



Revista Hacia la Promoción de la Salud

ISSN: 0121-7577

reprosa@ucaldas.edu.co

Universidad de Caldas

Colombia

Melo-Hurtado, Dora Stella; Jaimes-Valencia, Mary Luz
AUTOEFICACIA, ACTITUD HACIA EL CONSUMO DE DROGAS Y SALUD PERCIBIDA
DE NIÑOS ESCOLARIZADOS

Revista Hacia la Promoción de la Salud, vol. 20, núm. 2, julio-diciembre, 2015, pp. 118-
131

Universidad de Caldas
Manizales, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309143500009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

AUTOEFICACIA, ACTITUD HACIA EL CONSUMO DE DROGAS Y SALUD PERCIBIDA DE NIÑOS ESCOLARIZADOS

*Dora Stella Melo-Hurtado**
*Mary Luz Jaimes-Valencia***

Recibido en Julio 3 de 2015, aceptado en septiembre 13 de 2015

Citar este artículo así:

Melo DS, Jaimes ML. Autoeficacia, actitud hacia el consumo de drogas y salud percibida de niños escolarizados. *Hacia promoc. salud.* 2015; 20(2): 118-131. DOI: 10.17151/hpsal.2015.20.2.9

Resumen

Objetivo: Determinar la autoeficacia, actitud hacia el consumo de drogas y la salud percibida de los niños de 8 a 12 años matriculados en los colegios que participan en la Mesa de Prevención del Uso Indebido de Drogas de la Localidad de Suba. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo exploratorio, que utilizó los instrumentos de Autoeficacia Percibida para Niños de Albert Bandura, Actitud hacia el Consumo de Drogas y Salud Percibida KIDSCREEN-27 a 288 niños de 8 a 12 años de cinco instituciones educativas de la localidad de Suba de Bogotá que participan en la mesa de prevención del consumo de drogas. Los datos fueron analizados utilizando el paquete estadístico SPSS. **Resultados:** Se identificaron mayores niveles de autoeficacia en las niñas y en el grupo de edad de 11 a 12 años. Los niños que alguna vez han consumido drogas se perciben con mayor autoeficacia, también refieren mayores niveles de actitud hacia el consumo y perciben peor su salud que los que no nunca han consumido. **Conclusiones:** Son escasos los estudios que indagán sobre las características del consumo en niños menores de 10 años. Se deben proponer programas integrales de prevención del consumo de drogas en edades más tempranas, haciendo énfasis en autoeficacia autorregulatoria, involucramiento parental, el fortalecimiento del bienestar psicológico y el entorno que rodea al niño en su familia y escuela.

Palabras clave

Autoeficacia, actitud, calidad de vida, niño, promoción de la salud. (*Fuente: DeCS, BIREME*).

* Magíster en Enfermería. Profesor Asistente Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. Autora para correspondencia. Correo electrónico: ds.meloh@javeriana.edu.co

** Doctor en Enfermería. Profesor Titular Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: mjaimes239@unab.edu.co



SELF-EFFICACY, ATTITUDE TOWARDS DRUG USE AND HEALTH PERCEIVED BY SCHOOL CHILDREN

Abstract

Objective: To determine self-efficacy, attitude towards drug use and health perceived by 8 to 12 year-old children attending schools that participate in the Drug Abuse Prevention Table in the locality of Suba, Bogotá. **Materials and Methods:** Descriptive exploratory study, which used Albert Bandura's young children perceived self-efficacy instruments for attitude towards drug use and the perceived health KIDSCREEN-27 questionnaire with 288 children ages 8 to 12 from five schools in the locality of Suba, Bogota involved in the in the Drug Abuse Prevention Table. Data were analyzed using SPSS statistics. **Results:** Higher levels of self-efficacy were identified in girls in the 11-12 age group. Children who have used drugs sometime are perceived with greater self-efficacy, they also report higher levels of attitude towards consumption and perceive their health worse than those who have never consumed. **Conclusions:** There are few studies that investigate the characteristics of consumption in children under 10 years old. Comprehensive drug prevention programs should be proposed at younger ages, with emphasis on regulatory self-efficacy, parental involvement, strengthening the psychological well-being and the environment around the child in his family and school.

Key words

Self-efficacy, attitude, quality of life, child, health promotion. (Source: MeSH, NLM).

AUTO-EFICACIA, ATITUDE PRO O CONSUMO DE DROGAS E SAÚDE PERCEBIDA DE CRIANÇAS ESCOLARIZADAS

Resumo

Objetivo: Determinar a auto-eficácia, atitude pro o consumo de drogas e a saúde percebida pelas crianças de 8 a 12 anos matriculadas nos colégios que participam na Mesa de Prevenção do Uso Indevido de Drogas da Localidade de Suba. **Materiais e métodos:** Estudo descritivo exploratório, que utilizou os instrumentos de Auto-eficacia Percebida para Crianças de Albert Bandura, Atitude pro o Consumo de Drogas e Saúde Percebida KIDSCREEN-27 a 288 crianças de 8 a 12 anos de cinco instituições educativas da localidade de Suba de Bogotá que participam na mesa de prevenção do consumo de drogas. Os dados foram analisados utilizando o controle estatístico SPSS. **Resultados:** Identificaram se maiores níveis de auto-eficácia nas meninas e no grupo de idade de 11 a 12 anos. Os meninos que alguma vez têm consumido drogas se percebem com maior auto-eficacia, também referem maiores níveis de atitude pro o consumo e percebem pior sua saúde que os que nunca têm consumido. **Conclusões:** São escassos os estudos que indagam sobre as características do consumo em crianças menores de 10 anos. Devem se propuser programas integrais de prevenção do consumo de drogas em idades mais ternas, fazendo ênfase em auto-eficácia auto-regulatória, envolvimento parental, o fortalecimento do bem estar psicológico e o entorno que rodeia ao menino em sua família e escola.

