora bien, en materia educativa a 2010 se tenía una tasa de analfabetismo del 14,8% en personas de 15 o más años de edad y 14,1% para personas de cinco hasta 14 años. Teniendo en los anteriores datos la mayoría de personas analfabetas en la zona fuera del casco urbano del municipio. Esto se complementa con una asistencia escolar de solo el 50,9% en el municipio,

donde la asistencia escolar fuera del casco urbano solo llega al 45,9%. De lo que puede inferirse que parte de la población no accede a la educación formal o solamente alcance la básica primaria. (5)

En el aspecto económico el municipio se tiene un nivel de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) que es el índice tradicionalmente utilizado en el país para el análisis de la pobreza a nivel regional. El 39,31%, de la población se encuentra se encuentra en pobreza, con mayor representación dentro de éste índice de habitantes en el área rural. (5)

El índice de Necesidades Básicas Insatisfechas define como pobres a las personas que habitan en vivienda con una o más de las siguientes características:

- ✓ Viviendas inadecuadas para habitación humana en razón de los materiales de construcción utilizados.
- ✓ Viviendas con hacinamiento crítico. (Más de tres personas por cuarto de habitación).
- ✓ Vivienda sin acueducto o sanitario
- ✓ Viviendas con alta dependencia económica (más de tres personas por miembro ocupado) y el jefe hubiera aprobado como máximo dos años de educación primaria.
- ✓ Viviendas con niños entre 6 y 12 años que no asistieran a la escuela.

### **3.2. Marco Conceptual**

El presente estudio tiene como principales temas el proyecto de vida, las sustancias psicoactivas. En el marco teórico se exploran los principales conceptos de los temas principales, en una revisión reflexiva sin ser exhaustiva.

#### **3.2.1. Proyecto de vida**

Buena parte de literatura existente explica cómo elaborar un proyecto de vida, sin embargo poco se menciona sobre lo que significa y cuáles son sus partes esenciales, de hecho casi siempre va ligado al mundo académico o

laboral. Cárdenas en su libro *Proyecto de vida*, lo define como la elaboración de planes a corto, mediano y largo plazo en lo personal, familiar y/o laboral, y para que dicha construcción sea pertinente, posible y actúe como motor del comportamiento, debe hacerse sobre la base de la identificación de las propias características (intelectuales, afectivas, físicas y morales) y las condiciones del ambiente (familiar, ocupacional, profesional, etc.) en las cuales se desarrolla la persona. En otras palabras, es lo que se propone hacer a partir de un conocimiento real de sí mismo y del entorno. (7). Por tanto existe proyecto de vida cuando el individuo se concibe hacia el futuro, se traza unas metas definidas, escribe planes concretos para alcanzarlas y mejora a fin de validarlo cada vez más.

En otra definición se puede apreciar lo profundo del proyecto de vida, al ser una proyección del pasado y presente de la persona que mira al futuro. Así lo describe Casares al decir que no es un proceso puramente intelectual sino que implica un conocimiento y contacto personal con el núcleo más íntimo de la persona que incluye la conjunción del pensamiento, las emociones, los valores, el cuerpo y las experiencias vitales que dan origen a sí mismo, es decir, al yo personal que solo puede ser captado en un proceso intuitivo que trasciende la razón y a los sentimientos por separado y que implica una disciplina y un proceso de meditación y contacto espiritual. Éste, como único camino para encontrar el sentido vital que la persona misma le puede dar a su propia existencia. (8). De allí que la profundidad de un proyecto de vida se mida en el grado de compenetración que tenga en todos los órdenes de la vida, no solo se queda en unos pocos aspectos, sino que envuelve todo el ser pasado, presente y futuro.

Se puede decir que el proyecto de vida es la necesidad de pensar cuales son los objetos de aspiración, de al menos saber qué esperar, en una época de incertidumbres como la actual, donde se corre el riesgo de improvisar, de seguir a las personas que dejan a la suerte sus destinos, para luego lamentar una vida sin sentido; como los nihilistas siempre asociados a violencia y subversión.

Por otra parte una necesidad se entiende que es “un impulso irresistible que hace que las cosas obren infaliblemente en cierto sentido; aquello a lo cual es imposible sustraerse, faltar o resistir; carencia de las cosas que son menester para la conservación de la vida” (9).

Para plantearse el proyecto de vida se puede hacer de muchas formas, cada una de ellas está ligada a un trasfondo, por ejemplo el PNL (Programación Neurolingüística) nos llevaría a hacerlo desde los seis niveles: espiritual, entidad, creencias y valores, capacidades, acciones y medio ambiente. Ahora desde una perspectiva administrativa se ve con un enfoque más vocacional o profesional, resaltando los aspectos laboral y académico del proyecto de vida, sin embargo no existe consenso en cuanto a los aspectos que debe contener un proyecto de vida cuando se coloca por escrito, pero lo que sí es claro, es que debe contener los que desee la persona planificar. (10). La conformación de un proyecto de vida entonces es subjetiva pero obedece a la existencia de forma escrita, al plan de mejoramiento que se establezca para mejorarlo y a la profundidad que se le desee dar.

### **3.2.2. Sustancias Psicoactivas (SPA)**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define droga como término de uso variado. En medicina se refiere a toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental y en farmacología como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos. De ahí que una droga sea una sustancia que está o pueda estar incluida en la Farmacopea. En el lenguaje coloquial, el término suele referirse concretamente a las sustancias psicoactivas y a menudo, de forma aún más concreta, a las drogas ilegales. Las teorías profesionales por ejemplo, “alcohol y otras drogas” intentan normalmente demostrar que la cafeína, el tabaco, el alcohol y otras sustancias utilizadas a menudo con fines no médicos son también drogas en el sentido de que se toman, al menos en parte, por sus efectos psicoactivos (11)

Psicoactivo se refiere que afecta la mente o los procesos mentales y pueden ser clasificadas en legales o ilegales. Las primeras son todas aquellas que son comercializadas bajo fórmula médica o libremente, por ejemplo el alcohol etílico o el tabaco. Las ilegales son esas sustancias psicoactivas cuya comercialización está penalizada como la marihuana y la cocaína. (11)

Las drogas también pueden ser clasificadas de diferente manera, dependiendo de la categoría que se utilice, por ejemplo de acuerdo a sus efectos en el sistema nervioso central se pueden agrupar en estimulantes, depresoras y alucinógenas, pero la OMS las clasificó de la siguiente manera: (12)

- ✓ Alcohol
- ✓ Opioides
- ✓ Cannabinoides
- ✓ Sedantes e Hipnóticos
- ✓ Cocaína
- ✓ Otros Estimulantes (Incluyendo Cafeína)
- ✓ Alucinógenos
- ✓ Tabaco
- ✓ Disolventes
- ✓ Volátiles
- ✓ Otras

La APA (Asociación Psiquiátrica Americana) establece 10 clases diferentes de drogas: (13)

- ✓ El alcohol
- ✓ La cafeína
- ✓ El cannabis
- ✓ Los alucinógenos (con categorías independientes para la fenciclidina [o las arilciclohexilaminas con acción similar] y otros alucinógenos)
- ✓ Los inhalantes
- ✓ Los opiáceos
- ✓ Los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos
- ✓ Los estimulantes (sustancias tipo anfetaminas, cocaína y otros estimulantes)
- ✓ El tabaco

✓ Otras sustancias o sustancias desconocidas

Todas estas sustancias tienen diferencias en los mecanismos de acción en el cuerpo del ser humano especialmente en el cerebro, sin embargo, todas tienen que ver con el sistema de recompensas integrado por el núcleo accumbens y el área tegmental ventral los cuales tienen conexiones recíprocas con la corteza prefrontal y la región límbica que son considerados centros poderosos moduladores de la conducta y las emociones. (14)

Para abordar el concepto de sustancias psicoactivas, es pertinente definir tres conceptos que resultan familiares y tienen relación con el abordaje de investigación que se adelanta en el presente trabajo. Estos son uso, abuso y dependencia; craving y síndrome de abstinencia.

**3.2.2.1. Uso, abuso y dependencia:**

El uso se refiere a aquellos usos no problemáticos, casi siempre esporádicos; el abuso trae un patrón de cambios conductuales desadaptativos y la dependencia es un conjunto de manifestaciones comportamentales y cognoscitivas en las cuales el consumo de una sustancia llega a ser la máxima prioridad para el individuo. Concretamente los sistemas de clasificación de un uso, abuso o dependencia son el Código Internacional de Enfermedades (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de las enfermedades Mentales (DSM-IV-TR) (14).

El abuso o consumo perjudicial es una etapa previa a la dependencia de menor gravedad, reversible, que tras un periodo de abstinencia es posible retornar a un consumo moderado. La nicotina no tiene etapa de abuso. En cuanto a los criterios para abuso de sustancias según el CIE-10 se debe cumplir los siguientes (14):

- I. Debe haber pruebas claras de que el consumo de una sustancia ha causado o contribuido a un daño físico o psicológico, incluido el deterioro de la capacidad de juicio o alteraciones del comportamiento.
- II. La naturaleza del daño debe ser claramente identificable y especificada
- III. La forma de consumo ha persistido por lo menos un mes o se ha presentado reiteradas veces en un periodo de doce meses.

- IV. El trastorno no cumple criterios para ningún otro trastorno mental o del comportamiento relacionado con la misma sustancia en el mismo periodo de tiempo excepto para intoxicación aguda.

La dependencia a sustancias se considera un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres o más de los siguientes ítems en algún periodo continuado de 12 meses (13).

- I. Tolerancia definida por cualquiera de los siguientes
  - a. necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir el efecto deseado.
  - b. el efecto de las mismas cantidades disminuye con su uso continuado.
- II. Abstinencia definida por cualquiera de los siguientes:
  - a. síndrome de abstinencia característico de cada sustancia.
  - b. se toma la sustancia o una parecida para aliviar los síntomas de la abstinencia.
- III. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que se pretendía inicialmente.
- IV. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- V. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
- VI. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- VII. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que aparecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

### **3.2.2.2. Craving**

Es un deseo fuerte, prácticamente irresistible por consumir drogas. Actualmente el concepto de craving ha evolucionado y pasó de ser un síntoma fisiológico a fenómeno subjetivo con bases biológicas y psicológicas, ahora entendido como parte de la adicción a las drogas; se debe tratar para evitar así las recaídas después del tratamiento, que en gran medida se achacan al craving. (14).

### **3.2.2.3. Síndrome de Abstinencia**

Se caracteriza por la presencia de síntomas debido al cese del consumo o reducción de la dosis habitual del consumidor; este síndrome tiene malestar clínicamente significativo o un deterioro laboral y/o social que no se explica por la presencia de otro trastorno mental. Generalmente la abstinencia es asociada a la presencia de dependencia a dicha sustancia. El alcohol, las anfetaminas, los opiáceos, la cocaína, la nicotina y los sedantes son las sustancias que producen el síndrome de abstinencia, existen pruebas de que la marihuana también lo produce (14).

Las manifestaciones del síndrome de abstinencia en general son: (14):

- ✓ Mareo
- ✓ Sudoración
- ✓ Cefalea
- ✓ Insomnio o somnolencia
- ✓ Aumento de apetito y del peso
- ✓ Estreñimiento
- ✓ Temblor
- ✓ Hipotensión arterial y descenso en la frecuencia cardiaca
- ✓ Aparición del craving (deseo irrefrenable)
- ✓ Cambios del estado de ánimo (ansiedad, depresión, irritabilidad)

- ✓ Disminución de la atención

Para conocer mejor el comportamiento de las SPA en el organismo, se hará una descripción de cada grupo en las que se encuentra clasificadas. Aunque se mencionan algunos aspectos clínicos y bioquímicos, se hará especial énfasis en los aspectos generales de las sustancias.

### **3.2.2.3.1. Alcohol**

Principalmente se habla del etanol o alcohol etílico, que es un compuesto de bajo poder adictivo considerando solo sus efectos farmacológicos, se necesitan gramos de alcohol, mientras que otras sustancias solo son miligramos. A diferencia de otras sustancias esta “es un tóxico celular, lo que conlleva a que cause graves alteraciones en un gran número de órganos, incluyendo el Sistema Nervioso Central (SNC)” (14)

Se sugiere una doble acción de esta sustancia, así en bajas concentraciones actúa como un desinhibitorio, y en altas como un depresor del SNC, la vía dopaminérgica mesolímbica tiene conexiones fuertes con la corteza prefrontal, lo que media en el aprendizaje y desarrollo del hábito asociado al consumo, refuerzo que está estrechamente ligado a la acción dopamina. (14)

Ahora bien es el alcohol la sustancia que más problemas sanitarios, sociales, familiares y económicos generan, se debe a la estrecha relación que tiene con nuestras costumbres (en casi todos los países del mundo). El alcohol es utilizado por adolescentes y adultos casi por igual, y es el responsable de hasta un 24% de la carga total de enfermedad que soporta Europa (14).

Dentro de las consecuencias de su ingesta frecuente están la demencia, trastornos psicóticos, ansiedad, depresión y alteraciones del sueño entre otras. El síndrome de abstinencia está dividido en tres fases, de las cuales la más peligrosa es la tercera que recibe el nombre de Delirium tremens, que al ser tratada de forma incorrecta puede alcanzar una mortalidad hasta del 20% (14)

El alcohol se considera la puerta de entrada o precursor del consumo adictivo de otras sustancias psicoactivas.

### **3.2.2.3.2. Tabaco**

La adicción al tabaco es una de las mayores causas de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados y en los países en vía de desarrollo es un problema sanitario de proporciones dramáticas (14).

Se han reportado más de 4.000 las sustancias identificadas en la planta y el humo del tabaco, siendo la nicotina la responsable de la adicción. El tabaco, produce trastornos en la salud de los consumidores entre las que se encuentran problemas en los sistemas cardiovascular, gastrointestinal, endocrino-metabólico, nervioso, neuromuscular y efectos sobre la gestación y la coagulación (14).

En el proceso de la adicción a la nicotina se ha encontrado que está estrechamente relacionada con el sistema cannabinoide, de los cuales se conocen hasta el momento dos receptores, el CB1 que se encuentra principalmente en el SNC y el CB2 que están principalmente en las células del sistema inmunitario. El sistema cannabinoide también ha estado implicado en las adicciones al cannabis, el alcohol, la cocaína, el éxtasis y los opiáceos (14).

