
ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS COMO INDICADOR DE DETERIORO DE LA SALUD MENTAL EN JÓVENES ESCOLARIZADOS*

PSYCHOACTIVE SUBSTANCE CONSUMPTION AS AN INDICATOR OF DETERIORATION OF THE MENTAL HEALTH OF THE YOUTH OF SCHOOL

FERNANDO ROBERT FERREL ORTEGA**, LUCÍA FERNANDA FERREL BALLESTAS,
ALANA MARÍA ALARCÓN BAQUERO, KAREN DAYANA DELGADO ARRIETA
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, SANTA MARTA - COLOMBIA

FECHA RECEPCIÓN: 8/10/2015 • FECHA ACEPTACIÓN: 28/3/2016

Para citar este artículo: Ferrel, F., Ferrel, L., Alarcón, A., & Delgado, K. (2016). El consumo de sustancias psicoactivas como indicador de deterioro de la salud mental en jóvenes escolarizados. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 10(2), 43-54.

Resumen

En la presente investigación se buscó establecer un diagnóstico del consumo de Sustancias Psicoactivas como indicador de salud mental, en jóvenes escolarizados. La investigación es de enfoque cuantitativo, paradigma empírico-analítico, de tipo descriptivo y diseño de corte transversal. La población estuvo constituida por 2104 estudiantes de secundaria de una I.E.D de la Comuna 5 del Distrito de Santa Marta, de la cual se tomó una muestra intencional no probabilística de 118 estudiantes de los Grados 9.º, 10.º y 11.º, de ambos sexos, con edades de 13 a 16 años. Se les aplicó la Prueba ASSIST v3.1, (OMS, 2011), de 8 ítems, que indican el riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido, en cuya validación obtuvo un $\alpha = 0,809$ para la escala total y $\alpha = 0,804$ basada en los elementos tipificados, lo que indicó una alta confiabilidad para este estudio. Los datos se procesaron mediante el software SPSS v18.0. El análisis estadístico incluyó un análisis univariado para establecer los riesgos de consumo de los participantes, y un análisis bivariado mediante la prueba chi cuadrado para establecer la relación del riesgo de consumo según las variables edad, género y grado escolar. Se encontró que los jóvenes participantes presentan un nivel de riesgo alto para el consumo de alcohol (43 %), cigarrillos (11 %) y cannabis (3.3 %), siendo menos del 1 % para otras sustancias. Se concluye que el riesgo de consumo de alcohol depende de la edad actual y el grado escolar, pero no del género; que el consumo de tabaco es independiente del género, edad y grado escolar; y, que el riesgo de consumo de cannabis es independiente del género y el grado escolar, pero no de la edad. Se recomienda intervenir desde el colegio mediante programas de prevención para estas sustancias, con apoyo familiar y de líderes comunitarios.

Palabras clave: Consumo de sustancias psicoactivas, abuso, factores de riesgo.

* Proyecto de Investigación financiado por CONADI-UCC-2013, modalidad Trabajo de Grado, derivado del Proyecto CONADI-2011: «Descripción de la estrategia de salud mental comunitaria basada en los procesos comunitarios de salud mental en APS (Atención Primaria en Salud), como referente para la implementación de un observatorio de salud mental y estilos de vida saludable en la ciudad de Santa Marta».

** Docente T.C., Facultad de Psicología UCC-Santa Marta. E-mail: roferrel@yahoo.com Dirección: Calle 29 n.º 19B-36 Santa Marta. Celular: 316 867 6625.

Abstract

In the present investigation sought to establish a diagnosis of psychoactive substance use as an indicator of mental health in young students. The research is quantitative approach, empirical paradigm - Analytical, descriptive and cross-sectional design. The population consisted of 2,104 high school students FDI of District 5 District of Santa Marta, which a non-probabilistic intentional sample of 118 students in grades 9 was taken, 10 ° and 11 °, both sexes, aged 13-16 years. Test was applied ASSIST v3.1 (WHO, 2011) of 8 items, which indicate the risk for each substance reported having consumed the user, whose validation obtained an $\alpha = 0.809$ for the total scale and $\alpha = 0.804$ based on the established elements, indicating high reliability for this study. The data were processed by SPSS software v18.0. Statistical analysis included univariate analysis to determine the risks of consumption of the participants, and bivariate analysis using the chi-square test to establish the relationship risk variables consumption according to age, gender and grade. It was found that the young participants present a high risk level for alcohol consumption (43%), cigarettes (11%) and cannabis (3.3%), and less than 1% for other substances. It is concluded that the risk of alcohol consumption depends on the current age and grade, but not gender; snuff consumption is independent of gender, age and grade level; and that the risk of cannabis is independent of gender and grade, but not age. It is recommended to intervene from the College through prevention programs for these substances, family support and community leaders.

Keywords: Psychoactive Substance, Abuse, Risk Factors.

Introducción

Los trastornos por uso de sustancias psicoactivas constituyen un serio problema de salud pública a nivel mundial y local, los cuales se traducen en diversos problemas médicos, psicológicos, psicosociales e interpersonales, afectando principalmente a la juventud.

Este fenómeno constituye un hecho complejo que abarca aspectos tan diversos y variados como los personales, familiares y sociales, con gran incidencia en la salud, la educación y la seguridad pública, el cual se ha extendido a gran parte de la población de los países latinoamericanos, afectando especialmente a los adolescentes, mostrando índices crecientes en los niveles de consumo de esta población (García, Tobón, Ramírez, & Duarte, 2011).

La adolescencia es considerada como el período en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita desde los patrones psicológicos de la niñez a los de la vida adulta y consolida su independencia económica. Este período transcurre entre los 10 y 19 años, que comprende dos etapas: la adolescencia inicial o preadolescencia, entre los 10 y 14 años; y, la adolescencia final o adolescentes jóvenes, entre los 15 y 19 años (OMS-OPS, 2001).

