

**Consumo de sustancias psicoactivas y algunos indicadores de salud mental
en adolescentes escolarizados del municipio de Marinilla 2015-2016**

**Consumption of psychoactive substances and some indicators of mental
health in adolescents enrolled in the municipality of Marinilla 2015-2016**

Beatriz Elena Londoño

**Trabajo de investigación para optar al título de
Magíster en Salud Pública**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Medellín
2018**

**Consumo de sustancias psicoactivas y algunos indicadores de salud mental
en adolescentes escolarizados del municipio de Marinilla 2015-2016**

**Consumption of psychoactive substances and some indicators of mental
health in adolescents enrolled in the municipality of Marinilla 2015-2016**

Beatriz Elena Londoño

**Trabajo de investigación para optar al título de
Magíster en Salud Pública**

**Director
Ramón Eugenio Paniagua Suarez
Especialista en estadística
Magister en salud pública con énfasis en salud mental
Profesor Facultad Nacional de Salud Pública**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Medellín
2018**

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado 1

Jurado 2

Medellín, mayo 4 de 2018

Contenido

| | |
|--|----|
| Lista de tablas..... | 7 |
| Lista de cuadros..... | 9 |
| Lista de figuras..... | 10 |
| Lista de anexos..... | 12 |
| Glosario | 13 |
| Resumen | 16 |
| Abstract..... | 17 |
| 1. Introducción..... | 18 |
| 2. Planteamiento del problema y antecedentes..... | 20 |
| 3. Justificación..... | 29 |
| 4. Objetivos | 30 |
| 4.1 Objetivo general | 30 |
| 4.2 Objetivos específicos | 30 |
| 5. Marcos de trabajo..... | 31 |
| 5.1 Marco contextual | 31 |
| 5.1.1 Municipio de Marinilla..... | 31 |
| 5.1.2 Proyecto macro: “Indicadores de salud mental en adolescentes escolarizados del municipio Marinilla–Antioquia, 2015”..... | 34 |
| 5.2 Marco referencial..... | 35 |
| 5.2.1 Salud pública, salud mental y acceso a los servicios de salud..... | 37 |
| 5.2.2 Adolescente..... | 42 |
| 5.2.3 El consumo de las sustancias psicoactivas con respecto a la salud mental..... | 44 |
| 5.2.4 Factores de riesgo y protectores relacionados con el consumo de psicoactivos | 46 |
| 5.2.5 Clasificación y efecto de las sustancias psicoactivas de mayor uso | 49 |
| 5.2.6 Familia: funcionamiento y la vulnerabilidad familiar | 49 |
| 5.2.7 Tiempo libre..... | 54 |
| 5.3 Marco normativo..... | 55 |
| 6. Aproximación metodológica | 61 |
| 6.1.1 Tipo de estudio | 61 |
| 6.1.2 Fase I: Diseño cuantitativo | 66 |
| 6.1.2.1 Unidad de observación: población objeto de estudio | 66 |
| 6.1.2.2 Muestra: fase cuantitativa..... | 66 |
| 6.1.2.3 Criterios de Inclusión: fase cuantitativa | 68 |

| | | |
|----------|--|-----|
| 6.1.2.4 | Instrumento de recolección de la información: fase cuantitativa..... | 68 |
| 6.1.2.5 | Plan de recolección de Información: fase cuantitativa..... | 73 |
| 6.1.2.6 | Plan de análisis por objetivos específicos: fase cuantitativa..... | 73 |
| 6.1.3 | Fase II: Enfoque cualitativo | 83 |
| 6.1.3.1 | Participantes: fase cualitativa | 83 |
| 6.1.3.2 | Criterios de inclusión: fase cualitativa..... | 83 |
| 6.1.3.3 | Herramienta para la recolección de la información: fase cualitativa | 84 |
| 6.1.3.4 | Recolección de la información: fase cualitativa | 87 |
| 6.1.3.5 | Análisis de la información: fase cualitativa | 89 |
| 6.1.4 | Consideraciones éticas | 91 |
| 7. | Resultados | 93 |
| 7.1 | Caracterización socio demográfica de los estudiantes escolarizados de Marinilla 2015-2016..... | 93 |
| 7.2 | Caracterización de los grupos focales de los estudiantes escolarizados, Marinilla 2016. | 95 |
| 7.3 | Descripción de la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas por primera sustancia consumida en la vida, edad de inicio, prevalencia en la vida, anual según sexo y grupos de edad, y el acceso para la atención por consumo de psicoactivos | 96 |
| 7.3.1 | Caracterización del consumo desde el contexto individual..... | 96 |
| 7.3.1.1 | Prevalencia de vida para el consumo de sustancias psicoactivas | 96 |
| 7.3.1.2 | Primera sustancia consumida en la vida..... | 97 |
| 7.3.1.3 | Edad de inicio para el consumo según sustancia psicoactiva..... | 98 |
| 7.3.1.4 | Razón por la cual consumió sustancias psicoactivas y razones de consumo actuales | 99 |
| 7.3.1.5 | Percepción para obtener la sustancia psicoactiva | 105 |
| 7.3.1.6 | Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en la vida por sustancia según sexo y grupos de edad..... | 106 |
| 7.3.1.7 | Prevalencia del consumo anual de sustancias psicoactivas según sexo y grupos de edad..... | 107 |
| 7.3.1.8 | Prevalencia de la dependencia en el consumo de sustancias psicoactivas según sexo y grupos de edad..... | 108 |
| 7.3.1.9 | Prevalencia del abuso en el consumo de sustancias psicoactivas según sexo y grupos de edad | 110 |
| 7.3.1.10 | Razones de ex consumo para las sustancias psicoactivas..... | 111 |
| 7.3.1.11 | Prevalencia del ex consumo de sustancias psicoactivas según sexo y grupos de edad..... | 112 |

| | |
|---|-----|
| 7.3.2 Consumo de sustancias psicoactivas en el contexto social: pares -amigos | 113 |
| 7.3.3 Razones por las cuales los adolescentes escolarizados no consumen sustancias psicoactivas | 116 |
| 7.3.4 Consulta por sustancias psicoactivas y a quién ha consultado..... | 122 |
| 7.4 Prevalencia del uso del tiempo libre según el sexo y grupo de edad y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas | 128 |
| 7.5 Distribución de la funcionalidad, vulnerabilidad familiar, según sexo y grupos de edad y el consumo de sustancias de los familiares de los adolescentes escolarizados | 135 |
| 7.5.1 Análisis de funcionalidad familiar, según el sexo y el grupo de edad del adolescente..... | 136 |
| 7.5.2 Análisis de vulnerabilidad familiar según sexo y grupos de edad | 136 |
| 7.5.3 Consumo de sustancias psicoactivas con respecto al contexto familiar | 140 |
| 7.6 Explicación del modelo de ecuaciones estructurales de la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas con la funcionalidad, vulnerabilidad familiar y el uso del tiempo libre | 144 |
| 7.7 Análisis cualitativo: Percepción del adolescente escolarizado frente al consumo de sustancias psicoactivas. Mapa relacional final..... | 149 |
| 8. Discusión..... | 152 |
| 9. Conclusiones | 160 |
| 10. Recomendaciones..... | 164 |
| Agradecimientos | 166 |
| Referencias bibliográficas..... | 167 |
| Anexos..... | 167 |

Lista de tablas

| | |
|--|-----|
| Tabla 1 . Población por área de residencia, municipio de Marinilla 2013. | 32 |
| Tabla 2. Proporción de la población por ciclo vital del municipio de Marinilla, Antioquia 2005, 2013 y 2020. | 33 |
| Tabla 3. Instituciones Educativas del nivel de secundaria del municipio de Marinilla (Antioquia) 2015..... | 67 |
| Tabla 4. Medidas de índices de bondad de ajuste modelo inicial | 82 |
| Tabla 5. Distribución porcentual de las características socio demográficas de los adolescentes escolarizados del municipio de Marinilla-Antioquia, 2015-2016..... | 94 |
| Tabla 6. Promedio de edad de los adolescentes escolarizados del Municipio de Marinilla-Antioquia, 2015-2016. | 94 |
| Tabla 7. Identificación de entrevistas y caracterización de los participantes en los grupos focales..... | 95 |
| Tabla 8. Prevalencia de consumo de cigarrillo, bebidas alcohólicas, marihuana y otras sustancias psicoactivas en la vida, según el sexo y el grupo de edad del adolescente escolarizado de Marinilla, Antioquia, 2015-2016. Proporción por 100 (IC 95%)..... | 107 |
| Tabla 9. Prevalencia de consumo de cigarrillo, bebidas alcohólicas, marihuana y otras sustancias psicoactivas en el último año, según el sexo y el grupo de edad del adolescente escolarizado de Marinilla, Antioquia, 2015-2016. Proporción por 100 (IC 95%)..... | 108 |
| Tabla 10. Resultados para la variable “quisiera dejar de consumir”, en el estudio con adolescentes escolarizados del municipio de Marinilla, 2015-2016..... | 109 |
| Tabla 11. Prevalencia de dependencia de cigarrillo, bebidas alcohólicas, marihuana y otras sustancias psicoactivas según el sexo y el grupo de edad del adolescente escolarizado de Marinilla, Antioquia, 2015-2016. Proporción por 100 (IC 95%). . | 109 |
| Tabla 12. Ha estado en tratamiento para dejar de consumir, en los adolescentes escolarizados del municipio de Marinilla, 2015-2016..... | 110 |
| Tabla 13. Prevalencia de abuso de consumo de cigarrillo, bebidas alcohólicas, marihuana y otras sustancias psicoactivas según el sexo y el grupo de edad del adolescente escolarizado de Marinilla, Antioquia, 2015-2016. Proporción por 100 (IC 95%)..... | 111 |
| Tabla 14. Prevalencia de ex consumo de cigarrillo, bebidas alcohólicas, marihuana y otras sustancias psicoactivas según el sexo y el grupo de edad del adolescentes escolarizados de Marinilla, Antioquia, 2015-2016. Proporción por 100 (IC 95%). | 113 |

| | |
|---|-----|
| Tabla 15. Distribución porcentual, relación entre el consumo de sustancias psicoactivas según el consumo por parte de amigos(as) en los adolescentes escolarizados Marinilla, Antioquia, 2015-2016..... | 114 |
| Tabla 16. Distribución porcentual de consulta por problemas o inquietudes sobre el tema de sustancias psicoactivas según consumidores o no consumidores adolescentes escolarizados Marinilla, Antioquia, 2015-2016..... | 123 |
| Tabla 17. Distribución del uso de tiempo libre según el sexo y el grupo de edad del adolescente escolarizado de Marinilla, Antioquia, 2015-2016. Proporción por 100 (IC 95 %)..... | 131 |
| Tabla 18. Distribución porcentual de la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas según el uso del tiempo libre en los adolescentes escolarizados de Marinilla, Antioquia, 2015-2016..... | 132 |
| Tabla 19. Distribución de la funcionalidad familiar según el sexo y el grupo de edad del adolescente escolarizado de Marinilla, Antioquia, 2015-2016. Proporción por 100 (IC 95 %)..... | 136 |
| Tabla 20. Distribución de la vulnerabilidad familiar según el sexo y el grupo de edad del adolescente escolarizado de Marinilla, Antioquia, 2015-2016. Proporción por 100 (IC 95%). Tabla resumen..... | 139 |
| Tabla 21. Resumen de los resultados de la contratación de hipótesis generadas a partir del marco teórico propuesto para el objetivo número 4 y el modelo final. ... | 145 |
| Tabla 22. Medidas de índices de bondad de ajuste del modelo final..... | 147 |
| Tabla 23. Estimadores y coeficientes de determinación y su significancia para las variables endógenas y exógenas. Modelo final. | 147 |
| Tabla 24. Efectos directos en la relación consumo de sustancias, vulnerabilidad familiar y funcionalidad familiar | 148 |

Lista de cuadros

| | |
|--|----|
| Cuadro 1. Resumen de las normas nacionales con respecto al consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes. | 57 |
| Cuadro 2. Diferencia entre experiencias y vivencias según Minayo | 64 |
| Cuadro 3. Constructos que posee la escala APGAR familiar | 69 |
| Cuadro 4. Escala de puntuación de la APGAR familiar | 70 |
| Cuadro 5. Validez y fiabilidad de la escala APGAR familiar | 70 |
| Cuadro 6. Constructo de la escala ¿Como es tu familia? | 72 |
| Cuadro 7. Análisis por objetivos cuantitativos de la investigación consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes escolarizados del Municipio de Marinilla 2015-2016 | 74 |
| Cuadro 8. Identificación de la cantidad de factores y variables a observar | 78 |
| Cuadro 9. Preguntas orientadoras, mediante una guía semi-estructuradas aplicadas en los grupos focales. Estudio adolescentes escolarizados Marinilla, Antioquia. 2015-2016 | 86 |
| Cuadro 10. Resumen por fases realizadas para el análisis cualitativo | 89 |

Lista de figuras

| | |
|---|-----|
| Figura 1. Población por área de residencia, municipio de Marinilla 2013 | 32 |
| Figura 2. Modelo ecológico propuesto para la investigación según postulado básico de Bronfenbrenner..... | 36 |
| Figura 3. Línea en el tiempo de las normas sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la adolescencia..... | 56 |
| Figura 4. Modelo gráfico explicativo para el diseño método mixto utilizado con estatus dominante y de orden secuencial para el análisis de la información..... | 62 |
| Figura 5. Diseño método mixto por fases | 65 |
| Figura 6. Diseño de modelo teórico previo con base a la teoría para la construcción del modelo de ecuaciones estructurales. Estudio adolescentes escolarizados Marinilla, Antioquia. 2015-2016..... | 77 |
| Figura 7. Modelo teórico SEM inicial, realizado en el programa AMOS. Estudio de adolescentes escolarizados Marinilla, Antioquia. 2015-2016..... | 80 |
| Figura 8. Modelo de inicial con los factores según modelo teórico propuesto realizado en el programa AMOS. Estudio de adolescentes escolarizados Marinilla, Antioquia. 2015-2016..... | 81 |
| Figura 9. Distribución porcentual de los adolescentes escolarizados que han consumido alguna sustancia psicoactiva, Marinilla-Antioquia 2015-2016..... | 97 |
| Figura 10. Distribución porcentual de primera sustancia consumida en la vida por parte de los adolescentes escolarizados Marinilla. Antioquia, 2015-2016 | 98 |
| Figura 11. Distribución porcentual de la edad promedio de inicio en el consumo por sustancia psicoactiva Marinilla, Antioquia, 2015-2016..... | 99 |
| Figura 12. Distribución porcentual motivo de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes escolarizados Marinilla, Antioquia, 2015-2016. | 100 |
| Figura 13. Distribución porcentual motivo por el cual consume sustancias psicoactivas en los adolescentes escolarizados Marinilla. Antioquia 2015-2016. | 101 |
| Figura 14. Razones percibidas como negativas que conllevan al consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes escolarizados, Marinilla, Antioquia, 2016 (subcategorías a y b), factor individual | 102 |
| Figura 15. Distribución porcentual sobre la percepción para obtener las sustancias psicoactivas por parte de los adolescentes escolarizados en Marinilla, Antioquia, 2015-2016..... | 106 |

| | |
|---|-----|
| Figura 16. Distribución porcentual, razones para el exconsumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes escolarizados de Marinilla, Antioquia, 2015-2016. | 112 |
| Figura 17. Razones percibidas como negativas que conllevan al consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes escolarizados de Marinilla. Antioquia 2016 (subcategoría c); factor social: relación con sus pares. | 115 |
| Figura 18. Distribución porcentual sobre las razones para no consumir sustancias psicoactivas por parte de los adolescentes escolarizados de Marinilla, Antioquia 2015-2016..... | 117 |
| Figura 19. Razones percibidas como positivas para nos consumir sustancias psicoactivas en los adolescentes escolarizados Marinilla, Antioquia, 2016 (subcategorías a-d)..... | 118 |
| Figura 20. Distribución porcentual sobre personas a las que ha consultado por el tema de las sustancias psicoactivas en los adolescentes escolarizados de Marinilla, Antioquia, 2015-2016..... | 123 |
| Figura 21. Deficiente conocimiento de la enfermedad y acceso a la atención en los adolescentes escolarizados de Marinilla, Antioquia, 2016 (subcategorías a-c) ... | 124 |
| Figura 22. Distribución porcentual del uso del tiempo libre de los adolescentes escolarizados en Marinilla, Antioquia, 2015-2016..... | 129 |
| Figura 23. Distribución porcentual del grupo al que dedican el tiempo libre los adolescentes de Marinilla, Antioquia, 2015-2016..... | 129 |
| Figura 24. Distribución porcentual del grupo al que dedican el tiempo libre los adolescentes escolarizados en Marinilla, Antioquia, 2015-2016..... | 130 |
| Figura 25. Razones percibidas como negativas que conllevan al consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes escolarizados en Marinilla, Antioquia, 2016 (subcategoría d: factor social: uso del tiempo libre)..... | 133 |
| Figura 26. Distribución porcentual de indicadores de vulnerabilidad familiar en los adolescentes escolarizados de Marinilla, Antioquia, 2015-2016..... | 138 |
| Figura 27. Distribución porcentual del consumo de sustancias psicoactivas por parte de los familiares de los adolescentes escolarizados Marinilla, Antioquia, 2015-2016. | 140 |
| Figura 28. Razones percibidas como negativas que conllevan al consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes escolarizados de Marinilla, Antioquia, 2016 (subcategoría e). Contexto familiar: relación con sus padres. | 141 |
| Figura 29. Modelo final de la investigación | 148 |
| Figura 30. Mapa relacional acerca de la percepción de los adolescentes con respecto al uso de sustancias psicoactivas | 151 |

Lista de anexos

| | |
|--|-----|
| Anexo 1. Clasificación y efecto de las sustancias psicoactivas de mayor uso..... | 182 |
| Anexo 2. Instrumento de recolección proyecto macro | 185 |
| Anexo 3. Formato de consentimiento informado para padres de familia o acudiente | 194 |
| Anexo 4. Formato de asentimiento informado para los estudiantes | 196 |
| Anexo 5. Distribución de la vulnerabilidad familiar según el sexo y el grupo de edad del adolescente escolarizado de Marinilla. Antioquia, 2015-2016. Proporción por 100 (IC 95%)..... | 197 |

Glosario

Adolescencia: periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años, considerándose dos fases: temprana, de los diez a catorce años y tardía, entre los quince y diecinueve años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios¹.

Abuso: Grupo de términos de uso extendido, pero con varios significados. En el DSM-III-R¹, el “abuso de sustancias psicoactivas” se define como “un modelo desadaptativo de uso de una sustancia psicoactiva caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo o consumo recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso”².

Abstención: Privación del consumo de drogas o (en particular) de bebidas alcohólicas, ya sea por cuestión de principios o por otros motivos. Las personas que practican la abstinencia del alcohol reciben el nombre de “abstemios” (“abstemers”), “abstinentes totales” (“total abstemers”) o según una terminología inglesa más antigua “teetotallers”. El término “abstinente actual”, usado a menudo en las encuestas de población en algunos países, se define habitualmente como una persona que no ha consumido nada de alcohol en los 12 meses anteriores; esta definición puede no coincidir con la autodescripción como abstemio de un encuestado².

Consumo de sustancias psicoactivas: Autoadministración de una sustancia psicoactiva. Conductas que se relacionan con el uso ocasional de una sustancia psicoactiva, hasta el uso compulsivo o abusivo de la misma, pudiendo el individuo tener o no conductas asociadas con efectos adversos².

Consumidor: Persona que emplea consumo de sustancias psicoactivas y se distinguen varias categorías: consumidor experimental, consumidor socio-recreativo, consumo intenso (abusador) y consumidor compulsivo (Dependiente o drogo-dependiente)².

Complementariedad: Se puede definir como “la mutua aportación de lo que le falta al otro”, ya que en cierto modo los métodos cuantitativo y cualitativo presentan ventajas y desventajas que les son intrínsecas y que se evidencian en las relaciones de objetividad – subjetividad que les son inherentes a cada método³.

Dependencia: En sentido general, estado de necesitar o depender de algo o de alguien, ya sea como apoyo, para funcionar o para sobrevivir. Aplicado al alcohol y otras drogas, el término implica una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal².

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

Drogas de diseño: droga de síntesis o de diseño aquella que puede ser sintetizada o preparada en un laboratorio a partir de sustancias químicas ‘no naturales’. Según a la familia a la que pertenezcan pueden producir efectos distintos sobre el sistema nervioso, imitando los efectos de las drogas naturales⁴.

Edad al inicio del consumo: La edad en que la persona manifestó haber empezado el consumo de cada una de las sustancias psicoactivas, sin importar el tiempo total de consumo, se calculó a partir de la edad promedio de inicio en años.

Exconsumo: momento en el cual se deja de consumir alguna sustancia psicoactiva.

Estructura familiar: señala la forma de organización e interacción; funciones y roles de los miembros de la familia, jerarquía, límites, centralidad o territorio, geografía o mapas y alianzas⁵.

Familia: la OMS la define como: “los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos, y por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial”⁶.

Función familiar: Capacidad que tiene el sistema familiar para cumplir con sus funciones esenciales enfrentando y superando cada una de las etapas del ciclo vital de la familia y las crisis por las que atraviesa, las interrelaciones positivas o

negativas que se den dentro de ella son significativas en la formación integral de cada uno de sus miembros⁶.

SEM: Modelo de Ecuaciones Estructurales; técnica de modelo multivariante e iterativa. Existen dos enfoques para la estimación de los parámetros del modelo, el enfoque basado en las estructuras de las covarianzas (o SEM) y el enfoque PLS (o PLS-Path Modeling)⁷.

Prevalencia de consumo: hace referencia a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado ("prevalencia de periodo").

Prevalencia de vida: Número de personas que alguna vez en su vida han consumido la sustancia psicoactiva, dividido por el total de encuestados, se tiene el consumo en el día anterior, la semana pasada, el último mes, el último año o consumió, pero hace un año o más que no consume.

Prevalencia anual: Número de personas que han consumido al menos una vez en el último año la sustancia psicoactiva, dividido por el total de encuestados.

Proporción de exconsumidores: aquel que no ha consumido en el último año, alguna sustancia psicoactiva.

Salud mental: Es un estado que está relacionado con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos⁸.

Vulnerabilidad Familiar: Se genera por situaciones estresantes en un sistema familiar, que están determinadas por la poca vinculación afectiva, baja flexibilidad, la no búsqueda de apoyo en la familia.

Uso adecuado del tiempo libre: Identificándose "tiempo libre" como tiempo que no es dedicado a la jornada escolar, es el tiempo de ocio, recreación y descanso. Esto es un conjunto de acciones de prácticas de índole social, realizadas colectiva o individualmente, enmarcadas en un tiempo y espacio por parte de los adolescentes⁹.

Resumen

Objetivo: Establecer la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas con la funcionalidad, vulnerabilidad, uso del tiempo libre y la percepción sobre el consumo y el acceso a la atención en salud por parte de los adolescentes escolarizados en el municipio de Marinilla 2015-2016. **Métodos:** estudio mixto; con estatus dominante y de orden secuencial. Realizada en dos fases; fase I descripción de los datos con fuente de información secundaria, además se utilizó un método multivariado explicativo de Modelo de Ecuaciones Estructurales. Los datos partieron de un instrumento de recolección que incluye las prevalencias sobre el consumo de sustancias psicoactivas (CIDI II), funcionamiento familiar (Apgar familiar), vulnerabilidad familiar (¿cómo es tu familia?), variables sobre el uso del tiempo libre y acceso a la atención en salud. En la fase II: se realizó un estudio cualitativo con uso de herramientas desde la perspectiva etnográfica, a partir de las preguntas semiestructuradas se generaron categorías y códigos explicativos, los cuales fueron complementando algunos apartados del análisis cuantitativo. **Resultados:** la edad promedio de inicio para el consumo fue de 11.57 años, la edad mínima fue de 11 y la máxima 12.35 años, las sustancias más consumidas en la vida son las bebidas alcohólicas, cigarrillo y marihuana. Existe asociación positiva entre los amigos (as) que consumen sustancias psicoactivas y el adolescente consumidor, se evidenció relación positiva entre el uso de tiempo libre y el consumo de sustancias psicoactivas. **Conclusiones:** Existe relación estadísticamente significativa, entre el consumo de sustancias psicoactivas y vulnerabilidad familiar en variables como la cohesión familiar, comunicación con la madre, comunicación con el padre y rutinas familiares, también se observó que en el modelo SEM, no existe relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y funcionalidad familiar, pero si existe relación significativa entre funcionalidad familiar con la vulnerabilidad familiar (valor $p=0.000$). Con respecto a los Índices de bondad de ajuste del modelo final SEM estos están dentro de los parámetros, establecidos que dan cuenta de un buen ajuste para el modelo.

Palabras claves: Consumo de sustancia psicoactiva, familia, Adolescente, tiempo libre, Modelo Ecuaciones Estructurales, estudio mixto.

Abstract

Objective: Establish the relationship between the consumption of psychoactive substances with functionality, vulnerability, use of free time and the perception of consumption and access to health care by adolescents enrolled in the municipality of Marinilla 2015-2016. **Methods:** mixed study; with dominant status and sequential order. Carried out in two phases; phase I description of the data with secondary information source, In addition, an explanatory multivariate method of the Structural Equation Model was used. The data started from a collection instrument that includes the prevalences on the consumption of psychoactive substances (CIDI II), family functioning (Apgar familiar), family vulnerability (¿cómo es tu familia?), variables on the use of free time and access to health care. In phase II a qualitative study was carried out with the use of tools from the ethnographic perspective, From the semi-structured questions, explanatory categories and codes were generated, which were complementing some sections of the quantitative analysis. **Results:** the average age of onset for consumption was 11.57 years, The minimum age was 11 and the maximum 12.35 years, The most consumed substances in life are alcoholic beverages, cigarettes and marijuana. There is a positive association between friends who consume psychoactive substances and the adolescent consumer, positive relationship between the use of free time and the use of psychoactive substances was evidenced. **Conclusions:** There is a statistically significant relationship between the consumption of psychoactive substances and family vulnerability in variables such as family cohesion, communication with the mother, communication with the father and family routines, it was also observed that in the model SEM, there is no relationship between the consumption of psychoactive substances and family functionality, but there is a significant relationship between family functionality and family vulnerability (Value $p=0.000$). With respect to the goodness-of-fit indices of the final SEM model, these are within the established parameters that account for a good fit for the model

Abstract –keywords: Consumption of psychoactive substance, family, Adolescent, free time, Model Structural Equations, mixed study.

1. Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas se considera un problema mundial que repercute en el ámbito social, en el de la salud física y mental, en lo económico y en lo político¹⁰. Según diferentes estudios, existe una fuerte influencia del alcohol y otras sustancias psicoactivas con las muertes atribuidas a la violencia, a los accidentes de tránsito, a los suicidios y a los homicidios, y la tendencia a consumirlas cada día va en aumento, en especial a edades tempranas como la pubertad y la adolescencia (entre los 10 y los 14 años aproximadamente); cuando una definición de la personalidad del ser humano no es estable. Estas problemáticas amenazan también con la estabilidad de la convivencia familiar y la integralidad entre el ser humano adolescente y su entorno social^{11,12}.

En Colombia, los estudios realizados con respecto al consumo de sustancias psicoactivas muestran una tendencia en aumento, lo que ocasiona diversos problemas de índole personal y social que, en su mayoría, afectan a la población joven. Diferentes análisis sobre la problemática evidencian que cuando los jóvenes experimentan por primera vez un acercamiento con estas sustancias, posteriormente refieren un consumo mayor y, con dificultad, podrán desarraigarlas de sus vidas^{13,14,15,16}.

Esta realidad no es muy ajena al municipio de Marinilla, una localidad del Oriente de Antioquia, departamento ubicado en el noroccidente colombiano, por lo que con esta investigación se pretendió dar respuesta a la relación del consumo de sustancias psicoactivas con el funcionamiento y vulnerabilidad familiar, el uso del tiempo libre y la percepción del escolar sobre el acceso en la atención en salud con respecto al uso de psicoactivos.

Con base en un estudio mixto para el análisis cuantitativo se tomaron datos proporcionados por el proyecto macro: “Indicadores de salud mental en los adolescentes escolarizados Marinilla 2015”, a los cuales se les efectuaron las técnicas analíticas descriptivas transversales y de asociación, además de un diseño multivariado de modelos de ecuaciones estructurales. También se realizó una segunda fase de recolección de información mediante una técnica cualitativa que consistió en el desarrollo de entrevistas y grupos focales.

Los resultados de este esfuerzo académico dan cuenta, en el momento actual, de las prevalencias del consumo de psicoactivos, de cómo es dada la funcionalidad familiar, de cuáles han sido las vulnerabilidades familiares, de cómo emplean su tiempo libre y de cómo la comunidad educativa de adolescentes no se escapa de estar permeada por factores de riesgo que contribuyen a la experimentación y uso de sustancias psicoactivas.

Es imprescindible implementar acciones de prevención permanentes que faciliten la adopción de medidas efectivas que no solo incluyan a los adolescentes, sino también a sus familias, padres, acudientes y docentes. Estos últimos también requieren de capacitación y actualización permanente para adquirir herramientas que les permitan acompañar de una manera más asertiva a los adolescentes.

2. Planteamiento del problema y antecedentes

“Lo que me gusta de los adolescentes es que aún no se han endurecido. Todos confundimos la firmeza con la fuerza. Hemos de alcanzar la fuerza, pero no la insensibilidad”. Anais Nin, El diario de Anais Nin, Vol IV

En esta investigación para abordar la problemática del consumo de sustancias psicoactivas, se han considerado como elementos del problema, los siguientes: el ser adolescente, el contexto de Marinilla, el entorno familiar, el uso del tiempo libre y el acceso a los servicios de salud.

El ser adolescente

La adolescencia es una transición del desarrollo del ser humano en la cual el individuo experimenta cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales, por lo cual algunos individuos en esta etapa presentan problemas en manejar todos estos cambios a la vez y es posible que necesiten ayuda para superar los riesgos encontrados en situaciones difíciles y potenciales de estrés^{17,18}; las personas estresadas, en algunos casos, optan la “*automedicación*” con el fin de buscarle una cura a su frustración y en este contexto, es posible que haga su aparición el consumo de drogas y el alcohol^{19, 20}.

En la última década se ha prestado mayor atención a la población adolescente, debido a los resultados presentados en la epidemiología de Salud de los adolescentes, donde se esbozan los siguientes datos claves y que han contribuido a perfilar desde la salud pública que sucede con ellos²¹:

a). A nivel mundial, las principales causas de muerte entre los adolescentes son las lesiones en carretera, el VIH, el suicidio, las infecciones respiratorias inferiores y la violencia interpersonal. Con respecto a la **depresión**, las lesiones de tráfico, la anemia por deficiencia de hierro y el **suicidio*** son consideradas las principales causas que además generan discapacidad y años de vida perdidos en adolescentes entre los 10 a 19 años de edad. **Se resalta entonces que casi el 35% de la carga mundial de la enfermedad tiene sus raíces en la adolescencia**²¹.

b). Según por grupo de edad de 10 a 14 años, las 5 (cinco) principales causas de años de vida perdidos, son los **trastornos depresivos unipolares**, la anemia por deficiencia de hierro, asma, dolor de espalda, cuello y **desórdenes de ansiedad**, que para el rango de edad de 15 a 19 años, no son muy diferentes, pero en este rango de edad se visibiliza más el problema en los **trastornos por consumo de alcohol**, siendo la segunda causa de años de vida perdidos mayor en los varones y responsable **de casi el 50% de los AVP* en adolescentes para este rango de edad**²¹.

Revisando estudios realizados con el consumo de sustancias psicoactivas a nivel nacional por parte de los adolescentes, en el tercer estudio de sustancias psicoactivas en la población colombiana a finales de 2008²², se concluyó que la mitad de la población utiliza frecuentemente sustancias legales como el cigarrillo y el alcohol, y no menos de la quinta parte se encuentra en situación de riesgo o con problemas asociados al abuso. De otro lado, alrededor de 10% de la población ha usado sustancias ilícitas alguna vez en la vida, y casi el 3%[†], lo hicieron en el último año. El consumo reciente de sustancias ilícitas entre los hombres es tres veces mayor con respecto a las mujeres. El grupo de edad con mayor prevalencia de uso de psicoactivos ilícitos es el de 18 a 24 años (6%), seguido por el grupo de 25 a 34 años (3,9%) y el de 12 a 17 años (3,4%). **Datos más específicos muestran que de 4 281 encuestados entre 12 y 17 años (en una muestra global de 29 164 personas), uno de cada cinco consumió alcohol durante el último mes (19,55%),** y de ellos, casi una tercera parte pueden ser considerados consumidores en riesgo²².

Para el año 2009 se realizó el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes en conflicto con la ley en Colombia²³ sobre una muestra de 1 189 adolescentes infractores de la ley, se evidenció que el consumo de drogas está altamente relacionado con la violencia juvenil y los actos delictivos. El 90% de la población estudiada era de sexo masculino, el 85% tenía entre 16 y 18 años, menos del 2% eran adolescentes entre los 14 a 15 años y solo 1.5% tenían más de 18 años, con respecto al nivel educativo observado fue que el 86% tenía secundaria incompleta, con este dato se observó el fenómeno de la deserción escolar. En este estudio además fue evidente la existencia de serias dificultades en

* AVP: Años de Vida Perdidos

† Que representó aproximadamente 540.000 personas

las estructuras familiares de muchos de los adolescentes encuestados, solo la cuarta parte viven con padre y madre y el 50% vive solo con la madre y hermanos.

El Estudio Nacional de Consumo de sustancias en población escolar realizado en el 2011²⁴ con el fin de estimar la magnitud del consumo de drogas y determinar factores asociados en edades entre 11 y 18 años, se encontró que, con respecto al consumo de las sustancias lícitas, el 24,3% declararon haber consumido tabaco/cigarrillo alguna vez en la vida, siendo la cifra superior en los hombres en un 28%, con relación a las mujeres en 21%. Dos de cada tres escolares de Colombia representados en este estudio declaran haber consumido alguna bebida alcohólica en su vida[‡], siendo la cerveza la de mayor uso. Se resaltó el uso de alcohol por grados escolares, en un 19,4% de sexto grado, cifra que se eleva a un 39,2% en el octavo grado, llegando a algo más de un 60% entre los estudiantes del último grado, con un significativo mayor uso entre estudiantes de establecimiento privados (44,1%) con respecto a los públicos (38,4%). Departamentos como Boyacá, **Antioquia**[§], Risaralda, Bogotá y Caldas son los territorios con los más altos niveles de uso en el último mes.

Otro elemento importante de este estudio tiene que ver la percepción de obtener las sustancias psicoactivas, si es fácil o difícil conseguirlas, lo primero que llama la atención es que un 70,8% de los escolares señalan que les resultaría fácil comprar alcohol (con cifras similares por sexo). Esta cifra es de 49,1% para los grados sextos. Es decir, 1 de cada 2 escolares de sexto grado manifiesta que le resultaría fácil comprar alcohol²⁴.

De los estudios mencionados anteriormente, se confirma que hay una relación clara entre la facilidad percibida para la obtención de las sustancias y las prevalencias de consumo, en especial con respecto a las sustancias legales, dado que el fenómeno del consumo de alcohol y cigarrillo se presentan en el aumento del número de consumidores, junto al descenso de la edad de inicio, por lo tanto, tiene que ver con afianzar los programas preventivos sobre el uso de las sustancias psicoactivas desde edades más tempranas y grados escolares más menores, como por ejemplo, desde el quinto grado, así como el afianzamiento e inclusión de la prevención sobre el consumo de sustancias legales entre todos los estudiantes.

‡ Tales como vino, cerveza, aguardiente, ron, whisky u otras.

§ Se observa Antioquia en un segundo lugar, importante para el análisis en nuestro contexto regional.

En el estudio de sustancias psicoactivas en Colombia realizado el año 2013²⁵, los hallazgos señalan el aumento del uso de drogas ilícitas, principalmente de la marihuana. Es de resaltar como problemática local que Medellín y el Área Metropolitana ocuparon el segundo lugar a nivel nacional en consumo de marihuana con una prevalencia de 7.5% (IC95% 6.00-8.89). Una de las conclusiones relevantes de este estudio tiene que ver con el aumento del consumo global de drogas ilícitas (marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis o heroína), en comparación con el estudio realizado en 2008. La prevalencia de vida para el consumo de sustancias psicoactivas ilícitas pasó del 8.8% en el año 2008 a 12.2% en el año 2013, aumentando algo más de tres puntos porcentuales.

La marihuana continúa siendo la droga ilícita de mayor consumo en el país. Mientras el 7.9% de la población declaró haber usado marihuana alguna vez en la vida en el estudio del 2008, un 11.5% declaró lo mismo en el año 2013, señalando así un aumento de casi cuatro puntos porcentuales para el consumo de marihuana.

En el Estudio Nacional de Salud Mental realizado en el 2015²⁶, los resultados obtenidos para el grupo poblacional de los adolescentes entre los 12 a 17 años (cuya muestra fue de 1 754)²⁷, fueron los siguientes: con respecto a la percepción de su salud mental el 96% de los encuestados la consideró buena. Con respecto al consumo de sustancias se destacó el consumo de alcohol en exceso en un 5,2% y en abuso en un 2,8%. Otras variables consultadas en esta encuesta tuvieron que ver con la percepción de apoyo, definido como el intercambio entre los miembros de una red o entramado de relaciones, donde el 54% de los adolescentes consideró que tienen apoyo cuando se presentan dificultades, pero, por otra parte, según estas cifras se evidenció que en un 33,1% presentaron algún grado de disfunción familiar. Una de las conclusiones relevantes que tiene que ver con el tema del consumo de psicoactivos es la detección y remisión oportuna a los servicios de salud sobre esta problemática.

En cuanto a ¿qué sucede con la población adolescente escolarizada de Marinilla?

Observando desde su ubicación, el municipio de Marinilla está a una hora en bus de la ciudad de Medellín y a veinte minutos del Área Metropolitana por buenas vías de accesos vehicular, en este sentido, el estilo de vida de los jóvenes está muy permeado por el comportamiento urbano y no existe una diferencia marcada con el estilo de los jóvenes de Medellín. Por lo tanto, las problemáticas son similares, aunque en Marinilla, los jóvenes cuentan con una mejor situación económica.

Al revisar las cifras nacionales, locales y todo el contexto del consumo de sustancias psicoactivas y sus factores asociados, es necesario para al entorno del municipio de Marinilla en especial para la población adolescente y escolarizada, evidenciar que no ha sido ajena a estas problemáticas de Salud mental y que para este municipio contar con líneas de base que permitan enfocar esfuerzos para intervenir dichas problemáticas, no ha sido posible porque se carece de tal información. En este orden de ideas, la problemática sobre el consumo de sustancias psicoactivas podría estar evaluada desde un enfoque insuficiente del riesgo y esta situación probablemente no favorece un adecuado impacto en la prevención. Es importante resaltar que la Secretaria de Salud del municipio para los años 2015 y 2016, para un tema específico evidenció una tendencia en el aumento de suicidios e intentos suicidas en los adolescentes, presentándose 3 suicidios y 47 intentos reportados, y que en el año 2016, se reportaron 2 personas con suicidio y una con un intento²⁸, que para una población de 53 000 habitantes resulta preocupante, además porque la quinta parte de la población en Marinilla es adolescente.

Según noticia radial: *“Aunque aún no hay un consolidado, desde el 2009 aproximadamente, han incrementado los casos de suicidios e intento de suicidios en Marinilla, por esta razón, es considerado un problema de salud pública (...) en la última semana un estudiante de 16 años y una joven de 27 se quitaron la vida en hechos aislados”* señaló el presidente del Concejo Municipal Julio César Serna. Además, las autoridades señalaron que la población vulnerable está desprotegida, ya que, en la mayoría de los casos, las EPS aducen que no hay sicólogos disponibles cuando los pacientes consultan por depresión u otro tipo de patología psiquiátrica que lleve a las personas atentar contra su vida²⁸.

En el año 2015, en el marco del *proyecto “Indicadores de salud mental en adolescentes escolarizados del municipio de Marinilla 2015”* realizado por el grupo

de investigación Aplicaciones Estadísticas y Salud Pública de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, con una muestra aleatoria de 700 estudiantes de toda la población escolar, tanto de instituciones públicas como privadas, se obtuvieron resultados como: en riesgo de suicidio un 48%, con algún nivel de sintomatología depresiva un 36.7%, el 35% de los adolescentes presentaron algún tipo de disfunción familiar y vulnerabilidad familiar; afectada en su mayoría en el tipo de relaciones familiares y en el afrontamiento de problemas y con respecto al consumo de sustancias psicoactivas se presentó un porcentaje de 42.6% de adolescentes que aceptaron haber consumido alguna sustancia en su vida. Con base en este estudio a partir de los datos generados, se evidenció la necesidad de realizar una exploración que permita obtener algunos puntos de partida en relación con el consumo de sustancias psicoactivas, con el funcionamiento, la vulnerabilidad familiar, el uso de tiempo libre y el acceso a los servicios de salud para la atención.

En relación con la familia y su entorno: al revisar la literatura, la familia y la comunidad representan un apoyo fundamental; los adolescentes dependen de su familia, su comunidad, su escuela, los servicios de salud para adquirir toda una serie de competencias importantes que pueden ayudarles a hacer frente a las presiones que experimentan y hacer una transición satisfactoria de la infancia a la edad adulta. Los padres, los miembros de la comunidad, los proveedores de servicios y las instituciones sociales tienen la responsabilidad de promover el desarrollo y la adaptación de los adolescentes y de intervenir eficazmente cuando surjan problemas²¹.

Se evidencia a partir de estudios realizados que la **sociedad familiar está en crisis**²⁹, en España la Doctora en Psicología María de la Villa Moral y colaboradores, analizaron los factores que determinan el consumo juvenil de sustancias psicoactivas según la capacidad predictiva de variables actitudinales, afectivas, relacionales a nivel familiar y grupal, y después de aplicar un modelo etiológico concluyeron que el consumo juvenil de drogas está determinado por la interrelación de variables personales, familiares, escolares y psicosociales³⁰.

En estudios locales y realizados con el apoyo del grupo de investigación Aplicaciones Estadísticas y Salud Pública, se buscó describir el contexto sobre el funcionamiento familiar, encontrándose que para las poblaciones estudiadas presentaron algún nivel de disfunción familiar: zona Nororiental (2006) el 72,2%, para el municipio de Ebéjico (2010) el 83,4%, Municipio Copacabana (2010) el 27,6%, Zona Noroccidental (2010) el 69.6%, Villahermosa-Tolima (2013) un 61,7% y para el municipio de Marinilla (2015)** el 35%, es importante resaltar que en algunos de estas investigaciones se encontró además asociaciones positivas estadísticamente con el consumo de psicoactivos^{31, 32, 33, 34}.

Es por ello que se hace necesario para el contexto de Marinilla entender el funcionamiento familiar desde sus relaciones interpersonales, pues según la literatura las acciones de cada uno de ellos producen reacciones y contra reacciones en los demás y en ellos mismos³⁵, que con respecto al consumo de sustancias psicoactivas y el funcionamiento familiar, algunos estudios han determinado una asociación significativa en la cual, la disfuncionalidad y la vulnerabilidad familiar alta son predictores para el consumo, pero un buen funcionamiento familiar se observa como un factor protector, según Musitu y colaboradores; se necesita adoptar una perspectiva multidimensional en el estudio de los adolescentes consumidores con base en la autoestima para prevenir la sobrevaloración en las dimensiones social y física³⁶, por otra parte, acorde con las dinámicas familiares cuando se presenta el problema del consumo de psicoactivos, es un hecho reconocido que las personas que rodean al consumidor se afectan y se adaptan al ciclo de consumo, aún de manera involuntaria³⁷.

Según los estudios anteriormente expuestos, el consumo de sustancias psicoactivas tanto legales e ilegales, la depresión, la participación familiar en el entorno adolescente, las tendencias suicidas, el suicidio etc., son temas de gran preocupación social y totalmente justificada, en el sentido de que en la actualidad se observa un aumento de estas problemáticas y que el consumo, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas en adolescentes, suponen una importante carga para los individuos y las sociedades en el mundo, a nivel país, y no menos a niveles regionales^{38,39,40,41,42,43,44,45}.

**Informe ejecutivo sobre los Indicadores de salud mental en adolescentes escolarizados del municipio Marinilla, Antioquia 2015 de Eugenio Paniagua, Carlos Gonzalez, Ilder Tangarife y Beatriz Londoño. Noviembre 2015.

Con respecto al uso del tiempo libre, como una de las variables de interés que aportarían a la exploración de factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas, es el tiempo que no es dedicado a la jornada escolar, es el tiempo de ocio, recreación y descanso realizadas colectiva o individualmente, enmarcadas en un tiempo y espacio por parte de los adolescentes⁹. Es uno de los componentes que se ha convertido en uno de los objetivos principales de los planes de salud pública, debido a su relación con la prevención de numerosas enfermedades crónicas. La infancia y la adolescencia son momentos clave para iniciar el hábito del ejercicio físico, por lo cual es importante establecer los momentos de ocio, en especial cuando el adolescente sale de su actividad escolar, pues se evidenció en un estudio realizado en el año 2006 *“Consumo de sustancias en población adolescente escolarizada, zona nororiental de Medellín”*, una asociación estadística positiva entre la realización de actividades de ocio y recreación y consumir sustancias psicoactivas⁴⁶ y con relación a otros estudios bajo la misma línea de investigación, se evidenció que aproximadamente solo 3 de cada 5 estudiantes, hacen un uso adecuado del tiempo libre, siendo más prevalente en los hombres y en estudiantes entre los 11 a 14 años^{47,48}.

Acceso a los servicios de salud: otra variable de intereses a explorar es el acceso para la atención en salud con respecto al consumo de sustancias psicoactivas, para el año 2010 mediante un estudio concluyó que el consumo de psicoactivos en los adolescentes y la oferta de servicios de salud mental son temas interrelacionados que deben ser abordados desde una perspectiva de salud pública integral, aunque para ese entonces se identificó un abordaje de la problemática desde un enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), la oferta de servicios de salud mental no eran integrales y suficientes para atender la problemática, percibiéndose una desarticulación con las E.S.E y demás actores de la red de salud, se evidenció que la atención de servicios de salud mental era prestada cuando el consumo de sustancias en el adolescente ya era complejo⁴⁹. Otro estudio evidenció que el desconocimiento de las familias acerca de los problemas y de las enfermedades mentales, es un factor determinante al momento de buscar ayuda⁵⁰.

Al revisar legislaciones más actuales, como la Ley 1616 del 2013⁵¹, donde su artículo número 1, garantiza el pleno ejercicio al derecho a la Salud Mental a la población Colombiana, priorizando a los niños, niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, ofreciendo una Atención integral e integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad

Social en Salud, con enfoque promocional de calidad de vida y con la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud, la Ley 1566 de 2012⁵², en un ámbito más preciso, en su artículo número 1, reconoce que la persona que consume sustancias psicoactivas requiere de una atención integral por parte del estado, es por ello entonces que a partir de estas legislaciones como ciudadanos nos debemos preguntar *¿por qué el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas sigue en aumento, si existen políticas que garantizan atenciones integrales tanto de prevención como de promoción en Salud Mental y para el consumo de sustancias psicoactivas?*

Por ello la pregunta de investigación es: **¿Cómo es la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas con el funcionamiento, la vulnerabilidad familiar, el uso del tiempo libre y el acceso a los servicios de atención en salud para el consumo por parte de los adolescentes escolarizados del municipio de Marinilla entre el año 2015-2016?**

3. Justificación

Realizar una investigación que contribuya a caracterizar una problemática de salud mental en un grupo poblacional susceptible de padecerla, como es el caso del consumo de sustancias psicoactivas en la población adolescente y escolarizada, es pertinente en la medida en que permite entender la carga que tiene el fenómeno con respecto a la población en general, sobre todo si se tiene en cuenta que, según los estudios mencionados, hay una tendencia en aumento de las prevalencias en el consumo de psicoactivos y la disminución en la edad de inicio; impulsadas por la aparición y consumo de las drogas de diseño, nuevas formas utilizadas para atraer y cautivar a la población joven.

La pertinencia del conocimiento que se genera con esta investigación para el municipio de Marinilla responde a la necesidad de identificar el riesgo potencial del consumo de psicoactivos, con relación a unos factores identificados como problemáticos en estudios realizados, en un grupo poblacional vulnerable de adolescentes. El estudio entrega insumos para la generación de lineamientos que permitan la planificación, la optimización de recursos y el desarrollo de programas que propendan por la salud mental de los habitantes de esta localidad antioqueña.

En Marinilla existe una casa de la salud mental en la cual un grupo de psicólogos atiende a la población general. La realización de este estudio le aporta una línea de base a estos profesionales para comprender el fenómeno de las sustancias psicoactivas en el municipio, lo que ayuda a una mejor planificación y desarrollo de estrategias de intervención, para la aplicación de medidas de control sobre la problemática y, de manera específica, en la población adolescente escolar.

Las mismas autoridades de salud han establecido deficiencias en los registros y falencias en datos importantes, por lo que se vuelve una necesidad develar y reducir la brecha de información sobre los posibles elementos que afectan a la población, en especial para estas temáticas, enmarcadas dentro de las prioridades de atención en salud pública.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Establecer la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas, el funcionamiento, la vulnerabilidad familiar, el uso del tiempo libre y el acceso a la atención en salud para el consumo de psicoactivos en los adolescentes escolarizados en el municipio de Marinilla entre el año 2015-2016.

4.2 Objetivos específicos

- ✓ Describir la población según las variables socio-demográficas (sexo, grupos de edad, nivel escolar, nivel socioeconómico, tiempo de residencia y tipología familiar) de una muestra de adolescentes que cursan básica secundaria y media vocacional de Marinilla.
- ✓ Describir la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas por primera sustancia consumida en la vida, edad de inicio, prevalencia de vida, anual, según sexo y grupos de edad.
- ✓ Describir el acceso a la atención en salud para el consumo de sustancias psicoactivas.
- ✓ Determinar el uso del tiempo libre según sexo y grupos de edad y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas.
- ✓ Determinar la distribución de la funcionalidad y vulnerabilidad familiar según sexo grupos de edad y con el consumo de sustancias por parte de las familias de los adolescentes escolares.
- ✓ Explicar con el modelo de ecuaciones estructurales la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas con la funcionalidad, vulnerabilidad familiar y el uso del tiempo libre.
- ✓ Describir las percepciones de los adolescentes escolarizados con respecto al consumo de sustancias psicoactivas y al acceso en atención en su contexto.

5. Marcos de trabajo

5.1 Marco contextual

5.1.1 Municipio de Marinilla

El municipio de Marinilla fue fundado en 1540 por españoles, dependientes del conquistador Jorge Robledo. Geográficamente limita con los municipios de Rionegro, El Santuario, El Peñol, San Vicente Ferrer y El Carmen de Viboral. Hace parte, además, de lo que hoy se conoce como la región del Oriente antioqueño, que está conformada por 26 municipios con un área aproximada de 8.109 km², que corresponden al 13 % del territorio del departamento, y cuenta con 750.000 habitantes, que equivalen al 14 % de la población de Antioquia. Marinilla ocupa el 6,3 % del territorio y el tercer lugar en área cultivada (sobre 23.245 hectáreas totales) de la subregión, por lo que su economía depende en un 40 % del sector primario (producción agrícola de papa, frijol, maíz, hortalizas, entre otros), otro 40 % del sector terciario (comercio-servicios) y el 20 % de la pequeña y mediana industria⁵³.

Con respecto al contexto demográfico, según cifras del DANE, para el año 2013 el total de la población era de 51.767 habitantes, mostrando un incremento con respecto al dado para el año 2005, de 45.548 habitantes⁵⁴, evidenciando un crecimiento de más del 10 % en menos de 10 años. Existe un aproximado de 20.380 viviendas, que habitan 12.456 familias en toda la extensión del municipio; lo que quiere decir que por vivienda hay 2,54 personas, lo que quiere decir que, en términos generales, no existe hacinamiento.

Al realizar el recorrido por el municipio se observa un grado de urbanización importante, debido a la construcción de nuevas estructuras; edificios y urbanizaciones, índice que, según los datos proporcionados por Planeación del Municipio, se ha incrementado en 76 % entre 2012 y 2016. Lo anterior evidencia que la población ha sufrido cambios en cuanto a su crecimiento y no es ajena a la llegada de personas que consideran a la localidad un sitio atractivo para quedarse de forma permanente.

Tabla 1 . Población por área de residencia, municipio de Marinilla 2013.

| Municipio | Población cabecera municipal | | Población resto | | Población total | Grado de urbanización |
|------------------|------------------------------|------------|-----------------|------------|-----------------|-----------------------|
| | Población | Porcentaje | Población | Porcentaje | | |
| Marinilla | 38.231 | 76 % | 11.93 | 24 % | 51.767 | 76 % |

Fuente: DANE

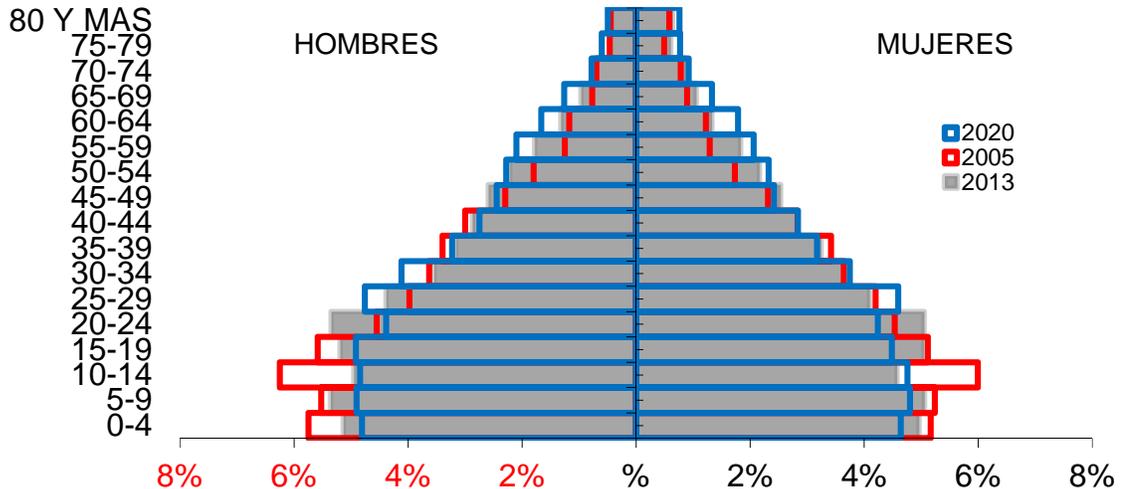


Figura 1. Población por área de residencia, municipio de Marinilla 2013

Fuente: DANE

En lo referente al comportamiento de la pirámide poblacional del municipio de Marinilla, se observa más expansivo en la base y, aunque muestra un comportamiento más ancho en las edades de 20 a 24 años, se observa que se va contrayendo para los grupos de edad correspondientes al adulto mayor. Estos cambios no se perciben ni se consideran bruscos a través del tiempo. Los datos permiten observar que para el 2020 la mayor parte de la población se concentrará en los habitantes de edades productivas⁵⁵.

Con respecto al ciclo vital, el cambio proporcional más importante que se nota es en la etapa de la adolescencia, la cual muestra una severa disminución en comparación al 2005, y también en la edad de la primera infancia, aunque con menos representatividad; lo que pronostica una disminución en los indicadores de natalidad y fecundidad. Para el caso de los adolescentes puede deberse a que la cantidad de nacidos vivos ha venido disminuyendo a través de los años, se ha pasado de tener 700 a aproximadamente 500 entre 2005 y 2013.

Además, se nota un incremento en la etapa de adultez y en otros ciclos que no se consideran como económicamente inactivos, lo cual es un signo positivo para la economía municipal^{††}.

Tabla 2. Proporción de la población por ciclo vital del municipio de Marinilla, Antioquia 2005, 2013 y 2020.

| Ciclo vital | 2005 | | 2013 | | 2020 | |
|-------------------------------|-----------------|---------------------|-----------------|---------------------|-----------------|---------------------|
| | Número absoluto | Frecuencia relativa | Número absoluto | Frecuencia relativa | Número absoluto | Frecuencia relativa |
| Primera infancia (0 a 5 años) | 5.902 | 13 % | 6.322 | 12 % | 6.533 | 11 % |
| Infancia (6 a 11 años) | 6.177 | 14 % | 6.272 | 12 % | 6.677 | 12 % |
| Adolescencia (12 a 18 años) | 7.332 | 16 % | 7.138 | 14 % | 7.652 | 13 % |
| Juventud (14 a 26 años) | 6.586 | 14 % | 8.337 | 16 % | 8.141 | 14 % |
| Adultez (27 a 59 años) | 16.123 | 35 % | 19.292 | 37 % | 22.440 | 39 % |
| Persona mayor (60 años y más) | 3428 | 8 % | 4.406 | 9 % | 5.960 | 10 % |
| Total | 45.548 | | 51.767 | | 57.403 | |

Fuente: DANE

Con respecto a la infraestructura, el municipio posee buenas vías de acceso pavimentadas que la comunican con Medellín y con los demás municipios del Oriente del departamento de Antioquia^{††}, esta ubicación estratégica ha posibilitado en gran medida un auge en el desarrollo de las actividades económicas. Se observa además un aumento en la accesibilidad a diferentes servicios, en cuanto a educación, a las actividades culturales, la salud, el comercio, entre otros; que requieren los habitantes del municipio (se observó que no necesitan desplazarse con frecuencia a otros municipios porque la mayoría de productos y servicios es posible encontrarlos allí). Según cifras proporcionadas por la Secretaría de Salud, es de considerar que el municipio ha sido fuertemente impactado con la llegada de los desplazados de otros municipios y de Venezuela. En los últimos 3 años han llegado aproximadamente 5.675 personas desplazadas, que corresponden a un 10 % de la población total.

