

**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS EN ESTUDIANTES DE UN COLEGIO DISTRITAL EN UNA
ZONA DE RIESGO SOCIAL DE BOGOTÁ**

**MARIA TERESA ZABALA LUNA
PERLA YESENIA GOMEZ POMPEYO**

**Asesor Temático y Metodológico
DRA. MARÍA YOLANDA TORRES DE GALVIS**

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

UNIVERSIDAD CES
Facultad de Medicina

Especialización en Epidemiología
Bogotá, D.C. 23 de marzo de 2019

**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS EN ESTUDIANTES DE UN COLEGIO DISTRITAL EN UNA
ZONA DE RIESGO SOCIAL DE BOGOTÁ**

Trabajo de investigación para optar al título de
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA

Presentado por:

María Teresa Zabala Luna

Médico Cirujano

Perla Yesenia Gómez Pompeyo

Médico Cirujano

Asesor Metodológico: Dra. María Yolanda Torres de Galvis

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

UNIVERSIDAD CES

FACULTAD DE MEDICINA

Especialización en Epidemiología

Bogotá, D.C. 23 de marzo de 2019

Nota de Salvedad de Responsabilidad Institucional

“Las Universidades del Rosario y CES no se hacen responsables de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velara por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”

TABLA DE CONTENIDO

1. RESUMEN	5
ABSTRACT	7
2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	8
2.1. Planteamiento del problema.	8
2.2. Justificación	10
2. 3. Pregunta de investigación.	11
3.1. Sustancia psicoactiva	12
3.1.1. Depresoras	13
3.1.2. Alucinógenas	15
3.1.3. Estimulantes	15
3.1.4. Otras sustancias	17
3.2. Evaluación de la salud mental del adolescente	18
3.3. Escala DUSI	18
3.4. Adolescencia	19
3.5. Aspectos familiares asociados al consumo de sustancias psicoactivas	20
3.6. Autoestima	23
3.7. Red de apoyo	24
4. HIPÓTESIS	27
4.1. Hipótesis Nula:	27
4.2. Hipótesis Alterna:	27
5. OBJETIVOS	28
5.1. Objetivo General	28
5.2. Objetivos Específico	28
6. METODOLOGÍA	29
6.1. Enfoque metodológico de la investigación	29
6.2. Tipo de estudio	29
6.3. Población	29
6.4. Diseño Muestral	29
6.5. Criterios de inclusión y de exclusión	30

6.6. Diagrama de variables	31
6.7. Técnicas de Recolección de información	31
6.8. Prueba Piloto	32
6.9. Control de errores y sesgos	32
6.10. Técnicas de procesamiento y análisis de los datos	33
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	34
8. RESULTADOS	36
8.1. Características de la población de Estudio	36
8.1.1. Distribución según edad y sexo	36
8.1.2. Distribución según las variables de escolaridad	37
8.2. Resultados según situación familiar	37
8.2.1. Distribución según tipología de familia	37
8.2.2. Cohesión Familiar	39
8.2.3. Relación con el padre	41
8.2.4. Relación con la madre	42
8.3. Red de apoyo	43
8.4. Escala de autoestima	43
8.5. Consumo de sustancias psicoactivas	45
8.5.1. Resultado de la Escala DUSI alcohol	49
8.5.2. Escala DUSI Drogas	51
8.6. Análisis Bivariado	51
8.6.1. Tipos de familia y consumo de sustancias psicoactivas	51
8.6.2. Cohesión familiar y consumo de sustancias psicoactivas	52
8.6.3. Relación con el padre y consumo de sustancias psicoactivas	54
8.6.4. Relación con la madre y consumo de sustancias psicoactivas	55
8.6.5. Red de apoyo y consumo de sustancias psicoactivas	56
8.6.6. Autoestima y consumo de sustancias psicoactivas	57
9. DISCUSIÓN	60
10. CONCLUSIONES	67
11. BIBLIOGRAFÍA	68

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Comportamiento de los componentes de la escala de cohesión familiar	39
Tabla 2. Comportamiento de los componentes de la escala relación con el padre (%)	41
Tabla 3. Comportamiento de los componentes de la escala relación con la madre (%)	42
Tabla 4. Comportamiento de los componentes de la escala Red de Apoyo (%)	43
Tabla 5. Comportamiento de los componentes de la escala de la autoestima	44
Tabla 6. Indicadores de Consumo de sustancias psicoactivas	46
Tabla 7. Edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas	47
Tabla 8. Prevalencia de consumo en el último año según sexo	48
Tabla 9. Prevalencia de consumo en el último año según grado escolar	49
Tabla 10. DUSI alcohol	50
Tabla 11. DUSI drogas	51
Tabla 12. Asociación entre posible alcoholismo y tipología familiar	52
Tabla 13. Asociación entre posible dependencia a otras drogas y tipología familiar	52
Tabla 14. Asociación entre posible alcoholismo y cohesión familiar	53
Tabla 15. Asociación entre posible dependencia a otras drogas y cohesión familiar	53
Tabla 16. Asociación entre posible alcoholismo y relación con el padre	54
Tabla 17. Asociación entre posible dependencia a otras sustancias y relación con el padre	54
Tabla 18. Asociación entre posible alcoholismo y relación con la madre	55
Tabla 19. Asociación entre posible dependencia a otras sustancias y relación con la madre	56
Tabla 20. Asociación entre posible alcoholismo y red de apoyo	56
Tabla 21. Asociación entre posible dependencia a otras drogas y red de apoyo	57
Tabla 22. Asociación entre posible alcoholismo y autoestima	58
Tabla 23. Asociación entre posible dependencia a otras sustancias autoestima	58

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución porcentual según edad y sexo	36
Gráfico 2. Distribución según sexo y grado escolar	37
Gráfico 3. Distribución según tipología familiar	38
Gráfico 4. Comportamiento de la escala de cohesión familiar	40
Gráfico 5. Comportamiento de la escala Relación con el Padre.	41
Gráfico 6. Comportamiento de la escala de Relación con la Madre	42
Gráfico 7. Comportamiento de la escala de Autoestima	45

1. RESUMEN

Introducción: el consumo de sustancias psicoactivas cada vez es más frecuente entre los adolescentes por lo tanto es de gran importancia el estudio de los factores de protección y de riesgo que se asocian a esta problemática. En Colombia aproximadamente el 12% de los estudiantes de secundaria alguna vez han consumido algún tipo de sustancia psicoactiva ilícita siendo la más frecuente la marihuana. Sin embargo en este grupo de edad también se consume otro tipo de sustancias legales e ilegales que pueden generar adicción.

Objetivo: Determinar la prevalencia y factores de riesgo y protectores asociados al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de un colegio distrital de Bogotá.

Metodología: Estudio de corte transversal. Se utilizó en forma autoaplicada un instrumento compuesto por una serie de escalas validadas para lograr los objetivos del estudio, a 147 estudiantes que cumplieron con los criterios establecidos. Participaron adolescentes de ambos sexos que cursaban entre séptimo y onceavo grado.

Resultados: La edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas en general es a los 13 años. El alcohol es la sustancia lícita de mayor consumo entre los adolescentes y de las sustancias ilegales es la marihuana con una prevalencia anual de consumo de 34% y 8.8% respectivamente. Las bebidas alcohólicas son la única sustancia que consumen en mayor proporción las mujeres que los hombres. Factores como la familia, la red social de apoyo y la autoestima son claves para prevención del consumo de estas sustancias.

Conclusiones: son varios factores que se asocian al consumo de sustancias psicoactivas el más importante de ellos es la familia, ya que de ahí derivan otros factores como la red de apoyo y la autoestima. Pertenecer a una familia nuclear no es un factor de protección ante esta problemática son más relevantes otros aspectos respecto al ámbito familiar como la relación con los padres y la cohesión familiar.

Palabras clave: adolescente, sustancias psicotrópicas, familia, autoestima, apoyo social, factores asociados

ABSTRACT

Introduction: psychoactive substances consumption is becoming more frequent among adolescents; therefore, the study of protective and risk factors that are associated with this problem is of great importance. In Colombia, approximately 12% of high school students have ever used some type of illicit psychoactive substance, the most common being marijuana. However, in this age group another type of legal and illegal substances could create addiction.

Objective: determine the prevalence of protective and risk factors associated with the consumption of psychoactive substances in adolescents of a public school in Bogotá.

Methodology: Cross-sectional study. An instrument was applied to achieve the objectives of the study, 147 students who had the established criteria answered the survey. Adolescents of both sexes participated who were studying between seventh and eleventh grade.

Results: The age of initiation of psychoactive substances consumption in general is 13 years. Alcohol is the licit substance of greatest consumption among adolescents and illegal substances is marijuana with an annual prevalence of consumption of 34% and 8.8% respectively. Alcoholic beverages are the only substance that women consume in a greater proportion than men. Factors such as family, social support network and self-esteem are important to preventing the consumption of these substances.

Conclusions: there are several factors that are associated with psychoactive substances consumption, the most important is family, other factors such as the support network and self-esteem are derived from it. Belonging to a nuclear family is not a factor of protection against this problem. Other aspects related to the family environment are more relevant, such as the relationship with parents and cohesion.

Keywords: adolescent, psychotropic, family, self-esteem, care network

2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

2.1. Planteamiento del problema.

Muchos han sido los esfuerzos y la inversión económica de diferentes naciones alrededor del mundo contra la producción, tráfico y consumo de sustancias psicoactivas, como uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. El reto ante esta problemática con el tiempo se hace mayor ya que su inicio es cada vez a una edad más temprana, más frecuente entre los adolescentes, así como la mayor facilidad para acceder a ellas, mayor número de sustancias nuevas disponibles y consecuencias catastróficas para el individuo, la familia y la sociedad. (1, 2)

El estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia del año 2016 permite tener un panorama sobre esta problemática: el 24,1% ha fumado tabaco alguna vez en su vida siendo más frecuente en hombres (28,3%) que en mujeres (21,2%). El consumo de tabaco en los últimos 30 días en esta población es de 8,1% y la edad promedió de inicio de consumo es 12,9 años. El alcohol es la sustancia de mayor consumo en los adolescentes, el 69,2% afirman haber consumido bebidas alcohólicas por lo menos una vez en su vida, llama la atención que son las mujeres quienes más consumen (70,4%) en este grupo de edad frente a los hombres (68,1%). La marihuana es la sustancia ilícita de mayor consumo, el 11,7% ha consumido esta sustancia alguna vez en su vida, 13,1% son varones y el 7,04% con mujeres. El consumo de marihuana durante el último de año es de 8% siendo 9% en varones y 7% en mujeres. (3)

Este problema afecta diferentes aspectos de la vida del joven, se ha asociado a bajo rendimiento y deserción escolar, conductas agresivas y delictivas, habitabilidad en calle, conductas sexuales de alto riesgo, delincuencia, suicidio entre otras. (4-10)

Diferentes factores se han asociado al consumo de estas sustancias, que según el contexto pueden ser de protección o de riesgo, entre ellos se encuentra la familia, las instituciones educativas, el rendimiento académico, actividades en el tiempo libre, el entorno social y características propias del individuo como son la personalidad y emociones. De esta manera, es importante observar y analizar al adolescente en un contexto biopsicosocial. Los factores de riesgo más relevantes descritos en la literatura son: la falta de comunicación con los padres, problemas de índole familiar, problemas de rendimiento académico y disciplinarios en el colegio, el hecho de pertenecer a un grupo o pandilla que se comportan como tribus urbanas, la presión y necesidad de ser aceptado en un grupo.(11, 12)

La familia es uno de los principales factores en esta problemática ya sea como de protección o de riesgo. El diálogo, el tiempo que comparten y la aceptación en la familia son claves para proteger del consumo a los adolescentes. En un estudio realizado en la ciudad de Tunja respecto a la relación con la familia se evidencia que las actividades que se hacen en familia tales como las recreativas o compartir oficios del hogar se comportan como factores protectores, la probabilidad de consumir o experimentar con el alcohol o cigarrillos entre los adolescentes es seis veces menor que aquellos que no realizan este tipo de actividades. Otros factores de protección relacionados con la familia son el tipo de crianza democrático así como la educación familiar sobre el consumo de estas sustancias.(13, 14)

Las conductas de consumo también se han asociado a bajo rendimiento académico, relaciones conflictivas con los docentes, pérdidas de años escolares y jóvenes que presentan problemas de conducta y disciplina.(13)

La relación que el joven establece con su familia influye en la calidad de su autoestima, si las relaciones son buenas probablemente su autoestima será buena, por el contrario si la relación con su familia es mala su autoestima será

mala y de esta manera la baja autoestima viene a ser un predictor directo del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes. (15)

La institución educativa en la cual se realizó el estudio es pública, los estudiantes pertenecen a familias de estratos entre 1 y 3. No se puede generalizar pero se presentan situaciones que aumentan su vulnerabilidad para el consumo de estas sustancias como son familias disfuncionales, abuso sexual, violencia intrafamiliar, condición de desplazamiento y un entorno de riesgo social en las afueras del plantel educativo. El colegio se encuentra en una zona vulnerable de la ciudad de Bogotá, en cercanías a dos lugares conocidos como “El Bronx” y “cinco huecos”, donde era común el tráfico de drogas y otros actos delictivos. A pesar de que estos lugares fueron intervenidos durante el año 2016 por la policía, alrededor del colegio aún se observa un gran número de habitantes de calle, robos y el comercio ilegal de drogas. (16)

2.2. Justificación

Ante un problema como el consumo de sustancias psicoactivas que es cada vez más frecuente entre los adolescentes, las instituciones educativas participan no solo como un agente que imparte conocimientos académicos, también educa en valores y acompaña al estudiante en su proceso de crecimiento físico, mental y emocional. Por lo tanto, adaptar programas, políticas y procedimientos sumados con la experiencia de los docentes permite alcanzar objetivos en materia de salud como es la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.(17)

La educación no solo es labor de las instituciones educativas sino también fuera de ella, la familia es la principal fuente de educación en valores. Los medios de comunicación también juegan un rol importante, de ahí la importancia de adoptar en general una visión colectiva respecto al tema en educación. (18, 19)

Las políticas antidrogas no deben ser basadas en ideologías sino en evidencias, de esta manera la prevención para el consumo de sustancias psicoactivas debe

ser una prioridad que requiere acciones que deben ser evaluadas y actualizadas ya que la sociedad continuamente está cambiando. (20)

2. 3. Pregunta de investigación.

¿Cuál es la prevalencia y cuales los factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas en escolares de un colegio distrital en una zona de riesgo psicosocial de Bogotá?