Palavras chave

Auto-eficácia, atitude, qualidade de vida, menino, promoção da saúde. (Fonte: DeCS, BIREME).

INTRODUCCIÓN

Uno de los principales problemas de salud pública que está impactando a las colectividades en el mundo, es el uso y abuso de drogas. Este fenómeno es causa de sufrimiento y desesperanza en los individuos y sus familias, afecta el desarrollo humano y los valores fundamentales de la sociedad. En consecuencia, en América Latina y el Caribe el fenómeno de las drogas forma parte importante de la agenda de los temas políticos y de seguridad nacional e internacional, que están siendo tratados por medio de políticas públicas (1). En América Latina se ha detectado que cada día existen más jóvenes que se inician en el consumo y a una edad cada vez más temprana. Esta situación indica que el problema no está resuelto, va en aumento y se ha convertido en una preocupación de gran relevancia social (2).

Diferentes estudios demuestran que el consumo de tabaco se presenta cada vez a edades más tempranas, siendo foco principal la población escolar. La encuesta mundial de tabaquismo en jóvenes, Chile (2003), reporta que la edad de inicio de consumo se encuentra entre los 10 y 12 años de edad. Asimismo, una investigación de la Unión Europea presenta que el mayor índice de consumo de cigarrillos se presenta entre los estudiantes con un 19,2% (3). En Argentina se evidencia una importante proporción de consumo ocasional de sustancias psicoactivas en niños y niñas entre 8 y 12 años, siendo el alcohol la sustancia de mayor consumo. El consumo ocasional de alcohol ya está presente en niños a partir de los 8 años de edad, el cual parece estar asociado a situaciones de pérdida en el contexto familiar; las primeras experiencias de consumo se han realizado en el ámbito familiar y sugieren la necesidad de continuar indagando esta problemática en niños de este grupo de edad (4).

Los resultados de los estudios realizados en Colombia, en población escolar y jóvenes,

muestran que ha aumentado el consumo de drogas, con edades de inicio cada vez más tempranas; las prevalencias más altas corresponden al consumo de drogas lícitas tales como el alcohol y cigarrillo, presente en todos los grupos de edad estudiados y en proporción creciente a medida que aumenta la edad. Se hace necesario fortalecer las acciones orientadas hacia la prevención del consumo en niños(as) y adolescentes escolarizados o no (5-8). Cabe resaltar que estos estudios no abordaron la situación de experimentación y consumo en menores de 12 años (9).

La autoeficacia y la actitud se convierten en constructos importantes a tener en cuenta por los profesionales de enfermería, con el fin de dirigir los programas de promoción y prevención y que estos impacten positivamente en la población escolar. Los individuos que se perciben con baja autoeficacia tienen un repertorio escaso de conductas que los proteja contra el consumo de drogas, beben en exceso y tienen creencias de que el consumo los ayuda a experimentar relajación. Individuos con bajas puntuaciones en autoeficacia, asociado a la valoración de ventajas positivas del consumo, consumen más alcohol y más frecuentemente que aquellos con puntuaciones altas de autoeficacia (10). Los niños más pequeños presentan expectativas negativas hacia el alcohol que los más grandes y una vez que comienzan a experimentar con el alcohol, al inicio de la pubertad, las expectativas se hacen más positivas permitiendo predecir el comienzo de la conducta del beber (11).

El sistema de actitudes, valores y creencias sobre las sustancias psicoactivas se adquiere y se construye a lo largo de la vida del individuo en el proceso de socialización y está presente mucho tiempo antes del inicio del consumo. Este proceso de construcción está condicionado tanto por la incorporación de las representaciones sociales que sostuvo la comunidad como por la identificación con las actitudes, valores y creencias de las figuras significativas de los niños (4).

Por otra parte, es de reconocer que en las últimas décadas viene creciendo a nivel mundial la necesidad de introducir indicadores que vayan más allá de lo somático, al valorar los resultados de salud; para ello, se han desarrollado medidas como la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) o salud percibida, a ser usadas como indicadores de resultado o de necesidad en salud. La CVRS en la infancia y adolescencia ha mostrado ser útil para describir la salud de una población y establecer comparaciones entre subgrupos con determinadas características (por ejemplo, sociodemográficas, regionales, etc.), para evaluar el impacto sobre la salud de las intervenciones y las políticas sanitarias, o para focalizar los recursos con relación a las necesidades (12).

En la población de niños(as) y adolescentes se han desarrollado diferentes instrumentos de CVRS de tipo específico y genérico; dentro de los genéricos, se encuentra el Screening for and Promotion of Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents KIDSCREEN, cuyos ítems, según sus autores, el KIDSCREEN group, reflejan las experiencias y estilos de vida de infantes y adolescentes en edades entre los 8 a los 18 años. Este instrumento fue creado transculturalmente en 13 países de Europa, incluida España. En general, este tipo de instrumentos han sido desarrollados teniendo en cuenta aspectos trascendentes para los niños(as) y adolescentes, como son el entorno escolar, el bienestar psicológico, el bienestar físico, las relaciones con amigos o pares, la familia, profesores y personal sanitario, entre otros (13).

Esta investigación pretende determinar la autoeficacia, la actitud hacia el consumo de drogas y la salud percibida de los niños de 8 a 12 años que asisten a los colegios de la mesa de prevención del consumo en la localidad de Suba y ayudar a orientar las acciones de promoción de la salud y prevención del consumo de drogas en la población infantil.

