



Estudio transversal sobre consumo de sustancias psicoactivas y prevalencia de trastornos en adolescentes escolarizados

Transversal study on the consumption of psychoactive substances and prevalence of disorders in adolescents school

Artículo resultado de investigación

Recibido: 21 de noviembre de 2017- Aceptado: 5 de marzo de 2018 – Publicado: 2 de julio de 2018

Fabio César Castaño González*
Luis Eduardo Ruano Ibarra**

Forma de citar este artículo en APA:

Castaño González, F. C., y Ruano Ibarra, L. E. (julio-diciembre, 2018). Estudio transversal sobre consumo de Sustancias Psicoactivas y prevalencia de trastornos en adolescentes escolarizados. *Drugs and Addictive Behavior*, 3(2), 233-255. DOI: <http://dx.doi.org/10.21501/24631779.2870>

Resumen

La investigación da cuenta del consumo de sustancias psicoactivas y la prevalencia de los trastornos mentales en adolescentes escolarizados en la media vocacional de Popayán, a través de un estudio transversal realizado en los años 2012 y 2015 por el grupo de investigación Psiedu del programa de Psicología de la Universidad Cooperativa, sede Popayán. En las dos cohortes se trabajó con muestras socialmente representativas, los investigadores incluyeron a partir de un mapeo de actores, al máximo de estudiantes miembros de los grados décimo y undécimo de las instituciones. La investigación se realizó con base en la metodología de estudio descriptivo cuantitativo de corte transversal, la información se recogió a partir del instrumento titulado Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes (POSIT), compuesto por 81 reactivos agrupados en siete áreas de la vida cotidiana: uso/abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral, conducta agresiva/delictiva (Rahdert, 1991; Mariño, González-Forteza, Andrade, y Medina-Mora, 1998).

* Ph.D. (C) Universidad Cooperativa de Colombia, Popayán-Cauca, Colombia. Correo electrónico: Fabio.castano@ucc.edu.co. ORCID 0000-0001-5894-351X

** Ph.D. Universidad Cooperativa de Colombia, Popayán-Cauca, Colombia. Correo electrónico:luiseruano@gmail.com ORCID 0000-0003-2419-1959



Palabras clave:

Adolescentes escolarizados ; Consumo SPA; Estudio transversal; Trastornos.

Abstract

The research gives an account of the use of psychoactive substances and the prevalence of mental disorders in adolescents enrolled in the Popayán vocational media, through a cross-sectional study carried out in 2012 and 2015 by the Psiedu research group of the Psychology of Cooperativa University, headquarters Popayán. In the two cohorts, we worked with socially representative samples, the researchers included from a mapping of actors, to the maximum of student's members of the tenth and eleventh grades of the Institutions. The research was based on the quantitative cross-sectional descriptive study, the information was collected from the instrument titled Questionnaire for Screening Problems in Adolescents (POSIT), composed of 81 reagents grouped into seven areas of daily life: Substance use / abuse, mental health, family relationships, relationships with friends, educational level, work interest, aggressive / criminal behavior (Rahdert, 1991; Mariño et al., 1998).

Keywords:

School adolescents; SPA consumption; Transversal study; Disorders.

Introducción

La experimentación con sustancias psicoactivas durante la adolescencia es común; jóvenes probarán algunas de las sustancias o continuarán consumiéndola ocasionalmente, sin problemas significativos en lo que se refiere a su salud mental o relaciones sociales; otros desarrollarán graves problemas de dependencia, lo que los lleva a consumir drogas más peligrosas que desencadenan problemáticas no solo de orden social o familiar, sino además trastornos mentales que consecuentemente implican intervenciones más sofisticadas en los entornos familiar, social y gubernamental.

El consumo de sustancias es cada vez mayor, el adolescente cree que “no pasa nada si consume” y puede dejarlo muy fácil. Sin embargo, es claro que el uso y el aumento del consumo de las sustancias psicoactivas (SPA) puede estar asociado a una o varias consecuencias negativas como el fracaso escolar e irresponsabilidad, accidentes, violencia, relaciones sexuales no planificadas e inseguras, conductas obsesivas compulsivas y de dependencia que se van desarrollando e intensificando a medida que el adolescente acede a las SPA, lo cual finalmente se ve reflejado en un pronóstico no muy favorable para ellos.

Justificación

La adolescencia es la tercera etapa de la vida por la que todos los seres humanos atravesamos, una etapa en la que las personas se transforman y comienzan a adquirir una madurez mental, moral y social, elementos con los que va a afrontar el futuro y la toma de decisiones. Es una época de rápidos cambios y múltiples experiencias novedosas, entre las que se encuentra, generalmente, el consumo de sustancias, al inicio legales (el licor, el cigarrillo), y a la postre las no legales como las drogas.

El consumo de sustancia psicoactivas (SPA) entre los adolescentes va en incremento, según los reportes del Observatorio de drogas de Colombia; particularmente las últimas tres décadas han estado marcadas por una influencia bastante fuerte para los jóvenes adolescentes, entre otras razones porque el acceso a las SPA se ha hecho mucho más fácil para ellos, encontrándonos situaciones como, por ejemplo, la venta/compra en los colegios. Tal es el caso del municipio de Popayán, en donde las problemáticas de orden público, de violencia y de desplazamiento forzoso que padece el departamento caucano son más sentidas que en otras regiones del país y ello implica, a su vez, que sus adolescentes tienen mayores riesgos.

Adicionalmente, es claro que las problemáticas desencadenantes del consumo de SPA no afectan solo al adolescente que las consume, por el contrario, se constituyen como dificultades de orden público, en las que la familia como base fundamental de las personas y seguidamente la sociedad, se ven afectadas gravemente y demandan intervenciones que difícilmente se pueden satisfacer en su totalidad.

Desde el punto de vista nosológico (describe, explica, diferencia y clasifica la amplia variedad de enfermedades y procesos patológicos existentes, entendiendo estos como entidades clínico-semiológicas, generalmente independientes e identificables según criterios idóneos), el uso de sustancias psicoactivas se encuentra recogido en las clasificaciones psiquiátricas modernas del DSM-IV y CIE-10, donde se sostiene que el consumo de sustancias psicoactivas genera trastornos mentales y del comportamiento, cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial, hasta cuadros psicóticos y de demencia manifiestos. Todos ellos son, en muchas ocasiones, secundarios al consumo de una o más sustancias psicoactivas.