El Informe Mundial sobre las Drogas del año 2012 (OMS, UNODC, 2012), estima que en 2010 entre 153 y 300 millones de personas de 15 a 64 años (entre el 3,4 % y el 6,6 % de la población mundial de ese grupo de edad) consumieron una sustancia ilícita por lo menos una vez en el último año; lo cual reporta que el alcance

del consumo de drogas ilícitas se ha mantenido estable, pero los consumidores problemáticos de drogas, que suman aproximadamente entre 15,5 y 38,6 millones (casi el 12 % de los consumidores de drogas ilícitas), incluidos los drogodependientes y de otros trastornos resultantes del uso de drogas, siguen siendo motivo de especial preocupación. Como impacto nefasto de esta situación se calcula que en el año 2010, entre 99.000 y 253.000 personas fallecieron a consecuencia del consumo de drogas ilícitas a nivel mundial y que esas muertes representaron entre el 0,5 % y el 1,3 % de la mortalidad general en el grupo de 15 a 64 años de edad.

El consumo de SPA en adolescentes también puede estar condicionado por múltiples factores, es así como el consumo de alcohol, por ejemplo, se encuentra más a menudo en adolescentes, debido a la aceptación social de su consumo y su facilidad de acceso, al ser una sustancia legal en muchos países (Rodríguez, Dallos, & González, 2005).

Respecto al tabaquismo, presente también en la población joven, es responsable de cerca de 5 millones de muertes por año, es decir, unas 13 500 muertes diarias y está previsto que esta cifra se duplique para el año 2020 de no mediar acciones enérgicas que contrarresten esta tendencia; y, considera en octavo lugar el uso nocivo del alcohol entre los principales factores de riesgo de muerte a nivel mundial (OMS, 2011).

Los adolescentes que fuman tienen tres veces más probabilidades de consumir alcohol regularmente y ocho veces más probabilidades de usar cannabis, además tienen un riesgo mayor de ingresar a la actividad delictiva,

por lo que se estima de manera alarmante que la mitad de los 150 millones de adolescentes en el mundo que siguen fumando, morirán por motivos relacionados con el consumo de tabaco (Unicef, 2010; 2011).

En el caso del cigarrillo, la nicotina es responsable de los efectos adictivos que determinan la condición de «enfermedad crónica», y genera una tolerancia a estos efectos debido al aumento en los niveles de receptores nicotínicos en el cerebro, por lo que el consumo se eleva para evitar los síntomas de abstinencia: ira e irritabilidad, ansiedad, urgencia, falta de concentración, aumento de apetito y de peso, nerviosismo, somnolencia, fatiga, reducción del desempeño de tareas y trastornos del sueño (Penton & Lester, 2009).

Esta dramática situación de salud de la población especialmente joven como consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas ha sido preocupación también de los países latinoamericanos, entre ellos Colombia, reportados en diversos estudios, algunos de los cuales mencionamos a continuación.

En Argentina, Grigoravicius y Ducos (2009), realizaron un estudio con 162 niños entre 10 y 12 años provenientes de familias con escasos recursos económicos y que concurrían a una escuela pública del sur del cono urbano bonaerense, 61 mujeres y 101 varones. Indagaron sus actitudes, valores y creencias hacia dichas sustancias mediante el Instrumento Corin (Conducta de Riesgo en Niños), y un protocolo de datos sociodemográficos. Encontraron que el 46,3 % de los niños manifestaron haber consumido alcohol y el 7,4 % tabaco. Concluyeron que las sustancias legales, principalmente el alcohol, se consumen y toleran en mayor proporción que las ilegales. Asimismo, observaron una discordancia entre las creencias y valores de los niños respecto del alcohol y sus conductas hacia esta sustancia.

Por su parte, Canales, Díaz, Guidorizzi y Arena (2012), realizaron una investigación que tuvo como objetivo describir el consumo de drogas y los factores de riesgo familiar en los adolescentes del Reparto Primero de Mayo de la ciudad de León, Nicaragua. Fue un estudio descriptivo y transversal, con una muestra de 76 adolescentes, elegidos a través del muestreo probabilístico aleatorio simple. Para la obtención de los datos aplicó un instrumento estructurado con preguntas cerradas. Los resultados arrojaron que los factores de riesgo

familiares presentes en la mayoría de los adolescentes fueron: ausencia de los padres 65 %, caracterizada por la disfunción familiar, presencia de problemas en el manejo de la familia y relaciones conflictivas. De los 76 adolescentes, 53 % consumen alcohol y tabaco y el 47 % consumen algún tipo de droga. Concluyeron la necesidad de hacer nuevos estudios en esta temática con mayor análisis que permitan continuar profundizando sobre el fenómeno de las drogas en este grupo vulnerable y el desarrollo de estrategias que contribuyan a la efectiva inserción social de los adolescentes y sus familiares.

En el mismo sentido, la Cuarta Encuesta Nacional de Drogas del Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas - Consep, del Ecuador, que entrevistó a 30 000 estudiantes entre 12 y 17 años en 2012, encontró que los jóvenes empiezan a consumir drogas a los 14 años de edad, siendo la marihuana la sustancia más usada entre los jóvenes. El 15 % dijo que es fácil conseguir esa droga y el 7 % que recibió oferta para comprar o probar la sustancia en los 30 días anteriores a la encuesta. Al responder sobre cocaína, los porcentajes fueron de un 7 % y 2 %, respectivamente. El 18,3 % de los estudiantes que declaró haber usado drogas en el último año dijo haberlas conseguido a través de amigos. El 18 % compra la droga de un traficante que conoce. Según la encuesta, los jóvenes reciben informaciones sobre la prevención del uso de drogas de diversas fuentes y las cifras divulgadas en 2013 parecen evidenciar que la edad para el primer consumo ha subido de 12 años en 2008 a los 14 en 2012. El 45 % de los entrevistados obtuvo información por medio de la televisión y el 43,5 %, a través de amigos. La Internet influyó al 42,5 % de los jóvenes y al 41,5 % la familia (Vélez, 2013).

