

DETERMINACIÓN DEL CONSUMO SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL  
BACHILLERATO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA GÓMEZ PLATA,  
ANTIOQUIA. 2016.

JUAN FERNANDO ÁLVAREZ BARRIENTOS

UNIVERSIDAD CATÓLICA LUIS AMIGÓ  
ESCUELA DE POSGRADOS  
PROGRAMA ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD  
MEDELLIN  
2016

DETERMINACIÓN DEL CONSUMO SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL  
BACHILLERATO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA GÓMEZ PLATA,  
ANTIOQUIA. 2016.

JUAN FERNANDO ÁLVAREZ BARRIENTOS

Asesora de investigación

ALBA EMILSE GAVIRIA MENDEZ

Médica, Bioenergética, Mg. en Salud Pública

Trabajo de Investigación dirigido, como requisito para optar el título de  
Especialista en Gerencia en Servicios en Salud

UNIVERSIDAD CATÓLICA LUIS AMIGÓ  
ESCUELA DE POSGRADOS  
PROGRAMA ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD  
MEDELLIN  
2016

## TABLA DE CONTENIDOS

<b>RESUMEN</b> .....	9
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	11
<b>2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	17
2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	17
2.1.1 En el mundo .....	17
2.1.2. En Latinoamérica .....	20
2.1.3. En Colombia .....	21
2.1.4. En Antioquia y Medellín.....	24
2.1.5. En Gómez plata.....	25
2.2. Antecedentes investigativos.....	25
2.2.1 En el mundo .....	25
2.2.2. En Latinoamérica .....	27
2.2.3. En Colombia .....	28
2.2.4. En Antioquia y Medellín.....	31
2.3 El problema como tal .....	32
2.3.1 Formulación del problema .....	33
<b>3. JUSTIFICACIÓN</b> .....	34
<b>4. OBJETIVOS</b> .....	36
4.1. Objetivo General.....	36
4.2. Objetivos específicos .....	36
<b>5. MARCO TEÓRICO</b> .....	37
5.1. Marco conceptual.....	37
5.1.1 ¿Qué es una sustancia psicoactiva?.....	37
5.1.2. Consumo de sustancias psicoactivas .....	47
5.1.1.3. Vías utilizadas para el consumo.....	57
5.1.1.4. Los programas de salud mental y el consumo .....	60
5.1.1.4.1. El programa de salud mental del municipio de Gómez plata.....	66

5.2. Marco contextual .....	68
5.2.1 Municipio de Gómez Plata.....	68
5.2.2 Institución Educativa Gómez Plata .....	70
5.3. Marco legal .....	74
5.3.1 Marco legal Internacional sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas .....	74
5.3.2 Marco Legal en Colombia.....	76
5.4. Marco Ético.....	83
<b>6. METODOLOGÍA .....</b>	<b>86</b>
6.1. Tipo de estudio.....	86
6.2 Población de estudio .....	86
6.3 Unidad de análisis .....	86
6.4 Criterios de selección .....	86
6.5 Fuentes de información.....	87
6.6 Instrumentos.....	87
6.7 Tablas de Variables:.....	88
<b>7. PLAN DE ANÁLISIS .....</b>	<b>91</b>
<b>8. RESULTADOS .....</b>	<b>91</b>
8.8. Distribución porcentual según el consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016.....	98
8.10. Distribución porcentual según el consumo de cigarrillo en los últimos 30 días de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016 .....	100
8.13. Distribución porcentual según el consumo de marihuana en los últimos 6 meses de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016 .....	103
8.17. Distribución porcentual según el consumo de cocaína en los últimos 6 meses de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016 .....	106
8.18. Distribución porcentual según el consumo de bazuca en los últimos 6 meses de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016 .....	108
8.20. Distribución porcentual según el consumo de éxtasis en los últimos 6 meses de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016 .....	110

8.22. Distribución porcentual según el consumo de Popper en los últimos 6 meses de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016 .....	112
<b>9. DISCUSIÓN .....</b>	<b>122</b>
<b>10. CONCLUSIONES.....</b>	<b>126</b>
<b>11. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>128</b>
<b>12. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>131</b>
<b>13. ANEXOS.....</b>	<b>138</b>
13.1 Anexo1: Cuestionario .....	138
13.2 Anexo 2: Consentimiento Informado.....	143
13.3 Anexo 3: Asentimiento informado.....	145

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Misión y Visión Institución Educativa Gómez Plata .....	71
Tabla 2. Valores Institución Educativa Gómez Plata.....	72
Tabla 3. Principios Institución Educativa Gómez Plata.....	73
Tabla 4. Tabla de Variables .....	90

## INDICE DE GRÁFICOS

Grafica 1. Porcentaje tamaño población de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia. 2016.....	91
Grafica 2. Distribución porcentual según el lugar de residencia, de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia. 2016 .....	92
Grafica 3. Distribución porcentual según el sexo .....	93
Grafica 4. Distribución porcentual según la edad, Antioquia. 2016 .....	94
Grafica 5. Distribución porcentual según el barrio o sector de residencia.....	95
Grafica 6. Distribución porcentual según el grado de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia. 2016.....	96
Grafica 7. Distribución porcentual según la afiliación algún Sistema de Seguridad Social en Salud de los Bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016 .....	97
Grafica 8. Distribución porcentual según consumo de bebidas alcohólicas de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016 .....	98
Grafica 9. Distribución porcentual según la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016 .....	99
Grafica 10. Distribución porcentual según consumo de cigarrillo de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia. 2016 .....	100
Grafica 11. Distribución porcentual según la frecuencia del consumo de cigarrillos de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016 .....	101
Grafica 12. Distribución porcentual según la cantidad de cigarrillos consumidos de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016 .....	102
Grafica 13. Distribución porcentual según el consumo de marihuana de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016.....	103