3. MARCO TEÓRICO

El consumo de sustancias psicoactivas en el mundo se encuentra entre los 10 primeros problemas de salud pública, se estima que del 3 al 10% de personas en el mundo consumen algún tipo de sustancia psicoactiva en edades comprendidas entre los 15 a 64 años. En Latinoamérica el alcohol es la droga que más se consume entre los estudiantes de secundaria y en Colombia aproximadamente el 69,2% de los estudiantes han consumido alcohol alguna vez en su vida. Se estima que el 12% ha consumido alguna sustancia psicoactiva ilícita y la más común es la marihuana, seguidas por la anfetaminas, la cocaína y los opiáceos. En Bogotá la situación es aún más preocupante ya que se encuentra por encima de estas medias.(3, 21)

De acuerdo con el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en escolares 2016 el 37% de los jóvenes de 12 a 18 años han consumido alcohol en el último mes y el 8,06% han fumado tabaco. La edad de inicio de consumo de marihuana es a los 14 años y el 11,7% indica que ha consumido esta sustancia alguna vez en su vida. Respecto al consumo de los últimos 30 días, el 2,7% ha consumo cocaína, el 0,6% basuco, 0,7% éxtasis, 1,2% pegantes y solventes y 0,8% LSD.(3)

El último Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes en Conflicto por la Ley revela que hay una relación entre delito y drogas en un 35% y el 49% de estos delitos se cometieron bajo el efecto de alguna sustancia psicoactiva. Se observó que los factores de riesgo más importantes fueron tener amigos delincuentes y acceso fácil a las drogas mientras que los factores protectores fueron una red familiar buena y buen concepto personal. (22)

3.1. Sustancia psicoactiva

Según la OMS una sustancia o droga psicoactiva es “toda sustancia que introducida en el organismo vivo puede modificar una o varias de sus funciones

alterando los pensamientos, emociones, percepciones y conductas en una dirección que pueda hacer deseable repetir la experiencia, pudiendo provocar mecanismos de tolerancia y dependencia”. Otro término es sustancia psicotrópica y hace referencia a un grupo de sustancias ya sean legales o ilegales que son de interés en materia de políticas contra las drogas. (22, 23)

Desde el inicio de la humanidad se han consumido diferentes sustancias psicoactivas. De cierta manera a lo largo de la historia ha sido tolerado o admitido por la sociedad en mayor o menor medida el consumo de estas sustancias, sin embargo hasta el siglo XX ya se considera un problema de salud pública por los diferentes efectos nocivos para la salud en general. Esto se atribuye a un mayor consumo de estas sustancias, una menor percepción de riesgo y una mayor accesibilidad a estas. También se debe tener en cuenta cambios en ideologías, y pensamientos en la sociedad en general que han favorecido el aumento de su consumo. (24)

Existen diferentes maneras de clasificar las sustancias drogas. Una manera es en institucionalizadas y no institucionalizadas. Otra manera de clasificarlas es: estupefacientes, alucinógenos y los volátiles inhalables o disolventes. La OMS las clasifica en 4 grupos: depresoras, alucinógenas, estimulantes y otras sustancias. (23, 24)

3.1.1. Depresoras

También conocidas como sedantes, se utilizan ampliamente en el sector de la salud y como “droga recreativa”. Tienen la capacidad de deprimir o disminuir las funciones del sistema nervioso central causando problemas de concentración, alteraciones en el juicio, disminución de la capacidad de responder a estímulos externos, relajación, sensación de bienestar y sedación. Pueden ser de origen natural, sintético y semisintético. En el área de la salud se encuentran medicamentos analgésicos con estas propiedades como la morfina, metadona y la codeína derivadas del opio, igualmente se encuentran otro tipo de medicinas como

los barbitúricos efectivos como ansiolíticos, hipnóticos y anticonvulsivantes. En este grupo también está el alcohol entre otras sustancias. (25)

Los opioides se obtienen de la planta adormidera (*Papaver somniferum*) y su uso en medicina es analgésico aunque a lo largo de la historia también han sido usadas con fines recreativos. Pueden ser naturales o sintéticas y aunque parezca que opioide y opiáceo hace referencia a lo mismo si hay diferencias en el significado de estas dos palabras. Opiáceo hace referencia a aquellas sustancias como la morfina y la codeína y están compuestos por alcaloides que se encuentran naturalmente en la planta adormidera. Opioide hace referencia a aquellas sustancias análogas a la morfina ya sean endógenas o exógenas. El riesgo del uso indiscriminado de estas sustancias en especial en el área de la salud como analgésico es la tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia.(26)

Los barbitúricos son derivados del ácido barbitúrico aunque causan sedación también son empleados como hipnóticos, ansiolíticos y anticonvulsivantes. Su uso es cada vez menos frecuente en medicina ya que han sido remplazados por las benzodiacepinas que son más seguros y tienen mayor índice de eficacia. (27)

Sustancias como la heroína también pertenece a este grupo, es un derivado de la morfina y es una droga semisintética ya que requiere el anhídrico acético como precursor en un proceso químico. A pesar que no es la sustancia más ampliamente consumido es de gran preocupación para el sector de la salud pública ya que tiene un alto potencial de dependencia, riesgo de adquirir VIH, hepatitis B o C debido a que debe administrarse a nivel intravenoso, sobredosis que pueden ser fatales(28)

El alcohol es una sustancia psicoactiva socialmente aceptada y ampliamente consumida a nivel mundial, es legal y su consumo hace parte de un gran número de culturas. Esta sustancia se obtiene por fermentación alcohólica, esto de fermentación anaerobia convirtiendo los azúcares en hidratos de carbono y cuya concentración de etanol es superior al 1% de su volumen. Causa un gran número

de patologías a nivel físico y mental y gran potencial para el abuso y la dependencia.(29)

Dentro de este grupo es importante destacar a la sustancia rohypnol (roches), pertenece a la familia de las benzodicepinas, comercialmente conocido como flunitracepam. Además de sus efectos sedativos también produce relajación muscular y amnesia, utilizada con frecuencia para actividades delictivas combinada con alcohol para cometer abusos sexuales ya que la víctima es incapaz de defenderse. Otra sustancia similar es el clonazepam conocido como Rivotril. (30)

3.1.2. Alucinógenas

Este tipo de sustancias utilizadas comúnmente en rituales religiosos tienen la propiedad de alterar la percepción de la realidad causando una serie cambios a nivel físico y emocional como insomnio, aumento de la presión arterial, taquicardia, sudoración, taquipnea, náuseas, agitación psicomotora, agresividad, irritabilidad, excitación emocional, euforia, entre otras. A largo plazo puede provocar pérdida de la memoria, pérdida de peso, depresión, ansiedad e ideación suicida. Dentro de este grupo se encuentran el yagé, hongos, DMT(dimitri), dietilamida del ácido lisérgico-d (LSD), la ketamina entre otros.(31)

El componente alucinógeno de los hongos es la psilocibina y el yagé usando en la medicina indígena tradicional tiene como componente el DMT. La LSD se obtiene del ácido lisérgico que es un compuesto derivado de una especie de hongo, es la droga más potente que se conoce. (32)

3.1.3. Estimulantes

Actúan incrementando la liberación de diversos neurotransmisores entre ellos la dopamina y serotonina. Estas sustancias aumentan el estado de alerta y atención y de igual manera brindan la sensación de una mayor vitalidad. A nivel físico pueden aumentar la tensión arterial, causar taquicardia y polipnea. Estas

sustancias fueron ampliamente usadas para tratamiento de diversas patologías pero en vista de su potencial abuso y adicción fueron restringidas muchas de ellas. Sin embargo, en la actualidad algunas son prescritas para el tratamiento de algunas patologías como lo sugiere su nombre, los estimulantes aumentan el estado de alerta, la atención y la energía, así como la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la respiración. Históricamente, los estimulantes se usaron para tratar el asma y otros problemas respiratorios, la obesidad, los trastornos neurológicos y una variedad de otras dolencias. Sin embargo, al hacerse evidente su potencial para el abuso y la adicción, el uso médico de los estimulantes comenzó a disminuir. Hoy en día, los estimulantes se prescriben para tratar sólo algunas patologías psiquiátricas, como el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, narcolepsia y depresión. En este grupo se encuentran sustancias como la cocaína, basuco (base de cocaína), éxtasis, anfetaminas y otras con efectos más leves como la cafeína.(33-35)

La cocaína es un alcaloide que se obtienen de las hojas de un arbusto originario de América del sur y en el año 500 a.C. ya se consumía ampliamente entre pobladores de Colombia y Perú. Las antiguas culturas peruanas lo llaman Koka que significa arbusto y de ahí proviene su nombre. Su consumo puede causar intoxicación aguda, intoxicación crónica, abstinencia y un gran número de efectos a nivel neurológico, cardiovascular y respiratorio. (36)

El basuco se obtiene a partir de las hojas de coca (base de coca, de ahí su nombre) y contienen carbonato de manganeso que le da una coloración crema o ligeramente café. Se consume de manera buco-pulmonar esto es fumada y generalmente se consume junto con otras sustancias como la marihuana y el tabaco. Su composición no está estandarizado ni mucho menos tienen un control de calidad, sus efectos en el organismo comprende cuatro fases: eufórica, disfórica, alucinosis y psicosis. El abuso de esta sustancia puede generar tolerancia y síndrome abstinencia.(37)

Éxtasis hace referencia a MDMA, también conocida como molly es una sustancia que produce una gran sensación de bienestar y comúnmente consumidas en fiestas nocturnas. Se consume en cápsulas o tabletas por vía oral, producen desinhibición y extroversión a nivel físico aumenta la temperatura corporal, taquicardia, aumento de la presión arterial, mareos y hasta convulsiones, no son comunes los casos de sobre dosis letales (38)

3.1.4. Otras sustancias

La marihuana o cannabis sativa es la sustancia psicoactiva más consumida en el mundo, en algunos países su consumo es legal. Tienen la propiedad de aumentar la actividad del sistema del hedonismo que regula la sensación de placer aumentando la liberación de dopamina. A nivel neurológico causa disminución de las funciones cognitivas y alteraciones en el juicio, memoria, atención y toma de decisiones. Aunque muchos la consideran una sustancia inofensiva, tiene como característica la tolerancia farmacológica en quienes la consumen, es decir, entre más se consumen requiere aumentar la dosis para lograr el efecto deseado. Lo anterior es la explicación de muchos problemas sociales relacionados con el consumo de estas sustancias como accidentes de tránsito, deserción escolar, delincuencia, patologías que afectan la salud mental como esquizofrenia, síndrome de abstinencia y depresión (39-41)

Los inhalables son sustancias en estado líquido o sólido de uso industrial, se evaporan fácilmente al estar en contacto con el aire, son legales y su uso inadecuado puede producir diversos daños al organismo. Su consumo se asocia con marginación social y habitabilidad en calle. Se encuentran productos que normalmente se emplean en el hogar como tiner, pegantes, barnices, gasolina, acetona (quita-esmalte), aerosoles, entre otros. Sus efectos son similares al alcohol y produce euforia, desinhibición y relajación. A nivel físico las consecuencias pueden ser graves como pérdida de la visión, neuropatía periférica, pérdida del olfato, hemorragia nasal, sibilancias, taquicardia, daño renal y hepático y la más catastrófica de todas es la muerte súbita por inhalantes. (42)

El cacao sabanero también conocido como borrachero, floriopondio o trompeta de ángel tiene un alto contenido alcaloides cuyo principal componente es la escopolamina, tiene como característica una flor grande y vistosa. Los efectos ocurren después de 30 o 60 minutos después de consumo y sus principales efectos es a nivel del músculo liso gastrointestinal. Se presenta signos y síntomas tales como: resequedad en las mucosas, retención urinaria, fotofobia, taquicardia, visión borrosa, hipertermia, confusión, convulsiones y coma entre otros. (43)

3.2. Evaluación de la salud mental del adolescente

Hay diferentes instrumentos que permiten evaluar el estado de salud mental de los adolescentes, aspectos familiares y sociales relacionados. En Colombia, la Dra. María Yolanda Torres de Galvis junto con otros investigadores han creado y aplicado un cuestionario de 423 preguntas que permiten evaluar diferentes aspectos en adolescentes entre ellas variables sociodemográficas, indicadores de trastorno mental y factores asociados que incluye 12 escalas validadas por el grupo de salud mental de la Universidad CES de Medellín. Entre ellas se evalúa el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas ilícitas, los cuales son uno de los objetivos del presente trabajo. (45)

3.3. Escala DUSI

Fue diseñada en 1990 por el Dr. Ralph Tarter y un equipo de colaboradores de la universidad de Pittsburgh. DUSI son las siglas en el idioma inglés de The Drug Use Screening Inventory y la versión revisada (DUSI-R). Esta escala tiene como objetivo evaluar el consumo de sustancias psicoactivas y alcohol y evaluar aspectos críticos a nivel mental y psicológico relacionados con estos durante el último año. La escala DUSI-R se trata de un cuestionario autoplicable para jóvenes y adultos con versiones específicas para cada grupo, tiene 149 preguntas las cuales son dicotómicas (Si/No), las respuestas afirmativas son indicios de problemas. Al final del cuestionario hay 8 preguntas y se denominó “la escala de mentiras”, estas preguntas se realizaron con el fin de evaluar si el participante no

es sincero al responder las preguntas, la respuesta no es indicativa de falta de credibilidad al responder el cuestionario. La escala evalúa los siguientes dominios: uso de sustancias psicoactivas, problemas conductuales, estado de salud, desordenes psiquiátricos, competencias sociales, aspectos familiares, aspectos escolares o laborales, relaciones con los pares, tiempo libre y recreación (46)

La versión del DUSI-R para adolescentes también incluye aspectos sociodemográficos y fue validada al español en México realizando el respectivo cotejo, evaluación por expertos, una prueba piloto con adolescentes y posteriormente se realizaron los ajustes necesarios. Es importante mencionar que la escala que evalúa aspectos laborales se omitió porque solo una reducida proporción de los estudiantes trabajan de una manera informal y la escala que evalúa el estado de salud también fue omitida porque en una adolescente son factores no modificables en los que no se pueden aplicar medidas preventivas. (46, 47)

3.4. Adolescencia

La definición de adolescencia según la OMS es el periodo comprendido entre los 10 y 19 años siendo la transición entre la niñez y la vida adulta. Se caracteriza por un ritmo de crecimiento acelerado y cambios condicionados por diferentes procesos biológicos. (48)

Durante esta etapa de vida el individuo está expuesto a diferentes problemáticas tales como inicio de vida sexual activa a temprana edad, embarazos no deseados, maltrato físico y sexual, enfermedades de transmisión sexual, problemas de autoestima y de conducta, consumo de sustancias psicoactivas, entre otros.

El consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes tiene un origen multifactorial entre las cuales se encuentran: mayor permisividad, creencias erróneas sobre el consumo, amistades que consumen estas sustancias, conflictos intrafamiliares, búsqueda de atención, etc. También influyen factores

psicoafectivos (depresión, ansiedad, agresividad, impulsividad, etc.) como psicosociológicos (habilidades sociales escasas, búsqueda de atención y generalmente se asocian conflictos intrafamiliares y académicos. (49)

Es de gran importante explicar porque prevenir el consumo de sustancias psicoactivas es fundamental en niños y adolescentes: 1. Las intervenciones a una edad temprana para prevenir el consumo de estas sustancias evitan a futuro adultos adictos o abusadores 2. Se previene la aparición de enfermedades crónicas relacionadas con el abuso de estas sustancias; tales como la cirrosis hepática, cáncer, enfermedades cardiovasculares entre otros y así como trastornos psiquiátricos (ansiedad, depresión, esquizofrenia) 3. Prevenir el consumo en adolescentes de sustancias lícitas en nuestro medio tales como el alcohol y el cigarrillo es el primer paso para evitar el consumo de sustancias ilícitas (marihuana, cocaína, heroína, etc.) (50)

3.5. Aspectos familiares asociados al consumo de sustancias psicoactivas

Según la literatura y diversos estudios sobre el tema uno de los factores más importantes sobre el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes es el contexto familiar. Se define familia como la célula o grupo de la sociedad en la cual sus integrantes comparten algún grado de parentesco (siendo consanguíneos o no) y objetivos de vida. También es el espacio donde el individuo crece, convive y comparte con otras personas valores, creencias, tradiciones, experiencias y conocimientos estableciendo un vínculo afectivo entre los miembros.(51)

Actualmente el concepto de familia deber ser flexible ya que cada familia tiene su propia dinámica, composición, cultura, economía y reglas. Además hay familias que no cumplen con el patrón “tradicional”; conformadas por parejas del mismo sexo, de la misma ascendencia o con unión informal. Hay diferentes tipologías de familia según los miembros que la conforman: familia nuclear es aquella que está conformada por padre, madre e hijos; cuando conviven con otros miembros de la familia (abuelos, tíos, primos u otros parientes) ya sean del padre o de la madre o

de ambos se denomina familia extensa. Las familias mixtas o poligínicas son aquellas que están conformadas por padre, madre, hijos de esta unión e hijos del padre o de la madre o de ambos fruto de relaciones pasadas. La familia monoparental simple la cual tiene diferentes factores de origen (separación, abandono, fallecimiento del cónyuge, madres solteras o pareja privada de la libertad forzosamente), está conformada por la madre o el padre con sus hijos; cuando conviven con otros parientes se denomina monoparental compuesta. (52)

En 1998 Hoffamn y Johson propusieron que aquellos adolescentes que provienen de una hogar monoparental y reestructurado tienen mayor probabilidad de consumir sustancias psicoactivas, sin embargo este comportamiento de consumo se explica mejor por la suma de factores de riesgo familiares más que por la estructura familiar (53)

En el Municipio de Chía, Cundinamarca fue realizado un estudio sobre la estructura y tipología familiar en pacientes con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas y concluyeron que los adolescentes que pertenecen a las familias monoparentales tienen mayor predisposición al consumo debido a aspectos negativos como la soledad, la dificultad para ejercer la autoridad por parte del progenitor a cargo, la desidealización de la figura del progenitor ausente y la búsqueda de complicidad de manera constante. Dentro de los factores que pueden llegar a ser determinantes en el abuso de sustancias psicoactivas tiene gran importancia de la estructura familiar cómo las interacciones afectivas deficientes. Una buena red de apoyo es un factor de protección ante la ausencia del padre.(54)

En un estudio transversal realizado en el corregimiento de Chicoral Colombia contrario a lo que se ha publicado en la literatura referente al tema se evidenció que los adolescentes de educación media que conviven con ambos padres ya sea en una unión legal o unión libre consumen más alcohol, marihuana y tabaco que aquellos que conviven con uno de los dos progenitores u otros familiares. Esto puede explicarse por otros factores que se relacionan también con el consumo de

sustancias psicoactivas como son la ausencia de autoridad y afecto, padres con estilo de crianza autoritaria, ausencia de la figura paterna, padres negligentes en el cuidado de sus hijos, actitud tolerante por parte de los padres frente al consumo de drogas, problemas de abusos de sustancias psicoactivas en el hogar y conflictos parentales. (55, 56)

Si bien la tipología familiar puede ser un factor de riesgo o de protección, como lo exponen diferentes estudios hay otros aspectos familiares que quizás son más determinantes en relación con el tema. Las relaciones familiares conflictivas, mala relación entre padres y adolescentes, una mala percepción del adolescente de la figura paterna o materna, falta de reconocimiento de los logros obtenidos por sus hijos y falta de límites son factores de riesgo para el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas. (57)

En un estudio sobre factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes publicado en la Revista Colombiana de Psiquiatría y realizado por la Doctora Yolanda Torres, se evidenció que la negligencia en el cuidado del menor y ser testigo del maltrato entre los padres son factores de riesgo. Mientras que una adecuada comunicación con los padres, el establecimiento de normas claras y estrictas y buena cohesión familiar son factores de protección. (58)

Uno de temas relacionados con la familia y que se hace parte de este trabajo es cohesión familiar, se define como el vínculo afectivo entre los integrantes de una familia y la autonomía que tiene cada uno de ellos, esto implica tener gustos en común, realizar actividades juntos, compartir tiempo y espacio. Se ha evidenciado que los hijos de una familia con una buena cohesión tienen menor riesgo de consumo probablemente debido a un mayor control parental y una mayor seguridad afectiva. (59)

Se ha evidenciado que los adolescentes que consumen alcohol tienen una percepción regular de cohesión familiar y los que consumen otro tipo de sustancias psicoactivas la percepción es regular o mala. En un estudio realizado en niños y adolescentes en Medellín de 2008 la percepción de una buena

cohesión familiar por parte de los adolescentes generalmente proviene de aquellos que pertenecen a una familia nuclear por encima de otros tipos de organización familiar.(60)

La relación con los padres también es un factor determinante para esta problemática, implica diferentes aspectos en la cotidianidad de la vida familiar y está muy asociado al término de cohesión familiar. El conocimiento que tienen los padres sobre sus hijos es muy importante ya que cuando hay una buena comunicación bidireccional los padres realmente aprenden a “conocer” a sus hijos y de esta manera les facilita una adecuada orientación hacia los adolescentes sobre temas como el abuso de alcohol y de drogas. (61)

3.6. Autoestima

El término autoestima es uno de los más ampliamente discutidos en el área de la psicología, definiéndose como el concepto hipotético que tiene el individuo de sí mismo o la idea que cree que los demás le atribuyen. No es una idea estática, al contrario es variable y multifactorial, se construye y es susceptible a transformaciones durante la vida del individuo según las circunstancias y experiencias vividas. Sin embargo hay un valor inalterable y ajeno a los tributos intelectuales y/o físicos, a las aptitudes y destrezas, a las derrotas y los logros alcanzados; es el reconocimiento como persona sin hacer distinciones de origen, raza, ideología o religión y es la dignidad.(62)

Autoestima es el concepto o percepción de sí mismo, implica la capacidad de creer en las habilidades propias para enfrentar los desafíos de la vida y sentir que merece ser feliz. Tiene 2 componentes que se relacionan entre sí: eficacia personal y respeto hacia sí mismo.(63)

Abraham Maslow, psicólogo estadounidense en 1943 expone en su trabajo “la teoría de la motivación humana” la importancia de la autoestima para autorrealización, quien no logra una adecuada autoestima nunca logra autorrealizarse. Además describe las necesidades del individuo fundamentales

para su supervivencia y motivación, dos de ellas son la necesidad de estima propia y la que proviene de otros individuos. Siguiendo una jerarquía ambas necesidades están por encima de las necesidades fisiológicas, amor y pertenencia y seguridad personal. (64)

El autoestima no es innato en el ser humano, el niño al nacer no diferencia que es un ser individual, percibe a las personas en su entorno y a él mismo como un todo, como una unidad. A medida que crece, antes del uso del lenguaje verbal va aprendiendo a construir una imagen de sí mismo según las atenciones y amor que recibe de su entorno familiar y/o cuidadores. La autoestima se construye por la relación positiva o negativa con las personas que hacen parte de su entorno familiar, escolar y social. (65)

Asociado al tema de investigación, es de gran importancia para los adolescentes tener un concepto saludable de sí mismos ya que en este periodo crucial y vulnerable de la vida, una baja autoestima aumenta la susceptibilidad de desarrollar conductas adictivas.(66)

Una de las características del ser humano como ser pensante es la capacidad de realizar autoevaluaciones ya sean positivas o negativas y el ámbito familiar para un adolescente es fundamental ya que las potencian o inhiben. La relación entre autoestima y el contexto familiar positivo o negativo pueden ser predictores para conductas de riesgo en el adolescente como el consumo de sustancias psicoactivas, ya sea de manera directa o proximal. Dos tipos de autoestima, la familiar y la escolar pueden ser un factor de protección frente a estas conductas, mientras que la autoestima social y física puede precipitarlas. De esta manera el joven que consume algún tipo de sustancia tiene una mayor autoestima social pero menor autoestima académica y familiar. (67-70)

3.7. Red de apoyo

Red de apoyo es un concepto bastante amplio y por tanto es difícil comprenderlo desde una sola perspectiva, de esta manera las ciencias humanas y sociales lo

han abordado de una manera diversa según su estructura, contenido, propósito y elementos constitutivos. Una entre muchas definiciones de este concepto es el aporte de Elkaim (1987) quien afirma que una red social es “Un grupo de personas, miembros de una familia, vecinos amigos y otras personas, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo o a una familia. Es en síntesis un capullo alrededor de una unidad familiar que sirve de almohadilla entre esa unidad y la sociedad”. (71)

La adolescencia es una etapa de transición entre la niñez y la vida adulta en las que el adolescente experimenta una serie de cambios a nivel físico, psicológico y emocional. En este proceso están en búsqueda de su identidad y viven un periodo de vulnerabilidad en cual familia, amigos y otros pueden tener un efecto positivo o negativo en su desarrollo. (72)

Para todo ser humano la red de apoyo constituye el refugio y soporte ante conflictos y situaciones nuevas. Para una adolescente que se encuentra en esta etapa de vulnerabilidad y cambios, sus relaciones son de gran importancia y puede influir en la percepción de quien hace parte o no de su red de apoyo. A medida que avanza la adolescencia, los jóvenes perciben menos apoyo por parte de sus padres más no significa que realmente sea así, se atribuye al mayor número de conflictos con sus progenitores y deseos de mayor independencia por parte del adolescente, sin embargo el apoyo de los padres en esta etapa es de gran importancia. También se observa que entre más avanzada sea la adolescencia hay mayor importancia para las relaciones con sus pares y pareja sentimental. (73)

El ministerio de Salud y Protección Social contempla que entre los factores de riesgo social se encuentra el bajo apoyo de redes sociales. Según Disihion y Lee la magnitud de la influencia de los pares en los adolescentes está asociado a la dinámica familiar entre ellos específicamente el cuidado y supervisión parental. Cuando hay una “autonomía prematura” en la cual los padres por falta de

compromiso e interés le conceden a sus hijos “libertad” a una edad muy temprana o cuando los pares tienen conductas inapropiadas es más probable el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes. (74, 75)

Las relaciones que los jóvenes establecen con sus iguales son de importancia para el inicio y consumo habitual de sustancias psicoactivas. Es importante aclarar que no hay una relación significativa entre el apoyo del mejor amigo/a y consumo de sustancias psicoactivas, se debe conocer si este amigo/a es consumidor habitual. La buena relación con los padres brinda al adolescente las competencias sociales necesarias para no ceder a las presiones de sus pares. (71)

4. HIPÓTESIS

4.1. Hipótesis Nula: El consumo de sustancias psicoactivas no está asociado con las variables estudiadas

4.2. Hipótesis Alterna: El consumo de sustancias psicoactivas está asociado con las variables estudiadas

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

Determinar la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en un colegio distrital de Bogotá y factores asociados

5.2. Objetivos Específico

- Describir las características sociodemográficas de la población de estudio
- Estimar la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de bachillerato de un colegio distrital de Bogotá según sexo, edad y curso.
- Establecer el riesgo de adicción a drogas y alcohol entre los adolescentes.
- Determinar características familiares, de autoestima y red de apoyo de la población la población de estudio y su asociación al consumo de sustancias psicoactivas y su asociación con el consumo.

6. METODOLOGÍA

6.1. Enfoque metodológico de la investigación

El enfoque de la investigación es cuantitativo, se estimó la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en escolares que se encuentran en situación de riesgo social, se determinó cuáles son las sustancias de consumo así como el riesgo de adicción y por medio de la aplicación de escalas validadas por el Grupo de Investigación en Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad CES se exploraron los factores asociados con el consumo de sustancias psicoactivas.

6.2. Tipo de estudio

Se aplicó la estrategia de los estudios observacionales de corte. Se estimó la prevalencia de consumo, el riesgo de adicción y descripción de factores asociados.

6.3. Población

- Población de referencia: estudiantes de colegios distritales de la ciudad de Bogotá con riesgo social.
- Población blanco: estudiantes de un Colegio distrital de la localidad Mártires.
- Población elegible: estudiantes de Séptimo a Onceavo grado del colegio estudiado.
- Población de estudio: los estudiantes pertenecientes a los cursos seleccionados aleatoriamente que aceptaron desarrollar la encuesta previo consentimiento de los padres o representantes legales

6.4. Diseño Muestral

Se aplicó el diseño de muestra para este tipo de estudios.

El valor de p se estimó con base en el 8% de la proporción de prevalencia anual de consumo de marihuana según el Estudio Nacional de consumo de Sustancias Psicoactivas en Escolares 2016, siendo ésta la sustancia ilícita más consumida por los adolescentes. Precisión de 1.96 y un error de 0.05 con un resultado de:

Una muestra de 97 estudiantes como tamaño mínimo, sin embargo participaron 147 estudiantes.

6.5. Criterios de inclusión y de exclusión

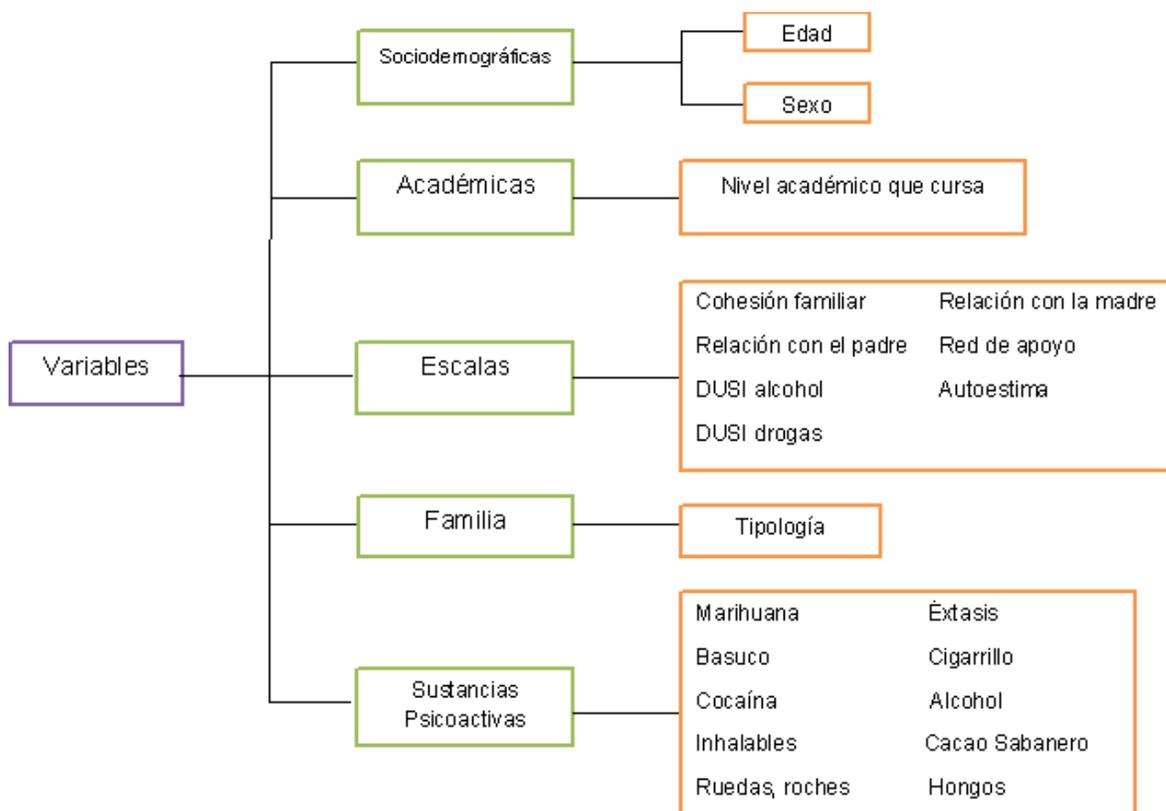
Criterios de inclusión

- Estudiantes de la institución educativa que cursaran los grados séptimo a undécimo
- Estudiantes que aceptan participar respondiendo las preguntas de la encuesta,

Criterios de exclusión

- Estudiantes sin el consentimiento informado firmado por sus padres
- Estudiantes que previamente han leído el asentimiento y no desean firmarlo

6.6. Diagrama de variables



6.7. Técnicas de Recolección de información

Se aplicó el diseño del formulario de la encuesta de la Universidad CES- Medellín diseñada por la Doctora María Yolanda Torres de Galvis y colaboradores, este instrumento mide factores relacionados con la salud mental del adolescente y el consumo de sustancias psicoactivas.