En Colombia, la prevalencia de abuso de SPA se presenta con mayor frecuencia en la población entre 18 y 29 años, y el alcohol es la sustancia psicoactiva de mayor uso en todas las edades y zonas geográficas (Gantiva, Bello, Vanegas, & Sastoque, 2010).

En el último, Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar, desarrollado por el Observatorio de Drogas de Colombia (Ministerio de Justicia, 2011), se hallaron resultados preocupantes en la población escolar. El estudio se realizó en una muestra aleatoria de 92 929 estudiantes del Grado 6.º al 11.º, con edades de entre 11 y 18 años, 48 % hombres

y 52 % mujeres, pertenecientes a 1134 establecimientos educativos de 161 municipios, que representaron a una población de 3,5 millones de personas del sistema escolar tanto público como privado, en 27 dominios geográficos de Colombia. Se encontró que el consumo actual de cigarrillo (prevalencia de uso del último mes) fue declarado por casi un 10 % de los escolares, siendo el consumo entre los hombres significativamente superior al de las mujeres, 11,9 % versus 7,9 %; a su vez, el 40 % de los estudiantes, de 11 a 18 años, declararon haber consumido algún tipo de bebida alcohólica durante el último mes, con cifras muy similares por sexo, hombres (40,1 %) y mujeres (39,5 %).

Por otro lado, en el Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia (Ministerio de Protección Social-Universidad CES-UNODC, 2010), la prevalencia encontrada durante los últimos 30 días para el trastorno por abuso de alcohol fue del 1,1 %, y del 4,8 %, para la prevalencia de vida. Respecto al consumo de tabaco, se encontró una prevalencia de vida del 0,4 %, y para la dependencia de drogas, del 0,2 %. En general, se identificó una prevalencia de vida para cualquier trastorno por uso de sustancias del 5,8 %.

Todo lo anterior, indica que el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), es uno de los graves problemas que envuelve a la comunidad, en especial a los jóvenes y que requiere diversas soluciones, pues se trata de uno de los principales indicadores de la salud mental de la población, ya que las secuelas del uso y abuso del consumo deterioran no solo la propia personalidad y estilos de vida del consumidor sino también la de su familia, de sus compañeros de estudios y de la propia comunidad en que vive.

Es así que desde el año 2005, el Ministerio de la Protección Social en Colombia, formuló unos lineamientos para la construcción de una política nacional en salud mental, basados en el Estudio Nacional de Salud Mental del año 2003. Igualmente, realizó otra reforma en salud mediante la Ley 1122 de 2007, en la que se propuso avances en este aspecto y en el artículo 33 mencionaba que el Plan Nacional de Salud Pública debe incluir acciones orientadas a la promoción de la salud mental, la prevención de la violencia, del maltrato, de la drogadicción y el suicidio, y el tratamiento de los trastornos mentales de mayor prevalencia. De acuerdo a esta Ley, se trabajaron

aspectos de prevención a través del Programa de Atención Primaria en Salud y se continuaron atendiendo los trastornos mentales crónicos. Y, la última reforma en salud que está en reglamentación es la Ley 1438 (Congreso de Colombia, 2011), que tuvo como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), a través de un modelo de prestación del servicio público en salud enfocado a la Atención Primaria en Salud, en la cual se dispone, en el artículo 65, la inclusión de la Salud Mental en el Plan Decenal para la Salud Pública y la Atención Integral en Salud Mental.

Como consecuencia, se promulgó la Ley 1616 (Congreso de Colombia, 2013), también denominada Ley de Salud Mental, vigente en Colombia, la cual destaca la necesidad de preservar la salud mental considerándola un derecho fundamental de los ciudadanos que debe ser garantizado por el Estado.

Por otra parte, no se hallaron estudios sobre consumo de SPA en la ciudad de Santa Marta, solo algunos estudios exploratorios sobre consumo de cigarrillos en estudiantes universitarios (Ceballos, Del Gordo, & Campo, 2006) y en adolescentes escolares (Ferrel, Rincón, & Ferrel, 2014).

De acuerdo con los estudios anteriormente citados, se observa que el consumo de SPA en la población escolar y la población en general, maneja niveles ascendentes, por lo que se requiere seguir investigando a fin de detectar factores predisponentes y estrategias de prevención tendientes a disminuir el consumo desde temprana edad y promover estilos y hábitos de vida saludable en esta población.

Desde el punto de vista conductual, el uso de SPA se puede explicar porque las contingencias de su consumo no están solamente relacionadas con las que se derivan directamente del consumo de la sustancia, tales como los efectos reforzantes (positivo o negativo) de su acción fisiológica, sino también por las ganancias y pérdidas de reforzadores en otros múltiples dominios, tales como el reconocimiento social, los recursos económicos, la salud, las relaciones afectivas, etc. En realidad, el efecto reforzante del consumo de una sustancia puede definirse como una función que resulta de la interacción de una persona multidimensional con el uso de la sustancia y el complejo contexto ambiental asociado (Gifford & Humphreys, 2007).

El consumo de sustancias psicoactivas afecta la salud y el estilo de vida de las personas que lo utilizan, por lo que el Estado Colombiano ha determinado algunas leyes para garantizar el derecho a la salud mental de la población y una sana convivencia para el normal desarrollo de las personas, tales como la Ley 1098 o el Código de la Infancia y la Adolescencia (Congreso de Colombia, 2006), en el marco de la Constitución Política de Colombia (Congreso de Colombia, 1991).