MATERIALES Y METODOS

Estudio cuantitativo descriptivo exploratorio. La población correspondió a los niños(as) de 8 a 12 años matriculados en los colegios seleccionados por la DILE (Dirección Local de Educación) de la Mesa de Prevención del Uso Indebido de Drogas de la Localidad de Suba y que aceptaron participar en el estudio. Se realizó un muestreo intencional, que correspondió a 288 niños(as), entre 8 y 12 años cursando los grados de 2° a 6° del sistema escolar colombiano. Los datos se analizaron por medio de estadística descriptiva utilizando el paquete estadístico SPSS versión 15.0. El término drogas utilizado en esta investigación incluye tabaco o cigarrillo y alcohol o cerveza, y sustancias psicoactivas (SPA) como marihuana, cocaína, bazuco, entre otras. En cuanto al componente ético y siguiendo lo estipulado en la Resolución 8430 de 1993, la investigación se clasificó en bajo riesgo toda vez que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio. La investigación contó con el aval del Comité de Ética y autorización de la DILE de Suba. Se obtuvo la autorización por parte de las instituciones educativas para la ejecución de la investigación, y por parte de los padres o acudientes se obtuvo el consentimiento para que sus respectivos hijos participaran en el estudio, de igual manera, se seleccionaron solamente aquellos niños(as) que aceptaron participar voluntariamente, a través del asentimiento.

Instrumentos

- Cuestionario de Caracterización del Consumo Individual y de Contexto Familiar y Escolar, elaborado por las investigadoras, con el fin de indagar sobre datos sociodemográficos de los niños(as) de 8 a 12 años y el contacto con el consumo de drogas tanto a nivel personal como en el contexto familiar y escolar.

- Instrumento de Autoeficacia Percibida para Niños de Albert Bandura. En esta investigación se realizó la adaptación cultural (validez lingüística y métrica) al contexto de Bogotá (Colombia), utilizando las técnicas de traducción directa, entrevistas cognoscitivas y validación métrica con pruebas de validez de constructo, discriminante y fiabilidad. Se contó con la participación de dos filólogos para el proceso de traducción directa, y para las entrevistas cognoscitivas con 30 niños(as) de 8 a 12 años de colegios de la localidad quienes colaboraron en este proceso. Este instrumento consta de 56 ítems, que evalúan 9 dimensiones: conseguir recursos sociales, logro académico, aprendizaje autorregulado, habilidades en el tiempo libre y actividades extracurriculares,

eficacia autorregulatoria, cumplir con expectativas de los demás, autoeficacia social, autoeficacia asertiva, y conseguir respaldo de padres y amigos. Se considera que esta versión contiene una adaptación cultural que es conceptualmente sintáctica y semántica, con aspectos culturales equivalentes con la versión original. La validez de constructo valorada a través de análisis factorial exploratorio, con rotación Varimax identificó 14 componentes que explican el 64,879%. La fiabilidad fue valorada a través de la consistencia interna, los ítems se agruparon según la propuesta de los autores con valores del alfa de Cronbach total de 0,94 y por escala entre 0,51 y 0,91 como se aprecia en la Tabla 1.

Tabla 1. Fiabilidad del Instrumento Autoeficacia Percibida

Dimensiones	Autoeficacia Percibida de Bandura (versión AUCOL56)
	α Cronbach
	Estudio Niños Escolarizados 8 a 12 años (n = 288)
Conseguir recursos sociales	0,51
Logro académico	0,78
Aprendizaje autorregulado	0,78
Habilidades en el tiempo libre y actividades extracurriculares	0,77
Eficacia autorregulatoria	0,91
Cumplir con expectativas de los demás	0,75
Social	0,76
Asertiva	0,79
Conseguir respaldo	0,71
Total	0,94

Fuente: elaboración propia.

- Cuestionario de Actitud hacia el Consumo. A partir de la revisión de conceptos se elaboró un cuestionario que permitió operacionalizar los componentes de creencias, afectivo (sensación de agrado) y comportamental. La validez de contenido se dio a través de evaluación de expertos y entrevistas cognoscitivas. Por cada componente se obtuvieron 12 ítems para un total

de 36. La validez de constructo, valorada a través de análisis factorial exploratorio, con rotación Varimax identifica 11 componentes que explican el 73,39%. La fiabilidad fue valorada a través de la consistencia interna con valores del alfa de Cronbach total de 0,88 y en cada dimensión de 0,57 a 0,90 como se presenta en la Tabla 2.

Tabla 2. Fiabilidad del Cuestionario de Actitud hacia el Consumo

Dimensiones	Actitud hacia el Consumo (AHC36)
	α Cronbach
	Estudio Niños Escolarizados de 8 a 12 años (n = 288)
Creencias	0,57
Afectiva	0,90
Comportamiento	0,87
Total	0,88

Fuente: elaboración propia.

- Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud genérico, o Salud Percibida KIDSCREEN-27. Desarrollado como una versión reducida del KIDSCREEN-52, validado para la población colombiana con buenas propiedades psicométricas (15). Valora cinco dimensiones: bienestar físico, bienestar psicológico, autonomía y padres, amigos y apoyo social, y entorno escolar.

RESULTADOS

La investigación contó con la participación de 288 niños(as) de cinco colegios de la localidad de Suba de Bogotá. La participación de niños y niñas correspondió al 52,8% y 47,2%, respectivamente; el 61,1% de los niños(as) se ubicaron en las edades entre 8 y 10 años; el nivel de escolaridad correspondió en el 59,4% a 4° y 5° grado y la mayoría de los niños(as) se ubicaron en colegios públicos (83%). El 55,9% de los niños(as) refirió vivir con ambos padres y hermanos, el 22,6% con uno de los padres y sus hermanos; el resto refiere la presencia de otros miembros familiares como padrastros, hermanastros, abuelos y tíos, entre otros. El 6,3% de los niños(as) refiere que ha fumado alguna vez, el 31,6% ha tomado cerveza o alcohol alguna vez y el 1% ha probado SPA alguna vez. El 1,4% y 5,9% de los niños(as) refieren haber fumado o consumido alcohol, respectivamente, en los últimos 30 días. La mayoría de los niños(as) mencionan que viven con personas que

fuman y toman cerveza o alcohol (59,6 y 66%, respectivamente), el 3,8% viven con personas que consumen SPA. El 59,6% de los niños(as) refieren que una o más personas del salón de clase fuman, el 11,1% que una o más personas del salón toman cerveza o alcohol y 7,6% que una o más personas del salón consumen SPA.