Grafica 14. Distribución porcentual según las vías utilizadas para el consumo de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia. 2016 .....	104
Grafica 15. Distribución porcentual según la frecuencia del consumo de marihuana de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016 .....	105
Grafica 16. Distribución porcentual según el consumo de cocaína de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016 .....	106
Grafica 17. Distribución porcentual según la frecuencia del consumo de cocaína.....	107
Grafica 18. Distribución porcentual según consumo de bazuca de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia. 2016 .....	108
Grafica 19. Distribución porcentual según la frecuencia del consumo de bazuca de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016 .....	109
Grafica 20. Distribución porcentual según el consumo de éxtasis de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016 .....	110
Grafica 21. Distribución porcentual según la frecuencia del consumo de éxtasis. ....	111
Grafica 22. Distribución porcentual según el consumo de Popper de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia. 2016 .....	112
Grafica 23. Distribución porcentual según la frecuencia en el consumo de Popper de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia. 2016 .....	113
Grafica 24. Distribución porcentual según el sitio o lugar de consumo de sustancias psicoactivas de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. antioquia.2016.....	114
Grafica 25. Distribución Porcentual según con quien se consume de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016 .....	115
Grafica 26. Distribución porcentual según el conocimiento de los problemas personales, familiares y sociales que trae el consumo de sustancias psicoactivas de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia. 2016 .....	116
Grafica 27. Distribución porcentual según conocimiento de programas o políticas de prevención al consumo de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016.....	117
Grafica 28. Distribución porcentual según la calificación del programa de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia. 2016.....	118
Grafica 29. Distribución porcentual según la motivación del programa al no consumo de sustancias psicoactivas de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016 .....	119

**INDICE DE ILUSTRACIONES**

Ilustración 1. Información general Municipio de Gómez Plata ..... 68

## RESUMEN

Debido a la percepción que tenía las autoridades del municipio de Gómez Plata, Antioquia de que se presentaba un aumento considerable en el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes, se realiza esta investigación que tuvo como objetivo determinar el consumo de sustancias psicoactivas en el bachillerato de la institución Educativa Gómez Plata.

La metodología de este estudio es cuantitativo, descriptivo de prevalencia, de corte transversal, cronológica prospectivo. Se realizó encuesta cerrada sobre consumo de sustancias psicoactivas como alcohol, cigarrillo, marihuana, coca, bazuco, éxtasis, Popper en los últimos 6 meses o 30 días, se encontró un incremento significativo en la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas, marihuana y Popper (16.7%); alcohol (36.1%) como sustancia legal, se detecta más su consumo habitual en los grados superiores de noveno, decimo, once; mientras que el consumo de sustancias ilegales como la marihuana y Popper (12%) se identifica más en los grados inferiores de sexto, séptimos, octavos; la cocaína, la bazuca y el éxtasis, se presenta el consumo en pocos estudiantes (2.8%). La discusión se centra en identificar factores causales al aumento del consumo como la moda, la curiosidad, las plazas de vicio, entorno y en comparar los resultados con otros estudios locales, departamentales y nacionales.

Los resultados confirmaron la percepción que se tenía al aumento del consumo de estas sustancias, detallando su prevalencia y generando las recomendaciones necesarias.

Palabras claves: adolescentes, consumo de sustancias psicoactivas, colegio.

## ABSTRACT

Due to the perception that the authorities of the municipality of Gómez Plata, Antioquia, that there was a considerable increase in the consumption of psychoactive substances in adolescents, this research was carried out that aimed to determine the consumption of psychoactive substances in the baccalaureate of The educational institution Gómez Plata. The methodology of this study is quantitative, descriptive of prevalence, cross-sectional, prospective chronological. A closed survey on the use of psychoactive substances such as alcohol, cigarette, marijuana, coca, bazuco, ecstasy, Popper in the last 6 months or 30 days, found a significant increase in the prevalence of consumption of alcoholic beverages, marijuana and Popper 16.7%); Alcohol (36.1%) as legal substance is detected more its habitual consumption in the higher grades of ninth, tenth, eleven; While the consumption of illegal substances such as marijuana and Popper (12%) is identified more in the lower grades of sixth, seventh, eighth; Cocaine, bazooka and ecstasy, consumption is presented in few students (2.8%). The discussion focuses on identifying causal factors to the increase in consumption such as fashion, curiosity, places of vice, environment and in comparing the results with other local, departmental and national studies.

The results confirmed the perception of increased consumption of these substances, detailing their prevalence and generating the necessary recommendations.

Key words: adolescents, consumption of psychoactive substances, school.

## 1. INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas es considerado a nivel mundial como un problema de Salud Pública, en las investigaciones hechas por la Organización Mundial de la salud OMS (2002) se determina que, en todo el mundo, cerca de 200 millones de personas consumen algún tipo de droga, por lo general cannabis, pero también anfetaminas, opiáceos y cocaína. Entre los varones y los jóvenes, el consumo de drogas ilegales es más habitual. El uso de sustancias psicoactivas legales ha aumentado sobre todo en América Latina con el consumo de alcohol y de tabaco especialmente en los jóvenes en edades de 14 a 21 años (OMS, 2002, p 4). En Colombia, el aumento de adolescentes que consumen sustancias psicoactivas, que están inmersos en actos delictivos o conflictivos del colegio y rendimiento académico inadecuado se ha convertido en uno de los problemas más apremiantes de los últimos tiempos. El Departamento de Antioquia, por su parte, no se queda atrás con relación al alto aumento en el consumo de dichas sustancias, específicamente en la subregión norte. Es por esto que dicha problemática ha sido puesta en la mira de las autoridades locales quienes ven un problema de salud pública grave y al ser catalogado como tal tienen la responsabilidad del cumplimiento de las leyes que propenden por la obligatoriedad en el diseño de políticas públicas que desarrollen proyectos, programas y actividades que ayuden a reducir el consumo, pues no solo afectan el entorno y la integridad física, psicológica, familiar, educativa y social de los adolescentes sino que degradan la sociedad al punto de generar muertes, accidentes, problemas personales, depresión, entre otros, y es ahí donde deben entonces aunar esfuerzos administrativos, económicos y humanos e involucrar a la familia misma y el colegio.