En este contexto, al carecer de estudios recientes al respecto, la presente investigación tuvo como finalidad establecer un diagnóstico del consumo de S.P.A., según el grado escolar, edad y sexo, en jóvenes escolarizados de la Comuna 5 del Distrito de Santa Marta, uno de los sectores populares deprimidos del Distrito, como un indicador importante para conocer el estado de la salud mental de esta población.

Método

Tipo y diseño de investigación

Se trata de una investigación de paradigma empírico-analítico, enfoque cuantitativo, de tipo no experimental descriptivo, recomendada para estudios de tipo diagnóstico como el presente (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Se utilizó un diseño de corte transversal, mediante el cual se recogieron los datos en un momento único del tiempo, con el propósito describir la variable de estudio y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández et al., 2010).

Participantes

La población estuvo constituida por 2,104 estudiantes de secundaria de la «I.E.D. Nicolás Buenaventura» de la Comuna 5 del Distrito de Santa Marta, de la cual se tomó una muestra no probabilística intencional de 118 estudiantes de los Grados 9.º, 10.º y 11.º, quienes cumplieron los criterios de inclusión: estar matriculados, residir en la Comuna y asistir regularmente en los grados respectivos. Esta comuna se escogió de manera intencional por tratarse de una población vulnerable asentada como consecuencia de desplazamiento forzado, de bajos recursos económicos, de estratos 1 y 2, y por facilidad de acceso a la población, ya que las autoridades educativas aprobaron su participación

para esta investigación; y, porque la institución cuenta con educación secundaria completa.

Instrumentos

A los participantes se les aplicó la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST V3.1) (OMS, 2011); desarrollada por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud. El cuestionario consta de 8 preguntas y llenarlo toma entre 5 y 10 minutos, siendo su diseño culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas para detectar el consumo de: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir (benzodiazepinas), alucinógenos, opiáceos, otras drogas. El ASSIST indica el riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido; y, su interpretación se obtiene a través de clasificar los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia: **Riesgo bajo**. Cuando los estudiantes puntúan ‘3 o menos’ (‘10 o menos’ para alcohol), indica que, aunque pueden consumir sustancias de vez en cuando, actualmente no se enfrentan con esos problemas y dado sus hábitos actuales de consumo tienen un riesgo bajo de desarrollar futuros problemas. **Riesgo moderado**. Cuando los estudiantes puntúan ‘entre 4 y 26’ (‘11 y 26’ para alcohol), lo cual indica que aunque quizás presenten algunos problemas, tienen un riesgo moderado de presentar problemas de salud y de otro tipo; continuar el consumo a este ritmo indica una probabilidad de futuros problemas de salud y de otro tipo, entre ellos la probabilidad de dependencia; el riesgo aumenta en los estudiantes que tienen un historial de problemas por el uso de sustancias y dependencia. **Riesgo alto**. Cuando los estudiantes tienen una puntuación de ‘27 o más’ en cualquier sustancia, sugiere que tiene un alto riesgo de dependencia de esa sustancia y probablemente esté teniendo problemas de salud, sociales, económicos, legales y en las relaciones personales, como resultado del consumo de sustancias. Además, los estudiantes que en promedio se han inyectado drogas en los últimos tres meses más de cuatro veces al mes, también tienen probabilidad de estar en alto riesgo. Según los resultados, se propuso la intervención más adecuada de acuerdo al Manual del instrumento ASSIST: felicitarlos (riesgo bajo),

breve intervención (riesgo moderado), y evaluación clínica e intervención individual dentro de la intervención primaria en salud (riesgo alto).

La puntuación final se obtuvo por medio de la suma de las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. Los resultados de la pregunta 8 no cuentan para la puntuación general, pero el consumo de vía inyectada (p8) es un indicador de alto riesgo. los niveles de riesgo de la pruebas son: riesgo bajo 0 - 10 (alcohol); 0 - 3 (demás sustancias). Riesgo moderado 11 - 26 (alcohol); 4 - 26 (demás sustancias). Riesgo alto 27 + (alcohol); 27 + (demás sustancias).

Procedimiento

Para este estudio, se hizo el respectivo análisis de fiabilidad de la Prueba y se halló el coeficiente de correlación intraclase bajo el modelo de dos factores, con efectos mixtos de tipo consistencia, con un intervalo de confianza del 95 % y valor de prueba 0; obteniéndose un $\alpha = 0,809$ para la escala total y un $\alpha = 0,804$ basada en los elementos tipificados, lo que indica una alta confiabilidad para la investigación realizada. Los datos fueron procesados mediante el software SPSS 18.0v, a partir del cual se presentaron los resultados cuantitativos, mediante tablas y graficas con sus respectivas interpretaciones.

Análisis de datos

El análisis estadístico incluyó un análisis univariado para establecer los riesgos de consumo de los participantes; y, un análisis bivariado mediante la prueba chi cuadrado para establecer la relación del riesgo de consumo con las variables edad, género y grado escolar.

Consideraciones éticas

A pesar de que la presente investigación no presentó riesgo para la salud de los participantes, se tuvo en cuenta lo estipulado en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud mental; e igualmente se sujetó a lo dictaminado en la Ley 1090 (Congreso de Colombia, 2006), mediante la cual se reglamenta el Código Deontológico y Ético del Psicólogo, particularmente en lo relativo a los principios éticos a tener en cuenta cuando se trabaja con menores

de edad, entre ellas la confidencialidad, la información a los sujetos comprometidos en la investigación, el bienestar de los participantes y el oportuno uso de los datos obtenidos, por lo que la institución y los padres de familia firmaron el consentimiento informado y autorizaron su participación.