Con respecto a autoeficacia, los niños(as) se perciben con una autoeficacia superior a 70 sobre 100. Las niñas se perciben con mayor autoeficacia que los niños. Los niños(as) de 8 a 10 años se perciben con menor autoeficacia que los niños(as) de 11 a 12 años, la dimensión que reporta una media más alta es la de cumplir con expectativas hacia los demás (ver Tabla 3). Los niños(as) de los colegios públicos presentaron mayores niveles de autoeficacia que los de los colegios privados.

Los niños(as) que alguna vez han consumido tabaco, alcohol o SPA se perciben con mayores niveles de autoeficacia, con diferencias significativas en los niños(as) que alguna vez han consumido cerveza o alcohol. La percepción de autoeficacia es mayor en los niños(as) de 10 a 12 años que no han consumido cigarrillo, alcohol o SPA siendo altamente significativo en las dimensiones de logro académico y eficacia autorregulatoria. La autoeficacia es mayor en los niños(as) de 8 a 10 años que han consumido alguna vez cerveza con diferencias significativas en 3 dimensiones.

Tabla 3. Comportamiento de la Autoeficacia Percibida de los niños(as) de 8 a 12 años según edad

Dimensiones	EDAD	
	AUTOEFICACIA	
	Media (ds)	
	Niños(as) 8 a 10 años (n = 176)	Adolescencia Inicial 11 a 12 años (n = 112)
Conseguir recursos sociales	51,14(28,08)	59,49(25,19)
Logro académico	75,85(19,32)	79,02(14,37)(c)
Aprendizaje autorregulado	71,80(19,71)	71,25(17,95)
Habilidades en el tiempo libre y actividades extracurriculares	79,78(18,39)	80,05(17,69)
Eficacia autorregulatoria	63,30(38,74)	74,30(32,55)(c)
Cumplir con expectativas de los demás	81,14(22,93)	81,98(19,29)(a)
Social	73,47(32,48)	80,41(23,30)(c)
Asertiva	80,72(26,88)	83,65(20,60)(a)
Conseguir respaldo	75,43(25,60)	79,02 (22,74)

* $p < 0,05$ (a); $p < 0,01$ (b); $p < 0,001$ (c). Diferencia de la media y nivel de significancia. (Programa estadístico SPSS versión 15.0).

Fuente: elaboración propia.

Los niños(as) que viven con personas que consumen drogas refieren niveles bajos de autoeficacia en 4, 5 y 8 dimensiones de acuerdo a si es cigarrillo o tabaco, alcohol o cerveza y SPA respectivamente con diferencias significativas en eficacia autorregulatoria y conseguir respaldo (ver Tabla 4).

Los niños(as) que comparten la clase con personas que fuman perciben menos autoeficacia en 4 dimensiones, aquellos que comparten la clase con personas que toman alcohol y consumen SPA se perciben menos eficaces en 7 dimensiones. La dimensión eficacia autorregulatoria presentó los niveles más bajos con relación al consumo familiar y escolar de drogas.

Con respecto a la actitud hacia el consumo de drogas, los niños(as) presentan niveles muy por debajo de 70, con un valor máximo de 27 y una media de 7,44 en el componente de creencias, 3,01 en el afectivo (sensación de agrado) y 6,83 en el de comportamiento. Los niños reportan niveles mayores de actitud hacia el consumo que las niñas, con una significancia estadística en la dimensión afectiva (sensación de agrado), al igual que los niños de 11 a 12 con nivel de significancia en la dimensión de comportamiento. Los niños(as) de los colegios privados presentan mayor nivel de actitud hacia el consumo de drogas.

Tabla 4. Puntuaciones medias (ds) del Instrumento de Autoeficacia Percibida de los niños(as) de 8 a 12 años según consumo de cigarrillo, alcohol, drogas*

Dimensiones	AUTOEFICACIA PERCIBIDA (n = 288)					
	Has fumado alguna vez		Has tomado cerveza o alcohol alguna vez		Has probado marihuana u otra droga alguna vez	
	Media (ds)		Media (ds)		Media (ds)	
	SÍ (n = 18)	NO (n = 270)	SÍ (n = 91)	NO (n = 197)	SÍ (n = 3)	NO (n = 285)
Conseguir recursos sociales	57,64(19,59)	54,17(27,71)(a)	57,83(24,66)	52,79(28,30)	60,42(34,42)	54,32(27,24)
Logro académico	78,40(17,29)	77,00(17,65)	80,28(13,65)	75,61(19,00)(c)	82,41(18,90)	77,03(17,61)
Aprendizaje autorregulado	76,89(18,25)	71,23(19,05)	73,58(15,43)	70,66(20,43)(a)	76,52(22,87)	71,53(19,01)
Habilidades tiempo libre y actividades extracurriculares	82,99(14,26)	79,68(18,32)	83,83(13,52)	78,06(19,62)(a)	71,88(29,81)	79,97(17,99)
Eficacia autorregulatoria	77,08(21,639)	66,94(37,53)(b)	75,93(29,25)	63,72(39,27)(c)	22,92(41,61)	68,05(36,53)
Cumplir expectativas de los demás	88,89(11,04)	80,97(22,00)(a)	83,04(16,83)	80,74(23,43)(a)	81,25(16,53)	81,47(21,63)
Social	89,24(19,03)	75,30(29,79)(a)	81,59(24,10)	73,67(31,30)(a)	81,25(16,53)	76,12(29,53)
Asertiva	87,85(13,63)	81,46(25,16)	87,23(18,49)	79,38(26,68)(a)	83,33(15,72)	81,84(24,73)
Conseguir respaldo	86,81(13,19)	76,16(25,00)(a)	81,59(19,57)	74,62(26,29)	75,00(25,09)	76,84(24,59)

* p < 0,05 (a); p < 0,01 (b); p < 0,001 (c). Diferencia de la media y nivel de significancia. (Programa estadístico SPSS versión 15.0).