La importancia de esta investigación se debe, entre otras razones, a la oportunidad de abordar un tema que hace parte de la actualidad humana y social, como lo es el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes y la prevalencia de trastornos mentales asociados al mismo consumo, contenido de relevancia que requiere el aporte para el manejo y mejoramiento del impacto negativo que tiene este tipo de problemática en la vida de los adolescentes y sus cercanos y que invita a los entes gubernamentales a tomar medidas que disminuyan el riesgo que tienen nuestros adolescentes de iniciarse en este tortuoso camino del consumo de sustancias psicoactivas.

La pregunta que nos convocamos a resolver en este proceso de investigación es: ¿cuáles son los indicadores de consumo de sustancias psicoactivas y la prevalencia de trastornos mentales en adolescentes escolarizados en media vocacional del municipio de Popayán en los años 2012 y 2015?

Objetivo general

Comparar los indicadores de consumo de sustancias psicoactivas y la prevalencia de trastornos mentales en adolescentes escolarizados en media vocacional del municipio de Popayán en los años 2012 y 2015.

Objetivos específicos

1. Conocer los antecedentes teóricos del tema, pertinentes al estado del arte en el ámbito nacional e internacional.
2. Desarrollar el análisis comparativo de resultados del instrumento cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes (POSIT), para las cohortes 2012 y 2015.
3. Esbozar algunas recomendaciones que, desde la psicología, contribuyan al análisis de la problemática y a su posible intervención.

Marco teórico

La adolescencia, como periodo del desarrollo del ser humano, abarca el periodo comprendido de los 11 a 20 años, en el cual el sujeto alcanza la madurez biológica y sexual y se busca la emocional y social (Papalia, Wendkos y Duskin, 2001); a su vez, la persona asume responsabilidades en la sociedad y conductas propias del grupo que le rodea (Aberastury y Knobel, 1997); por lo anterior, cuando se habla del concepto de adolescencia, de sus responsabilidades y de su relación con la sociedad, se refiere a un proceso de adaptación más compleja que el simple nivel biológico, e incluye niveles de tipo cognitivo, conductual, social y cultural.

En la adquisición de actitudes, normas y comportamientos, la sociedad es de gran influencia; esto, denominado socialización, pasa por una etapa conflictiva durante la adolescencia (Brukner, 1975). Este periodo (la adolescencia) es reconocido en casi todas las culturas y, como tema de investigación, adquiere relevancia a finales del siglo XIX, partiendo de los trabajos de Platón y Aristóteles, quienes plasmaron su interés en lo modificable del comportamiento (Derflinger, 1991).

Varios autores como Freud (1917), Gessell (1958) y Bios (1980), otorgaron importancia a los cambios psicológicos presentados en este periodo, así como a las transformaciones de la personalidad fundamentadas a partir de los eventos ocurridos en la infancia, las crisis que presenta, y la búsqueda de la identidad.

La transición de un niño o niña a la adolescencia implica una serie de cambios y con esto posiblemente nuevos escenarios y nuevas relaciones. Se ven enfrentados a toma de decisiones en aspectos de la vida en los que son principiantes, y muchas veces estas elecciones no son las más adecuadas. Es un mundo desconocido que los incita a la curiosidad y al deseo de vivir nuevas experiencias; es aquí donde llega el ansia de probar lo desconocido y se pueden caer fácilmente en el mundo de las drogas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004a) define las drogas como una sustancia (natural o química) que, introducida en un organismo vivo por cualquier vía de administración (ingestión, inhalación, por vía intravenosa o intramuscular), es capaz de actuar sobre el cerebro y producir un cambio en las conductas de las personas debido a que modifica el estado psíquico (experimentación de nuevas sensaciones) y tiene capacidad para generar dependencia. Partiendo de esto, se define la drogadicción como una enfermedad que consiste en la dependencia de sustancias que afectan el sistema nervioso central y las funciones cerebrales, produciendo alteraciones en el comportamiento, la percepción, el juicio y las emociones.

Los efectos de las drogas son diversos, dependiendo del tipo de sustancia y la cantidad o frecuencia con la que se consume. Pueden producir alucinaciones, intensificar o entorpecer los sentidos, provocar sensaciones de euforia o desesperación. Algunas drogas pueden incluso llevar a la locura o la muerte.

La dependencia producida por las drogas puede ser de dos tipos.

i) Dependencia física: el organismo se vuelve necesitado de las drogas, tal es así que cuando se interrumpe el consumo sobrevienen fuertes trastornos fisiológicos, lo que se conoce como síndrome de abstinencia. ii) Dependencia psíquica: es el estado de euforia que se siente cuando se consume droga, y que lleva a buscar nuevamente el consumo para evitar el malestar u obtener placer. El individuo siente una imperiosa necesidad de consumir droga y experimenta un desplome emocional cuando no la consigue.

Algunas drogas producen tolerancia, lo que lleva al toxicómano a consumir mayor cantidad cada vez, puesto que el organismo se adapta y necesita un aumento en el volumen de la sustancia para conseguir el mismo efecto.

La dependencia, psíquica o física, producida por las drogas puede llegar a ser muy fuerte, esclavizando la voluntad y desplazando otras necesidades básicas como comer o dormir. La necesidad de droga es más fuerte. La persona pierde todo concepto de moralidad y hace cosas que no haría si no estuviera bajo el influjo de la droga: mentir, robar, prostituirse e incluso matar. La droga se convierte en el centro de la vida del drogadicto, llegando a afectarla en todos los aspectos: en el trabajo, en las relaciones familiares e interpersonales, en los estudios y demás.

Para los fines teóricos de la presente investigación se hace un recorrido por algunas instancias que juegan un papel importante en el desarrollo de las personas, ya que son agentes socializadores que aportan a la educación de los y las adolescentes.

La familia

Es el primer agente socializador de un niño o una niña; en su contexto se tejen lazos o relaciones de afecto y se educa bajo un sistema de valores y creencias que pueden determinar el actuar del adolescente.