La encuesta fue auto aplicada por los estudiantes de ambas jornadas académicas y de quienes se contaba con el consentimiento firmado por uno de sus padres o responsables. Las dos investigadoras se encargaron de la logística y contaron con el apoyo de dos psicólogos externos que previamente estudiaron el cuestionario y participaron en el desarrollo de la encuesta resolviendo las dudas

de los jóvenes. Docentes y el personal que laboran en la institución no estuvieron presentes ya que esto podía generar sesgos de información.

Se entregó a cada estudiante un sobre con el cuestionario de preguntas, antes de comenzar su desarrollo se explicaron de manera general los temas de la encuesta y objetivos, se les indicó que no debían poner su nombre ni su número de identificación. Se repartió junto con el cuestionario un documento el cual debía ser firmado por el estudiante si deseaba participar en la encuesta, 5 de ellos decidieron no hacerlo y su decisión fue respetada, estos estudiantes fueron retirados del aula para no generar distracciones en los participantes. No se definió el tiempo para su desarrollo, cada estudiante llevó un ritmo diferente y al culminar entregaban el cuestionario nuevamente dentro del sobre.

Las encuestas desarrolladas fueron custodiadas por las investigadoras y el procesamiento de los datos se llevó a cabo en el programa Tele- Form.

6.8. Prueba Piloto

La herramienta ha sido construida y aplicada en adolescentes colombianos por la Doctora María Yolanda Torres de Galvis, reconocida docente de la Universidad CES y quien tiene una gran experiencia en investigación en el campo de salud mental.

Las investigadoras realizaron varias visitas y entrevistas a los orientadores y docentes de la institución, lo que permitió conocer aún más la población. Por lo tanto no fue necesaria la realización de la prueba piloto.

6.9. Control de errores y sesgos

- **Sesgo de información:** se garantizó la confidencialidad mediante el diligenciamiento en forma anónima de la encuesta y al terminarla se introdujo en el sobre de manila. Dentro del aula no hubo presencia de docentes o directivos de la institución educativa.

- **Sesgo de selección:** todos los estudiantes del grado séptimo a undécimo de ambas jornadas tuvieron la oportunidad de participar con el único requisito de contar el consentimiento firmado por sus padres.
- **Otros sesgos:** se controlaron mediante el adecuado diligenciamiento de las encuestas por parte de los estudiantes, imputación de los datos faltantes y la lectura electrónica mediante el Sistema Tele- Form

6.10. Técnicas de procesamiento y análisis de los datos

1. Las encuestas fueron leídas y los datos procesados por Teleform así se generó la base de datos.
2. Se utilizó el programa SPSS para el análisis. Se obtuvieron las proporciones, diseño de gráficas y tablas de las variables sociodemográficas, académicas y las escalas estudiadas así como prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para el desarrollo del trabajo de investigación se tuvieron en cuenta los principios fundamentales y universalmente reconocidos de la Bioética y se sometió al Comité de Ética en Investigación de la Universidad CES.

Beneficencia

- Los resultados de la investigación aportan conocimientos a padres, docentes y orientadores sobre los factores de riesgo y de protección para el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes. Esto permite detectar comportamientos de riesgo, corregir conductas y mejorar rutas de atención y prevención.

No maleficencia

- La aplicación de la encuesta implica un riesgo mínimo. En la encuesta se indagó sobre recuerdos, emociones y sentimientos por lo tanto durante el desarrollo de la encuesta se contó con el apoyo de 2 psicólogos externos a la institución educativa.

Autonomía

- En el estudio participaron menores de edad y se requirió el consentimiento firmado por los padres o representantes del menor. Se les explicó el objetivo del estudio y se les garantizó la confidencialidad de las respuestas de sus hijos por medio de una encuesta anónima.
- Antes de aplicar la encuesta, se les explicó al grupo de estudiantes los temas evaluados en las encuestas y los objetivos del trabajo, los que expresaron su deseo de participar firmaron el asentimiento.

Justicia

- Se garantizó la confidencialidad de la información a los participantes. La aplicación no requirió el nombre ni la firma del estudiante. Se entregó y se recibió en un sobre sin ningún tipo de identificación.
- Se contó con el apoyo de la orientadora del colegio, psicóloga de profesión quien evaluó la encuesta y aceptó su aplicación a los estudiantes, de igual manera aprobó la capacidad de responder de los estudiantes el tipo de preguntas que hacen parte del cuestionario. (Resolución N° 008430 DE 199 /4 de octubre de 1993)

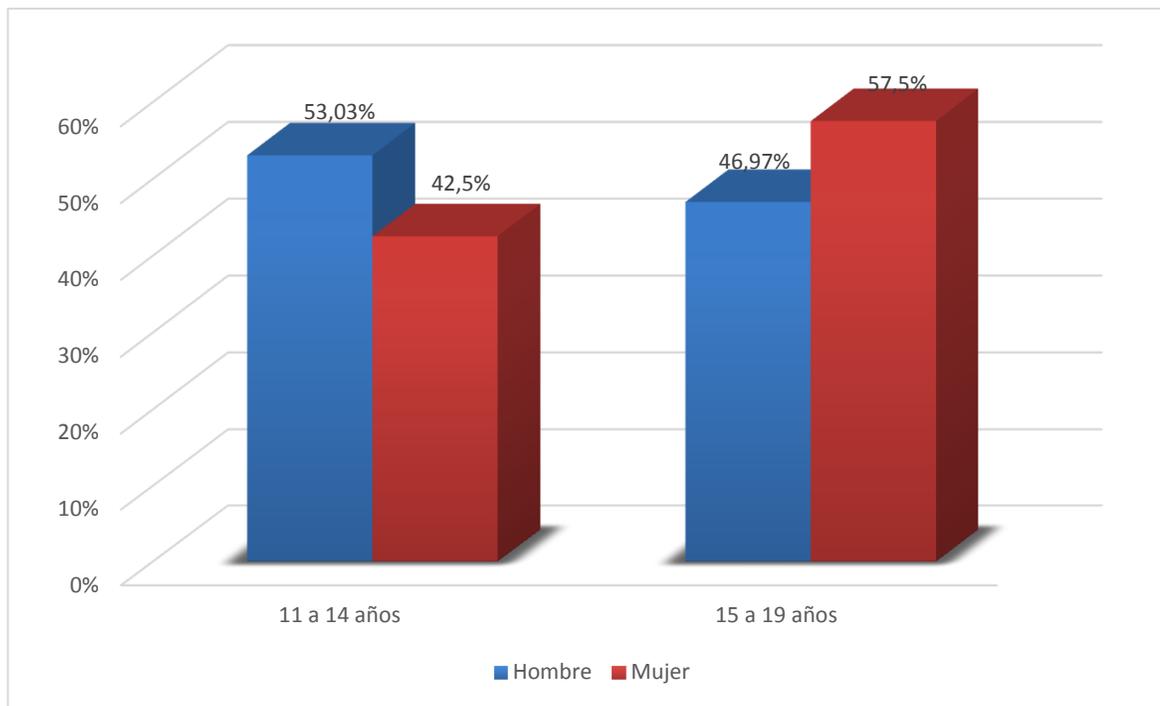
8. RESULTADOS

8.1. Características de la población de Estudio

8.1.1. Distribución según edad y sexo

Un total de 147 estudiantes participaron voluntariamente en el desarrollo de la encuesta, se esperaba la participación de 152 ya que sus padres habían firmado el consentimiento informado pero cinco de ellos decidieron no participar en la actividad. Los estudiantes pertenecen a las dos jornadas estudiantiles de una institución educativa distrital y cursan entre el grado séptimo y undécimo de bachillerato.

Gráfico 1. Distribución porcentual según edad y sexo



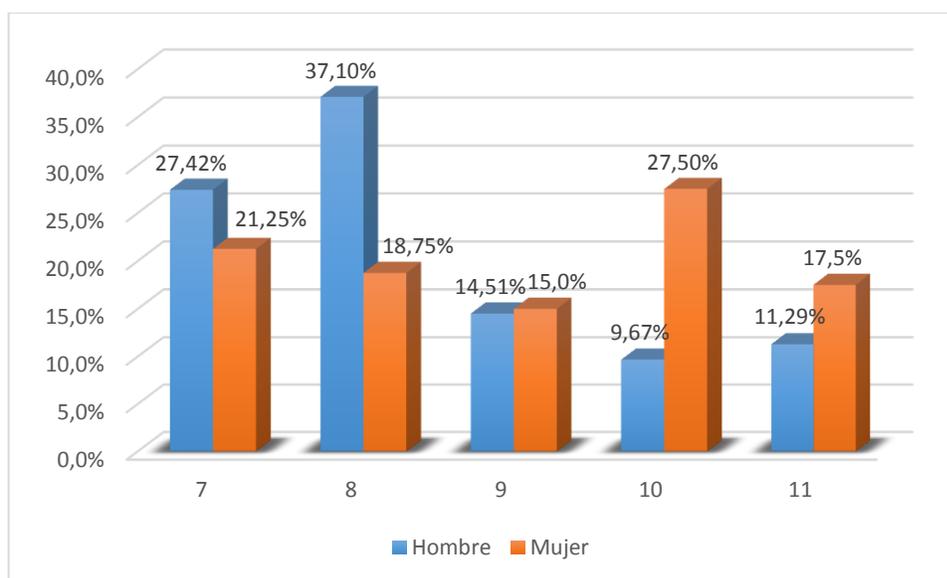
El 45,2% pertenece al género masculino y el 54,8% al femenino, el rango de edad estuvo entre los 11 y 19 años con una edad promedio entre los $14.6 \pm 1,7$ y una mediana de 15. La edad promedio para el sexo masculino fue de $14,44 + 1,84$

años y para el femenino de 14,65 + 1,76; el 47. El 47,6% de los estudiantes son preadolescentes y el 52,4% adolescentes.

8.1.2. Distribución según las variables de escolaridad

El estudio se llevó a cabo en estudiantes desde el grado séptimo a undécimo de ambas jornadas académicas, la mayor participación fue de los grados séptimos y octavos con 23,78% y 26,75% respectivamente. Del total de los participantes el 15,38% pertenecen al grado noveno, el 19,34% al grado décimo y el 14,69% al grado undécimo.

Gráfico 2. Distribución según sexo y grado escolar



8.2. Resultados según situación familiar

8.2.1. Distribución según tipología de familia

En el estudio se clasifican las familias según se propone en Colombia por expertos en familia de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Bolivariana en Medellín:

1. Familia nuclear: conformada por padre y madre con sus hijos propios o adoptivos

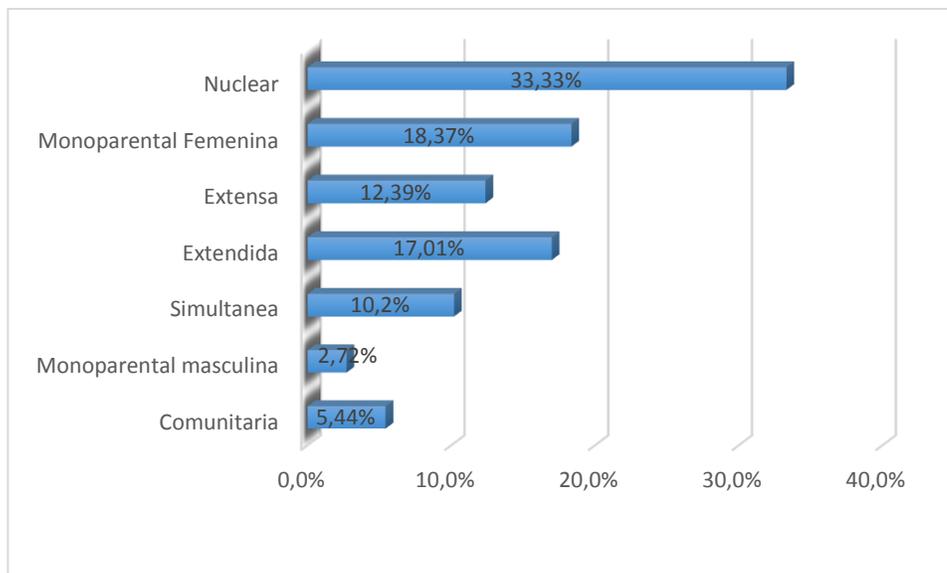
2. Familia extensa: es la familia nuclear que conviven con otro miembro de la familia que puede tener primero, segundo o tercer grado de consanguinidad

3. Familia extendida: conformada por uno o los dos padres y otros parientes.

4: Familia simultánea o superpuesta: cuando uno de los padres tiene uno o más hijos de una unión anterior

5. Familia monoparental: conformada por padre (monoparental masculina) o madre (monoparental femenina) y los hijos.

Gráfico 3. Distribución según tipología familiar



Según tipología familiar el 33,3% de los adolescentes convive con la familia nuclear, es decir con ambos padres y hermanos. La familia monoparental constituye el 21,1%, siendo mayoritaria la femenina con el 18,4% y en menor proporción la monoparental masculina con el 2,7%. El 12,9% de los adolescentes vive con familia extensa, el 17% con familia extendida y el 5,4% con familia comunitaria.