^{††} Informe ejecutivo sobre los Indicadores de salud mental en adolescentes escolarizados del municipio Marinilla, Antioquia 2015 de Eugenio Paniagua, Carlos González, Ilder Tangarife y Beatriz Londoño. Noviembre 2015.

^{‡‡} El municipio lo atraviesa la autopista Medellín-Bogotá y está a 35 minutos del Aeropuerto Internacional José María Córdova y la zona franca de Rionegro. Todos los barrios y veredas cuentan con transporte público.

5.1.2 Proyecto macro: “Indicadores de salud mental en adolescentes escolarizados del municipio Marinilla–Antioquia, 2015”

La investigación propuesta para optar al título de Maestría en Salud Pública hace parte del proyecto macro “Indicadores de salud mental en adolescentes escolarizados del municipio Marinilla–Antioquia, 2015”, realizado por el grupo de investigación Aplicaciones y Estadística en Salud Pública, cuyo objetivo fue describir cómo era la distribución de cinco indicadores de salud mental: *nivel de riesgo de suicidio, nivel de depresión, nivel de funcionamiento familiar, consumo de sustancias psicoactivas y vulnerabilidad familiar* en la población de adolescentes matriculados y asistentes, que para ese periodo cursaban la básica secundaria y media vocacional en las instituciones públicas y privadas del municipio. El proyecto aportó un diagnóstico de la situación de salud mental de estos adolescentes, en respuesta a las necesidades de caracterizar esta población y de precisar que la salud es única e indivisible y que, por ende, la salud mental es parte esencial de la salud física; pese a que es un aspecto de la salud que ha estado relegado en el país.

Es importante resaltar que, para el estudio macro, el universo de análisis fue constituido por los 8.120 adolescentes (según las listas de matrículas dadas por la Secretaria de Educación), y que al momento de la aplicación del instrumento solo participaron de forma activa 3.649 adolescentes. A partir de esta cifra, se realizó la **selección de la muestra para el análisis cuantitativo** para la presente investigación para la que, según la aplicación de la fórmula estadística, el tamaño de muestra definitivo fue de **n=700**, con un error del 4,0 % en la estimación de la proporción de estudiantes. Se aclara también que, como parte del proceso formativo, la investigadora participó en el proceso del proyecto macro como analista de la información, capacitación a los encuestadores entre otras actividades y que para su estudio tomó las variables: Aspectos generales, Tiempo libre, Aspectos familiares, Funcionamiento familiar, Patrón de consumo de sustancias psicoactivas, preguntas sobre el consumo de psicoactivos para los amigos y la familia. Otra variable de interés, fue si ha consultado por problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (este proceso se explicará más ampliamente en la metodología y en el anexo 2 se encuentra el instrumento aplicado).

5.2 Marco referencial

Para explicar el conjunto de situaciones complejas y las reacciones que experimenta el adolescente con su entorno es importante analizarlas desde una visión ambiental, debido a que estas son el resultado de un conjunto de factores en donde interactúan de manera compleja y dinámica las características personales, los procesos de socialización y de crianza, los entornos familiares, los entornos barriales y comunitarios, y las creencias culturales acerca del consumo de psicoactivos. Estos, a su vez, se sitúan a diversos niveles y pueden ejercer su influencia de una forma directa y/o indirecta sobre el adolescente, manteniendo importantes interconexiones entre sí. Es por ello que la familia, los amigos, las condiciones educativas y culturales, el personal sanitario, entre otros factores que les rodean, pueden llegar a convertirse en elementos facilitadores o disruptivos en las vidas de estas personas, llegando incluso a afectarlas. En este sentido, se asumió un marco referencial capaz de situar la variedad e interrelación de todos los factores en los que está inmerso el adolescente. La revisión realizada llevó a la conclusión de usar el modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner (1976, 1977a, 1977b, 1979 1986, 1992, 1999)^{§§56}, como una estrategia adecuada para abordar esta problemática.

El postulado básico de Bronfenbrenner^{***} es que los ambientes naturales son la principal fuente de influencia sobre la conducta humana, por lo que la observación en ambientes de laboratorio o situaciones clínicas ofrece muy poco de la realidad humana. Es posible, con esta teoría, construir un mapa-guía que ayude a visibilizar el consumo de sustancias en el adolescente escolar desde su entorno y los posibles factores que le influyen para decidirse al mismo. Si bien es cierto que existen factores individuales de tipo genético, para este estudio, por su alcance, no fueron relevantes, ya que se enfocó más en los factores relacionales de contexto individual cognitivo, social (relación con pares) y familiares⁵⁶.

El modelo propone unos niveles de interacción con base en los cuales se definieron un conjunto de situaciones de riesgo.

§§ Teoría Ecológica de los Sistemas: enfoque ambiental sobre el desarrollo del individuo a través de los diferentes ambientes en los que se desenvuelve y que influyen en el cambio y en su desarrollo cognitivo, moral y relacional.

*** El sistema ecológico propuesto por Bronfenbrenner (1979) es dinámico, más que estático, y los procesos que influyen en el desarrollo son continuos e interactivos.

El nivel **microsistema**: es el más cercano al sujeto e incluye los comportamientos, roles y relaciones característicos de los contextos cotidianos en los que este pasa sus días. Es el lugar en el que la persona puede interactuar cara a cara fácilmente, como en el hogar, el aula o salón de clase, sus amigos, entre otros.

El **mesosistema**: comprende las interrelaciones de los dos o más ambientes en los que la persona se desenvuelve y realiza sus actividades, tales como el hogar y los padres de familia que interaccionan para ayudar al individuo. Este nivel de microsistemas se forma cuando la persona entra en un nuevo entorno.

El **exosistema**: es referido a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activa, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno, que comprenden a la persona en desarrollo (lugar de trabajo de la pareja, grupos de amigos de la pareja, etc.).

El nivel **macrosistema**: lo compone la cultura y la subcultura en la que se desenvuelven todos los individuos de una misma sociedad. Un ejemplo de ello es cuando las actitudes que el sujeto percibe en sus entornos cotidianos están, en buena parte, en función de la imagen más general que la sociedad tenga de la problemática y sustentadas, en gran medida, por el tratamiento que le dan los medios de comunicación a la misma.

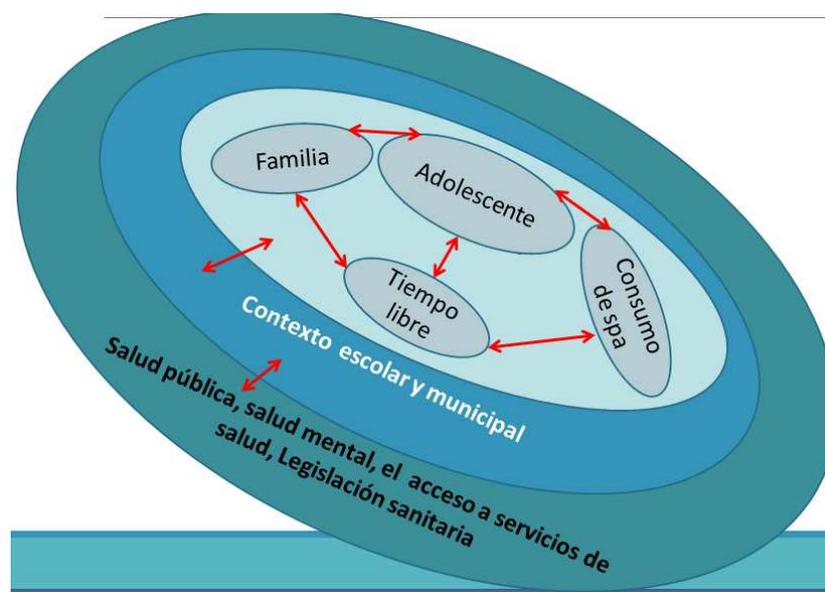


Figura 2. Modelo ecológico propuesto para la investigación según postulado básico de Bronfenbrenner.

5.2.1 Salud pública, salud mental y acceso a los servicios de salud

“(...) la vida humana debe ser considerada como el máximo valor sobre la faz de la tierra. La conservación de su vida, pero no de una vida cualquiera, sino de la mejor vida posible para él, es la empresa más importante a que una sociedad debe dedicarse”, Héctor Abad Gómez⁵⁷.

¿Qué podemos entender por salud?

Hablar de salud y bienestar en cualquiera de sus dimensiones es algo que suscita gran interés en todos los seres humanos, sin excepción alguna e identificarlo, no solo desde la necesidad sino como un satisfactor que abarca la salud física y la salud mental, es la razón fundamental de todas las sociedades, que consideran la salud como elemento esencial e imprescindible para la vida⁵⁸. Desde esta perspectiva, la salud se muestra como un acontecimiento global, amplio y complejo, y vinculado a nuestras vidas de forma inextricable. Por consiguiente, se rescata este término de su adscripción casi exclusiva a un entorno sanitario aséptico y aislado, despojado de los fuertes condicionantes sociales, económicos, políticos y educativos; situación que se viene repitiendo a lo largo de la historia, debido fundamentalmente a la hegemonía de unos principios contrapuestos a los intereses de la salud pública. Los salubristas deben conocer, comprender y comprometerse para mantener y propender a optimizar la salud, esto implica un análisis de todos los factores y acontecimientos que condicionan el proceso de salud-enfermedad en nuestro contexto⁵⁹, máxime si pretenden abordar las problemáticas con métodos investigativos que se aproximen a estas realidades.

A partir de 1948, en su Carta Constitucional, la OMS definió la salud como "el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad". A pesar de las críticas que ha recibido este concepto, introduce desde ese momento el término *positivo*, lo que supone que la salud debe dejar de considerarse como lo opuesto a la enfermedad, y donde se incluye la **dimensión mental y social**, por tanto, comienza a plantearse ya una concepción que va más allá del nivel biológico y pone de manifiesto que el vivir saludablemente es responsabilidad de un conjunto de factores que van desde la sociedad y no sólo del individuo^{60,61}.

El concepto de salud es dinámico, histórico y cambia de acuerdo con la época y las condiciones ambientales. El significado preciso de la palabra salud es distinto de un grupo social a otro y, es más, de persona a persona, como bien indica René, ecologista francés, quien ya en 1959 explicó que “los términos salud y enfermedad carecen de significado a menos que sean definidos en relación con una cierta persona que funciona en un ambiente social y físico determinado”⁶².

En la actualidad se ha dado el surgimiento de nuevos paradigmas integracionistas que ponen su atención en las personas y no en la enfermedad. La persona es entendida en relación al entorno social en el cual se desarrolla, lo que ha posibilitado una mayor comprensión de la salud. Esta perspectiva biopsicosocial entiende la salud como un equilibrio dinámico y en continuo movimiento desde un estado de salud a otro de enfermedad, dependiendo estas oscilaciones de numerosos factores o variables, biológicas, psicológicas y/o sociales, en íntima y continua interacción. Desde esta perspectiva, cualquier alteración o cambio en alguna de las tres áreas (biológica, psicológica o social) determinará repercusiones en todas las demás, de tal forma que el individuo tendrá que realizar un esfuerzo para lograr un nuevo equilibrio. El mantener la salud dependerá entonces de las posibilidades, capacidades y recursos (internos y externos) para lograr ese nuevo equilibrio o adaptación a la nueva situación planteada⁶³.

En cuanto a comprender qué es salud pública...

Desde 1973, la OMS aporta esta definición: “es el conjunto de todas las actividades relacionadas con la salud y la enfermedad de la población, el estado sanitario y ecológico del ambiente de vida, la organización y funcionamiento de los servicios de salud y enfermedad, la planificación y gestión de los mismos y la educación para la salud”. En cuanto al objeto de la salud pública, se consideran asuntos importantes como que debe ser entendida como la salud que goza la población en coordenadas espacio-temporales definidas, como una disciplina de las ciencias aplicadas y como un conjunto de acciones realizadas en pro de la salud de las comunidades. Es por ello que el objeto de la salud pública es bidireccional en dar respuesta del fenómeno salud-enfermedad, en la incidencia en los fenómenos colectivos y en la atención a la salud; el fin es reducir fenómenos o problemáticas identificadas en términos de prevención de la enfermedad y promoción de la salud⁶⁰.

Es importante resaltar que la salud pública tiene la gran responsabilidad de promover el desarrollo pleno y sano de los individuos y las comunidades en las que se inserta. El salubrista Edmundo Granda expuso que "(...) la salud pública, en los momentos actuales, tiene que ofrecer respuestas diferentes a las que tradicionalmente ha organizado". No se puede seguir interpretando la población y la naturaleza como objetos, sino que, necesariamente, se tiene que comprender como sujetos y proponer nuevas formas de diálogo.

En este sentido, Milton Terris define "salud" como un estado de bienestar físico, mental y social y la capacidad para funcionar, y no meramente como la ausencia de enfermedad o incapacidad. Este autor aborda unos aspectos emergentes importantes para la definición de la salud pública. Desde lo filosófico, considera que se debe tener presente el bienestar individual, colectivo y la educación en salud pública, como sustento epistemológico, considera lo político, lo económico, lo social y lo cultural, en donde todo ello debe ser atravesado por la noción de salud-enfermedad (concepto de Winslow adaptado por Terris, 1990), por la globalización y el capitalismo. Desde la praxis social, considera la práctica transdisciplinar, para lo normativo considera la planeación desde el derecho y la política, para lo axiológico considera lo ético-filosófico y, como propositivo, converge las áreas del conocimiento humano⁶⁴.

A pesar de la complejidad del concepto, la salud pública, González explica que esta debe considerarse más allá de una disciplina científica. En su revisión teórica, propone que debe entenderse como un campo de conocimientos y de prácticas transdisciplinario en el que convergen disciplinas que aportan desde diferentes miradas a la comprensión e intervención del objeto de la salud pública⁶⁵. El saber en salud pública implica un diálogo multicultural que reconozca las potencialidades de otros saberes. En ese sentido, la necesidad de una doble hermenéutica o una doble ruptura epistemológica en la aproximación a la realidad en salud parecen ser interesantes instrumentos de reflexión y acción. Estas nuevas propuestas para organizar el proceso de conocimiento abren las puertas para dar paso a ecologías de saberes que posibiliten escuchar silencios o visualizar no existencias producidas por la ciencia hegemónica^{66,67}.

Salud mental

La OMS considera que el concepto de salud mental es mucho más que la ausencia de enfermedades mentales y según los lineamientos de Política de salud mental para Colombia del Ministerio de la Protección Social es “un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de modo productivo y fructífero, y contribuir con sus comunidades”⁶⁸. La definición de salud mental se remite al dualismo clásico descrito por Descartes entre dos ámbitos ontológicos diferentes, entre los cuales hay una diferenciación fundamental entre mente y cuerpo. Los pensamientos, emociones y comportamientos se relacionan con la salud mental, una adecuada salud mental ayuda al individuo a afrontar los problemas de la cotidianidad de modo efectivo dentro de la sociedad. A pesar de esto, problemas de salud mental de poca importancia pueden afectar la vida diaria de las personas impidiéndoles funcionar como quisieran o como se espera dentro de la familia y la comunidad. La salud mental se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades, y permitirles alcanzar sus propios objetivos.

Al relacionar el campo de la salud mental y las políticas públicas actuales, y según su praxis con enfoque integral, se tendría que hablar de la convergencia entre la salud pública, la atención primaria en salud y lo psicosocial; temas que atraviesan lo público y lo privado, en donde el sentido de bienestar desde las perspectivas filosófica, epistemológica y praxeológica alcanzan las relaciones entre los procesos educativos y participativos mediante acciones transdisciplinarias dirigidas hacia la atención de situaciones problemáticas que afectan el bienestar individual y colectivo. Tales acciones tienen una corresponsabilidad entre los diferentes actores sociales (profesionales y personas del común agrupados en organizaciones e instituciones de naturaleza pública y privada) para mitigar las situaciones adversas que afectan el bienestar, entendiendo este desde una dimensión holística y transcendental en la existencia humana⁶⁹.

Por otra parte, Mebarak et al.⁷⁰ describen las características esenciales para la salud mental que, según Materson, son:

- ✓ La espontaneidad y viveza del afecto, las cuales reflejan la capacidad de experimentar la amplia gama de emociones humanas y de poder sentirlas profundamente, si es necesario, de acuerdo con el proyecto de vida escogido.

- ✓ La capacidad de identificación de los propios sentimientos, deseos, necesidades y pensamientos, que implica, hasta donde sea posible, la descripción detallada de la propia experiencia, así como de la forma de reaccionar y asumir una situación.
- ✓ La valoración positiva de sí mismo, que se traduce en la internalización del derecho a sentirse bien consigo mismo al conseguir algo, del derecho a sentirse orgulloso y a valorar lo que se hace.

Revisando todo lo anterior, es posible concluir que ***no hay salud sin salud mental***. La relación entre los componentes físico y mental de la salud es múltiple y variada. Los trastornos mentales aumentan el riesgo de padecer enfermedades transmisibles y no transmisibles, además de contribuir a las lesiones no intencionales e intencionales. También, muchas condiciones patológicas y/o sociales aumentan el riesgo de padecer trastornos mentales y esta comorbilidad no solo complica la búsqueda de ayuda y de tratamiento, sino que influye en el pronóstico.

El acceso a los servicios de salud

Es uno de los retos más importantes que tienen los sistemas de salud de los países de mediano y bajo ingreso. Se entiende como la capacidad que desarrolla una persona o un grupo de personas para buscar y obtener atención médica⁷¹. Además de esta concepción, ampliamente aceptada, en la literatura se encuentran variadas y diversas definiciones del concepto de acceso. Para Andersen, se trata de la “capacidad de utilizar los servicios de salud cuando y donde sea necesario”; para Cromely y McLafferty, el acceso es el “poder de disponer de los recursos del servicio de salud”; para Dixon-Woods et al., la forma más útil de entender el acceso es a través del concepto de candidatura, o *candidacy*, que describe la elegibilidad de las personas para la asistencia sanitaria, determinada por ellas mismas y por los servicios de salud. Entre las aproximaciones al acceso se destaca el carácter multidimensional del concepto, pues este incluye cuestiones como disponibilidad, accesibilidad, acomodación y aceptabilidad, por lo que hace posible acercamientos multidisciplinarios y transversales, desde varios campos o disciplinas del conocimiento, que pueden incluir la salud pública, la antropología, la psicología, la economía, entre otras⁷².

Colombia tiene una experiencia significativa en cuanto al acceso de los servicios de salud. En el país se busca que este pueda realizarse mediante la cobertura del

seguro de salud y, luego de más de veinte años de haberse iniciado el proceso de reforma, está cerca de la cobertura universal⁷². Sin embargo, es creciente la preocupación sobre el acceso, sobre la equidad y sobre la calidad, así que la propia legislación y la jurisprudencia han hecho más explícito el propósito esencial de garantizar el acceso y ha reconocido a la salud como un derecho humano fundamental. Desde la Constitución Política de 1991 se establecieron un importante número de disposiciones relacionadas con los derechos en salud, entre ellas el artículo 49, que garantiza a las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud; precisando que toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad. En el campo de la salud mental, el Ministerio de Protección Social impulsó, para el año 2013, una política que buscó transformar la concepción tradicional sobre la salud mental que se basa en la Atención Primaria en Salud, que fue la Ley 1616 del 2013⁵¹.

5.2.2 Adolescente

El uso y los significados de los términos “jóvenes”, “juventud” y “adolescentes” varían en diferentes sociedades del mundo en función del contexto político, económico y sociocultural. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana de 12 a 14 años, y la adolescencia tardía, de 15 a 19 años⁶⁰. Esta etapa del desarrollo del ser humano es relevante, pues se considera como un tiempo de transición donde el individuo presenta cambios, no solo a nivel físico sino también en la forma de pensar, en sus ideas, en sus sentimientos, etcétera⁷³. Por otra parte, la adolescencia constituye una etapa biopsicosocial en el desarrollo humano, de la transición de la niñez a la adultez, donde los cambios biológicos de la pubertad inducen a una readecuación psicológica en la que el adolescente se separa más de la familia y busca más sobre su propia identidad^{17,74}.

Estos cambios normales del desarrollo producen a su vez un sinnúmero de situaciones difíciles y potenciales de estrés, miedo e incertidumbre, que influyen en las capacidades del adolescente para resolver los problemas y tomar decisiones. Es muy común que, en este periodo de cambios, el adolescente rechace la protección adulta en búsqueda de su autonomía. Uno de los mayores retos a los que se enfrenta en esta etapa es la individuación, referida al proceso mediante el cual la persona logra cada vez más independencia. En esta causa puede entrar en conflicto con algunos preceptos y creencias de su familia, debido a que comienza a

tener nuevas concepciones acerca de la vida. Por esta razón, es aquí en donde tiene que aprender a alternar con su grupo de pares, con la sociedad y con lo que le rodea, lo que conlleva a que quede expuesto con mayor frecuencia a conductas de riesgo y a enfrentar situaciones de amenaza para su desarrollo ^{19,75}.

La OMS estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, 85 % viven en países pobres o de ingresos medios y alrededor de 1,7 millones mueren cada año. La OMS considera que durante muchos años se ha prestado poca atención a la salud de los adolescentes porque, generalmente, se tiene la creencia de que son menos vulnerables a la enfermedad que los niños y ancianos. La sociedad da por entendido que los adolescentes son el grupo más saludable de la población, pero esta etapa de la vida es considerada como un periodo crítico de desarrollo y representa un periodo de tensiones particulares en la misma sociedad. Una paradoja es que los adolescentes están mejor provistos de salud pero es menos reconocida su morbimortalidad específica. En el ciclo vital son muy bajas las probabilidades de enfermar o morir, pero presentan un perfil de morbimortalidad que se origina en la mayor prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas, accidentes, agresiones físicas, enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados⁷⁶. La morbilidad en los adolescentes se da principalmente por problemas psicosociales, e incluso la mayoría de enfermedades físicas tienen un impacto psicológico en ellos, por lo que toda la enfermedad debe tratarse con enfoque integral y biopsicosocial^{77,78}.

Lo que sucede en una etapa de la vida afecta y se ve afectado por lo que sucede en otras, por lo que el ciclo de vida ofrece una importante perspectiva para la adopción de medidas de salud pública. En este sentido, una revisión desde la literatura sobre la etapa de la adolescencia en relación al consumo de sustancias psicoactivas a temprana edad, sobre todo iniciando la adolescencia o pasando por ella, evidencia que se van generando secuelas físicas y mentales en el desarrollo que se constituyen en un problema, no solo del individuo sino de los familiares y la comunidad que le rodea. Por lo anterior, el estado de salud en la adolescencia influye durante el resto de la vida⁷⁹.

Las intervenciones eficaces durante la adolescencia protegen las inversiones de la salud pública, ofreciendo además la oportunidad de corregir problemas que hayan podido surgir en los 10 primeros años de vida.

Por ejemplo, se pueden aplicar intervenciones durante la adolescencia que mitiguen los efectos negativos a largo plazo, como casos de violencia, el maltrato o la desnutrición sufridos en la infancia; palear situaciones que afecten a la salud del futuro adulto.

5.2.3 El consumo de las sustancias psicoactivas con respecto a la salud mental

“Cuando llega este mal las personas entran en un proceso de autodestrucción se desestabilizan las familias, los jóvenes pierden su disposición para el estudio y el trabajo, cunde la desconfianza y el temor en los barrios y aumenta la violencia”. Nota periódico El Colombiano.

El consumo de sustancias es un problema de salud. Si la OMS define la salud como el estado de bienestar físico mental y social, y no solo como la ausencia de enfermedad, en consecuencia todo evento que comprometa cualquiera de estos tres componentes del bienestar puede abordarse como un problema de salud. Siendo en su origen un evento fundamentalmente económico, el consumo de sustancias psicoactivas constituye un problema de salud, por cuanto su uso genera daños físicos y psíquicos, contribuye a la aparición de enfermedades y traumatismos, aumenta el riesgo de morir y condiciona la formación, conservación o reproducción de relaciones sociales específicas que afectan el bienestar del grupo. Los problemas sanitarios relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas varían dependiendo del tipo de sustancia, del individuo consumidor, de las características de su grupo social y de las propiedades del consumo; siendo los más importantes⁸⁰:

- ✓ Defunciones: ocasionadas directa o indirectamente por el consumo de sustancias psicoactivas, tales como accidentes de tránsito, suicidios, sobredosis, homicidios, cáncer pulmonar, etcétera.
- ✓ Alteraciones de la conducta, irritabilidad, depresión, etcétera.
- ✓ Desviaciones sociales: delitos, transgresiones, agresión violenta, alteraciones de la conducta sexual, delitos contra la libertad, etcétera.
- ✓ Desintegración del sistema familiar.
- ✓ Alteraciones de la capacidad productiva.

A los usos de la droga y psicoactivos en la actualidad, además de llegar a producir dependencia, estimulación, depresión del sistema nervioso central, trastornos del

comportamiento y ánimo de las personas, se les reconoce más frecuentemente el uso con fines recreativos, en búsqueda de placer y una ayuda para interactuar con los otros. Sin embargo, estos usos están atravesados por dos elementos:

- ✓ La prohibición frente a la droga
- ✓ La comercialización de la droga

Estos dos elementos tienen fuertes implicaciones políticas y económicas que llevan a que las drogas y su comercialización incidan en fenómenos socio-políticos y produzcan efectos como aumento en los niveles de conductas violentas, crimen organizado, narcoterrorismo, ineficiencia en la aplicación de la justicia, entre otros⁸¹. Los carteles de la droga quebrantan gobiernos e introducen la corrupción en actividades económicas legales. Con ingresos procedentes del tráfico ilícito de drogas se financian algunos de los conflictos armados, se gastan sumas enormes para reforzar las fuerzas policiales, los sistemas judiciales y los programas de tratamiento y rehabilitación. Los costos sociales también son conmovedores: violencia callejera, guerras entre bandas, desplazamientos, miedo, deterioro urbano y vidas destrozadas. Actualmente, el uso de drogas se asocia, cada vez con mayor frecuencia, a los sectores sociales vinculados al poder y al prestigio social, mientras que para las poblaciones excluidas del sistema productivo la droga se constituye en una estrategia de supervivencia⁸². En cuanto a los problemas de salud, los consumidores en todo el mundo hacen un uso indebido de las drogas, provocando un incremento desmesurado del gasto sanitario, además de suponer la desintegración de las familias y el deterioro de las comunidades. El uso de las drogas por vía intravenosa, en particular, está provocando en muchas partes del mundo la rápida propagación del VIH/SIDA y la hepatitis⁸².

El panorama del consumo de psicoactivos a nivel nacional

Colombia asiste progresivamente a un cambio en el que el asunto de las drogas ha venido ampliando los escenarios, no solo frente a la producción y el tráfico de sustancias, sino también frente al consumo. La problemática del consumo se ha convertido en un problema de salud pública por las proporciones que ha ido tomando y por las consecuencias que trae en el aspecto individual, familiar y social⁸¹. Este abarca un espectro amplio de problemáticas que van desde lo individual hasta lo social y cultural, que inciden desfavorablemente en la salud, la economía y el bienestar de la población. por lo que el problema de las drogas no se puede

presentar desde una causa común. Es comprendiendo su multicausalidad como puede pensarse el abordaje de otras problemáticas socialmente relevantes relacionadas con el narcotráfico y el consumo de sustancias psicoactivas⁸¹.

Se han identificado unos factores desencadenantes que son propios del consumidor (individuales), otros se encuentran en su entorno más inmediato (micro social) y en las condiciones socioculturales, políticas y económicas (macro sociales). Dichos factores sitúan al sujeto en condiciones de mayor o menor vulnerabilidad frente al consumo. Los factores que favorecen el consumo y sus problemáticas son los factores de riesgo, y los que disminuyen la probabilidad de aparición de los problemas son los factores de protección⁸¹.

5.2.4 Factores de riesgo y protectores relacionados con el consumo de psicoactivos

El factor de riesgo es aquella circunstancia o característica personal y/o ambiental que puede aumentar la probabilidad de que un grupo desarrolle una enfermedad, un daño o una problemática. La relación existente entre los factores de riesgo o protección da como resultado el nivel de vulnerabilidad, definido como la potencialidad de que se produzca el riesgo, ocurra el daño o suceda el problema⁸³. En cuanto a los **factores protectores**, estos son entendidos como aquellas circunstancias, elementos o características a nivel personal, familiar, social o ambiental que atenúan la probabilidad de aparición de un problema, de una enfermedad o de un daño y, en este caso, evitan que una persona experimente y/o mantenga el consumo de alguna droga³⁸.

Para ambos aspectos se tienen:

A nivel de microsistema

Factores de riesgo genéticos: se refieren a la mayor vulnerabilidad por parte de algunos individuos con respecto a otros, aun compartiendo circunstancias similares. Esta susceptibilidad muy probablemente es transmitida genéticamente. Cabe mencionar la relación entre estos factores genéticos y las características de medio ambiente que pueden favorecer o no su desencadenamiento⁸⁴.

Factores individuales o personales: la edad es un factor importante a tener en cuenta; el adolescente y el adulto joven de género masculino presentan mayor predisposición a iniciarse en el consumo⁸⁵. A nivel personal, se pueden agrupar en tres factores que favorecen el origen de la inclinación a las sustancias adictivas:

- ✓ La personalidad predispuesta (es la disposición anticipada del ánimo del individuo para un fin concreto).
- ✓ Los trastornos psíquicos previos.
- ✓ Las disfunciones del sistema nervioso.

A nivel de mesosistema

Factores de riesgo de transmisión familiar: muchos padres se sienten culpables por lo que les pasa a sus hijos y, sobre todo, si se trata de problemas relacionados con las drogas o el alcohol. Existen familias en las que hay un elevado número de alcohólicos, toxicómanos y que tienen arraigados antecedentes de conductas compulsivas. En este sentido, la mayor predisposición de alcoholismo y consumo se puede originar debido a la convivencia con otros consumidores, por factores como la permisividad ante el uso de algunas sustancias, la mala estructura familiar generada en ausencia de figuras de autoridad (ausencia de normas claras y eficaces), el analfabetismo y el bajo nivel de formación académica en los padres, conflictos familiares, violencia intrafamiliar, predominio de formas de comunicación conflictivas, limitada participación de los padres en la formación de los hijos, expectativas muy altas o muy bajas en relación con el éxito esperado de los hijos, padres permisivos o desinteresados. Estos panoramas familiares constituyen factores de riesgo que se ajustan muy poco a la función protectora de la familia contra las drogas^{85,86}.

Factores de riesgo escolares: los grupos de pares son los que más se asocian con el inicio y mantenimiento del consumo, con respecto a la escuela de manera importante opera el modelo de maestros consumidores de cigarrillo y alcohol. De igual forma, pueden incidir la deficiencia de alternativas para el correcto manejo del tiempo libre, el modelo disciplinario autocrático, jornada escolar continua, ausencia de espacios de formación para la vida en torno a las prácticas y los consumos del joven o a que, cuando los hay, se limitan a la información técnica y la ausencia de acompañamientos psicológicos. Finalmente, la disponibilidad de la sustancia en ciertos ambientes que rodean al adolescente, como espectáculos, discotecas y variados sitios de encuentro, facilitan su acceso al consumo^{85, 86}.

Factores de protección personales⁸⁷

- ✓ Imagen personal positiva.
- ✓ Confianza en sí mismo, seguridad personal.
- ✓ Habilidades sociales que permitan resistir a las presiones de los grupos.
- ✓ Capacidad crítica.
- ✓ Manejo de información clara y precisa sobre los efectos y consecuencias del consumo de drogas.
- ✓ Buenas relaciones interpersonales.
- ✓ Habilidades de comunicación.
- ✓ Presencia de una escala de valores.
- ✓ Proyecto de vida.

Factores de protección familiares: es el grupo que se caracteriza por un sistema de relaciones cálidas y afectivas donde se valora la comunicación y la expresión de los sentimientos, así como el desarrollo personal y la autonomía. En este caso, los miembros pertenecientes a la familia, en especial los adolescentes, se sienten queridos y protegidos, pues existen normas y límites claros a las conductas de las personas que integran el núcleo familiar. También se caracterizan por transmitir valores, estilos de vida, actitudes y creencias que promueven el autocuidado y el no consumo de sustancias^{85, 87}.

A nivel de exosistema

Factores de riesgo socioculturales: la sociedad de consumo lleva implícitos mecanismos de seducción, lo que es favorecido en gran parte por los medios de comunicación; por ejemplo, la atractiva publicidad relacionada con el cigarrillo y el alcohol^{85,86}.

Factores de riesgo psicosociales: la presencia de factores relacionados con la salud y el desarrollo humano, expresados en síntomas inespecíficos como dolores difusos, trastornos del sueño, ansiedad o depresión, son indicativos de la habilidad de algunos individuos para detectar con mayor facilidad las manifestaciones psicológicas que pueden indicar una respuesta negativa a eventos determinados y el control que este mismo ejerce sobre dicho factor^{86, 86}.

Factores de protección sociales: son los grupos que promueven la participación, el uso adecuado del tiempo libre, que son tolerantes con la diversidad, pero tienen normas y límites claros sobre aquellos aspectos que se relacionan con el autocuidado, el valor de la vida y el respeto por la persona^{85, 86}.

5.2.5 Clasificación y efecto de las sustancias psicoactivas de mayor uso

Existen dos clasificaciones básicas⁸¹ de las drogas, en primer lugar desde lo jurídico o legal y, en segundo lugar, desde la forma como se dispone de ellas en el mercado; es decir, si se consiguen de manera lícita o de manera ilícita. En Colombia se registra un mercado consumo de drogas legales: alcohol, cigarrillo y algunas sustancias de uso como medicamentos, al cual se le ha restado importancia por tratarse de sustancias socialmente aceptadas con fuerte significación cultural.

Las drogas o psicoactivos se encuentran catalogadas en tres grupos:

- ✓ Drogas depresoras-inhibidoras: sustancias que inhiben o disminuyen las funciones del sistema nervioso central, pueden producir una disminución del ritmo cardiaco, la respiración, la atención y dar sensación de tranquilidad, sueño y embotamiento. Ejemplo de algunas: alcohol, ansiolíticos, opiáceos, hipnóticos y solventes⁸⁸.
- ✓ Drogas estimulantes-activadoras: producen un estado de aceleración y estimulación del sistema nervioso, aumentan la presión sanguínea y generan euforia pasajera, falta de apetito y disminución del sueño. Ejemplo de algunas: cocaína, tabaco, cafeína y éxtasis.
- ✓ Drogas alucinógenas: provocan trastornos en el sistema nervioso central, en la percepción y el conocimiento, distorsionando los sentidos y la forma como se ve y oye al mundo. Aumentan la presión sanguínea y pueden producir euforia, ansiedad, distorsión sensorial y alucinaciones. Algunos ejemplos: hongos, LSD, derivados del cannabis. Las sustancias psicoactivas y su descripción se encuentran en el anexo 1.

5.2.6 Familia: funcionamiento y la vulnerabilidad familiar

La familia como un constructo social, simbólicamente apropiado de acuerdo al momento histórico que asiste a la humanidad, es la institución más antigua y vigente con la que cuenta la sociedad, y es definida entonces como un grupo de personas con vínculos de consanguinidad y formas de organización, con el fin de producir una identidad familiar^{75,89}. La familia se puede expresar como el conjunto de personas que proviene de una misma sangre, de una misma raza, de una misma casa, especialmente la madre, el padre y los hijos. En la constitución política de Colombia se define así: “la familia es el núcleo fundamental de la sociedad; se constituye por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de matrimonio”⁹⁰.

Por otra parte, Ares entiende el concepto de familia como: “la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia común, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia”⁹¹.

A pesar de la diversidad de definiciones y conceptos es importante reconocer que la familia es una institución dinámica, mutable y sensible a las transformaciones económicas, políticas sociales y culturales⁹², constituye en sí misma un microescenario sociocultural y un filtro a través del cual llegan a sus integrantes muchas de las tradiciones, costumbres y valores, que son típicas de su contexto histórico. A través de su influencia, la mente de sus integrantes se apropia de contenidos y procedimientos que llevan en su interior la impronta de la cultura en la que han surgido. De esto se deduce que el papel de la familia va mucho más allá de asegurar la supervivencia física de sus miembros, ya que debe garantizar la integración sociocultural de estos a los escenarios y hábitats donde les toca desenvolverse como personas⁸⁹.

Con respecto a la funcionalidad y vulnerabilidad familiar, es un elemento en estrecha relación a lo que significa la familia, que parte de establecerse una relación jerárquica donde interactúan las unidades mayores y menores, donde la familia debe entrar en contacto con su medio, espacio vital o ambiente, el cual debe clasificarse como el vecindario, barrio, región, país del que hace parte⁷⁵.

El límite entre este grupo primario y el espacio vital es fundamental porque es allí donde se preserva la identidad y unicidad, conservando canales permeables de

intercambio. Con respecto a lo anterior, las funciones particulares de la familia como sistema social a través del tiempo han demostrado que debe acoplarse e integrarse tanto a las necesidades de sus miembros como a la sociedad de la que hace parte. Diversos factores socioculturales hacen que la institución familiar tenga un carácter dinámico, sujeta a conflictos y crisis, que en general llevan a situaciones de acomodamientos a las cambiantes situaciones de la sociedad⁹³, y es ahí donde reside la importancia de esta institución para el mejoramiento de la calidad de vida de los adolescentes, porque de una u otra forma se convierte en facilitadora o no para el desarrollo de las potencialidades de cada uno de sus miembros⁹³.

Según la literatura, se han identificado algunos elementos que permean las dinámicas familiares y tienen que ver con varios fenómenos de orden social, cultural, político y que pueden contribuir en la vulnerabilidad familiar. Es de considerarse algunos aspectos como:

- ✓ La globalización ha impactado en la sociedad y las familias se están viendo afectadas debido a que muchas de ellas están cambiando su forma de vida, tanto de hábitos como de nuevas costumbres, y se ha modificado la estructura familiar y nuevas formas de ver la vida. Un ejemplo de ello es que debido al acceso a tanta información y el tener contacto con tantos individuos las personas se creen incapaces de compartir sus vidas con una sola persona, y otro cambio que hay en la familia, es la necesidad de aprender a manejar un computador, chatear, tener cuentas electrónicas y estar en contacto permanente con sus familias que viven lejos. Sin importar la edad y el género, las personas deben contagiarse de la expansión tecnológica, de lo contrario se ven obligados al aislamiento social y cultural. La realidad virtual mediada por la tecnología media en la dinámica de la comunicación familiar⁹³.
- ✓ La reestructuración del Estado conlleva a cambios de la relación estado–iglesia que dan pautas de construcción desde la moral sin tener en cuenta lo religioso, tales como la pérdida de la esencia del matrimonio y su importancia, la facilidad de divorciarse y el poco señalamiento social que esto implica.
- ✓ El mayor impacto es el rol que la mujer ha asumido en el contexto social. Las mujeres, gracias a la información que reciben, consideran que no deben ser subordinadas y dedicarse únicamente a los esposos y los hijos. Se observa que la información llegó y fue capaz de abolir creencias

milenarios, por lo tanto, las mujeres ahora quieren desarrollarse más como personas y profesionales que como madres y amas de casa.

- ✓ El descenso en el número de hijos o no tener ninguno modifica lo que significa la institución familiar.
- ✓ La flexibilización de roles de género; introducción de ambos roles en igualdad de condiciones en actividades laborales y del hogar.
- ✓ El incremento de las separaciones ha de influir en las conformaciones de las tipologías familiares.

Con todo lo expuesto puede afirmarse que, desde una perspectiva ecosistémica, la familia es un microambiente donde permanece, se desarrolla y reconoce el adolescente y, por lo tanto, es el elemento indispensable para garantizar la calidad del bienestar del mismo⁴⁴.

Ahora bien, con el paso del tiempo, los cambios sociales, la participación pública de la mujer en nuevos espacios, entre otros aspectos, trajeron consigo transformaciones en la estructura familiar. El divorcio y las nuevas nupcias, por ejemplo, complejizaron la mirada hacia la familia, puesto que esta se hacía cada vez más amplia (“tus hijos, los míos y los nuestros”), con base en lo anterior es importante tener en cuenta los siguientes criterios⁸⁹:

- ✓ **Familia nuclear completa:** aquella donde conviven los dos padres biológicos o adoptivos y los hijos solteros.
- ✓ **Familias incompletas:** aquellas donde conviven los hijos solteros y uno de los padres biológicos o adoptivos, quien es el jefe o cabeza de familia. Otra forma es aquella donde conviven solo los hermanos, hijos de los mismos padres, fallecidos o totalmente ausentes, de forma que alguno de los hermanos asume el papel materno o paterno frente a los demás.
- ✓ **Familias extensas:** donde conviven personas de tres generaciones (abuelos, padres, nietos) o con tíos, primos, sobrinos, cuñados.
- ✓ **Familias reconstruidas:** donde viven la madre o el padre, separados o divorciados, con los hijos de una o más uniones anteriores y su nuevo compañero o compañera.

- ✓ **Familias mixtas:** donde conviven un padre y una madre con hijos de 2 uniones anteriores de los dos y, en algunos casos, con hijos concebidos en esa unión actual.
- ✓ **Familias con padre visitante:** son una variación de las familias incompletas en cuanto a que el padre no convive con la familia, pero socialmente no se considera como incompleta, porque cumple con las funciones de esposo y padre y tiene los privilegios y las atribuciones del jefe de familia⁴⁴.

Desde una perspectiva psicosocial con relación al adolescente, la familia es vista como uno de los microambientes donde permanece el adolescente y, por lo tanto, es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable. Este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia, que también ha sido entendida como un contexto de por sí complejo e integrador, pues participa en la dinámica de interacción de los sistemas biológico, psicosocial y ecológico, dentro de los cuales se movilizan los procesos fundamentales del desarrollo del adolescente. Por lo tanto, la familia constituye una unidad psicosocial sujeta a la influencia de factores socioculturales protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis o en patrones disfuncionales⁹⁴.

Adicionalmente, la desigual realidad socioeconómica en Latinoamérica, sumada a la falta de educación y a las dificultades de acceso a oportunidades laborales y de servicios de salud, han propiciado, de una u otra forma, pautas de relación en los grupos familiares de maltrato y ocio, que se relacionan con el hecho de que cada año el número de niños y jóvenes que abandonan el hogar aumente considerablemente. Tras el adolescente no encontrar pautas de crianza óptimas, surgen entonces no solo problemáticas como la drogadicción y el vandalismo, sino un sinnúmero de nuevas relaciones en las que se encuentra inmerso un nuevo significado de familia. Es así como el “parche” o “gallada” se constituye como el grupo de referencia principal, una nueva familia y por qué no decirlo, la única en la mayoría de las veces.

Se acepta, además, que en el cambiante mundo actual no es posible asociar el adecuado funcionamiento con una modalidad particular de familia, sino que es indispensable reconocer la existencia de múltiples formas de familia. Esta dinámica debe ser objeto de estudio para identificar los criterios de adecuación y de salud⁹⁵.

5.2.7 Tiempo libre

La definición del tiempo libre plantea numerosos interrogantes que todavía hoy en día no están totalmente solucionados. Al abordar este concepto existe un axioma que opera como punto de partida metodológico que estudia el tiempo libre como fenómeno social en el que se considera que la cultura de la sociedad, en general, y del hombre, en particular, tiene dos fuentes: el trabajo, que es la fuente primitiva y fundamental, y la actividades de tiempo libre con sus componentes que son el tiempo de ocio, descanso y recreación⁹⁶.

La recreación, el ocio y el descanso como parte del tiempo libre son un conjunto de prácticas de índole social, realizadas colectiva o individualmente, enmarcadas en un tiempo y en un espacio determinados, y que van aún más allá de la existencia de un tiempo cronológico porque buscan otorgar un disfrute transitorio sustentado en el valor social; lo que quiere decir que está sujeto a condiciones socioeconómicas que permiten su realización o no, a la vez que a su utilización adecuada. En estos espacios el hombre le da más un sentido cualitativo a su existencia, pues modifica estilos de vida, valores, principios y estructuras sociales que hacen parte de lo cotidiano, además es reconocido sobre alguno de sus componentes (psicológico, simbólico, material), al que se adhieren como satisfactor del placer⁹⁶.

El tiempo libre en la actualidad se ha visto mediado por el uso de las nuevas tecnologías, en donde se emplean teléfonos inteligentes, computadores personales, etcétera, para acercarse, por ejemplo, a programas y seriados por cable que hacen que el tiempo de ocio se transforme en un ocio catódico como un fenómeno contemporáneo; incluso se puede afirmar que en las grandes concentraciones urbanas el entretenimiento está cada vez más vinculado a la electrónica. Según Pérez, estas tendencias, así como la preocupación por la salud y los deportes sofisticados se acentúan día con día y parecen ser las de mayor influencia⁹⁶.

La estructura y variedad de las actividades de tiempo libre de un pueblo expresan, en última instancia, su nivel de desarrollo socio-cultural, por eso la importancia de una adecuada utilización de este tiempo es más compleja aún, ya que puede constituir un elemento regulador en la prevención de conductas antisociales y delictivas⁹⁷. La calle y los parques son los espacios de preferencia o únicos lugares posibles donde los escolares hacen uso del tiempo libre y el ocio, que en algunas

situaciones son escenarios inermes desprovistos de cualquier acción educativa y, por el contrario, plagados de situaciones de riesgo que comprometen su integridad^{46,97}.

Es necesario, para el desarrollo de los adolescentes, la utilización adecuada del tiempo libre, que de una u otra forma incidirá en la formación de la personalidad; en la cual las primeras instancias (familia, escuela, comunidad) deben tomar parte para contribuir a una perspectiva constructivista de educar para la vida y de fomentar hábitos de vida sanos a través de la buena utilización del tiempo libre, que a su vez favorece el proceso de socialización en la vida escolar, familiar y social.

5.3 Marco normativo

Para este apartado se realizó una recopilación de las principales normas que han aportado desde su historicidad a esfuerzos políticos en pro de la prevención para el consumo de sustancias psicoactivas (Figura 3). Estas son presentadas mediante una línea de tiempo pero, para efectos de profundizar en la normatividad concerniente a esta investigación, solo se tomaron las que competen a la protección de los adolescentes, la prevención y el tratamiento (ver Cuadro 1).

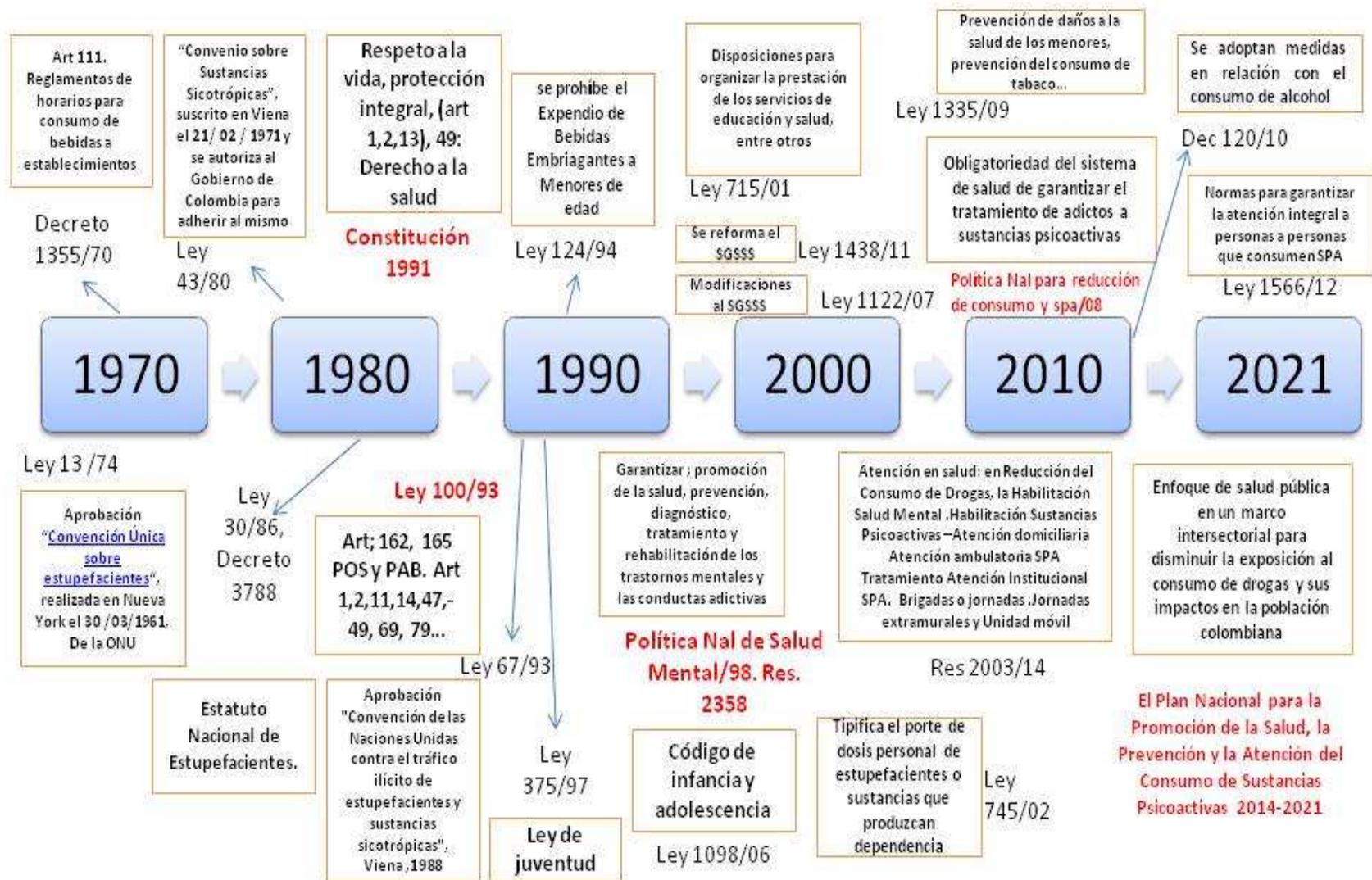


Figura 3. Línea en el tiempo de las normas sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la adolescencia.

Cuadro 1. Resumen de las normas nacionales con respecto al consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes.

| Ley, normatividad o decreto | Título y objeto |
|---|--|
| Ley Constitución Nacional 1991 (artículos: 1, 2 y 13). | Respeto a la vida humana; garantizar la preservación e integridad personal. No consiste solamente en la supervivencia biológica, sino que, tratándose justamente de la que corresponde al ser humano, el derecho fundamental a la integridad personal y, al hacerlo, no solamente cubre la composición física de la persona, sino la plenitud de los elementos. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al infante y al adolescente para garantizar su desarrollo armónico, la formación integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás (artículo 44) ⁹⁸ . |
| Constitución política de 1991, artículo 49, el derecho a la salud. | La atención de la salud: el Estado debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado garantizar la prestación de servicios de salud y garantizar la prestación de vigilancia y control de los mismos. El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, etcétera, define el artículo 366 de la Constitución. ⁹⁸ |
| Ley 100 de 1993 (Diciembre 23) Diario Oficial No. 41.148 de 23 de diciembre de 1993 ⁹⁹ | Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral, ley que pregona como sus principales objetivos: 1) asegurar la cobertura universal mediante un sistema de seguro social para todos los colombianos, 2) ofrecer a la población el acceso equitativo a un paquete básico de servicios de salud, 3) mejorar la eficiencia del sector promoviendo una mejor utilización de los recursos y reorientándolos hacia la atención preventiva y primaria, especialmente en las áreas rurales y pobres, y 4) garantizar que los servicios cumplan con unos estándares básicos de calidad. En resumidas cuentas, garantizar el derecho a la salud a todos los colombianos; lo que tiene conexidad con el derecho a la vida de las personas. ¹⁰⁰ . |
| En su artículo 162, 165 | Plan Obligatorio de Salud, POS, para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Definió también en su artículo 165; el Plan de Atención Básica, PAB, que sería constituido por aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas |

| Ley, normatividad o decreto | Título y objeto |
|---|---|
| | que son dirigidas a los individuos, pero tienen altas externalidades, tales como la información pública, la educación y fomento de la salud, el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, etcétera. La prestación del PAB, que sería gratuito y obligatorio, previó financiar el plan garantizando recursos fiscales del Gobierno Nacional, complementada con recursos de los entes territoriales, buscando un acceso progresivo a un plan de protección integral. |
| Los artículos 1, 2, 11, 44, 47, 48, 49, 64, 79, 95 (numeral 8º), 365 y 366 de la Constitución Nacional. | Regulan la protección de la salud mental como derecho esencial y colectivo frente a factores que la afectan, como bien de interés público, como deber del Estado, la sociedad, los particulares y la familia; y como objetivo fundamental y social del Estado y componente del orden público esencial para la convivencia ciudadana ⁹⁸ . |
| Política Nacional de Salud Mental de 1998, resolución 2358 de 1998. | Que es función del Sistema General de Seguridad Social en Salud dar cumplimiento a las disposiciones constitucionales que consagran el derecho a la vida, la salud integral y la seguridad social de los individuos. Que la salud es un bien y un servicio de interés público y general, en consecuencia se hace necesario adoptar las normas técnicas, administrativas y científicas, que garanticen a los usuarios calidad en la atención y regulen las actividades de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales y las conductas adictivas ¹⁰¹ |
| Políticas nacionales con respecto al consumo Estatuto Nacional de Estupefacientes | Tipifica los delitos relacionados con la producción y el tráfico de drogas ilícitas en Colombia. En lo que tiene que ver con consumo, reglamenta las campañas de prevención y programas educativos para evitar el uso de drogas y dispone la creación de la Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE), como Unidad Administrativa Especial adscrita al hoy llamado Ministerio del Interior y de Justicia ¹⁰² La representación social que la comunidad, la familia, las empresas y las instituciones educativas tienen del consumidor de drogas juega un papel activo. |
| Ley 115 de 1994 ¹⁰³ . Ley General de Educación, Decreto 1108 de 1994. | Señala las normas generales para regular el servicio público de la educación, que cumple una función social acorde con las necesidades e intereses de las personas, de la familia y de la sociedad. Se fundamenta en los principios de la Constitución Política sobre el derecho a la educación que tiene toda persona, en las libertades de enseñanza, aprendizaje, investigación y cátedra y en su carácter de |

| Ley, normatividad o decreto | Título y objeto |
|--|---|
| | servicio público. En el mismo año, la Ley 124 prohíbe el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad. |
| Ley 375 de 1997. | Conocida como la Ley de Juventud, plantea que el Estado debe promover la formación integral del joven que contribuya a su desarrollo físico, psicológico, social, y espiritual. ¹⁰⁴ |
| Ley 745 de 2002. | Conductas contravencionales por el consumo o porte de sustancias que inducen dependencia en presencia de menores, en establecimientos educativos y en lugares de esparcimiento ¹⁰⁵ |
| Ley 1098 de noviembre 8 de 2006, Código de infancia y adolescencia | Fundamentados en el principio de la protección integral y el interés superior del niño, niña y adolescente, ya que sus derechos prevalecen sobre los de los demás. En el artículo 27 define el derecho a la salud: todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, síquico y fisiológico, y no solo la ausencia de enfermedad. Ningún hospital, clínica, centro de salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera de atención en salud. ¹⁰⁶ |
| Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y su impacto de 2008. | La Sentencia T-814 de 2008 ¹⁰⁷ , sobre la obligatoriedad del sistema de salud de garantizar el tratamiento de adictos a sustancias psicoactivas. Es decir, la obligación del Estado, a través del Sistema de Salud, de garantizar el tratamiento de las personas que están enfermas de una adicción a las drogas. |
| Ley 1438 de 2011. | Tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia atención primaria en salud que permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable que brinde servicios de mayor calidad, incluyentes y equitativos, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país ¹⁰⁸ |
| Ley 1566 del 31 de julio 2012, Artículos 1 y 2. | Por el cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen psicoactivos; reconózcase que el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos. Por lo tanto, el abuso y la adicción deberán ser tratados |

| Ley, normatividad o decreto | Título y objeto |
|--|--|
| | <p>como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado, conforme a la normatividad vigente y las políticas públicas nacionales en salud mental y para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Toda persona que sufra trastornos mentales o cualquier otra patología derivada del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas lícitas o ilícitas tendrá derecho a ser atendida en forma integral por las entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud y las instituciones públicas o privadas especializadas para el tratamiento de dichos trastornos¹⁰⁹.</p> |
| <p>El Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014-2021.</p> | <p>Es un esfuerzo nacional por incorporar el enfoque de salud pública en un marco intersectorial para disminuir la exposición al consumo de drogas y sus impactos en la población colombiana. Plantea como definición de salud pública la utilizada en la Ley 1122 de 2007, referente a que la salud pública está constituida por un conjunto de políticas que busca garantizar de manera integrada la salud de la población por medio de acciones dirigidas, tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad. Con respecto al consumo de drogas, el enfoque de salud pública es una concreción del enfoque de derechos en términos de la garantía de un ciclo de servicios que van desde la promoción de la salud, hasta el tratamiento especializado. El logro de la salud pública es el desarrollo social y económico de las naciones. El sector de la salud funciona como un vínculo entre los campos en los que avanza el conocimiento, acerca de cómo se gesta la salud de las personas. Por lo anterior, como se indica más adelante, la salud pública es un asunto de todas de las políticas.¹¹⁰</p> |

6. Aproximación metodológica

6.1.1 Tipo de estudio

Para el logro de los objetivos propuestos, esta investigación se enmarcó dentro de un diseño de método mixto con estatus dominante y de orden secuencial bajo la perspectiva de complementariedad. Se entiende por método mixto, aquellos que combinan metodología cuantitativa y cualitativa dirigida a explorar y obtener un conocimiento más amplio acerca del objeto de estudio y comprenderlo integralmente¹¹¹, en esta misma línea de pensamiento Creswell¹¹², argumenta que la investigación mixta puede integrar en un mismo estudio, metodologías cuantitativas y cualitativas, con el propósito que exista mayor comprensión acerca del objeto de estudio. Para entender el enfoque propuesto de una manera más holística y práctica, se tomaron como referentes a Johnson, leech y Omwyegbuzie, citado en Pereira¹¹³, plantearon que las investigaciones con un diseño mixto podían ser de dos tipos:

Con modelo mixto: en el cual se combinan en una misma etapa o fase de investigación, tanto métodos cuantitativos, como cualitativos. **Con método mixto:** los métodos cuantitativos se utilizan en una etapa o fase de la investigación y los cualitativos en otra. Es de resaltar la importancia de los métodos mixtos, al constituir una excelente alternativa para abordar temáticas de investigación en diferentes campos, el proceso de investigación es inherente a la vida misma, no obstante, la investigación lleva además de un interés y una necesidad, una búsqueda para la profundización y comprensión de los fenómenos de interés para la Salud Pública, más allá de lo meramente evidente. Involucra una búsqueda constante por aumentar conocimientos y transformar, de manera positiva, la realidad. Según Shulman en 1986, referenciado por Pereira¹¹³, plantea que el conocimiento no crece de forma natural e inexorable. Crece por las investigaciones de los estudiosos (empíricos, teóricos, prácticos) y es por tanto una función de los tipos de preguntas formuladas, problemas planteados y cuestiones estructuradas por aquellos que investigan.