Fuente: elaboración propia.

Los niveles de actitud son más altos en los que SPA presentan menores niveles de actitud en la refieren haber consumido drogas alguna vez. Los dimensión afectiva (sentimiento de agrado) (ver niños(as) que han tomado alguna vez y consumido Tabla 5).

Tabla 5. Puntuaciones medias (ds) del Cuestionario de Actitud hacia el Consumo de Drogas de los niños(as) de 8 a 12 años que han consumido alguna vez cigarrillo, alcohol, drogas*

Dimensiones	ACTITUD HACIA EL CONSUMO DE DROGAS (n = 288)					
	Has fumado alguna vez		Has tomado cerveza o alcohol alguna vez		Has probado marihuana u otra droga alguna vez	
	Media (ds)		Media (ds)		Media (ds)	
	SÍ (n = 18)	NO (n = 270)	SÍ (n = 91)	NO (n = 197)	SÍ (n = 3)	NO (n = 285)
Creencias	16,67(20,211)	6,82(9,748)(c)	8,15(10,685)	7,11(11,020)	16,67(8,333)	7,34(10,901)
Afectiva	13,43(24,445)	2,31(10,390)(c)	2,66(10,006)	3,17(12,828)	2,78(4,811)	3,01(12,050)
Comportamiento	27,78(29,428)	5,43(14,310)(c)	11,17(19,093)	4,82(14,798)(c)	19,44(17,347)	6,70(16,482)

* p < 0,05 (a); p < 0,01 (b); p < 0,001 (c) Diferencia de la media y nivel de significancia. (Programa estadístico SPSS versión 15.0).

Fuente: elaboración propia.

Los niños(as) que viven con personas que consumen SPA refieren mayores niveles de actitud al consumo, con mayor nivel de significancia en las dimensiones afectivas (sensación de agrado) y comportamental. Los niños(as) que comparten la clase con personas que consumen alcohol reportan mayores niveles de actitud hacia el consumo, con mayor significancia en la dimensión afectiva y comportamiento. El menor nivel de actitud hacia el consumo se da en la dimensión afectiva de los niños(as) que refieren que en la clase hay personas que utilizan SPA.

Con respecto a la salud percibida, los niños(as) se perciben con una mejor salud en las 5 dimensiones. Los niños se perciben mejor en las dimensiones de bienestar físico, relaciones con los padres y autonomía, y amigos y apoyo social, mientras que las niñas se perciben mejor en la dimensión del entorno escolar. Los niños(as) de 8 a 10 años se perciben mejor en las dimensiones de bienestar psicológico y entorno escolar, y los de 11 a 12 años se perciben mejor en bienestar físico, relación con

los padres y autonomía, y amigos y apoyo social. Los niños(as) de los colegios públicos se perciben mejor que los niños(as) de los colegios privados con significancia estadística en la dimensión amigos y apoyo social. La dimensión que presentó niveles de salud percibida por debajo de 60 fue la de relación con los padres y autonomía en el grupo de niños (as) de los colegios privados.

Los niños(as) que refieren consumo personal de drogas se perciben mejor en las dimensiones de relaciones con amigos y apoyo social, y las relaciones con los padres y la autonomía. Los niños(as) que no se han iniciado en el consumo de drogas se perciben mejor en las dimensiones de bienestar psicológico y entorno escolar (ver Tabla 6). Los niños(as) que refieren que en su familia hay consumo de cigarrillo, alcohol y SPA se perciben peor en todas las dimensiones. Cuando se da el consumo en la clase los niños(as) se perciben peor en las dimensiones de amigos y apoyo social y el entorno escolar.

Tabla 6. Puntuaciones medias (ds) del Cuestionario de Salud Percibida KIDSCREEN-27 de los niños(as) de 8 a 12 años que han consumido alguna vez cigarrillo, alcohol, drogas*

Dimensiones	SALUD PERCIBIDA KIDSCREEN-27 (n = 288)					
	Has fumado alguna vez		Has tomado cerveza o alcohol alguna vez		Has probado marihuana u otra droga alguna vez	
	Media (ds)		Media (ds)		Media (ds)	
	SÍ (n = 18)	NO (n = 270)	SÍ (n = 91)	NO (n = 197)	SÍ (n = 3)	NO (n = 285)
Bienestar físico	75(28,128)	75,39(21,194)	77,86(18,873)	74,21(22,746) (a)	93,33(7,638)	75,18(21,656)
Bienestar psicológico	75,60(13,873)	76,60(16,820)	74,02(14,5819)	77,70(17,411)	72,62(23,780)	76,58(16,596)
Relación con los padres y autonomía	75,79(18,027)	74,91(19,679)	76,26(17,031)	74,37(20,625)	92,86(7,143)	74,77(19,558)
Amigos y apoyo social	81,60(25,498)	80,19(21,805)	82,83(17,936)	79,09(23,600) (a)	100(0,000)	80,07(22,028) (a)
Entorno escolar	78,47(15,639)	82,08(18,383)	82,76(14,384)	81,44(19,763) (a)	81,25(27,243)	81,86(18,174)

* p < 0,05 (a); p < 0,01 (b); p < 0,001 (c). Diferencia de la media y nivel de significancia. (Programa estadístico SPSS versión 15.0).

DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación se encuentran ubicados en su mayoría en los grupos de edad de 8 a 10 años, es importante resaltarlos por cuanto los estudios en esta temática se dan en escolares mayores de 10 años (5, 9). La mayor prevalencia de consumo se da con la cerveza o alcohol, seguido del consumo de tabaco. Situación similar encontrada por el estudio de consumo de SPA en población escolar realizado en Colombia (5) y el estudio realizado en Argentina en esta misma población (4, 14).