El consumo de drogas implica, en la familia, una afectación no solo económica, sino emocional, ya que “se estimulan episodios de violencia doméstica y se movilizan modelos de crianza y de vida inadecuados, lo cual termina por poner en riesgo el futuro inmediato y a largo plazo de todos sus miembros” (Ministerio de Protección Social, 2007, p. 13).

La sociedad

Entendida como el “conjunto de personas que se relacionan entre sí de acuerdo a unas determinadas reglas de organización jurídicas y consuetudinarias, y que comparten una misma cultura o civilización en un espacio o un tiempo determinado” (Ofxord, 2018, par. 1).

El consumo de alcohol y otras SPA conlleva riesgos a la sociedad cuando vulnera la seguridad y tranquilidad, una vez esto sucede, la sociedad vive los efectos materializados en daños que afectan en términos agregados la salud pública, la productividad y el capital humano (por expulsión o deserción de ámbitos laborales y escolares, entre otros) (Mejía Motta, 2007).

La educación

Bajo el direccionamiento del Ministerio de Educación Nacional, las secretarías de educación deben propender por que las instituciones educativas disminuyan la brecha en cuanto a cobertura se refiere; para que se imparta educación a todas las niñas, niños y jóvenes. Esta instancia, a parte de la familia, cumple un papel importante dentro de los aportes a conocimientos que se les hagan a los niños, niñas y jóvenes; ya que de ello depende la adaptación al mundo social al cual se ven enfrentados estas personas.

Es pertinente, teniendo en cuenta el tema de investigación, que las instituciones desarrollen acciones encaminadas a la prevención involucrando a toda la comunidad educativa (docentes, alumnos, padres y madres de familia, directivos, administrativos), para generar un compromiso y no permitir desde su accionar que el fenómeno del consumo de SPA tome más fuerza y acabe con los sueños de los menores y de sus familias.

De acuerdo con la ley 30 de 1986, en su artículo 11, es obligación del sistema escolar colombiano que los programas de educación primaria, secundaria y superior, así como los de educación no formal, incluyan información sobre riesgos de la farmacodependencia, en la forma que determine el Ministerio de Educación Nacional (MEN) y el ICFES en coordinación con el Consejo Nacional de Estupefacientes (Ministerio de Educación Nacional, 2010). De igual forma, desde las instancias gubernamentales se crea la política para reducción de consumo de SPA y lograr mitigar el impacto que puede generar en ciertos grupos el consumo. Todas estas institucionalidades son de vital importancia como actores o agentes que pueden aportar a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en niños, niñas y jóvenes.

Ahora bien, SPA se entienden como “toda sustancia de origen natural o sintético, lícita o ilícita, que se introduce al organismo (sin prescripción médica) con la intención de alterar la percepción, la conciencia o cualquier otro estado psicológico” (Ernst y Franey, 1998, p. 9). Adicionalmente, estas sustancias cumplen con los criterios de abuso y/o dependencia (potencial adictivo de desarrollo de tolerancia y de síndrome de abstinencia), descritos en los manuales de psiquiatría como el DSM IV.

De otro lado, el resumen ejecutivo de la Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto (Ministerio de Protección Social, 2007), en su introducción, referencia que el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas han sido un fenómeno universal y constante en la historia de la humanidad.

Hoy también se sabe que el consumo de SPA no es un fenómeno exclusivo de ciertos grupos de edad o de condiciones socioeconómicas particulares. Así como grandes sectores de la sociedad encuentran en las drogas un medio funcional para afrontar situaciones difíciles de exclusión o de falta de oportunidades, también existen consumo en grupos perfectamente integrados a la sociedad y con plenas oportunidades (Ministerio de protección Social, 2007, p. 8).

La política nacional exige un principio básico de establecimiento de buenas prácticas en la gestión pública, que alinee y sistematice las acciones. La política plantea que la ausencia de ello puede debilitar la gestión, asociado a escasos resultados, y se crea el riesgo de generar desesperanza, frustración y desmotivación en los actores que ejecutan estas acciones.

Las dinámicas actuales del consumo demandan respuestas efectivas, basadas en el conocimiento de la realidad y los grupos, en la evidencia de investigación, en la evaluación sistemática, en el trabajo participativo y en la articulación de acciones planeadas e implementadas con mínimos de calidad. Estos factores pueden facilitar la obtención de resultados verificables en el campo del consumo de alcohol y otras sustancias y en la minimización de su impacto sobre los individuos, sus familias, sus comunidades y la sociedad en general (Ministerio de Protección Social, 2007, p. 8).

La salud mental ha sido un concepto definido multiplicidad de veces, pareciera que cada contexto y cada época se apropiara de una explicación que se corresponde con las lógicas particulares del momento; sin embargo, existen oficialmente dos enunciados generales que nos orientan en esta construcción académica

y que son propuestos por organismos internacionales de salud. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004b) plantea como definición de salud mental un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Así mismo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1998) concibe la salud mental como la capacidad del individuo, del grupo y del ambiente social, para interactuar el uno con el otro, de tal manera que promueva el bienestar subjetivo, el desarrollo y el uso óptimo de las habilidades mentales (cognoscitiva, afectiva y relacional) y el logro de las metas individuales y colectivas, congruentes con la preservación de las condiciones fundamentales de equidad y justicia.

El primer informe de salud mental en el ámbito mundial fue publicado en 1998 por la OMS y, a partir de este momento, las organizaciones de orden internacional (OMS y OPS) han hecho innumerables esfuerzos encaminados en primera instancia a generar un estado del arte de la salud mental a nivel mundial, que les permita contar con estadísticas actualizadas para la toma de decisiones en términos de intervenciones; y, en segunda instancia, generar procesos de sensibilización del orden nacional y local, con el fin de que los gobiernos hagan las inversiones e intervenciones que como estados les corresponde y puedan garantizar las atenciones propias que se requieren en estos ámbitos.