En este sentido, es que se han desarrollado diferentes paradigmas en la investigación, así como la diversidad de enfoques que de ellos se derivan. Por otra parte Hernández, Fernández y Baptista¹¹⁴, *“señalan que estos diseños representan el más alto grado de integración y combinación entre ambos enfoques,*

entremezclando o combinando todo un proceso de investigación o al menos, en la mayoría de sus etapas (..) agrega complejidad al diseño de estudio; pero contempla todas las ventajas de cada uno de los enfoques.

Para esta investigación, además se asumió una estrategia secuencial explicatoria, donde los resultados cualitativos contribuyen o son usados para explicar y complementar los resultados cuantitativos, el orden es CUANTITATIVO---cualitativo, donde el énfasis es explicar e interpretar algunas relaciones del fenómeno en estudio (Figura 4).

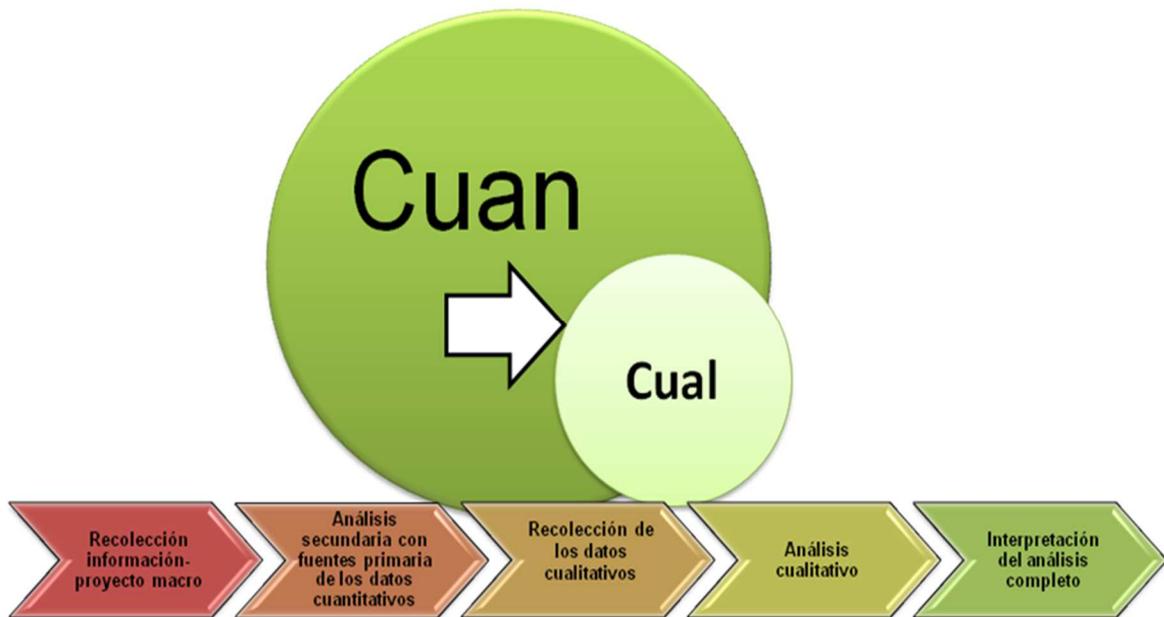


Figura 4. Modelo gráfico explicativo para el diseño método mixto utilizado con estatus dominante y de orden secuencial para el análisis de la información^{†††}

Diseño cuantitativo. Transversal de asociación, consistió en describir el comportamiento del consumo de las sustancias psicoactivas y su relación con algunos indicadores de salud mental. Para el diseño mixto, lo cuantitativo responde a estatus dominante, en el sentido de la priorización en que los datos cuantitativos predominan sobre los cualitativos, que según la explicación puede ser tanto secuencial como concurrente, según lo anteriormente mencionado.

Enfoque cualitativo. En este apartado se hace necesario exponer, los aportes dados por varios autores, que ayudaron a complementar la posición utilizada para

^{†††} Cuan: cuantitativo, Cual: Cualitativo

el análisis cualitativo, con herramientas desde una perspectiva etnográfica; de acuerdo con Taylor y Bogdan¹¹⁵, es un modo de enfocar los problemas y darle respuestas desde la perspectiva de los propios actores que experimentan el mundo y desde lo que ellos perciben como importante, en este sentido, *“que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable”*, en conexión con esto, según Galeano¹¹⁶, además de permitir abordar la interioridad de los sujetos, las estructuras y los procesos como los seres humanos interpretan, perciben y dan sentido a un objeto, evento u acción, la investigación cualitativa también posibilita explorar las relaciones que se establecen con los contextos y con otros actores sociales.

Una de las características del proceso de investigación etnográfico es su “condición de holismo o sea la relación de las partes con el todo”, no quiere decir que la investigadora comprenda “toda la realidad”, es más bien la forma de comprenderla la cual contrasta con el esquema convencional del llamado enfoque positivista y que tiene como intención el fraccionamiento de la realidad en variables que puedan ser manipuladas independientemente y controlando otros factores que pudieran interferir en la identificación de la relación entre esas variables”¹¹⁷.

Siguiendo a Minayo¹¹⁸, *“comprender e interpretar se fundamentan epistemológicamente, en sustantivos como la experiencia y la vivencia”*. Lo comprensivo implica explicación del fenómeno, en el sentido de tener una visión de lo que acontece, no solo desde la descripción, sino entendiendo las motivaciones y las consecuencias de las acciones, desde el punto de vista de los actores¹¹⁸, este autor nos define que es la experiencia y las vivencias:

Cuadro 2. Diferencia entre experiencias y vivencias según Minayo

| La experiencia | Las vivencias |
|--|---|
| <p><i>“El mundo de la experiencia es el mundo de la vida, es decir, la base de toda acción, así como de toda operación de conocimiento y elaboración científica”. Minayo plantea que de acuerdo con Heidegger “el concepto de experiencia habla del ser-ahí (tal como se presenta), del ser-en-el-mundo y de la acción humana y que para este autor el sentido de la experiencia es la comprensión: el ser humano “es” comprendiéndose a sí mismo y su sentido en el mundo de la vida”¹¹⁸</i></p> | <p><i>Minayo describe que, en este aspecto, “la vivencia es la experiencia viva y humana cuyo contenido está formado por la actuación de las totalidades de las fuerzas psíquicas. Las ciencias comprensivas están fundadas en el nexo entre experiencia, vivencia y comprensión. Pero la vivencia se distingue de la experiencia, pues constituye el criterio individual responsable de la caracterización de lo real”¹¹⁸</i></p> |

En otro aspecto de acuerdo con Peñaranda *“la investigación de lo social y humano debe ser abordada en sus ambientes naturales, en la cotidianidad (...), para poder entender lo que se sucede, se debe partir de la visión de los propios actores desde una posición ontológica. Como lo sugiere Peñaranda; “toda etnografía está atada a una concepción de cultura”¹¹⁷*. En esta investigación el significado cultura se plantea desde lo propuesto por Taylor que señala que la cultura: *“es ese complejo total que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, la ley, las costumbres y otras aptitudes y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad”*. La cultura es todo lo creado por el ser humano, todo lo que no es naturaleza, resaltando la importancia de exponer los hechos históricos, pero no solamente como una sucesión de hechos, sino además como la conexión de los acontecimientos, únicamente las causas concretas y naturales determinan la acción humana, un acontecimiento siempre es hijo de otro acontecimiento. Un primer paso para el estudio de la civilización consiste en diseccionarla en detalles y clasificarlos en grupos adecuados^{119,120}.

En ese orden de ideas, con la herramienta cualitativa aquí considerada, se buscó contribuir y complementar desde el discurso de los adolescentes escolarizados en cuanto las experiencias y vivencias, a los datos cuantitativos en algunos

comportamientos sobre el consumo de sustancias psicoactivas y su relación con algunos indicadores de salud mental, en el contexto individual, escolar y familiar.

Para esta investigación el análisis se realizó en tres fases; una primera fase, en donde el diseño es cuantitativo, dado que se compone de todo el análisis descriptivo y con la utilización de métodos estadísticos de asociación, además se empleó análisis bivariados y la explicación de un modelo de ecuaciones estructurales, todo esto con parte de la base de datos entregada por el proyecto macro a la investigadora para la generación de estos análisis. Para la segunda fase, se utiliza un enfoque cualitativo, donde se toman herramientas desde una perspectiva etnográfica, como lo son la observación-participante, el diario de campo y la estrategia de grupos focales. En la tercera fase, se realiza la integración de ambos resultados mediante la interpretación y la explicación de los mismos y en donde el análisis cuantitativo es predominante y el análisis de las categorías cualitativas ejercen en complementariedad, según la estrategia secuencial (Propuesta de enfoque con método mixto), la cual es integrada en el capítulo de resultados¹²¹. Ver Figura 5.

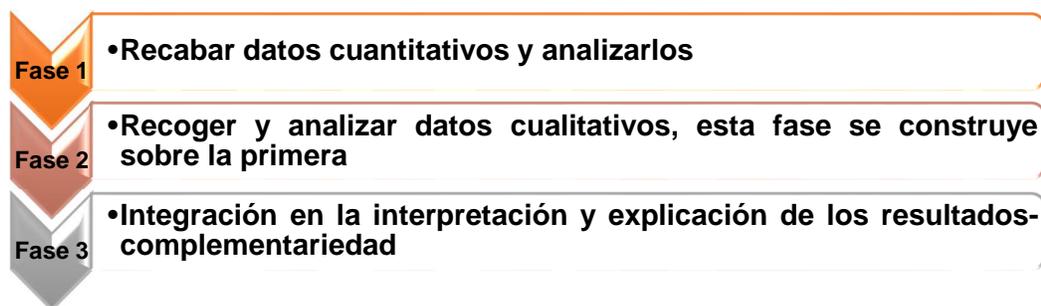


Figura 5. Diseño método mixto por fases

Para abordar la problemática sobre el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas en el contexto de los adolescentes escolarizados y en especial para el municipio de Marinilla, fue importante considerar en optar por otras opciones de acercamiento a esta realidad y buscando fortalecer con las narraciones, o verbalizaciones de los actores, que combinado con los datos numéricos le ofrezcan un mayor sentido a la comprensión del fenómeno.

6.1.2 Fase I: Diseño cuantitativo

6.1.2.1 Unidad de observación: población objeto de estudio

Para la Fase I-cuantitativa: la unidad de observación fueron los adolescentes inscritos y estudiando en cualquiera de los grados de 6^o a 11^o, de las instituciones educativas del municipio de Marinilla y que en el momento de aplicación del instrumento *“Salud mental en adolescentes escolarizados del municipio de Marinilla-Antioquia 2015”*, sus edades estuviesen entre los 11 a 19 años.

6.1.2.2 Muestra: fase cuantitativa

Fue tomada del proyecto macro *“Indicadores en Salud mental de los adolescentes escolarizados Municipio Marinilla 2015”*. La inferencia estadística partió del conocimiento de las probabilidades de selección o inclusión de cada uno de los objetos susceptibles de hacer parte de la muestra. Para obtener el número total de adolescentes escolarizados del municipio de Marinilla, se obtuvo autorización a través de la Secretaría de Educación Municipal para que proporcionaran el total de matriculados por institución, considerando que, al momento, esta era la fuente más confiable de información. La muestra para la investigación *“El consumo de sustancias psicoactivas y su relación con algunos indicadores de salud mental 2015-2016”*, se realizó con base en la población objetivo, constituida por 8120 adolescentes que, al momento de la aplicación del instrumento, estuviesen matriculados en cualquier grado de secundaria básica y nivel media, en los planteles educativos, que operan tanto en la zona urbana como rural del municipio de Marinilla. De este total solo participaron 3649 estudiantes, una de las limitaciones del estudio macro consistió en que una Institución educativa de carácter privado no participó en el tamizaje. Además se observó al momento de la aplicación del instrumento, que del total de estudiantes inscritos, en el periodo escogido más del 35% ya no hacía parte de la institución educativa.

Tabla 3. Instituciones Educativas del nivel de secundaria del municipio de Marinilla (Antioquia) 2015.

| Institución Educativa | Total Mujeres | Total Hombres | Zona |
|---|---------------|---------------|-------------|
| Centro Educativo Rural Emilio Botero González | 18 | 26 | Rural |
| Normal Superior Rafael M ^a Giraldo | 611 | 228 | Urbano |
| Instituto Educativo Francisco Manzuelo Giraldo | 257 | 359 | Rural |
| Instituto Educativo Técnico Industrial | 352 | 845 | Urbano |
| Instituto de Educación Rural Técnico de Marinilla | 352 | 845 | Rural |
| Instituto Educativo San José | 538 | 651 | Urbano |
| Institución Educativa Rosalía Hoyos | 107 | 308 | Rural |
| Colegio Corazonistas Privado | 57 | 407 | Rural |
| Colegio UPB Privado | 147 | 123 | Urbano |
| Colegio COREDI Privado | 410 | 490 | Urbano |
| Instituto Educativo Román Gómez | 611 | 378 | Urbano |
| Total | 3460 | 4660 | 8120 |

Fuente: proyecto macro "Indicadores de salud mental de los adolescentes escolarizados municipio de Marinilla-Ant 2015".

Se consideró de interés para el estudio, la proporción de adolescentes según el tamizaje previo, donde la proporción se representó por P^* .

Para estimar la proporción ³³ se utilizó: $n_0 = \frac{z^2 P^* Q^*}{\delta^2}$

$$n_0 = \frac{z^2 P^* Q^*}{\delta^2} \left(\frac{N-1}{N} + \frac{1}{N} \right)$$

Donde $P^*=0.462$ se consideró de acuerdo a lo observado en el estudio previo de los adolescentes con algún riesgo de suicidio en Marinilla 2015, para un total de 3649 participantes³³.y $Q^*=1-P^*$. Además z es el cuantil de la distribución normal con un 95% de confianza, $z=1.96$ y δ es el máximo error absoluto permisible en la estimación de P , $\delta=7.0 \%=0.07$.

Se hace la corrección del tamaño de muestra para poblaciones finitas con la

fórmula, $n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$ y se obtiene el tamaño de muestra definitivo, el cual es de **n=700**

con un error del 4.0 % en la estimación de la proporción de estudiantes con las características de interés definidas anteriormente.

La probabilidad de selección de un estudiante en cualquier institución educativa fue:

$$P = \frac{\text{Número .de.estudiante s.de.sec undaria .asignados .en.la.muestra .para .IE}}{\text{Total .de.estudiante s.de.sec undaria .de.la.IE}}$$

6.1.2.3 Criterios de Inclusión: fase cuantitativa

Para la Fase I-cuantitativa: para garantizar validez en los resultados de la investigación la población objeto de estudio, debió cumplir con los siguientes requisitos:

- ✓ Ser adolescente escolarizado de básica secundaria en instituciones educativas pertenecientes al municipio.
- ✓ Con respecto a la edad del encuestado, estar entre los 11 a 19 años.
- ✓ Que el participante viva en el municipio de Marinilla.
- ✓ El participante debe ser soltero.
- ✓ Aceptar libremente la participación en la investigación.
- ✓ Que el participante sea autorizado por los padres y/o acudiente.
- ✓ Estar en condiciones físicas y mentales de responder algunas preguntas utilizadas en el instrumento de observación.

6.1.2.4 Instrumento de recolección de la información: fase cuantitativa

Se utilizó un cuestionario el cual fue aplicado a los estudiantes mediante la técnica de auto diligenciamiento dentro del proyecto macro, bajo la supervisión de psicólogos y/o personal de la salud proporcionados por el municipio de Marinilla. Este instrumento está compuesto por cinco escalas: *depresión (CDI)*, *Riesgo de suicidio (ISO 30)*, *consumo de sustancias psicoactivas (CIDI II)*, *funcionamiento familiar (Apgar familiar)* y *vulnerabilidad familiar (¿cómo es tu familia?)* las cuales son de uso libre. En el presente estudio se consideraron las escalas de consumo de sustancias psicoactivas (CIDI II), funcionamiento familiar (Apgar familiar), vulnerabilidad familiar (¿cómo es tu familia?), además de algunas preguntas incluidas en el instrumento sobre el uso del tiempo libre, sobre si el adolescente consulta por consumo de sustancias psicoactivas y a quien consulta, ver anexo 2. Las características de cada uno de los instrumentos se describen a continuación:

- **Apgar familiar**

Es un instrumento diseñado y desarrollado en 1978 por Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington), quien basándose en una experiencia como Médico de Familia propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de atención primaria, para aproximarse de una manera objetiva a la función familiar del paciente. Este test fue denominado “APGAR familiar” por ser una palabra fácil de recordar a nivel de los médicos, dada su familiaridad con el test de uso casi universal en la evaluación de recién nacidos propuesto por la doctora Virginia Apgar, y por qué denota una evaluación rápida y de fácil aplicación¹²². Esta herramienta es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. El registro de esta percepción es particularmente importante en contextos como la práctica ambulatoria, en el cual no es común que los pacientes o usuarios manifiesten directamente sus problemas familiares; permite a los profesionales de la salud desarrollar una visión íntegra de las interacciones actuales, de los puntos débiles y fuertes de la familia. Este instrumento consiste en una tabla con cinco enunciados que hacen referencia a las características básicas que hacen que la familia sea funcional y armónica:

Cuadro 3. Constructos que posee la escala APGAR familiar

| | |
|--|--|
| <p>Adaptación (A): evalúa la utilización de los recursos intra y extrafamiliares para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por algún estresor durante un período de crisis</p> | <p>•Participación (P): mide la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación con el grado de comunicación existente entre ellos en asunto de interés común y en la búsqueda de estrategias y soluciones para sus problemas.</p> |
| <p>Ganancia (G): hace referencia a la forma en que los miembros de la familia encuentran satisfacción en la medida en que su grupo familiar acepte y apoye las acciones que emprendan para impulsar y fortalecer su crecimiento personal.</p> | <p>Afecto (A): evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia en relación a la respuesta ante expresiones de amor, afecto, pena o rabia dentro del grupo familiar</p> |
| <p>Resolución (R): evalúa la forma en que cada miembro se compromete a dedicar recursos como tiempo, espacio y dinero al núcleo. Los recursos son elementos esenciales en la dinámica familiar</p> | |

La prueba se utilizó mediante un cuestionario que consta de 5 preguntas, cada una con cinco posibles respuestas, donde para cada pregunta se debe marcar solo una.

Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación:

Cuadro 4. Escala de puntuación de la APGAR familiar

| | |
|------------------|---|
| 0: Nunca | La puntuación final está entre 0 a 20 y se interpreta de la siguiente manera: Buena función familiar: 18 - 20 puntos Disfunción familiar leve: 14 - 17 puntos Disfunción familiar moderada: 10 - 13 puntos Disfunción familiar severa: 9 puntos o menos |
| 1: Casi nunca | |
| 2: Algunas veces | |
| 3: Casi siempre | |
| 4: Siempre | |

Con respecto a la validez y fiabilidad del instrumento se tiene que:

Cuadro 5. Validez y fiabilidad de la escala APGAR familiar

| | |
|--|--|
| Fiabilidad: En la validación española la fiabilidad test-retest es superior a 0,75. Posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0,84). | Validez: En el trabajo original se obtiene un alto grado de correlación (0.80) con el Pless-Satterwhite Family Function Index. El análisis factorial demuestra que se trata de una escala unidimensional, es decir, los 5 ítems miden aspectos del mismo concepto (la disfunción familiar). |
|--|--|

- **Escala: ¿cómo es tu familia?**

Esta escala hace parte del proyecto Evaluación de la Salud de la Familia ubicado en el contexto del Programa de Salud Integral del Adolescente. Este programa a su vez se enmarca dentro de la línea de trabajo en Adolescencia y Juventud, desarrollado por el programa Regional para las Américas de Salud Materno-infantil, resultado de las decisiones tomadas sobre el tema entre 1984 y 1992, en la Cumbre Mundial a favor de la Infancia, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la salud (Reunión OMS / OPS, 1992). Uno de los componentes del plan de acción correspondiente al anterior marco de referencia es el proyecto que se dio a la luz pública y a la comunidad científica de Latinoamérica y el Caribe⁹⁵.

Tanto el Manual de Indicadores de Salud del Adolescente como el instrumento de evaluación de funcionamiento familiar “¿Cómo es tu familia?” es el resultado de la participación de profesionales provenientes de la Universidad de Chile, Universidad de Minnesota, Universidad Santo Tomás (Bogotá) y Universidad de Caldas (Colombia), Universidad de Sao Paulo y Universidad de Buenos Aires. Además de los aportes de expertos del programa de Salud del Adolescente de Costa Rica, Río

de Janeiro y de las Antillas, los cuales han trabajado bajo la coordinación científico-técnica de los Consultores Regionales de la OPS, y con el patrocinio de la Fundación W.K. Kellogg, desde 1993.

Este instrumento fue diseñado con el objetivo de identificar indicadores de salud familiar y sus efectos sobre la salud integral del adolescente. La escala permite evaluar diversos aspectos de funcionamiento familiar, entre los cuales es posible analizar la estructura y dinámica familiar y contribuir a la adecuación de los servicios de atención de la salud del adolescente dentro del contexto psicosocial y transdisciplinario que lo inspira.

Puesto que se pretende evaluar el funcionamiento de la familia, ésta se define como *“un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas por sangre, por matrimonio, por adopción, por conveniencia o por relación estable de más de seis meses. Compartir la vivienda, significa que esa es la residencia estable de las personas; es decir, el lugar donde interactúan con otros, mantienen sus pertenencias y pasan la noche habitualmente”*. Además de la inclusión de la definición de los tipos de familia expuestos en este mismo documento en el marco referencial⁷⁵.

Las categorías que evalúa el cuestionario son la adaptabilidad y la vulnerabilidad a las crisis en los grupos familiares, con el fin de que los resultados permitan hacer planteamientos de diagnóstico y pronóstico que vaya más allá de la mera descripción cuantitativa de ciertas conductas familiares. El instrumento contiene 8 factores que se componen a su vez de varios subfactores. Una de las bondades de éste instrumento es que permite obtener el perfil de funcionamiento familiar con base en los siguientes tipos de puntaje:

- ✓ Puntaje individual en cada factor.
- ✓ Puntaje promedios de todas las familias estudiadas para cada factor.
- ✓ Promedios, porcentajes, desviaciones estándar y demás medidas estadísticas por grupo de adolescentes.

En cuanto a la validez y confiabilidad, cada uno de los factores constitutivos de la prueba se compone a su vez de varios subfactores o ítems, los cuales pueden observarse detalladamente en el cuestionario adjunto. Los valores de los Coeficientes de Alfa de Cronbach, que miden la confiabilidad o consistencia interna, entre los diversos factores de la escala oscilan entre 0,51 y 0,81, denotando que la

mayoría están entre 0,60 y 0,80, lo cual permite confiar en la consistencia del instrumento. A continuación, se especifican los valores del alfa de Cronbach o coeficientes de correlación para los diversos ítems o subfactores.

Cuadro 6. Constructo de la escala ¿Como es tu familia?

| | |
|---|---|
| <p>a. Tipo de relaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> * Tipo de familia. * Número de miembros. * Cohesión familiar. Coeficiente de correlación o alfa de Cronbach: 0,76 * Participación. Cc = 0,76 * Rutinas familiares. Cc = 0,72 | <p>b. Afrontamiento de problemas</p> <ul style="list-style-type: none"> * Búsqueda de apoyo social. Cc = 0,53 * Búsqueda de apoyo espiritual. Cc=0,61 * Búsqueda de apoyo profesional. Cc = 0,61 * Redefinición del problema. Cc = 0,61 |
| <p>c. Apoyo del adolescente. Cc = de 0,60 a 0,70</p> | <p>d. Valores</p> <ul style="list-style-type: none"> * Valores morales. Cc = 0,71 |
| <p>e. Satisfacción</p> <ul style="list-style-type: none"> * Satisfacción con la vida. * Sentimientos de felicidad * Rendimiento académico de los adolescentes | <p>f. Acumulación de tensiones.</p> <p>g. Problemas de comportamiento y salud.</p> <p>h. Síntomas y problemas.</p> <p>i. Tratamientos</p> |

• **Consumo de Sustancias Psicoactivas - CIDI II**

El instrumento de aplicación consiste en una adaptación correspondiente al tema en el CIDI II (Composite Internacional Diagnostic Interview), Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta¹²³. es una entrevista desarrollada por la Organización Mundial de la Salud.; ésta genera diagnósticos psiquiátricos de acuerdo con las definiciones y los criterios del CIE-10 y del DSM-IV, se incluyeron las secciones B, J y L, las cuales indagan sobre el consumo de cigarrillo, alcohol, marihuana , cocaína, heroína, inhalantes entre otras sustancia psicoactivas; esta prueba fue validada para Colombia en el estudio Nacional de Salud Mental 1992 y 2003, utilizado además para los estudios de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de secundaria, en Envigado 1999¹²⁴ , Itagüí 2003³⁸ y Guatapé 2005³⁹. El grupo de investigación adscrito a la Facultad Nacional de Salud Pública, Aplicaciones estadísticas en Salud, ha venido aplicando estas sesiones desde el año 2006, en estudios a población adolescentes escolarizados pertenecientes a: zona Nororiental 2006⁴⁶, Zona Noroccidental 2010⁴⁹, Municipio de Copacabana 2010, Municipio de Ebéjico 2010, Villa Hermosa-Tolima 2013 y Marinilla 2015. El CIDI II produce puntajes para un diagnóstico positivo de dependencia, abuso y

abandono en el consumo de psicoactivos. Estos instrumentos poseen los respectivos avales para ser aplicados.

6.1.2.5 Plan de recolección de Información: fase cuantitativa

Previo a este momento, se generaron varias reuniones entre los integrantes del grupo Aplicaciones y Estadística en salud Pública de la F.N.S.P de la U de A, con los representantes municipales como el Secretario de Salud, el Secretario de Educación, la Gerente del hospital San Juan de Dios de Marinilla y el grupo de Salud Mental del municipio con el fin de realizar las siguientes actividades:

- ✓ Sensibilización a las autoridades del municipio y la obtención de su consentimiento para realizar la investigación.
- ✓ Presentación del proyecto macro en cuanto a objetivos, instrumento, estrategias y cronograma para la recolección de la información.
- ✓ Capacitación sobre el instrumento a las personas (área de salud) designadas por el hospital que apoyarían en esta recolección, se les capacitó con el fin de que al momento de que el adolescente encontrara alguna inquietud con respecto al diligenciamiento, esta persona estuviera en capacidad de contestar y resolver dichas inquietudes, también estuvo presente personal psicosocial por parte del municipio.
- ✓ Sensibilización a los directivos docentes y la obtención de su consentimiento para realizar el estudio.
- ✓ Envío del consentimiento informado a los padres de familia de estudiantes menores de 18 años para que estén enterados del estudio.

6.1.2.6 Plan de análisis por objetivos específicos: fase cuantitativa

Para esta investigación se realizó un análisis secundario con fuente primaria, en cuanto a que la información digitada en el programa Access 2007 y los respectivos controles de calidad, la base de datos fue trasladada al paquete estadístico SPSS vs 22.0, mediante el método estadístico propuesto, se recodificaron las variables y se realizaron los cálculos de índices estadísticos, análisis univariados, bivariados etc. y se emplearon los métodos gráficos pertinentes para las tablas, además de tener en cuenta los referentes teóricos, se hizo necesario explorar las posibles asociaciones o relaciones entre las datos. Para el análisis de las ecuaciones

estructurales, se utilizó el módulo AMOS, componente del SPSS y vs 22.0. En este sentido se resume a continuación el plan de análisis por objetivos:

Cuadro 7. Análisis por objetivos cuantitativos de la investigación consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes escolarizados del Municipio de Marinilla 2015-2016

| Objetivo | Variables | Variable de cruce | Procedimiento estadístico | Método presentación |
|---|--|---|---|---------------------|
| Describir la población según las variables socio-demográficas | Sexo, grupos de edad, Nivel socioeconómico institución Tiempo de residencia Cambio de residencia por la violencia Tipología familiar | ----- | Porcentajes univariado T de student para diferencia de promedios | Tablas y/o gráficos |
| Describir la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas por primera sustancia consumida en la vida, edad de inicio, prevalencia de vida, en año y el acceso a la atención | Edad de inicio Primera sustancia consumida. Motivo que le llevo a consumir. Razón por la cual consume actualmente. Razones de exconsumo Percepción para obtener las sustancias SPA. Razones de no consumo Prevalencia de la dependencia Prevalencia del abuso Prevalencia del exconsumo | 1. Consumo de SPA según sexo Y grupos de edad 2. Consumo de SPA según amigos consumidores | Porcentajes IC 95% Z para diferencia de proporciones | Tablas y/o gráficos |

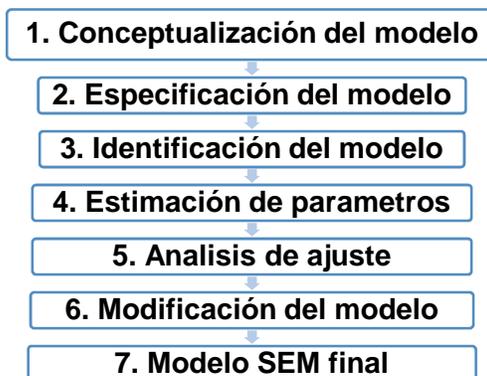
| Objetivo | Variables | Variable de cruce | Procedimiento estadístico | Método presentación |
|---|---|--|--|---------------------|
| | Consumo en pares o amigos Consulta por SPA A quien a consultado | | | |
| Determinar el uso del tiempo libre y su relación con el consumo de sustancias | Tiempo libre Actividades en el tiempo libre Grupo al que dedica el tiempo libre Dedicación a la actividad físico-deportiva Consumo de sustancia | 1. Consumo de SPA según uso del tiempo libre 2 Tiempo libre según sexo y grupos de edad | Porcentajes IC 95% Z para diferencia de proporciones | Tablas y/o gráficos |
| Determinar la distribución de la funcionalidad familiar y vulnerabilidad familiar. | Funcionabilidad familiar Vulnerabilidad familiar Consumo de sustancias psicoactivas en familiares | Sexo y grupos de edad | Porcentajes IC 95% Z para diferencia de proporciones | Tablas y/o gráficos |
| Explicar el modelo de ecuaciones estructurales la relación entre consumo de sustancias psicoactivas según funcionalidad, vulnerabilidad familiar y el uso del tiempo libre. | Consumo de sustancia psicoactiva Escala de Funcionabilidad familiar Ítems de vulnerabilidad familiar Uso del tiempo libre | Constructos de estas variables | Análisis modelo de ecuaciones estructurales | Esquema |

Por otra parte para dar respuesta al objetivo número 6, se construyó un modelo estadístico denominado Ecuaciones Estructurales, SEM^{##}; que permite estudiar un conjunto complejo de relaciones, por medio de técnicas multivariadas de análisis factorial y regresión lineal múltiple, generando redes de ecuaciones interrelacionadas. Según los autores es posible plantear el modelo de ecuaciones estructurales de distintas formas, complementarias entre sí, mediante diagrama, matricialmente y proponiendo un sistema de ecuaciones simultáneas.

La variable independiente en una ecuación de regresión puede ser una variable dependiente en otra ecuación. Estas variables en SEM pueden ser manifiestas (indicadores, medibles u observables), y latentes (constructor, factores o no insertables) incluyendo un error de medida (variables que el modelo no puede capturar) para las variables^{125.126}.

Para el diseño del modelo estructural se tomaron las variables: Consumo en la vida, los datos de la escala Funcionalidad familiar (Apgar familiar), y los ítems relacionados con la vulnerabilidad familiar (¿Cómo es tu familia) y las preguntas relacionadas con el uso del tiempo libre? Es importante tener presente que una relación causal enlaza las causas con los efectos de forma comprensible, como si fuera un teorema lógico. SEM, además de permitir y formular hipótesis sobre relaciones causales, posibilita cuantificar estadísticamente estas relaciones. Para la realización de este objetivo se tuvieron se cuenta los pasos requeridos para la realización de la SEM –modelo de ecuaciones estructurales¹²⁷, para asegurar que el modelo este correctamente especificado y que los resultados sean válidos.

Estos son los pasos:



SEM: Structural Equation Modeling

Paso 1: Conceptualización del modelo: claridad en el modelo teórico y formulación de hipótesis.

F1: Consumo de sustancias psicoactivas, F2: Factor funcionamiento familiar, F3: Factor vulnerabilidad familiar y F4: Uso del tiempo libre

Se realizan las hipótesis de las relaciones con base en la teoría explicando cada uno de los factores y las relaciones encontradas para cada uno de ellos, en este sentido se apoyan desde el marco teórico y con base a los resultados encontrados en este estudio. Resumen a partir del modelo teórico encontrado:

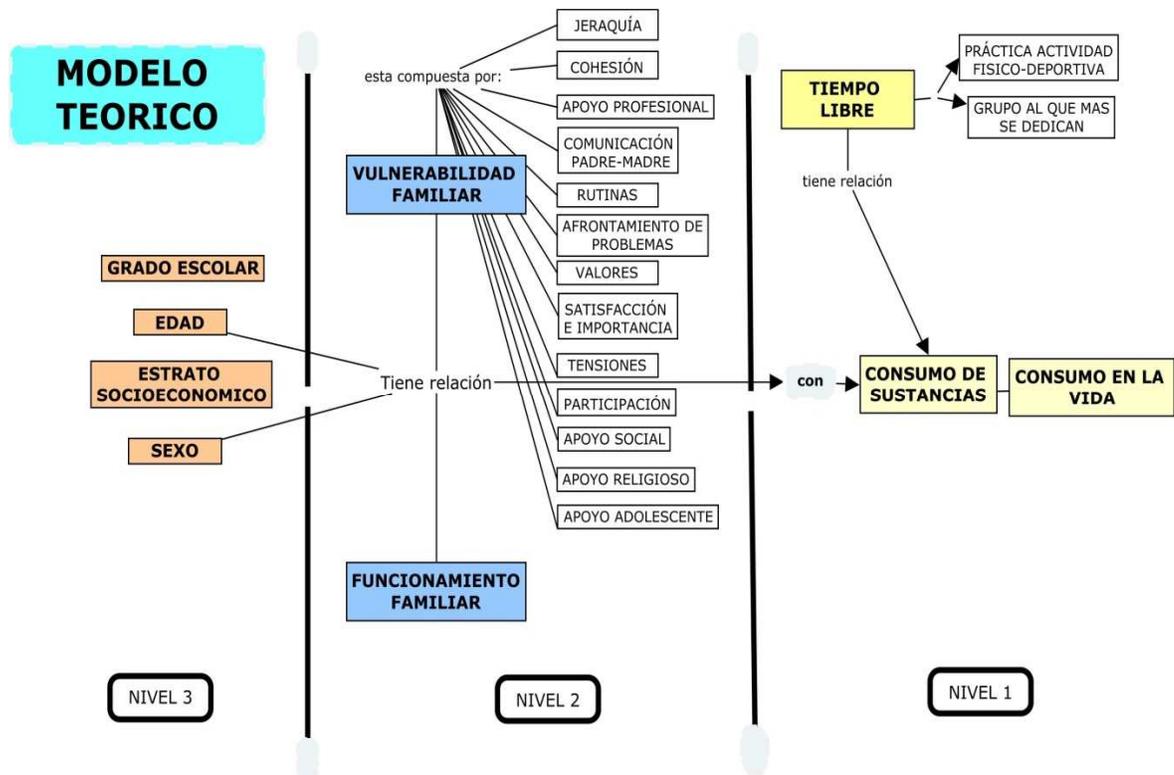


Figura 6. Diseño de modelo teórico previo con base a la teoría para la construcción del modelo de ecuaciones estructurales. Estudio adolescentes escolarizados Marinilla, Antioquia. 2015-2016.

Paso 2. Especificación del modelo

Se organizan los datos según el modelo a realizar, con el fin de establecer formalmente el modelo, que en esencia es una explicación teórica plausible de que las variables están o no relacionadas. El modelo teórico debe especificar las relaciones que se espera encontrar entre las variables (correlaciones, efectos directos, efectos indirectos, bucles).

Si una variable no es directamente observable, deben mencionarse los indicadores que permiten medirla. Ver tabla 6. Por lo tanto, se formula el modelo en formato gráfico path con el fin de identificar las ecuaciones y los parámetros, se construye a partir de 26 variables observadas, que corresponden a 26 ítems de preguntas identificadas en el instrumento aplicado a los adolescentes escolarizados. A partir de estos, se crean cuatro variables latentes y se determinan las relaciones entre sí. Ver Figura 7.

Cuadro 8. Identificación de la cantidad de factores y variables a observar

| Factor-variables latentes | Preguntas identificadas en el Instrumento |
|---|---|
| Consumo de sustancias: variable principal | C1Consumo: Consumo sustancias |
| Funcionalidad familiar | P31A: Adaptación P31B: Participación P31C: Ganancia P31D: Afecto P31E: Resolución |
| Vulnerabilidad familiar | PCohesión: Cohesión familiar PPProblemas: Participación en la solución de problemas PApoyosocial: Búsqueda de apoyo social PApoyorelig: Búsqueda apoyo religioso PApoyoprof: Búsqueda apoyo profesional PApoyoadoles: Fuentes de apoyo del adolescente PReDef: Redefinición de problemas PComumadre: Comunicación con la madre PComupadre: Comunicación con el padre PRutinas: Rutinas familiares PSatisfvida: Satisfacción con la vida PValoresmora: Importancia de los valores morales PEsfuerzo: Importancia del esfuerzo personal PPoder: Importancia del poder, dinero y sexo PFelicidad: Sentimientos de felicidad PJerarquía: Presencia de jerarquía y límites en la familia Pacumulaciontensiones: Acumulación de tensiones |
| Uso del tiempo libre | T1Tiempo libre: Dedicación del tiempo libre P10R: Grupo al que dedica el tiempo libre P11: El último año práctica de actividad físico-deportiva |

Paso 3. Identificación del modelo inicial

El modelo está identificado si los parámetros del modelo completo (modelo estructural y modelo de medida, juntos) pueden estimarse a partir de los elementos de la matriz de covarianzas de las variables observables. La regla conocida como “regla del conteo”, se emplea para identificar los modelos de ecuaciones estructurales. Se denotó al número total de variables con $s = p + q$, siendo p las variables endógenas y q las exógenas. Por consiguiente, el número de elementos no redundantes en Σ es igual a $.1/2 s(s+1)$. (351). Además, se denota al número total de parámetros a ser estimados en el modelo como t , por lo que, para realizar la identificación del modelo se debe tener la siguiente condición necesaria $t \leq \frac{1}{2} s(s+1)$. ($g=s(s+1/2-t)$). Se corre el modelo en el programa Amos, y para el modelo presentado en la figura anterior, se identifica variables endógenas es $p=29$, variables exógenas $q= 30$, variables no observadas 33 y variables observadas =26

- ✓ Si se tiene la igualdad, se dice que el modelo está posiblemente identificado.
- ✓ Si t es estrictamente menor que $\frac{1}{2} s(s+1)$, se dice que el modelo esta sobre identificado.
- ✓ Si t es mayor que $.1/2 s(s+1)$, entonces el modelo no está identificado.

Grados de libertad $(351- 53) = 298$, este dato es inferior a 351, se puede afirmar que el modelo se encuentra sobre-identificado, por lo que el modelo cumple la condición necesaria para estar identificado.

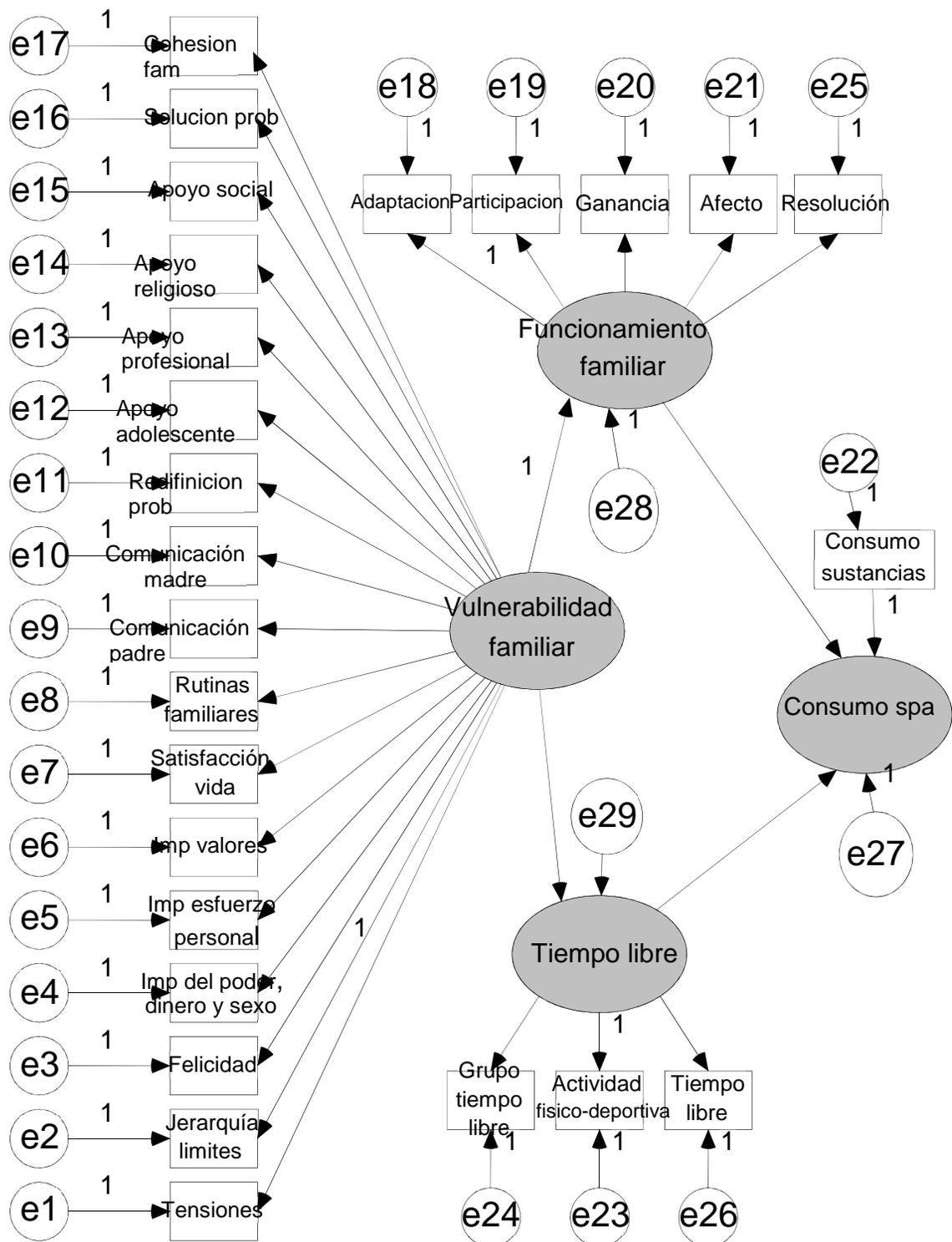


Figura 7. Modelo teórico SEM inicial, realizado en el programa AMOS. Estudio de adolescentes escolarizados Marinilla, Antioquia. 2015-2016.

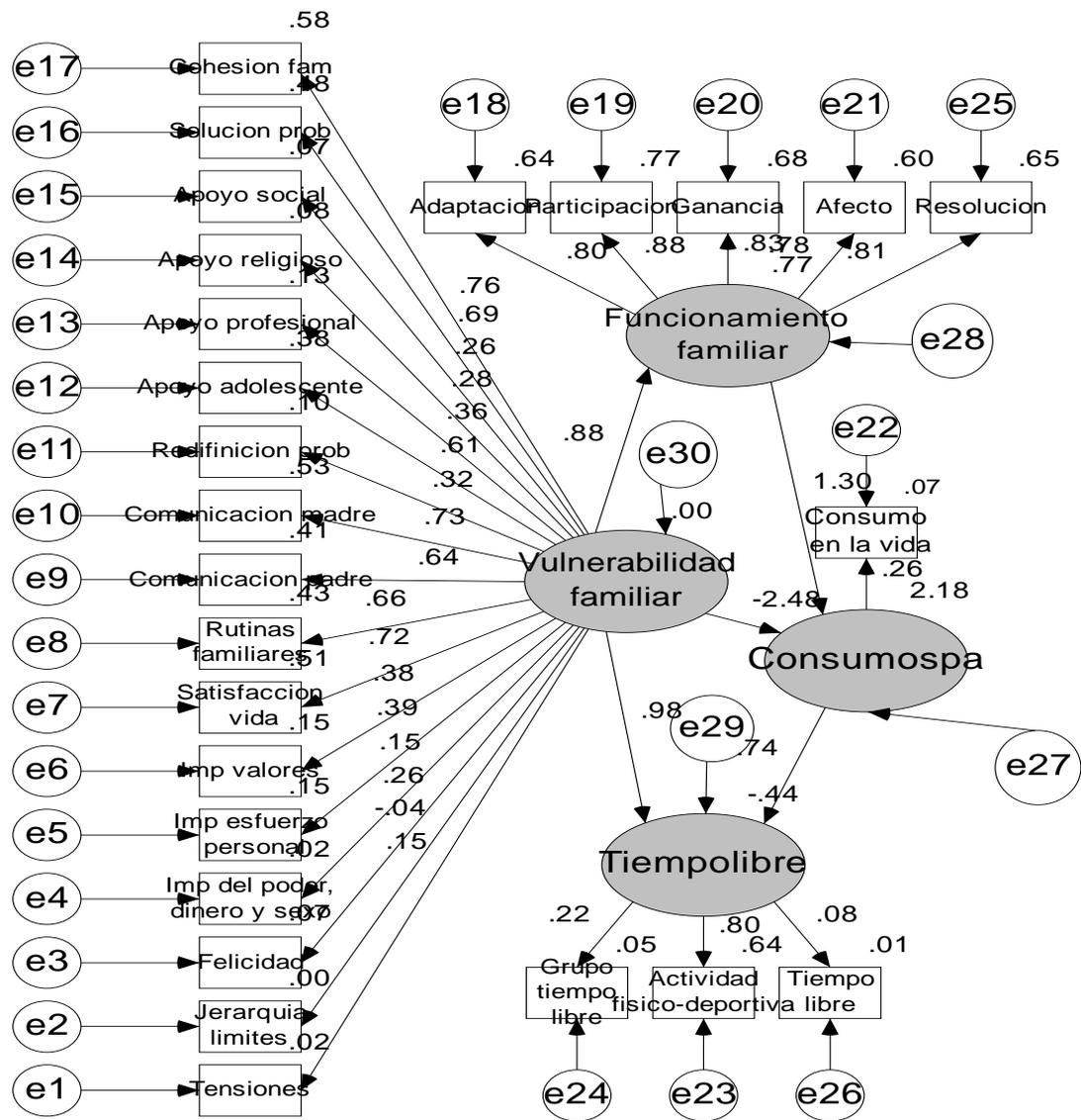


Figura 8. Modelo de inicial con los factores según modelo teórico propuesto realizado en el programa AMOS. Estudio de adolescentes escolarizados Marinilla, Antioquia. 2015-2016.

Paso 4. Estimación de parámetros: evaluación de la calidad de la base de datos

Se realiza la estimación de los parámetros se utilizan programas especiales para el SEM, software de estadística en este caso AMOS, al evaluar la calidad de los datos, en este paso es buscar las posibles estimaciones infractoras, o lo que es lo mismo, coeficientes estimados, para este caso en el modelo estructural inicial, por ejemplo revisar la multicolinealidad entre las variables, donde variables altamente

correlacionadas son consideradas redundantes, Cuando se observa que dos variables están altamente correlacionadas, la solución más práctica es retirar una de ellas del modelo.

Decisión: Se debe considerar omitir en el modelo Ver Figura 7.

-Varianzas de error negativas o varianzas de error no significativas para cualquiera de los 4 constructos.

- Coeficientes estandarizados cuyos valores sobrepasen 1.000.

- Errores estándar muy elevados asociados con cualquier coeficiente estimado

Paso 5. Evaluación de ajuste e interpretación

La etapa de diagnóstico de la bondad del ajuste se refiere a la exactitud de los supuestos del modelo especificado, para determinar si el modelo es correcto y sirve como aproximación para el modelo real, precisando así su poder de predicción, para este caso el modelo se han presentado estimaciones infractoras, se rechaza este modelo, por lo tanto se debe re especificar el modelo. Con la relación de los índices obtenidos, se observa que este modelo inicial propuesto es muy pobre y no se ajustan bien a los datos. En la tabla 4 se observan que estos valores no cumplen.

Tabla 4. Medidas de índices de bondad de ajuste modelo inicial

| Medida de ajuste | Default model | Valor buen ajuste | Ajuste aceptable | Decisión |
|------------------|---------------|----------------------------|-----------------------------|--------------|
| CMIN/DF | 6.695 | Menor de 3 | Menor de 6 | No se acepta |
| GFI | 0.835 | $0.97 \leq GFI \leq 1.00$ | $0.90 \leq NFI \leq 0.95$ | No se acepta |
| AGFI | 0.806 | $0.90 \leq AGFI \leq 1.00$ | $0.85 \leq AGFI \leq 0.90$ | No se acepta |
| PGFI | 0.709 | $0.90 \leq PGFI \leq 1.00$ | $0.85 \leq PGFI \leq 0.90$ | No se acepta |
| NFI | 0.687 | $0.95 \leq NFI \leq 1.00$ | $0.90 \leq NFI \leq 0.95$ | No se acepta |
| CFI | 0.720 | $0.97 \leq GFI \leq 1.00$ | $0.95 \leq NFI \leq 0.97$ | No se acepta |
| RMSEA | 0.090 | $0 \leq RMSEA \leq 0.05$ | $0.05 \leq RMSEA \leq 0.08$ | No se acepta |

Paso 6. Re especificación del modelo

Es necesario re especificar el modelo, debido a que en raras ocasiones el modelo propuesto es el que mejor se ajusta, este proceso consiste en añadir o eliminar los parámetros estimados del modelo. Para este caso se eliminaron los parámetros que no fueron aptos para el modelo y el objetivo propuesto. En el apartado de resultados, se muestra el modelo final y sus interpretaciones.

6.1.3 Fase II: Enfoque cualitativo

6.1.3.1 Participantes: fase cualitativa

Para este momento, los participantes fueron los adolescentes escolarizados inscritos y estudiando en cualquiera de los grados de 7^o a 11^o y cuyas edades estuvieron entre los 13 a 19 años de edad dentro de su contexto institucional. El muestreo se realizó por conveniencia y por invitación, donde participaron seis grupos focales, los cuales manifestaron su opinión sobre los temas en relación con el consumo. Este proceso se realizó al año siguiente de la aplicación del instrumento cuantitativo.

6.1.3.2 Criterios de inclusión: fase cualitativa

Para la fase del proceso cualitativo, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- ✓ Ser adolescente escolarizado de básica secundaria en instituciones educativas pertenecientes al municipio.
- ✓ Con respecto a la edad del encuestado, debía estar entre los 13 a 19 años.
- ✓ Que el participante viva en el municipio de Marinilla.
- ✓ El participante debe ser soltero.
- ✓ Aceptar libremente la participación en la investigación.
- ✓ Ser autorizado por sus padres y/o acudiente.
- ✓ Estar en condiciones físicas y mentales para participar en el proceso de los grupos focales.
- ✓ El adolescente debió haber participado de la encuesta aplicada en el año 2015, por lo tanto, se excluyen los grados sextos de esta investigación y los alumnos que al momento de la convocatoria se encontraron como alumnos nuevos.

6.1.3.3 Herramienta para la recolección de la información: fase cualitativa

Dentro de las herramientas que permiten ese acercamiento a la comprensión del fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas bajo la percepción de los adolescentes escolarizados, se optó por la estrategia de la **observación-participante**. Según Gubber¹²⁸: *“La participación pone el énfasis en la experiencia vivida por el investigador teniendo en cuenta que sus objetivos apuntan a estar dentro de la sociedad estudiada, y la participación es la condición sine qua non del conocimiento sociocultural”*, la investigadora hace parte del trabajo de campo, interactúa, participa, por eso su presencia no es exterior, ya que el ejercicio interpretativo contrae consigo la lógica del observador y del observado. La “observación “vs “participación”; consistió en desarrollar las dos actividades principales: observar sistemática y controladamente todo lo que acontece en torno al investigador y participar en una o varias actividades de la población, la observación ubica al investigador fuera de la sociedad, mientras que la participación apunta a “estar adentro” de la sociedad estudiada.

Siguiendo a Galeano¹¹⁶, “para comprender el comportamiento humano, se requiere que lo observemos a lo largo del tiempo, el contexto en el cual se desarrolla la configuración de factores sociales que hacen que la situación ocurra y la forma en que estos factores interactúan”. Por lo anterior, durante el análisis se mantuvo la perspectiva *“emic*, comprendida como las razones y valores reconocidos en el comportamiento y el lenguaje de las personas participantes”¹²⁹, en coherencia con esto la importancia de reconocer los recuentos de los miembros que lo componen.

En este sentido, **el rol de la investigadora**, con el fin de disminuir las distancias entre los sujetos a analizar y la investigadora, se tomó una posición de observador participante de acuerdo al contexto¹²⁸. Para evitar relaciones intrusivas el observador siempre estuvo identificado con el carné de la Universidad de Antioquia y esta observación comenzó desde la participación en las reuniones con las entidades gubernamentales, docentes, directivas docentes, visitas a las instituciones educativas participantes del estudio, en actividades escolares (celebraciones como el día de amor y amistad, día del niño, día de la Independencia, Antioqueñidad etc.) realizadas por las instituciones educativas y en las cuales la investigadora fue invitada y por otra parte también se comenzó esta observación desde la recolección de la información desde el proyecto macro.. Fue importante

acudir a actores claves como los docentes y directivas docentes, que permitieron el ingreso a estas instituciones educativas.

Otra herramienta fundamental utilizada fue el diario de campo: utilizada como materia prima para el análisis de la observación, y como ruta para establecer relaciones entre las categorías analíticas establecidas durante el diseño metodológico y en la inmersión en campo, se elaboró un diario donde se consignaron diversos memos analíticos, los cuales tuvieron en cuenta las percepciones del observador durante el trabajo de campo, las dificultades surgidas durante la aplicación de las distintas técnicas de recolección de datos descritas en la metodología, estos se realizaron siempre al final de cada sesión, por ejemplo al finalizar la interacción con los grupos focales. La elaboración del diario de campo permitió constatar la saturación de las categorías y la marcación de nuevas categorías emergentes; también se realizó una descripción de las características geográficas y de las actividades económicas de los actores informantes. Para la toma de notas, se tuvo presente una lista/guía. Algunos ítems que se tuvieron presentes en la observación del diario de campo:

- ✓ Uso de los espacios comunes en la IE
- ✓ Sectores, áreas más utilizados por los escolares
- ✓ Frecuencia de búsqueda a los docentes.
- ✓ Lugares más frecuentados para el esparcimiento de los adolescentes
- ✓ Realización de actividades: juegos, deportes etc.