Recordemos que las sustancias psicoactivas son aquellas cuyo consumo puede alterar los estados de conciencia, de ánimo y de pensamiento (OMS, 2004, p 12), provocando en el adolescente comportamientos no aptos ni saludables para su desarrollo tanto físico como psicosocial, por eso el consumo de sustancias psicoactivas es considerado a nivel mundial como un problema de Salud Pública, Según Zapata V., Mario A. (2007) en su investigación comparativa del Consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes

escolarizados del departamento de Antioquia la adolescencia es la etapa clave del desarrollo humano, en la cual se debe garantizar un ambiente propicio para la formación de una apropiada estructura de personalidad, que les permita a los jóvenes enfrentar con criterio estructurado amenazas del entorno como el consumo de drogas. Cerca de 1.773 millones de personas, lo cual corresponde al 27% del total de la población mundial, está compuesta por adolescentes (10 a 19 años de edad) y jóvenes (15 a 24 años de edad) y una importante porción de los mismos experimentan alguna vez en el consumo de drogas.

Afortunadamente, la mayoría de ellos suspenden rápidamente su consumo, pero algunos tienen el riesgo de mantenerse como consumidores ocasionales o por recreación y en el peor de los casos, otros pueden convertirse en consumidores habituales y, llegar a una indeseable situación de dependencia psicológica, física o a ambas (p. 16 -17).

En el municipio de Gómez plata, las políticas públicas enfocadas en el tema de salud mental han sido implementadas con el fin de cumplir mandatos legales, pero realmente ¿Se estaba mitigando el consumo?, ¿Dichos programas estaban dando buenos resultados? o ¿Estaban dando golpes a ciegas? ¿Se había aumentado el consumo de sustancias psicoactivas? Al no tenerse ningún tipo de información que les permita implementar y diseñar políticas efectivas de seguridad, control y prevención al consumo de las drogas y promoción de estilos de vida saludables se hizo necesario realizar esta investigación donde había que corroborar dichas percepciones y responder a tanto interrogante.

Pero lamentablemente la percepción generalizada de la comunidad y autoridades apuntaron a que si existe un aumento considerable en el consumo de sustancias psicoactivas por parte de los estudiantes bachilleres, la institución educativa Gómez Plata es una Institución oficial, de carácter laico y mixto la cual presta su servicio educativo formal en los niveles de Preescolar, Básica (en los ciclos primaria y secundaria) y Media Académica. Tiene un total de 1.103 estudiantes matriculados en el año 2016; el bachillerato (grados sexto a once) lo conforman un total de 435 estudiantes de los cuales fueron encuestados 319, equivalentes al 100% de la población para esta investigación; en donde el sexo femenino está conformado por un 51.7% predominando sobre el sexo masculino que está conformado

por un 48.3%, con una pequeña diferencia del 3.4%; con respecto a la edad predominó en esta población los adolescentes en edades de 14 años con un 17.9%, le siguen edades de 16 y 15 años equivalentes al 17.2% y 15.7%; con relación al grado que cursan actualmente tenemos que el grado con mayor número de estudiantes son los grados séptimos 22.9%, seguido de los grados sextos 20.1% y los grados onces y décimos con un 12.9% y 12.2% respectivamente; el 87.5% viven en el área urbana y solo el 12.5% residen en el área rural del municipio de Gómez Plata, concentrándose más el consumo de sustancias psicoactivas en el área urbana que en el área rural. El 95.6% de los estudiantes encuestados están afiliados a algún tipo de sistema de seguridad social en salud, mientras que el 4.4% no lo están, con esto se ratifica avances de cobertura, pero se hace necesario fortalecerlo para dar una total cobertura en salud a esta población.

Los datos de este estudio muestran un incremento significativo en la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas, marihuana y Popper (16.7%); el alcohol (36.1%) se detecta más su consumo habitual en los grados superiores de noveno, decimo y once; mientras que el consumo de marihuana y Popper (12%) se identifica más en los grados inferiores de sexto, séptimos y octavos; le siguen otras sustancias como la cocaína, la bazuca y el éxtasis, presentándose el consumo de estas últimas en pocos estudiantes (2.8%). Solo el 22.4% de los estudiantes conocieron el programa de salud Mental: Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas proyecto No. 2015-05-310-M-057 (pues fue el único en el municipio que desplegó toda actividad de prevención al consumo de sustancias psicoactivas), un dato alarmante y preocupante, pues es muestra clara que el mencionado proyecto no cubrió ni la mitad de la población encuestada, aunque del total de estudiantes que conocieron dicho programa el 79.4% aducen haber aprendido y haberse motivado al no consumo de sustancias psicoactivas, resultado algo esperanzador frente al 20.6% que aducen no haberlos motivado a consumir. El 85.3% de los estudiantes encuestados del bachillerato creen que el consumo de sustancias psicoactivas les traen problemas personales, familiares y sociales, pero a pesar de esta creencia y concientización que se tiene sobre las consecuencias del consumo de drogas el 14.7% de los estudiantes creen que no traen problema alguno, una cifra que resalta el promedio de consumo de sustancias