Resultados

Para la presentación de los resultados, se muestra en primer lugar el análisis univariado para establecer las características y los niveles de riesgo de consumo de los participantes; y, luego un análisis bivariado mediante la prueba chi cuadrado para establecer la relación del riesgo de consumo según las variables edad, género y grado escolar.

Tabla 1. Género, Grado Escolar y Edad de los participantes.

Género	Frecuencia	Porcentaje
Varón	61	51,69
Mujer	57	48,31
Total	118	100
Grado	Frecuencia	Porcentaje
9.º	37	31,36
10.º	37	31,36
11.º	44	37,28
Total	118	100
Edad actual	Frecuencia	Porcentaje
De 13 a 15 años	72	61,02
De 16 años o mayor	46	38,98
Total	118	100

Sobre los participantes, tenemos que de los 118 estudiantes, el 51,69 % eran varones y el 48 % mujeres; 31,36 % de los estudiantes se encontraban matriculados en 9.º grado, un valor igual en 10.º, y el 37.28 % en 11.º. De otra parte, el 61,02 % tenían entre 13 a 15 años de edad y el 38,98 % eran mayores de 16 años (tabla 1).

Respecto a los resultados de la prueba aplicada, de la lista de 10 tipos de sustancias psicoactivas que evalúa la prueba, se hallaron niveles de riesgo de

consumo importantes solo en tres sustancias: tabaco, alcohol y cannabis. Las otras sustancias evaluadas no se tomaron en cuenta en este análisis debido a su escasa presencia entre los estudiantes participantes (1 % o menos).

Tabla 2. Niveles de riesgo para consumo de tabaco, alcohol y cannabis.

Tabaco	Frecuencia	Porcentaje
Riesgo bajo	96	81,35
Riesgo Moderado	9	7,62
Riesgo alto	13	11,02
Total	118	100
Alcohol	Frecuencia	Porcentaje
Riesgo bajo	55	46,62
Riesgo Moderado	12	10,16
Riesgo alto	51	43,22
Total	118	100
Cannabis	Frecuencia	Porcentaje
Riesgo bajo	114	96,62
Riesgo Moderado	1	0,84
Riesgo alto	3	2,54
Total	118	100

De acuerdo con la tabla 2, se encontró que presentan *riesgo bajo* para consumir tabaco el 81,35 %, para consumir alcohol el 46,62 % y para consumir cannabis el 96,62 %. Así mismo, presentan *riesgo moderado* para consumir tabaco el 7,62 %, para consumir alcohol el 10,16 % y para consumir cannabis el 2,54 %. Sin embargo, presentaron *riesgo alto* para consumir tabaco el 11,02 %, para consumir alcohol el 43,22 % y para consumir cannabis el 0,84 %, de los estudiantes participantes. Estos datos, destacan el riesgo alto para consumir alcohol y tabaco de los jóvenes escolares participantes, dos sustancias que suelen consumirse juntas, pero que a su vez se constituyen en dos sustancias legales que son la puerta de entrada a otras sustancias que generan mayor dependencia y daño en la salud física y psicológica.

A partir de los datos anteriores, se presenta a continuación el análisis bivariado mediante la prueba chi

cuadrado, para establecer la relación del riesgo de consumo de las tres sustancias (alcohol, tabaco y cannabis), según las variables edad, género y grado escolar.

Tabla 3. Chi Cuadrado para riesgo de consumo de tabaco, según género, grado escolar y edad.

Tabaco					
Género	Riesgo bajo	Riesgo moderado/ alto	Total	Chi-cuadrado	2,944
Varón	46	15	61	p_valor	0,086
Mujer	50	7	57	Valor crítico	3,841
Total	96	22	118	α	0,05
Grado	Riesgo bajo	Riesgo moderado/ alto	Total	Chi-cuadrado	0,771
9.º	31	6	37	p_valor	0,680
10.º	31	6	37	Valor crítico	5,991
11.º	34	10	44	α	0,05
Total	96	22	118		
Edad actual	Riesgo bajo	Riesgo moderado/ alto	Total	Chi-cuadrado	1,380
De 13 a 15 años	61	11	72	p_valor	0,240
De 16 años o mayor	35	11	46	Valor crítico	3,841
Total	96	22	118	α	0,05

De acuerdo con la tabla 3, los varones más que las mujeres, los del Grado 11.º, de cualquier edad, tienen mayor riesgo para consumir tabaco.

Sin embargo, con el análisis bivariado realizado, la Prueba de independencia de χ^2 contrasta la hipótesis H_0 : las variables son independientes, H_1 : las variables se distribuyen de modo diferente para diversos niveles de la otra variable. Así, en relación al riesgo de consumo de tabaco y las variables género, edad actual y grado escolar, se encontró que se debe aceptar la hipótesis H_0 , las variables son independientes.

Esto indica que el riesgo de consumo de tabaco es independiente del género, la edad actual y el grado escolar; es decir, que el riesgo de consumo no depende de

estas variables, sino probablemente de otras diferentes, tales como la presión del grupo, el estado emocional o el convivir con amigos o familiares fumadores, entre otros.

Tabla 4. Chi Cuadrado para consumo de alcohol, según género, grado escolar y edad.

Alcohol					
Género	Riesgo bajo	Riesgo moderado/ alto	Total	Chi-cuadrado	0,280
Varón	27	34	61	p_valor	0,597
Mujer	28	29	57	Valor crítico	3,841
Total	55	63	118	α	0,05
Grado	Riesgo bajo	Riesgo alto	Total	Chi-cuadrado	8,210
9°	21	16	37	p_valor	0,016
10°	21	16	37	Valor crítico	5,991
11°	13	31	44	α	0,05
	55	63	118		
Edad actual	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo bajo	Chi-cuadrado	5,939
De 13 a 15 años	40	32	72	p_valor	0,015
De 16 años o mayor	15	31	46	Valor crítico	3,841
Total	55	63	118	α	0,05

De acuerdo con la tabla 4, el mayor riesgo de consumo de alcohol se da en ambos géneros, en los dos rangos de edad y en los tres cursos, de manera similar.