Con respecto al **grupo focal**: estrategia que se centra en la interacción dentro del grupo, la cual gira alrededor del tema propuesto por el investigador, los datos que se producen surgen de esta interacción¹³⁰; *“proporcionan luces en cuanto a las creencias y actitudes que subyacen al comportamiento. Los datos relacionados con las percepciones y opiniones se enriquecen por medio de la interacción del grupo debido a que la participación individual se puede mejorar en el escenario grupal”*¹³¹. Según Cervantes¹³², lo importante de los grupos de discusión son las relaciones que se construyen entre los actores. Por ello se buscó analizar el discurso que se generó al interior del debate y se concibió como una práctica social, ya que la construcción colectiva de este, represento los sistemas de significados y los esquemas de sentido que guiaban sus prácticas cotidianas.

A su vez, los grupos de discusión operaron en el terreno del consenso, el cual se construyó en la inmediatez en la que fluyó el discurso en el grupo, donde el lenguaje fue regulado por el conjunto y se articuló desde diferentes perspectivas¹³³. También se tuvo en cuenta el disenso, el cual aportó datos que contrarrestaron la información obtenida al inicio¹³¹. Se evitó la censura y la conformidad por parte de actores, que ajustaron su comportamiento en respuesta a las impresiones personales de otros miembros del grupo y en relación a sus propias necesidades e historias.

Este ejercicio además de complementar algunas de las categorías emergentes de la observación-participante, contribuyó en conceptos o palabras claves relacionadas con las temáticas propuestas para el desarrollo del estudio. Para ello la investigadora estuvo acompañada de un profesional del área psicosocial que hizo de moderador en las sesiones, la técnica de grupo focal necesita de dos personas, un moderador y un asistente, el rol de la investigadora fue de asistente. Para este momento se realizó un esquema-guía de preguntas orientadoras de tipo semi-estructurado.

Cuadro 9. Preguntas orientadoras, mediante una guía semi-estructuradas aplicadas en los grupos focales. Estudio adolescentes escolarizados Marinilla, Antioquia. 2015-2016

| Factores | Preguntas semi-estructuradas sobre percepción del joven |
|--|--|
| Factores individuales | ¿Que caracteriza a los jóvenes que ustedes conocen como son? En creencias, actitudes y valores ¿Qué valoran ustedes en su contexto, amigos, colegio? Autoconceptos de adolescencia, autoestima ¿Cómo controlan sus emociones? Control de las emociones Situaciones de la vida cotidiana ¿Qué problemas les afecta? ¿Qué esperan en su futuro, que les motiva? Percepción sobre su futuro- expectativas, motivaciones Esperanzas-desesperanza ¿Y con relación a las drogas que perciben que observan, que conocen, que experimentan? Uso de sustancias psicoactivas Motivos-autoconocimientos y conocimientos sobre el mismo |
| Factores relacionales-social y familia | ¿Cómo son las familias de los jóvenes, como creen que son? Que actividades hacen, como son los roles ¿Cómo son sus amigos, compañeros? |

| Factores | Preguntas semi-estructuradas sobre percepción del joven |
|---------------------|---|
| | ¿Por ejemplo con el trato? ¿Qué manera de comunicarse son negativas o positivas para ustedes, que hacen específicamente como negativo o positivo? A que dedican el tiempo libre-fines de semana, después del colegio. ¿Lo comparten con quien, que hacen? Rendimiento académico Vínculos familiares, vínculos sociales, vínculos académicos |
| Factores culturales | Autoconceptos de Salud-enfermedad-acercamiento a servicios Percepción del riesgo con respecto al consumo de sustancias ¿Consumir es aceptable, no aceptable, que piensan? ¿Qué conoce de lugares del municipio que ofrezcan alternativas para los jóvenes? ¿Utilizan los servicios de salud, conocen las rutas para atención y en qué momentos las utilizan o no las utilizan? Programas de atención el municipio que les ayuden a resolver situaciones difíciles. ¿Con quién comparten lo que les pasa y a quien acuden? |

6.1.3.4 Recolección de la información: fase cualitativa

Para este proceso, se desarrollaron las siguientes actividades:

- ✓ Sensibilización mediante la presentación del anteproyecto de la investigación, con los objetivos a las autoridades del municipio para la obtención de su consentimiento para realizar la investigación.
- ✓ Sensibilización a los directivos docentes y la obtención de su consentimiento para realizar el estudio. Estas actividades se realizaron en conjunto con las directivas docentes, exponiendo con claridad los objetivos del estudio y la intención de la presencia de la investigadora en el sitio. Con respecto al reclutamiento para la realización de los grupos focales, fue con invitación mediante convocatoria. Se aclaró que aunque por ser un tema que toca aspectos de salud mental, es claro para esta investigación que **No** se realizó ningún tipo de intervención con los adolescentes de índole psicosocial, pues la misma metodología busca en lo posible, solo observar los comportamientos. Se tiene un tiempo de disposición por grupo focal entre 60 a 90 minutos aproximadamente.
- ✓ Envío del consentimiento informado a los padres de familia de estudiantes menores de 18 años para que estén enterados del estudio. Ver anexo 4.

- ✓ Para el momento de la estrategia con los grupos focales, se les solicitó la participación mediante el asentimiento informado, en el cual se les explicó la metodología y como sería la participación en el estudio. En complemento, con respecto al consentimiento informado entregado previamente a los padres de familia y devuelto por los estudiantes convocados, además antes de iniciar el proceso, leyó y explicó cada una de las partes del asentimiento informado por la investigadora principal, quien dio cuenta verbalmente a los participantes del objetivo de la investigación, de la justificación de dicho estudio y de la pertinencia del mismo, se hizo énfasis en la libertad para participar y en la confidencialidad de la información obtenida, se dio paso al planteamiento de preguntas e inquietudes por parte de los adolescentes. Se procedió a la firma de los mismos y se hizo entrega de una copia de este. Ver anexo 5.
- ✓ Para esta fase, además de la observación-participante, se utilizó la herramienta de grupo focal, en donde se realizaron diferentes actividades de integración y las grabaciones de las mismas y se generó el conversatorio en torno a la guía orientadora de preguntas de tipo semi-estructurado, con relación a las temáticas propuestas para el desarrollo del estudio. El promedio realizado para esta actividad fue aproximadamente entre 50 minutos a 70 minutos, dependiendo del total de participantes. Este proceso fue acompañado por un profesional psicosocial que hizo las veces de moderador. Para la realización de los grupos focales, se dispuso de un salón en las dos instituciones educativas participantes, con buena iluminación y ventilación, libre de interrupciones y adecuado para el proceso.

Para este momento, después de las pertinentes autorizaciones y ubicación de un espacio óptimo para la reunión del grupo focal, se realizaron con los adolescentes convocados, actividades lúdicas para “romper el hielo”, (Una integración mediante el juego, cuyo objetivo era confrontarlos sobre la toma de decisiones con respecto al consumo de sustancias psicoactivas y de esto que consideraron ellos como fortalezas y debilidades en el proceso, entre otros aportes respecto a las temáticas abordadas. Se utilizaron diferentes materiales, una mesa, copas con diferentes sustancias, azúcar, bicarbonato, sal, pimienta, ají etc. En la actividad se cubría los ojos a algunos de los participantes y se les daba a probar de cada sustancia. Al final se realiza un debate sobre lo que percibieron, además se complementa la actividad

del grupo focal, con la lista de preguntas semi-estructuradas). Se hizo necesario la actividad de “romper el hielo”, con el fin de dar a conocer quiénes éramos, dar a conocer los objetivos del estudio, el tiempo que se emplearía para la actividad, explicarles que el proceso sería grabado y que temáticas se abordarían, además de generar un ambiente de confianza e integración entre ellos.

6.1.3.5 Análisis de la información: fase cualitativa

En relación al consumo de sustancias psicoactivas y la búsqueda de atención para el consumo por parte de los adolescentes, con el fin de dar respuesta al sexto objetivo y buscando complementar e ilustrar la información recolectada en el componente cuantitativo, se realizaron las siguientes fases para el análisis:

Cuadro 10. Resumen por fases realizadas para el análisis cualitativo

| Objetivo | Procedimiento | Método de presentación |
|--|--|---|
| <p>Describir las percepciones de los adolescentes escolarizados con respecto al consumo de sustancias</p> <p>Como es el acceso a la atención, de sustancias psicoactivas en su contexto.</p> | <p>1. Grabación de los grupos focales</p> <p>2. Trascrición de los grupos focales organización de los datos y codificación</p> <p>3. Identificación de categorías aunado a la extracción de apartados del diario de campo</p> <p>4. Interpretación</p> | <p>Mapas conceptuales</p> <p>Frases expresadas por los participantes</p> <p>Esquema final</p> <p>La integración de los datos cuantitativos y cualitativos, se dio en función de las categorías de análisis.</p> |

Análisis por fases

De acuerdo con Galindo¹³⁴, el análisis y la configuración reflexiva e inductiva es constante, un movimiento de construcción y deconstrucción que solo termina con la validación de los resultados con los sujetos que participan en la investigación, se refiere a un estado de alerta durante todo el proceso de indagación, donde el lenguaje es la principal herramienta. En este apartado el análisis descriptivo permitió desglosar, organizar y clasificar los datos obtenidos en el proceso, posterior al análisis teórico que permitieron explicar los patrones encontrados en los relatos.

Se usaron tres niveles propuestos por Galeano¹¹⁶ en el método de análisis de contenido, que posibilitaron el estudio del fenómeno del consumo de sustancias

psicoactivas, fueron: el descriptivo, el analítico y el interpretativo. Se plantearon como etapas dinámicas, no lineales, que en ocasiones se presentaron al mismo tiempo.

El análisis de contenido, se trabajó con el lenguaje de los actores indagados en dos sentidos: el primero, se refiere al lenguaje como acto productor de sentido, los relatos de los diferentes actores, captados en las diversas técnicas implementadas en el estudio; y el segundo, establecer esquemas de comprensión de estos relatos, en relación a los contextos individuales, sociales, familiares y culturales de donde proviene la información.

Fase 1: Grabación de las entrevistas, herramienta indispensable, empleado en los encuentros con los grupos focales. A la par se fueron consignando observaciones en el diario de campo, además dentro de las sesiones se realizaron apuntes de observaciones en papelgrafos, como un medio de validación de la información que iban aportando los participantes. Se buscó en este momento una delimitación de forma extensa de los datos recolectados en las transcripciones del diario de campo y en los audios de las entrevistas; la estrategia de delimitación de los datos recolectados fue extensiva porque se redujo al máximo los elementos analizados, permitiendo concentrar los esfuerzos de la investigadora en un tratamiento exhaustivo, completo y preciso del fenómeno a investigar en este estudio.

Fase 2. Transcripción de la información, organización de los datos y codificación. La transcripción de los audios de los grupos focales, así como la escritura de las observaciones fue llevada por la investigadora principal. Se propuso un manual de códigos con base en las preguntas orientadoras, con el fin de que la codificación de los datos inicial, fuera abierta con el fin de ir estableciendo las relaciones entre las posibles categorías y sus subcategorías^{§§§}. Por ello, el manual de códigos fue sufriendo cambios a medida de que se iba codificando y releendo el material¹³⁵.

Aquí se establecieron comparaciones entre los testimonios de los actores.

De estos, se extrajeron *referencias* (entendidas como los relatos de los diferentes actores) y *rasgos* (como las referencias más relevantes para la investigadora)

^{§§§} Se debe tener en cuenta que en la codificación de estudios cualitativos se pueden usar números para identificar categorías y subcategorías, hecho que muchas veces favorece la individualización de las categorías en el texto.

recolectados; para el análisis de los datos, se tuvo un mayor énfasis en los rasgos resultantes de los testimonios recolectados y se consideraron como “aquellos elementos que el investigador considere significativos en los relatos, para caracterizar las descripciones y encontrar coincidencias entre ellos”¹³⁶

El proceso de codificación se realizó de forma manual, se utilizó la herramienta Excel y se busco reducir los datos por medio de la segmentación de los textos transcritos, incorporando una serie de códigos establecidos previamente desde el marco referencial o que fueron emergiendo durante el proceso de análisis. El propósito esencial de tal codificación fue el de facilitar la recuperación de los segmentos de datos categorizados bajo los mismo códigos, lo que le permitió al investigador pensar con ellos y acerca de ellos durante el proceso de análisis, estableciendo relaciones entre los códigos y sus categorías¹³⁷.

Fase 3 y 4. Pero el trabajo interpretativo, se requirió pasar a la recontextualización de los mismos, es decir, del dato segmentado a partir de su codificación axial en distintas categorías y subcategorías.. Los rasgos recolectados fueron tratados de forma intertextual generando categorías agregativas, las cuales como ya se mencionó surgieron del marco referencial y de los objetivos del estudio de la investigación, donde se unificaron los rasgos similares para conformar códigos y categorías; y la segunda, fue de forma discriminatoria donde se diferenciaron las categorías para establecer comparaciones entre ellas.

La extracción de apartados del diario de campo se fueron incluyendo a medida de que se iba consignado los códigos y categorías en el texto, con el fin de ir complementando ciertos momentos de lo hallado en la investigación que fuera relevante¹³⁸. Estas interpretaciones fueron incluidas en el texto mediante el método mixto propuesto, el proceso de comprensión no se dio solo al final, este fue transversal durante todo el proceso, buscando patrones de convergencia para corroborar una interpretación global del fenómeno objeto de la investigación, la fase donde se realiza la integración se evidencia en los resultados.

6.1.4 Consideraciones éticas

Desde la importancia y la pertinencia del conocimiento que se espera generar desde la academia para la investigación científica, en especial para la salud pública, buscó como objetivo brindar lineamientos para el desarrollo de los programas de salud

pública, en un municipio donde se hace necesario un diagnóstico en Salud Mental de estos adolescentes. Se garantizó que:

La base de datos para el análisis cuantitativo (análisis secundario con fuentes primarias), fue aportada y autorizada por el grupo de investigación Aplicaciones estadística y Salud Pública, para lo cual, el material o la información obtenida es específicamente para fines de investigación y académicos y la disposición final de los mismos serán expuestos a las autoridades en salud del municipio, la comunidad académica y socializada con los adolescentes. Por ser un estudio enmarcado en un proyecto macro y perteneciente a un grupo de investigación, se espera que esta información contribuya a publicaciones futuras, claro está salvaguardando la confidencialidad de los participantes. Lo mismo se garantizó con la información obtenida en los diarios de campo y en los grupos focales. Esta investigación es avalada según acta número 144 del 10 de junio de 2016, por el comité de ética de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, además se enmarcó en las disposiciones establecidas en la declaración de Helsinki y la resolución 8430¹³⁹ del Ministerio de Salud, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, que de acuerdo con esto se tuvo presente:

- ✓ *El artículo 8: protección a la privacidad, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.*
- ✓ *El artículo 11 (b) se clasifica como una investigación con riesgo mayor al mínimo*
- ✓ *Artículo 12; si la persona no desea continuar con la investigación se suspenderá de inmediato.*
- ✓ *Artículo 14 y 15; entrega consentimiento informado escrito, autorizando la investigación, y explicando todo lo requerido en el numeral 15; justificación, objetivos, beneficios etc.*
- ✓ *Capítulo III: De las investigaciones a menores de edad, art 25; consentimiento informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor.*

7. Resultados

7.1 Caracterización socio demográfica de los estudiantes escolarizados de Marinilla 2015-2016.

Caracterizar la población es una pieza clave para el proceso investigativo. Sus componentes estáticos, como tamaño, estructura y distribución por sexo y grupos de edad, generan información de base para el análisis de estos resultados y dan cuenta de cómo es el comportamiento de una muestra representativa para el municipio en cuestión.

La mayor población de estudiantes encuestados fue de sexo femenino, con un 50,7 % (IC95 %: 46,9-54,5). De acuerdo con la edad, la mayor población participante se dio entre los 11 y los 14 años, con un 51,3%, mientras que el 48,7% restante correspondió al grupo de 15 a 19 años de edad. La población de estudio presentó un promedio de edad de 14,9 años (aproximadamente 15), con una desviación estándar de 1,91 (IC95 %: 14,8-15,0). Respecto al grado académico, la proporción más alta de participantes fue de noveno grado, con un 19,9 % (IC95 %: 16,8-22,9), y fue más baja en los grados once, con un 11,45 % (IC95%: 9,0-13,9).

Con respecto al estrato socioeconómico, la mayoría reside en el nivel medio, con un 53,6 % (IC95 %: 48,9-57,3). El tiempo vivido en el barrio correspondió a un 47,4 % (IC95%: 43,6-51,2) y los estudiantes que hicieron cambio de residencia por causa de la violencia representaron el 16,3 %.

Al caracterizar la tipología familiar, prevalece la nuclear con 56 % (IC95%: 52,3-59,7), lo que significa que una gran parte de los adolescentes hacen parte de una familia conformada por padre, madre e hijos. También se observa que un segundo lugar lo conforma la tipología de familias incompletas, con un 19,3 % (IC95%: 16,3-22,3) (ver tabla 5).

Tabla 5. Distribución porcentual de las características socio demográficas de los adolescentes escolarizados del municipio de Marinilla-Antioquia, 2015-2016.

| Característica | Categorías | Grupo |
|--|-----------------------------|-------------------|
| | | (IC 95 %) |
| Sexo | Hombre. | 49,3 (45,5-53,1) |
| | Mujer. | 50,7 (46,9-54,5) |
| | n | 700 |
| Grupo de edad | Entre 11 y 14 años. | 51,3 (47,5-55,1) |
| | Entre 15 y 19 años. | 48,7 (44,9-52,5) |
| | n | 700 |
| Escolaridad | Sexto. | 18,7 (15,7-21,6) |
| | Séptimo. | 15,6 (12,3-18,3) |
| | Octavo. | 16,6 (13,7-19,3) |
| | Noveno. | 19,8 (16,8-22,9) |
| | Décimo. | 17,8 (14,9-20,8) |
| | Undécimo. | 11,4 (9,0-13,9) |
| | n | 700 |
| Nivel socioeconómico | Bajo. | 38,6 (34,9-42,3) |
| | Medio. | 53,6 (49,8-57,3) |
| | Alto. | 7,9 (5,8-9,92) |
| | n | 700 |
| Tiempo vivido en el barrio | Toda la vida. | 34,0 (30,4-37,5) |
| | Desde hace menos de un año. | 18,6 (15,6-21,5) |
| | Más de un año. | 47,4 (43,6-51,2) |
| | n | 700 |
| Cambio de residencia por causa de la violencia | Sí. | 16,3 (13,5-19,0) |
| | No. | 83,7 (80,9-86,5) |
| | n | 700 |
| Tipología familiar | Incompleta. | 19,3 (16,3-22,38) |
| | Extensa. | 11,0 (8,61-13,3) |
| | Mixta. | 7,0 (5,04-8,96) |
| | Nuclear. | 56,0 (52,3-59,7) |
| | Otra. | 6,7 (4,78-8,64) |
| | n | 700 |

Tabla 6. Promedio de edad de los adolescentes escolarizados del Municipio de Marinilla-Antioquia, 2015-2016.

| Característica | Categoría | Grupo |
|----------------|-----------|-------------|
| | | (IC 95%) |
| Edad | Media | 14,9 |
| | IC 95 % | (14,8-15,0) |
| | n | 700 |

7.2 Caracterización de los grupos focales de los estudiantes escolarizados, Marinilla 2016.

La tabla resume, a continuación, las características de las entrevistas, el total de participantes y la conformación de los grupos focales. Estos estudiantes hacen parte de dos instituciones educativas.

Tabla 7. Identificación de entrevistas y caracterización de los participantes en los grupos focales.

| Grupo focal | Total participantes | Grado escolar | Edades |
|----------------------|---------------------|---------------|--------------------|
| E02SJGFM | 3 | 10-11 | Entre 15 a 18 años |
| E03NSGFM | 4 | 9-10 | Entre 16 a 18 años |
| E04NSGFM | 7 | 7-8 | Entre 12 a 15 años |
| E06INIGFM | 6 | 8-9 | Entre 14 a 16 años |
| E05SJGFM | 2 | 10-11 | Entre 17 a 19 años |
| E01SJGFM | 4 | 9-10-11 | Entre 15 a 19 años |
| Total | 26 | | |
| participantes | | | |

En total, participaron 26 estudiantes, de 6 grupos focales, y se generaron 249 códigos. Las edades de participación fueron entre los 12 y los 19 años.

7.3 Descripción de la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas por primera sustancia consumida en la vida, edad de inicio, prevalencia en la vida, anual según sexo y grupos de edad, y el acceso para la atención por consumo de psicoactivos

Como uno de los temas centrales de esta investigación se hace la caracterización del consumo de las sustancias psicoactivas, en cuyo análisis se destacaron como las sustancias más consumidas el cigarrillo, las bebidas alcohólicas y la marihuana. Las demás, como heroína, tranquilizantes, inhalantes y otras como el *popper* y papelitos (ácido), se opta por agruparlas en la categorías de “otras sustancias consumidas”, debido a las bajas prevalencias encontradas. Además, en este análisis se hace la integración de otras variables que aportan a la caracterización del consumo de sustancias psicoactivas, como las prevalencias de dependencia, abuso y exconsumo. De igual forma, se realizó una integración mediante la descripción de las categorías, que complementan en algunos apartados, para comprender los contextos de tipo individual, familiar y social, con relación al consumo y la dinámica de este factor de riesgo en la población adolescente.

7.3.1 Caracterización del consumo desde el contexto individual

A continuación se presenta el análisis de los resultados, en el siguiente orden: primero las variables univariadas y, en segunda instancia, las variables bivariadas. Se realiza en primer lugar el análisis del consumo en el contexto individual, seguido del contexto familiar y, por último, del comportamiento de este factor de riesgo a nivel social. En algunos apartados se incluirán las observaciones realizadas y códigos extraídos de los relatos de los participantes, como complementariedad a los mismos.

7.3.1.1 Prevalencia de vida para el consumo de sustancias psicoactivas

Corresponde a la población de adolescentes que alguna vez en su vida han consumido alguna sustancia psicoactiva que, en este caso, permitió establecer que el 54,1 %, ha consumido alguna psicoactiva, es decir, aproximadamente seis de cada 10 adolescentes (ver Figura 9).

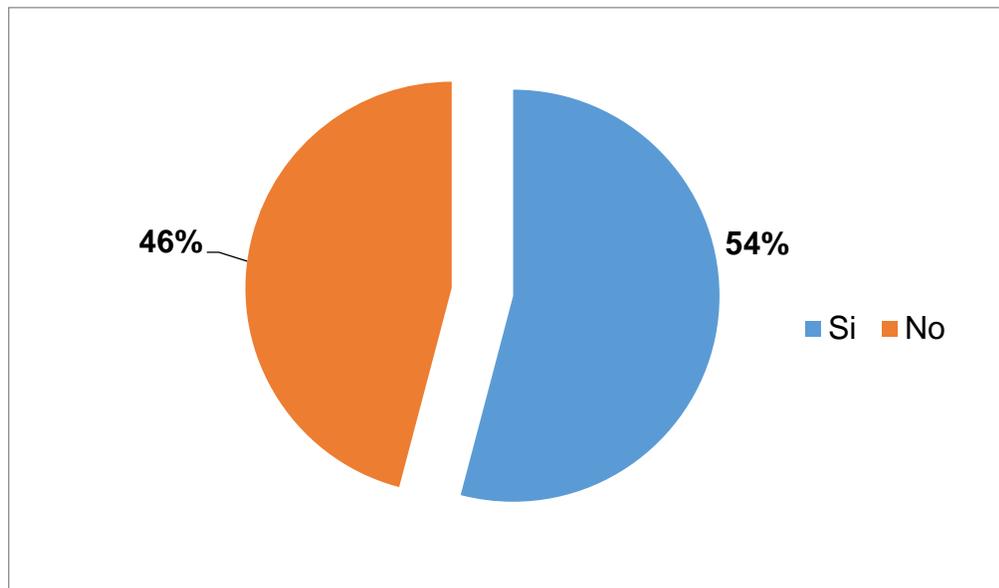


Figura 9. Distribución porcentual de los adolescentes escolarizados que han consumido alguna sustancia psicoactiva, Marinilla-Antioquia 2015-2016.

7.3.1.2 Primera sustancia consumida en la vida

En cuanto a la primera sustancia consumida en la vida, se tiene que un 74,1 % corresponde a las bebidas alcohólicas, seguidas por el cigarrillo, que representaron el 21,4 %. En cuanto al uso de sustancias ilícitas, se destaca la marihuana, con un 3,4% de consumo. Al describir las otras sustancias, es de relevancia estar más pendientes de las nuevas sustancias de diseño creadas para atraer a los adolescentes, como el *popper*, las pastillitas de colores y los papelitos, ideados para ser más atractivos, ya que su presentación resulta muy inofensiva y los adolescentes acceden a estas con más facilidad (ver Figura 10).

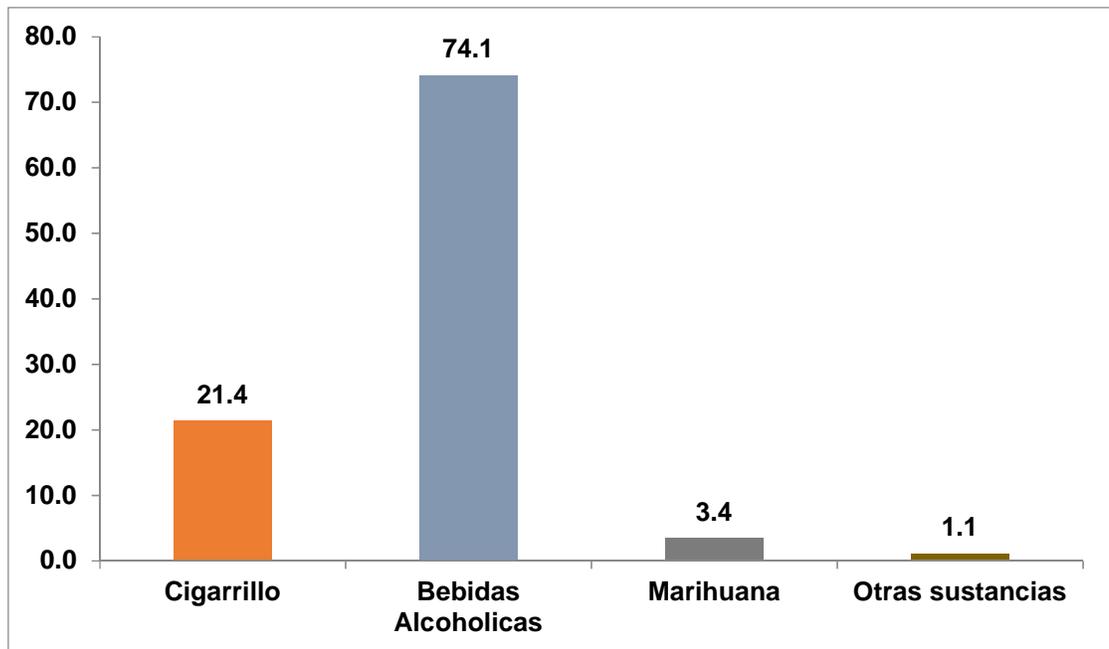


Figura 10. Distribución porcentual de primera sustancia consumida en la vida por parte de los adolescentes escolarizados Marinilla. Antioquia, 2015-2016

7.3.1.3 Edad de inicio para el consumo según sustancia psicoactiva

En cuanto a la edad de inicio por sustancia psicoactiva, se observó, que el cigarrillo tuvo una edad de inicio de 11,14 años, siendo la menor registrada, y el mayor promedio de edad de inicio para las bebidas alcohólicas fue de 12,35 años, cabe anotar que estas sustancias son lícitas y de fácil acceso. Para las sustancias ilícitas, la edad de inicio fue de 11,2 años y, para la marihuana, 11,59. En cuanto al promedio de edad de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas, este fue de 11,57 años; con un promedio de edad mínima para el consumo de 11 años y una máxima de 12,35 años (ver Figura 11).

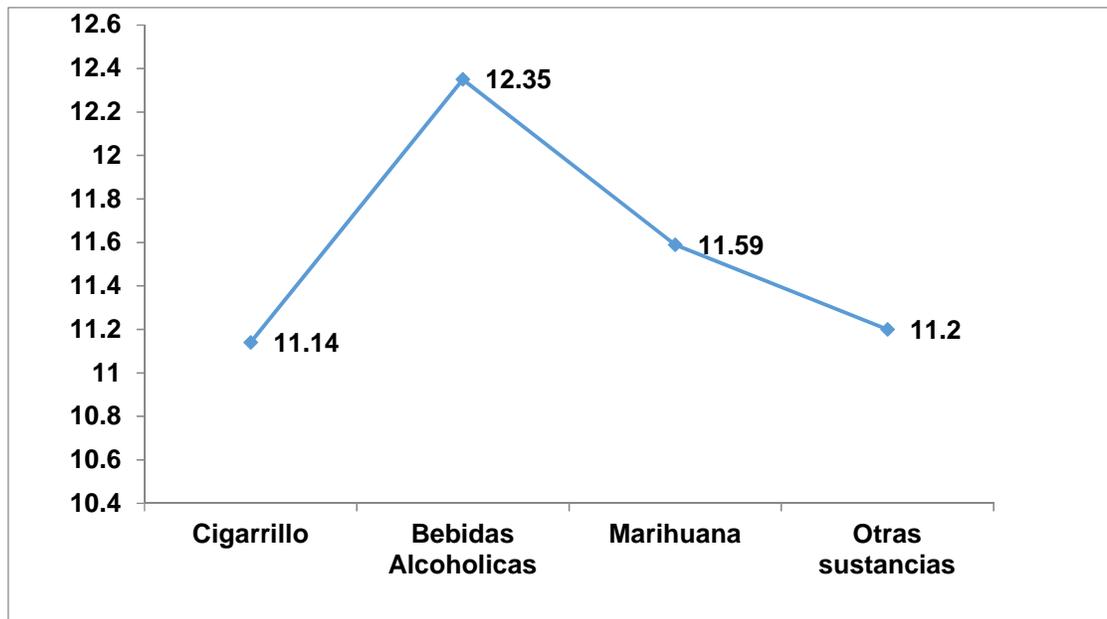


Figura 11. Distribución porcentual de la edad promedio de inicio en el consumo por sustancia psicoactiva Marinilla, Antioquia, 2015-2016.

7.3.1.4 Razón por la cual consumió sustancias psicoactivas y razones de consumo actuales

Si bien la adolescencia es una etapa de muchos cambios, dentro de los relatos expuestos se presentó reiterativamente la necesidad de encontrar una identidad del adolescente. Dicho proceso hace referencia a la exploración y búsqueda de sensaciones nuevas, en los que se destaca un pobre cálculo de los riesgos que conlleva tomar decisiones arriesgadas, propio de estas edades. Según Steinberg y Scott 2003¹⁷, el carácter, la identidad y los valores en los adolescentes aún no está formado. La razón que, en primera instancia, los llevó a consumir sustancias psicoactivas fue la curiosidad, con un 57,5 % (ver Figura 12).

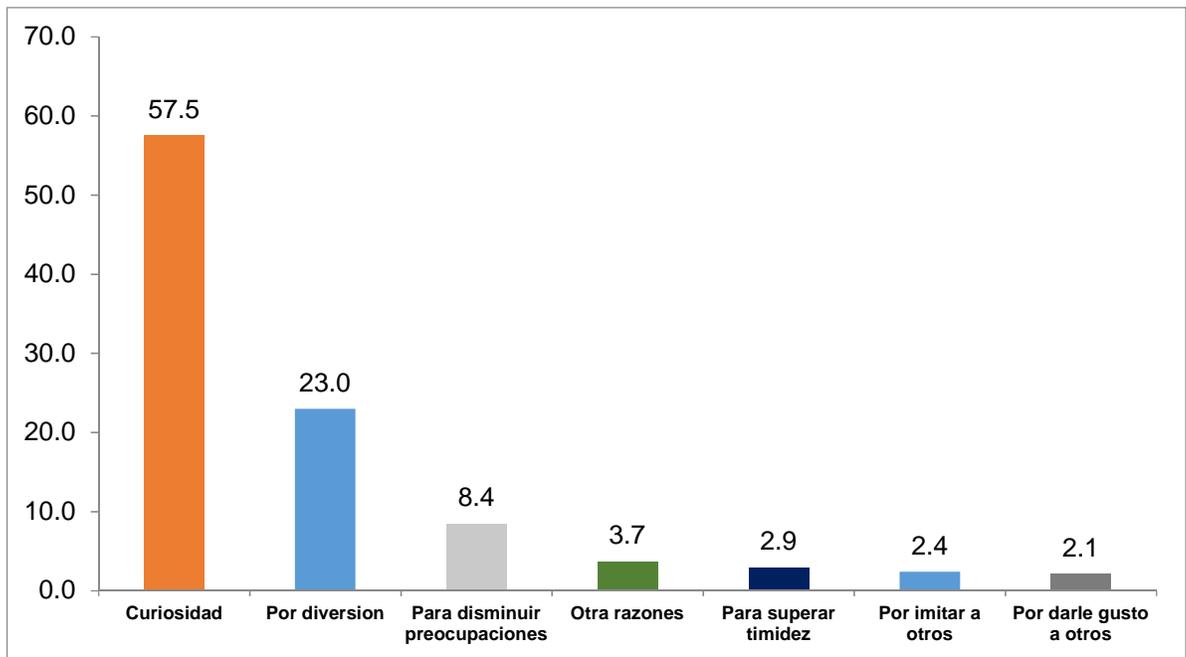


Figura 12. Distribución porcentual motivo de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes escolarizados Marinilla, Antioquia, 2015-2016.

Razón por la cual consume psicoactivos actualmente

En lo referente a la razón por la cual consumen psicoactivos actualmente se observa con la más alta prevalencia “otras razones”, con un 40,1 %; las cuales varían desde la búsqueda de aceptación, evadir la realidad, encontrar paz, calmarse hasta sentirse libres, que fueron las categorías para esta opción de respuesta. En segundo lugar, se tiene el consumo de sustancias psicoactivas por “diversión”, con un 38,5 %, y el tercer lugar fue para la opción “escapar de los problemas”, con 11,1 % (ver Figura 13).

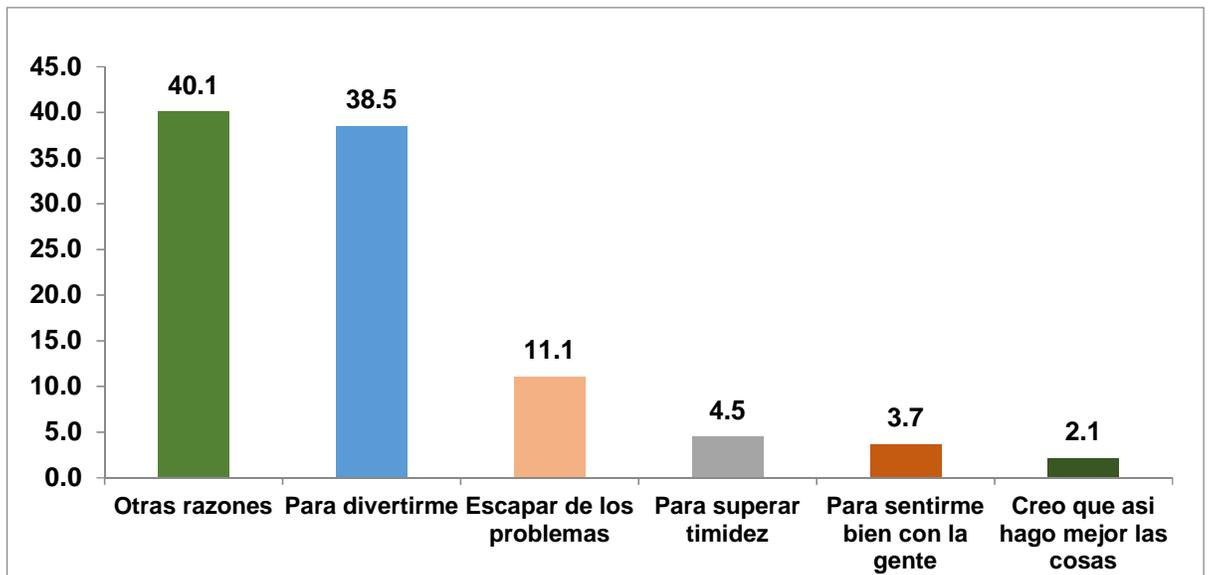


Figura 13. Distribución porcentual motivo por el cual consume sustancias psicoactivas en los adolescentes escolarizados Marinilla. Antioquia 2015-2016

En este apartado se comienza a realizar la complementación a partir de los relatos dados en los grupos focales. Con base en las motivaciones para el consumo de sustancias psicoactivas, los adolescentes establecen la relación con la búsqueda de sensaciones y aceptación en el grupo social, la aceptación de sí mismos y la de su familia; también el uso del tiempo libre como forma de ingreso al mundo del consumo de drogas.

Frase significativa: Búsqueda de sensaciones y aceptaciones como razones para experimentar y usar sustancias psicoactivas.

Categoría 1. Razones percibidas como negativas que llevan al uso de sustancias psicoactivas

Subcategoría a: Necesidad y búsqueda de su propia identidad y personalidad

Si bien los datos cuantitativos muestran que la mayor prevalencia para el consumo de sustancias psicoactivas está enmarcada en “otras razones”, es importante indicar otros aspectos que justifican el motivo por el que consumen actualmente (ver Figura 14).

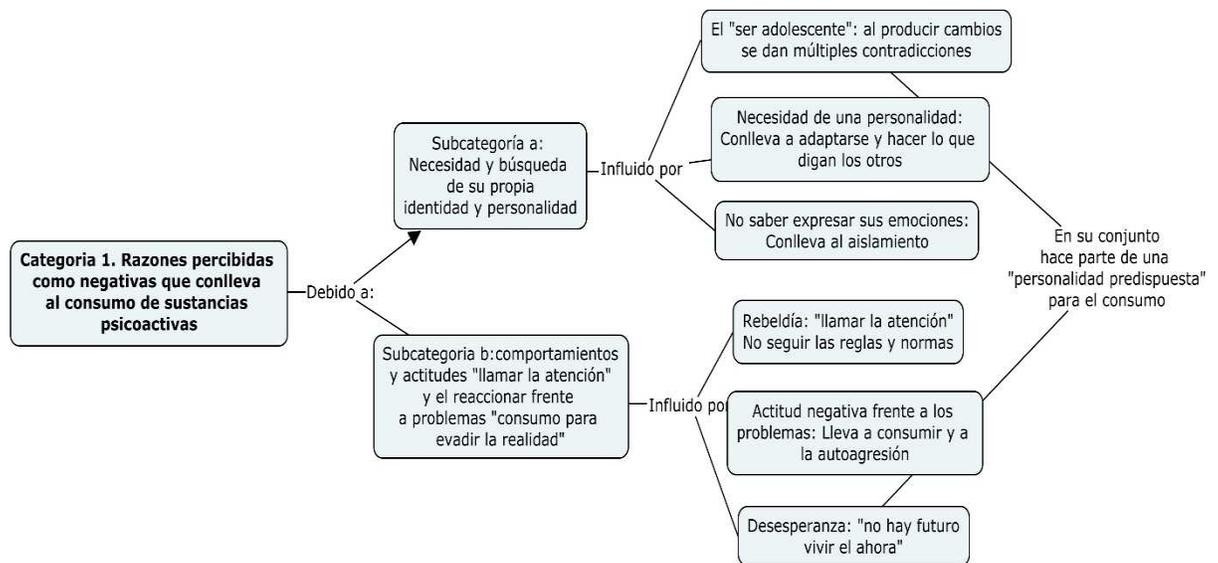


Figura 14. Razones percibidas como negativas que conllevan al consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes escolarizados, Marinilla, Antioquia, 2016 (subcategorías a y b), factor individual

Una de las razones expresadas que conllevan al consumo de drogas es: “**el ser adolescente**”, esta razón la conciben desde su perspectiva, en una etapa que está llena de contradicciones y cambios repentinos de humor, de la felicidad a la tristeza, aunque afirman que siempre están tristes y aislados, etcétera. Algunos, tímidos y no tímidos, consideran que no saben demostrar sus habilidades, aunque las tengan; y otros se consideran “raros” porque no buscan socializar con personas normales, raros porque tienen personalidades distintas. Es una etapa de curiosidad y de ser aceptados, y en este contexto ellos afirman que la toma de malas decisiones es dada en el sentido que da importancia a la droga, rumba y otras cosas:

“(…) es lo que a uno le explican a veces: que los jóvenes están en la adolescencia, lo que significa que adolece, o sea que duele, porque pasamos por ciertos cambios, por ciertas situaciones, uno quiere vivir más, sentir más y hay personas que se lo toman de una manera muy errónea”,. E03NSGFM.

“(…) Pues algunos se les presenta mucha felicidad, pero otros ya por sí son depresivos o se mantienen tristes o muy bipolares, cambian mucho la actitud; en la semana se vuelven insoportables y no los entiende nadie, pero hay otros que se mantienen felices, felices, aunque no se sabe si están felices de verdad, por su sonrisa, pero la mayoría son más bien tristes”, E03NSGFM.

Necesidad de una personalidad: perciben que no tienen personalidad propia y buscan asociarse con otros para tomar una para sí, en esa aceptación están

dispuestos a dejarse guiar por otros, así sea riesgoso para ellos. Se ven a sí mismos como arriesgados y atrevidos, haciendo cosas para que los demás los acepten.

“(...) hoy en día algunos jóvenes no tienen su propia personalidad y buscan asociarse con otros tipos de personas, y toman de cada persona la personalidad de esa persona y la toman para ellos también...”, E03NSGFM.

“(...) consumir drogas deja mala imagen en la institución, unos guían a otros y por tratar de encajar lo hacen (...) se atreven a todo, son atrevidos, son arriesgados, les interesan mucho las modas, se consideran bellos, atractivos. Por las redes sociales muestran sus fotos o selfies o lo que están sintiendo o haciendo en el momento, si están rumbeando, o que están tomando...o con quien están en ese momento...”, E06INIGFM.

No saber expresar sus emociones de forma directa: a muchos de ellos les caracteriza el no verbalizar, el no expresar. Es mejor expresar por escrito sus pensamientos y emociones de cariño, tristeza, rabia, iras, depresión e inconformidades; situación que es más evidente con el uso frecuente de redes sociales. Esta actitud también es relacionada con el aislamiento (comportamiento), al no saber expresar lo que sienten tienden a la soledad.

“(...) en especial los que no se expresan, se expresan mejor a través del chat, porque por chat es más fácil, porque de frente uno puede sentirse mal, pero es que nos cuesta más expresar lo que sentimos, de frente no es fácil. (...) para copiar uno piensa lo que va a escribir y, si no es así, eso me toca borrarlo y es más fácil, pero usted de frente es como: ‘¡juemadre!, qué le digo’, porque es más fácil decirle a alguien lo quiero, o algo así...usted le pone un corazoncito, le pone cositas, para expresar amor, ternura, con las imágenes...”, E01SJGFM.

“(...) uno no alcanza a conocer que los que se aíslan son porque son personas tristes, no se nota que son tristes o simplemente no lo demuestran, se nota porque no crean vínculo con nadie y no sociabilizan con nadie (...), porque uno ve acá en los descansos niños solos, niños que caminan por todos lados y uno no los ve al fin con alguien”,. E02SJGFM.

Subcategoría b. Comportamientos y actitudes “llamar la atención” y el reaccionar frente a los problemas, “el consumo para evadir la realidad”

Según Moreno y Deval¹⁴⁰, los comportamientos y actitudes del adolescente son complejos, en el sentido de que el paso del adolescente a la adultez en la sociedad se ha ido dilatando en el tiempo. Cada vez es más difícil y, al tiempo que la sociedad no ofrece los recursos necesarios para facilitarlos, esto ha convertido a los adolescentes en seres contradictorios. Por una parte se sienten capaces y competentes pero, por otra, son conscientes de que siguen siendo dependientes; en lo económico, por la estabilidad que ofrecen sus padres, y en lo comportamental, en cómo seguir las reglas del colegio, pues si no lo hacen son sancionados. Las contradicciones hacen que pasen de la prepotencia a la impotencia; la prepotencia se asocia con no respetar a los adultos y la impotencia con dificultades para insertarse en la sociedad de los adultos¹⁴⁰. El comportamiento negativo se relaciona con la “rebeldía”, con el no seguir las reglas o normas, con el actuar de forma impulsiva, en querer adrenalina, en consumir sustancias psicoactivas dentro de la institución, en tener pereza para realizar cualquier actividad escolar:

“(…) Siempre rebeldía, porque las normas están claras y no son difíciles de seguirlas, la verdad (...). Profe hay muchas, por ejemplo, con respecto al uniforme, hay veces son desordenados con respecto al uniforme, y otras, pero a veces muchos incumplen en esos aspectos, no les importa (...)”, E02SJGFM.

“(…) A veces están bajo los efectos de drogado (consumo en la institución), así pero no tan graves, eh, pero a veces se ven son relajados... a veces, cuando están muy relajados, o los ojos rojos, y hay algunos que se ríen por todo, por bobadas (...). Una forma de consumir es que a veces no la fuman sino que la comen, o sea la marihuana en la comida y, en el brownie, en tortas, que sabe hasta rico”, E06INIGFM.

Actitud frente a los problemas “consumir y autoagredirse”: consumen psicoactivos, como medida de escape para sentirse bien y satisfechos, lo que acompañan de la autoagresión (la más común es cortarse) cuando están deprimidos, cuando hay enojo, estrés, tristeza, falta de amor o sienten rechazo social.

El aislamiento es otra característica en la cual se sabe que el compañero presenta problemas y le es muy difícil comunicarlo, ahí es donde aparece la explosión de los sentimientos, se trata mal a los otros, se les grita o se les busca pelea:

“(...) a las drogas y al vicio... eeh yo tengo un amigo, mejor dicho, un ex-amigo que él hasta se llegaba a cortar y yo le decía que por qué hacía eso y él me decía que le parecía interesante y que no sentía nada al cortarse (...), (lo hacía) para sentirse bien y satisfecho, por seguir a los otros o cuando están deprimidos, no solo es consumo, también es cortarse”, E04NSGFM.

...” Prácticamente, hay muchos jóvenes que ya lo tiene ahí como un vicio y dicen: “que esto me ayuda salir de la realidad”,...un plom o cosas así y simplemente lo hacen, un plom es una fumada E03NSGFM.

Desesperanza, “vivir el ahora, mañana no hay”: un aspecto muy relacionado con la proyección de la personalidad y pensamientos, es dado en el sentido de que los jóvenes solo piensan en vivir el ahora y hacer todo ya, porque no hay más. Se ponen metas a corto plazo, cuando las cumplen ya no hay más, esto se traduce en la desesperanza:

“(...) En muchos jóvenes es que piensan que el vivir el ahora es como que voy a vivir ya porque voy a ser feliz ahora, voy a disfrutar ahora, voy a estar de fiesta, voy a tener amigos, voy a hacer cosas y ya miraré después qué hago mañana, si estoy vivo (...). A esta edad uno no piensa en el futuro, piensa en el ahora, en lo que está haciendo hoy, pues, en el momento (...), E03NSGFM.

7.3.1.5 Percepción para obtener la sustancia psicoactiva

Para este caso se indagó sobre si la sustancia psicoactiva es “fácil” o “difícil” de obtenerla. Es de observar que las sustancias lícitas tienen los mayores porcentajes de obtención de manera fácil, en la mayoría de las tiendas, supermercados, lugares de ventas, etcétera. El cigarrillo, con un 94 % y las bebidas alcohólicas (cerveza), con 98 %, fueron las sustancias de más fácil acceso relacionadas (ver Figura 15).

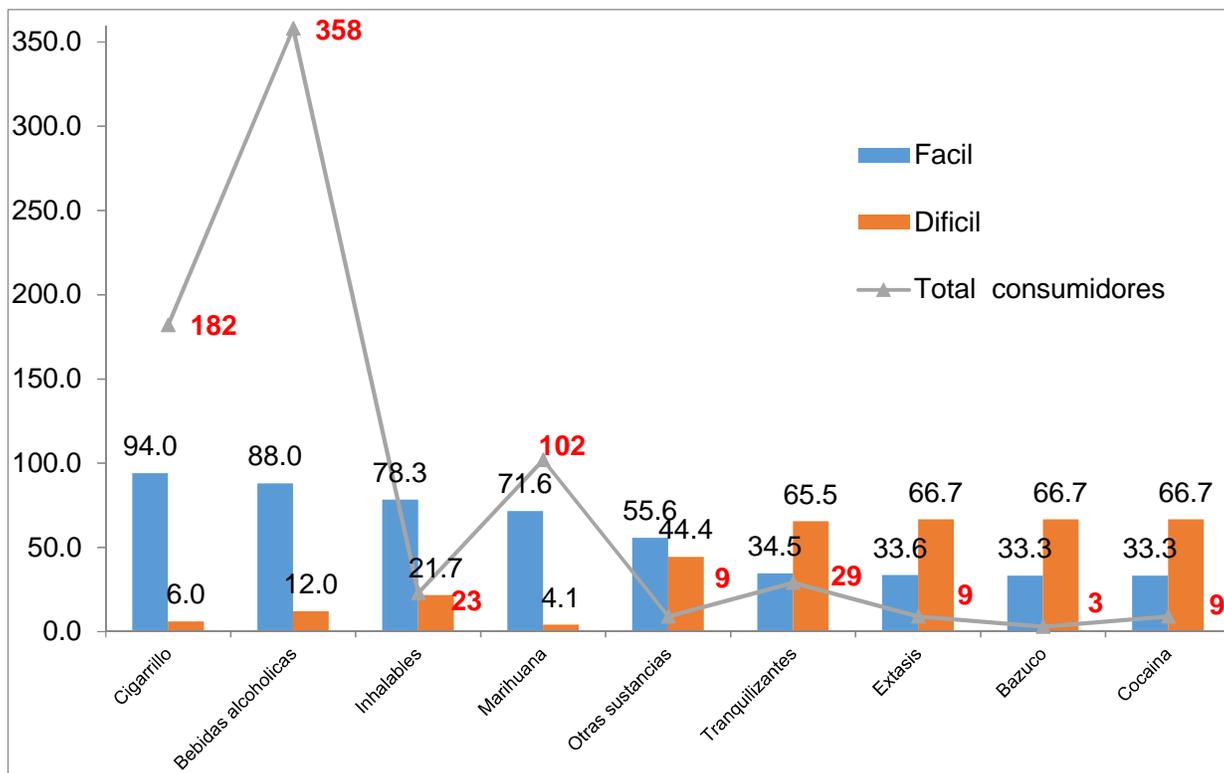


Figura 15. Distribución porcentual sobre la percepción para obtener las sustancias psicoactivas por parte de los adolescentes escolarizados en Marinilla, Antioquia, 2015-2016.

7.3.1.6 Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en la vida por sustancia según sexo y grupos de edad

En cuanto a la prevalencia en el consumo de sustancias, no se observaron diferencias significativas según sexo. Consumen psicoactivos por igual, tanto hombres como mujeres, y se resalta en este aspecto que las más altas prevalencias para el consumo por sustancias en bebidas alcohólicas, y en otras sustancias, son dadas en las mujeres, y para el cigarrillo y la marihuana, en los hombres. Por otra parte, si presentaron diferencias significativas para las cuatro sustancias consumidas en mención de un valor $p= 0.000$, con respecto a los rangos de edad. Se observa una prevalencia mayor en las otras sustancias consumidas en los adolescentes de 11 a 14 años, esto se debe a las drogas de diseño, anteriormente mencionadas.

La prevalencia en la vida para las sustancias consumidas, como el cigarrillo, bebidas alcohólicas y marihuana, entre los adolescentes de 15 a 19 años posee unos IC altos; por ejemplo, no hay mucha diferencia entre consumir cigarrillo alternado con las bebidas alcohólicas (37 %) (IC: 31.7-42.2) (ver Tabla 8).

Tabla 8. Prevalencia de consumo de cigarrillo, bebidas alcohólicas, marihuana y otras sustancias psicoactivas en la vida, según el sexo y el grupo de edad del adolescente escolarizado de Marinilla, Antioquia, 2015-2016. Proporción por 100 (IC 95%).

| Sustancia consumida | En la vida | | | | | | | Valor p |
|---|-------------|-------------|-------------|----------------|--------------------|--------------------|---------------|---------|
| | Sexo | | | Grupos de edad | | | | |
| | Total | Hombre | Mujer | Total | Entre 11 y 14 años | Entre 15 y 19 años | | |
| | % | % | % | % | % | % | | |
| | IC 95 % | IC 95 % | IC 95 % | IC 95 % | IC 95 % | IC 95 % | | |
| Consumo de cigarrillo | 26,0 | 29,0 | 23,1 | 26,0 | 15,6 | 37,0 | | |
| | (22,7-29,3) | (24,1-33,9) | (18,6-27,6) | (22,7-29,3) | (17,7-19,5) | (31,7-42,2) | 0,000* | |
| n | 700 | 345 | 355 | 700 | 359 | 341 | | |
| Consumo de bebidas alcohólicas | 51,1 | 47,5 | 54,6 | 51,1 | 35,4 | 37,0 | | |
| | (47,4-54,9) | (42,1-52,9) | (49,3-59,9) | (47,4-54,9) | (30,3-40,5) | (62,6-72,9) | 0,000* | |
| n | 700 | 345 | 355 | 700 | 359 | 341 | | |
| Consumo de marihuana | 14,6 | 15,9 | 13,2 | 14,6 | 5,6 | 24,0 | | |
| | (11,9-17,3) | (11,9-19,9) | (9,36-16,9) | (11,9-17,3) | (3,1-8,1) | (19,4-28,7) | 0,000* | |
| n | 700 | 345 | 355 | 700 | 359 | 341 | | |
| Consumo de otras sustancias psicoactivas | 12,3 | 9,9 | 14,6 | 12,3 | 17,0 | 7,3 | | |
| | (9,8-14,8) | (6,6-13,1) | (10,8-18,5) | (9,8-14,8) | (12,9-21,0) | (4,4-10,2) | 0,000* | |
| n | 700 | 345 | 355 | 700 | 359 | 341 | | |

a: Prueba Z, diferencia de proporciones.

* Valor p <0,0001.

7.3.1.7 Prevalencia del consumo anual de sustancias psicoactivas según sexo y grupos de edad

En cuanto a la prevalencia en el consumo de sustancias, año anterior a la encuesta, continúa el mismo patrón con respecto al del consumo en la vida, en el que no se observaron diferencias significativas según sexo. En cuanto a la prevalencia según los rangos de edad sí se observan diferencias significativas para tres de las cuatro sustancias consumidas, valor p= 0.001. Se observa una prevalencia mayor en el consumo de las bebidas alcohólicas para los adolescentes de 15 a 19 años, con un 57,8 % (IC 95% 52,4-63,2). Al compararse con el otro grupo de edad, o sea 11 a

14, se presentan las prevalencias más altas de consumo en los de 15 a 19 años en cigarrillo, bebidas alcohólicas y marihuana, y continúa el consumo de las otras sustancias más prevalentes en los menores de 11 a 14 años (ver Tabla 9).

Tabla 9. Prevalencia de consumo de cigarrillo, bebidas alcohólicas, marihuana y otras sustancias psicoactivas en el último año, según el sexo y el grupo de edad del adolescente escolarizado de Marinilla, Antioquia, 2015-2016. Proporción por 100 (IC 95%).

| Sustancia consumida | Anual | | | | | | | |
|---|-------------|--------------|-------------|---------|----------------|--------------------|--------------------|---------------|
| | Sexo | | | Valor p | Grupos de edad | | | Valor p |
| | Total | Hombre | Mujer | | Total | Entre 11 y 14 años | Entre 15 y 19 años | |
| | % | % | % | % | % | % | % | |
| IC 95 % | IC 95 % | IC 95 % | IC 95 % | IC 95 % | IC 95 % | IC 95 % | | |
| Consumo de cigarrillo | 13,7 | 15,7 | 11,8 | 0.174 | 13,7 | 9,2 | 18,5 | 0,001* |
| | (11,1-16,3) | (11,7-19,6) | (8,3-15,3) | | (11,1-16,3) | (6,1-12,3) | (14,2-22,7) | |
| n | 700 | 345 | 355 | | 700 | 359 | 341 | |
| Consumo de bebidas alcohólicas | 42,6 | 39,7 | 45,4 | 0.152 | 42,6 | 28,1 | 57,8 | 0,000* |
| | (38,9-46,3) | (34,4-45,01) | (40,0-50,7) | | (38,9-46,3) | (23,3-32,9) | (52,4-63,2) | |
| n | 700 | 345 | 355 | | 700 | 359 | 341 | |
| Consumo de marihuana | 10,6 | 12,2 | 9,0 | 0.216 | 10,6 | 3,6 | 17,9 | 0,000* |
| | (8,2-12,3) | (8,57-15,8) | (5,9-12,1) | | (8,2-12,3) | (1,5-5,7) | (13,7-22,1) | |
| n | 700 | 345 | 355 | | 700 | 359 | 341 | |
| Consumo de otras sustancias psicoactivas | 8,3 | 7,2 | 9,3 | 0.097 | 8,3 | 9,2 | 7,3 | 0.450 |
| | (6,2-10,4) | (4,4-10,1) | (6,13-12,5) | | (6,2-10,4) | (6,1-12,3) | (4,4-10,2) | |
| n | 700 | 345 | 355 | | 700 | 359 | 341 | |

a: Prueba Z, diferencia de proporciones,
* Valor p <0,0001,

7.3.1.8 Prevalencia de la dependencia en el consumo de sustancias psicoactivas según sexo y grupos de edad

La dependencia se refiere al uso compulsivo de una sustancia a pesar de las consecuencias negativas que conlleva⁹⁶. Con respecto a que quisieran dejar de consumir, del total de los consumidores, 54,1 % (379), sólo el 44 % (169) afirmaron que sí se observan diferencias significativas en cuanto al consumo de cigarrillo según sexo 8,4 % (IC: 6.2-10.5) valor p= 0.043, siendo más prevalente la dependencia en los hombres con respecto a las mujeres (ver Tabla 10).