Desafortunadamente, el panorama que arroja la salud mundial a la fecha no es muy alentador, según el informe de la OMS (2010), el 40% de los países aún no cuentan con políticas públicas de salud mental, lo que indican que no tienen un plan de acción claro ni una destinación de recursos específicos para esta área; adicionalmente, un alto porcentaje de los países que cuentan con las políticas definidas, no evidencian un plan de acción que permita identificar los procedimientos que se realizan en esta categoría de atención, situación que agrava las condiciones y genera no muy favorables pronósticos para las personas que tienen algún tipo de trastorno mental y que requieren de atención. Adicionalmente, en el Informe Mundial de la Salud 2002 (OPS y OMS), las organizaciones indicaron que el 8,9% de la carga total de morbilidad se atribuye al uso de sustancias psicoactivas, asociadas en un 4,0% al tabaco, 4,1% al alcohol y 0,8% a las drogas ilícitas. Un estudio realizado por la OMS el año 2004 arrojó que a nivel mundial los trastornos mentales y neurológicos representan el 14% de la carga de enfermedades, y particularmente en América Latina y el Caribe esta categoría representa el 22%, sin embargo se ha identificado que el porcentaje del presupuesto sanitario que está destinado a salud mental en estas regiones es inferior al 2%, lo que indica entonces que frente a otras enfermedades y frente a otros países, están con un grado de afectación y vulneración bastante relevante. Es así como en el 2010, la OMS entrega su último informe de salud mental a nivel mundial y en este enfatiza acerca de la manera como los países con ingresos bajos y medio bajos pueden acceder a fuentes de financiación internacional que les permitan garantizar una cobertura universal en lo que a salud mental se refiere y mejorar no solo las estadísticas, sino la calidad de vida de las personas.

Colombia cuenta con una política definida en salud mental emitida por el Ministerio de la Protección Social; los lineamientos de esta política surgen del estudio de salud mental efectuado en el país en el año 2003, (Ministerio de Protección Social, 2005) en el que se encontraron cifras significativas tales como: los trastornos de ansiedad con el 19.3%, trastornos del estado de ánimo con un 15% y trastornos por uso de sustancias psicoactivas con un 10.6%. La región en donde se encontró mayor prevalencia de trastornos mentales fue en Bogotá, D.C., con un 46.7%, con el agravante de que solo 1 de cada 10 personas con trastorno mental recibió tratamiento psiquiátrico (Ministerio de la Protección Social, 2005).

Cuando se aborda el tema de la salud mental en Colombia, hay que tener en cuenta que es una problemática que no puede ser solo vista desde el ámbito sanitario, ya que nuestra condición en términos de conflicto armado, existencia de cultivos ilícitos, narcotráfico, procesamiento de drogas y demás situaciones de violencia, hacen que la perspectiva en términos de salud mental se agudice y tenga una relación muy directa con el uso y abuso de las sustancias psicoactivas, esto sin hablar del alto porcentaje de jóvenes adolescentes que aun estando escolarizados, hacen parte del conflicto y están involucrados y expuestos de manera directa a problemáticas de salud mental como las mencionadas anteriormente, con el consecuente deterioro físico, mental y social que ello acarrea. Esto hace que Colombia sea observada de manera especial por la comunidad internacional.

Es claro que el uso indebido de sustancias psicoactivas y los trastornos mentales, a menudo coexisten, los mismos trastornos mentales anteceden a la adicción; pero en otros, el uso indebido de drogas puede desencadenar o agravar los trastornos mentales, en particular en individuos y adolescentes con vulnerabilidades específicas. A pesar de que las autoridades de salud reconocen que los trastornos mentales y el abuso de sustancias constituyen importantes problemas de salud pública, investigaciones realizadas en los últimos años sobre su prevalencia, repercusión y costos asociados demuestran que se ha subestimado su magnitud (Beleño Rodríguez y Díaz Morales, 2011). Los individuos consumidores se caracterizan por una perturbación de la actividad intelectual, el estado de ánimo o el comportamiento que no se ajusta a las creencias y las normas culturales. En la mayoría de los casos, los síntomas van acompañados de angustia e interferencia con las funciones personales (OMS, 2007).

El municipio de Popayán cuenta con política pública en salud mental vigentes, que han estado inspiradas y soportadas por dos fuentes principales, los diagnósticos ejecutados por la *Fundación para el bienestar y desarrollo integral del ser* y un estudio realizado por la secretaría de salud municipal en el año 2008, el cual, a su vez, permitió la elaboración del plan de salud mental del municipio gracias al estado del arte que arrojó en términos de salud mental en Popayán; para este último la muestra contó con estudiantes tanto de colegios públicos como privados, rurales y urbanos de la ciudad, lo cual favoreció un alto nivel de inclusión. Los resultados más significativos de la investigación con respecto a la presentación de trastornos mentales exponen la prevalencia, particularmente, de cinco trastornos: esquizofrenia paranoide, episodio depresivo grave sin síntoma sicótico, trastorno de ansiedad, trastorno de la conducta limitado al contexto familiar y episodio depresivo moderado. A

partir de este trabajo se han orientado acciones de intervención, sin embargo, es clara la necesidad de contar con estudios más actualizados y que garanticen una mayor cobertura, ello teniendo en cuenta que tanto las estadísticas internacionales, como las nacionales y locales identifican al municipio con una alta vulnerabilidad por las condiciones socio- económicas de la región.

Metodología

Tipo de diseño

Estudio descriptivo cuantitativo de corte transversal.

Descripción del área de estudio

La investigación se realiza con base en la metodología de estudio descriptivo cuantitativo de corte transversal. Se parte de información recogida del instrumento titulado Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes (POSIT), en dos cohortes diferentes (año 2012 y 2015); el instrumento está compuesto por 81 reactivos agrupados en siete áreas de la vida cotidiana: uso/abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral, conducta agresiva/delictiva (Rahdert, 1991; Mariño et al., 1998).

Las agrupaciones mencionadas anteriormente y en análisis de las variables permiten la formulación de conclusiones, junto con la información suministrada por los adolescentes, lo cual se convierte en un insumo importante para la decisión en política pública, ya que posibilita una visión general del consumo de sustancias psicoactivas y la prevalencia de los trastornos mentales en los adolescentes del municipio y una consecuente toma de decisiones para la estructuración de programas tanto de prevención como de intervención de la problemática.

El proyecto cuenta con una primera fase de formulación del problema de una investigación transversal (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2010); una segunda de reajuste de instrumentos; la fase tres de aplicación y trabajo de campo; y la cuarta fase de sistematización y comparación analítica de

resultados (Cea D'Ancona, 2005). El desarrollo de la propuesta incorporó de forma técnica la sistematización del paquete de Office Microsoft; y el análisis se desarrolla a partir del paquete estadístico IBM SPSS en su versión 20 (Field, 2013).