### **3.2.2.3.3. Cannabis**

Esta es la sustancia psicoactiva ilegal más producida y más traficada en el mundo, por lo que también es la más consumida, se debe a ciertas circunstancias, en primer lugar tiene una percepción de riesgo baja, debido a que hay información a veces mal interpretada o errónea sobre propiedades terapéuticas y en segundo lugar los medios de comunicación han sido 'buenos' con esta sustancia, lo que ha llevado al desconocimiento sobre las características reales de dicha sustancia (14).

De los más de 400 componentes del cannabis, unos 60 son cannabinoides, de los cuales el tetrahidrocannabinol (TCH) es el responsable de los efectos psicoactivos y se considera que sus efectos implican directamente al sistema endocannabinoide, que está estrechamente relacionado con el mecanismo de recompensa, lo que produce los mismos efectos crónicos que otras sustancias de abuso como la cocaína, los opiáceos o el alcohol; sin embargo uno de los principales peligros de esta sustancia está en un marcado síndrome amotivacional (14).

Finalmente se debe tener en cuenta que de acuerdo a los datos aportados en los últimos años, se muestra un evidente alza en el consumo y problemas relacionados con esta sustancia, por lo cual es adecuado intensificar las acciones dirigidas a reducir y evitar su consumo (14)

#### **3.2.2.3.4. Cocaína**

Sustancia que hizo a Colombia protagonista, ya que llegó a ser el principal productor y traficantes como Pablo Escobar mancharon la historia de Colombia con violencia, terrorismo y otras consecuencias que apenas si podemos decir nos hemos recuperado de ellas. Sin embargo aún sigue siendo el psicoestimulante más consumido del mundo (14).

Existen tres tipos de consumidor de esta sustancia, primero 'el elitista' que es aquel que consume la sustancia como parte de su profesión en la música, los negocios, el arte, etc. El segundo grupo de estos lo componen los del uso 'recreativo' que se hace en ambientes de ocio y festejo y finalmente el 'policonsumidor' que tiene un uso más regular de la sustancia que los dos anteriores y cuya vida diaria suele estar relacionada en ambientes de drogodependientes. No se puede olvidar que muchos de los consumidores de las primeras categorías pasan a formar parte de la tercera categoría cuando se alejan de su profesión o la diversión citados (14).

Las acciones de esta sustancia se da por la vía mesocorticolímbica del sistema dopaminérgico, que es el encargado de los efectos reforzantes de recompensas naturales y la experiencia de placer.

Es conocido que esta sustancia causa neuroadaptación es decir, cambios en el funcionamiento del cerebro por el daño que se produce en las neuronas, las cuales en un intento por restaurar su función activa la necesidad del consumo, incrementando la necesidad de consumo; esta dependencia es más difícil de vencer, conllevando casi siempre a la obligatoriedad de un plan farmacológico para el tratamiento (14).

Las muertes por sobredosis de cocaína son de las más altas entre las drogas de abuso ilegales (14)

### **3.2.2.3.5. Alucinógenos, anfetaminas y drogas de síntesis**

Son sustancias farmacológicamente activas que alteran la conciencia, a menudo de forma dramática e impredecible, llamadas también psicotomiméticos debido a que alteran las funciones cognitivas y de la personalidad que hace que se mimetice con cuadro de psicosis (14).

Muchas de estas sustancias son drogas de diseño, es decir que tienen su origen en los laboratorios a partir de drogas ilegales ya existentes, una de las más conocidas es el llamado “éxtasis”, muy conocido por la neurotoxicología alta que tiene. (14).

Por otra parte las anfetaminas producen un efecto de tolerancia rápidamente, por lo que se necesitan dosis cada vez más altas para conseguir el mismo efecto. Aunque no se produce dependencia física a estas sustancias, su uso recreativo explicaría la habituación a ellas (14).

La dietilamida del ácido lisérgico también conocido como LSD, se encuentra entre de los alucinógenos. Su patrón de uso es también ocasional y no presenta síndrome de abstinencia, sin embargo están asociadas a policonsumos. En ocasiones los consumidores muestran reacciones adversas lo que es comúnmente llamado ‘mal viaje’ lo cual dura algunas horas, en la mayoría de los casos no se necesita el uso de psicofármacos para revertir sus efectos. (14).

### **3.2.2.3.6. Inhalantes**

La inhalación deliberada de compuestos volátiles o disolventes como se les llama a algunos de esta lista, se hace a través de oler o esnifar los vapores de estos compuestos, que tienen en común vaporarse rápidamente a temperatura ambiente y que produce una alteración deseable en la función cognitiva y es mínimamente irritable a las mucosas o pulmones. Se presentan tres formas de uso, la primera denominada “sniffing” se refiere a la inhalación directa de los vapores a partir del contenedor. La segunda es el “huffing” que indica la inhalación de los vapores a partir de una tela que está saturada de la sustancia y es colocada cerca o sobre la boca y la nariz; también está el “bagging” que se refiere a la inhalación y exhalación en una bolsa que lleva dentro una pequeña cantidad de la sustancia. (14).

Los consumidores comienzan con sniffing, pero desarrollando una tolerancia continúan hacia el huffing para terminar en el bagging, sin embargo, esta adicción es abandonada rápidamente, aunque puede haber algún grado de permanencia en la vida, lo que si se nota es que la iniciación de este consumo precede a un abuso múltiple de sustancias más fuertes como heroína, cocaína y anfetaminas (14).

Es posible que policonsumidores al no encontrar la droga de preferencia utilicen los inhalantes gracias a su fácil consecución y bajos precios en relación a otras drogas de abuso (14).

La intoxicación aguda por inhalantes tiene tres fases que son entendidas para todas las sustancias, aunque varía la intensidad en algunas de ellas, la primera es la fase de *embriaguez* con síntomas de falso autocontrol, grandeza, omnipotencia, desinhibición y euforia, marcha inestable, incoordinación entre otros (14).

La segunda fase de la intoxicación aguda es la fase *alucinatoria*, que presenta alteraciones sensorio-perceptivas de tipo visual, auditiva y temporal, pudiendo incluso tener alucinaciones visuales, auditivas o táctiles; en esta fase pueden presentarse autolesiones o heterolesiones con conductas suicidas u homicidas. La tercera fase es la de *coma y posible muerte* pues el consumo de altas dosis produce enlentecimiento psicomotor, debilidad muscular y somnolencia que puede llegar al estupor o el coma; puede producir paro cardíaco, paro respiratorio, edema agudo de pulmón y fibrilación ventricular que llevan a la muerte. (14)

Algunas de las alteraciones psicopatológicas en las fases de intoxicación aguda o como efecto del consumo crónico son los trastornos psicóticos, trastornos ansio-depresivos, cambios de la personalidad y déficit o deterioro cognitivo. (14)

### **3.2.2.3.7. Tranquilizantes o Benzodiazepinas**

Son agentes farmacológicos empleados en el tratamiento de diversos trastornos de ansiedad, desarrollados en los sesenta, fueron entre 1965 y 1975 los fármacos más prescritos en todo el mundo, se llegaron a conocer como “las pastillas de la felicidad”. (14)

La adicción a estas sustancias se denota por un patrón destructivo de abuso continuado y compulsivo de este tipo de principios activos con

consecuencias negativas contrastadas, además la incorrecta formulación médica de dichos medicamentos ha ayudado a elevar el número de consumidores, además de la falsificación de fórmulas médicas para obtenerlos. (14)

Se puede diagnosticar la adicción si se cumplen tres o más de los siguientes factores. (14)

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir sus tranquilizantes, sedantes o hipnóticos.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de sus tranquilizantes, sedantes o hipnóticos.
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia reduzca o cese.
- d) Se presenta una tolerancia.
- e) Abandona progresivamente otras fuentes de placer o diversión por el consumo de sus tranquilizantes, sedantes o hipnóticos.
- f) Persistencia de consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.

### **3.2.2.3.8. Opiáceos**

Son compuestos que poseen propiedades farmacológicas de gran interés terapéutico y han sido utilizadas ampliamente en clínica, sobre todo por sus efectos analgésicos. (14)

Los opiáceos tienen afinidad selectiva por los receptores opioides y poseen la capacidad de producir, entre otras acciones, analgesia y dependencia farmacológica. Esta última está relacionado, como el de otras sustancias de abuso, con la activación del sistema hedónico o de recompensa, donde la vía corticomesolímbica está especialmente implicada. (14).

Los opiáceos más utilizados, tanto en sustancias de abuso como en la clínica de las adicciones y el dolor pueden ser naturales, como la morfina y la codeína; semisintéticas, como la diacetilmorfina (DAM) o la heroína, la buprenorfina, la naloxona y la naltrexona; y, sintéticas, como la metadona, la

levo alfa acetilmetadol (LAAM), el fentanilo, la loperamida, el dextrometorfano y la pentazocina. (14).

Se conocen tres receptores a los que tiene afinidad:

- a. Receptores Mu: presentes en las células del sistema límbico, especialmente en el núcleo accumbens, en el área tegmental ventral, en el hipotálamo y en la hipófisis. A éste se une con alto grado de afinidad la b-endorfina, un metabolito de la heroína, la morfina y la metadona. El receptor media acciones tipo analgesia, a nivel espinal y supraespinal como miosis, depresión respiratoria, inhibición del peristaltismo intestinal, euforia y dependencia. (14).
- b. Receptores Delta: están presentes en el sistema nervioso periférico y en el SNC y se ven involucrados en la analgesia supraespinal y espinal, especialmente en el dolor de origen térmico. A éste se une la b-endorfina. La heroína, la metadona y la codeína tienen una actividad intrínseca parcial en el receptor. (14).
- c. Receptores Kappa: presentes en mayor proporción en el sistema nervioso periférico, pero también en el SNC. Su activación produce disforia, analgesia y efectos de tipo psicotomométicos, como la despersonalización y desorientación. (14).

La heroína es soluble en agua se presenta mayormente como la vía de administración la inyectada, aunque debido a las enfermedades de transmisión por este medio, sobre todo el VIH, últimamente ha crecido el número de consumidores que la fuman o la esnifan (14).

### **3.2.3. Prevención de Sustancias Psicoactivas**

Para abordar el tema se mencionarán las teorías y modelos explicativos del consumo de sustancias psicoactivas que son las bases para la formulación de las estrategias y objetivos del programa, lo que deberá encausar los recursos de diferente índole hacia la consecución del programa preventivo en cualquiera de los ambientes propios del ser humano y sus diferentes roles en la vida.

Las teorías y modelos explicativos del consumo de droga pueden agruparse en tres, 1) teorías y modelos parciales o basadas en pocos componentes, 2)

teorías y modelos de estadíos y evolutivas, y 3) teorías y modelos interpretativos y comprensivos. (14)

Las teorías y modelos parciales o basadas en pocos componentes se caracterizan por explicar el consumo de sustancias psicoactivas con muy pocos elementos o componentes, como las teorías y modelos biológicos donde se reduce la explicación del trastorno a una causa fundamentalmente biológica y la hipótesis de la automedicación, así como el modelo de creencias de salud y de competencia. Teorías del aprendizaje mediante el condicionamiento clásico, operante y aprendizaje social señalan que la adicción sigue unas leyes como fenómeno de adquisición. Desde los años setenta aparecieron las teorías de actitud-conducta que señala la actitud como causa y la drogodependencia como efecto.

Dentro de las teorías de estadíos y evolutivas se encuentra la de Kandel, es la más conocida e indica que existen cuatro etapas por las que pasan los consumidores de drogas ilegales: a) cerveza o vino, b) cigarrillos o licores, c) marihuana y d) otras drogas ilegales. Este modelo ha sido comprobado por varios estudios, tanto en hombres como en mujeres y tiene un gran nivel de generalización (14).

Otra de las teorías del segundo grupo es la de Lercha y Di Clemente, donde se tienen cinco estadíos desde el no consumo hasta el mantenimiento del consumo; el de Kim conocido como el proceso de reafirmación de los jóvenes, donde se da gran importancia a la familia como elemento básico de socialización de los valores dominantes de la sociedad; otro de estos modelos es el de *Pigmalión* o modelo de comunicación de expectativas (14).

La teoría de la socialización primaria de Oetting y colaboradores se desprende de la segunda clasificación, donde el consumo de drogas es una conducta problema; si bien se reafirma el sustrato biológico del problema se hace énfasis en el aprendizaje de las conductas problema, dicho aprendizaje se da desde la familia, la escuela y pares. (14)

En el tercer grupo se encuentra las teorías que tienen como objetivo explicar la conducta del consumo mediante la integración de diversas teorías, o el planteamiento de una teoría comprensiva que permita la explicación por sí sola del fenómeno; uno de los modelos más referenciados es el de la promoción de la salud o salud pública, que abarca un gran número de ámbitos de índole sanitario; también está la teoría cognitiva social de

Bandura, que propone la existencia de tres sistemas implicados en la regulación de la conducta: 1) los acontecimientos o estímulos externos, que afectarían a la conducta especialmente en procesos de condicionamiento clásico. 2) las consecuencias de la conducta en forma de refuerzos externos, que operarían a través de los procesos de condicionamiento operante o instrumental. 3) los procesos cognitivos mediacionales como reguladores de aquel estímulo, la percepción de los mismos y la propia influencia que estos ejercerán en la conducta futura (14)

Se podría especificar otros como el modelo del desarrollo social de Catalano, Hawkins y colaboradores; la teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor conocida actualmente como teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes; Botvin ha propuesto un modelo integrado general de la conducta de uso de drogas de corte descriptivo para fundamentar su programa preventivo (14); y se pueden mencionar más pero no es el encargo de este estudio hacerlo, sin embargo tener claro el modelo sobre el cual se trabajará nos permitirá evaluar más acertadamente el programa de prevención y medir por supuesto su alcance y efectividad.

Por otro lado una definición en este tema es que “Prevenir, en el contexto del consumo de SPA y desde el marco de la protección social, significa manejar y gestionar los riesgos a través de estrategias para evitar que los riesgos se manifiesten a nivel individual en la salud, la calidad de vida y el bienestar de los individuos, las familias y comunidades” (15). Este concepto permite trabajar con factores de riesgo y de protección y enmarcar cualquier intervención de prevención dentro de la normatividad vigente y en diferentes esferas en que se desenvuelven las personas.