Tabla 10. Resultados para la variable “quisiera dejar de consumir”, en el estudio con adolescentes escolarizados del municipio de Marinilla, 2015-2016.

| Sustancia consumida | Prevalencia en % |
|---------------------------|------------------|
| Cigarrillo n=182 | 32,4 |
| Bebidas alcohólicas n=358 | 20,9 |
| Marihuana=102 | 18,6 |
| Tranquilizantes=29 | 10,3 |
| Cocaína=9 | 22,2 |
| Inhalantes=23 | 13,0 |
| Éxtasis=9 | 22,2 |
| Heroína=4 | 50 |
| Otras sustancias=9 | 22,2 |

Tabla 11. Prevalencia de dependencia de cigarrillo, bebidas alcohólicas, marihuana y otras sustancias psicoactivas según el sexo y el grupo de edad del adolescente escolarizado de Marinilla, Antioquia, 2015-2016. Proporción por 100 (IC 95%).

| Sustancia consumida | Dependencia | | | | | | | |
|---|-------------|------------|------------|---------------|----------------|--------------------|--------------------|---------|
| | Sexo | | | Valor p | Grupos de edad | | | Valor p |
| | Total | Hombre | Mujer | | Total | Entre 11 y 14 años | Entre 15 y 19 años | |
| | % | % | % | | % | % | % | |
| IC 95 % | IC 95 % | IC 95 % | IC 95 % | IC 95 % | IC 95 % | | | |
| Consumo de cigarrillo | 8,4 | 10,7 | 6,2 | 0,043* | 8,4 | 6,4 | 10,6 | 0,065 |
| | (6,2-10,5) | (7,3-14,1) | (3,5-8,8) | | (6,2-10,5) | (3,7-9,0) | (7,1-13,9) | |
| n | 700 | 345 | 355 | | 700 | 359 | 341 | |
| Consumo de bebidas alcohólicas | 10,7 | 11,0 | 10,4 | 0,890 | 10,7 | 8,9 | 12,6 | 0,144 |
| | (8,3-13,0) | (7,5-14,4) | (7,1-13,7) | | (8,3-13,0) | (5,8-12,0) | (8,9-16,2) | |
| n | 700 | 345 | 355 | | 700 | 359 | 341 | |
| Consumo de marihuana | 2,7 | 3,5 | 2,0 | 0,320 | 2,7 | 1,7 | 3,8 | 0,131 |
| | (1,4-3,9) | (1,4-5,5) | (0,3-3,5) | | (1,4-3,9) | (0,2-3,1) | (1,6-5,9) | |
| n | 700 | 345 | 355 | | 700 | 359 | 341 | |
| Consumo de otras sustancias psicoactivas | 0,6 | 0,9 | 0,3 | 0,596 | 0,6 | 0,3 | 0,9 | 0,580 |
| | (0,1-1,4) | (0,1-2,5) | (0,0-1,5) | | (0,1-1,4) | (0,0-1,5) | (0,1-2,5) | |
| n | 700 | 345 | 355 | | 700 | 359 | 341 | |

a: Prueba Z, diferencia de proporciones.

* Valor p < 0,05.

7.3.1.9 Prevalencia del abuso en el consumo de sustancias psicoactivas según sexo y grupos de edad

Este análisis se refiere al uso excesivo de una droga o su consumo para fines distintos a los propósitos médicos. De los datos tomados de los adolescentes escolarizados para el municipio de Marinilla que consumen algunas sustancias psicoactivas, con respecto a la pregunta *¿ha estado en tratamiento para dejar de consumir?*, del total (54,1 %) de los consumidores de psicoactivos, el 10 % (38) afirmaron que sí han estado en tratamiento para dejar de consumir. Al relacionar estos datos por sustancia según sexo y rango de edad se encontró que no hay diferencias significativas estadísticas. Esto es comparable a tener un salón completo de adolescentes adictos a alguna sustancia (ver tablas 12 y 13).

Tabla 12. Ha estado en tratamiento para dejar de consumir, en los adolescentes escolarizados del municipio de Marinilla, 2015-2016.

| Sustancia consumida | Prevalencia en % |
|----------------------------|-------------------------|
| Cigarrillo n=182 | 3,8 |
| Bebidas alcohólicas n=358 | 3,9 |
| Marihuana=102 | 10,8 |
| Tranquilizantes=29 | 6,9 |
| Cocaína=9 | 0 |
| Inhalantes=23 | 8,7 |
| Éxtasis=9 | 0 |
| Heroína=4 | 0 |
| Otras sustancias=9 | 11,1 |

Tabla 13. Prevalencia de abuso de consumo de cigarrillo, bebidas alcohólicas, marihuana y otras sustancias psicoactivas según el sexo y el grupo de edad del adolescente escolarizado de Marinilla, Antioquia, 2015-2016. Proporción por 100 (IC 95%).

| Sustancia consumida | Abuso | | | | | | | |
|---|-----------|-----------|-----------|---------|----------------|--------------------|--------------------|---------|
| | Sexo | | | Valor p | Grupos de edad | | | Valor p |
| | Total | Hombre | Mujer | | Total | Entre 11 y 14 años | Entre 15 y 19 años | |
| | % | % | % | % | % | % | | |
| | IC 95 % | IC 9 5% | IC 95 % | IC 95 % | IC 95 % | IC 95 % | | |
| Consumo de cigarrillo | 1,0 | 0,9 | 1,1 | 0,969 | 1,0 | 0,6 | 1,5 | 0,407 |
| | (0,9-1,8) | (0,1-2,5) | (0,3-2,8) | | (0,9-1,8) | (0,0-1,9) | (0,4-3,3) | |
| n | 700 | 345 | 355 | | 700 | 359 | 341 | |
| Consumo de bebidas alcohólicas | 2,0 | 1,7 | 2,3 | 0,829 | 2,0 | 1,4 | 2,6 | 0,364 |
| | (0,8-3,1) | (0,2-3,2) | (0,5-3,9) | | (0,8-3,1) | (0,4-3,2) | (0,7-4,4) | |
| n | 700 | 345 | 355 | | 700 | 359 | 341 | |
| Consumo de marihuana | 1,6 | 1,2 | 2,0 | 0,570 | 1,6 | 1,1 | 2,1 | 0,487 |
| | (0,5-2,5) | (0,3-2,9) | (0,3-3,5) | | (0,5-2,5) | (0,3-2,8) | (0,4-3,7) | |
| n | 700 | 345 | 355 | | 700 | 359 | 341 | |
| Consumo de otras sustancias psicoactivas | 0,1 | 0,0 | 0,3 | 0,988 | 0,1 | 0,0 | 0,3 | 0,979 |
| | (0,0-0,7) | (0,0-1,0) | (0,0-1,5) | | (0,0-0,7) | (0,0-1,0) | (0,0-1,6) | |
| n | 700 | 345 | 355 | | 700 | 359 | 341 | |

a: Prueba Z, diferencia de proporciones.
* Valor p <0,05.

7.3.1.10 Razones de ex consumo para las sustancias psicoactivas

Se observó que, por sustancia psicoactiva, el 51,5 % de exconsumo lo ofrece el cigarrillo y la principal opción que aducen estos adolescentes para abandonar el consumo es que solo “consumieron para probar”, y en segundo lugar está la opción “porque no le gustó”, con un 30,4 %. Para las sustancias como tranquilizantes, inhalantes y demás, se observa la opción por problemas de salud y desaprobación social, con un 28,2% (ver Figura 16).

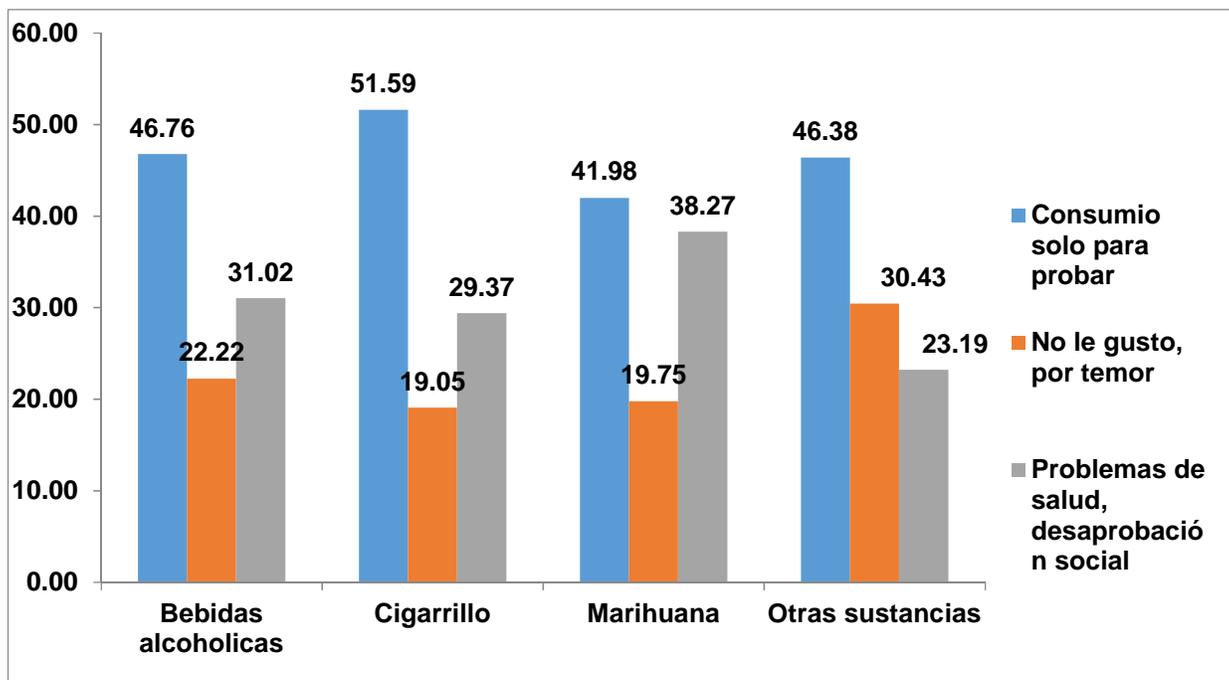


Figura 16. Distribución porcentual, razones para el exconsumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes escolarizados de Marinilla, Antioquia, 2015-2016.

7.3.1.11 Prevalencia del ex consumo de sustancias psicoactivas según sexo y grupos de edad

Del total de consumidores, 54,1% (379), se registra un 22 % de ex consumo de las sustancias psicoactivas. Según sexo, no se observan asociaciones estadísticamente significativas, en cambio, para los grupos de edad con respecto al cigarrillo, la marihuana y otras sustancias se observa un valor $p= 0.000$; lo que significa que para estas sustancias se triplicó el ex consumo para los adolescentes entre 15 a 19 años. Lo anterior cuestiona la situación de ex consumo entre los adolescentes en edades de los 11 a los 14 años (ver Tabla 14).

Tabla 14. Prevalencia de ex consumo de cigarrillo, bebidas alcohólicas, marihuana y otras sustancias psicoactivas según el sexo y el grupo de edad del adolescentes escolarizados de Marinilla, Antioquia, 2015-2016. Proporción por 100 (IC 95%).

| Sustancia consumida | Exconsumo | | | | | | | Valor p |
|---|--------------------|--------------------|---------------------|----------------|--------------------|--------------------|---------------------|---------------|
| | Sexo | | | Grupos de edad | | | | |
| | Total | Hombre | Mujer | Total | Entre 11 y 14 años | Entre 15 y 19 años | | |
| | % | % | % | % | % | % | | |
| | IC 95 % | IC 95 % | IC 95 % | IC 95 % | IC 95 % | IC 95 % | | |
| Consumo de cigarrillo | 12,3 (9,8-14,8) | 13,3 (9,6-17,1) | 11,3 (7,83-14,7) | 0,473 | 12,3 (9,8-14,8) | 6,4 (3,7-9,1) | 18,5 (14,2-22,8) | 0,000* |
| n | 700 | 345 | 355 | | 700 | 359 | 341 | |
| Consumo de bebidas alcohólicas | 8,6 (6,4-10,8) | 7,8 (4,8-10,8) | 9,3 (6,1-12,5) | 0,487 | 8,6 (6,4-10,8) | 7,2 (4,4-10,1) | 10,0 (6,6-13,3) | 0,249 |
| n | 700 | 345 | 355 | | 700 | 359 | 341 | |
| Consumo de marihuana | 4,0 (6,4-10,7) | 3,8 (1,6-5,9) | 4,2 (1,9-6,5) | 0,908 | 4,0 (6,4-10,7) | 1,9 (0,4-3,5) | 6,2 (3,5-8,9) | 0,005* |
| n | 700 | 345 | 355 | | 700 | 359 | 341 | |
| Consumo de otras sustancias psicoactivas | 4,0 (2,5-5,5) | 2,6 (0,8-4,4) | 5,4 (2,9-7,8) | 0,097 | 4,0 (2,5-5,5) | 7,8 (4,9-10,7) | 0,0 (0,00-1,076) | 0,000* |
| n | 700 | 345 | 355 | | 700 | 359 | 341 | |

a: Prueba Z, diferencia de proporciones.
* Valor p <0,0001.

7.3.2 Consumo de sustancias psicoactivas en el contexto social: pares y amigos

El consumo por parte de sus amigos fue de 81,3 %, y al cruzar las variables de consumo según amigos consumidores existe una asociación estadística significativa entre los amigos consumidores y el adolescente consumidor, con valor p= 0.000 (ver Tabla 15). El grupo de iguales debe mirarse con detenimiento, ya que este aspecto es muy importante en la adolescencia; muchos estudios confirman la influencia de pares en esta edad¹⁴¹.

Tabla 15. Distribución porcentual, relación entre el consumo de sustancias psicoactivas según el consumo por parte de amigos(as) en los adolescentes escolarizados Marinilla, Antioquia, 2015-2016.

| | | | Consumo de Sustancias psicoactivas | | Total |
|--|----|-------------------|------------------------------------|----------------|---------------|
| | | | Sí | No | |
| Algunos de tus amigo(as) consumen una o varias de las sustancias psicoactivas. | No | Frecuencia | 71 | 188 | 259 |
| | | % | 18,7 % | 58,6 % | 37,0 % |
| | Sí | Frecuencia | 308 | 133 | 441 |
| | | % | 81,3 % | 41,4 % | 63,0 % |
| Total | | Frecuencia | 379 | 321 | 700 |
| | | % | 100,0 % | 100,0 % | 100,0% |

Con base en lo anterior, al indagar en los grupos focales sobre las motivaciones para el consumo de sustancias psicoactivas, los adolescentes establecen la relación con la búsqueda de sensaciones y aceptación con su grupo social. A continuación se explica esta relación desde su perspectiva:

Categoría 1. Razones percibidas como negativas que llevan al uso de sustancias psicoactivas

Subcategoría c: “Relación con sus pares y la necesidad de ser aceptado, como predictor para el consumo”

Desde su contexto escolar es importante destacar que las relaciones son simétricas e igualitarias y la toma de decisiones corre a cargo de todos los miembros del grupo. Por ejemplo, cuando hacen parte de un grupo, se destacan relaciones con máximo dos o tres de pares (ver Figura 17).

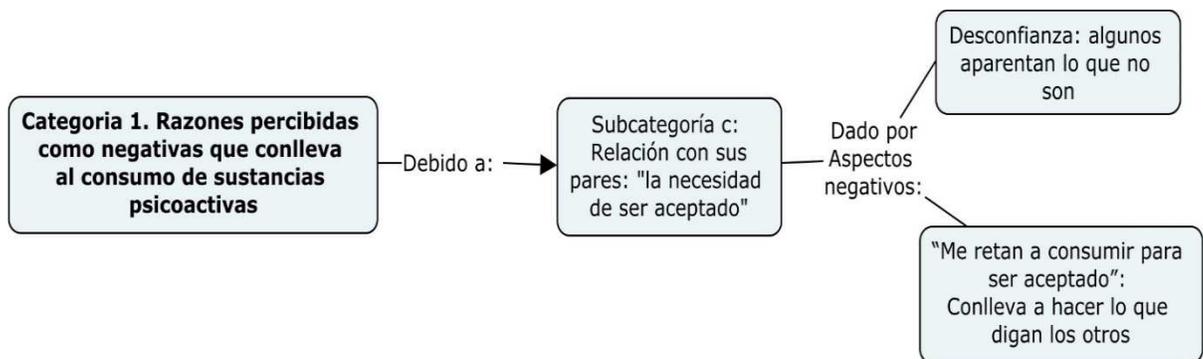


Figura 17. Razones percibidas como negativas que conllevan al consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes escolarizados de Marinilla. Antioquia 2016 (subcategoría c); factor social: relación con sus pares.

Aspectos negativos: amigos que se implican en conductas problema, amigos que tienen actitudes favorables a la realización de dichas conductas, susceptibilidad a la presión negativa de los iguales y el tratar de ser aceptados son aspectos negativos que los llevan al consumo y a buscar otras salidas. Al revisar los datos cuantitativos de este estudio se encontró que hay asociación positiva entre consumir sustancias y que sus amigos lo hagan. Algunos afirman que muchos aparentan lo que no son; en un ambiente son unos, como en el colegio y en la casa, pero en la calle son consumidores. También se observa que existe la desconfianza entre sus mismos pares, afirmando que no es fácil contar sus problemas a cualquiera, en especial porque en algunos casos no guardan los secretos y los usan para después reírse con los demás de lo que les pasa, séalo que para ellos significa “clavarse el cuchillo por la espalda”; esta conducta también se relaciona con el aislamiento.

“(…) sí, claro, uno muchas veces ve a la gente y uno dice: ‘esa gente se ve muy sana’, pero uno ya empieza como a salir con ellos y a ver cosas diferentes y eso se ve mucho en los colegios, y uno ve que no son lo que aparentan, tienen una doble personalidad, con la familia, con el colegio, con ellos mismos y lo llevan a uno por el camino que no es (…)”, E05SJGFM.

“(…) Normalmente uno es muy desconfiado frente a las demás personas, por así decirlo. Usted no va a confiar fácilmente en cualquiera, porque cualquiera lo puede traicionar, cualquiera puede llegar y decirte de frente: ‘ay, parece, mi mejor amiga’, pero de espaldas decirle ‘uy, noo, como esa desgraciada’, clavando el cuchillo.(…). Uno ya no sabe como quién es el verdadero y quién es el falso…”, E03NSGFM.

“Me retan a consumir para ser aceptado”: en relación con el consumo de sustancias, sus relatos indicaron que hay amigos o pares que sugieren retos que

cumplen por no quedar mal, esta es una forma de aceptación en su contexto y de seguir patrones de comportamientos, en los siguientes relatos se evidencia esta relación:

“(...) Los amigos lo pueden llevar al consumo, mediante retos; un reto es que, que lo pruebe, o también viene la aprobación; que si usted no lo hace deja de ser amigo o deja de ser mi novia o mi novio (...)”, E04NSGFM.

“(...) Sí, eso es fácil para ellos, como por ejemplo, ellos tratan de que el grupo los apoye, pero no cuentan nada, simplemente se meten y ellos como que para convivir tienen que hacer lo que otras personas les digan, entonces sí, por ejemplo, un amigo le dice que se fume algo, él se fuma nada más para convivir y para que no lo excluyan, porque no tiene otra comunicación en otros lugares (...)”, E02SJGFM.

7.3.3 Razones por las cuales los adolescentes escolarizados no consumen sustancias psicoactivas

A este grupo, según la distribución porcentual, corresponde el 46 % de adolescentes que afirman que no han consumido ninguna sustancia psicoactiva. Al observar las razones, las más altas prevalencias se obtienen por cada sustancia para la opción de no sentir la necesidad de hacerlo y porque no le gusta. Por sustancias, para el cigarrillo y bebidas alcohólicas se tienen las más altas prevalencias de no consumo, con un 49 % (ver Figura 18).

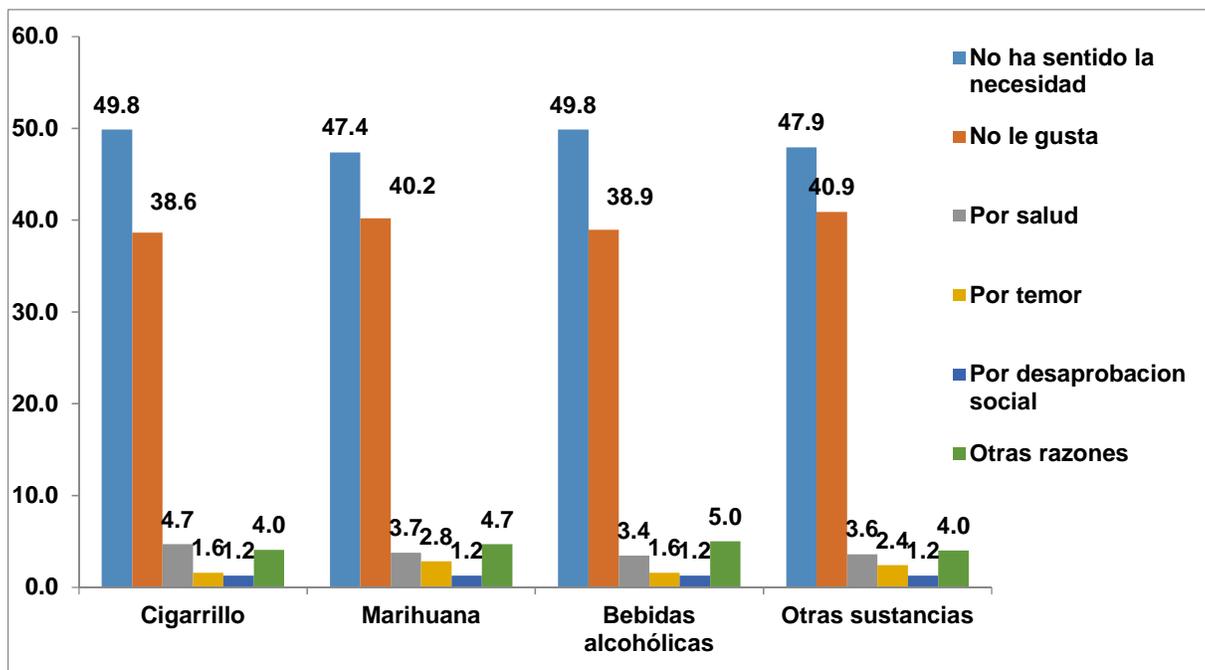


Figura 18. Distribución porcentual sobre las razones para no consumir sustancias psicoactivas por parte de los adolescentes escolarizados de Marinilla, Antioquia 2015-2016.

Aunado a los datos anteriores, desde algunas percepciones de los relatos de los estudiantes, para él no consumo de sustancias, se tienen las siguientes afirmaciones que contribuyen a crear una posible ruta que aporte a la deconstrucción de los factores negativos encontrados como razones para el consumo de sustancias psicoactivas:

Categoría 2. Razones percibidas como positivas para no consumir sustancias psicoactivas

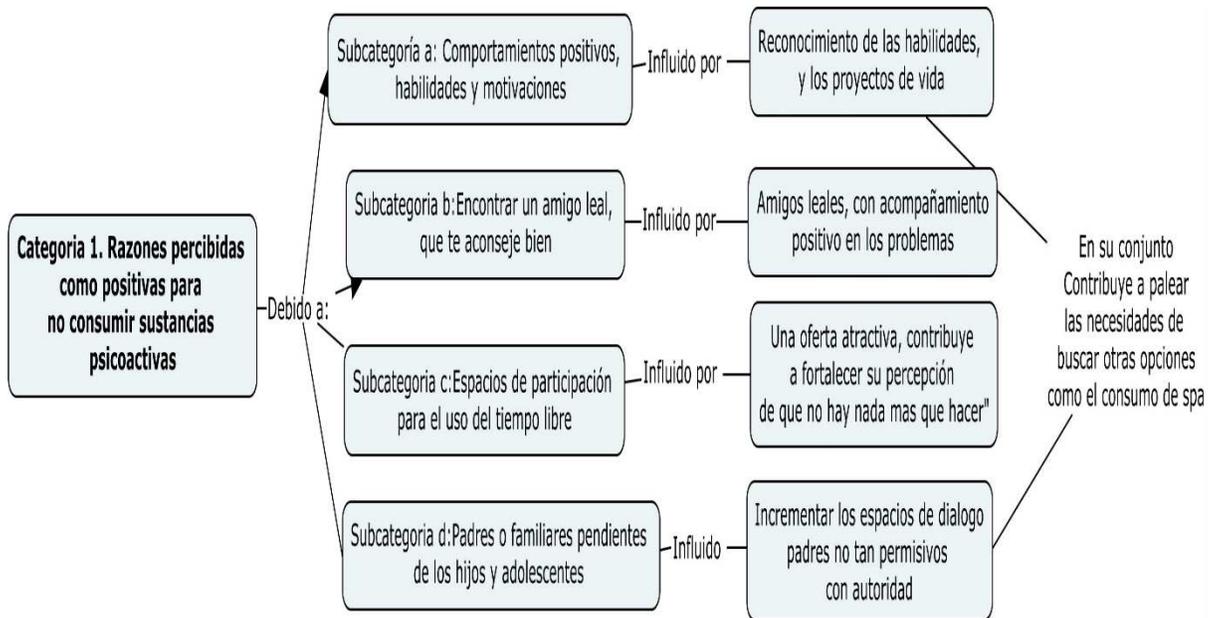


Figura 19. Razones percibidas como positivas para no consumir sustancias psicoactivas en los adolescentes escolarizados Marinilla, Antioquia, 2016 (subcategorías a-d).

Subcategorías a: Comportamientos positivos, habilidades y motivaciones

Dentro de las características de “cómo se ven a sí mismos en este presente y en un futuro”, algo realmente positivo para la construcción de la identidad y de su imagen es que reconocen sus habilidades en el deporte y en el estudio como fortalezas para paliar lo que actualmente viven en su contexto. Tener expectativas y motivaciones de ser buenos en algo, de ser reconocidos, de cumplir las metas, es la imagen que desean proyectar y que se puede potencializar como un factor protector para el consumo de sustancias. Algunos relatos que apoyan esta afirmación son:

“(...) Algunos son buenos en los deportes y en materias; patinaje, natación, fútbol y baloncesto, karate, tenis de mesa y voleibol. Son buenos en materias como los idiomas, en las artísticas, también en música... mejor dicho, bailar, nos gusta bailar...”, E04NSGFM.

“(...) Algunos son buenos para las Matemáticas, hay dos, otro para las lecturas. Él se lee un libro en una semana, le gusta mucho la lectura y coleccionar cosas, se destacan por eso”, E02SJGFM.

La motivación y expectativas de tener un proyecto de vida, “grandes sueños” para su futuro, es una característica de valorar en el momento educativo por el que pasan, se ven como profesionales y existe la posibilidad de no rendirse ante esto:

“(...) Me veo como un profesional, yo pienso que todos deberían planear el futuro”, E03NSGFM

“(...) Ganar el año, salir adelante (...). Es que tener una carrera, pasarla bien, un buen futuro, una profesión, viajar, la familia, el amor, la amistad, los amigos”, ... E04NSGFM.

“(...) A mí lo que me motiva es mi proyecto de vida y si yo no lo cumplo en un futuro me voy a sentir destrozado, como para qué yo en este mundo. Sin embargo, yo por medio de eso lo que más valoro es el estudio, porque yo sé que sin el estudio no voy a poder hacer nada y cumplir ese sueño que yo tengo. En el mío, personalmente, yo quiero llegar a ser un doctor, pero por eso ir estudiando poco a poco, yo por ahora quiero terminar el estudio y quiero hacerlo bien hecho, quiero esforzarme al máximo como hace tiempo lo ha hecho mi mejor amigo que es un sacerdote y que me dijo una frase, a él lo mataron con cinco tiros, me dijo una frase: age quod agis, (haz los que haces), o sea, en cada momento hacer lo que tengo que hacer y hacerlo bien. Eso es lo que me motiva a seguir cada día”, E05SJGFM.

Subcategoría b. Encontrar un amigo leal, que te aconseje bien

Así pues, los adolescentes relacionan a sus amigos con compañía y diversión, reconocen que es con ellos con los que mejor pasan, quienes los entienden y con quienes se muestran tal como son. Un aspecto positivo encontrado es que son un recurso de seguridad emocional en situaciones novedosas o en momentos de estrés. Valorán el compañerismo, al amigo leal que les aconseje bien, que los acompañe en los problemas, el problema de uno afecta a los demás y se solidarizan. Se observó una preocupación por el respeto a los demás a medida que avanzan en sus grados escolares, cuando asumen posiciones más serias, como el no burlarse de los otros. La relación con sus compañeros es buena, pocas veces hay conflictos internos y la permanencia en el colegio desde preescolar no afecta la

percepción de tener un amigo leal, puede que se conozcan desde pequeños, pero aún así no hay vínculo sino lo consideran leal. Esta forma positiva es dada como un factor protector para el consumo de sustancias. Tratan de no hacer sentir mal a un compañero cuando tiene problemas y reconocen en su ámbito quién tiene problemas y quién no. Cuando saben que alguno de sus compañeros tiene problemas de consumo, no le preguntan porque es abrir heridas:

“(...) y su manera de relacionarse es buena (...). Uno como todos los años comparte con personas diferentes, y uno con todas crea un afecto y se la lleva. Y entonces, por ejemplo, si a uno le pasa algo, es como si a todos les pasara, entonces todos buscamos ayudar, todos los grupos se caracterizan por eso, porque pasa algo y todos ayudan porque, por ejemplo, si un niño no tiene con qué comer en la casa, entonces todos traen para colaborar y si a los de once les falta para los estudios, hacen que todos en el colegio ayuden para los estudios”, E02SJGFM.

“(...) No digamos de las personas que no volvieron a hacer eso (consumir), digamos que dejaron eso atrás y ya si usted le vuelve a tocar, digamos que es como una herida que no ha sanado muy bien, es como hacerlo sentir mal, como digamos que lo van a juzgar. Por eso pienso yo que acá le demostramos que no los estamos juzgando, lo que pensamos o percibimos, por eso es importante si hay opiniones distintas que podamos darlas en apoyo a los que lo necesitan”, E01SJGFM.

Subcategoría c: Espacios de participación para el uso del tiempo libre

Dentro de las propuestas que contribuyen a mejorar el uso del tiempo libre se destacan las opciones sobre “otras cosas que los distraigan”, que convoquen a los jóvenes; tales como torneos, deportes, proyectos de vida aplicables, y que se constituyen en espacios que los alejan del celular y fomentan las actividades físicas:

“(...) Por ejemplo, más actividades para que los jóvenes se distraigan, dejen de hacer las cosas, que la institución dé más modos para que una persona se distraiga, por ejemplo, en los deportes, que hagan torneos en otros lugares con todas las instituciones. Eso lo hacen acá con el fair play, pues deberían hablar con los estudiantes que quieren ser, así como hacerles un proyecto de vida y lo que ellos quieren ser ilustrárselos por el camino” E02SJGFM.

“(...)y de salir, yo a veces salgo a los planes que es hacer una chocolatada o salir a caminar o algo, o sea en los grupos sociales que yo mantengo no es de salir a

beber, de vez en cuando en un toque o algo (toque es de música, concierto etc.)”, E03NSGFM.

En los espacios literarios ofrecidos por el municipio solo participaron dos chicos del colegio:

“(…) Sí hay espacios, nosotros dos fuimos como los únicos que nos atrevimos y que nos inscribimos en un curso de literatura que se llama Sembrando paz, de la Corporación Acordes de acá del municipio. Es una forma de utilizar el tiempo libre en cosas buenas, ahí es donde nos enseñan a escribir poemas, a mí personalmente me apasiona mucho lo de escribir poemas y leer...” E05SJGFM.

Subcategoría d: Padres o familiares pendientes de los hijos y adolescentes

Aunque en contraste con los aspectos negativos que fueron más expuestos por ellos, sobre las relaciones familiares se puede resaltar que en algunos casos afirmaron que no todo es malo, que todavía existen familias amorosas, familias que se preocupan y van a preguntar cómo están sus hijos en la institución, existe la confianza en la mamá para contarle todo y en otros familiares:

“(…) Yo le tengo mucha confianza a mi mamá, yo le cuento casi todo, somos muy unidos (...). también a un tío, yo voy con él y hablamos de muchas cosas, él me habla sobre sexualidad, él también es psicólogo”, E02SJGFM.

“(…) Con la familia, si se dan cuenta de que no es problema escolar, ya empiezan a referirse a la familia, a hablar con los padres de familia o a preguntarle. A veces los que buscan ayuda, a veces ellos mismos dicen qué es lo que pasa. Entonces ya ellos buscan solución a eso hablando con los padres de familia, por ejemplo aquí se hacen reuniones cada 3 meses, que yo recuerde, donde se da escuela de padres, donde se dan muchos de esos temas”, E02SJGFM.

Qué demandan de sus padres, familiares o acudientes: aunque es positivo que haya padres que están pendientes, esto no ocurre en la gran mayoría de los casos, por lo tanto, como factor protector, se debe trabajar en esta relación de padres e hijos.

Con respecto a la distribución del tiempo y a la confianza, debe existir el diálogo entre las familias para afianzarlas, de manera que temas álgidos como el consumo de sustancias, la sexualidad, problemas o inquietudes que les aquejan y dudas,

entre otras cosas, se puedan tratar en la casa, y desde la institución o el municipio dar más orientación a los padres para que sepan cómo actuar.

“(…) La comunicación para que haya mayor confianza, dar más orientación para los padres, más cuidado, más atentos, que haya más tiempo para los hijos”, E06INIGFM.

“(…) Yo digo que las familias deben sentarse al lado de uno y dialogar con uno y decirle ‘vea, me pasó esto y esto’, y uno tener la plena confianza de contarles ciertas cosas”, E05SJGFM.

También se alude a una demanda para que haya más participación de los padres en el ámbito de la institución, para llegar unidos a ayudar a las problemáticas que aquejan a los jóvenes. Estos solicitan que los padres estén más pendientes y que sea un deber ir al colegio a saber de ellos y ver cómo están.

“(…) En los colegios públicos sí se citan a los padres de familia, pero no es como muy continuo, no es como de ir a la mano con el colegio, con el padre y el hijo (que sea obligatorio), es como muy remoto todo eso. Primero que todo es la familia, si la familia tiene conocimiento de eso, pueden enseñar desde el conocimiento y no desde lo que les dicen los demás o suponiendo cosas, mitos o cualquier otra cosa que les digan en la calle, entonces primero es eso”, E05SJGFM.

7.3.4 Consulta por sustancias psicoactivas y a quién ha consultado

Del total de la población, solo un 16 % consulta con respecto al consumo de sustancias psicoactivas, y al cruzar esta variable, según los consumidores, se obtiene que del porcentaje de los adolescentes que consume sustancias psicoactivas solo consulta un 20,6 % (ver Tabla 16).

Tabla 16. Distribución porcentual de consulta por problemas o inquietudes sobre el tema de sustancias psicoactivas según consumidores o no consumidores adolescentes escolarizados Marinilla, Antioquia, 2015-2016.

| | | Consumo de sustancias psicoactivas | | Total |
|--|---|------------------------------------|------------|--------------|
| | | Sí | No | |
| Consulta por problemas o inquietudes sobre sustancias psicoactivas | F | 301 | 287 | 588 |
| | % | 79.4% | 89.4% | 84.0% |
| Total | F | 78 | 34 | 112 |
| | % | 20.6% | 10.6% | 16.0% |
| Total | F | 379 | 321 | 700 |
| | % | 100 | 100 | 100 |

Sobre a quién consulta por esta problemática, en un alto porcentaje se menciona al psico orientador, con un 33,9 %, y en segundo lugar a los trabajadores sociales, con 22,3 %. Se observa un menor porcentaje de consulta a los familiares, amigos y psicólogos. Es de observar la poca confianza del adolescente hacia su núcleo familiar cercano (ver Figura 20).

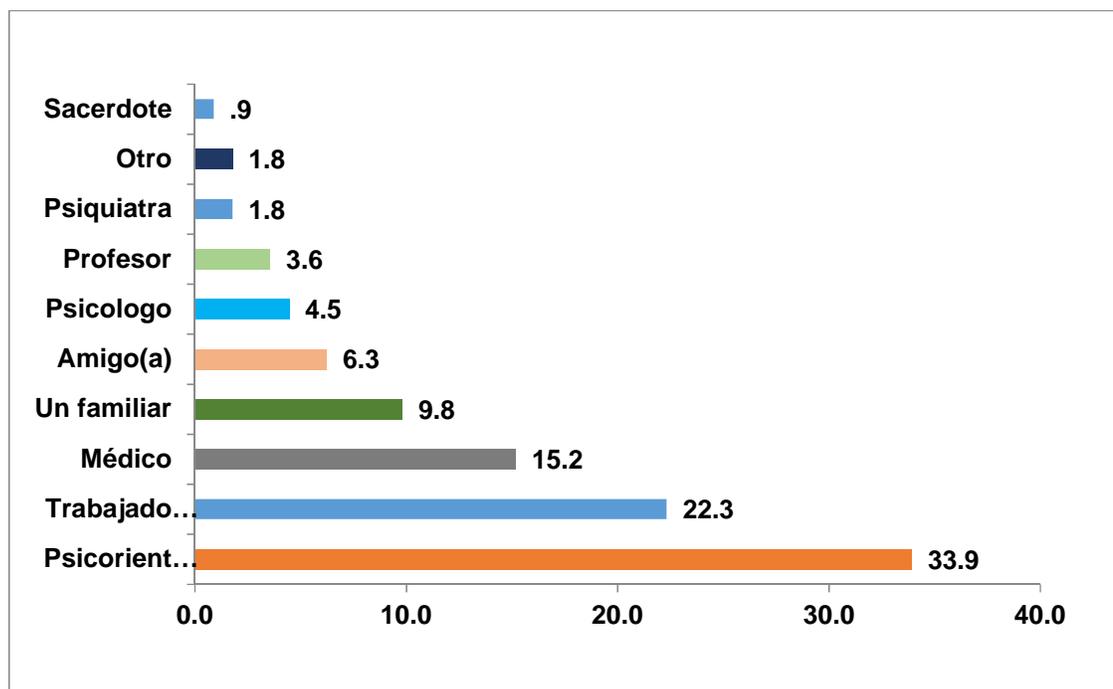


Figura 20. Distribución porcentual sobre personas a las que ha consultado por el tema de las sustancias psicoactivas en los adolescentes escolarizados de Marinilla, Antioquia, 2015-2016.

Aunado a los datos anteriores, se observa que menos del 50 % consulta por esta problemática y que las menores proporciones de consulta se refieren a familiares, amigos o médicos.

Como uno de los interrogantes de este estudio es conocer la percepción que tienen los adolescentes acerca de la enfermedad y cómo es dada la atención en caso de padecer el consumo de sustancias psicoactivas, con lo relatos siguientes se reafirma la idea de la razón por la que no consultan:

Categoría 3. Deficiente conocimiento de la enfermedad y del acceso a la atención para el consumo de sustancias psicoactivas

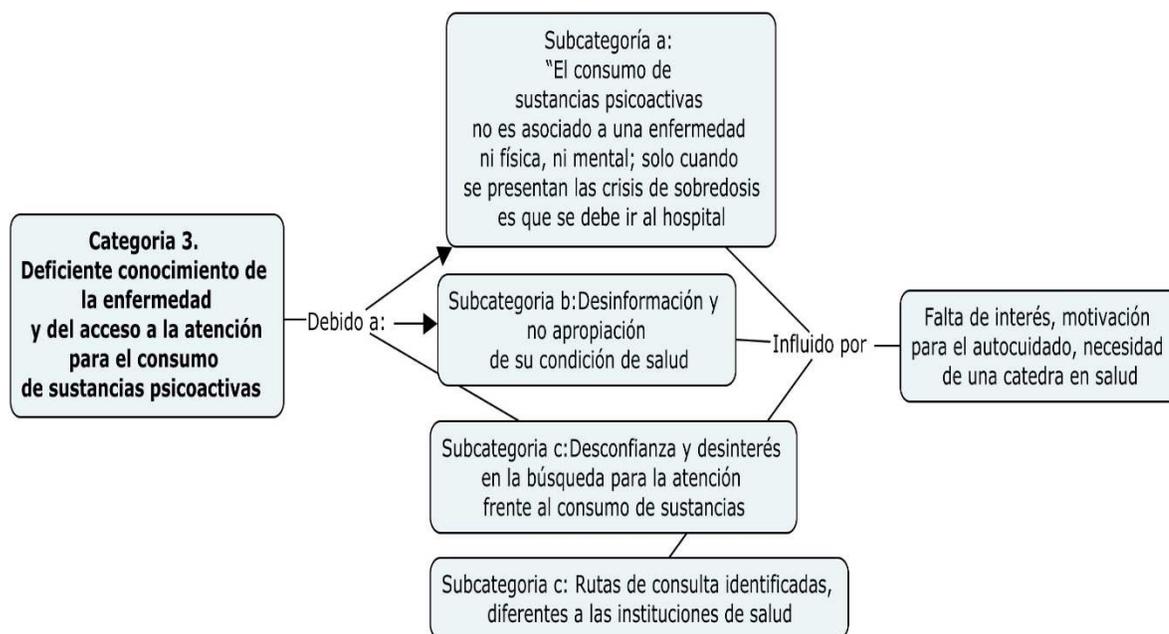


Figura 21. Deficiente conocimiento de la enfermedad y acceso a la atención en los adolescentes escolarizados de Marinilla, Antioquia, 2016 (subcategorías a-c)

Subcategoría a. El consumo de sustancias psicoactivas no es asociado a una enfermedad ni física, ni mental; solo cuando se presentan las crisis de sobredosis es que se debe ir al hospital

Los adolescentes perciben que saben poco de anatomía, fisiología, enfermedades, riesgo y prevención. Esto implica que confunden los conceptos de enfermedad y riesgo y solo relacionan la palabra enfermedad con tener gripa o cólicos. Asocian la

enfermedad mental a la bulimia, a la anorexia, al corte “cutting”****, pero el presentar cuadros de consumo de sustancias tanto legales como ilegales, dependencia y abuso, no lo asocian con la enfermedad mental o física. En tal sentido, la información es fraccionada, porque así se esté hablando de salud perciben que se enferman poco y lo que observan en otros como problemas o trastornos no es relacionado como afectaciones de su propia salud, ni muchos menos que hace parte de la salud mental.

“(…) Con gripa van al hospital, pero las enfermedades mentales son más complicadas para la consulta, y si son alimenticias es más difícil saber si la padecen (...). O sea, con gripa van al hospital, también yo creo que se trasmite la depresión, la bulimia o anorexia, que va de persona en persona y cuando son bulimia y anorexia buscan a otra persona, piden ayuda, pero que también es difícil de reconocer en una persona ya que siempre se va a ver gorda”, E06INIGFM.

Para estos jóvenes es nuevo que se les diga que al consumir sustancias podrían terminar con un trastorno en salud mental y se puede decir que tienen una enfermedad, para ellos el consumo es normal:

“(…) Muchas veces se busca salida con la depresión, bulimia y anorexia, estas son enfermedades que más se dan en los adolescentes. ¿El consumo es una enfermedad?”, E06INIGFM.

Cuando se les habló de que el consumo de sustancias psicoactivas, gracias a la Ley 1566 de 2012, es posible ser atendido, y que existen rutas para ello, los participantes en su mayoría aseguraron que lo desconocían, hasta entonces consideraban que consumir hace parte de una práctica normal y que se hace enfermedad cuando ya aparecen crisis como sobredosis o adicción:

“(…) No lo conocíamos, pues solo cuando se drogan y se ven ya para morir o con sobredosis es que van ir al hospital. Yo tenía un primo y empezó a pegarnos a todos en Navidad y lo llevamos al hospital y allá lo dejaron porque estaba drogado y lo atendieron, de resto, buscar ayuda médica por el consumo no”, E06INIGFM.

**** Es el hábito de autolesionarse, se lastiman porque no saben otra forma de expresar sus sentimientos. Se trata de adolescentes que liberan sus angustias emocionales cortándose los brazos, los muslos o el abdomen con cuchillos, tijeras o cortantes. No buscan llamar la atención, ni suicidarse; sino aliviarse.

“(…)no, yo no tenía conocimiento de eso, yo simplemente busqué amigos que son personas de bien y que sé que si me junto con ellos no me va a pasar nada, pero así de médicos y de salud, no sé nada de eso”,. E05SJGFM.

Subcategoría b. Desinformación y no apropiación de su condición de salud La desinformación puede deberse a la familia, a la edad cognitiva, a una actitud de negación de la realidad, desinterés por los servicios o programas a los que tienen derecho. Tienen una información superficial de las instituciones de salud ESE o EPS y tampoco relacionan los servicios institucionales con la oferta de programas que les llegan, en algunos momentos, a la institución educativa.

No apropiación de la condición de su salud: aparece la automedicación, que se evidencia en que algunos jóvenes toman pastillas que no conocen por recomendación de alguien que las tomó. Para el caso del consumo de psicoactivos, los tranquilizantes y otras pastillas, estas son tomadas para hacerse daño y salir de la realidad. También se presenta la no consulta, que es dada en el sentido que hay algo malo que contar, pero no lo quieren hacer. Los adolescentes en este contexto no se apropian de su situación de salud porque en la mayoría de los casos son sus padres los que perciben cuando requieren de una consulta médica:

“Es mi mamá la que me consigue la cita, es mi mamá la que sabe cuándo hay que ir al médico (…)”, E04NSGFM.

“(…) O me automédico, o tomamos acetaminofén, muy poquito (ir al médico), solo cuando nos vemos muy enfermos, hemos estado enfermos, pero a veces no vemos la necesidad de ir, por ejemplo, la gripa se pasa sola”, E06INIGFM.

Subcategoría c. Desconfianza y desinterés en la búsqueda para la atención frente al consumo de sustancias

Frente a la pregunta: ¿buscarían ayuda o consulta sobre este tema?, la mayoría de ellos afirmaron que no le dirían nada a nadie, hay otras personas que son distintas a la familia que sí los escucharían, como algunos profesores, y a lo mejor confiarían en ellos, pero los adolescentes en este contexto no creen en ayuda. Además, perciben que los sitios y lugares sí existen, pero que no las buscan o buscarían porque no hay confianza y, además, no lo consideran importante. Es como si los síntomas fueran tratados como una gripa que con una pastilla pasa.

Los siguientes testimonios condensan el déficit de conocimientos, el temor a ser estigmatizados o la falta de cuidado de sí por parte de los adolescentes y la realidad de las prácticas entre los ellos:

“(...) Sí, es verdad, pues o sea, existen y es obvio (enfermedades), pero los jóvenes no acuden y ya, ya sea por falta de dinero o por falta de interés(...). Cuando uno se enferma algunos no los conocen o no les importa o no les interesa, dicen que están ahí y ya. Y eso es en la mayoría, hay personas que no se entienden ni consigo mismas, y cuando hay una enfermedad, saben que hay algo malo pero no quieren contar”, E03NSGFM.

“(...) Para los jóvenes no hay rutas de atención para cuando existe una crisis de consumo de sustancias, no saben qué hacer en situaciones de enfermedad, lo que conocen es percibido a través de casos, y para consultar existe la desconfianza”, E05SJGFM.

“(...) (¿Consultan o van al médico?) no creo, quizá el miedo a que no los entiendan y los traten de una manera que ellos no quieran y no estén a la capacidad de soportarlo. Que, por ejemplo, le digan: ‘¡ah, que usted tiene tal cosa!’ o ‘no entiendo lo que tengas todavía, pero podemos seguir y usted tiene que hacer esto y esto’ y, pues hay personas que, por ejemplo, eso les daría miedo, y dicen: ‘lo intenté y no me entendió...qué más puedo hacer’, y ya, quedaría igual o peor”, E03NSGFM.

Subcategoría d. Rutas de consulta identificadas, diferentes a las instituciones de salud

Acerca de a quiénes consultan o pueden consultar en casos sobre el consumo, refieren sitios como Alcohólicos Anónimos y que sus profesores saben y tienen confianza en consultarles, además del psicoorientador. Sin embargo, cuando existe el problema se observa que son los padres los que deben hacer las gestiones para la atención:

“(...)eh..., por ejemplo, Alcohólicos Anónimos y ya... y algunas cosas de drogadictos que a veces dan charlas, pero muy poco,y muestran apoyo. si no quieren ir, a nadie se le obliga”, E04NSGFM.

“(...) En mi caso sí hay lugares de tratamiento psicológico-psiquiátrico, acá en el municipio obviamente no es muy avanzado pero le sirven a uno, siempre sirven.

Cuando ellos ven que uno tiene un problema ya como que ellos no son capaz lo mandan a otro lado ya más especializado, pero el municipio sí tiene, ya que uno no quiera acudir o participar es otra cosa”, E03NSGFM.

Se detalla el caso particular de un adolescente que ya estaba identificado como adicto. Para atender su caso y buscarle ayuda su madre optó por internarlo, pero ese proceso no fue fácil porque tuvo que acudir a la tutela. También existía la dificultad de que él no reconocía que tenía un problema, que estaba enfermo. Esto se relaciona con la percepción del autocuidado:

“(…) La cosa fue que ella me decía eso (la mamá) y yo no creía que lo iban a hacer, internarme, entonces yo pensaba que estaba bien, que todo el mundo era el que estaba mal, pues yo decía eso, entonces llegó el punto en el que me metieron y me decían que era por mi bien y yo pensaba de que no. Eso en sí ya es un proceso, entonces ya por la obligación, ya me tenían obligado a mí, entonces fue que yo empecé a entender todo esto. Cada día me mostraban todo cómo era, no como las pensaba, y yo no las aceptaba. Poco a poco fue que fui asumiendo muchas cosas para aceptar y empezar el proceso. Fue después de 8 meses que estuve interno”, E05SJGFM.

“(…) Sí, mamá me cuenta que buscó en varios sitios, en Medellín, hablando con psicólogos, psiquiatras, profesionales en el tema de la mente, pues de la salud (no fue fácil). Mamá me decía que no me iba a meter en cualquier parte, que iba a ser un sitio bueno, que los profesionales que iban a estar iban a estar bien capacitados, que es gente buena. Ella buscó mucho y la mensualidad valía 1.600.000 pesos, costoso. Entonces ella tuvo que buscar por Coomeva, puso tutela, puso como tres. Entonces siempre fue como un proceso dilatado, casi que no me dan el cupo allá, y la EPS casi que tampoco colabora”, E05SJGFM.

7.4 Prevalencia del uso del tiempo libre según el sexo y grupo de edad y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas

Con respecto al uso del tiempo libre se observa que el 57 % lo utiliza para actividades de ocio y de deporte. Las actividades como realizar tareas, trabajar para ganar dinero y las dedicadas a las labores del hogar no hacen parte de un verdadero tiempo libre y equivalen a un 34 % de la población. Por otra parte, las actividades de salir a lo que resulte, dormir y otras actividades, que son un 16 %, se están desaprovechando, pues es allí donde se deben considerar estrategias para atraerlos y potencializar sus capacidades (ver Figura 22).

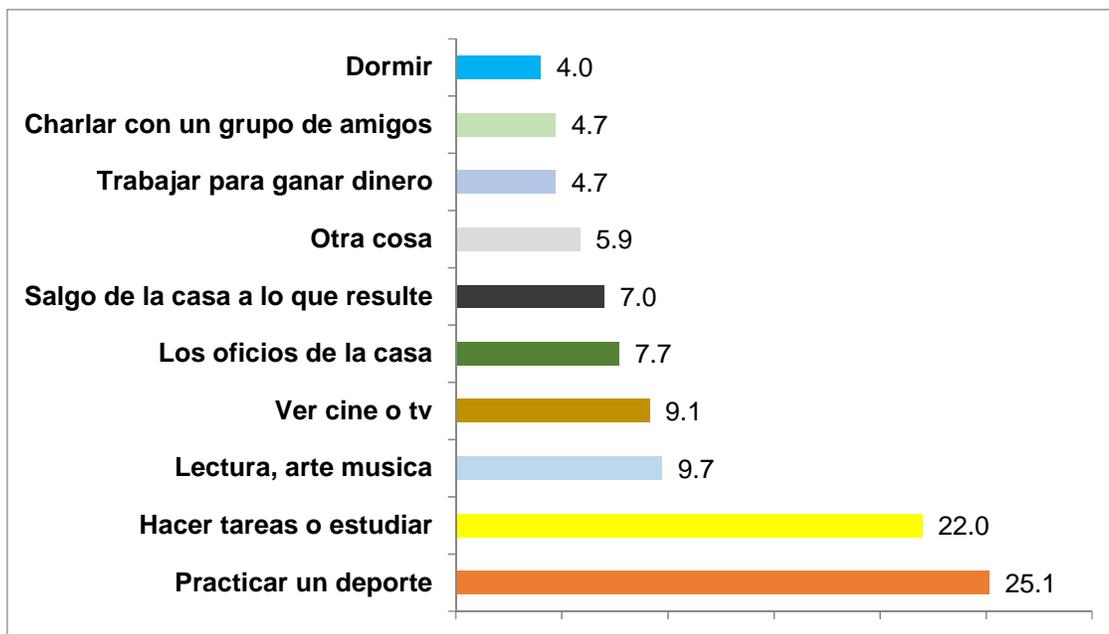


Figura 22. Distribución porcentual del uso del tiempo libre de los adolescentes escolarizados en Marinilla, Antioquia, 2015-2016.

El grupo al que más dedican su tiempo libre es el deportivo, con un 30,8 %. Se observa, además, que un 26,7 % afirma que no pertenece a ningún grupo y, en un 42,4 %, los adolescentes afirmaron estar incluidos en barras de amigos, grupos de estudios, grupos culturales, musicales, religiosos, entre otros (ver Figura 23).

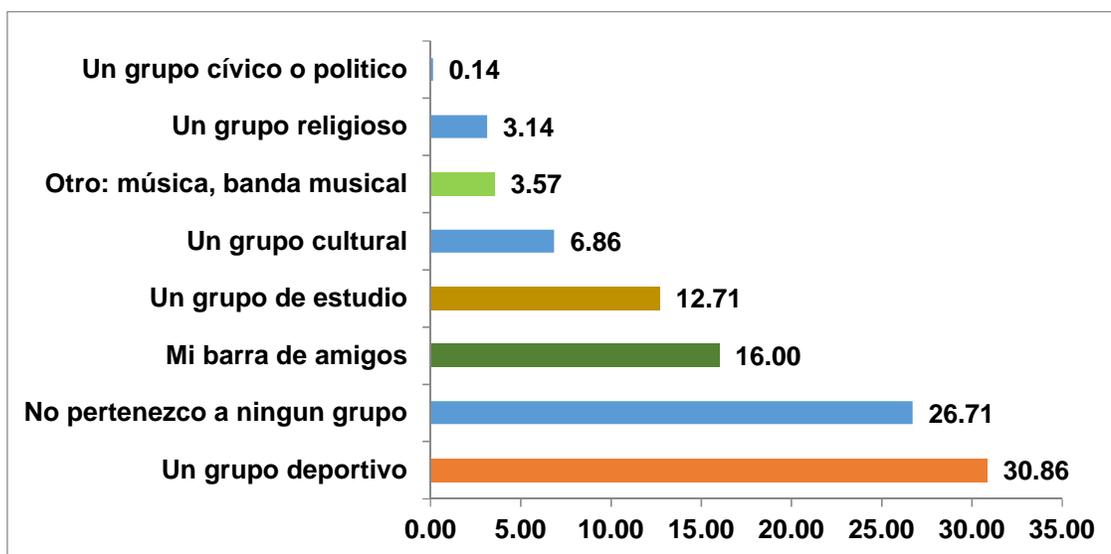


Figura 23. Distribución porcentual del grupo al que dedican el tiempo libre los adolescentes de Marinilla, Antioquia, 2015-2016.