Muestra

La muestra es representativa socialmente, no atiende a parámetros estadísticos; más bien, los investigadores incluyeron a partir de un mapeo de actores, al máximo de estudiantes miembros de los grados décimo y undécimo de las instituciones educativas seleccionadas. Así, el total de los participantes en los dos años fueron 2043 informantes, 891 estudiantes para 2012 y 1152 para el año 2015.

Criterios de inclusión

Estudiantes matriculados en colegios oficiales y privados de Popayán y veredas aledañas en la media vocacional.

Criterios de exclusión

Estudiantes que después de ser informados de los objetivos y alcances del estudio decidieran no participar, o retirarse, incluso después de haber iniciado el diligenciamiento de la encuesta.

Técnicas de recolección de información

Para la recolección de información se utilizó el cuestionario de tamizaje para adolescentes [POSIT] (Knight, Goodman, Pulerwitz y DuRant, 2001).

Método

El POSIT (Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers) es un instrumento de evaluación diagnóstica, elaborado y validado en USA, por el National Institute on Drug Abuse (NIDA) y el National Institutes of Health (1991), como parte del Sistema de Evaluación y Referencia del Adolescente (Adolescent Assessment / Referral System, AARS). Su versión original consta de 139 reactivos que integran 10 áreas de análisis: uso/abuso de sustancias, salud física, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés vocacional, habilidades sociales, entretenimiento y recreación, conducta agresiva/delictiva (Leshner, 1997). En

1997 fue validado por la Universidad Nacional Autónoma de México y el Instituto Nacional de Psiquiatría “Juan Ramón de la Fuente Muñiz”, para población mexicana juvenil, hombres y mujeres, de 13 a 19 años de edad, de cualquier ámbito, ocupación y escolaridad.

La versión mexicana se compone de 81 reactivos (Guerrero, Hernández, Muciño y Parra, 2008) agrupados en siete áreas de su vida cotidiana: uso/abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral, conducta agresiva/delictiva. Como características psicométricas se destacan: su nivel de medición nominal dicotómica (Sí/No) y su transformación a un nivel escalar cuando se integran las puntuaciones por área. Su confiabilidad promedio es de α .9057, lo que representa consistencia de la información obtenida y agrupación estadística de reactivos por categorías. En cuanto a la validez, el POSIT mide lo que busca medir y cuenta con el suficiente rigor en términos de contenido, constructo, predicción y sensibilidad/especificidad.

La hipótesis que sustenta al POSIT indica que, si se eligen respuestas positivas (“sí”) se está refiriendo riesgo; si se selecciona la respuesta negativa (“no”) no existe riesgo, a excepción de las aseveraciones negativas (12, 13, 18, 20, 22, 26, 32, 39, 52, 69, 70 y 71) que se codificarán de manera inversa. Tendrán que hacerse sumatorias y promedios para cada una de las áreas, de acuerdo con los puntos corte: Uso/abuso de sustancias. 17 reactivos en total (2, 17, 21, 25, 33, 38, 41, 46, 47, 48, 54, 56, 57, 58, 62, 65, 68). Todos son RF.

- Salud mental. 16 reactivos en total (5, 6, 8, 10, 15, 23, 28, 40, 43, 55, 60, 63, 66, 75, 76, 80). El punto de corte es 5 / RF: 5.
- Relaciones familiares. 10 reactivos en total (4, 14, 20, 22, 32, 39, 45, 52, 70, 71). El punto de corte es 3. RF: 3.
- Relaciones con amigos. 7 reactivos en total (3, 13, 19, 29, 67, 73, 77). Todos son RF: 3
- Nivel educativo. 16 reactivos en total (7, 8, 12, 15, 18, 26, 34, 40, 42, 61, 66, 69, 72, 74, 79, 80). El punto de corte es 5. RF: 6.
- Interés laboral. 6 reactivos en total (16 {13 a 15 años=1}, 27, 36, 44 {13 a 15 años=RF}, 51, 78). Tanto el reactivo 16 como el 44 (si se responden afirmativamente) representan riesgo para aquellos jóvenes de 13 a 15 años de edad. El punto de corte es 3. RF: 1 (condicionado a la edad).
- Conducta agresiva/delictiva. 14 reactivos en total (1, 9, 11, 24, 30, 31, 35, 37, 49, 50, 53, 59, 64, 81). El punto de corte es 5. RF: 2.

Para la escala global, la puntuación máxima posible es de 81 puntos. Una puntuación de 23 refiere la presencia de riesgos; por tanto, “a mayor calificación, mayor será el riesgo” de los jóvenes para iniciar o incrementar el uso de drogas. En general, el POSIT se recomienda como instrumento de tamizaje para detectar y atender oportunamente a usuarios de drogas, personas en riesgo de consumo y vulnerabilidad en diferentes

áreas de la vida. Se auto administra el dispositivo preferentemente grupal, aunque puede ser individual (por solicitud, como parte de una entrevista clínica inicial o bajo condiciones especiales). Se pueden agregar u omitir las variables socio demográficas que se consideren necesarias para los objetivos correspondientes (Rahdert, 1991; Mariño et al., 1998).

Guía de aplicación

Población objetivo: adolescentes (hombres y mujeres) de 13 a 19 años de edad, en cualquier contexto de intervención. Procedimientos:

1. La aplicación se llevará a cabo por un coordinador especialista o bajo entrenamiento, quien conformará un dispositivo grupal para aplicar la encuesta.
2. Los encuestadores realizan un saludo y una breve presentación con el grupo, señalando su nombre y la institución a la que pertenecen.
3. Se dan a conocer las características generales de la encuesta. Explicando que se trata de un cuestionario con una primera sección donde se requieren datos personales del encuestado y una segunda de 81 preguntas con dos opciones de respuestas (Sí, No), en el que se marcará con una "X" solo una respuesta por pregunta, la más cercana a su opinión personal.
4. Se explica el objetivo de la encuesta informando que los datos serán empleados con fines de investigación y con lo cual se garantiza la confidencialidad de los encuestados. Por lo que se recuerda que deben ser honestos al responder el cuestionario.
5. Se entregan los cuestionarios y lo necesario para responderlos, mencionando el tiempo del que se dispone (15 a 30 minutos).
6. Se explica que el cuestionario se llenará de manera simultánea. El coordinador leerá en voz alta cada pregunta mientras los encuestados siguen en silencio la lectura. Se da el tiempo necesario para que se responda cada pregunta.
7. Comenzará el diligenciamiento de la primera sección dejando claro lo que se necesita en cada apartado.
8. Una vez que todos terminen de responder la primera sección, se puede continuar con la segunda, para la que se seguirá el mismo procedimiento en el que el aplicador leerá en voz alta todas las preguntas dando tiempo para que todos respondan al mismo tiempo el cuestionario. Es importante que en el momento de leer las preguntas frente al grupo no se induzcan las respuestas dando ejemplos o posibles respuestas que puedan modificar la decisión de los encuestados.