psicoactivas sobre todo las ilegales, es decir, la mayoría de estudiantes que son consumidores sienten tranquilidad al hacerlo, pues creen que no les traerá consecuencia alguna, lo hacen por diversión, moda y encaje social al grupo o aceptación de grupo (14.7%), por eso los estudiantes consumen más en agrupación con sus mismos compañeros del colegio, así lo indica los resultados con un 33.33%, en la calle y en fiestas de amigos con un 50% seguido de los sitios del colegio con un 19.4%. En relación con el uso y consumo de sustancias psicoactivas que más prevalece indiscutiblemente son las sustancias legales, que tienen aceptación por parte de la comunidad Gómezplatense como el alcohol con un 36.1% en el último mes, estando cerca al promedio del último Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia (2011) realizado por el Ministerio de Justicia y del Derecho y el Ministerio de Educación en donde de acuerdo con los resultados, 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%); mientras que el consumo de cigarrillo en la Institución Educativa Gómez Plata esta con un 9.7% en el último mes, estando por encima del promedio nacional, donde el consumo de cigarrillo último mes es del 9.4% en los colegios públicos del País. Es innegable que la publicidad y el fácil acceso al cigarrillo promueven el consumo de tabaco en la población adolescente, sobre todo si en los hogares sus familiares dan ese ejemplo, algo muy común en este municipio, pues aún conservan la creencia y tradición de que el fumar representa adultez, seriedad y estatus. Con respecto al consumo de sustancias psicoactivas ilegales que más prevalece en estos bachilleres tenemos la marihuana con un 12% acercándose al promedio de consumo del departamento de Antioquia que según el estudio Nacional de consumo de droga en escolares (2011) predomina fuertemente con un 14,5% y lo sigue el consumo de *Popper* con un 5,6%; situación preocupante, pues los resultados de la investigación arrojó un consumo de Popper en los bachilleres de este colegio del 12%, notándose un significativo aumento del 6.4%, el cual se debe muy probablemente a la expansión del Popper por factores como la moda y el placer temporal que ocasiona la sustancia en eventos, fiestas y relaciones sexuales, propagándose más su consumo, coincidiendo su comercialización desde la ciudad de Medellín, el municipio de Barbosa, el corregimiento de villa hermosa del municipio de

Yolombó y llevado al municipio de Gómez Plata para su distribución entre escolares, se cree también que es distribuido desde el municipio de Amalfi por la vía del cañón de Porce; la marihuana es distribuida por estos mismos medios, sumándose las plazas organizadas que ya existen en el Municipio de Gómez Plata para el expendio de esta sustancia, sus cultivos caseros ilegales y además su bajo costo vuelven aún más fácil adquirir marihuana por parte de los estudiantes. De acuerdo con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y el Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia (2014) se tiene que para las sustancias como la cocaína, bazuca y éxtasis en el Departamento de Antioquia, específicamente en el área metropolitana y la ciudad de Medellín en ambientes escolares la prevalencia del consumo fue del 2.1%, tres veces el promedio nacional 0.7%; comparando los anteriores resultados con lo obtenido en el bachillerato de la Institución Educativa Gómez Plata en donde la prevalencia del consumo de cocaína, bazuca y éxtasis fue del 0.6% en relación a la cantidad de estudiantes consumidores, se identifica que se inicia en edades muy tempranas (14 años en adelante) y que es casi equivalente al promedio nacional.

Para mí es muy gratificante y apremiante haber realizado esta investigación que apuntó a generar soluciones eficientes y eficaces a la problemática que vive mi pueblo con el tema de la drogadicción, máxime que he pasado por las esferas gubernamentales en cargos directivos del Municipio, donde capté la urgencia de hacer esta investigación que muestra la situación real sobre el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes. El objetivo era determinar el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes del Bachillerato de la Institución Educativa Gómez Plata. El tipo de estudio fue cuantitativo no experimental, análisis descriptivo, con un tiempo de investigación de corte transversal, según el registro de la información fue cronológica prospectivo. El instrumento de recolección de la información fue apoyado y realizado en base a la Teoría de la Conducta Planeada de Ajzen que se basa en “el supuesto de que todos los seres humanos por lo general se comportan de forma sensible, partiendo de la información disponible, así como de las consecuencias de sus acciones” se realizaron las preguntas cerradas y en letra apta para la lectura y con una metodología de fácil comprensión. Con base en el análisis de los

resultados de la encuesta cerrada, se le permite a las entidades gubernamentales locales, departamentales y nacionales dirigir efectivamente los programas de salud pública a que hayan lugar, destinando los recursos públicos y el talento humano necesario en la mitigación y reducción efectiva al consumo de sustancias psicoactivas, como también el mismo colegio de implementar estrategias y actividades que tengan esa misma finalidad: prevenir y reducir el consumo en los estudiantes que cursan el bachillerato y generen soluciones, sugerencias e instrucciones útiles al direccionamiento en el diseño de proyectos y programas de salud mental tendientes a la reducción del consumo de sustancias psicoactivas, se estableció cuantitativamente el consumo de sustancias psicoactivas con la aplicación de la encuesta y se realizó las recomendaciones necesarias al colegio y al municipio que se desprendieron de los resultados; contextualizamos el Municipio de Gómez Plata.

La organización de la investigación nos trae el problema como tal, los antecedentes del estudio e investigaciones relevantes en el consumo a nivel mundial, latinoamericano, nacional y departamental, preceptuó unos objetivos específicos los cuales determinaron los aspectos sociodemográficos de los estudiantes, establecieron la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas y se realizaron las recomendaciones necesarias y suficientes al colegio, municipio y hospital que se desprendieron de los resultados obtenidos. Además de los principales marcos, donde el marco conceptual permitió la definición de los conceptos para un mejor entendimiento del consumo de sustancias psicoactivas, los efectos en la salud, sus compuestos entre otros aspectos que se hacen relevantes para el entendimiento más profundo de la estructura sustancial de esta investigación y su finalidad respetando los parámetros legales y la ética por último plasma los resultados de la encuesta con sus análisis de gráficas, conclusiones, la discusión y las recomendaciones hechas al colegio y al municipio. Se contó además con un plan de trabajo acorde con un cronograma que definió los recursos humanos, materiales y el tiempo necesario para llevar a cabalidad y feliz término la investigación. Además de un presupuesto que fue aportado por el investigador principal y la alcaldía municipal de Gómez Plata para la inversión y costos de papel e impresión de las encuestas como también los viáticos, alimentación, estadía y demás gastos

de los encuestadores que se encargaron de aplicar el instrumento recolector de la información en el Colegio.