En el país se viene presentando programas de prevención escolar, comunitaria, familiar y laboral, cada una de ellas con diferencias desde sus conceptos básicos hasta sus estrategias para desarrollarse y alcanzar sus objetivos. Brevemente se describirá algunos aspectos a tener en cuenta que han mostrado ser efectivos en cada una de ellas:

### **3.2.3.1. Prevención escolar**

La prevención escolar es importante por la edad en la que se puede trabajar, además la escuela es un lugar ideal para tener la mayoría de la población. A continuación los principios efectivos de la prevención del abuso de sustancias psicoactivas en iniciativas escolares (14):

- a. Evitar confiar en los programas basados únicamente en el conocimiento, diseñados para proporcionar información sobre las consecuencias negativas del consumo.
- b. Corregir las concepciones erróneas sobre la prevalencia del consumo junto con otras aproximaciones educativas.
- c. Implicar a los jóvenes en intervenciones con pares o con intervenciones que tienen componentes que utilizan pares.
- d. Proporcionar a los estudiantes oportunidades para practicar las nuevas habilidades adquiridas a través de aproximaciones interactivas.
- e. Ayudar a los jóvenes a retener habilidades adquiridas a través de sesiones de recuerdo.
- f. Implicar a los padres en las aproximaciones basadas en la escuela.
- g. Conseguir que exista un compromiso para la prevención del abuso de sustancias en la política de la escuela.

Entre los tipos de contenido que se ofrecen en estos programas estas por ejemplo conocimiento, afecto hacia sí mismo, habilidades de rechazo, habilidades de seguridad, habilidades genéricas, actividades extracurriculares entre otras. (14)

### **3.2.3.2. Prevención comunitaria:**

En este tipo de prevención las acciones están orientadas a la comunidad en general, busca orientar, sensibilizar y propiciar la participación activa de instituciones y organizaciones propias de la comunidad. Se busca definir las necesidades e implementar una política de programas, proyectos y acciones de prevención del consumo de drogas a nivel local (14).

Los principios de estas intervenciones son los siguientes (14):

- h. Corresponsabilidad: concibe el trabajo de la comunidad con la comunidad para la comunidad, es decir, la movilización del capital social del municipio para beneficio de la comunidad, a través del refuerzo del tejido social.

- i. Integralidad: los esfuerzos de coordinación entre sectores de la misma comunidad para que todos apunten hacia el mismo objetivo de prevención, lo que implica una actuación integral en todas y cada una de las áreas de intervención.
- j. Territorialidad: la contextualización de las intervenciones asegura una mayor efectividad y pertinencia de las actuaciones de la comunidad en la prevención de drogas según sus propias necesidades.
- k. Uno de los mayores problemas de los programas comunitarios radica precisamente en la capacidad de participación y grado de involucramiento de la comunidad (14).

#### **3.2.3.3. Prevención familiar:**

La familia ha tenido cambios importantes en el último siglo, se han incorporado nuevas formas de agrupación familiar, sin embargo enfrenta dificultades al interior de las mismas. Pese a todo, la familia sigue siendo el lugar donde el individuo tiene un ambiente de amor y aprobación, donde se dan procesos de aprendizaje de valores afectivos y sociales, lo que hace que la familia sea un agente de prevención eficaz (14).

Dentro de este estilo de prevención hay intervenciones puntuales, con una duración determinada o programas de educación continuada, esto dependerá de las necesidades que se encuentren dentro del grupo de padres. También pueden clasificarse por el contenido en programas de prevención específicos a las drogodependencias y programas inespecíficos de promoción de la salud, de desarrollo y potenciación de las actividades de ocio (14).

Los contenidos de las intervenciones familiares pueden entre otros ser: la psicología del adolescente, procesos de comunicación humana, estilos educativos, información específica sobre las drogas, autonomía y autoestima, entrenamiento en habilidades de comunicación, habilidades sociales y habilidades de negociación y resolución de conflictos. (14)

#### **3.2.3.4. Prevención laboral:**

Las sustancias de abuso conllevan riesgos de tipo laboral, por ejemplo la manipulación de maquinaria o equipos bajo efectos de las sustancias psicoactivas que generan riesgos de lesiones personales o a terceros, baja la

calidad de los productos o servicios, y crea conflictos en el personal que desfavorecen las relaciones y el ambiente de trabajo. Las consecuencias económicas para la empresa, justifica la elaboración de políticas de prevención en las empresas y en general en el ambiente laboral (14).

La prevención laboral es muy escasa en Colombia por lo que todavía falta avanzar el tema, pero en países como España existe una legislación que enmarca la prevención dentro del medio laboral.

El tratado SET de trastornos adictivos plantea un desarrollo de política empresarial de prevención en ocho pasos:

- a. conocer para actuar.
- b. prever la coordinación.
- c. asegurar apoyos.
- d. formar un grupo de seguimiento.
- e. definir objetivos.
- f. establecer un calendario.
- g. informar con un enfoque preventivo.
- h. elaborar y adoptar una normativa interna o reglamento.

En el proceso se hace también espacio para atender los casos de adicción o abuso que se puedan detectar. (14)

La OMS lanzó la propuesta de trabajo en habilidades para la vida para el fortalecimiento de la parte psicosocial de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, aunque en los diferentes ámbitos de prevención no se mencionan la fundación visión activa incorpora dichas habilidades en todas las intervenciones de prevención.

### **3.2.4. Adolescencia**

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU) establece que la adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza

por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. (17)

Definir la adolescencia como la segunda década de la vida permite reunir datos basados en la edad, con el propósito de analizar este período de transición. Actualmente se reconoce que la adolescencia es una etapa independiente de la primera infancia y de la edad adulta, y que requiere atención y protección especial. (17)

Es difícil establecer límites cronológicos para este período; de acuerdo a los conceptos convencionalmente aceptados por la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años). (17).

En Colombia la Ley 1098 de 2006, mejor conocida como el Código de infancia y adolescencia en el artículo 3 define al adolescente como toda persona entre los 12 y 18 años de edad (18)

### **3.3. Marco legal**

La investigación sobre el consumo de sustancias psicoactivas en la población escolarizada del bajo Rionegro santandereano está fundamentada en la siguiente normatividad vigente

#### **3.3.1. Constitución Política de Colombia**

En el artículo 13 indica que todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. (19)

Los artículos 44 y 45 mencionan la protección por parte del estado, la familia y la sociedad de los niños, niñas y adolescentes, dejando claro que los derechos de niños y niñas prevalecen sobre los derechos sobre los demás (19).

### **3.3.2. Ley 30 de 1986**

Por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes y se dictan otras disposiciones define la prevención como el conjunto de actividades encaminadas a reducir y evitar la dependencia (20).

### **3.3.3. Resolución 8430 de 1993**

Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. La investigación está de acuerdo con la resolución anteriormente mencionada la cual enfatiza en el respeto y la dignidad, el consentimiento informado entre otros, en nuestro caso los estudiantes de las Instituciones educativa Juan Pablo II y Carlos Julio García. Así mismo podemos decir que La investigación "Juventud Levanta el vuelo" que presentamos está clasificada como una investigación sin riesgo de acuerdo como se especifica en los artículos 8 al11 de la resolución en mención (21).

### **3.3.4. Ley 375 de 1997**

Por la cual se crea la ley de la juventud y se dictan otras disposiciones. El artículo 5 menciona que el Estado, la sociedad civil y los propios jóvenes crearán condiciones para que la juventud asuma el proceso de su formación integral en todas sus dimensiones. Esta formación se desarrollará en las modalidades de educación formal, no formal, e informal y en su participación en la vida económica, cultural, ambiental, política y social del país. (25)

### **3.3.5. Ley 715 del 2001**

Es valioso para la realizar el programa de prevención del consumo sustancia psicoactivas contar con el respaldo de las entidades territoriales, según el artículo 46 Competencias en Salud Pública, La gestión en salud pública es función esencial del Estado y para tal fin la Nación y las entidades territoriales concurrirán en su ejecución en los términos señalados en la presente ley. Las entidades territoriales tendrán a su cargo la ejecución de las acciones de salud pública en la promoción y prevención dirigidas a la población de su jurisdicción. (23)

### **3.3.6. Ley 1098 de 2006**

El Código de infancia y adolescencia establece que es un compromiso de todos velar por los niños y adolescentes de nuestro país. En el artículo 38 además de lo señalado en la Constitución Política y en otras disposiciones legales, serán obligaciones de la familia, la sociedad y el Estado en sus niveles nacional, departamental, distrital y municipal el conjunto de disposiciones que contempla el presente código (26).

### **3.3.7. Ley 1361 de 2009**

Por medio de la cual se crea la Ley de Protección Integral a la Familia. Para los efectos de esta ley, se entenderá por familia el núcleo fundamental de la sociedad. Se constituye por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla. (27)

La presente ley promueve la asistencia social entendida como las acciones dirigidas a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impiden a la familia su desarrollo integral, así como su protección cuando se atente contra su estabilidad hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva. (27)

También habla de integración social concebida como un conjunto de acciones que realiza el Estado a través de sus organismos, los Entes Territoriales y la sociedad civil organizada a fin de orientar, promover y fortalecer las familias, así como dirigir atenciones especiales a aquellas en condiciones de vulnerabilidad. (27)

### **3.3.8. Decreto 2897 de 2011**

Es pertinente hacer mención del artículo 19 sobre las funciones de la dirección de política contra las drogas y actividades relacionadas. Este decreto orienta la elaboración de propuestas para la prevención de la producción, tráfico y consumo de drogas ilícitas, financiamiento del terrorismo, y demás actividades relacionadas, así como la administración de bienes incautados y en extinción de dominio y demás actividades relacionadas.(29)

### **3.3.9. Ley 1566 de 2012**

Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas. Hace referencia importante para la investigación.

El artículo 1. Reconoce que el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos. Por esta razón se considera que el abuso y la adicción deberán ser tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado, conforme a la normatividad vigente y las Políticas Públicas Nacionales en Salud Mental y para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social. (20)

A su vez en el artículo 6, muestra la importancia de la promoción de la salud y prevención del consumo. El Gobierno Nacional en el marco de la Política Pública Nacional de Prevención y Atención a la Adicción de Sustancias Psicoactivas formulará líneas de política, estrategias, programas, acciones y procedimientos integrales para prevenir el consumo, abuso y adicción a las sustancias mencionadas en el artículo 10 de la presente ley, que asegure un ambiente y un estilo de vida saludable, impulsando y fomentando el desarrollo de programas de prevención, tratamiento y control del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas (20).

### **3.3.10. Ley 1616 de 2013**

Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dicta otras disposiciones. En el artículo 8 sobre las Acciones de Promoción, el Ministerio de Salud y Protección Social dirigirá las acciones de promoción en salud mental a afectar positivamente los determinantes de la salud mental e involucran: inclusión social, eliminación del estigma y la discriminación, buen trato y prevención de las violencias, las prácticas de hostigamiento, acoso o matoneo escolar, prevención del suicidio prevención del consumo de sustancias psicoactivas, participación social y seguridad económica y alimentaria, entre otras (22).

### **3.3.11. Ley estatutaria 1622 de 2013**

Por medio de la cual se expide el estatuto de ciudadanía juvenil y se dictan otras disposiciones en el artículo 8 mencionan que el Estado en coordinación

con la sociedad civil, implementará gradual y progresivamente las siguientes medidas de prevención, protección, promoción y sanción, tendientes a garantizar el ejercicio pleno de la ciudadanía juvenil que permitan a las y los jóvenes realizar su proyecto de vida y participar en igualdad de derechos y deberes en la vida social, política, económica y cultural del país. (24)

### **3.3.12. Ordenanza 031 de 2014**

Hace mención importante sobre la prevención del consumo de sustancia psicoactivas en el departamento de Santander toda vez que contempla en sus objetivos específicos la participación social y comunitaria en los programas de Salud Mental y eventos vinculados al consumo de SPA por medio de la creación de los Comités Provinciales de SPA (28)

Por otra parte se reconocen los Tratados, Convenios y normas internacionales sobre drogas para el desarrollo de esta investigación y como el gobierno nacional las ha aprobado tales como.

### **3.3.13. Convención única de 1961 sobre estupefacientes**

Enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes , la ONU reconoce que las Naciones Unidas tienen competencia en materia de fiscalización de estupefacientes y deseando que los órganos internacionales competentes pertenezcan a esa Organización, concertó una Convención internacional que sea de aceptación general, en sustitución de los tratados existentes sobre estupefacientes, por la que se limite el uso de estupefacientes a los fines médicos y científicos y se establezca una cooperación y una fiscalización internacionales constantes para el logro de tales finalidades y objetivos (31).

### **3.3.14. Declaración política del periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas UNGASS 1998.**

Declaración sobre los principios rectores de la reducción en de la demanda de drogas, dice textualmente que las políticas de reducción de la demanda deberán estar orientadas hacia la prevención del uso de drogas y la reducción de las consecuencias negativas de su uso indebido (32).

Además reconoce en el título IV que las estrategias de reducción de la demanda deberán apoyarse en los conocimientos adquiridos mediante la investigación y en las lecciones derivadas de programas previos (32).

## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1. Universo de Estudio**

El universo de estudio lo constituyen los escolarizados de ambos sexos en edades entre los 10 y 19 años aproximadamente, de las instituciones educativas del bajo Rionegro en el Departamento de Santander. El equipo integrador fue consciente de las implicaciones de tomar el universo, dado el hecho de tratarse de una población que es cambiante toda vez que se presentan incorporaciones, traslados a otras instituciones educativas y deserciones, además es posible que no se contara con el total de la población sujeto de estudio durante el tiempo de recolección de la información. La cantidad total de escolarizados es de 515. Del total del universo se logró captar el 76% lo cual es una muestra más que representativa.

### **4.2. Diseño de la investigación**

La investigación sobre consumo de SPA en la población escolarizada del Bajo Rionegro es cualitativa.

Se aplicó una encuesta a los escolarizados. El instrumento se construyó con la adaptación de la prueba de detección y consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) de la OMS (33), tomando seis de las ocho preguntas del cuestionario y se complementaron con preguntas que indagaban sobre proyecto de vida. El instrumento se revisó por el equipo investigador y se realizó la validación por medio de una prueba piloto aplicando la encuesta a 100 estudiantes de una institución educativa de secundaria, teniendo en cuenta que fueran adolescentes en edades y situaciones semejantes a los sujetos de estudio. Con los resultados se obtuvieron cambios significativos al instrumento siendo más funcional y sencillo a la comprensión de los adolescentes y jóvenes, queda una versión final con 19 preguntas (Ver anexo 1 y 2)

#### **4.2.1. Descripción de las dimensiones de estudio**

- ✓ Proyecto de Vida: significado de proyecto de vida; componentes del plan de vida; elaboración por escrito; claridad en las metas; dificultades para la realización del plan de vida
- ✓ Consumo de SPA: Tipo de sustancia consumida; frecuencia; consumo reciente; consumo en casa; uso por vía intravenosa; presión de grupo.