8.2.2. Cohesión Familiar

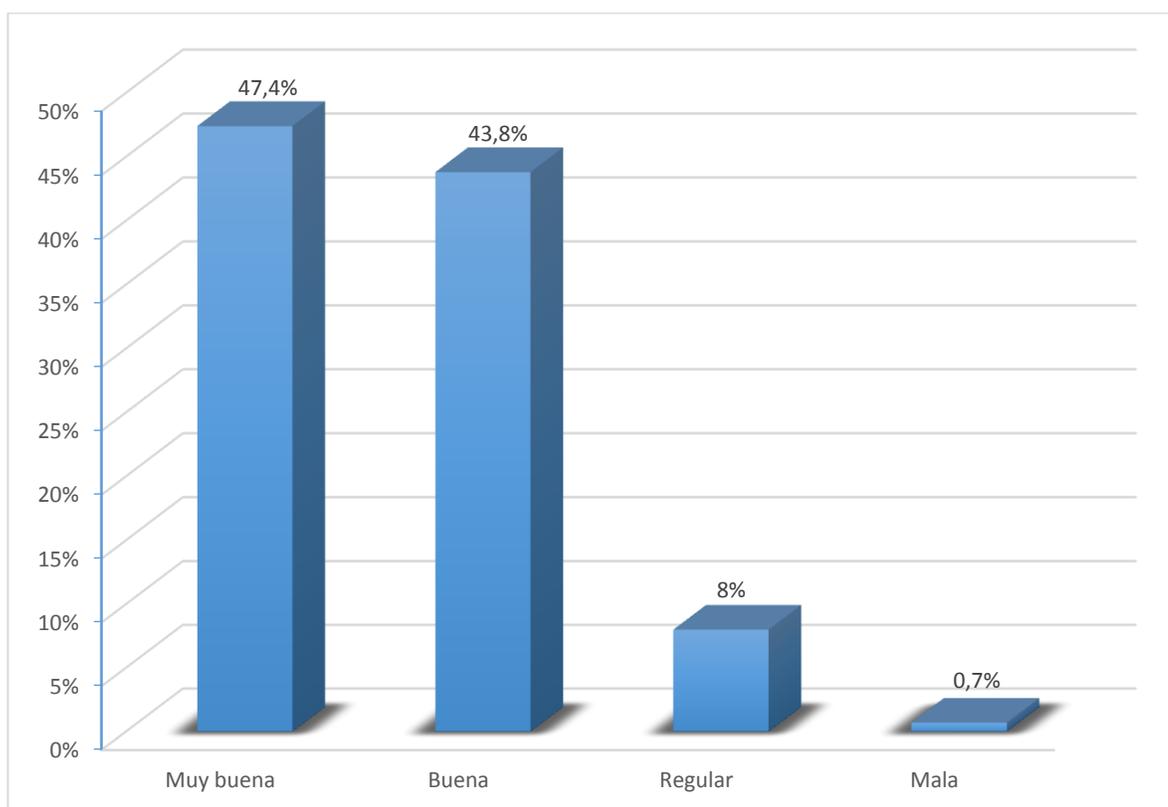
Según los resultados de la escala de cohesión familiar, el 47,4% informa la cohesión familiar como muy buena, 43,8% como buena, 8% regular y 0,7% mala. Entre las variables que componen las escalas de cohesión familiar es importante resaltar que el 44,1% de los jóvenes consideran que siempre hay ayuda entre los miembros de su familia e igualmente el 57% refiere que siempre está satisfecho con la relación con sus parientes. En cuanto a los aspectos negativos, el 13,8% considera que las ideas de los hijos no son tenidas en cuenta para resolver problemas y solo el 19%, 3 considera que siempre en su familia se puede expresar fácilmente lo que se desea.

Tabla 1. Comportamiento de los componentes de la escala de cohesión familiar

Con relación a su vida familiar...	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre
Nos gusta pasara tiempo libre juntos	4,1	15,6	27,2	29,3	23,8
Cada persona expresa fácilmente lo que desea	6,1	23,8	23,1	27,9	19,0
Nos ayudamos unos a otros	2,0	8,8	15,6	29,3	44,2
Las ideas de los hijos son tenidos en cuenta para la solución de problemas	14,3	15,6	25,9	19,0	25,9
Cuando surgen problemas nos unimos para resolverlos	11,6	20,4	20,4	21,8	25,9
Nos turnamos las tareas y las responsabilidades de la casa	6,1	10,9	23,8	23,1	36,1
La familia comparte con familiares cercanos eventos importantes	6,8	10,2	23,1	29,9	29,9
Estoy satisfecho con la relación con mis parientes	3,4	5,5	13,8	20,0	57,2

El 47,4% reportó la cohesión familiar como muy buena, 43,8% como buena, 8% regular y 0,7% mala. Entre las variables que componen las escalas de cohesión familiar es importante resaltar que el 44,1% de los jóvenes consideran que siempre hay ayuda entre los miembros de su familia e igualmente el 57% refiere que siempre está satisfecho con la relación con sus parientes. En cuanto a los aspectos negativos, el 13,8% considera que las ideas de los hijos no son tenidas en cuenta para resolver problemas y solo el 19%, considera que siempre en su familia se puede expresar fácilmente lo que se desea.

Gráfico 4. Comportamiento de la escala de cohesión familiar



En general, el 91,0% de los adolescentes consideran que la cohesión familiar es buena y muy buena y el 9% regular y mala.

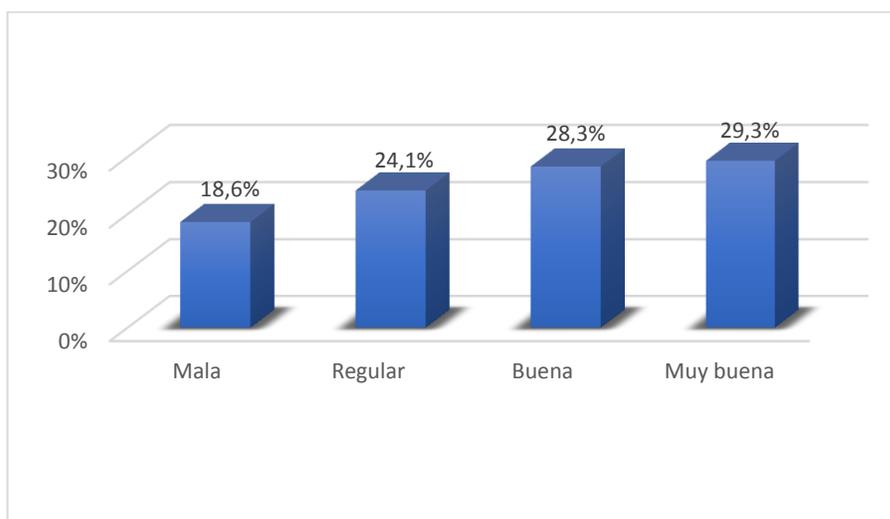
8.2.3. Relación con el padre

Tabla 2. Comportamiento de los componentes de la escala relación con el padre (%)

En general como es la relación su padre	No tiene	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre
Estoy satisfecho en la forma que conversamos	14,4	9,6	17,1	19,2	12,3	27,4
Me es fácil expresarle mis sentimientos	13,6	24,5	19,7	12,9	15,0	14,3
Él puede saber cómo me estoy sintiendo aún sin preguntármelo	13,0	25,3	15,8	13,0	14,4	18,5
Si yo tuviera dificultades podría contárselo	14,3	19,7	11,6	9,5	15,6	29,3

El 14,4% informa no tener padre y en general la relación con el padre no es buena, el 18,6% de los estudiantes la consideran mala, el 24,1% regular siendo una situación preocupante dada la importancia que tiene la figura paterna en la vida de un niño y adolescente.

Gráfico 5. Comportamiento de la escala Relación con el Padre.



8.2.4. Relación con la madre

Los resultados de la relación con la madre fueron mejores que los resultados de la relación con el padre. El 88.5% la considera como buena y muy buena. La adecuada relación con la madre es considerada como un factor de protección.

Gráfico 6. Comportamiento de la escala de Relación con la Madre

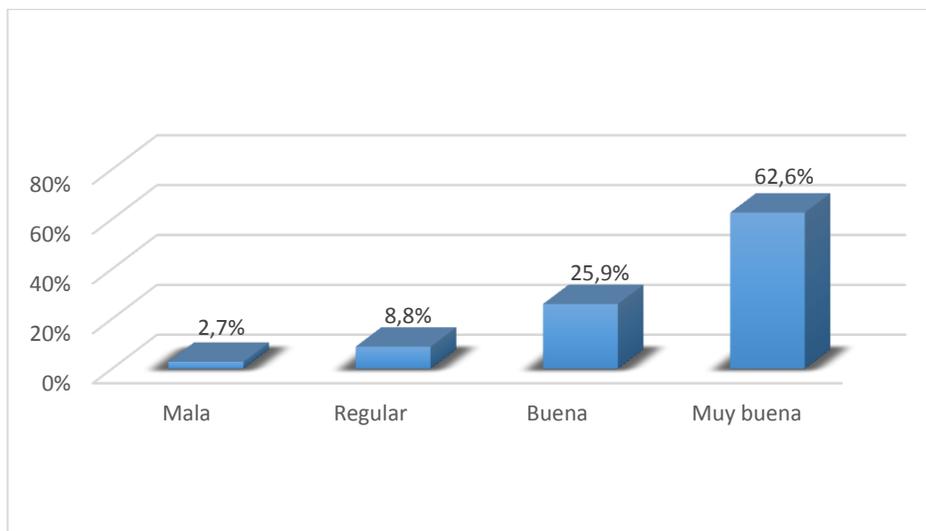


Tabla 3. Comportamiento de los componentes de la escala relación con la madre (%)

En general como es la relación su madre	No tiene	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre
Estoy satisfecho en la forma que conversamos	2,7	2,0	6,8	17,0	15,0	56,5
Me es fácil expresarle mis sentimientos	1,4	8,8	7,5	17,0	25,9	39,5
Él puede saber cómo me estoy sintiendo aún sin preguntármelo	1,4	8,8	8,8	11,6	16,3	53,1
Si yo tuviera dificultades podría contárselo	2,7	6,8	13,6	7,5	10,9	58,5

8.3. Red de apoyo

Observando los resultados de la tabla dos, al sumar las respuestas “siempre” y “con frecuencia” para el apoyo recibido de la madre dan el 78,2%, seguido por los hermanos con 53% y llama la atención que el padre y los amigos es muy similar con 45,6% y 43,5% respectivamente. Como resultado general de la escala 86,4% de los adolescentes encuestados consideran que cuentan con red de apoyo y 11.6% no.

Tabla 4. Comportamiento de los componentes de la escala Red de Apoyo (%)

Quando tiene dificultades a quien acude buscando apoyo...	No tiene	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre
Cuenta con el apoyo del padre	13	15,1	12,3	13,7	13,0	32,9
Cuenta con el apoyo de la madre	1,4	3,4	6,1	10,9	12,2	66,0
Cuenta con el apoyo de hermanos	9,5	7,5	15,0	15,0	16,3	36,7
Cuenta con el apoyo de otros parientes	3,4	16,6	17,9	22,1	15,9	24,1
Cuenta con el apoyo de su pareja	54,8	5,5	4,8	7,5	9,6	17,8
Cuenta con el apoyo de amigos	4,8	6,1	16,3	29,3	22,4	21,1

8.4. Escala de autoestima

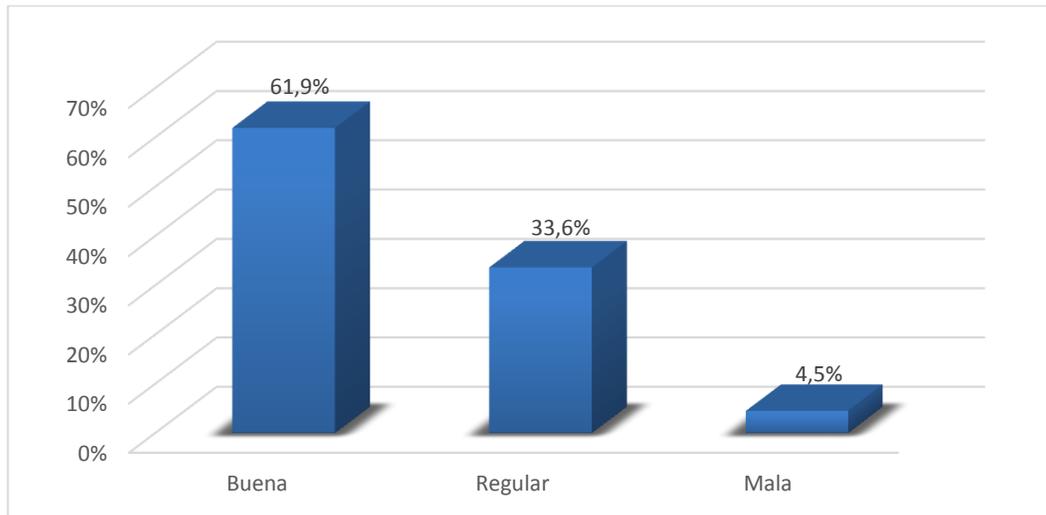
Más del 50% de los estudiantes tienen una buena estima solo el 4,5% tienen mala autoestima. Ningún estudiante presento mala autoestima

Tabla 5. Comportamiento de los componentes de la escala de la autoestima

La respuesta más adecuada a las siguientes frases es ...	Nunca	Ocasional-mente	Casi siempre	Siempre
¿Siento que soy físicamente atractivo?	19	38,1	27,9	15,0
¿Tengo dudas de lo que espera en la vida?	17,8	32,2	36,3	13,7
¿Le gusto a la gente?	10,2	40,8	32,7	16,3
¿Soy capaz con mis responsabilidades?	5,5	19,9	44,5	30,1
¿Tengo problemas para hacer planes pues no sé lo que quiero?	29,9	38,8	24,5	6,8
¿Los demás me rechazan fácilmente?	61,9	25,2	7,5	5,4
¿Me imagino como será mi vida en 5 años?	19,0	21,8	27,9	31,3
¿Me siento saludable?	5,5	24,7	25,3	44,5
¿Tengo una pobre opinión de mí mismo?	39,0	29,5	21,2	10,3
¿Tengo dificultades para tener una relación amorosa?	25,2	32,0	23,1	19,7
¿Mis compañeros me incluyen en sus actividades sociales?	8,2	19,9	36,3	35,6
Sé quién soy y qué haré en la vida	11,6	19,0	27,9	41,5
Creo que no soy constante ni disciplinado en las cosas	26,7	41,8	21,2	10,3
La gente me ve como una persona muy capaz	9,0	17,2	44,1	29,7
Siento que soy capaz de aprender cosas rápidamente	6,3	19,4	31,3	43,1
Las personas disfrutan mucho de mi compañía	2,8	17,6	47,2	32,4
Si estoy en problemas se que soy capaz de resolverlos por mí mismo	11,4	17,9	34,3	36,4

Al analizar los resultados de la escala de auto estima se considera como un resultado con clara tendencia hacia contar con buena autoestima.

Gráfico 7. Comportamiento de la escala de Autoestima



8. 5. Consumo de sustancias psicoactivas

En la siguiente tabla se observan los porcentajes de consumo de cada sustancia psicoactiva. La proporción de prevalencia anual hace referencia al consumo durante los últimos 12 meses, el índice de exconsumo, al consumo de la sustancia por última vez hace más de 12 meses y el índice de abstención a que nunca ha consumido la sustancia.

La proporción de prevalencia de vida se obtiene de la sumatoria de la prevalencia anual más el exconsumo.