La investigación en su capítulo de resultados nos muestra los gráficos con sus porcentajes y los análisis respectivos, nos trae después el capítulo de la discusión en donde los resultados obtenidos son comparados con otros estudios investigativos, además de interpretar los resultados con el marco teórico referencial, se definen las limitaciones y se proponen otras alternativas de estudio y por último está el capítulo de las conclusiones en donde se dan las respuestas a la formulación del problema y se dan las recomendaciones suficientes y necesarias a la Institución Educativa Gómez Plata, Municipio y FUNLAM.

## **2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO**

#### **2.1.1 En el mundo**

El consumo de sustancias psicoactivas es considerado, a nivel mundial como un Problema de Salud Pública. De acuerdo con la UNODC (2015) Oficina de las Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito (UNODC) en su “*Informe Mundial Sobre las Drogas 2015*” se indica claramente que:

Según los datos más recientes, en lo que respecta a la producción y el consumo de drogas y las consecuencias que este tiene para la salud, la situación no ha cambiado mucho en términos generales. Las consecuencias para la salud del consumo de drogas ilícitas siguen siendo motivo de preocupación a nivel mundial, pues la gran mayoría de los consumidores de drogas problemáticas siguen sin tener acceso a tratamiento. Además, los mercados mundiales de opiáceos todavía no han empezado a notar las importantes repercusiones del aumento mundial del cultivo de adormidera y

de la producción de opio, que ha alcanzado niveles sin precedentes. Ello suscita la preocupación de los organismos encargados de hacer cumplir la ley en lo que respecta a la magnitud del problema que plantea la existencia de grupos delictivos organizados cada vez más complejos y versátiles (p. 3).

Desde hace más de 10 años la Organización Mundial de la Salud OMS (2004) ha informado del aumento en el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes, sobre todo en países como Estados Unidos, Canadá y Europa donde:

En muchos países desarrollados, como Canadá, Estados Unidos de América (EE.UU.) y los países europeos, más del 2% de los jóvenes decían haber consumido heroína y cerca del 5% decían haber fumado cocaína en algún momento de su vida. En efecto, el 8% de los jóvenes de Europa Occidental y más del 20% de los jóvenes de los EE.UU. declaran haber consumido al menos un tipo de sustancia ilícita distinta del cannabis. Hay pruebas de que el consumo de estimulantes del tipo de las anfetaminas está aumentando rápidamente entre los adolescentes de Asia y Europa (p. 10).

Este aumento del consumo de drogas ha traído consigo también el aumento del suicidio en adolescentes asociado a estas sustancias, según lo encontrado por Fuentes y Col. (2009).

En los últimos 45 años las tasas de suicidio se han incrementado un 60% en el mundo. A escala mundial, el suicidio se ha ubicado como una de las cinco primeras causas de muerte en el grupo de edad de 15 a 19 años. Factores de riesgo identificados: ser mujer, antecedentes personales o familiares de intento suicida, presentar trastornos del ánimo, ansiedad, depresión y consumir sustancias psicoactivas; se considera que más del 50% de los adolescentes sufren depresión mayor. (p. 110).

En Tanzania Masibo, Mndeme & Nsimba, (2013) encontraron que el “8.5% of the surveyed students have reported to have used psychoactive substances”. (p. 201).

En España Pons y Berjano (1999) indican que de acuerdo con el último Informe del Observatorio Español sobre Drogas la disminución de la edad del primer contacto con esta sustancia, así como la forma compulsiva que llega a alcanzar este consumo, con un 2,6% de jóvenes de 15 a 28 años (unos 235.000) que se emborrachan todos los fines de semana. Otro aspecto a resaltar es la creciente incorporación de las mujeres jóvenes al consumo de alcohol, de tal modo que, en estos momentos, existe una práctica equivalencia en las tasas de consumo entre ambos sexos en las edades comprendidas entre los 15 y los 18 años. (p. 3)

Berruecos (2010) expresa que, de acuerdo con múltiples investigaciones realizadas en México es “en la edad adolescente cuando se inicia, y luego se incrementa, el consumo de sustancias que provocan adicción” (p. 75). Indica además que “Uno de los principales problemas en el análisis del uso y abuso de drogas se refiere al hecho de que, a pesar de variados esfuerzos, aún carecemos de información puntual en cuanto a la cuantificación del problema”. (p. 66).

Para el mundo en general, está determinado por la OMS (2004) que:

Entre los diez factores de riesgo principales en términos de carga de morbilidad evitable, en el año 2000 el tabaco era el cuarto, y el alcohol el quinto, y siguen estando arriba en la lista prevista para los años 2010 y 2020. En el año 2000, el tabaco y el alcohol contribuyeron a la carga de morbilidad con un 4,1% y un 4,0%, respectivamente, mientras que las sustancias ilícitas contribuyeron con un 0,8%. Las cargas atribuibles al tabaco y al alcohol son particularmente graves en los varones de los países desarrollados (sobre todo en Europa y Norteamérica). Esto es así porque los varones de los países desarrollados tienen una larga historia de relación con

el tabaco y el alcohol, y porque en esos países se vive lo suficiente para que se manifiesten los problemas de salud relacionados con las sustancias (p. 11).