Con respecto a la realización de actividades físico-deportivas, los adolescentes afirmaron, en un 59,6 %, practicar deportes de forma regular. Es de observar que el 31,4 % lo realiza ocasionalmente y en la jornada escolar, con la materia de Educación Física. El 8,9% afirma que no ha practicado ningún deporte (ver Figura 24)

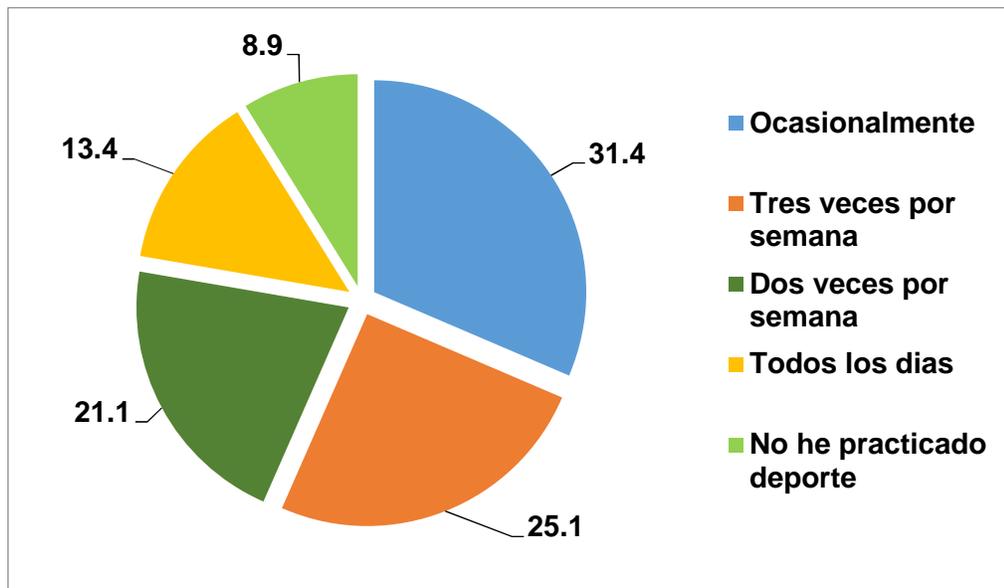


Figura 24. Distribución porcentual del grupo al que dedican el tiempo libre los adolescentes escolarizados en Marinilla, Antioquia, 2015-2016.

Análisis del uso del tiempo libre según sexo y rangos de edad

En cuanto al cruce de las actividades según sexo y grupo de edad, se recodificaron las variables y se agruparon para su análisis en actividades lúdicas. A esta categoría corresponden la lectura, el arte o escuchar música, ir al cine o ver televisión, actividades académicas, deportivas, laborales y otras. Por sexo, se aprecian diferencias estadísticas para la actividad académica, deportiva y laboral, donde realizar las tareas o estudiar es más prevalente en las mujeres, en 31 % (IC95 %: 26.03-35.93), y, en cuanto los hombres, son mayores las deportivas, con 35,1 %. Para las actividades laborales se observaron solo diferencias estadísticas entre hombres con respecto a las mujeres, siendo más alta la prevalencia para ellos, en las actividades de trabajar para ganar dinero., en 7,5 % (IC 95 %: 4.60-10.46).

Por grupos de edad se obtuvo que hay diferencias estadísticas entre las actividades lúdicas, deportivas y académicas, con valor $p= 0.001$, siendo más prevalentes la lúdicas para los adolescentes entre 15 y 19 años.

Contrario a lo anterior, las actividades deportivas y académicas son más prevalentes entre los adolescentes entre 11 y 14 años (ver Tabla 17).

Tabla 17. Distribución del uso de tiempo libre según el sexo y el grupo de edad del adolescente escolarizado de Marinilla, Antioquia, 2015-2016. Proporción por 100 (IC 95 %).

| Categorías | Sexo | | | Valor p | Grupos de edad | | | Valor p | |
|----------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------|
| | Total | Hombre | Mujer | | Total | Entre 11 y 14 años | Entre 15 y 19 años | | |
| | % | % | % | | % | % | % | | |
| | IC 95 % | IC 95 % | IC 95 % | | IC 95 % | IC 95 % | IC 95 % | | |
| Uso del tiempo libre | Actividad lúdica | 23,6 (20,3-26,78) | 21,4 (16,97-25,92) | 25,6 (20,95-30,31) | 0,224 | 23,6 (20,3-26,78) | 18,4 (14,23-22,53) | 29,0 (24,06-33,9) | 0,001* |
| | Actividad deportiva | 25,1 (21,85-28,42) | 35,1 (29,89-40,25) | 15,5 (11,58-19,39) | 0,000* | 25,1 (21,85-28,42) | 28,4 (23,60-33,21) | 21,7 (17,17-26,22) | 0,05* |
| | Actividad académica | 22,0 (18,86-25,14) | 12,8 (9,02-16,41) | 31,0 (26,03-35,93) | 0,000* | 22,0 (18,86-25,14) | 27,7 (22,02-31,45) | 17,0 (12,87-21,14) | 0,002* |
| | Actividad laboral | 4,7 (3,07-6,35) | 7,5 (4,60-10,46) | 2,0 (0,385-3,559) | 0,001* | 4,7 (3,07-6,35) | 3,6 (1,54-5,69) | 5,9 (3,22-8,50) | 0,221 |
| | Otra actividad | 24,6 (21,3-27,8) | 23,2 (18,59-27,78) | 25,9 (21,21-30,61) | 0,453 | 24,6 (21,3-27,8) | 22,8 (18,35-27,32) | 26,4 (21,56-31,21) | 0,315 |
| | n | 700 | 345 | 355 | | 700 | 359 | 341 | |

a: Prueba Z, diferencia de proporciones.
* Valor $p < 0,05$.

Al realizar el cruce de esta variable con el consumo de sustancias psicoactivas se puede afirmar que existe una asociación estadística significativa entre las actividades de tiempo libre y consumir sustancias psicoactivas, valor $p= 0.000$ (ver Tabla 18).

Tabla 18. Distribución porcentual de la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas según el uso del tiempo libre en los adolescentes escolarizados de Marinilla, Antioquia, 2015-2016.

| | | Consumo en la vida | | Total | |
|-----------------------------|----------------------------|--------------------|----------------|----------------|--------|
| | | Sí | No | | |
| Uso del tiempo libre | Actividades lúdicas | Frecuencia | 110 | 55 | 165 |
| | | % | 29,0 % | 17,1 % | 23,6 % |
| | Actividad deportiva | Frecuencia | 89 | 87 | 176 |
| | | % | 23,5 % | 27,1 % | 25,1 % |
| | Actividad académica | Frecuencia | 53 | 101 | 154 |
| | | % | 14,0 % | 31,5 % | 22,0 % |
| | Actividad laboral | Frecuencia | 24 | 9 | 33 |
| | | % | 6,3 % | 2,8 % | 4,7 % |
| | Otras actividades | Frecuencia | 103 | 69 | 172 |
| | | % | 27,2 % | 21,5 % | 24,6 % |
| Total | Frecuencia | 379 | 321 | 700 | |
| | % dentro de consumo | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % | |

Con base en los datos anteriores, se observa que el tiempo es empleado en otras actividades que no tienen relación con un verdadero uso tiempo libre. Uno de los interrogantes de este estudio es conocer la percepción que tienen los adolescentes acerca de las actividades que realizan en sus jornadas fuera de la institución, qué ofertas hay para ellos y qué hay con el consumo de sustancias psicoactivas. Con lo relatos siguientes se observa que hay una gran insatisfacción con el uso del tiempo libre.

Categoría 1. Razones percibidas como negativas que llevan al uso de sustancias psicoactivas

Subcategoría d. Insatisfacción con el uso del tiempo libre, el cual es empleado para diferentes actividades

Según Moreno y Deval¹⁴⁰, el tránsito a la adolescencia en la sociedad resulta incierto, más abierto, de tal forma que el joven oscila entre pensar que tiene ante sí inmensas posibilidades y que no tiene ninguna real. Son tantas las posibilidades que parecen ofrecerse a los jóvenes de gozar, de distraerse, de triunfar, etc., que les resulta difícil elegir, máxime si no tienen motivación o un buen acompañamiento en este proceso^{142,143}.

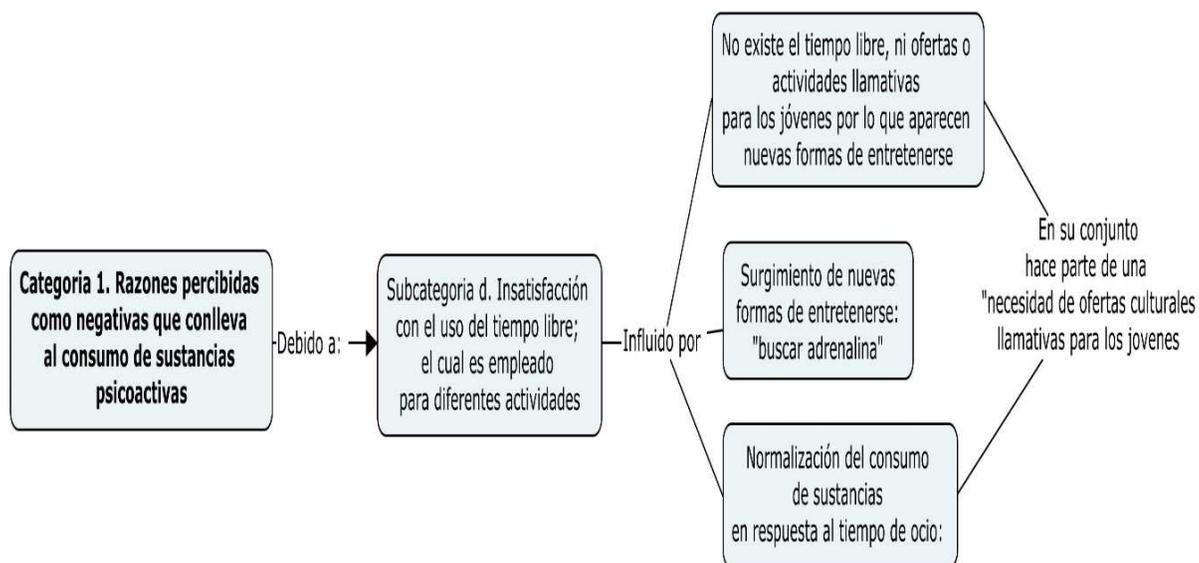


Figura 25. Razones percibidas como negativas que conllevan al consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes escolarizados en Marinilla, Antioquia, 2016 (subcategoría d: factor social: uso del tiempo libre).

No existe el tiempo libre, ni ofertas o actividades llamativas para los jóvenes, por lo que aparecen nuevas formas de entretenerse: el objeto del ocio es una categoría que entra en relación directa con el tiempo libre, y que es tratada como el extracto del tiempo “**realmente libre**” en el cual supuestamente los individuos desarrollan actividades que no estarían relacionadas, ni directa ni indirectamente, con las labores productivas que, para el caso de los datos cuantitativos, se relacionan con el estudio y el trabajo.

Desde la percepción de los adolescentes, no existe un verdadero uso del tiempo libre y las actividades que realizan son en respuesta a que “**no hay nada más que hacer**”, una de las razones dadas para consumir sustancias psicoactivas. Bajo el argumento citado, surgen nuevas formas de pasar ese tiempo de ocio, que no son muy constructivas. Los espacios que se generan para su disfrute, en la mayoría de los casos, no son muy atractivos y, cuando existen, son muy pocas las personas que participan de estos(ver Figura 25).

“Por ejemplo, algunos trabajan y estudian, entonces eso del tiempo libre no entra en el vocabulario de ellos”, E03NSGFM.

“A hacer las tareas, estudiar, aprender idiomas, hacer deportes o ir donde los amigos, también hay otros que tienen preferencia por el celular, videojuegos,

computador, televisor; prefieren estar en esas cosas en vez de estar haciendo algo que les sirva para la vida, como por ejemplo leer un libro”, E04NSGFM.

Surgimiento de nuevas formas de entretenerse, “buscar adrenalina”: aparte de visitar a sus novios o novias, aparecen juegos extraños como consultar la tabla Ouija, ver imágenes psicodélicas o escuchar música o sonidos que los embotan y/o asistir a peleas. Esta última opción, según los relatos, implica reunirse en un lugar en el que previamente se convoca a los estudiantes para resolver conflictos de manera violenta; lo que para ellos es emocionante y les produce adrenalina. A continuación se refieren algunos de estos relatos:

“(…) Algunos buscan como jugar, como que buscan la tabla Ouija y el Charli-charli, es una forma de preguntar cosas, que lo usan mucho para preguntar. Se presenta mucho el uso de la Ouija, puede ser cualquier persona, pero se supone que los juegos así los juegan, más que todo de dos personas (se hace en la institución y solo lo saben los alumnos)”, E04NSGFM.

“(…) las auditivas también, cuando uno ve videos, y las auditivas, los sonidos, o sea, es 50 % de visuales y 50 % de audiovisuales. Influye mucho la convicción de que funcione, para evadir. Es una forma de imágenes sicodélicas que combinan colores fuertes y sonidos fuertes...que ellos miran todo el tiempo...Se considera un sonido de más estática y repetitivo que emboba”, E06INIGFM.

La pelea como forma de entretención: se refieren peleas en las cuales empezaban dos y se metían todos. Lo nombraron en el relato porque han sido momentos muy significativos y especiales para ellos, les gusta ver peleas porque les genera adrenalina. Los relatos a continuación evidencian esto:

“(…)Otra forma de pasar el tiempo es que se van para donde los novios y las novias, se acompañan a la novia a la casa, se van a poner a jugar fútbol en el Carolina (cancha), a veces hay actividades lúdico-recreativas y a veces se van al Cristo a pelear. Sí, allá les prestan guantes para pelear, eso se da cuando hay peleas casadas entre jóvenes del mismo colegio o con otro del municipio, se citan allá y pelean, hay mayores (adultos) que les prestan los guantes, y si empezaban dos ya se metían todos”, E06INIGFM.

“A veces nosotros los adolescentes nos gusta la adrenalina y ver gente como se hiere y todo. Ver pelear es bueno, el riesgo es entretenido”, E06INIGFM.

Normalización del consumo de sustancias en respuesta al tiempo de ocio: con respecto a las actividades que realizan ellos en el tiempo de ocio, y cómo se asocian al consumo de sustancias psicoactivas, se observa que son espacios donde se normaliza el consumo activo, que aparece como una salida o desahogo al “no hacer nada más”. En esas otras formas de compartir con sus amigos se implica el consumir sustancias, como una manera de interacción con sus pares. Como los datos cuantitativos encontraron una asociación positiva entre consumir sustancias legales o ilegales y el tiempo de ocio, esta es una de las razones que reafirma que el uso del tiempo libre no es bien utilizado.

”No hay nada más qué hacer, el plan es salir a tomar, fumar..., pues hoy en día creo que sale más siempre “el plan”, como en mi círculo, o sea, es lo que más sale, que es ir a tomar (beber) o fumar cada ocho días, y otras cosas, pero no creo que eso esté como bien”, E03NSGFM.

“(...) Algunos a tirar vicio, como siempre, en la parte dispuesta en el Siglo 21 (lugar). El consumo de sustancias psicoactivas, los videojuegos, la marihuana es una de las más accesibles, y otra forma es a las imágenes o programas visuales como forma de evadirse”, E06INIGFM.

Desde el Contexto familiar

7.5 Distribución de la funcionalidad, vulnerabilidad familiar, según sexo y grupos de edad y el consumo de sustancias de los familiares de los adolescentes escolarizados

Respondiendo al objetivo número tres, sobre la caracterización de la funcionalidad familiar y vulnerabilidad, para este capítulo se tiene presente que la familia es el núcleo básico de la sociedad y agente socializador, la cual es la encargada de proporcionar las bases del desarrollo socio-afectivo, intelectual y valorativo. Es un espacio donde se brinda, además, protección a los miembros que la conforman y es la principal trasmisora de la cultura¹⁴⁴¹⁴⁵.

Identificar los factores de disfuncionalidad familiar o, en caso contrario, funcionalidad y la vulnerabilidad familiar, al caracterizarlas según sexo y rangos de edad, permite identificar comportamientos desde el contexto individual relacionados con el contexto familiar. Los adolescentes son afectados por situaciones estresantes en una familia, esto lleva a tener un desempeño escolar deficiente.

7.5.1 Análisis de funcionalidad familiar, según el sexo y el grupo de edad del adolescente

La funcionalidad familiar es entendida como aquella que cumple con los parámetros aceptables para identificar dinámicas necesarias que contribuyan a que todos sus miembros se desarrollen de forma integral y participen en la misma¹⁴⁴. Para el conglomerado de los estudiantes participantes en esta investigación se presentó un 35 % de disfuncionalidad familiar.

Es más prevalente la disfunción familiar severa en las mujeres (valor $p=0.017$) y, con respecto a los grupos de edad, se observa que hay diferencias estadísticas para el buen funcionamiento familiar y es más prevalente en los adolescentes escolares entre los 11 y 14 años que entre los 15 y 19, con diferencia de 10 puntos porcentuales (valor $p=0.004$) (ver Tabla 19).

Tabla 19. Distribución de la funcionalidad familiar según el sexo y el grupo de edad del adolescente escolarizado de Marinilla, Antioquia, 2015-2016. Proporción por 100 (IC 95 %).

| Categorías | Sexo | | | | Valor p | Grupos de edad | | | Valor p |
|-------------------------|-------------------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|---------|---------------------|-----------------------|-----------------------|---------|
| | Total | Hombre | Mujer | Total | | Entre 11 y 14 años | Entre 15 y 19 años | | |
| | % | % | % | % | | % | % | | |
| | IC 95 % | IC 95 % | IC 95 % | IC 95 % | | IC 95 % | IC 95 % | | |
| Funcionamiento familiar | Familia funcional | 65,0 (65,3-68,8) | 66,7 (61,54-71,7) | 63,4 (58,22-68-53) | 0,405 | 65,0 (65,3-68,8) | 70,2 (65,32-75.0) | 59,5 (54,17-64.88) | 0,004* |
| | Familia disfuncional leve | 19,9 (16,8-22,8) | 19,7 (15,36-24,00) | 20,0 (15,69-24,30) | 0,099 | 19,9 (16,8-22,8) | 17,3 (13,22-21.32) | 22,6 (17,99-27.16) | 0,090 |
| | Familia disfuncional moderada | 8,7 (6,55-10,87) | 9,6 (6,31-12,8) | 7,9 (4,94-10,8) | 0,513 | 8,7 (6,55-10,87) | 7,5 (4,65-10,38) | 10,0 (6,64-13,29) | 0,310 |
| | Familia disfuncional severa | 6,4 (4,54-8,31) | 4,1 (1,83-6,28) | 8,7 (5,65-11,8) | 0,017* | 6,4 (4,54-8,31) | 5,0 (2,61-7,41) | 7,9 (4,90-10,9) | 0,158 |
| | n | 700 | 345 | 355 | | 700 | 359 | 341 | |

a: Prueba Z, diferencia de proporciones.

* Valor $p < 0,05$.

7.5.2 Análisis de vulnerabilidad familiar según sexo y grupos de edad

La vulnerabilidad familiar es caracterizada por el grado estimado de fragilidad. En este caso, tiene relación con lo que pueden padecer de acuerdo a unos factores de riesgo tales como escasa vinculación afectiva y baja flexibilidad, poca comprensión y apoyo de la familia, depositar confianza en personas ajenas a su núcleo familiar, prevalencia de una comunicación cerrada, evasión de responsabilidades, entre otros¹⁴⁶. La medición del factor de riesgo de “vulnerabilidad familiar” en los adolescentes escolarizados del municipio de Marinilla se realizó bajo seis categorías o indicadores, comprendidos en el instrumento *Cómo es tu familia: relaciones, afrontamiento de problemas, apoyo al adolescente, valores, satisfacción y acumulación de tensiones*.

Considerando que porcentajes de 85 o más definen una tendencia en cada pregunta, se observa que las más altas prevalencias de vulnerabilidad se presentaron en búsqueda de apoyo social, con 87,7 %; apoyo profesional, con 86,3 %; apoyo religioso, con 84,1 %, y en jerarquía y límites en la familia en un 89,7 %. Lo anterior permitió evidenciar que en las familias hay barreras de comunicación y resolución de problemas, están resolviendo sus problemas solos y en su interior se evidencia una crisis, en tanto que los roles de los miembros que la conforman no están bien definidos (ver Figura 26.)

Al cruzar esta variable, según sexo y grupos de edad, se identificó que hay asociación estadística entre la cohesión familiar, con un 75 % (IC95%: 5.3-9.3), resultando más vulnerable para las mujeres con respecto a los hombres, con un valor p: 0,005; en la comunicación con la madre fue de 34 % (IC95%: 30,4-37,5) valor p: 0,041, y en la comunicación con el padre de 59,7 % (IC95%: 56,0-65,4), valor p: 0,002. La más alta prevalencia de vulnerabilidad es la comunicación con el padre que, si se observa por sexo, es mayor en las mujeres con respecto a los hijos hombres. En la tabla resumen se presentan con los principales hallazgos (para ver la tabla completa, consultar el anexo 5).

Al revisar el indicador de relaciones según grupos de edad, se presentó asociación entre los ítems de comunicación con la madre, comunicación con el padre y las rutinas familiares. Estos datos sugieren que no hay confianza con la figura de autoridad y que no hay confianza al momento de comunicarse con sus padres.

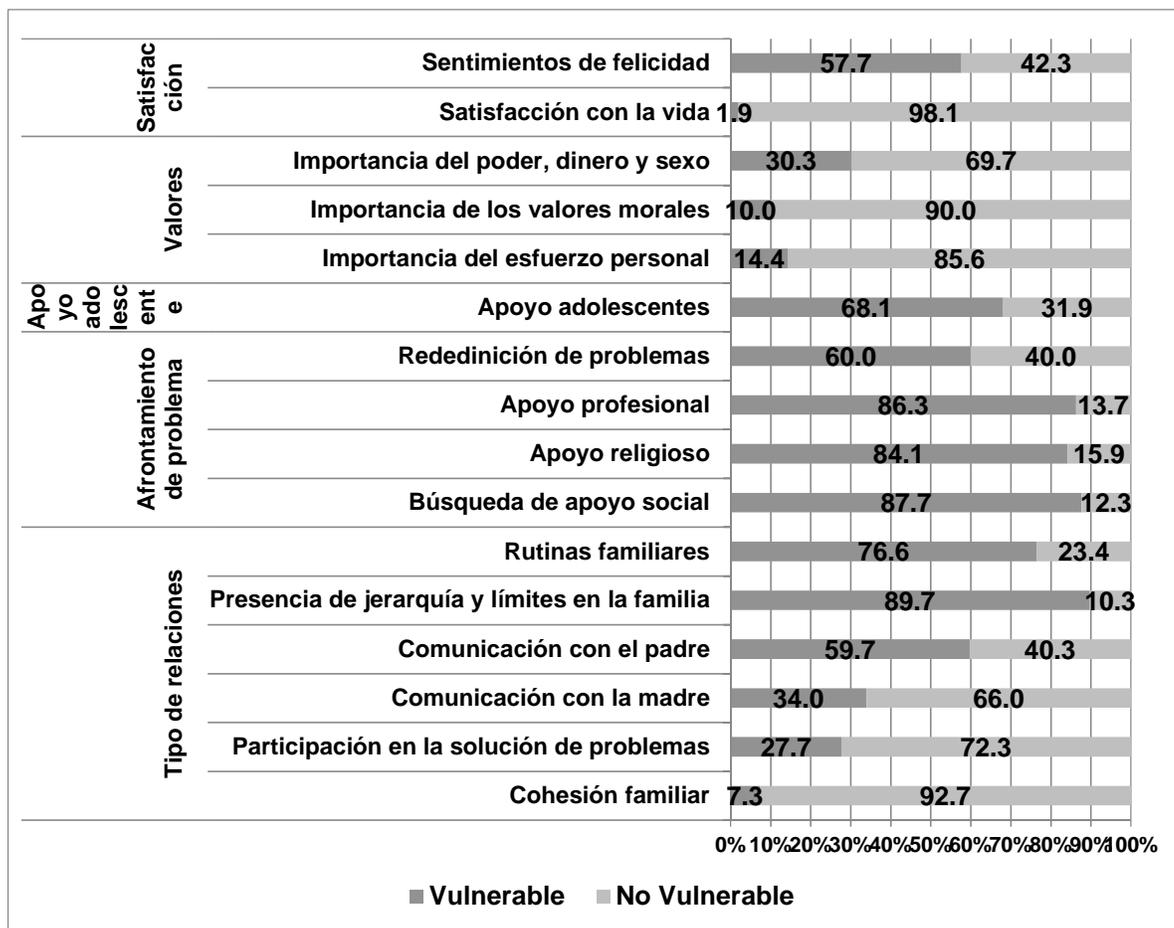


Figura 26. Distribución porcentual de indicadores de vulnerabilidad familiar en los adolescentes escolarizados de Marinilla, Antioquia, 2015-2016.

Afrontamiento de problemas: aunque se obtuvieron las más altas prevalencias, se observa que solo hay asociación estadística con redefinición de problemas, con valor p: 0.013. Estas prevalencias sugieren que las familias de los adolescentes no están buscando apoyo para solucionar o afrontar las dificultades que se les presentan.

En cuanto al indicador apoyo adolescente: se observaron diferencias de asociación estadística de los hombres con respecto a las mujeres, con valor p: 0.044. Tanto los hombres como las mujeres se consideran vulnerables para ser apoyados como adolescentes en sus inquietudes.

Indicador de valores: en los ítems sobre la importancia de tener poder, dinero y sexo se obtuvieron las asociaciones estadísticas con valor p=0.000, esto significa

que poseer una importante posición económica, influir sobre los demás y tener relaciones sexuales es signo de importancia; con mayor prevalencia en los hombres con respecto a las mujeres, y para los grupos de edad entre los 11 y 14 años.

Indicador de satisfacción: se presenta una asociación estadística para los grupos de edad, con valor p: 0.008. Para el ítem de rendimiento escolar es más prevalente la vulnerabilidad para los adolescentes entre los 11 y los 14 años, con 47,6 % (IC 95%: 42,3-52,9); lo que sugiere que es un estresor para ellos cumplir la meta de ganar el año (ver Tabla 20).

Tabla 20. Distribución de la vulnerabilidad familiar según el sexo y el grupo de edad del adolescente escolarizado de Marinilla, Antioquia, 2015-2016. Proporción por 100 (IC 95%). Tabla resumen

| Categorías | Sexo | | | Valor p | Grupos de edad | | | Valor p | |
|-----------------------------------|-------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|----------------|---------------------|---------------------|---------------------|--------|
| | Total | Hombre | Mujer | | Total | Entre 11 y 14 años | Entre 15 y 19 años | | |
| | % | % | % | | % | % | % | | |
| | IC 95 % | IC 95 % | IC 95 % | | IC 95 % | IC 95 % | IC 95 % | | |
| Relaciones | Cohesión familiar | 7,3 (5,3-9,3) | 4,3 (2,0-6,6) | 10,1 (6,8-13,4) | 0,005* | 7,3 (5,3-9,3) | 5,2 (2,8-7,7) | 9,3 (6,1-12,6) | 0,052 |
| | Comunicación con la madre | 34,0 (30,4-37,5) | 30,1 (25,1-35,1) | 37,7 (32,5-42,9) | 0,041* | 34,0 (30,4-37,5) | 28,9 (24,1-33,8) | 39,2 (33,9-44,6) | 0,005* |
| | Comunicación con el padre | 59,7 (56,0-65,4) | 53,9 (48,5-59,3) | 65,3 (60,2-70,4) | 0,002* | 59,7 (56,0-65,4) | 54,8 (49,5-60,1) | 64,8 (59,6-70,0) | 0,009* |
| | Rutinas familiares | 76,6 (73,3-79,8) | 74,7 (70,0-79,5) | 78,3 (73,8-82,7) | 0,311 | 76,6 (73,3-79,8) | 73,2 (68,5-77,9) | 80,0 (75,6-84,9) | 0,042* |
| Afrontamiento de problemas | Redefinición de problemas | 60,0 (56,3-63,7) | 57,6 (52,3-63,0) | 62,2 (57,1-67,4) | 0,2471 | 60,0 (56,3-63,7) | 64,6 (59,5-69,7) | 55,1 (49,7-60,5) | 0,013* |
| Apoyo del adolescente | Apoyo del adolescente | 68,1 (64,6-71,6) | 71,8 (66,9-76,7) | 64,5 (59,4-69,6) | 0,044* | 68,1 (64,6-71,6) | 69,1 (64,1-74,0) | 67,1 (62,0-72,1) | 0,6417 |
| Valores | Esfuerzo personal | 14,4 (11,7-17,1) | 17,1 (12,9-21,2) | 11,8 (8,3-15,3) | 0,060 | 14,4 (11,7-17,1) | 14,7 (10,9-18,6) | 14,1 (10,2-17,9) | 0,880 |
| | Poder, dinero y sexo | 30,3 (26,8-33,7) | 39,4 (34,1-44,7) | 21,4 (17,0-25,8) | 0,000* | 30,3 (26,8-33,7) | 37,8 (32,7-43,0) | 22,3 (17,7-26,8) | 0,000* |
| Satisfacción | Rendimiento académico/laboral | 42,7 (38,9-46,4) | 40,3 (34,9-45,6) | 45,1 (39,7-50,3) | 0,229 | 42,7 (38,9-46,4) | 47,6 (42,3-52,9) | 37,5 (32,2-42,8) | 0,008* |
| n | | 700 | 345 | 355 | | 700 | 359 | 341 | |

a: Prueba Z, diferencia de proporciones.
* Valor p <0,05.

7.5.3 Consumo de sustancias psicoactivas con respecto al contexto familiar

Este es uno de los entornos en los cuales probablemente el adolescente comienza su acercamiento e inicios al consumo, toda vez que las normas básicas de comportamiento y directrices parten del hogar, en especial en sus conductas, estilos a imitar. Desde la niñez el niño o niña observa estos patrones de manera cotidiana y, en estos casos, el consumir algún tipo de sustancia psicoactiva, lo que hace que normalice esta conducta y que tienda a realizarla. Para el caso de los adolescentes escolarizados, la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas por parte de los familiares es mayor para el consumo de bebidas alcohólicas, en 71,9 %; seguida por el cigarrillo, en 53,7 %; en menores proporciones, y no menos significativas, se encuentra la marihuana, con 17,1 %, y los tranquilizantes, cocaína y otras oscilan en porcentajes que van desde el 4,6 al 1,1 % (ver Figura 27).

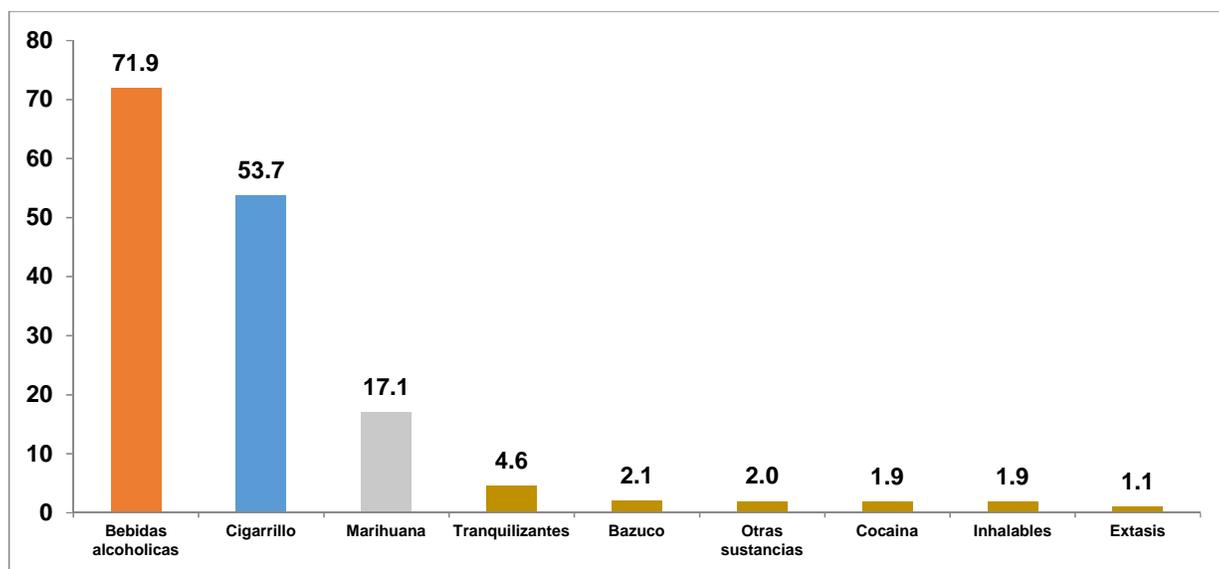


Figura 27. Distribución porcentual del consumo de sustancias psicoactivas por parte de los familiares de los adolescentes escolarizados Marinilla, Antioquia, 2015-2016.

En relación con los datos anteriores, observando el comportamiento de los adolescentes con relación a las características de la familia, se debe tener presente que todas las transformaciones en la adolescencia se relacionan con las que se dan en los propios progenitores o personas familiares que permanecen con ellos. Esa condición es llamada por algunos autores como “transición evolutiva”. Aquellas que se dan en los procesos interpersonales se conocen como aumento de los patrones relacionales e iterativos. Con base en lo anterior, en la etapa de adolescencia se destaca que la incidencia de problemas relacionados con los padres, inestabilidad

emocional y conductas de riesgo, contribuyen de algún modo a la construcción de la identidad de este ser¹⁴⁷.

A continuación, se presentan los relatos sobre cómo los adolescentes perciben su relación con sus padres, en relación al consumo de psicoactivos:

Categoría 1. Razones percibidas como negativas que llevan al uso de sustancias psicoactivas

Subcategoría d: La relación con las familias, “relajadas” y “alejadas”, influye para que ocurra el consumo de sustancias psicoactivas

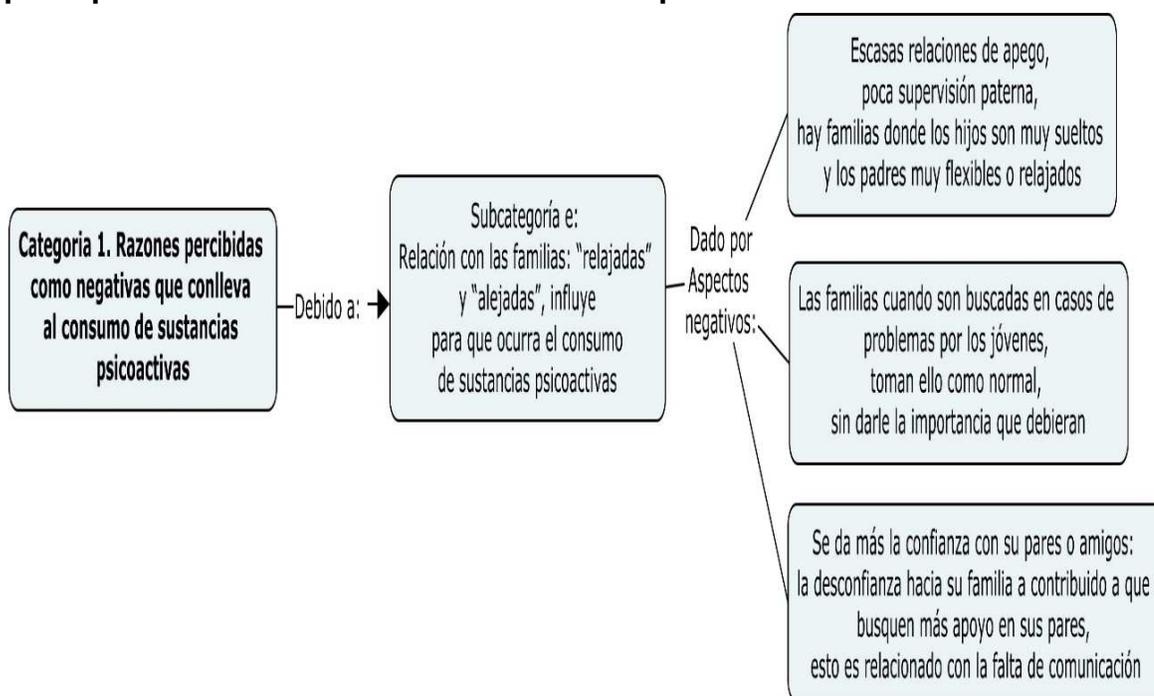


Figura 28. Razones percibidas como negativas que conllevan al consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes escolarizados de Marinilla, Antioquia, 2016 (subcategoría e). Contexto familiar: relación con sus padres.

Aspectos negativos que influyen en la relación padres-hijos: la relación con la vulnerabilidad encontrada en el estudio se complementa con los relatos de los adolescentes a partir de las escasas relaciones de apego, poca supervisión paterna e historias de aprendizajes de conductas problema. En el aspecto relacionado con la descripción cuantitativa sobre el consumo de sustancias psicoactivas por parte de familiares, aparece un porcentaje significativo para el consumo de cigarrillo,

bebidas alcohólicas y marihuana, en más del 70 % de los participantes que contestaron este ítem.

La percepción generada por los grupos focales es que algunas familias son unidas (buena funcionalidad familiar) pero falta confianza, son poco pendientes de los hijos y a veces tienen más confianza en un amigo que en los de la casa. Hay familias donde los hijos son muy sueltos y los padres muy flexibles o relajados, y en este sentido el adolescente percibe que como los padres no conocen de los temas dejan la responsabilidad al psicólogo del colegio o a los profesores, y a veces no buscan ayuda, y que cuando la buscan es tarde,. Se observaron contradicciones: de un lado, unas familias son distanciadas, y, del otro, hay familias muy unidas.

“(...) Una familia relajada (risas), sí, también por eso mismo puede drogarse, caer... porque la familia es muy alejada y no le hacen mucho caso, no se siente amor. Algunas son amorosas, pero son más comunes las relajadas”, E04NSGFM.

“(...) Son las que no les hacen caso a sus hijos o como que no les importa lo que ellos hagan o dejen de hacer, los dejan solos todo el tiempo, no están pendientes, prefieren salir a rumbear en vez de compartir tiempo con sus hijos. Ahí es donde empiezan los riesgos, sí, empiezan a hacer lo que quieren”, E04NSGFM.

“Pues la verdad, hay veces algunos jóvenes buscan un apoyo familiar y simplemente dicen que eso es normal, que porque estamos jóvenes y que no tenemos problemas. En muchas cosas entonces los jóvenes ya no ven cierto apoyo en la familia”, E03NSGFM.

Cuando las familias son buscadas, en casos de problemas por parte de los jóvenes, toman ello como normal, sin darle la importancia que debieran: cuando ellos tratan de expresar que tienen problemas, los padres atribuyen que ese no es un problema “real”, los padres no quieren conflictos con los adolescentes, por lo que les dicen que solo deben enfocarse en los estudios. Estos adolescentes sienten que no hay apoyo, no hay comunicación y, por lo tanto, esa sensación conlleva a otro tipo de desahogo.

“(...) generalmente, los familiares o, muchas veces, los adultos toman el hecho como excusa de que uno está joven para decir que uno no es consciente de lo que está sintiendo o no sabe. O como, por ejemplo, en el amor usted no puede estar enamorado porque usted está muy joven o usted no puede estar deprimido, porque usted está muy joven, cosas así, ellos todavía creen que por el hecho de

estar jóvenes nosotros no sentimos o, digamos, uno no puede estar estresado”, E03NSGFM.

“(…) Las familias no quieren más conflictos, por eso el joven se encierra en su mundo y cuarto. En algunas familias o padres se caracterizan por estar juntos por los hijos, las familias cerradas, ignorantes y muy conservadoras. Cuando la familia no es funcional aparecen muchos problemas, estas familias los hijos no tienen confianza...para mí personalmente, en mi caso no me apoyan mucho, porque muchas veces los papás no saben qué es lo que le pasa al hijo y el hijo no tiene como la suficiente confianza para contarles a los padres porque ya saben cómo van a reaccionar”, E05SJGFM.

La pérdida de autoridad se evidencia en que ellos mismos afirman que antes se podía hablar y los jóvenes atendían, ya se ha perdido la autoridad, los padres son considerados solo como los proveedores y la falta de una dirección familiar óptima los lleva al consumo y a buscar otras salidas:

“Relajadas, los tiempos han cambiado mucho. Antes se le podía hablar al muchacho y lo escarmentaban y aprendía. Ahora ya no, ya en algunos casos no se da ningún tipo de autoridad, prácticamente hacen de su cuenta, y el papá solo sirve es para suministrar recursos”, E06INIGFM.

“(…) La falta de una familia unida nos lleva al vicio, a que se vuelvan gente satánica, a que se metan en cosas raras. La mayoría busca ya como no tienen esa atención en el hogar, buscan unirse a un tipo de grupo o tratan de convivir con otros, a amigos como para empezar a convivir con ellos, sin importar lo que tengan que hacer. En la mayoría de los casos se ve eso, por ejemplo, en mi grupo, el que yo te conté, el que vive con la hermana, mi compañero, la hermana trabaja y él no es niño de vicios, él es de los que se queda en la casa leyendo un libro, entonces son decisiones que cada cual”, E02SJGFM.

Es dada más la confianza con sus pares o amigos: la desconfianza hacia su familia ha contribuido a que busquen más apoyo en sus pares, esto es relacionado con la falta de comunicación. Afirman que los padres no conocen a sus hijos.

“(...) ellos son como: ‘ah, ¿usted por qué está en eso?, no se vaya por allá’, tratan como de restringirlo en ciertas partes, que uno sabe qué es bueno o qué es malo, y uno entra con la conciencia moral y que uno tiene como la suficiente fuerza como para decidir, y como la suficiente madurez en algunos casos. Los padres le registran ciertas partes sin preguntar. Entonces los padres, en su desconfianza, los echan de lado. Entonces uno intenta buscar en otras partes, por ejemplo, yo me estaba metiendo en el mundo de las drogas, me iba con un primo a San Antonio y por allá hacíamos cosas malas, sin embargo sí intenté contarle a mi mamá, pero ella no me entendió y yo quise salir de ese problema porque me estaba cogiendo ventaja. Entonces qué hice yo, personalmente intenté buscar ayuda yo solo, porque yo sentía que no tenía apoyo de nadie. Entonces quise buscar apoyo en personas que le aportaran a mi vida, por ejemplo, acá mi compañero el que pasó por eso; yo le pido a él muchos consejos y para que me ayude. Yo siento que me he salido mucho de eso y que no me dejé meter, y aun así sigo pidiendo consejos. Entonces los padres como que no ayudan mucho, porque no conocen los casos de los hijos.”; E05SJGFM.

7.6 Explicación del modelo de ecuaciones estructurales de la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas con la funcionalidad, vulnerabilidad familiar y el uso del tiempo libre

Modelo final SEM

Al revisar el sustento teórico y las posibles combinaciones para el modelo final, teniendo en cuenta el criterio del valor p , donde valores menores de 0.05 son relaciones estadísticamente significativas, se obtuvo que existe asociación entre el consumo de sustancias psicoactivas y vulnerabilidad familiar, con sus ítems de cohesión familiar, comunicación con la madre, comunicación con el padre y rutinas familiares. También se observó que en el modelo no existe relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y funcionalidad familiar, pero sí relación significativa entre funcionalidad familiar con vulnerabilidad familiar valor $p=0.000$. Al existir mayor vulnerabilidad familiar en los ítems mencionados anteriormente, estos son predictores para el consumo de sustancias. Al revisar los efectos directos, a mayor vulnerabilidad familiar se incrementa la funcionalidad familiar, pero también se aumenta el consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla 21. Resumen de los resultados de la contratación de hipótesis generadas a partir del marco teórico propuesto para el objetivo número 4 y el modelo final.

| Hipótesis | Valor p | Resultado |
|---|--|-----------|
| H1: La vulnerabilidad familiar influye positivamente al consumo de sustancias psicoactivas. | 0.000 | OK |
| H2: La funcionalidad familiar influye en el consumo de sustancias psicoactivas. | 0,147 o, en caso contrario, 0,149 (factor protector) | X |
| H3: El tiempo libre influye estadísticamente en el consumo de sustancias psicoactivas. | 0,491 | X |
| H3: La vulnerabilidad familiar influye en la funcionalidad familiar. | 0.000 | OK |
| H4: El tiempo libre posee alguna relación con los factores anteriores. | Vulnerabilidad: 0,379 Funcionamiento: 0,755 Para el caso del modelo final no fue tenido en cuenta. | X |

Interpretación de los índices de bondad de ajuste

Los diferentes índices de bondad de ajuste para el modelo final dieron óptimos y al eliminar la relación entre funcionalidad familiar y consumo estos, así como el modelo, se mejoran aún más. El estadístico χ^2 de bondad de ajuste es la única medida de su tipo asociada a un test de significación. El resto de medidas e índices son descriptivos. El nivel de este estadístico indica si la discrepancia entre la matriz reproducida y la correspondiente a los datos originales es significativa o no. Para aceptar el modelo se debe tener que la probabilidad de obtener un χ^2 tan alto como el modelo anterior es inferior a 0,05. Para el caso el Chi-square = 180.321 y valor $p= 0,000$, se rechaza el modelo. En vista de que muchos estudios afirman que la χ^2 tiene muchas limitaciones, para superarlas se ha pasado a estudiar el cociente entre la χ^2 y los grados de libertad, que es la última columna de la tabla anterior (Tabla 21), aunque hay autores¹⁴⁸ que recomiendan no usar este cociente.

Por otra parte, se viene usando el indicador CMIN/DF, el cual se calcula dividiendo el valor del chi-cuadrado, por los grados de libertad; de esta manera se logra minimizar la sensibilidad del indicador original al tamaño de la muestra.

El $CMIN/DF = 5,401$ es un dato que indica que el modelo satisface el indicador.

Otro grupo de estadísticos a considerar fue: El GFI (goodness of-fit index), que es una medida de la cantidad de varianza y covarianza en S , explicada conjuntamente por Σ ; el AGFI solo difiere del GFI en que está ajustado por el número de grados de libertad del modelo. Además, también tiene en cuenta la “parsimonia” del modelo, penalizando la inclusión de parámetros adicionales. Para el modelo final SEM, los valores de estos índices 0,948 y 0,914 indican que los datos se ajustan bien con el modelo propuesto.

El último índice de este grupo es Parsimony Goodness –of-Fit Index, PGFI, que introdujeron James, Mulaik y Brett^{148,149} para que en el índice se tuviera en cuenta la complejidad del modelo. Estos índices para la parsimonia se suelen considerar adecuados, aunque den valores más bajos. En este caso, 0,569 se puede considerar mejor aceptado.

Para las comparaciones basales, aunque el NFI ha sido un índice que se ha usado mucho, cada vez se ha tenido más evidencia de que tiene tendencia a subestimar el ajuste en muestras pequeñas. El rango de los valores, tanto para NFI como para CFI, es de cero a uno y deriva de la comparación entre el modelo propuesto con el modelo independiente.

El NFI=0,968 y CFI=0,958 sugieren que el modelo propuesto se ajusta adecuadamente con los datos.

Con respecto al RMSEA, para el presente estudio se dio un valor de 0,079, cifra que indica que los datos se ajustan razonablemente al modelo encontrado. Además, se incluye una tabla resumen sobre los estándares de estos valores (ver Tabla 22).

Tabla 22. Medidas de índices de bondad de ajuste del modelo final

| Medida de ajuste | Default model | Valor buen ajuste | Ajuste aceptable | Decisión |
|------------------|---------------|----------------------------|-----------------------------|----------|
| CMIN/DF | 5,401 | Menor de 3 | Menor de 6 | Acepta |
| GFI | 0,948 | $0,97 \leq GFI \leq 1,00$ | $0,90 \leq NFI \leq 0,95$ | Acepta |
| AGFI | 0,914 | $0,90 \leq AGFI \leq 1,00$ | $0,85 \leq AGFI \leq 0,90$ | Acepta |
| PGFI | 0,569 | $0,90 \leq PGFI \leq 1,00$ | $0,85 \leq PGFI \leq 0,90$ | Acepta |
| NFI | 0,949 | $0,95 \leq NFI \leq 1,00$ | $0,90 \leq NFI \leq 0,95$ | Acepta |
| CFI | 0,958 | $0,97 \leq GFI \leq 1,00$ | $0,95 \leq NFI \leq 0,97$ | Acepta |
| RMSEA | 0,079 | $0 \leq RMSEA \leq 0,05$ | $0,05 \leq RMSEA \leq 0,08$ | Acepta |

Tabla 23. Estimadores y coeficientes de determinación y su significancia para las variables endógenas y exógenas. Modelo final.

| | | | Estimate | S.E. | C.R. | P | Label |
|-------------------|------|-------------------|----------|------|--------|------|-------|
| C1Consumovida | <--- | Vulnerabilidadfam | ,123 | ,030 | 4.079 | *** | |
| Funcionamientofam | <--- | Vulnerabilidadfam | ,214 | ,014 | 15.196 | *** | |
| Funcionamientofam | <--- | C1Consumovida | ,018 | ,012 | 1.449 | .447 | |
| PRutinas | <--- | Vulnerabilidadfam | 1,000 | | | | |
| PComupadre | <--- | Vulnerabilidadfam | ,955 | ,061 | 15.717 | *** | |
| PComumadre | <--- | Vulnerabilidadfam | ,793 | ,050 | 15.942 | *** | |
| P31A | <--- | Funcionamientofam | 1,000 | | | | |
| P31B | <--- | Funcionamientofam | 1,029 | ,039 | 26.306 | *** | |
| P31C | <--- | Funcionamientofam | ,978 | ,040 | 24.166 | *** | |
| P31D | <--- | Funcionamientofam | ,987 | ,045 | 21.856 | *** | |
| P31E | <--- | Funcionamientofam | 1,077 | ,047 | 23.158 | *** | |
| PCohesion | <--- | Vulnerabilidadfam | ,565 | ,033 | 17.065 | *** | |

Se observa asociación en las variables de interés, pero para el caso del consumo no se evidencia asociación positiva con funcionalidad. Existe un efecto indirecto de la funcionalidad con respecto al consumo y tienen más peso las variables de vulnerabilidad familiar en relación a las demás. A mayor vulnerabilidad familiar se incrementa la funcionalidad familiar pero, caso contrario, a mayor vulnerabilidad familiar aumenta el consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla 24. Efectos directos en la relación consumo de sustancias, vulnerabilidad familiar y funcionalidad familiar

| | Vulnerabilidad familiar | Funcionamiento familiar |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Funcionamiento Familiar | 0,774 | 0,000 |
| C1Consumovida | 0,186 | 0,000 |
| P31E | 0,000 | 0,789 |
| P31D | 0,000 | 0,755 |
| P31C | 0,000 | 0,814 |
| P31B | 0,000 | 0,868 |
| P31A | 0,000 | 0,806 |
| PCohesion | 0,744 | 0,000 |
| PComumadre | 0,687 | 0,000 |
| PComupadre | 0,675 | 0,000 |
| PRutinas | 0,708 | 0,000 |

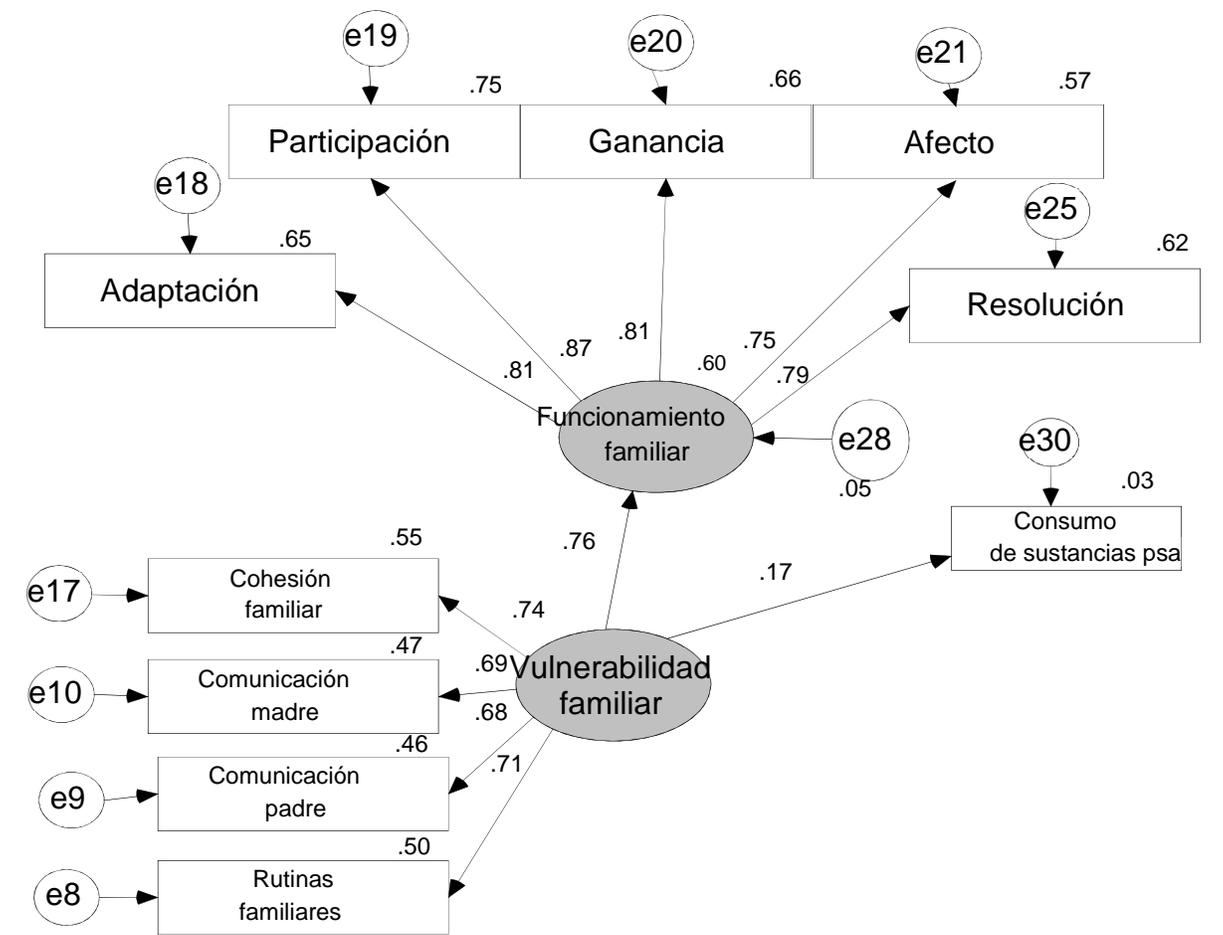


Figura 29. Modelo final de la investigación

7.7 Análisis cualitativo: Percepción del adolescente escolarizado frente al consumo de sustancias psicoactivas. Mapa relacional final.

La realidad estadística condiciona la visión de la realidad y su entorno, ya que, si bien se identifican las variables del evento autoinfringido, además de aportar en unas características válidas e inferenciales, es importante tener presente, desde las percepciones en los relatos, esa complementariedad de otros factores que aparecen en la existencia del porqué un adolescente puede querer experimentar y consumir sustancias psicoactivas. Para el municipio de Marinilla es importante direccionar los esfuerzos en estas temáticas encontradas, sustentados en los datos obtenidos.

Al revisar los relatos, se encontró que todo el tiempo los adolescentes escolarizados expresaban sus razones, tanto positivas como negativas, y desde sus vivencias y experiencias con relación al consumo de sustancias. Es por ello que esta categorización permitió exponer los datos de forma integrada, retomando los cuantitativos, mediante el uso de tablas y figuras, y los cualitativos en función de las categorías y subcategorías y palabras claves que dieran cuenta de lo que perciben con relación a este fenómeno. En la Figura 29 se presenta el mapa relacional de las mismas, expuestas a lo largo del documento y de la investigación.

La lectura final de este apartado es que el consumo de sustancias es justificable para estos adolescentes a partir de una búsqueda de sensaciones y aceptaciones que les conlleva a experimentar tal consumo, debido a factores negativos encontrados a partir de su necesidad y búsqueda de una identidad y personalidad propia. El adolescente está influenciado por la necesidad de ser aceptado en su contexto, con actitudes de llamar la atención, por lo que el consumo de sustancias se presenta como forma de evadir esas realidades que les aquejan. Una marcada relación en crisis con sus familias, que se consideran relajadas y alejadas, y de una insatisfacción con lo que realizan en el uso de su tiempo libre contribuyen a este desenlace.

Por otra parte, se identificaron factores protectores como la potencialización de los comportamientos positivos, habilidades y motivaciones, el encuentro con pares que ayuden de forma positiva, espacios de participación atrayentes y padres que estén más pendientes de sus hijos; factores que ayudarían mucho a que los factores negativos encontrados, fueran disminuyendo o al menos ejercer un poco de control

y seguimiento. En cuanto al acceso a los servicios, no se puede obviar que se relacionan de una forma indirecta, a partir del conocimiento que estos jóvenes tienen sobre su condición de salud y su cuerpo; por lo que acciones preventivas con ejes temáticos en salud, cuidado del cuerpo, salud mental etc, contribuirán a que también el consumo de sustancias en este municipio no sea una más de las estadísticas a observar, sino a intervenir (ver Figura 30).