#### **4.3. Procedimiento**

El equipo de trabajo que conforma la Fundación para la ejecución del proyecto estuvo conformado por 4 profesionales entre ellos un licenciado en Teología, estudiante de especialización en adicciones; una tecnóloga en Atención Prehospitalaria, estudiante de Enfermería y dos contadores públicos. Adicionalmente se tuvo acompañamiento para los encuentros educativos de una auxiliar de enfermería, una técnica en masoterapia y dos jóvenes bachilleres.

La Fundación Visión Activa, elabora la propuesta, establece los objetivos e inicia acercamientos con las instituciones educativas de la región del bajo Rionegro. Las directivas de las instituciones aceptan participar y ceder el tiempo necesario para los encuentros educativos y recolección de la información por medio de la aplicación de la encuesta.

Para la aplicación de la encuesta se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- ✓ Edad entre los 10 y 19 años de edad
- ✓ Estar matriculado en cualquiera de las instituciones educativas participantes
- ✓ No tener impedimentos de tipo cognitivo
- ✓ Buena disposición y declaración de aceptar de forma voluntaria el diligenciamiento de la encuesta

Para los criterios de exclusión:

- ✓ Tener algún impedimento de tipo cognitivo

- ✓ Manifestar la voluntad de no participar en el estudio
- ✓ No responder a las preguntas de orden sociográfico
- ✓ hallarse incoherencias en las respuestas de la encuesta

El ideal era tener el universo de los sujetos de estudio, sin embargo para los días de los encuentros educativos hubo algunas ausencias de estudiantes a clase y en el caso del Colegio Juan Pablo II de San Rafael, el grado undécimo no pudo participar por compromisos académicos previamente adquiridos. Del total de estudiantes se logró la participación de 430 adolescentes. Las encuestas se revisaron minuciosamente y se seleccionan las que cumplen con los criterios de inclusión que contenían la información legible, estas fueron un total de 391.

La aplicación de la encuesta se hizo en el marco de encuentros educativos sobre salud, denominados “encuentros saludables”. Para la actividad se dispuso cuatro estaciones, la primera con los temas ejercicio y agua; en esta, se les dirigía una serie de ejercicios físicos previa enseñanza de la técnica para la toma de frecuencia cardíaca. Posterior a la actividad física se instruía acerca de los beneficios del agua y el ejercicio para la salud. Cada participante tomó un vaso de agua, pasando a la siguiente base.

En la segunda estación con los temas descanso y luz solar, se tomó el peso y talla de los participantes, se explicaba beneficios e importancia del descanso y la luz solar por medio de concejos prácticos, luego por parejas realizaron una relajante sesión de masajes, usando las manos y elementos de madera, todo dirigido por las instructoras.

En la tercera estación aprendían a respirar con técnicas, y eran llevados a reflexionar sobre una correcta forma de alimentación con recomendaciones sencillas para su cuidado personal. Allí mismo se calculó el índice de masa corporal (IMC) de cada participante y en una cartelera informativa con los rangos publicados (tomados de la clasificación de la OMS) cada participante podía conocer su estado nutricional, como primer acercamiento.

La cuarta estación invitó a reflexionar en la importancia de una vida equilibrada enseñándoles conceptos como la temperancia y la esperanza; se les animó a participar de la encuesta, entregando el cuestionario y dando las indicaciones para el diligenciamiento, además se brindó acompañamiento para resolver las inquietudes que pudieran presentarse.

Para finalizar, se entrega un marcador a cada participante para que evalúe toda la actividad en unas carteleras en blanco que se pegaron en un muro, a unos 5 metros de distancia de la actividad para favorecer la libre expresión durante la evaluación.

Cada encuentro culminaba con un delicioso refrigerio para los asistentes, y la tarjeta de registro de las actividades realizadas en la jornada.

Los directivos de las instituciones educativas beneficiadas, expresaron satisfacción por los beneficios para sus estudiantes. Ninguna de las entidades oficiales o privadas de la región se vincularon pese a que se les invitó a participar del proyecto, por lo que se buscaron recursos propios y servicio voluntario de personal idóneo (puede ver los anexos 3, 4, 5 y 6)

## 5. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### 5.1. Encuesta: Relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la proyección de vida de los adolescentes

Para el análisis se agrupan los datos de las dos instituciones educativas participantes, conformando un solo bloque de datos, los cuales se interpretan a continuación.

#### 5.1.1. Datos sociodemográficos:

Los datos sociodemográficos recolectados en este estudio fueron el género, la edad y el grado escolar que cursa actualmente. Se tomaron estos datos por la influencia que tienen sobre los temas de estudio.

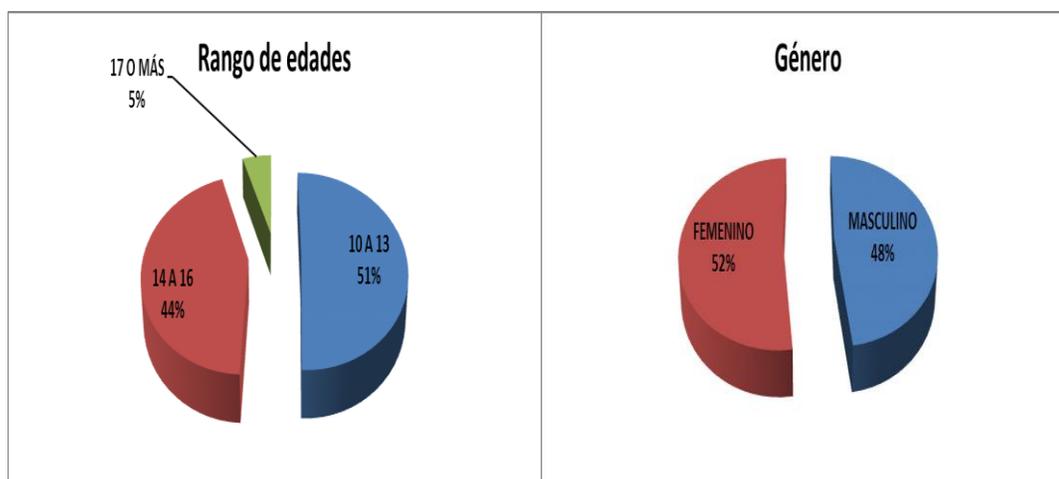


Figura 3 Gráficos Género y Rango de edad

En el género de los participantes se pudo evidenciar que las mujeres son mayoría con una diferencia del 4%. Si se contrasta con las cifras poblacionales del DANE, se puede hallar concordancia

La edad fue agrupada por rangos equivalentes a temprana adolescencia o pubertad entre los 10 y 13 años, adolescencia propiamente dicha de los 14 hasta los 16 años y adolescencia tardía o juventud desde los 17 a los 19 años de edad (17). Los participantes se ubicaron en su mayoría entre los 10 y 13 años de edad (51%); los adolescentes propiamente dichos fueron el 44% y el restante 5% están en la edad de la juventud.

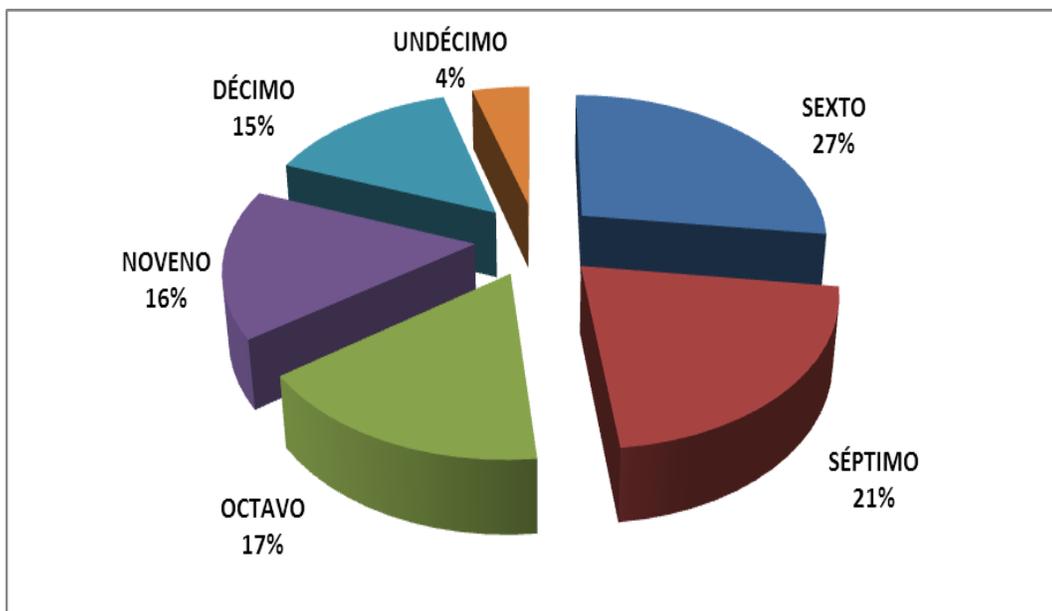


Figura 4 Gráfico Grado escolar

El grado escolar mostró que el nivel educativo es inversamente proporcional a la cantidad de estudiantes, es decir, a mayor grado académico, menor cantidad de estudiantes. Por lo que el 27% de los encuestados estaban en grado sexto, seguido del 21% en séptimo los grados octavos, novenos y décimos están diferenciados por un punto porcentual 17, 16 y 15 correspondientemente; finalmente el grupo undécimo con un 4%; la cifra de grado once refleja solo un grupo que fue encuestado. Lo anterior es concordante con datos registrados en la edad, donde la mayoría de los estudiantes se encuentran en la temprana adolescencia. No se estudiaron los factores de la baja permanencia en el bachillerato.

#### 5.1.2. Proyecto de vida:

En el cuestionario, se dedicaron 10 preguntas al tema de proyecto de vida, donde se indagó por su existencia, es decir si tienen o no proyecto de vida; conformación, cuáles aspectos y prioridades hacen parte de su plan de vida y profundidad que mide la seriedad con la que el encuestado ha preparado su proyecto de vida, que esté escrito, lo revise, haga un plan de mejoramiento personal, entre otros. Vale mencionar que proyecto de vida es un tema amplio, por lo tanto en el instrumento se delimitó a la información que tenía que ver con los aspectos anteriormente mencionados.

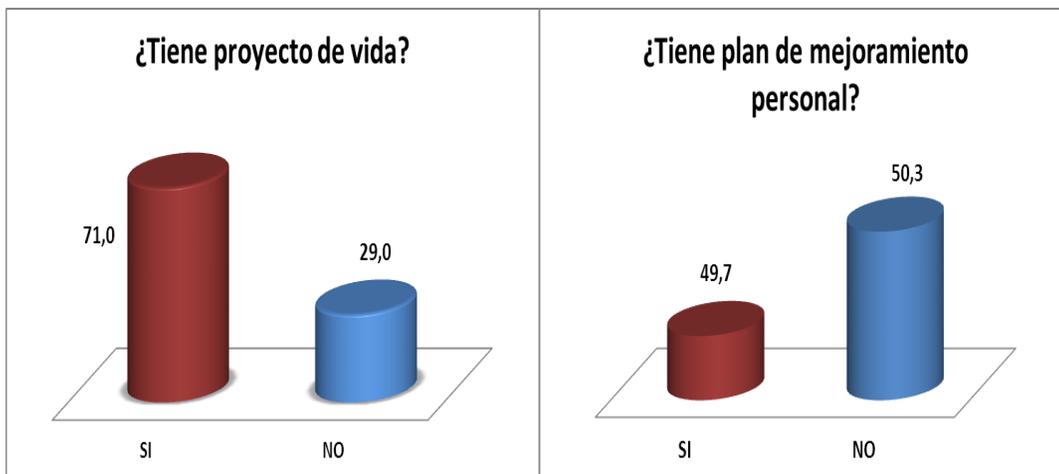


Figura 5 Existencia de proyecto de vida y plan de mejoramiento

Se inició con una pregunta abierta en la que se exploró sobre el *concepto de proyecto o plan de vida*; las repuestas dejaron ver que los menores (44,5%) desconocen su significado al responder “no sé”, o dejar en blanco la respuesta. Otras contestaciones (17,7%) evidencian confusión frente al tema ya que hablan de la salud y la necesidad de ayudar a otros, que se explica por el contexto de los encuentros saludables en los que se diligenció la encuesta.

A la pregunta sobre si *tenía proyecto de vida* el 71% respondieron que sí, igualmente y con una proporción de 69,1% afirman tener *claridad en sus metas* a 3 y 5 años. Al indagar por *la elaboración y escritura del proyecto de vida*, el 37,6% afirmó haberlo hecho. Tomados los datos de existencia de proyecto de vida y claridad en las metas se deduciría que existe el proyecto de vida en la mayoría de los encuestados; no obstante, se evidencia poca claridad sobre el concepto, destacándose la confusión entre el anhelo de trascender en el alcance de unos logros con la proyección de la vida de forma planeada, en otras palabras los encuestados tienen sueños y esperanzas pero no han definido las acciones para llegar a ellos.

Todo proyecto debe tener un *plan de mejoramiento* que surge de la revisión, de los éxitos y las derrotas. Cuando se indaga sobre el plan de mejoramiento el 49,7% responde positivo, Casares & Silíceo, mencionan que un proyecto que no se mejora se pone obsoleto y lo obsoleto no sirve porque ha quedado fuera del contexto en el que se desenvuelve (8).

Al observar las diferencias de los datos entre plan de vida escrito y plan de mejoramiento se refuerza la falta de claridad en la elaboración de un proyecto de vida, lo que hace necesario una formación para los adolescentes en el tema.