Tabla 6. Indicadores de Consumo de sustancias psicoactivas

Sustancia psicoactiva	Proporción prevalencia anual de consumo	Índice de Exconsumo	Índice de abstención
Marihuana	8,8	9,5	81,6
Basuca	2,0	0,7	97,3
Cocaína	6,8	1,4	91,8
Inhalables	7,5	2,7	89,8
Rohypnol	2,7	0,0	97,3
Éxtasis	1,4	3,4	95,2
Cigarrillo	13,6	12,2	74,1
Alcohol	34,0	6,8	59,2
Alc, hasta la embriaguez	11,7	7,6	80,7
Cacao sabanero	1,4	1,4	97,3
Hongos	2,8	1,4	95,9

- Respecto a las sustancias ilegales, la de mayor **consumo es la marihuana** con una prevalencia de 8,8% de consumo durante los últimos 12 meses y 9,5% de consumo hace más de 12 meses, lo cual representa una **prevalencia de vida del 18,3%**.
- Con relación a las sustancias inhalables la **prevalencia de vida llega al 10,2%**.
- Otras sustancias como la **cocaína la han consumido el 6,8% durante el último año y 8,2% durante la vida respectivamente**.
- Llama la atención la presencia de **consumo de basuca** con una prevalencia de vida de 2,7%, sustancia que ya casi o se ha reportado en estudios recientes,
- Las sustancias con mayor prevalencia de consumo son las denominadas legales, incluyendo las bebidas alcohólicas, así para esta edad su consumo sea ilegal según la legislación colombiana, el 34,0% las ha consumido durante los últimos 12 meses, el 6.8% hace más de 12 meses,

lo que representa una prevalencia de vida de 40,8%, el 11,7% informa **su consumo hasta embriaguez.**

Se debe recordar que el alcohol, el cigarrillo y la marihuana se consideran como “sustancias puerta de entrada” para otras más fuertes.

- El cigarrillo presentó una prevalencia anual de 13,6% y al sumarla con la cifra de exconsumo de 12.2% representa una proporción de prevalencia de vida del 25.8%%

Tabla 7. Edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas

Sustancia psicoactiva	Promedio edad en años de inicio de consumo	
Marihuana	13,68	10-17
Basuca	14.0	
Cocaína	14,5	11-17
Inhalables	14,4	12 - 17
Rohypnol	13,0	8 - 16
Éxtasis	12,7	11 - 14
Cigarrillo	13,4	5 -17
Alcohol	13,3	7 - 17
Alc, hasta la embriaguez	14,6	10 -17
Cacao sabanero	13,0	8 - 17
Hongos	13.0	

En la tabla 7 se observa el comportamiento de la edad de inicio de consumo de cada sustancia psicoactivas, la edad crítica para el inicio de consumo de las sustancias en general es a los 13 años, dato muy importante para las intervenciones de prevención primaria.

Tabla 8. Prevalencia de consumo en el último año según sexo

Sustancia	Sexo	Prevalencia	Razón por sexo
Marihuana	Hombre	11,9	1.9
	Mujer	6,25	
Basuca	Hombre	4,5	N.C,
	Mujer	0,0	
Cocaína	Hombre	10,45	2.8
	Mujer	3,75	
Inhalables	Hombre	10,45	2.1
	Mujer	5,0	
Rohypnol	Hombre	2,9	2.9
	Mujer	2,5	
Éxtasis	Hombre	2,9	N.C
	Mujer	0,0	
Cigarrillo	Hombre	16,4	1.46
	Mujer	11,25	
Alcohol	Hombre	28,36	1.4
	Mujer	38,75	
Alcohol hasta la embriaguez	Hombre	10,45	1.2
	Mujer	12,5	
Cacao sabanero	Hombre	2,99	N.C
	Mujer	0,0	
Hongos	Hombre	4,5	3.6
	Mujer	1,25	

Al analizar el comportamiento del análisis por sexo (tabla 8), llama la atención:

- La basuca, el éxtasis y el cacao sabanero solo son consumidos por los jóvenes del sexo masculino.
- Las bebidas alcohólicas y el alcohol hasta la embriaguez presentan la más alta prevalencia para el sexo femenino, lo cual no concuerda con el comportamiento por sexo encontrado en estudios sobre el tema.

Tabla 9. Prevalencia de consumo en el último año según grado escolar

Sustancia	Séptimo	Octavo	Noveno	Décimo	Undécimo
Marihuana	5,6	7,7	9,1	14,3	9,1
Basuca	2,8	5,1	0,0	0,0	0,0
Cocaína	5,6	5,1	4,5	7,1	13,6
Inhalables	2,8	5,1	9,1	7,1	18,2
Rohipnol	2,8	2,6	0,0	7,1	0,0
Éxtasis	2,8	2,6	0,0	0,0	0,0
Cigarrillo	0,0	10,3	22,7	17,9	27,3
Alcohol	5,6	17,9	22,0	57,1	63,6
Embriaguez	0,0	10,3	18,2	21,4	13,6
Cacao	0,0	5,1	0,0	0,0	0,0
Hongos	5,6	5,1	0,0	0,0	0,0

Como se observa en la tabla 9, la prevalencia de consumo de las sustancias estudiadas, presenta un fuerte incremento a medida que avanza el grado académico lo cual es concordante con el conocimiento sobre el tema y el hecho ampliamente conocido sobre el incremento al aumentar la edad,

Con excepción de la marihuana, que presenta la mayor prevalencia en el décimo grado y el consumo de bebidas alcohólicas hasta al llegar a la embriaguez, el Rohynol del que solo se informó consumo en séptimo y octavo grados, el undécimo grado presento el más alto riesgo para el consumo.

8.5.1. Resultado de la Escala DUSI alcohol

Como escala el resultado muestra que el 1,4% de los estudiantes presenta posible problema de alcoholismo y el 17,0% están en riesgo.

Tabla 10. DUSI alcohol

Por favor responda, durante el último año...	Si
¿Ha sentido deseo intenso deseo de usar licor?	5,4%
¿Ha aumentado la cantidad de licor para sentir el mismo efecto?	2,7%
¿Ha sentido que no podido controlar el uso del licor?	3,4%
¿Ha sentido atrapado por el licor?	0,7%
¿Ha dejado de participar en actividades por haber gastado mucho en licor?	3,4%
¿Ha pasado por alto las reglas por estar bajo efecto del licor?	1,4%
¿Ha tenido un accidente de tránsito bajo efecto del licor?	2,0%
¿Ha herido a alguien bajo el efecto de bebidas alcohólicas?	0,0%
¿Ha peleado debido al uso de licor?	3,4%
¿Ha tenido problemas para llevarse bien con algún amigo debido al licor?	2,0%
¿Ha tenido dificultad para decir NO cuando le ofrecen licor?	10,2%

El análisis por ítem la pregunta: ¿Ha tenido dificultad para decir NO cuando le ofrecen licor? Con 10.2% de respuestas positivas y siendo un síntoma reconocido como de riesgo, es preocupante, al igual que: ¿Ha sentido deseo intenso deseo de usar licor? con el 4.4%

8.5.2. Escala DUSI Drogas

Los resultados de la escala DUSI para drogas diferentes al alcohol, muestra que el 3,4% de los adolescentes encuestados tiene posibles problemas de dependencia a drogas y el 10,9% están en riesgo.

Tabla 11. DUSI drogas

Por favor responda, durante el último año...	Si
¿Ha sentido deseo intenso deseo de usar drogas?	8,8%
¿Ha aumentado la cantidad de drogas para sentir el mismo efecto?	4,1%
¿Ha sentido que no podido controlar el uso de drogas?	2,0%
¿Ha sentido atrapado por el uso de las drogas?	2%
¿Ha dejado de participar en actividades por haber gastado mucho en drogas?	2,0%
¿Ha pasado por alto las reglas por estar bajo efecto de las drogas?	2,0%
¿Ha tenido algún accidente de tránsito bajo efecto de las drogas?	4,1%
¿Ha herido a alguien bajo el efecto de drogas	0,7%
¿Ha peleado debido al uso de drogas?	2,0%
¿Ha tenido problemas para llevarse bien con algún amigo debido a las drogas?	0,7%
¿Ha tenido dificultad para decir NO cuando le ofrecen drogas?	5,4%

La respuesta a la pregunta: ¿Ha sentido deseo intenso deseo de usar licor? Con un 8.8% de respuesta es un indicador importante de una posible dependencia a drogas diferentes al alcohol.

8.6. Análisis Bivariado

8.6.1. Tipos de familia y consumo de sustancias psicoactivas

Tabla 12. Asociación entre posible alcoholismo y tipología familiar

Tipología familiar		Posible alcoholismo		Total
		SI	NO	
Otros tipos de familia +		18	80	98
Familia Nuclear -		9	40	49
TOTAL		27	120	147
RD	Valor	Intervalo de confianza de 95%		
	1,00	Inferior	Superior	
		0,4122	2,424	

El resultado de calcular la RD (razón de disparidad) para la asociación entre posible alcoholismo y el comportamiento de la escala tipología familiar se encontró 1, por tanto no hay asociación entre las dos variables.

Tabla 13. Asociación entre posible dependencia a otras drogas y tipología familiar

Tipología familiar		Posible dependencia a otras drogas		Total
		SI	NO	
Otros tipos de familia -		12	86	98
Familia Nuclear +		9	40	49
TOTAL		21	126	147
RD	Valor	Intervalo de confianza de 95%		
	0,620	Inferior	Superior	
		0,242	1,591	

Al calcular la RD (razón de disparidad) para la asociación entre posible dependencia a otras drogas diferente a las bebidas alcohólicas y el comportamiento de la escala tipología familiar se encontró en 0,6. Contrario a lo hallado en la literatura, en nuestra investigación los jóvenes que pertenecen a una familia diferente a la nuclear tienen un beneficio moderado (factor de protección) frente a la dependencia de otras drogas en comparación a los que pertenecen a una familia nuclear. Sin embargo el intervalo de confianza del 95% pasa por 1, por tanto la asociación no es estadísticamente significativa probablemente por el tamaño de la muestra

8.6.2 Cohesión familiar y consumo de sustancias psicoactivas

Tabla 14. Asociación entre posible alcoholismo y cohesión familiar

Cohesión familiar		Posible alcoholismo		Proporción por cien
		SI	NO	
Mala +		3	10	13
Buena -		24	110	134
TOTAL		27	120	147
RD	Valor	Intervalo de confianza de 95%		
	1,3	Inferior	Superior	
		0,352	5,377	

Al calcular la RD (razón de disparidad) para la asociación entre posible alcoholismo y el comportamiento de la escala de cohesión familiar, se encontró en 1,3 pero el intervalo de 95% confianza pasa por 1 posiblemente debido al tamaño de la muestra.

A pesar de no alcanzar la significancia estadística en concordancia con la literatura sobre el tema su comportamiento en nuestra investigación presenta asociación.

Tabla 15. Asociación entre posible dependencia a otras drogas y cohesión familiar

Cohesión familiar		Posible dependencia a otras drogas		TOTAL
		SI	NO	
Mala		3	10	13
Buena		18	116	134
TOTAL		21	126	147
RD	Valor	Intervalo de confianza de 95%		
	1,9	Inferior	Superior	
		0,485	7,704	

El resultado de calcular la RD (razón de disparidad) para la asociación entre posible abuso de drogas, diferentes a las bebidas alcohólicas, y el comportamiento de la escala de cohesión familiar se encontró en 1,9, lo cual puede interpretarse como que por cada joven con el problema entre los que tienen buena cohesión familiar se presentan casi 2 entre los que no la tienen, el intervalo de confianza superior con 95% es de 7,7, pero el inferior es menor de 1 posiblemente debido al tamaño de la muestra.

A pesar de no alcanzar la significancia estadística, en concordancia con la literatura sobre el tema, su comportamiento en nuestra investigación muestra asociación, en este caso casi con el doble de riesgo de posible dependencia de drogas diferentes a las bebidas alcohólicas en los que no presentan buena cohesión familiar.

8.6.3. Relación con el padre y consumo de sustancias psicoactivas

Tabla 16. Asociación entre posible alcoholismo y relación con el padre

Relación el padre		Posible alcoholismo		Total
		SI	NO	
Inadecuada +		11	51	62
Adecuada -		16	69	85
TOTAL		27	120	147
RD	Valor	Intervalo de confianza de 95%		
	0.930	Inferior	Superior	
		0.398	2,173	

El resultado de calcular la RD (razón de disparidad) para la asociación entre posible alcoholismo y el comportamiento de la escala relación con el padre se encontró 1, por tanto no hay asociación entre las dos variables.

Tabla 17. Asociación entre posible dependencia a otras sustancias y relación con el padre

Relación con el padre		Posible dependencia a otras sustancias		Total
		SI	NO	
Inadecuada +		12	50	62
Adecuada -		9	76	85
TOTAL		21	126	147
RD	Valor	Intervalo de confianza de 95%		
	2,027	Inferior	Superior	
		0,796	5,163	

El resultado de calcular la RD (razón de disparidad) para la asociación entre posible dependencia a otras drogas diferentes a las bebidas alcohólicas y el comportamiento de la escala de relación con el padre se encontró en 2,027, lo

cual puede interpretarse como que por cada joven con el problema entre los que tienen una adecuada relación con el padre se presentan 2 entre los que no la tienen, el intervalo de confianza superior con 95% es de 5,163, pero el inferior es menor de 1 posiblemente debido al tamaño de la muestra.

A pesar de no alcanzar la significancia estadística, en concordancia con la literatura sobre el tema, su comportamiento en nuestra investigación muestra asociación, en este caso del doble de riesgo de posible dependencia a otras drogas diferentes a las bebidas alcohólicas en los que tienen una inadecuada relación con el padre.

8.6.4 Relación con la madre y consumo de sustancias psicoactivas

Tabla 18. Asociación entre posible alcoholismo y relación con la madre

Relación con la madre		Posible alcoholismo		Total
		SI	NO	
inadecuada +		6	11	17
Adecuada -		21	109	130
TOTAL		27	120	147
RD	Valor	Intervalo de confianza de 95%		
	2,831	Inferior	Superior	
		0.943	8,496	

El resultado de calcular la RD (razón de disparidad) para la asociación entre posible alcoholismo y el comportamiento de la escala de relación con la madre se encontró en 2,831 lo cual puede interpretarse como que por cada joven con el problema entre los que tienen adecuada relación con la madre se presentan casi 3 entre los que no la tienen, el intervalo de confianza superior con 95% es de 8,496, pero el inferior es menor de 1 posiblemente debido al tamaño de la muestra.

A pesar de no alcanzar la significancia estadística, en concordancia con la literatura sobre el tema, su comportamiento en nuestra investigación muestra asociación, en este caso casi con el triple de riesgo de posible alcoholismo en los que no cuentan con una adecuada relación con la madre.

Tabla 19. Asociación entre posible dependencia a otras sustancias y relación con la madre

Relación con la madre		Posible dependencia a otras sustancias		Total
		SI	NO	
Inadecuada +		9	8	17
Adecuada -		12	118	130
TOTAL		21	126	147
RD	Valor	Intervalo de confianza de 95%		
	11,063	Inferior	Superior	
		3,601	33,985	

El resultado de calcular la RD (razón de disparidad) para la asociación entre posible dependencia a otras drogas diferentes a las bebidas alcohólicas y el comportamiento de la escala de relación con la madre se encontró en 11,063, lo cual puede interpretarse como que por cada joven con el problema entre los que tienen una adecuada relación con la madre se presentan 11 entre los que no la tienen, el intervalo de confianza superior con 95% es de 33,985 y el inferior de 3,60, por tanto la asociación es estadísticamente significativa, esto concuerda con los hallazgos en la literatura sobre el tema.