Esto fue corroborado en el análisis chi cuadrado en relación al riesgo de consumo de alcohol y la variable género, se encontró según la tabla 4, que se debe aceptar la Hipótesis H_0 , las variables son independientes. Es decir, el riesgo de consumo de alcohol es independiente del género. Asimismo, en cuanto al riesgo de consumo de alcohol y las variables edad y grado escolar, se encontró que se debe rechazar la hipótesis H_0 , las variables son dependientes. Es decir, que el riesgo de consumo de alcohol depende de la edad actual y el grado escolar. Todo lo anterior, indica que tanto varones como mujeres tienen riesgo de consumir alcohol, dependiendo de la edad que tengan y del grado escolar que cursen; por lo que, diversos estudios han reportado edades tempranas en el consumo de alcohol entre los escolares.

Como se señaló en el párrafo anterior, el consumo de alcohol es alto en la población adolescente escolar debido a su fácil acceso, a la amplia aceptación social de sus pares, a que se trata de un producto de distribución legal, y a la curiosidad por sus efectos no conocidos, entre otros (Rodríguez et al., 2005).

Tabla 5. Chi Cuadrado para consumo de cannabis, según género, grado escolar y edad.

Cannabis					
Genero	Riesgo bajo	Riesgo moderado/ alto	Total	Chi-cuadrado	0,901
Varón	58	3	61	p_valor	0,343
Mujer	56	1	57	Valor crítico	3,841
Total	114	4	118	α	0,05

Grado	Riesgo bajo	Riesgo alto	Total	Chi-cuadrado	2,931
9.º	36	1	37	p_valor	0,231
10.º	37	0	37	Valor crítico	5,991
11.º	41	3	44	α	0,05
	114	4	118		

Edad Actual	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo bajo	Chi-cuadrado	6,481
De 13 a 15 años	72	0	72	p_valor	0,011
De 16 años o mayor	42	4	46	Valor crítico	3,841
Total	114	4	118	α	0,05

De acuerdo con la tabla 5, los varones, de grado 11.º, mayores de 16 años, tienen mayor riesgo de consumo de cannabis. Sin embargo, en el análisis chi cuadrado con relación al riesgo de consumo de Cannabis y las variables género y grado escolar, se encontró que se debe aceptar la hipótesis H_0 , las variables son independientes. Es decir, que el riesgo de consumo de cannabis es independiente del género y el grado escolar.

Asimismo, respecto al riesgo de consumo de cannabis y la variable edad actual se encontró que se debe rechazar la hipótesis H_0 , las variables son dependientes. Es decir, que el riesgo de consumo de cannabis depende de la edad actual de los participantes, lo cual es importante a tenerlo en cuenta para las actividades de prevención.

Discusión

De acuerdo con los resultados encontrados, se obtuvo una caracterización del tipo de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas que presentan los estudiantes de 9.º, 10.º y 11.º grados de una IED, de la Comuna 5 del Distrito de Santa Marta, el cual se constituye en un indicador de riesgo de la salud mental en esta población.

Los resultados obtenidos permitieron el logro de los objetivos propuestos, hallándose datos preocupantes, especialmente para el riesgo de consumo de alcohol y cigarrillo entre la población escolar participante, lo cual revela que existe una probabilidad media de presentar

problemas de salud y de otros tipos, entre ellas la probabilidad de dependencia a estas sustancias, cuyo riesgo aumenta en los estudiantes que tienen historial de uso de ellas.

Estos resultados son más altos que los reportados en el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar, desarrollado por el Observatorio de Drogas de Colombia (Ministerio de Justicia, 2011), con estudiantes de secundaria de entre 11 y 18 años de edad, quienes hallaron un consumo de cigarrillo en casi el 10 % de los escolares, siendo el consumo entre los hombres significativamente superior al de las mujeres (11,9 % versus 7,9 %); y, un consumo de alcohol en el 40 % de los estudiantes, con cifras muy similares por sexo, hombres (40,1 %) y mujeres (39,5 %). De acuerdo con ello, se observa que muy a pesar de las acciones desarrolladas por el Ministerio de Salud y las diferentes entidades estatales y privadas, al parecer el consumo de alcohol y tabaco sigue en aumento y su inicio se presenta en edades cada vez más tempranas.

Así, por ejemplo, en este estudio, se sigue evidenciando una alta frecuencia de consumo de alcohol (43 %) y tabaco (11 %) en la población escolar participante, lo cual cuestiona la efectividad de los programas gubernamentales de prevención para el consumo de estas sustancias en esta población, quienes se encuentran expuestos a sufrir un rápido deterioro de la salud física y mental en la adultez, además de los problemas psicológicos y sociales que pueden derivar en sus relaciones interpersonales, de pareja y/o de familia. Sin embargo, cabe destacar que más de la mitad de los escolares no presentan riesgo de consumo de alcohol y casi el 90 % no tienen riesgo de consumo de tabaco ni de cannabis, disminución que puede deberse a las acciones educativas y preventivas que implementa la institución educativa para afrontar el inicio temprano de consumo de estas sustancias; pero, al parecer estas acciones no son consistentes ni eficaces, pues al grado escolar siguiente vuelve a incrementarse drásticamente su consumo.