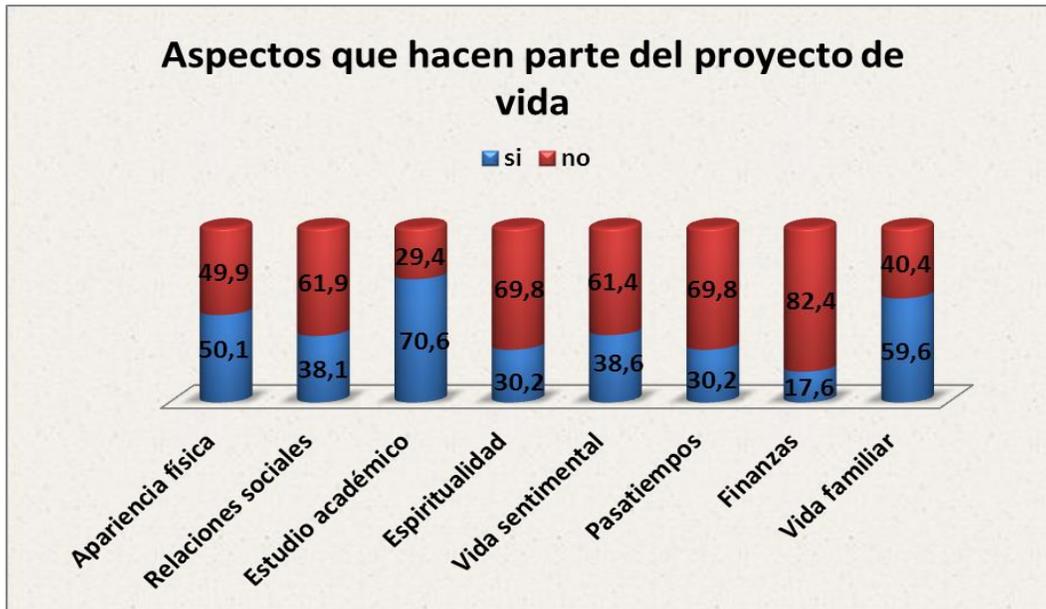


Figura 6 Aspectos del proyecto de vida

En los resultados acerca de los *aspectos del proyecto de vida* los adolescentes contestaron que tiene que ver principalmente con la formación académica (70,6%), le sigue en importancia la vida familiar (59,6%) y la apariencia física (50,1%).

Las aspiraciones de la mayoría tienen que ver con terminar los estudios de secundaria y seguir hacia la educación superior. Esto se refuerza con la respuesta de la pregunta *¿cuándo termines el bachillerato tu planeas?* el 74.4% respondió que irá a la universidad. En cuanto al aspecto familiar dice María Josefa Cañal, “la familia constituye uno de los pocos fenómenos mundiales de la sociedad humana... interviene entre el individuo y la sociedad; y la familia colma sus necesidades afectivas, preparándolo para sus tareas impersonales sin frustración... por ello la familia funciona como estabilizadora del sistema social” (34).

El hecho de que los adolescentes consideren a la familia como elemento importante de su plan de vida muestra una proyección saludable para el

individuo y la comunidad en la que tendrá influencia. En el bajo Rionegro es importante incluir a la familia en cualquier programa de prevención que se llevara a cabo, dada la relevancia que tiene el núcleo de la sociedad.

En cuanto a la apariencia física la respuesta de los adolescentes es normal, así lo confirman Coleman y Hendry en la Psicología de la adolescencia mencionan reiteradamente el valor de la apariencia física en la autoestima y el auto concepto, dos elementos básicos en el desarrollo psicológico del adolescente (35).

Los encuestados consideran el aspecto financiero algo de menor importancia, una de las razones es la falta de formación frente al tema, lo que también influye en la replicación de la concepción de pobreza que prevalece en la región. El decreto 457 de 2014, establece que la educación económica y financiera constituye un tema que debe ser abordado en los establecimientos educativos, como herramienta para proceso de construcción ciudadana, para que reconozcan las diversas relaciones que establece el ser humano con el manejo de los recursos para el bienestar común e individual. (36)

El 55,9% se *consideran exitosos*; el éxito puede atribuirse al hecho de tener metas claras y más aun a elaborar y escribir el plan de vida. También se relaciona con los aspectos a los que los adolescentes le dan importancia dentro del proyecto de vida. Félix Cortés escribe “planifica tu vida, es decir, tu éxito” y este autor citando a Camilo F. Cruz dice que “las personas de éxito triunfan a propósito; su éxito es el resultado de un plan preconcebido y puesto en marcha”. (37).

Si el éxito está relacionado con la planificación escrita del proyecto de vida, metas claras y planes de mejoramiento, entonces, en los adolescentes se observa confusión, pues más de la mitad de los participantes carecen de uno o más de los componentes en la elaboración de su propio plan de vida.

## Planes al graduarse de bachiller

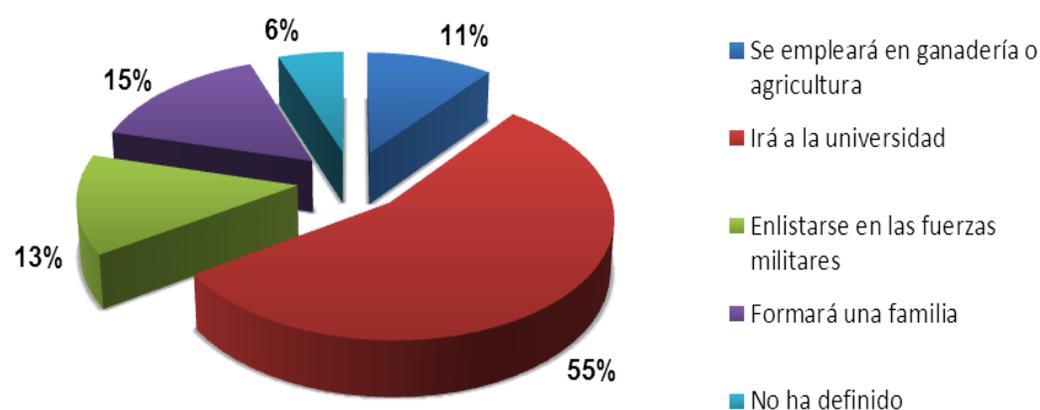


Figura 7 ¿Qué hará después del bachiller?

A la pregunta sobre los *planes al terminar los estudios de educación secundaria y media vocacional*, el 55% respondió que asistirá a la universidad. Al mismo tiempo, se indaga por lo que los adolescentes perciben como *limitaciones para cumplir su plan de vida*, los recursos económicos afloran como la principal de estas limitaciones, el 43,7% de los estudiantes lo respondieron así. Un 15% de los encuestados, califica como limitante el difícil acceso a instituciones de formación superior.

Escrito o no, las encuestas manifiestan el deseo de los adolescentes de continuar sus estudios superiores, como parte de su plan de vida. Sin embargo, la realidad evidencia que factores como la ausencia de instituciones educativas de formación técnica, tecnológica y profesional en la región, los sobrecostos por desplazamientos, a otros municipios o a la capital del departamento, sean obstáculos que prevalecen, en el camino del éxito.

Jairo Fernández Ortega menciona que “...el buen uso del tiempo libre, representa para el ser humano, una necesidad básica, tan esencial como el sueño, la nutrición, el trabajo, que permiten construir un estado de equilibrio psicológico, de integración social y de salud física (Biopsicosocial)” (38). Al respecto se indaga sobre el uso del tiempo libre como elemento que hace parte del plan de vida.



Figura 8 Actividades en el tiempo libre

El 52,4% pasa la mayor parte del tiempo libre en actividades que siguen marcando la tendencia a tener vínculos familiares fuertes, seguido de cerca por aquellos que comparten su tiempo libre con los amigos, pues el 47,3%. Los vínculos familiares proveen factores protectores y de formación del carácter noble y a la vez firme. Así mismo la interacción entre pares, su influencia es positiva en la medida de la habilidad para la toma de decisiones y cómo afronta la presión de grupo.

En la consulta se encontró que 12 de cada 100 estudiantes, trabaja en sus tiempos libres. Al tratarse de adolescentes, menores de edad en su mayoría, se debe considerar un estudio acerca de las circunstancias que llevan a los escolares a trabajar y su impacto en la calidad de vida en ellos.

### 5.1.3. Consumo de SPA

El estudio indagó por el consumo de las sustancias psicoactivas alguna vez en la vida, consumo de los últimos tres meses, el deseo incontrolable de consumir (Craving) de los últimos tres meses; el consumo en la casa del adolescente, la presión para iniciar el consumo y las razones por las que se pudiese llegar al mismo.

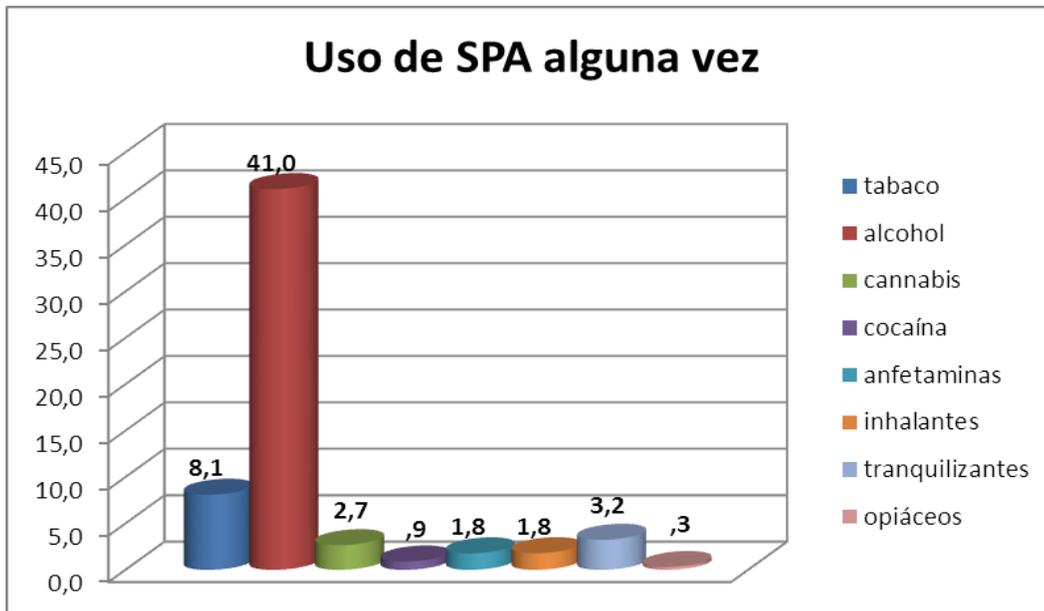


Figura 9 Uso de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida

Uno de los primeros datos muestra que el alcohol es la sustancia más consumida por lo menos una vez en la vida, 144 estudiantes lo han ingerido. En segundo lugar se encuentra el consumo de tabaco con 8,1%. Ocupa el tercer lugar, los tranquilizantes por encima del cannabis. Este último dato llama la atención, toda vez que los estudios existentes no coinciden con el resultado. Es posible que se presente la oferta de estas sustancias con fines terapéuticos o por el contrario, se dé el uso de forma automedicada y con fines recreativos.

El doctor Elisardo Becoña Iglesias, citando a Kandel, habla del fenómeno de escalada del consumo y afirma que existen cuatro fases para el consumo de drogas, que van del consumo de drogas legales a las ilegales: 1) consumo de cerveza o vino, 2) cigarrillos o licores, 3) marihuana, y 4) otras drogas ilegales (39). De forma particular el alcohol, se considera la puerta de inicio para adicciones mayores, además, la población del presente estudio se encuentra el grupo de las sustancias iniciales; el 5,8% de los encuestados ya muestra una escalada a drogas ilegales.

Tabla 3 Frecuencia de consumo en los últimos tres meses

Sustancia	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi a diario
<b>Tabaco</b>	94,4	5	0,3	0,3	0
<b>Alcohol</b>	60,5	28,6	6,4	3,6	0,9
<b>Cannabis</b>	96,4	1,2	1,8	0,6	0
<b>Cocaína</b>	98,8	0,9	0	0	0,3
<b>Otro tipo de estimulantes<sup>4</sup></b>	98,2	1,2	0,3	0,3	0
<b>Inhalantes</b>	98,2	1,5	0	0	0,3
<b>Tranquilizantes</b>	97,9	1,5	0,3	0	0,3
<b>Alucinógenos</b>	99,4	0,3	0,3	0	0
<b>Opiáceos</b>	98,2	1,2	0,3	0,3	0

En la tabla se observa que el consumo de alcohol mantiene la tendencia alrededor del 40% entre quienes lo han ingerido al menos una vez en la vida y quienes lo han consumido en los últimos tres meses. De éstos, la cifra se concentra en consumos episódicos de una o dos veces. Los adolescentes se encuentran en el terreno peligroso del uso habitual, situación que amerita medidas de intervención para frenar el fenómeno de escalada y la incidencia.

<sup>4</sup> Anfetaminas, speed, éxtasis, píldoras adelgazantes y otros



Figura 10 Problemas escolares o laborales por causa del alcohol

La población que hace parte del 6,4% tiene un consumo problemático, es decir, existe la posibilidad de llegar a presentar tolerancia a la sustancia, propiciando el aumento en la frecuencia de consumo. Inquieta el grupo poblacional que consume semanalmente y a diario, mostrando ya señales de abuso del alcohol. Becoña afirma que existe límites prudentes de consumo que en la mujer son menores en comparación con el hombre y muy inferior para el caso de los jóvenes y muy jóvenes (39). El 9% de los encuestados, ha tenido algún inconveniente en sus estudios o trabajo a causa del alcohol, hecho que ratifica lo anteriormente mencionado.

El consumo de tabaco en los últimos tres meses ocupa el segundo lugar, con consumos mensuales y semanales que pueden fácilmente migrar a la adicción, toda vez que el tabaco no tiene consumos problemáticos, solo pasa del uso, a la adicción (14). En otras palabras el 5,6% de los estudiantes están en riesgo de ser adictos al tabaco.

Los mayores consumos se presentan en el alcohol, el tabaco y el cannabis (las otras sustancias no superan el 2% excepto para los tranquilizantes). Estos datos coinciden con estudios a gran escala, como el estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en población escolar del 2011, el cual se aplicó en el ámbito urbano, por lo que se infiere que la situación de consumo en el área rural, tiene un comportamiento similar, situación que

llama la atención, frente a la necesidad de incluir al sector rural en los programas de prevención, mitigación y atención de SPA.

Se observó en el rango de 10 a 13 que el consumo de SPA está entre las sustancias legales. 5 estudiantes han consumido tabaco y 51 estudiantes alcohol. En contraste, en el rango de edades de 14 a 16 años de edad, 21 estudiantes han consumido tabaco y 79 ingirieron alcohol, siendo el grupo etario con mayor consumo. Comparado con el resultado del estudio de la fundación Pfizer de España, establecen la edad promedio para el inicio del consumo de alcohol en 13,7 años de edad. (40)

Por otra parte, entre los 14 y 16 años de edad se aumenta cuatro veces el consumo de tabaco y tiende al aumento el consumo de alcohol, lo que se puede explicar mediante el fenómeno de escalada, pasando de un inicio temprano de alcohol al consumo del tabaco y a otras sustancias ilegales.