Los niños(as) conviven con personas que fuman y toman alcohol y en espacios donde son comunes las prácticas de consumo de SPA, facilitando información y acceso a ellas. Similar a lo encontrado en otros estudios que refieren mayor riesgo de inicio temprano del consumo en niños(as) que conviven con la sustancia, sea en el entorno familiar o escolar (5, 14), consumo ocasional de alcohol en niños a partir de los 8 años, las primeras experiencias de consumo se han realizado en el ámbito familiar y sugieren la necesidad de continuar indagando esta problemática en niños(as) de este grupo de edad (4, 14, 15).

En general, los niños(as) se perciben eficaces para enfrentar las situaciones de la vida diaria, excepto en la dimensión de eficacia autorregulatoria, en la que se perciben menos eficaces para resistir a la presión. Es importante tener en cuenta este aspecto por cuanto se ha demostrado que puntuaciones bajas en autoeficacia de resistencia asociada a influencias sociales a favor del consumo, predice tanto la intención como el consumo real de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes (16). Bajos niveles de autoeficacia coinciden con el inicio del consumo de alcohol y drogas y con la recaída (16, 17).

Los menores niveles de autoeficacia se dieron en el grupo de niños(as) de 8 a 10 años, los niños se perciben con menor autoeficacia que las niñas.

Situación contraria a otros estudios que refieren que a menor edad mayor autoeficacia (10), y que no hay una diferencia significativa entre niños y niñas (18), a excepción de la autoeficacia autorregulatoria que es mayor en niños que en niñas. Otro estudio realizado en Argentina evidenció que no hay diferencia significativa en la autoeficacia percibida entre hombres y mujeres, pero sí la hay en cuanto que las mujeres se perciben con mayor necesidad y posibilidad de ser más autoeficaces que los hombres (19). Se evidencia mayor percepción de autoeficacia en los niños(as) que han consumido alguna vez de los que no. Al no haber estudios que permitan comparar los resultados, pudiera pensarse que el inicio del consumo influye en la percepción de autoeficacia. Esta situación pudiera sugerir la posibilidad de que el tipo de sustancia influya en las percepciones de autoeficacia, según el sexo y edad de consumo. El género y la edad parecieran ser factores protectores para evitar el consumo de drogas, aunque el número de casos no permite hacer una generalidad, sería importante valorar esta situación en niños(as) consumidores de drogas.

Los niños(as) que viven con personas que consumen cigarrillo, alcohol o cerveza y SPA refieren menor autoeficacia que los que no. La percepción de autoeficacia de los niños(as) que comparten la clase con personas que fuman es mayor en 5 dimensiones, mientras que cuando comparten la clase con personas que toman alcohol o cerveza y consumen drogas se perciben más autoeficaces solo en 2 dimensiones. Pareciera ser que la autoeficacia se ve afectada en relación con la presencia de consumo familiar de alguna sustancia y de acuerdo al tipo de sustancia que se consume en el entorno escolar.

Los niños(as), en general, refieren niveles muy bajos de actitud hacia el consumo. Se observó que la actitud hacia el consumo va aumentando con la edad, similar a datos encontrados en otros estudios (4, 10). Al comparar los resultados de los niños(as) expuestos al consumo se observan mayores niveles

de actitud hacia el consumo en los niños que en las niñas y una mayor actitud hacia el consumo cuando se ha consumido drogas alguna vez y se presenta consumo de drogas en la familia y en la escuela. Es mayor el nivel de actitud hacia el consumo, cuando los niños(as) refieren que en su clase consumen cerveza o alcohol y va disminuyendo con el consumo de cigarrillo haciéndose más bajo con el consumo de drogas. Similar a otros estudios que refieren una posible relación de actitud hacia el consumo con el consumo alguna vez y compartir el espacio familiar o escolar con personas que usan drogas (alcohol, cigarrillo, drogas) (4, 20-22).

A pesar de que los niños(as) refieren niveles bajos de actitud hacia el consumo de drogas esto no se evidencia en su conducta de consumo, contrario a los estudios que refieren que una actitud negativa ante el consumo de alcohol evidencia una menor intención de consumo (22, 23). Se pudiera pensar que las respuestas manifiestas de los niños(as) tienden a acercarse a lo socialmente esperado (4).

En cuanto a la salud percibida, hay diferencias significativas en la percepción de la salud en niños y niñas siendo coherente con lo reportado por la literatura (12, 13). Mientras que en otros estudios la salud percibida es similar en niños y niñas (24). Los niños(as) de 8 a 10 años se perciben mejor en el entorno escolar, lo cual coincide con el estudio de Bahía Blanca donde encontraron que en niños(as), la dimensión referida a “ambiente escolar” es la que presenta puntuación más alta (24).

Aquellos niños(as) que han consumido alguna vez alguna sustancia se perciben mejor en las relaciones con los amigos y el apoyo social al igual que en la dimensión de las relaciones con los padres y la autonomía; esta situación posiblemente obedece a que el control parental es menor, lo que les permite percibirse mejor en esa área. Esto es congruente con los resultados del estudio nacional de 2011 que refiere la falta de supervisión o involucramiento parental como factor de riesgo para el consumo (5).

Los resultados sugieren que la salud percibida pudiera estar influenciada por el consumo de sustancias en el contexto familiar y que la percepción de utilidad de ir al colegio es un factor protector para evitar el consumo (12).

Los niños(as) de los colegios públicos presentaron mayores niveles de percepción y salud percibida y menores niveles de actitud hacia el consumo que los niños(as) de los colegios privados. Datos coincidentes con otros estudios (5, 25) que refieren que los niños(as) de los colegios privados presentan mayor probabilidad de consumo de tranquilizantes, estimulantes y cualquier droga de tipo médico. Debido a que la muestra no es representativa se hace necesario indagar más sobre el consumo por tipo de colegio.