### **2.1.2. En Latinoamérica**

De acuerdo con la OEA (2014), en Latinoamérica, aunque se hacen investigaciones sobre el consumo de sustancias psicoactivas, los esfuerzos son individuales y no están concentrados en un centro que coordine los resultados y dirija los planes de acción:

En materia de salud pública, es necesario desarrollar iniciativas subregionales y establecer áreas prioritarias de acción conjunta; generar sistemas de información, seguimiento y evaluación; crear un marco de referencia para que los países desarrollen políticas de salud pública en materia de drogas; favorecer una mayor calidad de la atención de las personas con problemas por consumo de drogas mediante criterios de calidad para la prestación de servicios y diseñar currículos y materiales para capacitar a los profesionales de la salud en la atención de problemas por consumo de drogas (p. 17).

Según el informe Salud en las Américas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2007) citado por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2014):

Los suicidios tienen un peso importante dentro de la mortalidad por lesiones de causas externas en la región y aparecen como una de las primeras causas de muerte en adolescentes y adultos jóvenes. En dos subregiones (Norteamérica y el Cono Sur) hay más suicidios que homicidios. En la región Andina el suicidio es más frecuente en la población más joven, ya que se encuentra dentro de las tres primeras causas de mortalidad por causas externas dentro del grupo de los 5 a los 19 años de edad (p. 325).

### **2.1.3. En Colombia**

De acuerdo con el Ministerio de Justicia y del Derecho (Observatorio de Drogas de Colombia), Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), la Organización de los Estados Americanos (OEA), y la Embajada de los Estados Unidos (2011), en Colombia:

El consumo de sustancias en la población escolar es un problema real, que viene en aumento y que en la amplia variedad de sustancias usadas se destacan no solo las drogas ilícitas en el país sino también el alcohol y el tabaco. Ello advierte la necesidad de fortalecer las intervenciones en prevención del consumo de drogas y movilizar acciones que den respuesta al problema en su actual dimensión. (p. 15).

En Colombia, el aumento de adolescentes que consumen sustancias psicoactivas y están inmersos en actos delictivos se ha convertido en uno de los problemas más apremiantes de los últimos tiempos. De acuerdo con el Ministerio de Protección Social de Colombia, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y la Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE) (2010):

Investigaciones realizadas en otros países y algunos estudios exploratorios cualitativos o estadísticos en pequeña escala en Colombia sugieren que el consumo de psicoactivos en adolescentes infractores de la ley penal es notablemente mayor que en la población general y que entre los jóvenes escolarizados. Se ha detectado que en muchas ocasiones el consumo de drogas precede o acompaña la comisión de actos delictivos entre adolescentes, y que factores de riesgo para el abuso de drogas han sido reconocidos también como factores causales de delitos en este segmento de

la población. El conocimiento de las relaciones entre consumo de drogas y conductas delictivas en adolescentes constituye un insumo esencial para el diseño y la implementación de políticas y programas dirigidos a contrarrestar las manifestaciones y los costos de ambas problemáticas. (p. 13).

En Manizales Colombia, Fuentes y Col. (2009) encontraron que “ser mujer, tener una disfunción familiar severa, una decepción amorosa, antecedentes personales o familiares de intento de suicidio, fumar y consumir sustancias psicoactivas o padecer algún trastorno psiquiátrico como la ansiedad y la depresión mayor, aumentan el riesgo de suicidio”. (p. 110).

El aumento de conductas delictivas asociadas al consumo de acuerdo con las conclusiones obtenidas por el Ministerio de Protección Social de Colombia, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y la Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE) (2010) es muy superior al que se observa en la población general: El consumo de cocaína es 20 veces superior, el de marihuana y de bazuco es 10 veces superior, el de tranquilizantes ocho veces, el de inhalables de siete a nueve veces, el de heroína seis veces, y el de éxtasis tres veces mayor. (p. 74).

Para el componente social, en Colombia, de acuerdo con (ICBF & DNE, 2010) citados por Gómez, Gutiérrez y Londoño (2013) “el desplazamiento y la violencia son una de las causas de exclusión social, factor de riesgo de consumo”. (p. 46)... “en las que los adolescentes presentan problemas de baja tolerancia a la frustración, irritabilidad, déficit de autocontrol, baja autoestima, desconfianza y problemas con la autoridad, entre otros”, de acuerdo con (Ledoux, Sizaret, Hassler, & Choquet, 2000) igualmente citados por Gómez, Gutiérrez y Londoño (2013) (p. 46).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2014) de Colombia, en el ámbito de la violencia intrafamiliar “las razones de la violencia con más

prevalencia fueron la intolerancia, el alcoholismo y el consumo de sustancias psicoactivas” (p. 237) y en la cuantificación de los Homicidios según factor de vulnerabilidad y sexo de la víctima:

El 14,15% (19.048) de los lesionados declaró tener o no tener alguna condición que lo hacía más vulnerable a ser víctima de violencia interpersonal, (no se contó con esta información en 109.855 casos); de estos se destacan las personas consumidoras de sustancias psicoactivas (drogas, alcohol, etc.). Frente a esta característica, las lesiones por violencia interpersonal siguen el mismo comportamiento registrado en años anteriores (p. 139).

Para el suicidio, El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2014) presentó un aumento de 68 casos con respecto al año 2013. En la línea de tiempo, analizados los mayores registros, durante los años 2011, 2012 y 2014 se presentaron 1.889, 1.901 y 1.878 casos, respectivamente (p. 325). Adicionalmente, el segundo factor de vulnerabilidad para cometer suicidio es ser consumidor de sustancias psicoactivas-. En relación con el año anterior, el factor de vulnerabilidad campesino o trabajadores del campo sigue siendo el que mayor registro presentó (36,31%), seguido de consumidores de sustancias psicoactivas 9.55%” (p. 329).