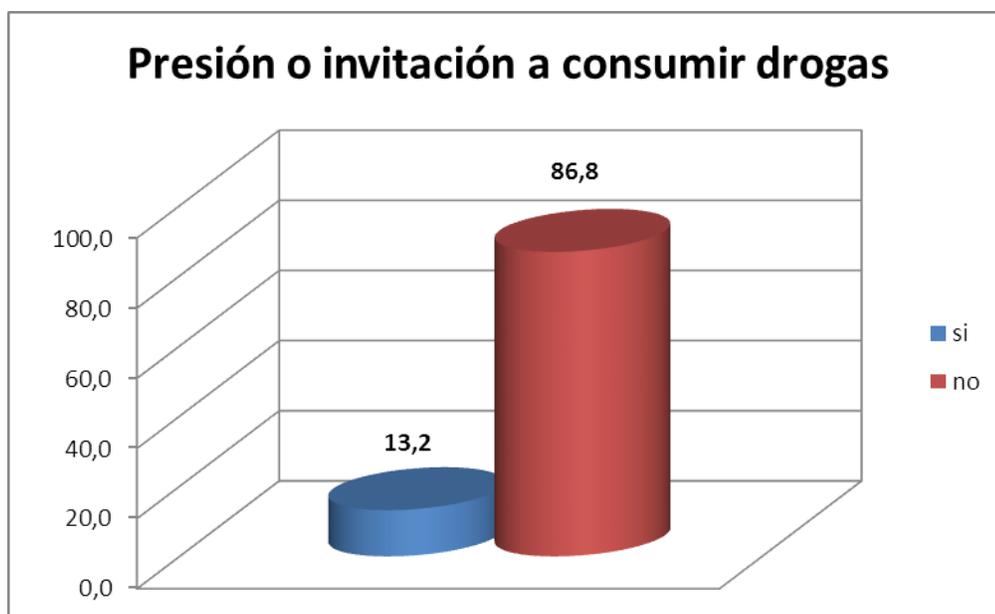


Figura 11 Presión o invitación a consumir SPA

La invitación o presión de grupo para iniciar el consumo de SPA fue referido por 49 escolares. Se reitera la importancia de la formación en habilidades para la toma de decisiones en los adolescentes.

El hogar es el punto de partida en la formación por la palabra y el ejemplo. El uso de sustancias en la casa es uno de los factores de riesgo más potentes para el desarrollo del abuso de sustancias entre la descendencia expuesta

(39). La siguiente tabla, muestra la frecuencia de consumo de SPA en la casa de los encuestados.

Tabla 4 Frecuencia de consumo en casa

<b>Sustancia</b>	<b>Nunca</b>	<b>1 0 2 veces</b>	<b>Cada mes</b>	<b>Cada semana</b>	<b>Diario o casi a diario</b>
<b>Tabaco</b>	89,0	5,9	0,9	0,9	3,3
<b>Alcohol</b>	64,6	20,8	7,1	5,1	2,4
<b>Cannabis</b>	97,0	0,6	1,5	0,3	0,6
<b>Cocaína</b>	99,1	0,9	0	0	0
<b>Otro tipo de estimulantes<sup>5</sup></b>	97,0	2,1	0,6	0,3	0
<b>Inhalantes</b>	97,9	1,8	0,3	0	0
<b>Tranquilizantes</b>	96,4	2,7	0	0,3	0,6
<b>Alucinógenos</b>	99,1	0,9	0	0	0
<b>Opiáceos</b>	99,1	0,9	0	0	0

El alcohol continúa siendo la sustancia más consumida, con el 35%. El consumo diario en casa, es tres veces mayor que el reportado por los individuos encuestados.

El consumo diario o casi diario de tabaco y marihuana se duplican en comparación con el consumo de los adolescentes. Se nota una orientación hacia el consumo de SPA en los adolescentes, mediado patrones de uso y abuso en sus hogares. La familia debe incluirse en los procesos de prevención.

<sup>5</sup> Anfetaminas, speed, éxtasis, píldoras adelgazantes y otros

Otro de los indicadores que hay sobre consumos problemáticos de SPA es el craving o deseos fuertes de consumo. La siguiente tabla muestra esos deseos en los últimos tres meses y su frecuencia de aparición.

Tabla 5 Frecuencia de aparición de Craving

Sustancia	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
Tabaco	94,3	3,9	0,9	0,3	0,6
Alcohol	76,9	17,4	2,1	2,7	0,9
Cannabis	96,4	1,5	0,6	0,9	0,6
Cocaína	98,8	0,3	0,6	0	0,3
Otro tipo de estimulantes <sup>6</sup>	97,6	1,2	1,2	0	0
Inhalantes	97,9	1,5	0,3	0,3	0
Tranquilizantes	97,6	1,8	0,6	0	0
Alucinógenos	98,8	0,9	0	0,3	0
Opiáceos	98,5	1,5	0	0	0

Nuevamente el alcohol está encabezando la lista como la sustancia que más produce deseos fuertes de consumo; le sigue el tabaco y el cannabis. Esta última sustancia muestra un craving diario o casi diario igual que el del tabaco. No se encontraron estudios a nivel nacional que permitieran comparar este comportamiento.

#### 5.1.4. Relación entre consumo de SPA y proyecto de vida

Los adolescentes encuestados tienen dificultades en el concepto y elaboración de su proyecto de vida, algunos tienen la idea, pero no está estructurado. Cuando faltan metas claras y planes de mejoramiento, los

<sup>6</sup> Anfetaminas, Speed, éxtasis, píldoras adelgazantes y otros

adolescentes son más vulnerables no solo en el terreno de las SPA. Becoña menciona que la asistencia a la iglesia, la afiliación religiosa, así como el buen rendimiento académico y aspiraciones para el futuro, constituyen factores protectores frente al consumo de drogas (39).

Dentro de los factores de protección se mencionan entre otros: apego a la comunidad y la familia, mayor religiosidad, actitudes positivas frente a la escuela.

Antes de los 16 años de edad, los menores ya han consumido o están consumiendo alguna sustancia (especialmente alcohol y tabaco), algunos con serios indicios de dependencia. Se asocia a la dependencia del alcohol, bajo rendimiento académico. Este a su vez impulsa de SPA, creando el círculo disoluto que fortalece el consumo.

Se le atribuye al alcohol el 5,9% de las muertes mundiales (42). El tabaco cada año cobra la vida de casi 6 millones de personas, de las cuales, más de 5 millones son consumidores y más de 600.000 son fumadores pasivos (43).

El alcohol, el tabaco y demás sustancias psicoactivas, predisponen a la enfermedad y la muerte prematura, entorpece las facultades del hombre, despersonaliza y disminuye las motivaciones personales. La realización de un proyecto de vida, por lo tanto pierde interés, o se inhabilita para ejecutarlo. El 40% de los encuestados tienen dificultad para la realización plena de sus aspiraciones; porque consumen SPA.

Los niños, niñas y adolescentes escolarizados y no escolarizados encabezan la lista de grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad al consumo de SPA y a los cuales los programas de prevención deben estar dirigidos en forma prioritaria (44). Se debe trabajar en los niveles macro social, micro social y personal. Hace parte del nivel macro social la cultura del consumo del alcohol como agente socializador, las deficiencias en la educación específicamente en la transición de educación media vocacional a una educación superior, la falta de gobernabilidad para los adolescentes del municipio de Rionegro, entre otras. (45).

A nivel micro social la familia se convierte en el ambiente señalado más cercano al adolescente pues el 52,4% dice pasar más de su tiempo libre con su familia, pero al mismo tiempo se halla que el consumo problemático de las sustancias psicoactivas en casa sobrepasa y en algunos casos triplica el

consumo de los adolescentes; por lo que se debe generar un ambiente desde la familia de apoyo a la elaboración de los proyectos de vida, como un elemento de progreso familiar (45).

A nivel personal el mejorar las capacidades del adolescente para responder a la presión de grupo, los cambios propios de la edad, las dificultades en casa y otras vivencias que exponen al consumo de SPA, se encuentran entre los desafíos que todo programa de promoción de la salud y prevención del consumo de drogas debe tener. (45).

Debe protegerse a los adolescentes del consumo de cualquier tipo de sustancia psicoactiva, sea legal o ilegal. El estado debe priorizar a las poblaciones, como la población objeto del presente proyecto, que se encuentran en vulnerabilidad o riesgo de sufrir problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. (45)

Finalmente se encuentra que programas de prevención universal desde los anteriores ejes, tienen contenidos transversales para la prevención de otros problemas juveniles, como los de la salud sexual y reproductiva, el suicidio y violencia juvenil entre otros. Que pueden ser plenamente identificados como factores desfavorables para la plena realización de los adolescentes y al mismo tiempo limitantes u obstáculos para la ejecución de planes de vida que promuevan el mejoramiento de la calidad de vida personal, familiar y comunitaria.

## 6. CONCLUSIONES

- ✓ El municipio de Rionegro carece de una política pública sobre el consumo sustancias psicoactivas, que promueva el desarrollo en materia de prevención, atención y mitigación de esta problemática social.
- ✓ Los estudiantes de las instituciones educativas encuestadas tienen dificultades para definir y elaborar su proyecto de vida.
- ✓ El alcohol y el cigarrillo no son percibidos como sustancias psicoactivas, lo que disminuye la percepción del riesgo del consumo, subestimando las consecuencias a nivel individual, familiar y social para las personas que habitan en la región del bajo Rionegro.
- ✓ Las instituciones educativas carecen de programas de prevención en el consumo de sustancias psicoactivas adecuados.
- ✓ Se evidencia el consumo SPA en los estudiantes de las instituciones educativas del bajo Rionegro. Así mismo, se identifican múltiples factores de vulnerabilidad que pueden llevar a los escolares al consumo de sustancias psicoactivas
- ✓ Los adolescentes encuestados valoran las relaciones familiares, lo que constituye un factor protector, en la prevención del consumo de SPA
- ✓ Los adolescentes que hicieron parte de la investigación, consideran elemental continuar sus estudios de educación superior, como parte de la realización de sus proyectos de vida. Sin embargo, las condiciones son desfavorables, por la ausencia de instituciones en la región, desconocimiento en la oferta y recursos económicos.
- ✓ Se evidencian factores deteriorantes que aumentan el riesgo de que los adolescentes incurran en el inicio o abuso de consumo de SPA.
- ✓ Se evidencia en los resultados de la encuesta, que el alcohol y el tabaco, son la sustancia psicoactiva más consumida, esto debido a que hace parte de la cultura del festejo, los adolescentes y jóvenes son entonces introducidos a esta cultura desde sus mismos hogares.
- ✓ Las sustancias psicoactivas impactan negativamente los planes de vida de los escolares, toda vez que no existen medidas de contención o

mitigación para los que presentan el consumo o de prevención para los que están en riesgo de iniciarlo.

## 7. RECOMENDACIONES

- ✓ La administración municipal, necesita elaborar e implementar una política pública de prevención del consumo sustancias psicoactivas en el municipio de Rionegro.
- ✓ Las instituciones educativas pueden realizar programas de sensibilización mostrando la realidad sobre los efectos del consumo del alcohol y el cigarrillo y promover la formación en habilidades para la vida como herramienta que permita a los escolarizados afrontar las exigencias y desafíos de la vida diaria
- ✓ Fomentar campañas de prevención en el consumo de sustancias psicoactivas de forma continuada, en las instituciones educativas potenciando la elaboración de proyecto de vida desde antes de la adolescencia.
- ✓ Involucrar los entornos familiares y comunitarios en las acciones encaminadas a la prevención de consumo de sustancias psicoactivas.
- ✓ Hacer acompañamiento a los estudiantes y enseñándoles alternativa de estilo de vida saludable.
- ✓ Diseñar estrategias y convenios interinstitucionales que respalden la continuidad de los programas que propendan por el mejoramiento de la calidad de vida de los escolares y habitantes de la región.
- ✓ Es conveniente el apoyar iniciativas que faciliten información sobre la oferta de alternativas de educación superior en las modalidades, virtuales, semipresenciales, para facilitar el acceso a este tipo de educación.
- ✓ Fomentar la creación de espacios de recreación y aprovechamiento del tiempo libre, así como clubes, la casa de la cultura, escuelas deportivas, como estrategia de prevención.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Colombia. Ministerio del Interior y de Justicia. Política Nacional contra las Drogas. [Internet]. [Consultado en 2015 Septiembre 20]. Disponible en: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/wp-content/uploads/2015/04/PoliticaNacionalContraLasDrogas.pdf>
- 2) Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1566, por el cual se dictan normas para garantizar la atención integral a Personas que consumen Sustancias Psicoactivas. [Internet]. [Consultado en 2015 Septiembre 20]. Disponible en: [http://www.epssura.com/files/Ley1566\\_2012.pdf](http://www.epssura.com/files/Ley1566_2012.pdf)
- 3) Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Descentraliza Drogas. Política Nacional de Drogas. [Internet]. [Consultado en 2015 Septiembre 20]. Disponible en: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/project/politica-nacional-contra-las-drogas/>
- 4) Anaya N. et al. Plan Básico de Ordenamiento Territorial del municipio de Rionegro: Dimensión Regional. [Internet]. [Consultado en 2015 Septiembre 20]. Disponible en: <http://cdim.esap.edu.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/pot-rionegro-santander-1999-dimension%20regional.pdf>
- 5) Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Boletín, Censo general 2005, perfil municipal Rionegro. 14/09/2010. 6 páginas. [Internet]. [Consultado en 2015 Septiembre 27]. Disponible en: [https://www.dane.gov.co/files/censo2005/PERFIL\\_PDF\\_CG2005/68615T7T000.PDF](https://www.dane.gov.co/files/censo2005/PERFIL_PDF_CG2005/68615T7T000.PDF)
- 6) Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Visor: Proyecciones de población total por sexo y grupos de edad de 0 hasta 80 y más años 2005 - 2020, libro de Excel Descargable. [Internet]. [Consultado en 2015 Septiembre 27]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/esp/poblacion-y-registros-vitales/proyecciones-y-series-de-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
- 7) Cárdenas, F. Proyecto de Vida. 2008. [Internet]. [Consultado en 2015 Septiembre 27]. Disponible en:

<http://datateca.unad.edu.co/contenidos/356013/LIBRO%20PROYECTO%20DE%20VIDA%20PALMA.pdf>

- 8) Casares, D. Siliceo, A. Planeación de vida y carrera. 2005. [Internet]. [Consultado en 2015 Septiembre 27]. Disponible en: [https://books.google.com.co/books?id=Ar8C8j\\_MhzwC&printsec=frontcover&dq=planeaci%C3%B3n+de+vida+y+carrera&hl=es&sa=X&ved=0CBsQ6AEwAGoVChMI1eyk9b39xwIVSx8eCh3jXQOY#v=onepage&q=planeaci%C3%B3n%20de%20vida%20y%20carrera&f=false](https://books.google.com.co/books?id=Ar8C8j_MhzwC&printsec=frontcover&dq=planeaci%C3%B3n+de+vida+y+carrera&hl=es&sa=X&ved=0CBsQ6AEwAGoVChMI1eyk9b39xwIVSx8eCh3jXQOY#v=onepage&q=planeaci%C3%B3n%20de%20vida%20y%20carrera&f=false)
- 9) Anaya, N. C. Diccionario de psicología. Segunda edición. 2010. Bogotá D. C.: Ecoe Ediciones.
- 10) Velásquez, S. Sistema de Universidad Virtual: Proyecto de Vida [Internet]. [Consultado en 2015 Septiembre 27]. Disponible en: [http://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI\\_Lectura/licenciatura/documentos/LECT105.pdf](http://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Lectura/licenciatura/documentos/LECT105.pdf)
- 11) Organización Mundial de la Salud OMS. Glosario de Términos de Alcohol y Drogas. 1994. [Internet]. [Consultado en 2015 Septiembre 27]. Disponible en: [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)
- 12) Giraldo, A. Clasificación de las Sustancias Susceptibles de Generar Dependencia. [Internet]. [Consultado en 2015 Septiembre 27]. Disponible en: <http://virtual.funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/repositorioarchivos/2012/02/ClasificaciondelasSustancias.1280.pdf>
- 13) American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Madrid: Médica Panamericana. 2014.
- 14) Pérez, J. [et. al]. Tratado SET de Trastornos Adictivos. Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana. 2006.
- 15) Ministerio de la Protección Social. La Prevención y la Mitigación en Manos de las y los Jóvenes. 2013. [Internet]. [Consultado en 2015 Septiembre 27]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Prevenccion%20y%20mitigacion%20JOVENES\\_web.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Prevenccion%20y%20mitigacion%20JOVENES_web.pdf)

- 16) Organización Panamericana de la Salud. Monitoreo y Analisis de los Procesos de Cambio de los Sistemas de Salud Taller San Juan, Puerto Rico Agosto 2005. [Internet]. [Consultado en 2015 Septiembre 27]. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/documents/events/puertorico05/8-magomez-determsalud-pur05.pdf?ua=1>
- 17) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estado Mundial de la Infancia 2011: La adolescencia una época de oportunidades [Internet]. [Consultado en 2015 septiembre 27]. Disponible en: [http://www.unicef.org/ecuador/SOWC-2011-Main-Report\\_SP\\_02092011.pdf](http://www.unicef.org/ecuador/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf)
- 18) Pineda Pérez S; Aliño Santiago M. Manual de prácticas clínicas para la atención de la salud en la adolescencia: El concepto de adolescencia Ciudad de la Habana, Cuba: MINSAP; 2002. [Internet]. [Consultado en 2015 septiembre 27]. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo\\_i\\_el\\_concepto\\_de\\_adolescencia.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf)
- 19) Colombia. Senado de la República. Constitución Política de Colombia. Segunda edición corregida. Gaceta constitucional, 1991.
- 20) Colombia. Congreso de la República. Ley 30 de 1986. Por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacentes y se dictan otras disposiciones. . [Internet]. [Consultado en 2015 septiembre 23]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=2774>
- 21) Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993. Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud. [Internet]. [Consultado en 2015 septiembre 23]. Disponible en: [http://www.urosario.edu.co/urosario\\_files/a2/a24fb07a-f561-4fcc-b611-affff4374bb7.pdf](http://www.urosario.edu.co/urosario_files/a2/a24fb07a-f561-4fcc-b611-affff4374bb7.pdf)
- 22) Colombia. Congreso de la República. Ley 375 de 1997, Por el cual se crea la Ley de la Juventud [Internet]. [Consultado en 2015 septiembre 23]. Disponible en: [http://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-85935\\_archivo\\_pdf.pdf](http://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-85935_archivo_pdf.pdf)
- 23) Colombia. Congreso de la República. Ley 715 de 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias.

- [Internet]. [Consultado en 2015 septiembre 23]. Disponible en: <http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/presupuestogeneraldeplanacion/Normativapresupuesto/Leyes/Ley%20715%20de%20diciembre%2021%20de%202001>
- 24) Colombia. Congreso de la República. Ley 1098 de 2006. Código de Infancia y Adolescencia. [Internet]. [Consultado en 2015 septiembre 23]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22106>
- 25) Colombia. Congreso de la República. Ley 1361 de 2009. Ley de Protección Integral a la Familia [Internet]. [Consultado en 2015 septiembre 23]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=38145>
- 26) Colombia. Departamento Administrativo de la Función Pública. Decreto 2897 de 2011. . [Internet]. [Consultado en 2015 septiembre 23]. Disponible en: [http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto\\_2897\\_2011.htm](http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_2897_2011.htm)
- 27) Colombia. Congreso de la República. 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. [Internet]. [Consultado en 2015 septiembre 23]. Disponible en: [https://www.unodc.org/documents/colombia/Documentostecnicos/Ley\\_1566.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/Documentostecnicos/Ley_1566.pdf)
- 28) Colombia. Congreso de la República. Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. [Internet]. [Consultado en 2015 septiembre 23]. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>
- 29) Colombia. Congreso de la República. Ley Estatutaria 1622 de 2013, Por el cual se expide el Estatuto de Ciudadanía Juvenil y se dictan otras disposiciones [internet]. [Consultado en 2015 septiembre 23]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=52971>

- 30) Colombia. Gobernación de Santander. Lineamientos de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social del Departamento de Santander. 2015
- 31) Naciones Unidas. Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. [Internet]. [Consultado en 2015 septiembre 23]. Disponible en: [https://www.unodc.org/pdf/convention\\_1961\\_es.pdf](https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf)
- 32) [Internet]. [Consultado en 2015 septiembre 23]. Disponible en: [http://www.descentralizadrogas.gov.co//pdfs/politicas/internacionales/Declaracion\\_politica\\_Ppios\\_rectores\\_reduccion\\_demanda\\_UNGASS.pdf](http://www.descentralizadrogas.gov.co//pdfs/politicas/internacionales/Declaracion_politica_Ppios_rectores_reduccion_demanda_UNGASS.pdf)
- 33) Organización Mundial de la Salud. Prueba de Detección y Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST) [internet]. [Consultado en 2015 Septiembre 27]. Disponible en: [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist\\_screening\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf)
- 34) Cañal M. Adicciones, Como Prevenir las en Niños y Jóvenes Décimo novena edición. Bogotá: Grupo editorial norma. 2003. [Internet]. [Consultado en 2015 Septiembre 27]. Disponible en: [https://books.google.com.co/books?id=3ED-He6uM-AC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.co/books?id=3ED-He6uM-AC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
- 35) Jhon C. Coleman y Leo B. Hendry. Psicología de la adolescencia. Cuarta Edición. España 2003 [Internet]. [Consultado en 2015 Septiembre 27]. Disponible en: [https://books.google.com.co/books?id=94Od90KAzNYC&printsec=copyright&hl=es&source=gbs\\_pub\\_info\\_r#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.co/books?id=94Od90KAzNYC&printsec=copyright&hl=es&source=gbs_pub_info_r#v=onepage&q&f=false)
- 36) Colombia. Congreso de la República. Decreto 457 de 2014. Por el cual se organiza el Sistema Administrativo Nacional para la Educación Económica y Financiera, se crea una Comisión Intersectorial y se dictan otras disposiciones. [Internet]. [Consultado en 2015 Octubre 20]. Disponible en: [http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto\\_0457\\_2014.htm](http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_0457_2014.htm)
- 37) Cortés F. Vivir para triunfar: hacia la cumbre del éxito. Gema Editores. España, 2005

- 38) Fundación Latinoamericana de Tiempo Libre y Recreación. II Simposio Nacional de Investigación y Formación en Recreación: Estudio Transversal de la Ocupación del Tiempo Libre y Determinación de Patrones de Comportamiento Frente a la Actividad Física de los Escolares. [Internet]. [Consultado en 2015 Octubre 20]. Disponible en: <http://redcreacion.org/documentos/simposio2if/JFernandez.htm>
- 39) Becoña E. Fundamentos Científicos de la Prevención. Segunda Edición. Madrid: Edita Ministerio del interior Español. Universidad Santiago de Compostela, Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado. 2002.
- 40) Fundación Pfizer. Informe de Resultados del Estudio Sociológico “Juventud y Alcohol”. España: [Internet]. [Consultado en 2015 Octubre 01]. Disponible en: [https://www.fundacionpfizer.org/sites/default/files/pdf/Estudio\\_Juventud\\_Alcohol.pdf](https://www.fundacionpfizer.org/sites/default/files/pdf/Estudio_Juventud_Alcohol.pdf)
- 41) Espada J. Griffin K. Botvin G. Méndez X. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Adolescencia: Consumo de Alcohol y Otras Drogas. Enero – abril 2003, Volumen 23; número 084, España Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos [Internet]. [Consultado en 2015 Octubre 10]. [http://www.researchgate.net/profile/Kenneth\\_Griffin2/publication/39154975\\_Adolescencia\\_\\_consumo\\_de\\_alcohol\\_y\\_otras\\_drogas/links/0deec53754ce5d3a07000000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Kenneth_Griffin2/publication/39154975_Adolescencia__consumo_de_alcohol_y_otras_drogas/links/0deec53754ce5d3a07000000.pdf)
- 42) Organización mundial de la salud, centro de prensa Nota descriptiva N° 349: Alcohol: Enero 2015 [Internet]. [Consultado en 2015 Octubre 10]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- 43) Organización mundial de la salud. Nota descriptiva N° 339: Tabaco Julio 2015. [Internet]. [Consultado en 2015 Octubre 10]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
- 44) Ministerio de la protección social, Dirección general de salud pública. Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto: resumen ejecutivo Abril 2007. [Internet]. [Consultado en 2015 Octubre 08]. Disponible en: [http://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/politDrogas/politica\\_nacional\\_consumo.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/politDrogas/politica_nacional_consumo.pdf)

- 45) Comisión nacional de reducción de la demanda de drogas. Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto. Propuesta operativa [internet] Noviembre 2008. [Internet]. [Consultado en 2015 Octubre 10]. Disponible en: [http://www.cicad.oas.org/Fortalecimiento\\_Institucional/savia/esp/Plan%20NacionalColombia20092010.pdf](http://www.cicad.oas.org/Fortalecimiento_Institucional/savia/esp/Plan%20NacionalColombia20092010.pdf)
- 46). Gobernación del Quindío. Casas de la Cultura. Octubre 2015. [Internet]. [Consultado en 2015 Octubre 21]. Disponible en: <http://quindio.gov.co/secretarias/secretaria-de-cultura/inicio-cultura/casas-de-la-cultura.html>
- 47) Calderon C. Guía 2: Guía para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años. Resolución 412. [Internet]. [Consultado en 2015 Octubre 21]. Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias02.pdf>
- 48) Colombia. Corte constitucional. Sentencia T-890/13. Derecho Fundamental a la educación del menor. [Internet]. [Consultado en 2015 Octubre 21]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/T-890-13.htm>

## ANEXOS

### Anexo 1: Encuesta.

#### ENCUESTA PARA LOS ESTUDIANTES PARTICIPANTES

La presente encuesta tiene como fin identificar la relación que hay entre el consumo de sustancias psicoactivas y la proyección de vida de los adolescentes, en los estudiantes de secundaria de una institución educativa pública del municipio de Rionegro, Santander.

Esta actividad con fines investigativos, es de voluntaria participación. La información consignada en la encuesta es de absoluta reserva y confidencialidad, por lo cual no es necesaria la identificación de los participantes. Agradecemos respuestas con total sinceridad, para la correcta interpretación de los resultados.