CONCLUSIONES

Se observa una importante proporción de consumo de drogas alguna vez en la vida en niños y niñas de 8 a 12 años siendo el alcohol la sustancia de mayor consumo. Se podría pensar que este consumo está propiciado por el consumo en el ámbito familiar y en el entorno escolar. El consumo de SPA en la familia podría tener mayor influencia en la percepción de la salud percibida de los niños(as) que el consumo en el contexto escolar; no obstante, en los dos casos se ven afectadas por lo menos dos dimensiones.

Las diferencias encontradas entre niños y niñas con respecto a su percepción de autoeficacia sugieren que, al diseñar cualquier tipo de intervención que tenga como objetivo la mejora de la autoeficacia percibida, ha de tenerse en cuenta la variable género (20).

La influencia del grupo de pares depende de variables asociadas al proceso familiar, como el nivel de compromiso y supervisión parental. Uno de los procesos más importantes de la influencia parental es manejar y reducir el potencial de

desviación que proviene del grupo de pares. Allí, se considera la “autonomía prematura”, es decir, cuando los padres se desentienden tempranamente o cuando los adolescentes se involucran con pares desviados (5).

Este estudio permite proponer o diseñar programas de prevención de drogas en edades más tempranas, en los que además de tratar temas de SPA, se incluya la prevención del consumo de tabaco y alcohol. Además, se busque potenciar la autoeficacia en especial en las dimensiones autorregulatoria, logro académico y asertividad. Para el caso de la salud percibida incluir aspectos del bienestar psicológico y el entorno escolar como factores protectores para evitar el consumo de SPA. Estos programas deben realizarse de manera integral, en los que se incluya a padres, profesores y sociedad en general.

Si bien son escasos los estudios que indagan sobre las características del consumo en niños(as) menores de 10 años y este estudio demuestra la existencia de consumo en este grupo de edad, es importante mencionar que estos resultados deben ser tomados para la población específica estudiada y no se pueden extender a la población bogotana en general.

El Instrumento de Autoeficacia Percibida para Niños de Albert Bandura, adaptado para la población escolar colombiana-bogotana presenta buenas pruebas de validez lingüística y métrica; se sugiere continuar usándolo con el fin de perfeccionarlo y validarlo a la población colombiana general.

Se sugiere continuar indagando acerca de las características de consumo en esta población con el fin de favorecer el desarrollo de planes de prevención más acordes con la realidad actual de los niños(as) con consumo temprano de alcohol.

AGRADECIMIENTOS

A Daniel Quecan y William Albornoz quienes colaboraron en la traducción del Instrumento Autoeficacia Percibida para Niños. A Janeth del Rosario Quintero de la subdirección de Juventud de la Secretaría de Integración Social de Suba y Diva Beltrán de la Dirección Local de Educación (DILE) de Suba e integrantes de la Mesa de Prevención del Uso Indebido de Drogas de la Localidad de Suba, quienes colaboraron en la validez de contenido del Instrumento de Autoeficacia Percibida para Niños y el Cuestionario de Actitud hacia el Consumo de Drogas y acompañaron todo el proceso de selección y permisos en las instituciones educativas donde se realizó la investigación. A los niños y niñas de los colegios de la localidad de Suba quienes aportaron en el proceso de validez de contenido del Instrumento de Autoeficacia Percibida para Niños y el Cuestionario de Actitud hacia el Consumo de Drogas. A Blanca Yuri Arias, enfermera que colaboró en la aplicación de los instrumentos y Ximena Sandoval, enfermera que colaboró en la recolección y digitación de los datos, como integrantes del semillero de investigación Cuidado de la Salud de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales UDCA.

CONFLICTO DE INTERESES

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Investigación de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales UDCA, institución que la financió en su totalidad y a la que se le entregó informe final. El conflicto de intereses puede darse al publicarse los resultados en el tiempo en que las autoras se encuentran trabajando en otra institución de educación superior.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Secretaría de Seguridad Multidimensional (SSM) de la Organización de los Estados Americanos (OEA). Competencias básicas del profesional de enfermería en el área de reducción de la demanda de drogas en América Latina. Washington, D.C., U.S.; 2012.
2. Rodríguez J, Valdés M, Ramírez S, Hernández E, Villalón M, Fernández A. Factores predictores del riesgo de consumo de drogas lícitas en escolares de 4° a 7° básico. *Terapia psicológica* [Internet] 2008. [acceso 10 de junio de 2013]; 26(2): 181-188. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000200004&lng=es&tlng=es
3. Cristancho S. Factores de riesgo que influyen en el inicio temprano del consumo de Tabaco [trabajo de grado]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana; 2010.
4. Grigoravicius M, Bradichansky L, Nigro V. Consumo de sustancias psicoactivas en niños y niñas escolarizados entre 8 y 12 años. Resultados provisionales de una población no clínica. *Rev. Psicología desde el Caribe* [Internet] 2012. [acceso 9 de julio de 2013]; 29(3). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2012000300003.
5. Observatorio de Drogas de Colombia. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar. Colombia. 2011. Informe Final [Internet]. [acceso 30 de enero de 2012]. Disponible en: <http://www.onsm.gov.co/images/stories/estudios/II%20Estudio%20Nacional%20de%20Consumo%20de%20Sustancias%20Psicoactivas%20en%20Escolares%202011.pdf>
6. Observatorio de Drogas de Colombia. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2013. Informe final [Internet]. [acceso 1 de agosto de 2013]. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf
7. Alcaldía Mayor de Bogotá. Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Bogotá, 2009 [Internet]. [acceso 23 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/Portals/0/Estudio%20de%20Consumo%20en%20Bogota.pdf>
8. Alejo H. Vigilancia epidemiológica del abuso sustancias psicoactivas a través del subsistema - VESPA en el Distrito Capital. 2012 [Internet]. [acceso 10 de abril de 2013]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/SIVIM/Bolet%C3%ADn%20VESPA%202012.pdf>
9. Scoppetta O. Consumo de drogas en Colombia: características y tendencias. 2010 [Internet]. [acceso 23 de marzo de 2013]. Disponible en: http://www.academia.edu/1875383/Consumo_de_drogas_en_Colombia_caracteristicas_y_tendencias
10. Melo DS, Nascimento LC. Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: explorando los conceptos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2010. [acceso 1 de octubre de 2010]; 18(n. spe): 655-662. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000700024&lng=en&nrm=iso
11. Pilatti A, Godoy JC, Brussino SA. Construcción y valoración de las propiedades psicométricas del Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol para Niños de Argentina (CEA-N). *Adicciones*. [Internet] 2010. [acceso 1 de agosto de 2013]; 22(2): 113-124. Disponible en: [http://www.researchgate.net/publication/44449246_Construccin_y_valoracin_de_las_propiedades_psicomtricas_del_Cuestionario_de_Expectativas_hacia_el_Alcohol_para_Nios_de_Argentina_\(CEA-N\)](http://www.researchgate.net/publication/44449246_Construccin_y_valoracin_de_las_propiedades_psicomtricas_del_Cuestionario_de_Expectativas_hacia_el_Alcohol_para_Nios_de_Argentina_(CEA-N))
12. Rajmil L, Roizen M, Urzúa A. Calidad de Vida y salud en la Infancia y la Adolescencia. *Típica, Boletín Electrónico de Salud Escolar*. [Internet] 2010. [acceso 1 de septiembre de 2013]; 6(2). Disponible en: http://www.tipica.org/media/system/articulos/vol6N2/vol6N2_rajmil_calidad_de_vida_infancia_adolescencia
13. Jaimes-Valencia ML. Validación cultural de los cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud KIDSCREEN y VSP-A a población escolar colombiana [tesis doctoral]. Universidad de Alicante, España; 2008.