“Búsqueda de sensaciones y aceptaciones como razones para experimentar y usar sustancias psicoactivas”

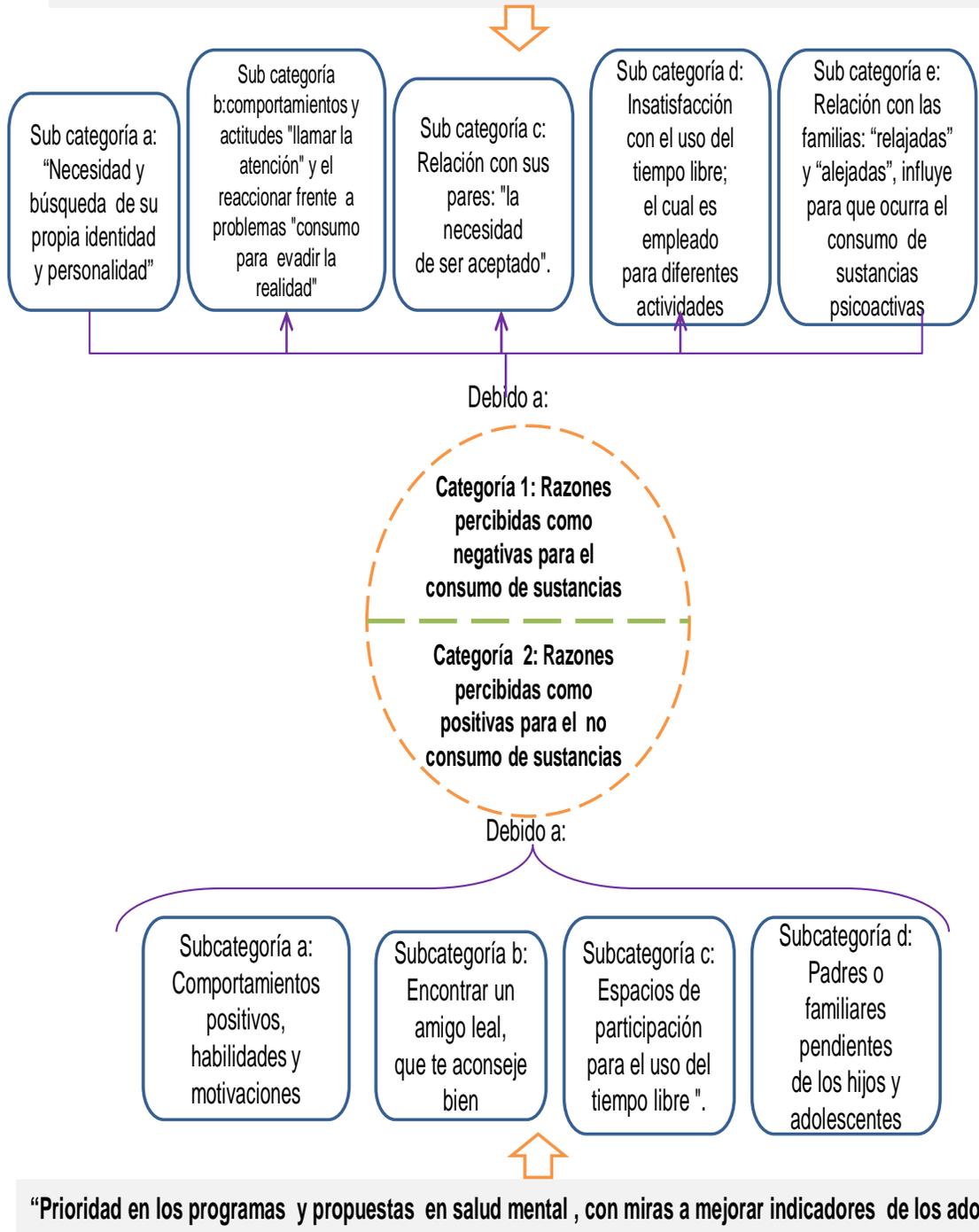


Figura 30. Mapa relacional acerca de la percepción de los adolescentes con respecto al uso de sustancias psicoactivas

8. Discusión

Para este estudio, el modelo explicativo contribuyó a presentar las relaciones estadísticamente significativas, entre el consumo de sustancias psicoactivas y la vulnerabilidad familiar, en cuanto a la cohesión familiar, la comunicación con la madre, la comunicación con el padre y las rutinas familiares. También se observó que en el modelo no existe una relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la funcionalidad familiar, pero sí existe relación significativa entre funcionalidad familiar con vulnerabilidad familiar; al existir mayor vulnerabilidad familiar en los ítems mencionados anteriormente, son predictores para el consumo de sustancias.

El consumo de sustancias psicoactivas en la población adolescente está asociado con su familia, su contexto escolar y su entorno, lo que constituye un factor problemático de salud pública que merece verse como un fenómeno multicausal, porque permite evidenciar que no solo genera implicaciones sanitarias de carácter biológico, sino que además fracciona aspectos de orden social, cultural y familiar. Frente al entorno social, se observa que los jóvenes están iniciando el consumo a temprana edad, a pesar de las legislaciones y todo un andamiaje para prevenir o palear esta problemática.

Para el análisis desde el contexto individual del adolescente escolarizado en el municipio de Marinilla, los datos obtenidos confirman que esta problemática no es ajena en relación a otros estudios y datos suministrados a nivel país. En esta localidad, los datos evidencian una disminución en la edad para el consumo, y son más visibles las altas prevalencias del consumo de psicoactivos debido a que esta población posee una característica de ciudad pequeña, donde prevalencias de consumo de más del 50 % se entienden en el sentido de que mucho más de la mitad de estos adolescentes consumen o han consumido algunas sustancias en la vida. En cuanto a que es mayor el consumo en las mujeres, con respecto a los hombres y con relación a las bebidas alcohólicas, se concluye que la población adolescente de mujeres presenta unas prevalencias de consumo mayor, comparadas con estudios locales y nacionales.

De igual forma, los datos sobre la prevalencia del consumo de adolescentes escolarizados para el municipio de Marinilla, con un 54,1 %, se consideran altos en relación con otros estudios. Ejemplo de lo anterior es que estudios realizados en 2010 en una población similar, en la zona noroccidental, arrojaron un 52,5 %, y para Medellín, con el estudio realizado por la Universidad CES en 2012, un 42,7 %; para estos casos, la diferencia porcentual con Marinilla es de 1,6 % y 11,4 %, respectivamente.

Por sexo, el comparativo muestra que las mujeres adolescentes de Marinilla evidenciaron un aumento de consumo para las bebidas alcohólicas en una diferencia porcentual de 5,6 % con respecto a los hombres, mientras que el estudio de la población adolescente de la zona noroccidental registró un consumo menor en las mujeres con respecto a los hombres, en un 1,2 %. Respecto a los datos arrojados por el estudio del CES en el 2010¹⁵⁰, la prevalencia de vida para las bebidas alcohólicas en mujeres fue del 38 % y para hombres 58 %. A nivel nacional¹⁵¹; se observaron claras diferencias por sexo: mientras el 46,2 % de los hombres manifiesta haber consumido alcohol, entre las mujeres la cifra es del 25,9 %. Estos datos sugieren que las mujeres de Marinilla, en comparación con los otros estudios, presentan altos índices de consumo.

En cuanto al auge de la sustancia psicoactiva más consumida, predominan las bebidas alcohólicas y el cigarrillo. Es importante resaltar que esta no es una situación que solo ocurre en el contexto cultural del municipio de Marinilla, sino que se registra a nivel nacional. La permisividad en el consumo está basada en que son consideradas lícitas, son de fácil accesibilidad y, además, porque están inmersas en la cultura popular de las comunidades, en los eventos sociales, tanto de adultos como de los adolescentes y, de manera no restrictiva, en algunos casos los mismos padres o familiares contribuyen a que sea normal el consumo de los mismos. Lo anterior, sin considerar las presiones en los mismos círculos sociales con sus pares, que motivan a los adolescentes a adaptarse y a seguir los patrones de comportamiento para no ser excluidos.

En segundo lugar, las sustancias psicoactivas como la marihuana, los inhalables y las drogas de diseño (como el *popper* y los “papelitos” LSD) están teniendo auge entre la población adolescente de Marinilla.

Las drogas de diseño se exageran más entre las edades de 11 a 14 años, debido a la curiosidad que despiertan y a las oportunidades que se les presentan a los adolescentes para consumirlas, por la forma atractiva que utilizan los expendedores, que las ofrecen en formas de pastillitas inofensivas de colores llamativos y los “papelitos” con caritas de imágenes tiernas, que hacen que los chicos piensen que este consumo “no es malo”. La literatura señala como normal que en la etapa de la adolescencia la curiosidad y la necesidad de experimentar influyan en las decisiones,¹⁵² en especial en aquellos aspectos desconocidos que para muchos sectores de la sociedad son tabú. Considerar esa condición, da pie para que se generen programas de orientación efectivos para la población adolescente que podrían disminuir la tendencia del uso de las sustancias psicoactivas por curiosidad, por diversión o por el hecho de buscar la aceptación en un grupo social de pares.

Con respecto a la dependencia, los datos por sustancia mostraron mayores prevalencias en cuanto al consumo del cigarrillo, bebidas alcohólicas y la marihuana. Para las prevalencias en el abuso se observaron los índices más altos en las sustancias como la marihuana, los tranquilizantes, el bazuco y las otras sustancias que corresponden a las drogas de diseño. El 10 % (38 estudiantes) afirmó que sí ha estado en tratamiento para dejar de consumir. Aunque es menor la prevalencia de abuso de sustancias con respecto a los otros estudios observados a nivel nacional, es de resaltar que si 38 estudiantes presentan el factor de riesgo de abuso, este debería revisarse ya que el número equivale aproximadamente a un salón de clase promedio. El rango de edad más característico con esta problemática es el de los jóvenes entre los 15 y los 19 años.

En esta investigación se tuvo la oportunidad de interactuar con los adolescentes y establecer conversaciones que fortalecieron los datos estadísticos. Por ejemplo, los datos exponen que entre las razones para el inicio de consumo de sustancias psicoactivas el 57,5 % lo hizo por curiosidad, pero también entra en juego el complacer a sus amigos. Por otra parte, entre los datos que corresponden al consumo actual, con respecto a las razones para el consumo, el indicador más alto se dio en la opción de “otras razones”, que representaron un 40,1 %. Se resalta que, aunque el instrumento tenía más opciones de respuesta para dar una razón más precisa sobre su consumo actual, se evidencia la necesidad por parte de ellos de expresarse y justificar por qué consumen.

Todo lo anterior influye en las capacidades del adolescente para resolver los problemas y tomar sus decisiones. La presión por el éxito, la insatisfacción con el uso que le dan a su tiempo libre y la relación que manejan con su familia, que está mediada por el alejamiento y desconfianza, han contribuido a que el consumo de sustancias sea una conducta auto-destructiva, que es vista como un mecanismo de manejo del estrés y de situaciones indeseables en la vida⁷⁵.

Desde las cifras aportadas por estos adolescentes en cuanto al ex consumo y al no consumo de psicoactivos, se evidenciaron los factores protectores que ellos consideraron como fortalezas para el NO consumo de psicoactivos. Desde los datos cuantitativos, las principales razones para dejar de consumir fueron que “solo lo hicieron para probar”, “dejaron de consumir porque no les gustó”, “por temor” y por “problemas de salud”; la prevalencia de ex consumo para Marinilla fue del 22,9 % y el 46 % de los adolescentes de Marinilla declararon no haber consumido nunca sustancias psicoactivas.

Como factores protectores desde los relatos de los adolescentes, ellos consideran que los comportamientos positivos como el deporte, las actividades lúdicas y los espacios culturales que les puedan ofrecer potencian sus habilidades e interés por las actividades que más les gusta practicar en el tiempo libre. En otro punto consideraron que cuando la familia está más pendiente de ellos no se incrementa la necesidad de consumir sustancias psicoactivas.

Con respecto al uso del tiempo libre, el 57 % lo emplea para actividades de ocio y de deporte, pero un 34 % en las actividades que no hacen parte de un buen uso del tiempo libre, tales como realizar tareas escolares, trabajar para ganar dinero y las horas dedicadas a las labores del hogar. El uso adecuado del tiempo libre debe ser dedicado a construir entornos saludables, fomentando hábitos de vida sanos y un proceso de socialización positivo con su entorno. Al relacionar la variable consumo de sustancias psicoactivas con el uso del tiempo libre, se presentó una asociación positiva, lo que significa que algunas actividades realizadas en el tiempo libre van acompañadas del consumo de bebidas alcohólicas, fumar y experimentar con otras sustancias.

De lo anterior, desde la perspectiva de los adolescentes, se evidenció una insatisfacción con el uso que le dan a su tiempo libre, pues otras actividades emergentes en estos espacios dan cuenta que son utilizados no solo para consumir, porque “no hay nada más que hacer”, sino que además son utilizados como medios de entretenimiento, y que desde la observación-participante, no son una forma muy sana de emplear este tiempo libre. Se debe tener en cuenta que aunque existen espacios de recreación, estos no son usados de forma óptima, por lo que alternativas diferentes apoyarían en la prevención.

Desde el consumo de psicoactivos en el contexto social, los adolescentes son altamente influenciados por las presiones del medio, las cuales son momentos trascendentales en su proceso de desarrollo físico, mental, emocional y social, que contribuyen a cambiar sus estilos de vida, tendencias, entre otros. Infortunadamente, la relación con los pares y el consumo de sustancias psicoactivas por parte de estos hacen que haya una influencia positiva para el consumo, el 63 % de los amigos cercanos a los adolescentes escolarizados consumen algunas sustancias. El grupo de iguales debe mirarse con detenimiento ya que este aspecto es muy importante en la adolescencia. Muchos estudios confirman la influencia de los pares en esta edad^{140,143,144,147}.

Desde los relatos, en la percepción de la relación con sus pares, aunque se evidenciaron comportamientos negativos, como los retos en consumir sustancias para ser aceptados y la desconfianza entre ellos mismos, un factor protector es encontrar fortaleza en amigos “leales”, con buenas capacidades resolutivas que ayuden a los otros. Lo anterior se relaciona con la búsqueda de identidad y con el tiempo libre, y se entiende que fortaleciendo estos dos aspectos se potencializa la prevención para el uso de sustancias psicoactivas.

Desde los datos observados para el contexto familiar, teniendo en cuenta todas las transformaciones en la adolescencia, es conveniente aunar las que se dan en los propios progenitores o personas familiares que permanecen con ellos, llamado por algunos autores como “transición evolutiva” y las dadas en los procesos *interpersonales* (aumento de los patrones relacionales e iterativos).

Por lo enunciado, en la etapa de adolescencia es de destacar que la incidencia de problemas relacionados con los padres, inestabilidad emocional y conductas de riesgo contribuyen de algún modo a la construcción de la identidad de este ser¹⁵³.

Para el conglomerado de los estudiantes participantes en esta investigación se presentaron prevalencias altas para la disfunción familiar, que fueron de 35 %. Aunque existe un buen funcionamiento familiar, en las familias de estos adolescentes escolarizados se encontró asociación positiva entre la disfunción familiar y el consumo de sustancias psicoactivas.

Al observar los datos con respecto a la vulnerabilidad familiar, porcentajes de 85 % o más definen altas prevalencias en cuanto a la búsqueda de apoyo social (87,7 %), el apoyo profesional (86,3 %) y apoyo religioso (84,1 %). Estos datos evidencian que las familias están resolviendo sus problemas solas, y que las relaciones en cuanto a la jerarquía y límites, en un 89,7 %, demuestran que hay crisis en los roles de sus miembros, al no estar bien definidos. También se evidencia que hay pérdida de la autoridad, los relatos señalan que los adolescentes perciben a sus padres solo como los proveedores.

La comunicación entre los progenitores y sus hijos, según Elzo¹⁵⁴, describe que la juventud oculta a sus padres información relativa a su sexualidad, al consumo de sustancias legales o ilegales, a la relación con sus pares y a lo que hacen los fines de semana cuando salen¹⁵⁴. Esta afirmación no es ajena al contexto familiar del adolescente del municipio de Marinilla, donde la comunicación con la madre y la comunicación con el padre revelaron altos índices de vulnerabilidad. Y aunque en otros estudios es normal que se dé la poca comunicación con el padre, para este contexto es preocupante que se presente poca o nula comunicación con ambos progenitores.

Este fenómeno genera que él o la joven vea a sus padres cada vez más como extraños, cuando se supone que son las personas en quien más podría confiar sus sentimientos, angustias o inquietudes. En relación con lo expuesto, se detecta una crisis en las relaciones familiares, y la percepción del adolescente es que no hay o no encuentra apoyo en su familia.

Observando los datos sobre las rutinas familiares, en un 81,8 % se indicó que hay pocos espacios para compartir en familia, poco control por parte de los padres, ya que él o la adolescente busca afecto, apoyo y orientación en otros grupos. Además, esta falta de rutinas familiares propicia desorganización y desarmonía en la vida familiar.

Se observaron en Marinilla altos índices en el consumo en las familias en cuanto a bebidas alcohólicas, con un 71,9 %; en cigarrillo, de 53,7%, y en marihuana, en 17,1 %. Este factor es considerado como de riesgo para el consumo por parte de los adolescentes.

Aunado a lo anterior, en los relatos expuestos con respecto a sus familias los adolescentes las consideran como “relajadas” y “permisivas”, en las cuales sus padres permiten que ellos hagan lo que quieran con el fin de no generar conflictos o entrar en debates; lo que ha contribuido a que busquen otras alternativas de desahogo a sus problemas. En este sentido, la necesidad de tener el poder, de ser capaces de influir sobre los demás, entre otras razones de comportamientos destructivos, evidencian la poca o nula capacidad del manejo de los problemas o retos que se les presentan en su entorno.

El soporte familiar y la organización familiar en este contexto ha demostrado que no es el más favorable, debido a que los adolescentes demandan de sus padres que estén más pendientes de ellos y que, desde las instituciones escolares y gubernamentales, capaciten a sus padres con el fin de que se presenten diálogos eficaces, además, porque esta investigación evidencia que las familias están solas para enfrentar sus problemas.

Aunque desde la Ley 1566 del 2012¹⁰⁹ se garantiza la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas, la oferta de servicios de salud mental se encuentra limitada por un hecho fundamental: no es reconocido como evento del proceso salud-enfermedad que debe ser incluido en el Plan Obligatorio de Salud y en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Es preocupante que estos adolescentes consideren el consumo habitual como una práctica normal y que solo se convierta en enfermedad cuando ya está la crisis, en casos de sobredosis o adicción.

Solo un 20,6 % consulta por este aspecto y la información con respecto a la relación de la salud física y mental con el consumo de psicoactivos es fraccionada, por lo tanto, así se esté hablando de este tema, perciben que se enferman poco, no existen prácticas de autocuidado para los temas de salud y aunque reconocen rutas para la atención, que en realidad son rutas de prevención, abunda la desconfianza en el momento de consultar porque sienten que al hacerlo pueden ser estigmatizados.

Algunas limitaciones encontradas en este estudio son las siguientes:

Para la etapa de la recolección de información cualitativa realizada en el año 2016 solo se tuvo acceso a dos instituciones educativas, de las 10 ubicadas en el municipio. Por lo tanto, esta información complementa la cuantitativa, pero no es de carácter inferenciables. El modelo de ecuaciones estructurales se construyó con unas variables obtenidas desde el instrumento de recolección y no se pudo incorporar ninguna de las categorías que emergieron de los grupos focales. En este estudio no se consideraron las percepciones de los padres de familia o acudientes, docentes o directivos docentes, ni la percepción desde las instancias gubernamentales.

La fortaleza del estudio se da porque hay una muestra aleatoria de 700 estudiantes con la cual se construye el modelo de ecuaciones estructurales y se calculan las prevalencias estadísticas; la información obtenida se complementa con la de los grupos focales realizados con los estudiantes.

9. Conclusiones

A partir de los resultados generados en esta investigación se puede concluir que el consumo de sustancias psicoactivas está mediado por contextos, según el modelo ecológico planteado, individuales familiares, sociales-relación con pares y ambiente académico, que de alguna manera influyen en los comportamientos que generan la búsqueda de alternativas, para este caso la experimentación y uso de psicoactivos, que aunados alteran la calidad y la expectativa de vida de los individuos y también de quienes los rodean.

El modelo explicativo predice, gracias a las asociaciones estadísticas significativas y a las pruebas de bondad de ajuste, que se deben enfocar los esfuerzos en temáticas sobre el consumo de sustancias psicoactivas y vulnerabilidad familiar; en cohesión familiar, comunicación con la madre, comunicación con el padre y rutinas familiares.

La mayor la participación fue de las mujeres, con un 50,7 %; el mayor porcentaje de participación por rangos de edad fue de los 11 a 14 años, con un 51,3 %; el grado académico mas predominante fue el noveno, con un 19,9 %; el promedio de edad en general fue de 14,9 años (aproximadamente 15) y, con respecto a la tipología familiar, prevalece la nuclear, con un 56 %.

Con respecto al consumo de psicoactivos

Aunque la prevalencia de vida del consumo de sustancias psicoactivas no es un indicador de gran aporte en la evaluación del consumo, dado que la temporalidad a largo plazo puede haber sido solo un evento histórico, los datos para Marinilla sugieren que hay que observar los comportamientos para este fenómeno, debido a que la proporción de adolescentes escolarizados que han consumido alguna o algunas de las sustancias psicoactivas es de más del 50 %. Ese índice no implica que sean consumidores actuales, solo que tuvieron acceso a una sustancia en algún momento de su vida. Entre las de mayor prevalencia se destaca las bebidas alcohólicas que con 74,1 %, evidenció que el acceso a esta sustancia es permitido a nivel socio-cultural. Por otra parte, es preocupante la edad de inicio para el consumo, que fue de 11 años.

La etapa de la adolescencia, dadas las características de susceptibilidad a presiones del medio social, genera un espacio propicio para el inicio del consumo. Entre los motivos o las razones que los llevaron a consumir sustancias psicoactivas por primera vez sobresale “la curiosidad”, con un 57,5 % y entre los motivos por los cuales consumen actualmente, predominaron las “otras razones”, con un 40,1 %. Sobre estos tópicos, los aspectos narrados desde su contexto adolescente aportaron a que se establecieran causas del consumo como su personalidad y comportamientos, las relación con pares, el uso inadecuado del tiempo libre y de las relaciones con las familias, y contextos que influyen negativamente a propender al uso de psicoactivos.

Desde el uso del tiempo libre por parte de los adolescentes escolares, la insatisfacción tiene que ver con la falta de incentivos y programas atrayentes enfocados en esta comunidad, y que la hacen pensar que no tiene más opciones sino consumir para estar bien y porque no hay nada más que hacer. El tiempo libre es empleado para otras actividades como el estudio y el trabajo, lo que quiere decir que realmente no se aprovecha para la construcción de espacios saludables para ellos. Al cruzar la variable uso de tiempo libre con el consumo de sustancias psicoactivas, se encontró asociación positiva con un valor p menor a 0,005 ($p=0,000$), lo que significa que el tiempo libre tiene relación con consumir sustancias psicoactivas.

La percepción para obtener las sustancias psicoactivas prevaleció es que fácil en especial para las bebidas alcohólicas (cerveza) en 98% y en cigarrillo 94%, sustancias de carácter lícito y que son vendidas a los adolescentes sin ninguna restricción. Esta realidad sigue muy implícita en la cultura de nuestro contexto, perpetuando y avalando la permisividad para el consumo.

De los 700 participantes; solo el 16% de la población consulta por inquietudes o problemas de consumo de sustancias psicoactivas y de los consumidores (379) solo consulta por esto el 20.6% Desde la percepción de los adolescentes es preocupante el desconocimiento sobre el autocuidado y la desconfianza para acceder a los servicios en salud. Las personas a las que consultan, se tiene al psicoorientador 33.9% y en segundo lugar los trabajadores sociales 22.3%, en menores porcentajes a los familiares, amigos y psicólogos. Se ratifica la idea de que no tienen confianza con las familias, ni con el contexto institucional desde la Salud.

No hay diferencias estadísticas para el consumo de sustancias por sexo, consumen tanto hombres como mujeres, para los grupos de edad es visible que lo hacen de forma más prevalente las edades de los 11 a 14 años. Es importante detectar el problema a tiempo si el (la) adolescente está problematizado (a) con el consumo de psicoactivos. No se debería comenzar el consumo en ninguna etapa de la vida.

Se evidenciaron prevalencias significativas tanto para la dependencia en el consumo como para el abuso de las mismas, en un 44,6% y 10% respectivamente, las más altas prevalencias para el abuso de sustancias psicoactivas, se encuentran en el rango de edad de los 15-19 años y en especial con las bebidas alcohólicas.

Para el consumo de sustancias en el contexto social, pares, amigos; la prevalencia de consumo por parte de sus amigos fue de 81.3%, además existe una asociación estadística significativa entre los amigos (as) consumidores y el adolescente consumidor, lo que significa que es un factor predictor para el consumo de psicoactivos.

En el contexto familiar, aunque se presentó unas prevalencias significativas para el buen funcionamiento familiar en un 66,5%, la disfunción familiar, fue del 35%. Según sexo y rango de edad, es más prevalente la disfunción familiar severa en las mujeres y en las edades entre los 11 a 14 años.

Para la vulnerabilidad familiar, altos índices observados en cuanto a la no búsqueda de apoyo social 87,7%, apoyo profesional 86,3% y apoyo religioso 84,1%, identificó que las familias están solas para enfrentar sus problemas. En cuanto a la jerarquía y límites familiares, el 89.7%, demostró que hay crisis en los roles de sus miembros en cuanto a que no están bien definidos.

Existe asociación estadística según sexo, para la cohesión familiar, comunicación con la madre, comunicación con el padre, apoyo adolescente, y en valores de poder, dinero y sexo afectando tanto hombres como a mujeres, valor < 0.05. Hay crisis en las relaciones y el adolescente no se siente apoyado.

Para los grupos edad se presentó asociación positiva de vulnerabilidad en cuanto a la comunicación con la madre, comunicación con el padre, rutinas familiares,

redefinición de problemas, en poder, dinero y valores y en rendimiento escolar, al observar las más altas prevalencias entre los grupos de edad, se tiene que son mayores en los de 15 a 19 años.

La prevalencia del alta de consumo de sustancias psicoactivas por parte de los familiares, se consideró que contribuye al consumo de sustancias psicoactivas y de forma permisiva por parte de los adolescentes. Aunque la tipología familiar, prevalece la nuclear 56%. Esta sociedad está en crisis desde la percepción de los adolescentes, familias permisivas, relajadas no están contribuyendo a un buen desarrollo óptimo de los adolescentes.

Con respecto a lo anterior, el entorno familiar puede ser otro ámbito en el cual la influencia para el consumo de psicoactivos en el niño(a) y adolescente, sigue siendo una variable de interés y de análisis, toda vez que las directrices, normas y comportamientos básicos de la familia, en especial en los posibles estilos de conducta a imitar, son más factibles que tempranas edades, y se normalice en ellos estos comportamientos de las familias consumidoras, perpetuando patrones de consumo.

10.Recomendaciones

Algunas propuestas desde los adolescentes tomados de sus relatos:

Generar charlas, campañas motivacionales con música, como conciertos que convoquen en este caso a no consumir drogas

Charlas en la casa de la cultura, utilizar estos espacios que son más centrales, pero con actividades bien llamativas; una estrategia como el canelazo.

*“(...) Que nos saquen de una rutina que no es buena y que viva la vida”
E03NSGFM*

Rescatar sus habilidades y apoyar las potencialidades; como el deporte, la lectura, la danza etc.

Deberían existir programas en salud más lúdicos para que sean más atractivos para los jóvenes, así como el parque explora.

“(...) que nos tengan más atención..., que los problemas interesen más a la comunidad, que las ideas que nosotros tengamos sean valoradas, que, aunque seamos muchachos tenemos palabras, que haya cursos que nos ayuden a escoger o que nos guíen a escoger nuestro futuro, que nos apoyen más en las profesiones que nosotros queramos cuando seamos mayores como por ejemplo la medicina o la culinaria o aviación, que promocionen, que no sea lo del colegio, que nos ayuden. E04NSGFM

Recomendaciones desde la investigación

El municipio de Marinilla es un lugar que está incursionando de forma muy rápida a la actualidad, dejándose permear de una visión de expansión, urbanística, que ofrece en este momento la región oriente, no solo ofreciendo dentro de sí una gran diversidad de culturas interiorizadas en cada familia, sino que asumiendo pensamientos e ideas de contextos foráneos y que al interactuar en contextos externos como la sociedad, se compartan y el adolescente asimile para sí, bien sea de forma positiva o negativa, es por ello que el reconocimiento temprano o detección

oportuna contribuya a disminuir en lo posible una carga de enfermedad mayor como son los abusos y/o adicciones, máxime en población joven y productiva.

Se debe potencializar los factores protectores encontrados, aunar fuerzas entre sectores, familiares y escolares con el apoyo de las instancias municipales, se ha evidenciado que la gran desarticulación existente contribuye a que los esfuerzos dirigidos a tratar temas álgidos que comprometen a los jóvenes, sean tomados solo por el momento y realmente no se observa el impacto de las acciones.

Se deben establecer estrategias y/o programas especiales dirigidos y que aporten a los adolescentes en temas de salud mental, autocuidado entre otros, concibiendo al adolescente como persona biopsicosocial en desarrollo crítico para enfrentar la vida.

La salud pública como campo interdisciplinar debe ser más activo y visible en la comunidad orientar el quehacer de la salud mental e integrar el que hacer de otros sectores como el social, y el comunitario, en su deber de intervenir en la problemática del consumo de sustancias psicoactivas. Lo anterior sugiere que se deben priorizar cátedras de educación en salud que acerquen mas los servicios en salud al entorno escolar, así se contribuye a la minimización del riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas.

Se debe gestionar la intersectorialidad para explorar nuevas formas de intervención en la problemática del consumo de sustancias psicoactivas, convocando a diferentes sectores por ejemplo los venteros o comerciantes, sensibilizarlos a no venderle bebidas alcohólicas o cigarrillos a los menores.

Implementación de la política pública que integre al sector privado como actor estratégico de intervención de la problemática, se ha dicho y siempre se ha pedido, pero debe visibilizarse un doliente que empuje proyectos e ideas innovadoras con el fin de ser compartidas, debatidas y aprobadas, un doliente son las mesas participativas comunitarias, que, de las ya existentes como la mesa de salud mental, seguir apoyándola y proponer una desde los adolescentes escolarizados donde estos aporten sus ideas.

Agradecimientos

- ✓ Primeramente, a mi Dios, porque gracias a Él existimos y todo es posible.
- ✓ Al municipio de Marinilla; Secretaria de Salud y Educación por permitirnos el espacio para generar este conocimiento y aportar desde la academia herramientas útiles que apoyen en las políticas públicas generadas y a generar.
- ✓ A las instituciones educativas participantes del Municipio de Marinilla, tanto para la recolección cuantitativa como para la fase cualitativa y a los estudiantes que sin ellos no es posible tener tan valiosa información.
- ✓ A mis dos directores de trabajo de grado; profesor Eugenio Paniagua Suarez y Profesor Carlos Mauricio González; por el acompañamiento, la confianza y por los consejos brindados; muy oportunos para esta etapa de mi formación, gracias por compartir sus conocimientos.
- ✓ Al grupo de investigación Aplicaciones Estadística en Salud de la Facultad Nacional de Salud Pública, del cual hago parte; por los recursos económicos brindados.
- ✓ Al psicólogo y amigo Ilder Tangarife por acompañarme en todo este proceso.
- ✓ A Laura Zuluaga profesional GESIS, por apoyarme en el proceso, guiarme y compartir sus conocimientos.
- ✓ A Diana Sánchez, amiga y compañera incondicional, por apoyarme en todo el proceso y ayudarme a no desfallecer.
- ✓ Al profesor Álvaro Giraldo, por sus orientaciones para con el proyecto.
- ✓ Al profesor León Darío Bello por su importante aporte en la investigación.
- ✓ Al Centro de Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública, 2016-2017, por su comprensión y espacios otorgados en la recta final del proceso de formación.
- ✓ A mi familia por la paciencia y apoyo brindados en esta etapa.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud Desarrollo de la adolescencia [Internet] [Consultado 2017 Jul 6] Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
2. Organización Mundial de la salud. Glosario de términos de alcohol y drogas [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo;1994 [Consultado 2017 Jul 6] Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf.
3. Pereira Pérez Z. Los diseños de método mixto en la investigación en educación: Una experiencia concreta. Rev. Electr. Educare [Internet] 2011; Enero-Junio. 15(1): 15-29 [Consultado 2017 Nov 6] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194118804003>.
4. Duff JS. Drogas de diseño [Internet] [Consultado 2017 Nov 2016]. Disponible en: <http://www.narconon.org/es/informacion-drogas/drogas-de-diseno.html>.
5. Gómez D. Estudio Integral de la salud familiar [Internet] [Consultado 2017 Nov 7]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/deybi29/estudio-integral-de-la-salud-familiar-23825803>.
6. Vargas I. Familia y Ciclo Vital Familia. 2013 [Internet] [Consultado 2017 Nov 7]. Disponible en: <http://www.actiweb.es/yaxchel/archivo1.pdf>.
7. Caballero AJ. SEM vs PLS: un enfoque basado en la práctica [Internet] [Consultado 2017 Nov 7]. Disponible en: http://www.emoinsights.com/downloads/articulos/SEM_vs_PLS.pdf.
8. Mebarak M, De Castro A, Salamanca MP, Quintero MF. Salud Mental: Un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. Psicol. Caribe [Internet] 2009; Enero-Junio. (23): 112. [Consultado 2017 Nov 7] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n23/n23a06.pdf>
9. Gerlero J. Diferencias entre ocio, tiempo libre y recreación: Lineamientos preliminares para el estudio de la Recreación [Internet] [Consultado 2017 Jul 8] Disponible en: <http://www.redrecreacion.org/documentos/cmeta1/JGerlero.html>.
10. Organización Mundial de la Salud. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Ginebra: OMS; 2004: 264. [Internet] [Consultado 2017 Nov 6]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf
11. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Comportamiento de la violencia intrafamiliar, Colombia 2013 [Internet] [Consultado 2015 Jul 15] Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+7-+violencia+intrafamiliar.pdf/dd93eb8c-4f9a-41f0-96d7-4970c3c4ec74>.

12. Mosquera F. El comportamiento suicida En: Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica. Suicidio. Neurobiología, factores de riesgo y prevención. Bogotá: Nuevo Milenio; 2006: 10-22.
13. Andrade Salazar JA, Núñez Díaz LM, Vargas Carmona NV. Razones psicosociales asociadas al consumo de drogas blandas y duras en estudiantes de FUNDES. Revista Psicología Científica.com [Internet] Espinal: 2014; 16(5) [Consultado 2014 Feb 14]. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/razones-psicosociales-asociadas-consumo-drogas-blandas-duras-estudiantes/>
14. Universidad CES, Alcaldía de Medellín. Salud Mental del Adolescente en Medellín, 2006. Medellín: Editorial Artes y Letras Ltda; 2007 [Internet] [Consultado 2014 Feb 14]. Disponible en: <http://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>.
15. Posada J, Rodríguez M, Duque P, Garzón A. Prevalencia y factores de riesgo de comportamientos relacionados con suicidio en el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003 (ENSM). [Internet] Colombia: Nova; 2007: 5(7);1-100. [Consultado 2014 Feb 14]. Disponible en: <http://unicolmayor.edu.co/publicaciones/index.php/nova/article/view/87/173>
16. Benjet C, Borges G, Méndez E, Casanova L, Medina-Mora ME. Adolescent alcohol use and alcohol use disorders in Mexico City. Drug Alcohol Depend [Internet] 2014; 136(1): 43-50. [Consultado 2014 Feb 14]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.12.006>.
17. Papalia D, Wendkos Olds S, Duskin FR. Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia. México: McGrawHill; 2009.
18. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. Desarrollo positivo adolescente en América Latina y el Caribe [Internet] [Consultado 2016 Feb 12] Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/serie_pol.pu1ADOLESCENTES_ESP\(2\).pdf](http://www.unicef.org/lac/serie_pol.pu1ADOLESCENTES_ESP(2).pdf).
19. Di´Staso MV. Investigación del impacto de la automedicación en adolescentes, Argentina 2009 [Internet] [Consultado 2016 Feb 23] Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC098936.pdf>.
20. Carceller-Maicas N, Ariste S, Martínez-Hernández A, Martorell Poveda MA, Correa-Urquiza M, DiGiacomo S. El consumo de tabaco como automedicación de depresión/ansiedad entre los jóvenes: resultados de un estudio con método mixto. Adicciones [Internet] 2014; 26(1): 34-45 [Consultado 2016 Feb 12] Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/127>.
21. Organización Mundial de la Salud. Maternal, newborn, child and adolescent health. Adolescent health epidemiology. [Internet]. [Consultado 2016 Feb 19]

- Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescence/en/#
22. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Estudio nacional de consumo de sustancias Psicoactivas en Colombia 2008 [Internet] [Consultado 2016 Feb 15] Disponible en: <http://www.odc.dne.gov.co>
 23. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en conflicto con la ley en Colombia 2009 [Internet] [Consultado 2016 Feb 16] Disponible en: http://www.descentralizadrogas.gov.co//pdfs/documentacion/estudios/Estudio_Consumo_adolescentes_en_conflicto_con_la_Ley_2009.pdf.
 24. Colombia. Ministerio de Justicia y del Derecho. Observatorio de Drogas de Colombia. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en población escolar 2011 [Internet] [Consultado 2016 Feb 15] Disponible en: https://www.unodc.org/documents/colombia/2013/septiembre/Estudio_Poblacion_Escolar_2011.pdf.
 25. Colombia. Ministerio de Justicia y del Derecho, UNODC, CICAD, OEA. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2013 [Internet]. [Consultado 2016 Feb 15] Disponible en: https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf.
 26. Colombia. Ministerio de Salud. Colciencias. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 [Internet] [Consultado 2016 Oct 15] Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/C0031102015-salud_mental_tomol.pdf.
 27. Colombia. Ministerio de Salud. Colciencias. Presentación sobre la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 [Internet]. [Consultado 2016 Oct 15] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/presentacion-encuesta-nacional-salud-mental-2015.pdf>.
 28. RCN Radio. Alerta en Marinilla por aumento de suicidios en jóvenes y adolescentes [Internet]. Noticia del 22 de marzo del 2016 [Consultado 2016 Mar 23] Disponible en: <http://www.rcnradio.com/locales/alerta-marinilla-aumento-suicidios-jovenes-adolescentes/>
 29. González Benítez I. Las crisis familiares. Rev. cuba. med. gen. integr [Internet] 2000;16(3): 270-276. [Consultado 2014 Jul 15] Disponible en: http://scielo.sdl.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000300010
 30. Moral MV, Rodríguez FJ, Ovejero A. Correlatos psicosociales del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. Salud Publ Mex [Internet] 2010; 52: 406-415 [Consultado 2015 Jun 15] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000500008

31. Villegas L. ¿Cómo funcionan nuestras familias?: Factores de protección y de riesgo familiar, según riesgo de suicidio, en los adolescentes escolarizados en la zona nororiental de Medellín, 2006. [Trabajo de grado Trabajadora Social] Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Ciencias sociales y humanas. Departamento de Trabajo Social; 2007.
32. Universidad San Martín. Copacabana. Secretaria de Salud. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de salud Pública. Caracterización de salud mental mediante cinco indicadores básicos, nivel de riesgo suicida, depresión consumo de sustancias psicoactivas, funcionalidad familiar, vulnerabilidad familiar a estresores sociales de la población escolar de Copacabana –Antioquia 2010. Medellín: Universidad de Antioquia; 2010.
33. Herrera D. Vulnerabilidad familiar asociada al consumo de sustancias psicoactivas, sintomatología depresiva y riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados en el municipio de Ebéjico, 2010. [Trabajo de grado Gerencia en Sistemas de Información en Salud]. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública; 2011.
34. Zapata N. Disfunción familiar y algunos factores de salud mental asociados e adolecentes escolarizados. Copacabana, Ebéjico y Medellín-Zona noroccidental, 2010. Trabajo de Grado [Trabajo de grado Gerencia en Sistemas de Información en Salud] Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública; 2014.
35. Saucedo JM, Maldonado JM. La Familia: su dinámica y tratamiento. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2003. 294.
36. Musitu G, Jiménez TI, Murgui S. Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. Salud Publ Mex. 2007; 49: 3-10. [Internet]. [Consultado 2016 Feb 19] Disponible en: <https://www.uv.es/~lisis/terebel/07salud-publ-mex-art.pdf>.
37. Riquelme N, Fraile C, Carvalho A. Influencia del consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito familiar sobre la autoestima de escolares. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2005 Sept; 13: 798 – 805 [Internet]. [Consultado 2016 Feb 20] Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea06.pdf>.
38. Montoya D. Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de secundaria, municipio de Itagüí, 2003. [Trabajo de grado Gerencia en Sistemas de Información en Salud] Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública; 2004.
39. Corrales S, Montoya A. Prevalencia y factores asociados al consumo de psicoactivos en estudiantes de secundaria municipio de Guatapé-Antioquia 2005. [Trabajo de Grado Gerencia en Sistemas de Información en Salud] Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud; 2006.
40. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Fundación FES Social. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. [internet] Bogotá; 2003. [Consultado 2016

- Mar 13] Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf>
41. Rodríguez M, Rodríguez N, Gempeler J, Garzón D. Factores asociados con intento de suicidio y comportamientos de autolesión no suicida en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario. *Rev.colomb.psiquiatr* [Internet] 2013; 43(1):19-26 [Consultado 2015 Jun 5] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-factores-asociados-con-intento-suicidio-S0034745014000080>
 42. Rueda SM. Perfil de orientación al suicidio según indicadores de salud mental en adolescentes escolarizados Medellín-Zona noroccidental, 2010 [Trabajo de grado Magister en Epidemiología]. Medellín: Universidad de Antioquia; 2012
 43. Tamm P. Diagnóstico sobre la situación de niñas, niños y adolescentes en 21 países de América Latina. Save the Children Suecia Oficina Regional para América del Sur. [Internet]. [Consultado 2016 Mar 8] Disponible en: <http://www.iin.oea.org/iin/cad/sim/pdf/mod1/Texto%2011.pdf>.
 44. Toro D, Paniagua R, González C, Montoya B. Caracterización de adolescentes escolarizadas con riesgo de suicidio, Medellín 2006 *Rev Fac Nal Salud Publica* 2009. Septiembre de 2009; 302-8.
 45. Camacho P, León C, Silva I. Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson en adolescentes. *Rev Enferm herediana* [Internet] 2009; 2: 80-85 [Consultado 2014 julio 15] Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/faenf/revfae/Olson.pdf>.
 46. Londoño B. Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados de la zona nororiental. Medellín, 2006. [Trabajo de grado Gerencia en Sistemas de Información en Salud]. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública; 2007.
 47. García Castro J, Pérez Sánchez R. Tiempo libre en adolescentes escolarizados de dos clases sociales de Costa Rica. 2010. *Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv.* [Internet] 2010; 8(1); 439-454 [Consultado 2017 Jul 15] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/773/77315079021.pdf>
 48. Fernández Ortega JA. Estudio transversal de la ocupación del tiempo libre y determinación de patrones de comportamiento frente a la actividad física de los escolares. En: *II Simposio Nacional de Investigación y Formación en Recreación*. Vicepresidencia de la República / Coldeportes / FUNLIBRE 27 al 29 de septiembre de 2001. Bogotá, D.C., Colombia. [Internet]. [2017 Jul 17] Disponible en: http://redcreacion.org/documentos/simposio2if/JFernandez.htm#Uso_apropiado_d_el_documento
 49. Díaz Soracá HE. Consumo de sustancias psicoactivas y oferta de servicios de salud mental en adolescentes escolarizados de la zona noroccidental de Medellín, 2010. [Trabajo de grado Administrador en Salud con Énfasis en Gestión

de Servicios de Salud]. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública; 2011.

50. Duque Cárdenas DP, Jaramillo Bustamante LJ. Proceso de Acceso a los Servicios de Salud Mental: Percepción de los usuarios, sus Familias y prestadores de Los Servicios (Estudio De Casos), Medellín 2004-2005. [Trabajo de grado Administrador en Salud con Énfasis en Gestión de Servicios de Salud]. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública; 2006.

51. Congreso de Colombia. Ley 1616 de 2013, Ley de Salud Mental; por la cual se garantiza el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud [Internet] [Consultado 2015 Jul 8] Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>.

52. Congreso de Colombia. Ley 1566 de 2012, por la cual se dictan normas para garantizar la atención i integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional "entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias" psicoactivas. [Internet]. [Consultado 2015 Jul 8] Disponible en: https://www.unodc.org/documents/colombia/Documentostecnicos/Ley_1566.pdf.

Alcaldía Municipal de Marinilla. Ubicación de Marinilla. [Internet] [Consultado 2015 Jul 8] Disponible en: <http://proyecto-escuela-rural-marinilla.webnode.com.co/informacion-general/ubicacion-geografica-del-municipio-de-marinilla/>

53. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyecciones de población por área [Internet] [Consultado 2017 Nov 8] Disponible en: <https://www.google.com.co/search?q=proyeccion+Marinilla+Dane&oq=proyeccion+Marinilla+Dane&aqs=chrome...69i57.6276j1j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

54. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyecciones nacionales y departamentales de población. 2005-2020. [Internet] Bogotá 2007. [Consultado 2017 Nov 9] https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/7Proyeciones_poblacion.pdf

55. Torrico Linares E, Santín Vilariño C, Andrés Villas M, Menéndez Álvarez-Dardet S, López López MJ. El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. An. Psicol [Internet] 2002, 18(1) (junio), 45-50 [Consultado 2017 Nov 7] Disponible en: http://www.um.es/analesps/v18/v18_1/03-18_1.pdf

56. Abad Gómez H, Abad Faciolince H. Manual de tolerancia. Medellín: Universidad de Antioquia; 1992.

57. Max-Neef M, Elizalde A, Hopenhayn M. Desarrollo a Escala Humana: Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones. Barcelona: Romanyà Valls, Verdaguer, 1 Capellades 1998 [Internet] [Consultado 2017 Nov 8] Disponible en: https://www.max-neef.cl/descargas/Max_Neef-Desarrollo_a_escal_a_humana.pdf
58. González De Haro MD. La Salud y sus implicaciones sociales, políticas y educativas [Internet] [Consultado 2015 Nov 10] Disponible en: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/4343/b1437626x.pdf?sequence=2>
59. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es la salud pública? [Internet] [Consulta 2016 Jul 16]. Disponible en: <http://www.whatispublichealth.org/espanol/what/index.html> [
60. Palomino Moral PA, Grande Gascón ML, Linares Abad M. La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. Rev. int. sociol. [Internet] 2014; 72 (1) [Consultado 2016 Dic 05] Disponible en: <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/587/607>
61. Frías Osuna A, López Santos V. Parte I. Marco conceptual de la salud pública. Concepto de Salud Pública. En: Frías Osuna A. Salud pública y educación para la salud. Barcelona: Masson, S.A.; 2000: 3-5
62. Paniagua Suarez R, González CM; Hernández D, Gallo N, et al. Historia de la conformación de Línea de investigación Psicosocial grupo de investigación en salud mental. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. 2005 [Internet] [Consultado 2015 Nov 20] Disponible en: <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/5c73def3-dc9c-4ae5-a35c-1c68794b413c/L%C3%ADnea+Psicosocial.pdf?MOD=AJPERES:TUUZg1dteWgJ:www.medfamco.fmed.edu.uy/Archivos/monografias/MonografiaAnSitSalBarr.PDF+El+Dorado+y+Villa+Foresti&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co&source=www.google.com.co>
63. *González Posada CM. La salud Pública: de objeto a método. 2013. [Internet] [Consultado 2017 Jul 6]. Disponible en: <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/17467294-ac6e-439f-8967-368caaddaf8c/De+objeto+a+m%C3%A9todo.pdf?MOD=AJPERES>
64. González ER. La salud pública como campo transdisciplinar. Rev Fac Nac Salud Pública. 2007; 25(1): 72-8
65. González Moreno MC. La Investigación Cualitativa en Salud. Avances y Desafíos. Universidad de Carabobo Bárbula, Venezuela. Salus [Internet] 2009; 13: 4-10 [Consultado 2017 Jul 10] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375939011002>
66. Granda Ugalde E. La salud y la vida. Quito: 2009. [Internet] [Consultado 2017 Jul 17]. Disponible en:

<http://www.alames.org/index.php/documentos/libros/medicina-social/libros-1/67-la-salud-y-la-vida-volumen-1/file>

67. Asmet Salud. EPS. Estilos de vida saludables: Salud mental 2013 [Internet] [Consultado 2017 Agos 15]. Disponible en: <https://www.asmet salud.org.co/news/show/title/estilos-de-vida-saludables-salud-mental>.

68. Paniagua RE, González CM. Lo psicosocial en salud pública y la atención primaria en salud: un dialogo de convergencia e inclusión. Jornada preparatoria al Sexto Congreso Internacional de Salud Pública. Facultad Nacional de Salud Pública.; 2009

69. Mebarak M, De Castro A, Salamanca MP, Quintero MF. Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. [Internet] [Consultado 2017 Agos 16]. Disponible en: http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/psicologia_caribe/23/05%20SALUD%20MENTAL.pdf. Pg 92.

70. Frenk J. El concepto y medición de la accesibilidad. Salud Públ Méx. 1985; (27): 438-53 En: Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover, R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Rev. Gerenc. Polít. Salud. [Internet] 2014; 13(27): 242-265 [Consultado 2017 Nov 13]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgy ps13-27.assa>.

71. Grupo de Economía de la Salud (GES). Implicaciones económicas y fiscales de la cobertura universal en salud. Observatorio de la Seguridad Social. [Internet] 2012; 25. [Consultado 2017 Nov 13]. Disponible en: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/3433/1/Observatorio-seguridad-social-25.pdf>

72. Aguirre B. Psicología de la Adolescencia. Bogotá: Alfaomega. 1998. [Internet]. [Consultado 2017 Dic 01] Disponible en: http://www.academia.edu/12005926/Psicolog%C3%ADa_de_la_adolescencia_-_Angel_Aguirre_Bastan

73. Antioquia. Dirección Seccional de Salud. Programa de salud sexual y reproductiva de Antioquia, Medellín: Dirección Seccional de Salud de Antioquia; 2003. p.63

74. Nieto N. La familia, una mirada integradora desde la complejidad. ECMG [Internet] 2002; Uno: 70 [Consultado 23 Feb 2016] Disponible en: <https://encolombia.com/libreria-digital/lmedicina/ecmg/fasciculo-1/ecmg1-familia/>.

75. Torres Y. Salud mental del adolescente. Medellín: Universidad del CES; 2006

76. Herrera B. Atención integral de adolescentes. [Internet]. [Consultado 2017 Dic 01]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/medadolescentologa/atencion-integral-de-adolescentes>

77. Gobernación de Antioquia. Hacia una propuesta de intervención integral en salud mental para las poblaciones de Antioquia. [Internet] [Consultado 2017 Mar 06] Disponible en: <http://saludmentariantioquia.blogspot.com/>
78. Organización mundial de la salud. Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década 2014 [Internet] [Consultado 2016 Sept 06] Disponible en: http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf?ua=1
79. Pons Diez X. Modelos interpretativos del consumo de drogas. Rev. Polis - Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial [Internet] 2008; 4(2): 157-186. [Consultado 2016 Jun 22] Disponible en: https://www.uv.es/lisis/xavier/xp_art1.pdf.
80. Medellín. Alcaldía de Medellín. Secretaria de Salud. Redescubrirte: Enhebrando saberes en salud y juventud, proyecto red de jóvenes para la prevención de la fármaco dependencia, la sexualidad insegura y la violencia. Etapa II. Módulo II. Medellín 2005. 145.
81. Organización de las Naciones Unidas. Fiscalización de drogas. 2000 [Internet] [Consultado 2016 Jun 22]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish.Depts/dpi/boletin/drogas/fiscalizacion.html>.
82. Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud. Factores de riesgo. Psicoactivas [Internet]. [Consultado 22 Nov 2017]. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
83. Vargas Pineda DR. Alcoholismo, tabaquismo y sustancias psicoactivas. Rev. Salud Pública. [Internet] 2001; 3 (1): 74-88 [Consultado 22 May 2017]. Disponible en: <http://.revmed.unal.edu.co/revistasp/v3n1/rev316.htm>.
84. Laespada T, Iraurgi I, Aróstegi E. Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV. Instituto Deusto de Drogodependencias (Universidad de Deusto), 2004. [Internet] [Consultado 22 Jun 2017] Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Factores%20CAPV.pdf>
85. Caballero Martínez F. Las drogas educación y prevención. Madrid: Cultural; 2004. 224 p.
86. Conace Drogas. Todo sobre drogas: factores de protección [Internet] [Consultado 22 Marzo 2016] Disponible en: http://www.conacedrogas.cl/inicio/todo_fac_prot.php.
87. Fundación Manantiales. Información de interés. Drogas- Clasificación [Internet] [Consultado 22 May 2016]. Disponible en: http://www.manantiales.org/drogas_clasificacion.php.
88. Valdés A. Familia y desarrollo: Intervenciones en terapia familiar. Moderno. Bogotá: El Manual Moderno; 2007.
89. Colombia. Constitución política 1991. Familia: Art42. Bogotá; 1991.
90. Ares Muzio P. Psicología de Familia. Una aproximación a su estudio. La Habana: Félix Varela; 2002.

91. Ares Muzio P. La Familia. Una mirada desde la Psicología. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2010.
92. Paniagua RE, González CM et al. Caracterización de salud mental mediante cinco indicadores básicos, nivel de riesgo suicida, depresión consumo de sustancias psicoactivas, funcionalidad familiar, vulnerabilidad familiar a estresores sociales de la población escolar de Copacabana –Antioquia 2010. Universidad de Antioquia; 2010.
93. Organización Panamericana de la Salud. Salud del adolescentes-familia. [Internet] [Consultado 2016 May 06] Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3189%3Aalud-del-adolescente-familias&catid=2442%3Aadolescent-health-program&Itemid=2420&lang=es
94. Fundación Kellogs. Familia y adolescencia: indicadores de salud. Manual de aplicación de instrumentos. Washington; 1996. [Internet] [Consultado 2015 May 06] Disponible en <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Familia%20y%20adolescencia.%20Indicadores%20de%20salud.pdf>.
95. Pérez A. Tiempo: tiempo libre y recreación y su relación con la calidad de vida y el desarrollo individual, Cuba 1999. [Internet] [Consulta 2016 May 22]. Disponible en: <http://www.redcreacion.org/documentos/cmeta1/JGerlero.html>.
96. Fernández J. Recreación. [Internet] [Consulta 2016 May 22]. Disponible en: <http://redcreacion.org/documentos/simposio2if/JFernandez.htm>.
97. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia. Santa Fe Bogotá D. C.: La Asamblea; 1991.
98. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 1993. [Internet] [Consulta 2016 May 22]. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
99. Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-102 de 1998, marzo 24. Bogotá: Corte Constitucional; 1998.
100. Congreso de la Republica de Colombia. Resolución 2358, julio 13, por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. Bogotá: El Congreso; 1998.
101. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 30 de 1986, enero 31, por la cual se adopta el estatuto nacional de estupefacientes y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 1986.
102. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 115 de 1994, febrero 8, por la cual se expide la ley general de educación. Bogotá: El Congreso; 1994.
103. El Congreso de Colombia. Ley 375 de Julio 4 de 1997, por la cual se crea la ley de la juventud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 1997 [Internet] [Consulta 2016 Jun 22] Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85935_archivo_pdf.pdf

104. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 745 de 2002, por la cual se tipifica como contravención el consumo y porte de dosis personal de estupefacientes o sustancias que produzcan dependencia, con peligro para los menores de edad y la familia" Bogotá: El Congreso; 2002 [Internet] [Consulta 2016 Jun 22] Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-745-2002.pdf>
105. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1098 de 2006, por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. Bogotá: El Congreso; 2006 [Internet] [Consulta 2016 Jun 22] Disponible en:
https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1098_2006.htm
106. Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-814, agosto 21. Bogotá: Corte Constitucional; 2008.
107. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1438 de 2011, enero 19, por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones' Bogotá: el congreso; 2011.
108. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1566 de 2012, por el cual se garantiza la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional "entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias" [Internet] [Consulta 2016 Jun 22] Disponible en:
<http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley156631072012.pdf>
109. Ministerio de Salud y protección Social. Plan Nacional para la atención del consumo de sustancias con enfoque de salud pública. 2014. [Internet] [Consultado 2015 Nov 13] <http://www.odc.gov.co/Portals/1/encuentro-regiones/docs/plan-nacional-atenci%C3%B3n-consumo-sustancias-enfoque-salud-publica.pdf>
110. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 6 ed. México: McGraw-Hill; 2006: 751-805 [Internet] [Consultado 2015 Jul 13] Disponible en:
https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/1033525612-mtis_sampieri_unidad_1-1.pdf.
111. Creswell, J. Mixed Methods Researchs: State of the Art. University Of Michigan. [Internet] [Consultado 2016 Marz 13] Disponible en:
[sitemarker.umich.edu. Creswell.Workshop/files/Creswell_lecture_slides.ppt](http://sitemarker.umich.edu/Creswell.Workshop/files/Creswell_lecture_slides.ppt).
112. Pereira Pérez Z. Los diseños de método mixto en la investigación en educación: Una experiencia concreta. Revista Electrónica Educare [Internet] Enero-Junio, 2011; 15(1): 42-58 [Consultado 2015 Jul 13] Disponible en:
<http://www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/1941/194118804003/Los+dise%C3%B1os+de+m%C3%A9todo+mixto+en+la+investigaci%C3%B3n+en+educaci%C3%B3n:+Una+experiencia+concreta/1>
113. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 3 ed. México: Editorial Mc Graw-Hill. 2003: 21.