De acuerdo con lo anterior, los estudiantes tienen posibilidades de presentar problemas de salud como: dificultad cardiaca, dificultad respiratoria, problemas a nivel cerebral, entre otras, que pueden presentarse en cualquier etapa del ciclo vital del individuo; de la misma forma, pueden optar por delinquir para obtener recursos

económicos para la satisfacción de sus necesidades, conllevándolos a tener conflictos y graves consecuencias en el plano legal. Al respecto, la OMS (2005), destacó el impacto negativo en la salud que ocasiona el consumo de estas sustancias, asegurando que el consumo de alcohol como fenómeno psicosocial contribuye a la presencia de más de 60 enfermedades, trastornos y lesiones (cáncer de esófago, cirrosis, crisis epilépticas, homicidios, accidentes de tránsito, entre otros). Igualmente, señala que el tabaco es consumido por aproximadamente 650 millones de personas en el mundo, donde uno de cada diez adultos muere por su causa, produciendo cinco millones de muertes al año.

Es posible que estos resultados se deban a una serie de factores psicosociales que determinan el inicio de consumo de estas sustancias en los jóvenes, entre los cuales se encuentra la presión social, la curiosidad, la facilidad de acceso por ser aceptada legalmente en muchos países, el afán por tener nuevas experiencias, entre otros, los cuales llevan a que tomen la decisión de consumir, tal como lo sustentan Rodríguez, Dallos y González (2005).

Es así que, siendo la adolescencia un periodo que se caracteriza por tratar de independizarse de los padres y demás adultos, estrechar la amistad con otros jóvenes y experimentar con muchas ideas productos y estilos de vida, lo que a veces entraña asumir mayores riesgos, adoptar decisiones, aceptar soluciones de compromisos y aprovechar oportunidades que podrían conducir a resultados inciertos, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre los adolescentes, se está convirtiendo en una vía para escapar de situaciones de las que suelen sentirse impotentes para cambiar (León, 2009).

En efecto, los altos niveles de riesgo podrían deberse a la presencia de factores de riesgo psicosocial para el consumo de drogas psicoactivas en los adolescentes participantes, como la presión social, familias disfuncionales, amistades inadecuadas y falta de habilidades sociales, las cuales podrían influir en el inicio a temprana edad del consumo, debido a que los resultados nos muestran una actividad moderada del consumo de alcohol y tabaco principalmente. Sin embargo, también se pueden encontrar factores protectores como el estrecho vínculo familiar, el afecto, expresiones de amor y cariño, apoyo grupal y comunitario, buen rendimiento académico, oportunidades de liderazgo en la institución

educativa y la comunidad, y adecuadas habilidades sociales, lo cual facilitaría su alejamiento del consumo.

En igual forma, el riesgo alto y moderado a temprana edad para el consumo de alcohol y cigarrillo en los adolescentes escolarizados participantes, es también un factor de riesgo para la salud mental de la comunidad en que vive, pues las consecuencias psicológicas, sociales y laborales podrían ser nefastas o al menos preocupantes en el futuro mediato cuando estos constituyan parejas o familias.

Por todo lo anterior, se concluye que los jóvenes participantes presentan un nivel de riesgo importante para el consumo de alcohol, cigarrillos y cannabis, principalmente (43 %, 11 % y 3.3 % alto, respectivamente). Igualmente, se concluye que el riesgo de consumo de alcohol depende de la edad actual y el grado escolar, pero no del género de los estudiantes. Por su parte, el consumo de tabaco se presenta como independiente del género, la edad actual y el grado escolar; es decir, que el riesgo de consumo no depende de estas variables, sino probablemente de otras diferentes, tales como la presión del grupo, el estado emocional o el convivir con amigos o familiares fumadores, entre otros. Finalmente, el riesgo de consumo de cannabis es independiente del género y el grado escolar, pero no de la edad, en este caso, a mayor edad del escolar, mayor riesgo de consumo.

En consonancia con los resultados hallados y teniendo en cuenta los objetivos planteados en esta investigación, se recomienda a los directivos de la Institución Educativa Distrital (IED) participante, la ejecución de un Programa de Prevención y Promoción de la Salud destinado a reducir el consumo de sustancias psicoactivas, particularmente direccionado hacia la reducción y control del consumo de alcohol y tabaco, sustancias de mayor consumo en la población escolar de este estudio. Dicho programa debe aplicarse en el marco de la Ley 1098 o el Código de la Infancia y la Adolescencia (Congreso de Colombia, 2006) vigente en Colombia, y estar dirigido a prevenir el consumo, a través de actividades vinculadas a los factores de riesgo de consumo de SPA, y actividades que promuevan hábitos y estilos de vida saludables en esta población.

Este proceso de intervención psicosocial debe ser extendido a los padres de familia de los estudiantes de la institución, debido a que ellos también deben tener el conocimiento básico sobre cómo detectar el consumo

de SPA en sus hijos, cuáles son las consecuencias de este consumo y cuáles son las alternativas de intervención según cada situación. De igual manera, debe estar orientado a los líderes comunitarios de los barrios aledaños a la institución educativa participante, pues ellos son los que vivencian el impacto del consumo en sus propias familias y en la comuna en general.

Finalmente, cabe aclarar que una de las principales limitaciones del presente estudio se refiere a la presencia de otras variables no consideradas que podrían relacionarse con el consumo en la comuna, tales como violencia intrafamiliar, ansiedad y depresión, entre otras, consideradas como indicadores de riesgo de la salud mental de esta población, las cuales fueron tomadas en cuenta posteriormente en el macroproyecto referenciado, lo que permitirá diseñar un efectivo programa de prevención del consumo de SPA.

Agradecimientos

Los autores agradecen de manera especial a la Facultad de Psicología y al Consejo Nacional de Investigación (Conadi) de la Universidad Cooperativa de Colombia, por apoyar el presente estudio mediante su financiación. Igualmente, a la rectora y los estudiantes de la IED «Nicolás Buenaventura», de la Comuna Cinco del Distrito de Santa Marta, por su apoyo y participación en el presente estudio.