8.6.5. Red de apoyo y consumo de sustancias psicoactivas

Tabla 20. Asociación entre posible alcoholismo y red de apoyo

Red de apoyo		Posible alcoholismo		Total
		SI	NO	
NO +		5	12	17
SI -		22	105	127
TOTAL		27	117	144
RD	Valor	Intervalo de confianza de 95%		
	1,9	Inferior	Superior	
		0,636	6,218	

El resultado de calcular la RD (razón de disparidad) para la asociación entre posible alcoholismo y el comportamiento de la escala de red de apoyo se encontró en 1,9, lo cual puede interpretarse como que por cada joven con el problema entre los que tienen red de apoyo se presentan casi 2 entre los que no

la tienen, el intervalo de confianza superior con 95% es de 6,218, pero el inferior es menor de 1 posiblemente debido al tamaño de la muestra.

A pesar de no alcanzar la significancia estadística, en concordancia con la literatura sobre el tema, su comportamiento en nuestra investigación muestra asociación, en este caso casi con el doble de riesgo de posible alcoholismo en los que no cuentan con una red de apoyo.

Tabla 21. Asociación entre posible dependencia a otras drogas y red de apoyo

Red de apoyo		Posible dependencia a otras drogas		Total
		SI	NO	
NO +		4	13	17
SI+		17	110	127
TOTAL		21	123	144
RD	Valor	Intervalo de confianza de 95%		
	1.99	Inferior	Superior	
		0,581	6,822	

El resultado de calcular la RD (razón de disparidad) para la asociación entre posible dependencia a otras drogas diferentes a las bebidas alcohólicas y el comportamiento de la escala de red de apoyo se encontró en 1,99, lo cual puede interpretarse como que por cada joven con el problema entre los que tienen red de apoyo se presentan casi 2 entre los que no la tienen, el intervalo de confianza superior con 95% es de 6,822, pero el inferior es menor de 1 posiblemente debido al tamaño de la muestra.

A pesar de no alcanzar la significancia estadística, en concordancia con la literatura sobre el tema, su comportamiento en nuestra investigación muestra asociación, en este caso casi con el doble de riesgo de posible dependencia a otras drogas diferentes a las bebidas alcohólicas en los que no cuentan con una red de apoyo.

8.6.6. Autoestima y consumo de sustancias psicoactivas

Tabla 22. Asociación entre posible alcoholismo y autoestima

Autoestima		Posible alcoholismo		Total
		SI	NO	
Mala +		14	50	64
Buena -		13	70	83
TOTAL		27	120	147
RD	Valor	Intervalo de confianza de 95%		
	1,508	Inferior	Superior	
		0,652	3,484	

Al calcular la RD (razón de disparidad) para la asociación entre posible alcoholismo y el comportamiento de la escala de autoestima, se encontró en 1,5 pero el intervalo de confianza pasa por 1 posiblemente debido al tamaño de la muestra.

A pesar de no alcanzar la significancia estadística en concordancia con la literatura sobre el tema su comportamiento en nuestra investigación presenta asociación.

Tabla 23. Asociación entre posible dependencia a otras sustancias autoestima

Autoestima		Posible dependencia a otras sustancias		Total
		SI	NO	
Mala +		13	51	64
Buena -		8	75	83
TOTAL		21	126	147
RD	Valor	Intervalo de confianza de 95%		
	2,390	Inferior	Superior	
		0,924	6,178	

El resultado de calcular la RD (razón de disparidad) para la asociación entre posible dependencia a otras drogas diferentes a las bebidas alcohólicas y el comportamiento de la escala de la autoestima se encuentra en 2,027, lo cual puede interpretarse como que por cada joven con el problema entre los que tienen una buena autoestima se presentan 2 entre los que no la tienen, el intervalo de confianza superior con 95% es de 6,178, pero el inferior es menor de 1 posiblemente debido al tamaño de la muestra.

A pesar de no alcanzar la significancia estadística, en concordancia con la literatura sobre el tema, su comportamiento en nuestra investigación muestra asociación, en este caso del doble de riesgo de posible dependencia a otras drogas diferentes a las bebidas alcohólicas en los que tienen una mala autoestima.

9. DISCUSIÓN

En el estudio participaron estudiantes de un colegio público de la ciudad Bogotá con una población de 684 estudiantes de ambas jornadas académicas, con una edad comprendida entre los 11 y 19 años, el 45,2% pertenecen al sexo masculino y el 54,8% al femenino. Los resultados para edad y sexo permiten hacer otras comparaciones con los estudios de Salud Mental del adolescente.

Sobre el tema de consumo de sustancias psicoactivas, en general la edad de inicio se encuentra entre los 12 y 13 años, hallazgo que coincide con los estudios de Salud Mental del Adolescente y el estudio Nacional de Consumo de Sustancias psicoactivas en escolares. La prevalencia de consumo durante el último año obtuvo los siguientes resultados: marihuana 8,8%, basuca 2,2%, cocaína 6,8%, inhalables 7,5%, éxtasis 1,4%, cigarrillo 13,6%, alcohol 34% y hongos 2,8.

En el estudio de Salud Mental año 2009 se reporta los siguientes resultados: marihuana 8,6%, cocaína 4,0%, basuca 0,9%, inhalables 3,9%, cigarrillo 25,4%, alcohol 47,3, hongos 2,4% y éxtasis 2,2%.

El Estudio Nacional de Consumo de sustancias Psicoactivas en escolares del año 2016 reportó los siguientes resultados de prevalencia de consumo anual: tabaco 14,61%, alcohol 59,59%, marihuana 7,97%, cocaína 2,65%, basuco 0,99%, éxtasis 1,34%, pegante 2,21% y alucinógenos entre los cuales están los hongos 1,43%. La marihuana en comparación con este estudio el resultado es muy similar al igual que el tabaco, sin embargo los resultados fueron muy diferentes para alcohol siendo menor en el presente estudio y muy superior para cocaína.

La cocaína y los inhalables (pegantes, disolventes /o pinturas) reportaron un resultado muy superior respecto al estudio de La Salud Mental del Adolescente del año 2009. Las sustancias legales un resultado inferior y bastante diferente. La marihuana obtuvo una prevalencia muy similar.

En general, la mayoría de las sustancias psicoactivas son más consumidas por los hombres que por las mujeres pero hay un hallazgo interesante, las mujeres consumen más alcohol que los hombres 38,75% y 28,36% respectivamente, inclusive hasta el estado de embriaguez (12,5% vs 10,45%). A pesar que este resultado fue inferior al reportado en el Estudio Nacional del 2016, en este también se evidencia que las mujeres consumen más esta sustancia que los hombres 61,27% y 57,89 respectivamente.

Se evaluó el riesgo de dependencia de consumo de alcohol y sustancias ilícitas con la escala DUSI. Para el alcohol el 81,6% de los adolescentes no tienen riesgo, el 17% están en riesgo y el 7,7% padecen de alcoholismo. En el estudio de Salud Mental del adolescente del año 2009 los adolescentes que no están en riesgo representan el 61% siendo mayor la prevalencia para el presente estudio, los jóvenes que están en riesgo el 31,3% y los que padecen de alcoholismo el 7,7%.

Los resultados para consumo de sustancias psicoactivas fueron: normal 85,7%, en riesgo 10,9% y dependencia de drogas el 3,4%. Estos resultados son semejantes a los resultados en el estudio de Salud Mental del Adolescente de años 2009: normal 84,8%, a riesgo 11,9% y dependencia el 3,2%

La Familia cumple un rol importante como factor de protección o de riesgo no solo para el consumo de sustancias psicoactivas sino también para otros aspectos emocionales y psicológicos del adolescente, en diferentes estudios se ha demostrado que la tipología familiar monoparental en conjunto con otros aspectos puede representar un factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas.(54)

La familia nuclear conformada por padres e hijos cada vez es menos frecuente debido a la influencia de varios factores que han cambiado en la sociedad. En este estudio este tipo de familia representa el 33,3%, un resultado inferior comparando con los estudios de Salud mental del adolescente en el año 2006 que representaba el 44,9% de la tipología familiar y en el año 2009 el 45,1%.

También debido a estos cambios en la sociedad las familias monoparentales principalmente las que tienen jefatura femenina son cada vez más frecuentes. Se encontró que para la muestra del estudio el 18,37% de los adolescentes provienen de un hogar monoparental femenino, mientras que en el año 2006 los jóvenes que participaron en la encuesta de Medellín fue del 13,2% y en la del 2009 del 16,1%. Los hogares monoparentales masculinos también han aumentado en los últimos años, en el estudio del 2009 este tipo de familia representaba el 1% y para el presente trabajo fue del 2,72%. Los resultados obtenidos para otras tipologías de familia fueron: comunitaria 5,44%, simultánea 10,2%, extendida 17,01% y extensa 12,93%.

Al realizar el análisis bivariado entre tipología de familia y posible alcoholismo se encontró que no hay asociación entre estas dos variables, probablemente esto se deba a la “tolerancia” por parte de la sociedad frente a esta sustancia ya que es ampliamente consumida desde tiempos remotos en diferentes culturas y hace parte de la sociabilización de muchos individuos.(76)

Hoffman y Johson en 1998 propusieron que los adolescentes que provienen de un hogar monoparental y reestructurado tienen mayor probabilidad de consumir sustancias psicoactivas. En el municipio de Chía (Colombia) se realizó un estudio sobre estructura y tipología familiar en paciente que consumen sustancias psicoactivas, aquellos que provienen de hogares monoparentales tienen una mayor predisposición al consumo de drogas que aquellos que provienen de una familiar nuclear.(53, 54)

Diferente a lo que se encuentra en la literatura, con el presente estudio se evidenció que los jóvenes que pertenecen a una familia diferente a la nuclear tienen un beneficio moderado (factor de protección) frente a la posible dependencia de otras sustancias diferentes al alcohol en comparación con aquellos que pertenecen a una familia nuclear. Este hallazgo coincide con un estudio realizado en Chicoral Colombia en el cual se evidenció que los

adolescentes que conviven con ambos padres ya sea en una unión legal o unión libre consumen más alcohol, marihuana y tabaco que aquellos que provienen de un hogar monoparental. Esto puede explicarse porque no solo la tipología familiar es un factor que influye en esta problemática, también hay otros factores de relevancia como autoridad, afecto, tipo de crianza, antecedentes de consumo por parte de los padres y conflictos familiares. (55)

Se evaluó en el ámbito familiar las actividades compartidas, la libertad de expresión, el apoyo y la satisfacción de las relaciones interpersonales por medio de la escala de cohesión familiar, obteniendo los siguientes resultados: muy buena 47,4%, buena 43, 8%, regular 8% y mala 0,7%, en general estos son resultados positivos.

Se logró evidenciar en el presente estudio que hay asociación entre cohesión familiar y posible alcoholismo (RD: 1,3) y entre cohesión familiar y posible dependencia de otro tipo de sustancias diferentes al alcohol (1,9). Esto coincide con lo publicado en el estudio Cultura de prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en la familia del año 2012, en el cual se evidenció que una menor cohesión familiar percibida por el adolescente se asocia a una mayor frecuencia de consumo de alcohol y tabaco, los conflictos familiares y la despreocupación de la madre en el cuidado de sus hijos con el consumo de sustancias ilegales. (60)

La relación con los padres es otro factor que se evaluó en este estudio. En general la relación con la madre es percibida de manera positiva por los adolescentes. El 62,6% considera que la relación con la madre es muy buena, el 25,9% buena, el 8,8% regular y 2,7% mala. Los resultados para la relación con el padre no son positivos, el 29,3% considera que es muy buena, el 28,3% buena, el 24, 1% regular y el 18, 6% mala.

En diferentes estudios se ha evidenciado que en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas es importante una adecuada relación entre los

adolescentes y sus padres, esto implica el conocimiento de las actividades que realizan sus hijos, una comunicación asertiva, el adecuado ejercicio de la autoridad, conocimiento y orientación a los hijos sobre esta problemática. En este trabajo se evidenció que no hay una asociación entre posible alcoholismo y relación con el padre (RD: 0,93) pero si en la relación la madre (RD: 2,8). En cuanto a la posible dependencia de otras sustancias diferentes al alcohol hay asociación en la relación con el padre (RD: 2,02) y aún más contundente en la relación con la madre (RD: 11,063). (58, 61)

Los adolescentes perciben en su gran mayoría que su red de apoyo está conformada por su familia y amistades, una inadecuada red de apoyo se ha asociado al consumo de sustancias psicoactivas. Los pares influyen de manera significativa en los valores y comportamiento social, al ser aceptado y valorado por su familia mejoran sus relaciones sociales. Como resultado de la red de apoyo en este estudio el 87,6% de los adolescentes consideran que cuentan ella mientras que el 12,4% no. El 78,2% refirió que cuentan con el apoyo de la madre siendo el mejor resultado, 53% de los hermanos, 45,6% refirió que cuenta con el apoyo del padre y 43% de los amigos. Se puede concluir que para esta muestra el apoyo del padre tiene una representación igual que la de los amigos lo cual es preocupante. (77)

En el presente estudio la red de apoyo de asocia con posible alcoholismo y posible dependencia de otro tipo de sustancias diferentes al alcohol (RD: 1,9), esto significa que por cada joven con el problema entre los que tienen red de apoyo se presentan casi 2 entre los que no la tienen. Según Dishion y Lee la magnitud de la influencia de los pares sobre los adolescentes está asociado a la dinámica familiar, la buena relación con los padres le brinda al adolescente las competencias sociales necesarias para no ceder a las presiones de los pares. (71)

La autoestima es otro de los factores de protección o riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas. Los resultados obtenidos reportan que el 61,9% de los

estudiantes tienen una buena autoestima, el 33,6% regular y 4,5% mala. En el estudio de Salud Mental del año 2009 se reportó que el 72,4% de los adolescentes tienen una buena autoestima, 24,2% regular y 3,5% mala.

En la literatura se encuentra que hay diferencia entre la autoestima escolar y familiar como factores de protección (Wild, Fisher, Bahna y Lombard y la autoestima física y social como factores de riesgo (Brendgen, Vitaro, Turgeon, Pouliny Wagner), esto lo evidenciaron Jimenez, Musitu y Murgui en el estudio Funcionamiento familiar y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes: el rol mediador de la autoestima. Si bien en el presente estudio no se realizó una diferencia entre la autoestima escolar, familiar, social y física se evidenció que hay relación con posible alcoholismo (RD:1,5) y con posible dependencia a otras sustancias (RD; 2,39). (67)

Limitaciones

El tamaño de la muestra fue un factor limitante para los resultados del estudio. Se requirió para la participación de los adolescentes en el desarrollo de la encuesta la firma del consentimiento informado de los padres y el asentimiento del estudiante. La única manera de obtener la autorización de los padres fue acudiendo a las entregas de calificaciones programadas en la institución educativa. La baja asistencia a este evento por parte de los padres y la negativa de algunos a que sus hijos participen en el estudio a pesar de que se les garantizó confidencialidad redujo considerablemente el número de estudiantes que pudieron haber participado en el desarrollo de esta.

Así mismo, a los estudiantes cuyos padres no acudieron a la entrega de calificaciones se les entregó una circular para compartir con sus padres informándoles sobre el estudio, la importancia de las participación de sus hijos y la confidencialidad de la información de cada alumno; de esta manera se lograron la participación de algunos estudiantes pero otros dijeron que no la había entregado a sus padres o no estaban interesados.