De acuerdo con el Ministerio de Protección Social (2003), citado por Gómez, Gutiérrez y Londoño (2013) “La depresión es una de las principales causas del consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes, sin embargo, la depresión puede ser también consecuencia del consumo” (p. 46), siendo la depresión, el principal factor detonante.

Siendo así, los proyectos de salud pública que busquen mitigar el consumo de sustancias psicoactivas en nuestros adolescentes deben ser planeados, desarrollados y ejecutados por las autoridades nacionales, volviéndose importante para la nación los estudios tendientes a la prevención del uso de estas sustancias, los cuales deben ser estructurados de acuerdo a la realidad, cultura y costumbres de cada localidad, institución o sector resaltando sus

condiciones socio demográficas y buscando soluciones al considerable aumento de esta problemática que ha afectado tantos hogares colombianos.

#### **2.1.4. En Antioquia y Medellín**

Uno de los problemas asociados con el consumo de sustancias psicoactivas hace referencia a la deserción escolar tal y como indica la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC) y el Ministerio de Justicia y del Derecho Colombia. (2014).

En Antioquia es evidente la concentración de la deserción escolar en los municipios del norte del departamento donde las condiciones de urbanidad son menores, así como los accesos a una oferta educativa amplia. Se evidencia una relación entre esta situación y la presencia de actividades laborales ilegales como los cultivos ilícitos y la minería, los fenómenos se presentan comportamientos continuos en el territorio afectando a los municipios de departamentos vecinos con comportamientos de educación similares (p. 33).

Para Antioquia Los principales resultados, para las sustancias psicoactivas legales (Alcohol y Tabaco), encontrados en el “*Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia – 2011*” realizado por el Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional, (MSPS), la UNODC, la CICAD la OEA, (2011) muestran que “Boyacá, Antioquia, Risaralda, Bogotá y Caldas (entre 45% y 50%) son los territorios con los más altos niveles de uso en el último mes”. (p. 20).

Arango y Vanegas (2014) encontraron que, en Medellín, el consumo de alcohol en las adolescentes escolarizadas es frecuente tanto vía oral como vaginal en un 59,2% y 1,7% respectivamente. (p. 283). De acuerdo con Rico y Col. (1993) es preocupante ver que “Los resultados por regiones muestran que en Antioquia el consumo de sustancias ilegales es

más frecuente (11%) seguido de Bogotá (8%). El consumo de bazuco en Antioquia es significativamente mayor que en el resto de departamentos”. (p. 274)

### **2.1.5. En Gómez plata**

En el Municipio de Gómez Plata no se ha realizado ninguna investigación de este tipo, siendo importante referente a futuro, los datos que se obtengan del desarrollo de ésta investigación.

## **2.2. Antecedentes investigativos**

### **2.2.1 En el mundo**

Greenfacts (2012) elabora un resumen fiel del destacado informe investigativo de consenso científico publicado en 2004 por la Organización Mundial de la salud (OMS) “Neuroscience of psychoactive substance use and dependencia” en donde identifican el consumo de sustancias psicoactivas a nivel mundial, destacando que:

El Consumo de tabaco se está extendiendo a un ritmo acelerado en los países desarrollados y entre las mujeres. El consumo medio de cigarrillos es especialmente elevado en Asia y el Extremo Oriente, Aunque el continente americano y Europa del este le siguen muy de cerca. Si bien el consumo de alcohol está disminuyendo en los países desarrollados, se encuentra en aumento en los países de la antigua Unión Soviética y en los países en desarrollo en particular en la región del Pacífico Occidental. En todo el mundo, cerca de 200 millones de personas consumen algún tipo de droga ilegal, por lo general cannabis, pero también anfetaminas, opiáceos y cocaína. El consumo de drogas ilegales es más habitual entre los varones y los jóvenes. El Número de personas que consumen drogas por vía intra-venosa también está creciendo, lo cual contribuye a la propagación del VIH. (p. 2)

Zapata V., Mario A. (2007) nos hace un panorama general más detallado con datos específicos sobre el consumo de drogas legales e ilegales a nivel mundial en su libro “consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados del departamento de Antioquia” investigación comparativa 2003- 2007:

Cerca de 200 millones de personas, lo que representa el 5% de la población mundial en edades entre 15 y 64 años, han usado drogas en los últimos 12 meses y el 0.6% de la misma población, estimada en 25 millones de personas, presentan consumo de las que se han denominado drogas problemáticas, dentro de las cuales ocupa el primer lugar la heroína y el segundo lugar la cocaína, esto es, 160 millones de personas; las sustancias tipo estimulantes, incluyendo las anfetaminas, metanfetaminas y éxtasis, con 25 millones conservan el segundo lugar entre las drogas de mayor consumo, dentro de las cuales el éxtasis, se calcula es utilizado por 9 millones de personas. El tercer lugar es ocupado por el consumo de opiáceos con 16 millones de personas y adicional a esta cifra, se presenta consumo de heroína en 11 millones. Con respecto al consumo de cocaína, se reporta cifras de consumo en 14 millones de personas en el mundo. Esta situación a pesar de ser preocupante, es superada ampliamente por la situación de consumo de las que se han denominado drogas legales. El consumo de tabaco se estima ocurre en el 28% de la población de referencia y ocasiona 5 millones de muertes por año en el mundo y el consumo de alcohol, según la organización mundial de la salud, ocurre en 2 mil millones de personas en el mundo, de las cuales 76.3 mil millones presentan alguno de los posibles diagnósticos de enfermedad, consecuencia del consumo de alcohol y es responsable de 1.8 millones de muertes cada año, lo que representa el 3,2% del total de todas las muertes. Hoy, existe acuerdo científico en que el alcohol produce daño en prácticamente todos los órganos del cuerpo humano y los desórdenes en su consumo se relacionan con una amplia variedad de daños físicos, mentales y sociales, produciendo más de 60 enfermedades descritas en diferentes estudios. Solamente en Europa, el consumo de alcohol fue responsable en 1999 de cerca de 55.000 muertes en población joven entre 15 y 29 años (p. 15 - 16)

Preocupa entonces a nivel mundial el consumo de drogas ilegales entre los jóvenes (adolescentes) por ser este más habitual, generando con ello la dependencia al consumo, degradando su estado de salud, el bienestar físico, psicológico, el entorno escolar, familiar y social.