Fecha: \_\_\_\_\_ Sexo: 

Masculino	Femenino
-----------	----------

Edad: 

10 a 13	14 a 16	17 o más
---------	---------	----------

Grado escolar: 

6°	7°	8°	9°	10°	11°
----	----	----	----	-----	-----

#### 1. ¿Para ti qué es proyecto de vida?


- |   |    |    |
|---|----|----|
| 2. ¿Tienes proyecto de vida?                            | Si | No |
| 3. ¿Tienes claras tus metas a 3 y 5 años?               | Si | No |
| 4. ¿Tienes planes de mejoramiento personal por escrito? | Si | No |
| 5. ¿Consideras que eres tan exitoso como querías?       | Si | No |
| 6. ¿Has elaborado y escrito tu proyecto de vida?        | Si | No |

7. **¿Te han invitado o presionado para consumir drogas?** Si No

8. **¿Has tenido alguna vez dificultades en el trabajo o el estudio a causa de las bebidas alcohólicas, como beber en el trabajo o colegio, o faltar a ellos?** Si No

9. **Qué aspectos hacen parte de tu proyecto de vida?** (puedes marcar más de una respuesta)

a) Apariencia física

b) Relaciones sociales

c) Estudio académico

d) Espiritualidad

e) Vida sentimental

f) Práctica de pasatiempos

g) Finanzas

h) Vida familiar

i) Otro, Cuál \_\_\_\_\_

10. **Qué limitaciones tienes para hacer realidad tu proyecto de vida** (puedes marcar más de una respuesta)

a) Poco o ningún apoyo por parte de la familia

b) Falta de recursos económicos

c) No hay facilidades para acceder a Educación Superior

d) No encuentro limitante a mi proyecto de vida

e) Otra, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

11. **Cuando termines el bachiller tu planeas** (puedes marcar más de una respuesta)

- a) Obtener un empleo en labores agrícolas o ganaderas de la región
- b) Estudiar en la universidad
- c) Ingresar a las fuerzas militares
- d) Conformaré una familia
- e) Aun no lo he definido
- f) Otra, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**12. ¿A qué actividad dedicas más de tu tiempo libre?**

- a) Paso tiempo con mis amigos
- b) Comparto en familia
- c) Realizo algún trabajo que me genere ganancias económicas
- d) Otra, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**13. ¿Cómo calificas la relación con tus padres?**

- a) Excelente, me entienden y apoyan la mayoría de las veces
- b) regular, hay poca comunicación
- c) Mala, tengo frecuentes conflictos
- d) No vivo con mis padres

**14. A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias has consumido alguna vez? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)**

	NO	SI
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)		

b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)		
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)		
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)		
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)		
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)		
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)		
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, Ketamina, PCP, etc.)		
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, Dolantina/Petidina, etc.)		
j. Otros - especifique:		

**15. ¿Con qué frecuencia has consumido las sustancias que has mencionado, en los últimos tres meses?**

	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)					
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)					

d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)					
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)					
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)					
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/"Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)					
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, Ketamina, PCP, etc.)					
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, Dolantina/Petidina, etc.)					
j. Otros - especifique:					

**16. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido Deseos fuertes o ansias de consumir)?**

	Nunca	1 ó 2 veces	Cada semana	Cada semana	A diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)					
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)					
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)					

e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)					
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)					
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)					
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, Ketamina, PCP, etc.)					
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, Dolantina/Petidina, etc.)					
j. Otros - especifique:					

**17. En tu casa, con qué frecuencia consumen las siguientes sustancias (consumos no médicos)**

	Nunca	1 ó 2 ve	Cada m	Cada s	A diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)					
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)					
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)					
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)					

f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)					
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/"Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)					
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, Ketamina, PCP, etc.)					
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)					
j. Otros - especifique:					

**18.¿ Has consumido alguna vez alguna sustancia psicoactiva (heroína, morfina...) por vía inyectada? (consumos no médicos)**

- a. No, nunca
- b. Si, en los últimos tres meses
- c. No en los últimos tres meses

**19.¿La razón por la que tu probarías alguna sustancia psicoactiva es?**

- a. Curiosidad
- b. Amistad
- c. Salud
- d. Necesidad
- e. Olvidar mis problemas
- f. Presión
- g. Para festejar

h. No consumiría ninguna droga

**¡Gracias por tu colaboración!**

**Recuerda que esta información es confidencial y es importante tu total  
sinceridad**

## **Anexo 2: consentimiento informado**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **Estudio sobre la relación entre el consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) y el proyecto de vida**

Este Consentimiento Informado se dirige a hombres y mujeres escolarizados, que cursan la secundaria básica y media vocacional de la institución educativa Juan Pablo II, quienes son invitados para participar en la investigación sobre la relación entre el consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) y el proyecto de vida.

Como Rector del plantel educativo y responsable de la formación académica y en valores de los jóvenes en mención, lo invitamos a participar con su autorización para ejecución del estudio.

La investigación se está realizando porque queremos conocer si hay consumo de sustancias Psicoactivas en la población sujeto de estudio y su relación con la realización de vida de los mismos. Este estudio nos ayudará conocer la realidad acerca de la presencia o no de hábitos riesgosos de los escolares y a proponer medidas que permitan prevenir el consumo y consecuencias negativas.

A los adolescentes y jóvenes que participen:

- ✓ Le preguntaremos si conocen el significado de proyecto de vida, si tienen o no elaborado su proyecto de vida, acerca de las posibles impedimentos para realizarlo. Además se indagará sobre el consumo de sustancias tanto lícitas como ilícitas, su consumo, frecuencia y razones para consumirlas, entre otras.
- ✓ Le daremos un formulario con preguntas para que los participantes las contesten.
- ✓ Si así lo prefieren los participantes, podemos leer las preguntas en voz alta.

Las preguntas formuladas no tienen respuestas correctas o incorrectas. Los participantes pueden saltar cualquier pregunta si no quieren contestarla.

El formulario tomará alrededor de 15 minutos aproximadamente.

Si alguno decide no participar del estudio nadie le tratará de manera diferente. Podrá participar de las actividades del encuentro educativo preparado por el equipo de la Fundación sobre estilos de vida saludable. En ningún momento se le penalizará. No perderá ningún beneficio. Los escolares pueden dejar de participar en el estudio en cualquier momento. No se les penalizará, tampoco perderán ningún beneficio.

Las únicas personas autorizadas para ver las respuestas son las que trabajan en el estudio y las que se aseguran de que éste se realice de manera correcta.

Las respuestas a la encuesta y una copia firmada de este documento se mantendrán bajo llave en nuestros archivos. Cuando la Fundación Visión Activa comparta los resultados del estudio en la mesa Departamental de Salud Mental de Santander y en la devolución de la información, no se incluirá los nombres de la Institución Educativa para proteger la identidad del mismo. La participación no le generará ningún costo. Participar en el estudio, le ayudará de alguna manera a conocer la realidad sobre el consumo de Sustancias Psicoactivas para plantear propuestas para la prevención.

De acuerdo a la resolución 8430 de 1983 la aplicación de la investigación se clasifica en la categoría sin riesgo; al participar en este estudio los escolarizados, existe la posibilidad de que:

- ✓ Las preguntas le puedan hacer sentir triste o hacerle sentir mal.
- ✓ Alguien pudiera enterarse de que usted participó en este estudio.
- ✓ Podría tener un problema legal si nos cuenta sobre un delito, como el abuso de niños, homicidios, narcotráfico, los cuales tenemos que reportar.

El equipo de la Fundación hará todo lo posible para proteger su privacidad. Para ello se garantiza que ningún dato suministrado por los participantes servirá para la identificación e individualización de los mismos.

Si durante el diligenciamiento de la encuesta o posterior surgen preguntas, se pueden dirigir al señor César Giovanni Bonilla Castro o Ubelia Cortés Ruiz, quienes coordinarán y harán el acompañamiento. Sus teléfonos de contacto son 319 421 01 77 y 315 567 38 77, ellos le ayudarán si alguno de los participantes:

- ✓ Tiene alguna pregunta sobre el estudio.
- ✓ Tiene preguntas sobre sus derechos.
- ✓ Cree que se ha lesionado de alguna manera por participar en este estudio.

También puede llamar a la directora de la Fundación Visión Activa María Cortés Ruiz al teléfono 315 679 84 31 para preguntar sobre este estudio.

Si está de acuerdo con la información suministrada y desea que su institución educativa participe de la investigación le invitamos para que firme este documento. Le entregaremos una copia.

Al firmar este documento está diciendo que:

- ✓ Está de acuerdo con participar en el estudio.
- ✓ Le hemos explicado la información que contiene este documento y hemos contestado todas sus preguntas.

Además usted sabe que los estudiantes del plantel educativo que acepten participar:

- ✓ No están obligados a responder preguntas que no quieran contestar.
- ✓ En cualquier momento, pueden dejar de contestar las preguntas formuladas y por ello no habrá ninguna repercusión (no le pasará nada).

- ✓ Puede llamar a la directora de la Fundación María Cortés Ruiz al teléfono 315 679 84 34, si tiene alguna pregunta sobre el estudio o sobre sus derechos.

---

**Nombre del Rector de la Institución Educativa**

---

Firma

---

Fecha

### Anexo 3

#### ENCUENTROS SALUDABLES

<b>COLECTIVO:</b> Estudiantes de IE			<b>FECHA:</b> Junio 9, 10, 11 y 12 de 2015
<b>LUGAR:</b> IE Bajo Rionegro			<b>HORA:</b>
<b>OBJETIVO:</b> Promover un estilo de vida saludable en los adolescentes y jóvenes por medio de consejos prácticos y sencillos sobre el cuidado de sí mismos.			
FASE DE INICIO	FASE DE DESARROLLO	FASE CULMINATORIA	FASE DE EVALUACIÓN
Formación de estudiantes para dar indicaciones sobre la actividad:	<b>"Disfruta mientras aprendes a cuidarte"</b> Se preparan 4 estaciones las cuales se distribuyen así:	<b>"Expresa tu experiencia"</b>	<b>"Comparte tu aprendizaje"</b>
conformación de grupos de ocho personas por orden de lista	ESTACIÓN # 1: <b>Ejercicio</b> Salto en lazo, aeróbicos Insanity. Se explica el ritmo cardíaco de entrenamiento (se toma FC inicial y luego de la actividad física. (220 – edad)Se dan recomendaciones sobre la importancia del ejercicio. <b>Agua</b> Medición de altura o talla, peso y perímetro de cintura. Mientras se toman las medidas, se brinda una charla sobre cómo purificar el agua. Se da a cada participante una bolsa de agua	En un muro se coloca un pliego de papel bond y marcadores de varios colores.  Se pide a un docente que coordine la actividad en la que los muchachos expresen cómo les ha parecido la actividad, aspectos positivos de aprendizaje y sugerencias para mejorar.	En esta sección se reciben las encuestas que los muchachos han diligenciado.

<p>Se pide que asistan con lapicero, resaltar la importancia de la disciplina para el desempeño de la actividad.</p>	<p>ESTACIÓN # 2: <b>Sol</b>          Se realiza toma medición del peso. Enseñar: protector solar; Sacar los colchones al sol; Baño de sol Antes de las 9:00 a.m. y después de las 4:00 p.m.  <b>Descanso</b>          Masajes por parejas: se entrega un elemento para realizar masajes y se va indicando la forma adecuada para realizarlos. Se enseña sobre las pausas activas e importancia del sueño</p>	<p>Se entrega un refrigerio a cada estudiante independiente de la participación en la actividad</p>	<p>Se exhiben las carteleras elaboradas por los alumnos y se agradece la participación</p>
<p><b>Entrada y Registro:</b> se coloca una fecha grande y un letrero que diga "Registro". Se toman los datos en la tarjeta, y se da la bienvenida a la actividad. Se recibe cada grupo de ocho personas que van a pasar a la primera estación. Se indica que deben llenar la información en las tarjetas en la medida que se realizan las actividades.</p>	<p>ESTACIÓN # 3: <b>Nutrición</b>          Se calcula el índice de masa corporal. (peso/talla<sup>2</sup>). Se explica su interpretación          Se da un vaso con pasa bocas saludable  <b>Aire</b>          Medir capacidad pulmonar con bolsas plásticas. Se explica el ejercicio y se enseñan ejercicios respiratorios</p> <hr/> <p>ESTACIÓN # 4: <b>Temperancia</b>          Reflexión. Se enseña sobre leer libros, escuchar música inspiradora, SE APLICA LA ENCUESTA. <b>Esperanza</b>          Consejería. Se entrega folleto sobre los ocho remedios naturales, libros de salud y esperanza. Se animan a que practiquen su fe, como forma de tener un equilibrio emocional y espiritual</p>		

<b>Recursos:</b>	<b>Recursos:</b>	<b>Recursos:</b>	<b>Recursos:</b>
Tiempo: 5 minutos por grupo	Tiempo: 5 minutos por grupo	Tiempo: 15 minutos	Tiempo:
Materiales: Tarjetas de Registro, lapiceros, fecha y título, mesa y silla.	Materiales: 1200 formatos de registros, 10 lapiceros, Lazo de 10 mts. 2 metros (tallímetro), 1000 bolsas agua, 1 pesa/báscula, 2 cintas métricas (de costurera), 4 masajeadores de madera, 1 masajeador vibración, 1 pesa/báscula, 2 calculadoras, 1000 pasa bocas (granola), 1000 bolsas plásticas de 25*17, 1000 encuestas	Materiales: 20 pliegos de papel bond, 24 marcadores	Materiales: refrigerio
Responsable: María Cortés	Responsable: Luisa Fernanda Suárez, Miladys Corona, Aliria Polo, Ubelia Cortés y César Bonilla	Responsable: Docentes de la institución	Responsable: María Cortés

Anexo 4

Fotografías del Colegio Carlos Julio García: Encuentros saludables







Anexo 5

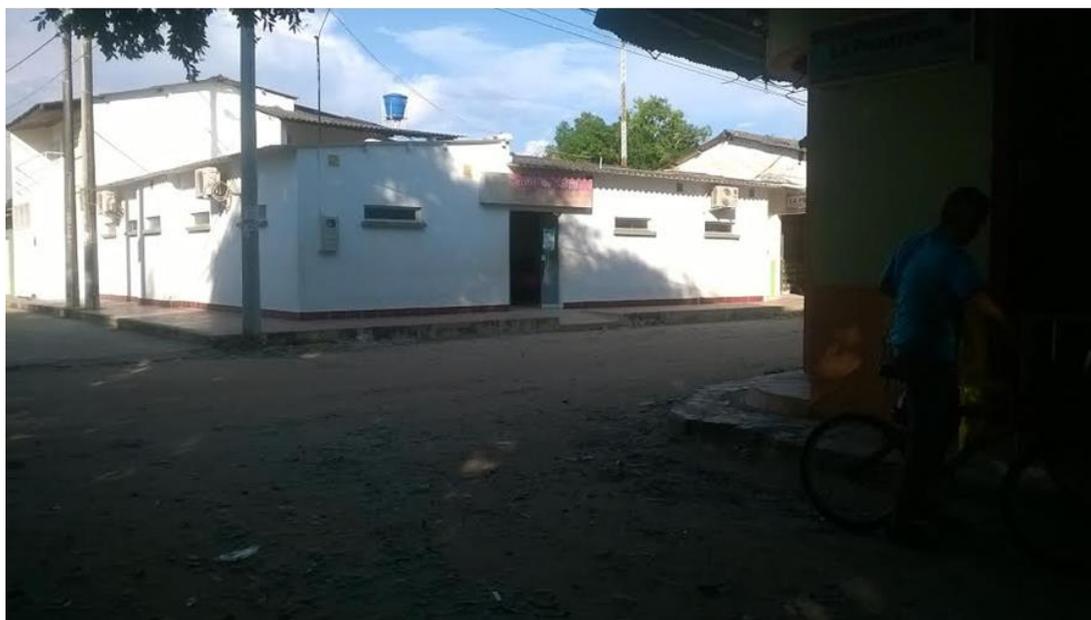
Fotografías del Colegio Juan Pablo II: Encuentros saludables





## Anexo 7

### Fotografías de San Rafael



Arriba: calle del parque principal. Abajo: centro de salud



Arriba: Estación del Ferrocarril. Abajo: vía principal de comunicación intervecinal

## Anexo 8

### Fotografías de Papayal



Arriba: un barrio. Centro: calle principal y de comunicación intervecinal.  
Abajo: estado de las vías