Durante el desarrollo de la encuesta unos pocos estudiantes manifestaron que no deseaban participar en el estudio por motivos personales, su decisión fue respetada y fueron retirados del aula donde se llevó acabo la actividad.

La encuesta contiene varias escalas que evalúan diferentes aspectos psicosociales del adolescente relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, en este trabajo de investigación no fueron analizadas todas, sin embargo también ameritan ser estudiadas ya que también hacen un gran aporte para la evaluación y prevención de esta problemática.

10. CONCLUSIONES

El consumo de sustancias psicoactivas continua siendo un problema serio de salud pública, por lo tanto es necesario seguir realizando estudios que permitan conocer la magnitud de esta problemática y la asociación diferentes factores ya sean de riesgo o protección. Esto permite evaluar las estrategias que se han aplicado para su prevención y tratamiento así como la creación de otras propuestas ya que la sociedad vive en constantes cambios.

Es importante el trabajo con la familia para fomentar conductas en el hogar que permitan a los niños y adolescentes sentirse protegidos, amados y escuchados; la prevención debe iniciar desde la infancia. Al contar con un buen ambiente familiar posiblemente hagan una mejor elección de sus amistades y desarrollen una buena autoestima familiar y escolar.

Se requieren políticas preventivas aplicadas en la comunidad, las instituciones educativas y los servicios de salud para disminuir el impacto de esta problemática, en la literatura enfatizan la importancia del conocimiento del tema por parte de los padres y la orientación que son capaces de brindar a sus hijos.

Los resultados obtenidos en el estudio serán socializados con los orientadores, padres y docentes de la institución educativa en la cual se realizó el estudio y de esta manera puedan tomar las medidas necesarias para evaluar las conductas que hasta ahora se han realizado para tratar el tema.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Producción, tráfico y consumo de drogas en América Latina | Publication | Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2014.
2. Organización de los estados americanos. El problema de las drogas en las américas: estudios2013. Available from: <http://biblio.flacsoandes.edu.ec/catalog/resGet.php?resId=54489>.
3. Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y Derecho, Ministerio de Educación y Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas - Colombia 2016. Available from: https://www.unodc.org/documents/colombia/2018/Junio/CO03142016_estudio_consumo_escolas_2016.pdf.
4. Castaño G, Arango E. Riesgos y consecuencias de las prácticas sexuales en adolescentes bajo los efectos de alcohol y otras drogas. Rev cubana de pediatría. 2013;36- 50.
5. Martínez Martínez KI, Aguascalientes UAd, Salazar Garza ML, Aguascalientes UAd, Pedroza Cabrera FJ, Aguascalientes UAd, et al. Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas. Salud Ment. 2008;31(2):119-27.
6. Jimenez R. La delincuencia juvenil: fenómeno de la sociedad actual. Pap. poblac2005; 43. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252005000100009.
7. Pérez B, Rivera L. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescente de educación media superior de la República mexicana. Salud pública de México2010; 52:[324-33 pp.]. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000400008.
8. González J, De la Hoz F. Relaciones entre los comportamientos de riesgo psicosociales y la familia en adolescentes e Suba, Bogotá. Rev. salud pública2011; 13:[78 p.]. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/33530/38088>.
9. Hernández M, Álvarez K. Consumo autoreportado de sustancias psicoactivas ilegales en una población habitante de calle Cali- Colombia. Rev. salud pública2015; 17:[217- 28 pp.]. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/30016>.
10. García A, Cabrera M. ¿Qué opinan jóvenes y adolescentes sobre el consumo de drogas recreativas y las conductas sexuales de riesgo?. Rev socidroalcohol.2007; 19:[153-67 pp.].
11. Ospina J, Manrique F. Confiabilidad y dimensionalidad del cuestionario para identificación de trastornos debidos al consumo de alcohol en estudiantes universitarios de Tunja2012; 28:[276-2982 pp.]. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-55522012000200010&lng=es&nrm=is.
12. Alfonso JP, Huedo-Medina TB, Espada JP. Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. Anales de psicología. 2009;25(2).
13. Manrique-Abril FG, Ospina JM, Garcia-Ubaque JC. Consumo de alcohol y tabaco en escolares y adolescentes de Tunja, Colombia, 2009. 13. 2012.
14. Becoña E. Resiliencia y consumo de drogas: una revisión. Adicciones. 2007;19(1):89-101.
15. Jiménez T, Musitu G. Funcionamiento familiar y consumo de sustancias en adolescentes: el rol mediador de la autoestima2008:[139- 51 pp.]. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33780110>.

16. Bravo Gutiérrez CA. La producción de marginalidad urbana : el proceso sociohistórico, emergencia y configuración del Bronx en Bogotá. reponame:Repositorio Institucional Universidad Santo Tomás. 2017.
17. Naciones Unidas- Oficina contra la droga y el delito. Escuelas, educación de base escolar para la prevención del uso indebido de drogas.2004. Available from: https://www.unodc.org/pdf/youthnet/handbook_school_spanish.pdf.
18. Bolivar A. Familia y escuela: dos mundos llamados a trabajar en común2006. Available from: http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/index/assoc/miso1089/4_002.dir/miso10894_002.pdf.
19. Ortega Ruiz P, Mínguez Vallejos R. Familia y transmisión de valores. 2009.
20. Comisión asesora para la política de drogas en Colombia. Lineamientos para un nuevo enfoque de la política de drogas en Colombia2015. Available from: http://www.odc.gov.co/Portals/1/comision_asesora/docs/informe_final_comision_asesora_politica_drogas_colombia.pdf.
21. Nina Baltazar EA, Muñoz Salazar LP. Análisis de una política pública local, agenda, actores e implementación decreto 691/2011 Política pública para la atención y prevención del consumo y vinculación a la oferta de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C. 2014.
22. Ministerio de Justicia y de derecho, Observatorio de drogas de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia2013.
23. Organization WH. Glosario de Términos de alcohol y drogas1994. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf.
24. Molina Mansilla MdC. Evolución histórica del consumo de drogas: concepto, clasificación e implicaciones del consumo prolongado. International e-journal of criminal sciences, ISSN-e 1988-7949, Nº 2, 2008, 30 págs. 2008.
25. Gratacós M. Drogas depresoras: tipos, efectos y mecanismos de acción:[2016 p.]. Available from: <https://www.lifeder.com/drogas-depresoras/>.
26. Brenes S, Esquivel L. Dependencia a opioides y su tratamiento. Revista clínica de la escuela de medicina UCR- HSJD.2015; 1:[87-92 pp.]. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr161j.pdf>.
27. Berberana C, Costa M. Toxicología de los Barbitúricos. Biociencias.2013; 10. Available from: <https://revistas.uax.es/index.php/biociencia/article/view/666/622>.
28. Ministerio de justicia y derecho, Policía Nacional-Dirección de narcóticos, Fiscalía general de la nación, UNODC. La heroína: caracterización química y mercado interno.2016. Available from: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/sat/sat0072016_heroina_caraterizacion_quimica.pdf.
29. Comisión clínica de la delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas. Informe sobre el alcohol.2007. Available from: <https://www.uv.es/=cholz/asignaturas/adicciones/InformeAlcohol2007.pdf>.
30. Galván J, Unikel C. Perspectiva general del abuso de flunitracepam (Rohypnol) en una muestra de usuarios de drogas de la ciudad de México. Salud Mental2000; 23. Available from: <http://www.redalyc.org/html/582/58212301/>.
31. National Institute on Drug Abuse. Los alucinógenos. Drug Facts.2016. Available from: https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/df_hallucinogens_spanish_03252016.pdf.
32. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Alucinógenos y drogas disociativas. 2003.

33. National Institute on Drug Abuse. ¿Qué son los estimulantes? 2012.
34. Gratacós M. Los 16 tipos de drogas estimulantes. Available from: <https://www.lifeder.com/tipos-drogas-estimulantes/>.
35. Sabogal J, Urrego J. Composición química de las muestras de bazuco incautado en Volombia primer periodo del 2010; revista de salud pública; 14:[1010-21 pp.]. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/34766>.
36. Téllez J, Cote M. Efectos Toxicológicos y Neuropsiquiátricos Producidos por Consumo de Cocaína. Rev Fac Med Unal. 2005:10-26.
37. Sabogal J, Urrego J. Composición Química de Muestras de Bazuco Incautado en Colombia Primer Semestre de 2010. Rev salud pública Unal. 2012:1010-21.
38. National Institute on Drug Abuse. ¿qué efectos tiene la NMDA?2017. Available from: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/abuso-de-la-mdma-extasis/cuales-son-algunos-de-los-efectos-de-la-mdma>.
39. P. B. Consumo de Marihuana y sus Efectos en la Salud mental y las Habilidades Cognitivas Necesarias Para el Aprendizaje. Revista Med. UV2010.
40. Torres G, Fiestas F. Efectos de la marihuana en la cognición: una revisión desde la perspectiva neurobiológica. Rev Perú Med. Exp. Salud Pública.2012:[127-34 pp.]. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n1/a19v29n1.pdf>.
41. Ruiz A, García O. La Marihuana. Ciencia2014:[62-9 pp.]. Available from: https://www.amc.edu.mx/revistaciencia/images/revista/65_1/PDF/Marihuana.pdf.
42. Gallegos A, López M. Inhalables y Otras Aspiraciones. Rev Ciencia. 2014.
43. Alvarez L. Borrachero, Cacao Sabanero o floripondio. Un Grupo de Plantas por Descubrir en la Biodiversidad Latinoamericana2008; 15. Available from: [http://culturaydroga.ucaldas.edu.co/downloads/culturaydroga13\(15\)_6.pdf](http://culturaydroga.ucaldas.edu.co/downloads/culturaydroga13(15)_6.pdf).
44. Organization WH. Glosario de términos de alcohol y de drogas1994. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf.
45. Torres Y, Osorio J. Salud Mental del Adolescente Medellín 2006. Universidad CES- Alcaldía de Medellín. Available from: <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Publicaciones/Documentos/2012/Investigaciones/Libro%20Salud%20Mental%20del%20Adolescente%202006.pdf>.
46. Osorio E, Ortega Neris. Factores de riesgo asociado al uso de drogas en estudiantes adolescentes. Rev. Latino- am Enfemagen2004; 12:[369-75 pp.]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12nspe/v12nspea11.pdf>.
47. Rivas O, García E. Estudio de Factores de riesgo y de protección para el uso y abuso de drogas en estudiantes de Jalisco: en sayos preliminares.2007.
48. OMS | Desarrollo en la adolescencia. WHO. 2015.
49. Moral MdV, Universidad de Oviedo O, España, Rodríguez FJ, Universidad de Oviedo O, España, Ovejero A, Universidad de Valladolid V, España. Correlatos psicosociales del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. Salud pública Méx. 2010;52(5):406-15.
50. Iglesias EB. Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. Papeles del psicólogo. 2007;28(1):11-20.
51. Oliva Gómez E, Villa Guardiola VJ. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. Justicia juris. 2014;10(1):11-20.
52. Vásquez Rúa CI. Las nuevas tipologías familiares y los malestares interrelacionales que se suscitan en ellas. Revista Virtual Universidad Católica del Norte. 2011;1(14).

53. Pérez M, Gómez L. Construcción de un Modelo de Riesgo en el Consumo de Alcohol y Otras Sustancias Ilícitas en Adolescentes Estudiantes de Bachillerato 2010; 10:[79- 96 pp.]. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/839/83915075004.pdf>.
54. Vargas P, Parra M. Estructura y tipología familiar en pacientes con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas en un centro de rehabilitación de adicciones en el municipio de Chía, Cundinamarca. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2015; 44:[166-76 pp.]. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80643082007.pdf>.
55. Aguirre N, Aladana O, Bonilla C. Factores familiares de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de una institución de educación media técnica de Colombia. Revista de Salud Pública Universidad Nacional de Colombia. 2017. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42250687002>.
56. Forselledo A, Sbárbaro V. Consumo de drogas y familia. Situación y Factores de Riesgo. 1994. Available from: http://iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lectura%2011_UT_1.pdf.
57. Fantin MB, García HD. Factores familiares, su influencia en el consumo de sustancias adictivas. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP. 2011;9(2):193-214.
58. Torres Y, Posada J, Bernesi D. Factores asociados al abuso y la dependencia de sustancias en adolescentes colombianos con base en los resultados del WMH-CIDI. Rev. Colomb. Psiquiat. vol 39, 2010.
59. González J, Nuñez J. Adapatabilidad y cohesión familiar, implicación parental en conductas autorregulatorias, autoconcepto del estudiante y rendimiento académico. Psicothema 2003; 15:[471-7 pp.]. Available from: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1090>.
60. Agudelo M, Estrada P. Cultura de prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en la familia. 2012; 14:[79-92 pp.]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4378125>.
61. Kapetanovic S, Bohlin M, Skoog T. Aspects of the Parent- Adolescent Relationship and Associations with adolescent risk behaviors over time. Rev. APA. Vol 33, 2019.
62. Ortega P, Minguez R. Autoestima: Un Nuevo Concepto y su Medida 2001. Available from: <https://leerenalbatros.files.wordpress.com/2016/11/autostima-24.pdf>.
63. Braden N. Los 6 pilares de la autoestima. Paidós 1994.
64. Naranajo M. Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. Actualidad investigativa en educación. 2007; 7. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/447/44770311.pdf>.
65. Roa A. La Educación Emocional, El Autoconcepto, la autoestima y su Importancia en la Infancia 2013:[241- 58 pp.]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4596298>.
66. Esparza S, Pillón S. Programa para Fortalecer Factores Protectores que limitan el Consumo de Tabaco y Alcohol en Estudiantes de Educación Media. Rev Latino-am Enfermagem. 2004:334-2.
67. Jiménez T, Musitu G. Funcionamiento familiar y consumo de sustancias en adolescentes , el rol mediador de la autoestima. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2008; 8:[139-51 pp.]. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/337/33780110.pdf>.
68. Musitu G, Herrero J. El Rol de la Autoestima en el Consumo Moderado de Drogas en la Adolescencia Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades. 2003:285- 306.
69. Liberini S, Rodriguez G. El rol de la Autoestima, de la Personalidad y la Familia en el Consumo de Alcohol en la Adolescencia. Psocial. 2016:27-37.

70. Jiménez T. Autoestima de riesgo y protección: una mediación entre el clima familiar y el consumo de sustancias en adolescentes. 2011; 10:[53-61 pp.]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592011000100006.
71. Madariaga C, Abello R. Redes Sociales, Infancia, Familia y Comunidad. Uninorte E, editor 2003.
72. Orcasita L, Uribe A. La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes, Psychologia. Avances en la disciplina 2010; 4:[69-82 pp.]. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224090010>.
73. Musitu Cava J. El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. Psychosocial Intervention 2003; 12:[179-92 pp.]. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179818034005>.
74. Dishion TJ, editor. The Family Ecology of Boys' Peer Relations in Middle Childhood - Dishion - 1990 - Child Development - Wiley Online Library Junio 1990.
75. Ministerio de Salud y Protección Social. Prevención de Consumo de Sustancias Psicoactivas. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/SMental/Paginas/convivencia-desarrollo-humano-sustancias-psicoactivas.aspx>.
76. Díez I. La influencia del alcohol en la sociedad. 2003. Available from: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/05/05177190.pdf>.
77. Milena A, Milena R. Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. Atención primaria 2007; 39:[61-7 pp.]. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/82495511.pdf>.