Referencias

- Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M., & Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgos y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*, 5 (3), 521-53. Recuperado de http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V5N306_consumodrogas.pdf
- Canales, G., Díaz, T., Guidorizzi, A., & Arena, C. (2012). Consumo de drogas psicoactivas y factores de riesgo familiar en adolescentes. *Revista Cuidarte*, 3(3), 260-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v3il.20>
- Ceballos, A., Del Gordo, H., & Campo, A. (2006). Factores asociados con el consumo diario de cigarrillo en estudiantes de medicina de Santa Marta, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(1), 79-83. Recuperado de www.scielo.org.co/img/revistas/rfnsp/v24n1/v24n1a09
- Congreso de Colombia. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Bogotá. Recuperado de <http://web.presidencia.gov.co/constitucion/index.pdf>
- Congreso de Colombia. (2006). *La Ley 1098 o el código de la infancia y la adolescencia*. Bogotá. Recuperado de www.unicef.org.co/Ley/Presentacion/ABC.pdf
- Congreso de Colombia (2006). *Ley 1090, por la cual se reglamenta el ejercicio de la Profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones*. Bogotá. Recuperado de www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/LEYES/1090%2006.pdf
- Congreso de Colombia (2007). *Ley 1122. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá. Recuperado de www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201122%20DE%202007.pdf
- Congreso de Colombia (2011). *Ley 1438, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá. Recuperado de www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201438%20DE%202011.pdf
- Congreso de Colombia (2013). *Ley 1616, por la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones*. Bogotá. Recuperado de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>
- Ferrel, R., Rincón, J., & Ferrel, L. (2014). El hábito de fumar cigarrillos en escolares de la ciudad de Santa Marta, Colombia. I Jornada Binacional de Investigación de la URBE, CIHE. Extensos del evento. Maracaibo-Venezuela. Nov., pp. 2363-2376. Recuperado de www.urbe.edu/jornadabinacional-investigacion/memorias/cihe.pdf
- Gantiva, C., Bello, J., Vanegas, E., & Sastoque, A. (2010). Relación entre el consumo excesivo de alcohol y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39 (2), 362-374. Recuperado de www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39n2/v39n2a10.pdf
- García, M., Tobón, L., & Ramírez, M. (2011). Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios en Villavicencio 2009-2010. *Revista Cuidarte*,

- 2 (2), 161-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v2il.52>
- Gifford., E., & Humphreys., K. (2007). La ciencia psicológica de la adicción. *Revista Adicción*, 102 (3): 352-361. Recuperado de www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17298641
- Grigoravicius, M., & Ducos, M. (2009). Estudio sobre consumo de sustancias psicoactivas en niños entre 10-12 años: estado del arte y resultados preliminares. *Anuario de Investigaciones* 16, 339-348. Recuperado de <http://biblioteca.versila.com/51579246/estudio-sobre-el-consumo-de-sustancias-psicoactivas-en-ninos-entre-10-y-12-anos-estado-del-arte-y-resultados-preliminares>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. 5.ª Ed. México, D. F.: Mc-Graw-Hill.
- Ministerio de Justicia y del Derecho (Observatorio de Drogas de Colombia), Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Organización de los Estados Americanos (OEA), Embajada de los Estados Unidos en Colombia (2011). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar*. Colombia. Recuperado de www.unodc.org/documents/colombia/2013/septiembre/Estudio_Poblacion_Escolar_2011.pdf
- Ministerio de Protección Social (2005). *Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia*. Editado por Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social / Impreso por Graficas Ltda., Cali, Colombia.
- Ministerio de la Protección Social, UNODC, Universidad CES. (2010). *Situación de salud mental del adolescente*. Estudio nacional de salud mental Colombia. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. Recuperado de: <http://d2bfnlaku8y36.cloudfront.net/psicopediahoy/saludmentaladolescentecolombia.pdf>
- Ministerio de Salud (1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá. Recuperado de www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, OMS-OPS. (2001). *La juventud colombiana en el naciente milenio*. Bogotá. Recuperado de www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342011000200004&lng=es&nrm=
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). *Problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol*. Informe de la Secretaría en la 58.ª Asamblea Mundial de la Salud. Recuperado de www.who.int/substance_abuse/report_by_secretariat_wha_58_public_health_problems_alcohol_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). ASSIST, la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias. Recuperado de www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2012). Informe Mundial sobre las Drogas. Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito, UNODC. New York. Recuperado de www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf
- Penton, R., & Lester, R. (2009). Eventos celulares en la adicción a la nicotina. Seminarios en Biología Celular y del Desarrollo. Volumen 20, Número 4, junio, pp. 418-431. Recuperado de www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2704462/
- Rodríguez, C., Dallos, M., & González, J. (2005). Asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol en estudiantes de Bucaramanga. *Revista de Salud Pública*, 21 (5),1402-1407. Septiembre-Octubre. Recuperado de www.scielosp.org/pdf/csp/v21n5/12.pdf
- UNICEF (2010). Obtenido a partir del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, La infancia y el sida: quinto inventario de la situación, Unicef, Nueva York y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, Informe Mundial: informe de Onusida sobre la epidemia mundial del sida, 2010, Onusida, Ginebra.
- UNICEF (2011). *Estado mundial de la infancia. La adolescencia, una época de oportunidades*.
- Vélez, R. (2013). *Cuarta encuesta nacional de drogas, del congreso nacional de control de sustancias estupefacientes y psicotrópicas (CONSEP)*. Quito, Ecuador. Recuperado de <http://infosurhoy.com/es/articulos/saii/features/main/2013/08/21/feature-02>