9. Al finalizar la lectura de las preguntas, el aplicador debe cerciorarse de que todos hayan respondido el cuestionario en su totalidad. En caso de que algunos no hayan terminado, se les dará el tiempo necesario para que finalicen y/o corrijan.
10. Se recoge cada cuestionario y se guardan sin revisar la información de ninguno. Se agradece al grupo y, de ser posible, se dejan datos de la institución de procedencia.
11. Por último, se agradece a las autoridades del lugar y se les informa qué procederá con la información resultante, estableciendo acuerdos y compromisos mutuos.

Guía de análisis para SPSS7 I

I. Administración de datos:

1. Folios: 1.1 Asignar números consecutivos, Tabla de control de folios.
2. Valores perdidos (9, 99, 999): 2.1 Rellenar las bases con el valor asignado en la guía de codificación, aun cuando el cuestionario no contenga información.
3. Base de datos por escuela: 3.1 Organización de archivos, archivos de respaldo, fundir archivos. 3.2 Fundir Archivos Menú: Datos Opción. Fundir archivos Seleccionar: Añadir casos /seleccionar archivo
4. Recodificación: 4.1. Reactivos negativos–Identificar ítems negativos–Modificar valores en columna valores de “vista de variables”–Modificar valores en: Menú: Transformar Opción: Recodificar Seleccionar:–En las mismas variables–Asignar valores antiguos y nuevos 4.2. Valores perdidos–Menú: Transformar Opción: Reemplazar valores perdidos Seleccionar: Aceptar.

II. Análisis de fiabilidad de la prueba:

1. Alfa de Cronbach. Menú: Analizar Opción: Escalas Seleccionar: Análisis de fiabilidad/seleccionar variables
2. Parámetros estadísticos. Comparar el dato de la prueba con valores de confiabilidad

III. Análisis de variables socio demográficas

1. Frecuencias y porcentajes Menú: Analizar Opción: Estadísticos descriptivos Seleccionar: Frecuencias-Estadísticos (Media, Mediana, Moda)

2. Media, mediana, moda Menú: Analizar Opción: Estadísticos descriptivos Seleccionar: Descriptivos/ en “opciones” verificar media/seleccionar variables
3. Cruce de variables Menú: Analizar Opción: Estadísticos descriptivos Seleccionar: Tablas de contingencia/seleccionar variables
4. Tablas y gráficas

IV. Análisis de áreas de riesgo y vulnerabilidad

1. Sumatorias Menú: Transformar Opción: Calcular Definir variable de destino Definir operación: SUM (V1+V...n)
2. Media Teórica Poblacional
3. Puntos de corte
4. Diferencias aritméticas Media poblacional, porcentaje con respecto al punto de corte y diferencias
5. Correlaciones Menú: Analizar Opción: Correlaciones Seleccionar: Bivariadas/seleccionar variables a contrastar–Detectar niveles de significancia menores a .05 para rechazar la hipótesis nula, lo cual permite considerar asociación lineal–Considerar el coeficiente de Pearson para definir el rango.

El total de los jóvenes adolescentes que hicieron parte de la muestra de 2015 fueron 1152 (Tabla 1), de los cuales 543 corresponden al sexo masculino (47,1%) y 609 al sexo femenino (52,9%); y en la muestra de 2012 fueron 891, de los cuales 439 corresponden al sexo masculino (49,3%) y 452 al sexo femenino (50,7%), lo que indica que la muestra fue equitativa entre la selección de sexos.

Tabla No. 1. Sexo de la muestra

			Año prueba		Total
			2012	2015	
Sexo	Masculino	Recuento	439	543	982
		% dentro de año prueba	49,3%	47,1%	48,1%
	Femenino	Recuento	452	609	1061
		% dentro de año prueba	50,7%	52,9%	51,9%
Total	Recuento	891	1152	2043	
	% dentro de año prueba	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

El rango de edad que se tuvo en cuenta para la identificación de la muestra de 2015 fue entre 13 y 21 años (Tabla 2), de los cuales es evidente que hubo un mayor porcentaje de adolescentes en los 16 años (34,9%), seguido de la edad de 17 de años que correspondió al 23,4%; las edades en las que se contó con menor número de encuestados fue de los 21, 20 y 13 años, lo que indica que para los grados de la media se conserva

un promedio de edad entre los 14 y 19 años. Y para 2012, la muestra fue en los mismos rangos: entre 13 y 21 años de edad; con un mayor porcentaje en la edad de 16 años (34,9%), y menor de los 13, 20 y 21 años, cada uno correspondiente al 0,2% de la población encuestada.

Tabla N°. 2. Edad de la muestra

			Año prueba		Total
			2012	2015	
Edad	13	Recuento	2	6	8
		% dentro de año prueba	0,2%	0,5%	0,4%
	14	Recuento	37	48	85
		% dentro de año prueba	4,2%	4,2%	4,2%
	15	Recuento	199	264	463
		% dentro de año prueba	22,3%	22,9%	22,7%
	16	Recuento	311	402	713
		% dentro de año prueba	34,9%	34,9%	34,9%
	17	Recuento	223	270	493
		% dentro de año prueba	25,0%	23,4%	24,1%
	18	Recuento	89	117	206
		% dentro de año prueba	10,0%	10,2%	10,1%
	19	Recuento	26	38	64
		% dentro de año prueba	2,9%	3,3%	3,1%
	20	Recuento	2	6	8
		% dentro de año prueba	0,2%	0,5%	0,4%
	21	Recuento	2	1	3
		% dentro de año prueba	0,2%	0,1%	0,1%
Total	Recuento	891	1152	2043	
	% dentro de año prueba	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

La muestra seleccionada fue de adolescentes escolarizados en la media vocacional y de acuerdo con la información obtenida en el 2015 (Tabla 3), el 54,6% corresponde a jóvenes que cursan décimo grado, y el 45,4% a jóvenes que están cursando grado once. En el 2012 fueron 515 estudiantes de décimo para un 57,8% y 376 estudiantes de once para un 42,2%, ello indica que son más los adolescentes que se encuentran cursando décimo grado, aunque la diferencia no es significativa.