14. Grigoravicius M, Iglesias A, Ponce P, García Poulter J, Pandolfi M, Nigro V, et al. Contexto familiar y consumo de sustancias psicoactivas en niños entre 8 y 12 años. *Acta de Investigación Psicológica*. [Internet] 2013. [acceso 16 de agosto de 2013]; 3(2), 1149-1162. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S200747191370958X>
15. Ministerio de Salud y la Protección Social. La cuestión de la Edad de Inicio. *Boletín Suicad*. [Internet] 2014. [acceso 15 de agosto de 2013]; 11. Disponible en: <http://www.suicad.com/boletin11.pdf>
16. Rivera AG. Autoeficacia de resistencia, asertividad y consumo de drogas en jóvenes universitarios [tesis de maestría]. Subdirección de Posgrado e Investigación, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León; 2011. [Internet]. [acceso 1 de agosto de 2014]. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/2740/1/1080211202.pdf>
17. Newton NC, Barret EL, Swaffield L, Teesson M. Risky cognitions associated with adolescent alcohol misuse: Moral disengagement, alcohol expectancies and perceived self-regulatory efficacy. *Addictive Behaviors*. [Internet] 2014. [acceso 1 de agosto de 2014]; 39: 165-172. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24138964>
18. Aroche AC. Autoeficacia en adolescentes de la Escuela Integrada para niños y jóvenes adolescentes trabajadores de La Antigua Guatemala Sacatepéquez NUFED No. 39 [tesis de grado]. Departamento de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad Rafael Landívar. 2012. [Internet]. [acceso 15 de agosto de 2014]. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/42/Aroche-Andrea.pdf>
19. Blanco H, Ornelas M, Aguirre JF, Guedea JC. Autoeficacia percibida en conductas académicas: diferencias entre hombres y mujeres. *Revista mexicana de investigación educativa*. [Internet] 2012. [acceso 08 de Enero de 2015]; 17(53): 557-571. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmie/v17n53/v17n53a11.pdf>
20. García ML, Carvalho MG. Uso de drogas en niños de 6 a 7 años de una escuela primaria de Celaya, Guanajuato, México. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. [Internet] 2008. [acceso 27 de junio de 2014]; 16(spe): 523-528. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000700004&lng=en&tlng=es
21. Slapak S, Grigoravicius M. Estudio exploratorio sobre la presencia del consumo de sustancias psicoactivas en niños entre 10 y 12 años y en sus padres o adultos responsables. *Anuario de Investigaciones*. [Internet] 2005. [acceso 20 de junio de 2012]; 12. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862005000100015
22. López-Cisneros MA, Villar MA, Alonso MM, Alonso MT, Aguilar L. Actitud ante el consumo y no consumo de alcohol en estudiantes de preparatoria, México. *Rev. Esc. Enferm. USP*. [Internet] 2013. [acceso 20 de junio de 2014]; 47(4): 815-21. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400815
23. Pimentel CE, Coelho L, Araújo, T. Atitudes Frente ao Uso de Álcool, Maconha e Outras Drogas: Verificando Relações de Predição e Mediação. *Psicologia. Reflexão e Crítica*. [Internet] 2009. [acceso 20 de julio de 2014]; 22(1): 29-35. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722009000100005
24. Secretaría de Gobierno de la Municipalidad de Bahía Blanca. Calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en niños y adolescentes que residen en la ciudad de Bahía Blanca. Una encuesta en niños y adolescentes escolarizados. 2009. [Internet]. [acceso 15 de octubre de 2013]. Disponible en: <http://ciess.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2012/05/Informe-CVRS-Bahia-Blanca-15-08-09.pdf>
25. Saravia JC, Frech H. Relación entre autoeficacia, autoestima y el consumo de drogas médicas sin prescripción en escolares de colegios urbanos de Perú. *Revista Peruana de Epidemiología*. [Internet] 2012. [acceso 15 de octubre de 2013]; 16(3). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203125431009.pdf>