114. Taylor S, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados. Barcelona: Paidós; 1994.
115. Galeano M. Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Medellín: Universidad Eafit; 2004. 82 p.
116. Peñaranda F. Consideraciones epistemológicas de una opción hermenéutica para la etnografía. Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv [Internet] 2004; 2(2) [Consultado 2017 Feb 16]. Disponible en: <http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/321>
117. De Souza Minayo MC. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. Salud Colect [Internet] 2010; 6(3): 251–61 [Consultado 2017 Mar 9] Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1851-82652010000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
118. Bohannan P, Galzer M. Lectura primitiva. La ciencia de la cultura en Antropología. 2 ed. México: Mc Graw Hill. 1993.
119. Hernández García M. El concepto de cultura. México. 2008. [Internet]. [Consultado 2016 Mar 13] Disponible en: <http://librio.izt.uam.mx/~martino/download/Comparaciones%20del%20concepto%20de%20Cultura.pdf>
120. Pedraz Marcos A, Zarco Colon J, Remasco Gutiérrez M, Palmar Santos AM. Investigación cualitativa. Colección cuidados de salud avanzados. Barcelona: Elsevier: 2014: 46-57.
121. Suarez Cuba MA., Alcalá Espinoza M. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2014 ;20 (1): 53-57 [Consultado 2017 Dic 01] Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es.
122. Organización Mundial de la Salud. Entrevista diagnóstica Internacional Compuesta –CIDI II. Secciones B;J, L. Ginebra; 1997.
123. Salas C, Espinosa A, Santamaría I. Investigación sobre consumo de sustancias psicoactivas en estudiante de secundaria. Envigado Antioquia 1999. [Trabajo de grado Gerencia en Sistemas de Información en Salud]. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública; 2000.
124. Casas Guillén M. Los modelos de ecuaciones estructurales y su aplicación en el Índice Europeo de Satisfacción del Cliente Facultad de Económicas. Universidad San Pablo, CEU Internet]. [Consultado 2016 Marz 15] Disponible en: <http://www.uv.es/asepuma/X/C29C.pdf>.
125. Martínez González M. Bioestadística amigable. 3 ed. Elsevier: Barcelona, España. 2014: 487.
126. Lara HA. Introducción a las ecuaciones estructurales en Amos y R. [internet] [Consultado 2017 Ene 20] Disponible en:

[http://masteres.ugr.es/moea/pages/curso201314/tfm1314/tfm-septiembre1314/memoriasterantonio_lara_hormigo/!](http://masteres.ugr.es/moea/pages/curso201314/tfm1314/tfm-septiembre1314/memoriasterantonio_lara_hormigo/)

127. Gubber R. La etnografía: Método, campo y reflexividad. Bogotá: Norma; 2001.
128. Boyle J. Estilos de etnografía. En: Morse J. (Editora) Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003.
129. Escobar J, Bonilla-Jimenez FI. Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. Cuad.hispanoam.psicol. [Internet] 9(1): 51-67 [Consultado 2016 Ene 15] Disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen9_numero1/articulo_5.pdf
130. Carey MA. El efecto del grupo en los grupos focales: planear , ejecutar e interpretar la investigación con grupos focales En: Morse J. (Editora) Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003.
131. Cervantes C. El grupo de discusión en el estudio de la cultura y la comunicación. Revisión de premisas y expectativas. Rev Mex Socio.2002 Junio; 64(2): 71-88
132. Roldan García E. Los grupos de discusión en la investigación en el trabajo social y servicios sociales. Cuad. trab. soc.1998 (11): 133-144.
133. Galindo, J. Apunte de metodología en investigación cualitativa. En Lopera, E. et al. Investigación Cualitativa: Confrontación y prospectiva. Memorias. Congreso Latinoamericano de Investigación Cualitativa. Universidad de Antioquia – Medellín: Universidad de Antioquia; 1993.
134. Hemilse Acevedo M. El proceso de codificación en investigación cualitativa Contrib. cienc. Soc. 2011 [Internet]. [Consultado 2016 May 21] Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/12/mha2.htm>
135. Ruiz A. Texto, testimonio y meta texto. El análisis de contenido en la investigación en educación. En: Jiménez, A. Torres, A. (compil) La práctica investigativa en los estudios sociales. Bogotá: Universidad Nacional Pedagógica; 2001: 45–60.
136. Coffey A, Atkinson P. Encontrar el sentido a los datos cualitativos: Estrategias complementarias de Investigación. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003.
137. Creswell J.W, Plano Clark VL, Gutmann ML, Hanson WE. Advanced mixed methods research designs. En: A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds.), Handbook of mixed methods in social and behavioral research Thousand Oaks, CA: Sage. 2003. pp. 209–240. -233.
138. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución Nro 008430 de 1993, por el cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. El ministerio: 1993

139. Moreno MC, Deval J. El alumno al que enseñamos las culturas infantil y juvenil. En Sacristan JG, Carbonell J. Cuadernos de pedagogía. El sistema educativo: una mirada crítica. Madrid: Cisspraxis, 2004: 55-73.
140. Sañudo B, De Hoyo M, Corral JA. Estilo de vida de adolescentes sevillanos: actividad física y consumo de alcohol. Tándem [Internet]. 2009 [Consultado 2016 May 21] Disponible en: <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/60806/estilo-de-vida-de-adolescentes-sevillanos-actividad-fisica-y-consumo-de-alcohol.pdf?sequence=1>
141. Blandon Mena M. Tiempo libre y ocio: las prácticas de ocio de los padres y madres de familia, Barrio el Limonar 2001. Universidad de Antioquia. VIII Congreso Nacional sobre la Recreación, Vicepresidencia de la República, Coldeportes, Funlibre 27 al 29 de mayo Bogota DC Colombia 2004.
142. Instituto Micropolix de Estudios de Ocio Infantil. Grupo de Sociología de la Infancia y la Adolescencia del Colegio Nacional de DD. y LL. en Ciencias Políticas y Sociología. Estudio sobre el ocio infantil en la comunidad de Madrid. Julio 2011. [Internet]. [Consultado 2016 May 21] Disponible en: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/polinfan/2011/estudio_ocio.pdf
143. Lancelle D, Sorely I, Triay R. Familia, sociedad y su relación con la delincuencia infantil-juvenil. Argentina: Curso virtual interdisciplinario a distancia. Salud mental, psicología y psicopatología del niño, el adolescente y su familia: 2007. Citado por: Zuluaga L. Factores familiares asociados a la conducta agresiva en niños escolarizados de estrato 1,2 y 3 Medellín 2013. [Trabajo de grado Gerencia en Sistemas de Información en Salud]. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública; 2014.
144. López Y. La familia: una realidad en permanente formación. Algunas reflexiones sobre el tema. Trab. Soc [Internet] 1998; 1:25 [Consultado 2016 May 21] Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/32247>
145. Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. ¿Qué es la vulnerabilidad? [internet] [Consultado 2017 Jun 17]. Disponible en: <http://www.ifrc.org/es/introduccion/disaster-management/sobre-desastres/que-es-un-desastre/que-es-la-vulnerabilidad/>
146. Martínez-Mantilla JA, Amaya-Naranjo W, Campillo HA, Rueda-Jaimes G, et al. Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes, Bucaramanga, Colombia, 1996-2004. Rev. salud pública. [internet] 2007;9(2):215-229 [Consultado 2017 Jun 17]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/v9n2/v9n2a06.pdf>.
147. Hair J, Anderson R, Tatham R, Black W. Análisis Multivariante. 5ª ed. Madrid: Prentice Hall; 1999.
148. Mulaik S, James L, Van Alstine J, Bennet N, Lind S, Stilwell C. Evaluation of goodness of fit indices for structural equation models. Psychol Bull. 1989;105(3):430-445.

149. Ministerio de la Protección Social, CES, UNODC. Situación de Salud mental del adolescente, estudio nacional de salud mental Colombia. 2010.
150. Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional de sustancias psicoactivas en Colombia 2013. [Internet] [Consultado 2016 Jun 26] Disponible en: https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf
151. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. Adolescencia, una etapa fundamental. Nueva York: 2002. [Internet] [Consultado 2017 Jun 21] Disponible en: https://www.unicef.org/ecuador/pub_adolescence_sp.pdf
152. Leal López E. Adolescentes y el alcohol: la búsqueda de sensaciones en un contexto social y cultural que fomenta el consumo. Apuntes de psicología. [Internet] 2004. 22 (3): 403-420 [Consultado 2017 Jun 21] Disponible en: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/viewFile/64/66>.
153. Elzo J. El silencio de los adolescentes. Lo que no cuentan a sus padres. Colección Psicología social. España. Madrid: Temas de hoy; 2000. 230 p.
154. Giraldo Lopera A. Cannabis. [Internet] [Consultado 2017 May 02] Disponible en: <http://www.esecarisma.gov.co/paginas/Publicaciones/articulos/cannabis.htm>.
155. Drug Abuse. Marihuana [Internet] [Consultado 2017 Jun 21] Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/Infofacts/marijuana-sp>. Consulta 3 de mayo
156. Palacios F. Escuela de padres: las drogas tópicos, luces y sombras. Barcelona: Debate; 2001.
157. Casino G. Avances contra la adicción. La drogadicción es una enfermedad y como tal hay que tratarla. El País. 2003 sept 09; Sec Salud [Internet] [Consultado 2017 Jun 21] Disponible en: https://elpais.com/diario/2003/09/09/salud/1063058401_850215.html
158. Conace drogas. Todo sobre drogas: éxtasis [Internet] [Consultado 2017 Jun 22] Disponible en: http://www.conacedrogas.cl/inicio/todo_extasis.php.
159. Martínez CF. Las drogas: educación y prevención. Madrid: Cultural; 2004. 224 p

Anexos

Anexo 1. Clasificación y efecto de las sustancias psicoactivas de mayor uso

| Sustancia psicoactiva_descripciòn | Efectos |
|--|---|
| <p>Cigarrillo: es la mayor causa de mortalidad en países desarrollados, maneja costos directos como indirectos, referidos los primeros a los relacionados con el cuidado de la salud y los segundos con la pérdida de productividad, morbilidad, discapacidad y muerte prematura.^{87,88} Se elabora a partir de las hojas secas de la planta conocida como “El tabaco”; y originaria de América, es una picadura envuelta de forma cilíndrica. Contiene varias sustancias, en su gran mayoría tóxicas destacando la nicotina, la cual puede generar dependencia, alquitrán, óxido de carbón entre otras. Es consumida por vía inhalatoria, se le cataloga dentro de las sustancias adictivas que más se consume y más problemas sanitarios acarrea. Es una droga legal, sin embargo, en la mayoría de los países no está permitida la venta de tabaco a menores de 16-18 años, se comporta como una de las principales sustancias con la que se inicia el consumo de sustancias psicoactivas. Durante la adolescencia se imitan comportamientos como el fumar para sentirse adultos y para ser aceptados en el grupo social.^{87,88}</p> | <p>La nicotina produce estimulación del corazón y del sistema Nervioso, por lo que aumenta los latidos del corazón y eleva la presión sanguínea, el alquitrán con el tiempo produce cáncer pulmonar y problemas respiratorios, los fumadores presentan accesos de tos. Muchos fumadores afirman que el cigarrillo tiene efecto sedante, además el hecho de tener el cigarrillo entre los dedos produce un efecto calmante.^{87,88}</p> |
| <p>Bebidas alcohólicas: Si hay una droga peligrosa por ser considerada inocente y tolerada socialmente es el alcohol, esta sustancia arraigada en las costumbres y los modos de vida de muchísimos países, entre ellos el nuestro, como lubricante social, está hondamente introducido en nuestra cultura. Para muchos su consumo es placentero cuando lo toman con moderación y para otras personas se hacen daño bebiéndolo más de la cuenta.^{87,88}</p> | <p>El etanol puede producir depresión del Sistema Nervioso Central, en una fase inicial puede observarse un efecto estimulante. El alcohol provoca en primer lugar un efecto euforizante y de alegría que es diferente de unas personas a otras. Algunos, por el contrario se convierten en agresivos, suicidas o insensatos, mientras que para otros esta sensación estimulante del alcohol se traduce en dolor de cabeza, malestar, desgano, problemas intestinales etc.^{87,88}</p> |
| <p>Marihuana: Es una mezcla café verdosa de flores, tallos, semillas y hojas secas y picadas de la planta del cáñamo cannabis sativa. Es una droga que altera la función mental porque contiene Tetrahidrocanabinol (THC), sustancia que produce efectos principales sobre el sistema nervioso central y que generalmente llevan a la drogadicción. La nueva evidencia muestra que es la puerta de entrada al mayor uso de otras sustancias y puede causar cambios en el cerebro, que pueden llevar a una persona a ser adicta a otras drogas como el alcohol y la cocaína.¹⁵⁵</p> | <p>Los efectos inmediatos son sequedad en la boca, taquicardia, cierta torpeza en la coordinación de movimientos, y el equilibrio, reflejos lentos y, ordinariamente infección conjuntival en los ojos. En algunos aumenta la presión arterial. Después de 3 horas el consumidor siente mucho sueño, si ha consumido una dosis muy alta, puede presentar paranoia y ansiedad extrema, efectos que se pierden cuando se disminuye su presencia en la sangre.</p> <p>La sustancia THC de la marihuana, actúa en el cerebro para producir muchos efectos, conectando a sitios específicos en las células nerviosas llamados receptores de cannabinoides influyendo en estas, luego</p> |

| Sustancia psicoactiva_descripciòn | Efectos |
|--|--|
| | <p>pasa rápidamente de los pulmones a la corriente sanguínea, que transporta el químico a los órganos en todo el cuerpo que se absorbe con facilidad en los tejidos grasos de varios órganos del cuerpo, encontrándose vestigios en la orina hasta varios días después del consumo. ¹⁵⁶</p> |
| <p>Bazuco Es un producto estimulante derivado de la pasta de coca, elaborada a partir del proceso de transformación de la hojas de coca en cocaína cristalizada, además contiene en diversas proporciones de ácido sulfúrico, agonía, ácido benzoico, sustancias alcalinas, éter, metanol, querosene y mezclas callejeras como polvo de ladrillo, cerelac etc. no se disuelve en agua, tiene un punto de fusión (paso de sólido a líquido con el calor) más alto que el de la cocaína, es una sustancia de más rápida absorción en el cuerpo y se emplea fumándola. ^{87,88 157}</p> | <p>Efectos: Se experimenta a corto plazo excitación, alteraciones súbitas de estado de ánimo, hipervigilancia, hiperactividad, falta de apetito e hipersexualidad (esto último sólo en algunos casos, en otros ocurre precisamente lo contrario) A los pocos minutos estas sensaciones se convierten en ansiedad, sudoración, ardor en los ojos, palpitaciones, rigidez muscular, temblor en las extremidades y dolor de cabeza. Estos síntomas se eliminan fumando más, y cuando el consumo se realiza de forma continua y crónica se presentan cambios en la percepción de los objetos, de las situaciones y del tiempo. ^{87,88 157}</p> |
| <p>Cocaína: Es una de las sustancias de mayor consumo en el mundo. La coca es el estimulante más potente de origen natural y extremadamente adictivo. Existen 2 formas químicas de cocaína: el clorhidrato de sal y los cristales de cocaína. La forma en polvo se disuelve en agua y puede ser usada por vía intravenosa o intranasal (por aspiración). Los mayores consumidores de cocaína se encuentran en la población entre los 18 y 25 años de edad. Su consumo ha venido en aumento en personas de menor edad, así como en las mujeres. ¹⁵⁸</p> | <p>Efectos: dependen tanto de las dosis como de la frecuencia de la inhalación. Las complicaciones médicas a corto plazo son: aumento de la energía, disminución del apetito, taquicardias, aumento de la presión arterial, contracción de vasos sanguíneos, estados de irritabilidad, inquietud y paranoia, llegando a episodios de psicosis paranoide. Pueden presentarse irregularidades del ritmo cardiaco, dificultad respiratoria, embolias cerebrales, convulsiones y cefaleas, dolores abdominales, aumento de temperatura del cuerpo y gangrena intestinal.</p> <p>La repetición continuada provoca irritación del tabique nasal, en algunos casos puede presentar ulceración e incluso degeneración del tejido cartilaginoso^{87,88}.</p> |
| <p>Inhalables o inhalantes: Son hidrocarburos derivados del petróleo que se utilizan en la industria como solvente o pegantes y tienen una alta inestabilidad en estado líquido pasando al gaseoso rápidamente por lo que es fácil su inhalación, llegando al cerebro y produciendo manifestaciones iguales a otro tipo de drogas. Entre los más conocidos y de mayor uso se encuentran disolventes como el thinner, acetonas aerosoles, removedores de pinturas pulverizadas, etc. También los empleados en anestesia como cloroformo, éter, halotano y óxido nitroso. Estas sustancias se venden legalmente en tiendas de abarrotes y suministros industriales. Su uso se ha encontrado asociado a niños de vida callejera; su uso se da especialmente en jóvenes. ^{87,88}</p> | <p>Efectos: Euforia, delirios, intoxicación y alteraciones en el funcionamiento mental, aparentemente el consumo de inhalables contribuye a disminuir las sensaciones de hambre y de frío. El estado de intoxicación suele estar asociado a la aparición de alucinaciones. Los consumos crónicos de estas sustancias producen efectos adversos sobre el organismo como arritmias cardiacas fatales, graves daños neurológicos de carácter irreversible: daño del nervio óptico, imposibilidad de caminar en forma estable, pérdida de la audición, pérdida progresiva de las principales funciones intelectuales y muerte por asfixia.</p> |

| Sustancia psicoactiva_descripción | Efectos |
|--|---|
| <p>Éxtasis: (Estimulante o metanfetamina): El éxtasis o MDMA (metilendioximetanfetamina) es la más representativa de las drogas de síntesis, por ser la de mayor demanda. Como no tiene control de calidad, su composición es variable y la mayoría del tiempo se desconoce sus verdaderos componentes. Pastillas o tabletas de distintas formas, tamaños y colores, ilustradas con dibujos y logotipos variados (con el fin de hacerlas más atractivas). Muchas veces, las cantidades y calidades de las sustancias que componen una tableta son distintas en una y otra. Es un derivado de las anfetaminas, en su forma pura, el éxtasis se presenta como un polvo blanco de sabor amargo, pero en la calle se encuentra en forma de píldoras de diversos colores o cápsulas transparentes, en las que la sustancia se encuentra mezclada con otras sustancias de soporte o psicoactivas como anfetaminas o cafeína. ¹⁵⁹</p> | <p>Efectos: Provoca hiperactividad, la persona que está bajo el efecto del éxtasis puede llegar a estar extraordinariamente comunicativa, también baja el sentimiento de agresión y aumenta el deseo sexual. Además puede aumentar de manera peligrosa la temperatura corporal, a largo plazo puede provocar daño a las neuronas del cerebro y este daño es irreversible, dolores musculares, apatía, depresión, problemas mentales y conductas de riesgo. ^{87,88, 159}</p> |
| <p>Tranquilizantes</p> <p>Pertencen al grupo de las drogas depresoras sintetizadas en el laboratorio y que se prescriben para combatir la ansiedad, inducir al sueño. La forma de administración es oral y también inyectable. ¹⁶⁰</p> | <p>Efectos: Estas sustancias desaceleran, calman, duermen, sedan, embotan y anestesian. El mayor problema de los tranquilizantes se da en el riesgo de dormirse y no despertar nunca; el sueño profundo puede convertirse en coma. Su uso continuo genera alteraciones neurológicas, temblores, vértigo, alteraciones mentales, irritabilidad, depresión y deterioro neurológico general. El sueño para muchos drogodependientes es un estado de bienestar, una evasión de todos los males, un estar lejos de todos los dolores y penas. ^{87,88.}</p> |
| <p>Heroína: La heroína se fabrica a partir de la morfina, y ésta a partir del opio. Es un polvo cristalino blanco, inodoro, muy fino, pero su aspecto puede variar dependiendo de los procesos de purificación a los que haya sometido. Estudios recientes indican que la forma de usar la heroína a cambiado, pasando de inyectarse droga a inhalarla o fumarla, debido a que se obtiene mayor pureza con estos métodos y al concepto erróneo de que estas formas de empleo no llevarán a la adicción. Se puede administrar por todas las vías: intravenosa, intramuscular, oral, aspirada, fumada etc. El síndrome de abstinencia de la heroína puede ser muy intenso. ^{87,88}</p> | <p>Efectos: A corto plazo euforia, boca seca, extremidades pesadas, adormecimiento, turbación de las facultades mentales debido a la depresión del sistema nervioso central. A largo plazo, el usuario crónico puede sufrir: colapso de las venas, infección del endocardio, enfermedades del hígado y complicaciones pulmonares. El uso regular produce tolerancia, el uso intenso conlleva a la dependencia, al haberse adaptado el cuerpo a la droga si se reduce o abandona el consumo produce síndrome de abstinencia. ^{87,88}</p> |

Fuente: construcción propia

Anexo 2. Instrumento de recolección proyecto macro

SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DEL MUNICIPIO DE MARINILLA (ANTIOQUIA), 2015

Fecha: DD / MM / AAAA

Jornada: Código

Colegio:

TIPO COLEGIO: Oficial Privado Masculino Femenino Mixto

AMIGO(A) ESTUDIANTE

La Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, adelanta un estudio para conocer el estado de salud integral en los adolescentes escolarizados del municipio, a fin de prestar atención especial a los aspectos psicosociales que influyen sobre la salud, y así establecer cuáles son las necesidades más importantes en los jóvenes y proponer acciones que mejoren su situación.

Te invitamos a resolver la siguiente encuesta NO DEBES ESCRIBIR TU NOMBRE, las respuestas son anónimas y los resultados serán manejados únicamente por los investigadores. No existen respuestas únicas, cualquiera de ellas que escoja, debe reflejar tu manera de pensar y actuar, y para que puedas responder con libertad y sinceridad queremos que sea anónima.

Los resultados obtenidos en el estudio se devolverán sin particularizar ninguna institución o individuo.

Si aceptas participar en el estudio, te pedimos resolver el cuestionario de preguntas de forma completa.

Agradecemos tu atención y participación en el estudio. Para nosotros y para otros jóvenes como usted estos datos serán de gran utilidad.

LEE CUIDADOSAMENTE LAS INSTRUCCIONES PARA CADA PREGUNTA, Y MARCA CON UNA X LA LETRA CORRESPONDIENTE A LA RESPUESTA QUE ESCOJAS. SI TIENES ALGUNA DIFICULTAD LEVANTA LA MANO Y EL ENCUESTADOR TE AYUDARÁ CON GUSTO.

ASPECTOS GENERALES

1. **Sexo** Hombre Mujer
2. **Edad:** _ años cumplidos
3. **Grado:** _____
4. **Barrio:** _____
5. **El estrato de la vivienda es:** _____
6. **En este barrio he vivido:** Toda la vida Desde hace menos de un año Más de un año
7. **¿Usted y su familia se han tenido que cambiar de lugar de residencia por la violencia? Sí_ No_**
8. **Tienes hijos** Sí___ No___ **¿Cuántos?** 1. 2. 3
9. **Cuando salgo de la clase dedico la mayor parte de mi tiempo libre a: (Marca solo una opción)**

| | |
|---|--|
| A. <input type="checkbox"/> Trabajar para ganar dinero | B. <input type="checkbox"/> Los oficios de mi casa |
| C. <input type="checkbox"/> Ver cine o televisión | D. <input type="checkbox"/> Hacer tareas o estudiar |
| E. <input type="checkbox"/> Practicar un deporte | F. <input type="checkbox"/> Charlar con mi grupo de amigos |
| G. <input type="checkbox"/> Lectura, arte, música | H. <input type="checkbox"/> Dormir |
| I. <input type="checkbox"/> Salgo de la casa a lo que resulte | J. <input type="checkbox"/> Otra, cuál: _____ |
10. **El grupo al que dedico más tiempo es: (marca solo una)**

| | |
|--|--|
| A. <input type="checkbox"/> Un grupo deportivo | B. <input type="checkbox"/> Un grupo religioso |
| C. <input type="checkbox"/> Un grupo de estudio | D. <input type="checkbox"/> Un grupo cívico o político |
| E. <input type="checkbox"/> Voy scout, cruz roja | F. <input type="checkbox"/> Mi barra de amigos |

- G. Un grupo cultural (música, teatro) H. No pertenezco a ningún grupo
- I. Otro, cuál:

11. El último año he practicado actividad físico-deportiva: (marca solo una)

- A. Todos los días D. Ocasionalmente
- B. Dos veces por semana E. No he practicado deporte
- C. Tres veces o más por semana

ASPECTOS FAMILIARES

¿CÓMO ES TU FAMILIA?

“FAMILIA” es un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas por sangre, por matrimonio, por adopción, o por relación estable de más de un año. En tu caso, son familia es las personas con quienes compartes la vivienda en este momento de tu vida y con quienes tienes una relación de sangre, de adopción o de convivencia estable, siendo tú uno de los hijos de la familia.

Te pedimos que contestes con sinceridad este cuestionario, con el fin de conocer las características generales de tu familia.

ALGO SOBRE TI

12. ¿Cuántas personas son en tu familia incluyéndote? _____

13. ¿Quién vive en tu familia? (Coloca una X en el cuadro que corresponda a cada alternativa).

- | SI | NO | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mi madre |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mi padre |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pareja de mi padre (conviviente, compañera estable). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pareja de mi madre (conviviente, compañero estable). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Uno o más de mis hermanos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Uno o más de mis abuelos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Uno o más de mis tíos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro(s) |

14. ¿Cuántos hijos hay en tu familia, incluyéndote? (Cuenta los hermanos que tienen relación de sangre, de adopción o matrimonio).

- | | | | |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Soy hijo único(a) | <input type="checkbox"/> | Hay seis (6) hijos |
| <input type="checkbox"/> | Hay dos (2) hijos | <input type="checkbox"/> | Hay siete (7) hijos |
| <input type="checkbox"/> | Hay tres (3) hijos | <input type="checkbox"/> | Hay ocho (8) hijos |
| <input type="checkbox"/> | Hay cuatro (4) hijos | <input type="checkbox"/> | Hay nueve (9) hijos |
| <input type="checkbox"/> | Hay cinco (5) hijos | <input type="checkbox"/> | Hay más de nueve (9) hijos |

15. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos?

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Soy el único hijo en la familia (no tengo hermanos) | <input type="checkbox"/> | Soy el mayor de mis hermanos |
| <input type="checkbox"/> | Estoy entre el mayor y el menor | <input type="checkbox"/> | Soy el menor de mis hermanos |

ACTIVIDADES Y SENTIMIENTOS FAMILIARES

Estas Preguntas tratan de actividades y sentimientos familiares, los que varían en diferentes familias. Por favor, responde cómo es tu familia.

16. **¿Cómo es tu familia?** (*Piensa cómo es tu familia actualmente. Encierra con un círculo el número que corresponda a tu respuesta en cada caso*).

| | | Nunca | Muy rara vez | Algunas veces | Con frecuencia | Casi siempre |
|----|--|-------|--------------|---------------|----------------|--------------|
| A. | Nos gusta pasar juntos el tiempo libre | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B. | Cada uno de nosotros expresa fácilmente lo que desea | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| C. | Nos pedimos ayuda unos a otros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D. | Las ideas de los hijos son tenidas en cuenta en la solución de problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| E. | Cuando surgen problemas, nosotros nos unimos para afrontarlos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| F. | Nos turnamos las tareas y responsabilidades de la casa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

17. **¿Cómo afronta tu familia sus problemas o dificultades?**

| | | Nunca | Muy rara vez | Algunas veces | Con frecuencia | Casi siempre |
|----|--|-------|--------------|---------------|----------------|--------------|
| A. | Buscando consejos o ayuda con los amigos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B. | Buscando consejo o ayuda de personas que han tenido problemas parecidos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| C. | Buscando consejo o ayuda de profesionales (<i>psicólogos, médicos, terapeutas, etc.</i>) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D. | Buscando consejo o ayuda de sacerdotes, religiosos o un pastor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| E. | Buscando consejo o ayuda en los programas que existen en nuestra comunidad para atender a personas que tengan esas dificultades. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| F. | Confiando en que podemos manejar solos nuestros problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| G. | Definiendo los problemas en forma optimista, de modo que no nos sintamos demasiado desanimados. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| H. | Buscando nuevas formas de afrontar los problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

18. **¿Cuando estás en dificultades, a quiénes puedes acudir tú para encontrar apoyo?**

| | | Nunca | Muy rara vez | Algunas veces | Con frecuencia | Casi siempre |
|----|---|-------|--------------|---------------|----------------|--------------|
| A. | Cuando lo necesito cuento con el apoyo de mis padres | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B. | Cuando lo necesito cuento con el apoyo de alguno de mis hermanos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| C. | Cuando lo necesito cuento con el apoyo de alguno de mis parientes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D. | Cuando lo necesito cuento con el apoyo de alguno de mis amigos personales | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| E. | Cuando lo necesito cuento con el apoyo de algún otro adulto. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

RELACIONES CON TUS PADRES.

19. **¿Quién funciona como madre en tu familia ahora?**

- Mi madre (*biológica o adoptiva*) Pareja de mi padre (*conviviente, compañera estable*)
- Otra mujer en mi familia funciona como madre Nadie funciona como madre.

(Si nadie funciona como madre, pase a la pregunta 21)

20. ¿Cómo es tu relación con ella?

| | Nunca | Muy rara vez | Algunas veces | Con frecuencia | Casi siempre |
|---|-------|--------------|---------------|----------------|--------------|
| A. Estoy satisfecho con la forma como conversamos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B. Me es fácil expresarle todos mis sentimientos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| C. Ella puede saber cómo me estoy sintiendo aún sin preguntárselo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D. Si yo estuviera en dificultades, podría comentárselo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

21. ¿Quién funciona como padre en tu familia ahora?
- Mi padre (*biológico o adoptivo*) Pareja de mi madre (*conviviente, compañero estable*)
- Otro hombre en mi familia funciona como padre Nadie funciona como padre
- (Si nadie funciona como padre pase a la pregunta 23)

22. ¿Cómo es tu relación con él?

| | Nunca | Muy rara vez | Algunas veces | Con frecuencia | Casi siempre |
|---|-------|--------------|---------------|----------------|--------------|
| A. Estoy satisfecho con la forma como conversamos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B. Me es fácil expresarle todos mis sentimientos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| C. Él puede saber cómo me estoy sintiendo aún sin preguntárselo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D. Si yo estuviera en dificultades, podría comentárselo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ACTIVIDADES FAMILIARES

23. Lee las siguientes actividades e identifica si se realizan o no, en tu familia.

| | Nunca | Muy rara vez | Algunas veces | Con frecuencia | Casi siempre |
|---|-------|--------------|---------------|----------------|--------------|
| A. El padre dedica algún tiempo, cada día para hablar con los hijos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B. La madre dedica algún tiempo, cada día para hablar con los hijos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| C. La familia completa comparte alguna comida cada día | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D. Todos nosotros tomamos, cada noche un tiempo para conversar o compartir alguna actividad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| E. Hacemos algo como familia por lo menos una vez por semana | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

24. En mi familia sabemos muy bien quién manda. (Por favor coloca una X en el cuadro correspondiente)
- A. Totalmente falso B. Casi Falso. C. Ni falso ni cierto
- D. Casi cierto E. Totalmente cierto

25. ¿Quién manda en tu familia?
- A. Mi madre F. Otra persona (*ejemplo: abuelo, hermano mayor*)
- B. Mi padre G. Cambia (varía)
- C. Ambos H. Nadie
- D. Pareja de mi padre (*conviviente, compañera*) I. No sé

- E. Pareja de mi madre (conviviente, compañero) J Todos

SATISFACCIÓN CON ASPECTOS DE LA VIDA

26. ¿Estás satisfecho o no con los siguientes aspectos de tu vida?

| | | Nunca | Muy rara vez | Algunas veces | Con frecuencia | Casi siempre |
|----|--|-------|--------------|---------------|----------------|--------------|
| A. | Contigo mismo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B. | Tus amigos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| C. | La vida religiosa de tu familia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D. | Los servicios de salud de que dispone la familia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| E. | El barrio o comunidad donde vives | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| F. | La situación económica de tu familia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| G. | Tu rendimiento escolar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| H. | Tu trabajo o ocupación principal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| I. | Tu familia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

IMPORTANCIA DE ASPECTOS DE LA VIDA

27. Lee los siguientes aspectos de la vida y determina si cada uno tiene importancia para ti.

| | | Nada important | Más o menos | Muy important | Definitivo para vivir |
|----|---|----------------|-------------|---------------|-----------------------|
| A. | Alcanzar un alto nivel de estudios | 1 | 2 | 3 | 4 |
| B. | Realizarse en el trabajo u ocupación que uno escoja | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C. | Tener mucha influencia sobre los demás en el estudio, el trabajo o la comunidad | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D. | Tener mucho dinero | 1 | 2 | 3 | 4 |
| E. | Tener una vida sexual activa | 1 | 2 | 3 | 4 |
| F. | Tener una familia unida | 1 | 2 | 3 | 4 |
| G. | Ser respetado por los demás como persona independientemente del sexo, edad, o creencias | 1 | 2 | 3 | 4 |
| H. | Respetar a los demás como persona, independiente del sexo, edad o creencia | 1 | 2 | 3 | 4 |
| I. | Ser una persona honesta y recta | 1 | 2 | 3 | 4 |
| J. | Creer en Dios o en un ser superior | 1 | 2 | 3 | 4 |

2 Comparándote con tu grupo de compañeros o amigos, ¿cómo te consideras tú?

8.

- A. Uno de los menos felices D. Más feliz que la mayoría
 B. Menos feliz que la mayoría E. Uno de los más felices
 C. Tan feliz como la mayoría

2 Comparándote con tus compañeros, ¿cómo te va a ti en el estudio?

9.

- A. Mucho peor que a la mayoría D. Un poco mejor que a la mayoría
 B. Un poco peor que a la mayoría E. Mucho mejor que a la mayoría
 C. Igual que a la mayoría

SITUACIONES DIFÍCILES DE LA FAMILIA

30. Si en tu familia se presentaron las siguientes situaciones durante el ÚLTIMO AÑO, indica en qué medida los afectó.

| | | No ocurrió | Ocurrió pero no afectó a mi | Ocurrió y algo afectó a mi | Ocurrió y afectó mucho a mi |
|----|---|------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| A. | Uno de nosotros o un pariente cercano quedó físicamente incapacitado, adquirió una enfermedad o lo pusieron en un hogar o asilo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| B. | Uno de nosotros presentó problemas emocionales o psicológicos | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C. | Murió un miembro de la familia, un pariente o un amigo cercano | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D. | Uno de nosotros tuvo dificultades en la escuela, colegio o universidad | 1 | 2 | 3 | 4 |
| E. | Uno de nosotros tuvo cambios importantes en el trabajo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| F. | Hubo serios conflictos o problemas familiares | 1 | 2 | 3 | 4 |
| G. | Mis padres se separaron | 1 | 2 | 3 | 4 |
| H. | Hubo problemas de dinero en la casa | 1 | 2 | 3 | 4 |
| I. | Hubo violencia entre los miembros de la familia | 1 | 2 | 3 | 4 |
| J. | La familia se cambió de vivienda | 1 | 2 | 3 | 4 |
| K. | Uno o ambos padres se unió a una nueva pareja o se volvieron a casar | 1 | 2 | 3 | 4 |
| L. | La familia o uno de sus miembros tuvo o adoptó un hijo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| M. | La familia se alimentó mal por falta de dinero. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| N. | La familia se quedó sin vivienda | 1 | 2 | 3 | 4 |
| O. | Alguien de la familia no pudo ir al médico por falta de dinero | 1 | 2 | 3 | 4 |
| P. | Uno de los hijos se fugó de la casa. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Q. | Uno de los padres abandonó a la familia | 1 | 2 | 3 | 4 |

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

31. Las siguientes preguntas permiten conocer de manera general el funcionamiento de tu familia.
(Para cada pregunta marque solo una X).

FUNCIÓN

| | | Nunca | Casi nunca | Algunas veces | Casi siempre | Siempre |
|----|---|-------|------------|---------------|--------------|---------|
| A. | Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B. | Me satisface la participación que mi familia me brinda y permite | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| C. | Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D. | Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| E. | Me satisface como compartimos en mi familia: el tiempo para estudiar juntos, los espacios en la casa y el dinero. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

PATRÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

89. ¿Cuál de las siguientes sustancias fue la primera que consumió en su vida? (Marque con una X una sola respuesta)

- | | |
|---|---|
| A. <input type="checkbox"/> Cigarrillo | G. <input type="checkbox"/> Bazuco |
| B. <input type="checkbox"/> Bebidas alcohólicas (Ron, vino, cerveza etc.) | H. <input type="checkbox"/> Éxtasis |
| C. <input type="checkbox"/> Marihuana | I. <input type="checkbox"/> Heroína |
| D. <input type="checkbox"/> Tranquilizantes | J. <input type="checkbox"/> Otras: ¿Cuáles? _____ |
| E. <input type="checkbox"/> Inhalables (pegante, gasolina, etc.). | K. <input type="checkbox"/> Ninguna |
| F. <input type="checkbox"/> Cocaína | |

(Si no ha consumido ninguna sustancia pase a la pregunta 97)

90. Con respecto a las siguientes sustancias, cuáles de ellas usted consumió y como es su uso: (Marque con una X)

| Edad de inicio en el | SUSTANCIAS | | | | | | |
|----------------------|--|-----------------|------------------|---------------|---------------|---------------------------------|--------------------|
| | | El día anterior | La semana pasada | El último mes | El último año | Consumió pero hace un año o más | Nunca ha consumido |
| | Cigarrillo. | | | | | | |
| | Bebidas alcohólicas (Ron, vino, cerveza etc.). | | | | | | |
| | Marihuana | | | | | | |
| | Tranquilizantes | | | | | | |
| | Cocaína | | | | | | |
| | Bazuco | | | | | | |
| | Inhalables (pegante, gasolina, etc.). | | | | | | |
| | Éxtasis | | | | | | |
| | Heroína | | | | | | |
| | Otras: ¿Cuáles | | | | | | |

91. Con relación a las sustancias usted:

| SUSTANCIAS | Quisiera dejar de consumir | Ha tenido periodos en los que ha suspendido | Ha estado en tratamiento para tener que dejar de |
|--|----------------------------|---|--|
| | | | |
| Cigarrillo. | | | |
| Bebidas alcohólicas (Ron, vino, cerveza etc.). | | | |
| Marihuana | | | |
| Tranquilizantes | | | |
| Cocaína | | | |
| Bazuco | | | |
| Inhalables (pegante, gasolina, etc.). | | | |
| Éxtasis | | | |
| Heroína | | | |
| Otras: ¿Cuáles? | | | |

92. Razones por las cuales usted dejó de consumir alguna (s) sustancias:

| SUSTANCIAS | Sólo consumió para probar | Porque no le gusto | Por problemas de salud | Por temor | Por desaprobación social | Otra razón | Nunca ha dejado de |
|--|---------------------------|--------------------|------------------------|-----------|--------------------------|------------|--------------------|
| Cigarrillo. | | | | | | | |
| Bebidas alcohólicas (Ron, vino, cerveza etc.). | | | | | | | |
| Marihuana | | | | | | | |
| Tranquilizantes | | | | | | | |
| Cocaína | | | | | | | |
| Bazuco | | | | | | | |
| Inhalables (pegante, gasolina, etc.). | | | | | | | |
| Éxtasis | | | | | | | |
| Heroína | | | | | | | |
| Otras: ¿Cuáles? | | | | | | | |

93. El principal motivo que le llevó a consumir sustancias, fue: (marque solo una opción)

- A. Curiosidad
 B. Por imitar a otras personas
 C. Para disminuir preocupaciones
 D. Para superar la timidez
 E. Por diversión
 F. Por darle gusto a otros
 G. Otro. Cuál _____

94. La razón por la cual consume actualmente sustancias es:

- A. Para escapar de los problemas
 B. Porque creo que así hago mejor las cosas
 C. Para divertirme
 D. Para superar la timidez
 E. Para sentirme bien con mi gente
 F. Por otras razones.(especifique cuál) _____

95. Con respecto a la experiencia que usted ha tenido en el consumo de bebidas alcohólicas:

- A. ¿Puede parar fácilmente de beber después de uno o dos tragos? SÍ NO
 B. ¿Ha tenido accidentes de tránsito como peatón o conductor bajo los efectos de bebidas alcohólicas? SÍ NO
 C. ¿Ha tenido algún otro tipo de accidente bajo los efectos de bebidas alcohólicas (caídas, fracturas, quemaduras, etc.) SÍ NO
 D. ¿Bajo los efectos de bebidas alcohólicas usted ha sido herido o ha herido a otras personas? SÍ NO

96. Para usted obtener alguna de las sustancias es:

| | FACIL | DIFICIL |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Cigarrillo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bebidas alcohólicas (Ron, vino, cerveza etc.). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Marihuana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tranquilizantes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cocaína | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bazuco | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inhalables (pegante, gasolina, etc.). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Éxtasis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Heroína | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otras: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

97. Razones por las cuales usted **NO** ha consumido alguna (s) de estas sustancias:

| SUSTANCIAS | No ha sentido la necesidad | Por qué no le gusta | Por problemas de | Por temor | Por desaprobación social | Otra razón |
|--|----------------------------|---------------------|------------------|-----------|--------------------------|------------|
| Cigarrillo. | | | | | | |
| Bebidas alcohólicas (Ron, vino, cerveza etc.). | | | | | | |
| Marihuana | | | | | | |
| Tranquilizantes | | | | | | |
| Cocaína | | | | | | |
| Bazuco | | | | | | |
| Inhalables (pegante, gasolina, etc.). | | | | | | |
| Éxtasis | | | | | | |
| Heroína | | | | | | |
| Otras: | | | | | | |

98. ¿Algunos de sus amigos o amigas consume una o varias de las siguientes sustancias: SI NO
 ¿Cigarrillo, bebidas alcohólicas, Marihuana, tranquilizantes, cocaína, bazuco, inhalables, éxtasis y heroína?

99. En mi familia consumen alguna de las siguientes sustancias:

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Cigarrillo | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Bebidas alcohólicas (Ron, vino, cerveza etc.). | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Marihuana | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Tranquilizantes | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Cocaína | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Bazuco | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Inhalables (pegante, gasolina, etc.). | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Éxtasis | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Heroína | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Otras: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

| 100. | Indica si alguna vez has vivido alguna de estas situaciones. | SI | NO |
|------|--|--------------------------|--------------------------|
| A. | ¿Has tenido o tuviste relaciones sexuales alguna vez? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. | ¿Te has involucrado en peleas o riñas alguna vez? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. | ¿Has sufrido o sufriste abuso sexual? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. | ¿Has recibido o recibiste golpes o maltrato? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. | ¿Has tenido o tuviste un aborto (Si eres mujer o, si eres hombre; tu novia tuvo un aborto)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. | ¿Has consultado por problemas emocionales o psicológicos alguna vez? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G. | ¿A quién has consultado por los problemas emocionales o psicológicos? | | |
| | <input type="checkbox"/> Profesor <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Amigo (a) | | |
| | <input type="checkbox"/> Sacerdote <input type="checkbox"/> Un familiar <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Trabajador social | | |
| | <input type="checkbox"/> Psi orientador <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otros: ¿Cuál? _____ | | |
| H. | ¿Has consultado por problemas familiares alguna vez? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I. | ¿A quién has consultado por los problemas familiares? | | |

| | | | | | | |
|-----------|--|--------------------------------------|--|--|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> Profesor | <input type="checkbox"/> Psicólogo | <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Amigo (a) | | |
| | <input type="checkbox"/> Sacerdote | <input type="checkbox"/> Un familiar | <input type="checkbox"/> Psiquiatra | <input type="checkbox"/> Trabajador social | | |
| | <input type="checkbox"/> Psicoorientador | <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Otros: ¿cuál? _____ | | | |
| H. | ¿Has consultado por problemas de consumo de sustancias psicoactivas alguna vez? | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I. | ¿A quién has consultado por los problemas de consumo de sustancias psicoactivas? | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Profesor | <input type="checkbox"/> Psicólogo | <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Amigo (a) | | |
| | <input type="checkbox"/> Sacerdote | <input type="checkbox"/> Un familiar | <input type="checkbox"/> Psiquiatra | <input type="checkbox"/> Trabajador social | | |
| | <input type="checkbox"/> Psicoorientador | <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Otros: ¿cuál? _____ | | | |
| J. | ¿Has consultado alguna vez por un deseo repetido de morir? | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I. | ¿A quién has consultado? | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Profesor | <input type="checkbox"/> Psicólogo | <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Amigo (a) | | |
| | <input type="checkbox"/> Sacerdote | <input type="checkbox"/> Un familiar | <input type="checkbox"/> Psiquiatra | <input type="checkbox"/> Trabajador social | | |
| | <input type="checkbox"/> Psicoorientador | <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Otros: ¿cuál? _____ | | | |

Agradecemos de nuevo su colaboración.

Anexo 3. Formato de consentimiento informado para padres de familia o acudiente

Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados del municipio de Marinilla (Antioquia), 2016

Estimado padre-madre de familia:

La Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, adelanta un estudio sobre como es el consumo de sustancias psicoactivas y su relación con algunos indicadores en salud mental de los adolescentes escolarizados del municipio para el año en curso, ya que, como factor de interés, está relacionado con la necesidad de abordar la problemática desde un enfoque de salud pública, dado que compromete la salud y bienestar de grandes conglomerados humanos. Es desde aquí donde se debe estudiar el problema, caracterizarlo, develar su estructura interna, los aspectos que favorecen su aparición o latencia, sus puntos más visibles de intervención y plantear alternativas de intervención orientadas al control de los factores de riesgo de adolescentes como población más vulnerable.

El Propósito de estudio es que esta información es base para crear estrategias que permitan disminuir conductas de riesgo como el consumo de tabaco y alcohol, el fracaso escolar, entre otras, por ello les estamos invitando a participar por intermedio de su hijo (a) porque en la medida que se cuente con mayor información sobre salud mental para los grupos específicos de población, la secretaría de salud, de bienestar social y de educación de Marinilla, podrán diseñar mejores programas de atención individual y colectiva para nuestros adolescentes.

La participación se hace mediante convocatoria abierta donde su hijo(a) participará con otros compañeros de la institución, mediante la realización de unos grupos de observación o focales donde participaran de un encuentro tipo taller, con el fin de conocer la percepción que estos tienen en relación al consumo de sustancias psicoactivas y las rutas de atención dispuestas en el municipio para atender esta problemática, este encuentro durara aproximadamente entre 45 y 60 y se realizará

en jornada académica previamente con el permiso de la institución educativa y dentro de la misma. Deberá participar la misma persona que respondió la encuesta en la primera fase del estudio.

Con respecto al costo: Usted y su hijo(a) (persona a cargo) no debe pagar o asumir ningún costo participar en este estudio. Los beneficios: la participación en este estudio no tendrá beneficios directos para su hijo (a) o para usted, pero puede proveer beneficios para su comunidad y la institución educativa de su hijo(a).

Riesgos/Malestares: El riesgo de participación en este estudio es mínimo. Si su hijo(a) decide no continuar participando del proceso, esto no le generará consecuencias. El derecho es dado en que la participación es voluntaria con autorización de parte de usted, si usted decide que su hijo(a) no deba participar de este encuentro, esto no traerá consecuencias o represalias para usted, su hijo (persona a cargo) o su familia.

Confidencialidad y manejo de la información, seguridad de los datos: La Universidad de Antioquia garantiza que todo lo que diga se mantendrá en confidencialidad y sólo será usado para este estudio, y nunca usaremos su nombre cuando presentemos los resultados. La Universidad de Antioquia garantiza que la información que usted nos dé la vamos a guardar de forma segura y no será usada con propósitos diferentes a los que se requieren para el estudio.

La participación de su hijo (a) es anónima, no representa ningún riesgo para su salud física o mental, es confidencial, no recibirá ninguna compensación económica, pero contribuirá con su información para conocer mejor la situación de salud mental de los estudiantes del municipio de Marinilla.

Para cualquier información referente al estudio puede contactar a los siguientes profesores de la Universidad de Antioquia: **Ramón Eugenio Paniagua Suárez**, Tel: 2196827, Cel: 3122278165. E-mail: ramon.paniagua@udea.edu.co **Carlos Mauricio González Posada**, Tel: 2196827, Cel: 3122388879. E-mail: mauricio.gonzalez@udea.edu.co. **Margarita María Montoya Montoya** presidente del Comité de ética de la Facultad Nacional de Salud Pública. E-mail: eticasaludpublica@udea.edu.co. Tel: 2196830. Además de la investigadora principal: **Beatriz Elena Londoño**, tel 2196827 Cel 3017823114 Estudiante en formación MSP-34. E-mail Beatriz.bethy@gmail.com.

Si acepta, por favor llene la siguiente información en los espacios en blanco,

| Nombre del padre – madre | Fecha | Firma o huella digital |
|--------------------------|-------|------------------------|
| | | |

Muchas gracias de antemano.

MIL GRACIAS POR SU ATENCIÓN Y COLABORACIÓN
Favor devolver con su hijo (a) al director de grupo

Anexo 4. Formato de asentimiento informado para los estudiantes

Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados del municipio de Marinilla (Antioquia), 2016

ESTIMADO ESTUDIANTE:

La Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, ha tenido como una tarea esencial de la salud pública, el desarrollar procesos de investigación y asesoría en el acompañamiento de propuestas que pretendan mejorar la calidad y los estilos de vida saludables de los diferentes grupos poblacionales, en este caso, de los adolescentes escolarizados del municipio de Marinilla (Antioquia).

El estudio se trata sobre el consumo de sustancias en el contexto del municipio de Marinilla, y su relación con otros indicadores en salud mental. El Propósito es que la información que surja en este encuentro es para crear estrategias que permitan que conductas de riesgo como el consumo de tabaco y alcohol, el fracaso escolar, problemas familiares entre otras, sean abordadas.

En cuanto a la participación, el encuentro dura aproximadamente entre 45 a 60 minutos y realizaremos abordajes de algunos temas mediante tipo taller. Deberá ser encuestada la misma persona que respondió la encuesta en la primera fase del estudio. Tu familia o tú no debe pagar o asumir ningún costo por participar en este estudio. La participación en este estudio no te traerá beneficio a ti directamente, sino que ayudará a que tu colegio y profesores tengan más conocimientos para enseñarte. Los riesgos de participar en este estudio son mínimos. Cuando recuerdes situaciones que te hagan sentir triste, tienes derecho a parar o cuando quieras salir. Si tú decides, no continuar participando nadie se enojará contigo y no te pasará nada malo. La participación es voluntaria.

Confidencialidad: Seguridad de los datos: La Universidad de Antioquia garantiza que todo lo que digas se mantendrá en confidencialidad y sólo será usado para este estudio, y nunca usaremos su nombre cuando presentemos los resultados. La Universidad de Antioquia garantiza que la información que usted nos dé la vamos a guardar de forma segura y no será usada con propósitos diferentes a los que se requieren para el estudio. Si compartimos esta información con otros investigadores, no podrás ser identificado directamente como entrevistado. Además, No le contaremos a tus padres o a los profesores sobre tus respuestas.

Te agradecemos muy sinceramente tu disposición y colaboración.

Cordialmente, Beatriz Elena Londoño, tel 2196827 Cel 3017823114 Estudiante en formación MSP-34. E-mail beatriz.bethy@gmail.com.

INSTITUCIÓN EDUCATIVA. _____

| N° | Nombre del participante | Firma | Grado escolar |
|----|-------------------------|-------|---------------|
| 1 | | | |

Observé el proceso de asentimiento. Al potencial participante le ha sido leído este formato y tuvo la oportunidad de hacer preguntas, estuvo conforme con las respuestas y firmo para continuar en el estudio.

| | Nombre | Lugar y fecha | Firma |
|---------|--------|---------------|-------|
| Testigo | | | |

Anexo 5. Distribución de la vulnerabilidad familiar según el sexo y el grupo de edad del adolescente escolarizado de Marinilla. Antioquia, 2015-2016. Proporción por 100 (IC 95%)

| Categorías | Sexo | | | Valor p | Grupos de edad | | | Valor p | |
|----------------------------|-------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|--------|
| | Total | Hombre | Mujer | | Total | Entre 11 y 14 años | Entre 15 y 19 años | | |
| | % | % | % | | % | % | % | | |
| | IC 95% | IC 95% | IC 95% | | IC 95% | IC 95% | IC 95% | | |
| Relaciones | Jerarquía y límites | 89.7 (87,4-92,0) | 89.8 (86,5-93,1) | 89.5 (86,2-92,8) | 0.997 | 89.7 (87,4-92,0) | 89.1 (85,7-92,4) | 90.3 (87,0-93,6) | 0.695 |
| | Cohesión familiar | 7.3 (5,3-9,3) | 4.3 (2,0-6,6) | 10.1 (6,8-13,4) | 0,005* | 7.3 (5,3-9,3) | 5.2 (2,8-7,7) | 9.3 (6,1-12,6) | 0.052 |
| | Comunicación con la madre | 34.0 (30,4-37,5) | 30.1 (25,1-35,1) | 37.7 (32,5-42,9) | 0,041* | 34.0 (30,4-37,5) | 28.9 (24,1-33,8) | 39.2 (33,9-44,6) | 0,005* |
| | Comunicación con el padre | 59.7 (56,0-65,4) | 53.9 (48,5-59,3) | 65.3 (60,2-70,4) | 0,002* | 59.7 (56,0-65,4) | 54.8 (49,5-60,1) | 64.8 (59,6-70,0) | 0,009* |
| | Rutinas familiares | 76.6 (73,3-79,8) | 74.7 (70,0-79,5) | 78.3 (73,8-82,7) | 0.311 | 76.6 (73,3-79,8) | 73.2 (68,5-77,9) | 80.0 (75,6-84,9) | 0,042* |
| Afrontamiento de problemas | Búsqueda de apoyo social | 87.7 (85,2-90,2) | 86.1 (82,2-89,8) | 89.2 (85,9-92,6) | 0.238 | 87.7 (85,2-90,2) | 87.7 (84,2-91,3) | 87.6 (84,1-91,3) | 0.927 |
| | Búsqueda de apoyo religioso | 84.1 (81,3-86,9) | 83.4 (79,4-87,5) | 84.7 (80,9-88,6) | 0.710 | 84.1 (81,3-86,9) | 83.6 (79,6-87,5) | 84.7 (80,7-88,7) | 0.744 |
| | Búsqueda de apoyo profesional | 86.2 (83,6-88,9) | 85.2 (81,3-89,1) | 87.3 (83,7-90,9) | 0.483 | 86.2 (83,6-88,9) | 84.6 (80,8-88,5) | 87.9 (84,3-91,5) | 0.247 |
| | Redefinición de problemas | 60.0 (56,3-63,7) | 57.6 (52,3-63,0) | 62.2 (57,1-67,4) | 0.2471 | 60.0 (56,3-63,7) | 64.6 (59,5-69,7) | 55.1 (49,7-60,5) | 0,013* |
| Apoyo del adolescente | 68.1 (64,6-71,6) | 71.8 (66,9-76,7) | 64.5 (59,4-69,6) | 0,044* | 68.1 (64,6-71,6) | 69.1 (64,1-74,0) | 67.1 (62,0-72,1) | 0.641 7 | |
| Valores | Esfuerzo personal | 14.4 (11,7-17,1) | 17.1 (12,9-21,2) | 11.8 (8,3-15,3) | 0.060 | 14.4 (11,7-17,1) | 14.7 (10,9-18,6) | 14.1 (10,2-17,9) | 0.880 |
| | Poder, dinero, y sexo | 30.3 (26,8-33,7) | 39.4 (34,1-44,7) | 21.4 (17,0-25,8) | 0,000* | 30.3 (26,8-33,7) | 37.8 (32,7-43,0) | 22.3 (17,7-26,8) | 0,000* |
| | Valores morales | 10.0 (7,7-12,3) | 11.8 (8,3-15,4) | 8.2 (5,2-11,1) | 0.130 | 10.0 (7,7-12,3) | 12.2 (8,7-15,7) | 7.6 (4,6-10,6) | 0.055 |
| Satisfacción | Satisfacción con la vida | 1.7 (0,7-2,7) | 1.7 (0,2-3,2) | 1.9 (0,4-3,5) | 0.958 | 1.7 (0,7-2,7) | 1.6 (0,2-3,1) | 2.0 (0,4-3,7) | 0.925 |
| | Sentimiento de felicidad | 57.7 (53,9-61,4) | 56.2 (50,8-61,6) | 59.1 (53,9-64,4) | 0.480 | 57.7 (53,9-61,4) | 57.6 (52,4-62,9) | 56.8 (51,5-62,3) | 0.807 |

| Categorías | Sexo | | | Valor p | Grupos de edad | | | Valor p |
|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------|
| | Total | Hombre | Mujer | | Total | Entre 11 y 14 años | Entre 15 y 19 años | |
| | % | % | % | | % | % | % | |
| | IC 95% | IC 95% | IC 95% | | IC 95% | IC 95% | IC 95% | |
| Rendimiento académico/laboral | 42.7 (38,9-46,4) | 40.3 (34,9-45,6) | 45.1 (39,7-50,3) | 0.229 | 42.7 (38,9-46,4) | 47.6 (42,3-52,9) | 37.5 (32,2-42,8) | 0,008* |
| Acumulación de tensiones | 3.0 (1,6-4,3) | 3.5 (1,4-5,5) | 2.5 (0,7-4,3) | 0.610 | 3.0 (1,6-4,3) | 3.3 (1,3-5,3) | 2.6 (0,8-4,5) | 0.746 |
| n | 700 | 345 | 355 | | 700 | 359 | 341 | |

a: Prueba Z diferencia de proporciones
* Valor p <0,05