Tabla N°. 3 Grado que cursan

			Año prueba		Total
			2012	2015	
Grado	Décimo	Recuento	515	629	1144
		% dentro de año prueba	57,8%	54,6%	56,0%
	Once	Recuento	376	523	899
		% dentro de año prueba	42,2%	45,4%	44,0%
Total	Recuento	891	1152	2043	
	% dentro de año prueba	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

Conclusiones y recomendaciones

Esta investigación pone en evidencia que los adolescentes en edad escolar siguen consumiendo sustancias psicoactivas y alcohol (aclarando que el alcohol es también considerado SPA), en situaciones que no aparentan peligro o estados de alerta, teniendo en cuenta las cifras que muestra el análisis de los resultados, corroborando la posibilidad de implementar políticas y/o acciones desde los entes y actores del proceso para la erradicación de la problemática presente en los adolescentes, de las cual se debe ser muy conscientes y responsables, en el caso de los adultos quienes son los que acompañan los procesos de desarrollo, maduración y educativo de esta población objeto de investigación. En el 2015, el 5,3% de los jóvenes entrevistados sí reconoce tener dificultades en este sentido, mientras que, en el 2012, 5,6% así lo reconoce, foco que se hace necesario identificar para un trabajo interdisciplinario, de ser posible, en esta población.

Los jóvenes con una curiosidad a veces incontrolable –motivada por observar que algunos adolescentes de su edad imitan el acto de experimentar y sentir el uso de cualquier droga–, llegan a probar sustancias psicoactivas, iniciando con ello una etapa de muchos conflictos tanto internos como externos. Sumado a esta aparentemente innata tentación de acercarse a lo prohibido, algunas drogas como los inhalantes, son de fácil acceso para ellos, las cuales son autorizadas y vendidas a bajo costo en cualquier abastecimiento, lo que ocasiona ventaja de consumo; adicionalmente, la marihuana hoy en día con la aprobación de la dosis mínima, ha empoderado a los consumidores sociales llevándolos a incrementar su consumo y menguando la posibilidad de una negativa por parte de los inexpertos en consumo, porque sienten la presión del grupo o porque es promocionada entre ellos como un posible escape a sus dificultades cotidianas. De los resultados obtenidos en el 2015, se puede concluir que un porcentaje importante de los adolescentes encuestados (61,4%) sí reconoce este tipo de situaciones; en el 2012, se puede colegir que un porcentaje importante de los adolescentes encuestados (62%) también reconoce este tipo de situaciones.

Jóvenes que al consumir la droga su organismo la rechaza de una forma brusca, por lo general, no vuelven a intentarlo. Para el caso de esta investigación, se encontró que las edades de mayor consumo están entre los 12 y 16 años, tanto en la investigación del 2012, como en la de 2015. Al aceptar el organismo la tranquilidad y relajación del efecto de la droga, ocasiona que exija el consumo nuevamente, pero con la misma dosis ya resulta insuficiente, lo que hace aumentar cada vez más la cantidad para sentir los mismos efectos, dando paso al consumo habitual. En 2015 refieren los jóvenes entrevistados que el 5,4% reconocían tener una adicción. De

los adolescentes encuestados en 2012, el 6,4% sí lo reconocen; este sería un foco de intervención importante y que no se debe descuidar, para no dejar avanzar el problema de tal forma que se vuelva endémico y ya tardío cualquier intento de tratamiento.

Los amigos son los que mayor influencia tienen ante los adolescentes para que estos se inicien en el consumo de sustancias. En el 2012, se reporta un 71,7% de encuestados en que era un amigo quien ofrecía droga; y en 2015, un 74,1% de los encuestados manifiesta esta misma situación.

Los adolescentes para el 2015, el 27,6% manifiestan que han probado alguna droga; y en 2012, el 24,7% de los adolescentes declaran que sí lo han hecho lo que implica que se realice en esta etapa del ciclo vital, procesos de prevención para aminorar cualquier acción que mantenga la conducta. Un 7% de los adolescentes han usado de 2 a 4 veces las sustancias psicoactivas, lo que involucra no solo la prevención, sino mitigación, con lo que se busque evitar o prevenir que los adolescentes que se han iniciado corran el riesgo de continuar.

El mayor problema que les ha causado a los jóvenes el consumir droga se relaciona con la parte emocional en un 6%; las personas al consumir tienen una afectación en el sistema nervioso central y las funciones cerebrales, produciendo alteraciones en el comportamiento, la percepción, el juicio y las emociones.

El Ministerio de Salud y Protección Social lidera una estrategia denominada *Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y su impacto*, fundamentada en 4 ejes: prevención, mitigación, superación y capacidad de respuesta; y ha sido considerada por la Oficina de las Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito – UNODC y por la Comisión Interamericana Contra el Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos CICAD – OEA, como vanguardista y referente para la región. Es pertinente que las instituciones, desarrollen acciones encaminadas a la prevención involucrando a toda la comunidad educativa (docentes, alumnos, padres y madres de familia, directivos, administrativos), para que no permitan desde su accionar que el fenómeno del consumo de SPA tome más fuerza y acabe con los sueños de los menores y de sus familias.

No sería demasiado afirmar que una persona que proviene de un hogar amoroso, que le brinda apoyo, tiene una gran ventaja en la vida. Muchas personas logran salir adelante, aunque provengan de situaciones familiares poco ideales, pero el tener cubiertas las necesidades básicas, contar con el amor de los padres y aprender las lecciones de la vida en el hogar, hace que los desafíos de la vida diaria sean mucho más fáciles de afrontar. De igual manera, como adulto uno desea un hogar feliz para su familia (McKay, 2014, párr. 1).

El tipo de relaciones familiares que se gestan al interior de los hogares resultan ser muy influyentes en las decisiones que los adolescentes toman, porque su vivencia en el hogar, se convierten en modelos a replicar por parte de los adolescentes. (Vargas, 2001).

En Colombia se encuentran factores de riesgo específicos resultado de las dinámicas sociales y políticas por las que se encuentra atravesando el país. Así, la población colombiana se encuentra en riesgo de ver comprometida su salud mental, y en virtud de la confluencia de factores presentes actuando sinérgicamente, la probabilidad de sufrir algún tipo de alteración mental se ve multiplicada, adquiriendo un carácter exponencial en el caso de la población infantil. La salud mental es una de las categorías exploradas por el instrumento, teniendo en cuenta que resulta ser un elemento esencial, entre otros motivos porque favorece los escenarios de consumo, y en otras ocasiones porque es justamente el consumo de SPA lo que desencadena posibles trastornos mentales que afectan la salud mental de los adolescentes especialmente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la inexistencia de conflicto de interés con institución o asociación comercial de cualquier índole.

Referencias

- Aberastury, A., y Knobel, M. (1997). *La adolescencia normal*. Buenos Aires: Paidós.
- Asociación Psiquiátrica Americana (APA). (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV*. Barcelona: Masson S. A.
- Beleño Rodríguez, M. S., y Díaz Morales, G. A. (2011). *Análisis de las tendencias de consumo de drogas de abuso e impactos en la salud del individuo en países de América Latina años 2006-2010* (Tesis de maestría). Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/4266/1/598930.2011.pdf>
- Bios, P. (1980). *Psicoanálisis de la adolescencia* (3a ed.). México: Joaquín Mortiz.
- Brukner, P. (1975). *Psicología social del autoritarismo*. México: Siglo XXI.

- Cea D'Ancona, Á. (2005). La exteriorización de la xenofobia. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 112(1), 197-230. Doi: <https://doi.org/10.2307/40184716>
- Derflinger C. M. L. (1991). *Autoconcepto en adolescentes farmacodependientes y Autoconcepto en adolescentes no farmacodependientes. Estudio comparativo*. (Tesis de Licenciatura) México, D. F.: Instituto Universitario de Ciencias de la Educación.
- Ernst, M., y Franey, R. (1998). Neurotoxicidad inducida por aciclovir y ganciclovir. *Annals of Pharmacotherapy*, 32(1), 111-113. Doi: <https://doi.org/10.1345/aph.17135>
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. sage.
- Freud, S. (1917). Duelo y Melancolía. En S. Freud, *Obras completas Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico, trabajo sobre metapsicología y otras obras* (Vol. XIV, pp. 241-255). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Gessell, A. (1958). *El adolescente de 10 a 16 años* (4ta ed.). Argentina: Paidós.
- Guerrero, M. A. S., Hernández, P. M. L. P., Muciño, A. G., y Parra, M. B. L. (2008). Manual para la aplicación del Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes (POSIT). Recuperado de <http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoPreventivo/ManualparaAplicacionDelCuestionariodeTamizajedeProblemasenAdolescentesPOSIT.pdf>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2010). Selección de la muestra. En S. Hernández (Compilador). *Metodología de la investigación* (pp. 299-341). New York: McGraw-Hill Interamericana.
- Knight, Jr., Goodman, E., Pulerwitz, T., y DuRant, RH. (2001). Fiabilidad del instrumento de cribado orientado a problemas para adolescentes (POSIT) en la práctica médica adolescente. *Revista de salud adolescente*, 29(2), 125-130.
- Leshner, A. I. (1997). Introduction to the special issue: The National Institute on Drug Abuse's (NIDA's) Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of addictive behaviors*, 11(4), 211-215. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/buy/1997-43757-001>
- Mariño, M., González-Forteza, C., Andrade, P., y Medina-Mora, M. E. (1998). Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas. *Salud mental*, 21(1), 27-36. Recuperado de http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/690

- McKay, D. (2014). ¿Por qué es tan importante la familia para los mormones? [Mensaje en un Blog] Sala de prensa. Recuperado de <https://www.saladeprensamormona.org.ar/articulo/%C2%BFpor-qu%C3%A9-es-tan-importante-la-familia-para-los-mormones->
- Ministerio de Protección (2007). *Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto*. Bogotá. D.C., Colombia: Ministerio de la Protección Social.
- Ministerio de Educación Nacional. (2010). *Programa de transformación de la calidad educativa*. Recuperado de www.mineducacion.gov.co/todosaaprender.
- Ministerio de la Protección Social. (2005). Estudio Nacional de Salud Mental. Bogotá: FES. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- Oxford. (2018). Spanish Oxford living Dictionaries. Reuperado de <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/sociedad>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1998). Informe sobre la salud en el mundo 1998. la vida en el siglo XXI, una perspectiva para todos. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2000). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE 10*. Madrid: Editorial Médica Panamericana S. A.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004a). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Recuperado de <http://bit.ly/1pZW8Mp>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004b). Promoción de la Salud Mental. Ginebra. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2007). El Informe sobre la salud en el mundo 2007–un porvenir más seguro Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI. Ginebra. Recuperado de http://www.who.int/whr/2007/07_report_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2010). Informe sobre la salud mental en el mundo. Salud mental y desarrollo: poniendo a las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington.

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (1998). *La condición de salud en las Américas*, 1, 80. Recuperado de <http://www.paho.org/spanish/HIA1998/SaludVol1.pdf>.

Presidencia de la República de Colombia. (1986). Ley 30 de 1986. Diario Oficial No. 37.335, del 5 de febrero de 1986. Bogotá: Colombia.

Papalia, D., Wendkos, S., y Duskin, R. (2001). *Psicología del desarrollo* (8ª. ed.). Colombia: Mc Graw Hill.

Rahdert, E. (1991). *The Adolescent Assessment/Referral System Manual*. Washington, D.C, National Institute on Drug Abuse, US Department of Health and Human Services.

Vargas, D. (2001). Alcoholismo, tabaquismo y sustancias psicoactivas. *Revista de Salud Pública*, 3(1), 74-88. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v3n1/v3n1a06.pdf>