### **2.2.2. En Latinoamérica**

De acuerdo con CONACE Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Estudio Nacional de drogas en la población escolar de Chile, realizado por el Consejo Nacional para el Control de estupefacientes, Ministerio del Interior, Gobierno de Chile en el 2001, se debe involucrar a los adolescentes en actitudes pro sociales buscando ayudar a sus compañeritos consumidores:

El objetivo de realizar acciones que permitan el desarrollo de un comportamiento de ayuda o comportamiento pro social en los estudiantes, es generar un ambiente apropiado para la formación de grupos que se opongan al consumo de SPA, que tengan actitudes positivas hacia la salud y que tengan un adecuado conocimiento sobre las implicaciones negativas que tiene el consumo de sustancias psicoactivas, esto podría tener como resultado convertir un factor de riesgo en un factor de protección, ya que el grupo de coetáneos también puede intervenir en la prevención del consumo de SPA, al oponerse o al rechazar el consumo de sustancias psicoactivas que presentan sus compañeros y al denunciar el expendio de SPA dentro de la institución (CONACE, 2001, p. 39).

En México, de acuerdo con Rivera y Col (2015) en la investigación de nombre *Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México* se encuentra una relación directa entre el consumo de sustancias y la depresión en adolescentes:

Las jóvenes adolescentes tienen mayor posibilidad de presentar sintomatología depresiva (RM= 2.25; IC95% 1.86-2.71) en comparación con los hombres. También, los estudiantes con autoestima baja tienen casi tres veces más posibilidades de presentar síntomas depresivos (RM= 2.77; IC95% 2.41-3.19). En relación con el consumo de alcohol, tabaco y drogas, dicho consumo incrementa casi dos veces las posibilidades de presentar sintomatología depresiva (RM=1.72; IC95% 1.46-2.02); (RM=1.57; IC95% 1.31-1.88), (RM=1.63; IC95% 1.29-2.05, respectivamente). Asimismo, aquellas personas que refirieron violencia intrafamiliar tienen dos veces más posibilidades de presentar síntomas de depresión (RM=2.05; IC95% 1.77-2.39). Respecto a factores familiares, se encontró que tener una comunicación baja con los padres aumenta las posibilidades de presentar sintomatología depresiva (RM=1.78; IC95% 1.59-2.00). (p. 7).

### **2.2.3. En Colombia**

De acuerdo con Camacho (2005) en la investigación de nombre *Factores Psicosociales Relacionados con el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes de Secundaria* para Bogotá se encontró que:

El consumo de SPA tanto legal como ilegal, es decir el porcentaje de personas que han consumido por lo menos una de las SPA, fue de 67.4%. Se presentó una prevalencia del 53% para el consumo de alcohol, siendo la sustancia psicoactiva de mayor consumo dentro de la muestra, seguida por el cigarrillo con un 51.2%; otras sustancias con menor porcentaje de consumo fueron las ilegales como la marihuana con un 7.4%, entre otras. (p. 36).

Los principales resultados, para las sustancias psicoactivas legales (Alcohol y Tabaco), encontrados en el “*Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia – 2011*” realizado por el Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional, (MSPS), la UNODC, la CICAD la OEA, (2011) muestran que:

Entre los escolares de 11 a 12 años un 2,8% declaró haber usado esta sustancia en el último mes, cifra que se eleva al 17,4% entre los estudiantes de 16 a 18 años. El uso de tabaco aumenta sistemáticamente de acuerdo al grado en el que se encuentra el estudiante, pasando de 4% de prevalencia último mes en el grado sexto, a un 15,4% en el undécimo grado. Existe mayor consumo de cigarrillo en estudiantes pertenecientes a establecimientos privados (10,8%) en relación a los colegios públicos (9,4%). Así mismo, Bogotá presenta la mayor prevalencia (17,2%) de uso en el último mes, cifra que baja a menos de un 2% en los departamentos de San Andrés y Chocó. Dos de cada tres escolares de Colombia representados en este estudio declaran haber consumido alguna bebida alcohólica en su vida (tales como vino, cerveza, aguardiente, ron, whisky u otras), siendo la cerveza la de mayor uso. De acuerdo con los resultados del estudio, 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%). Un 19,4% de los escolares del sexto grado declararon haber usado alcohol en el último mes, cifra que se eleva a un 39,2% entre los estudiantes de 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%) que públicos (38,4%). Boyacá, Antioquia, Risaralda, Bogotá y Caldas (entre 45% y 50%) son los territorios con los más altos niveles de uso en el último mes. Por su parte Sucre, Magdalena y Guajira (entre 24% y 25%) registran las menores prevalencias en el último mes. Entre los consumidores de último mes de alcohol casi un 5% de ellos declara consumir diariamente, un 11,7% lo hace entre 3 y 6 veces por semana y 24,1% consume alcohol 1 a 2 veces por semana, siendo la cerveza la bebida de mayor consumo. (p. 20).

Los principales resultados, para las sustancias psicoactivas ilegales (marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis, heroína, alucinógenos, popper, dick y solventes), encontrados en el “*Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia – 2011*” realizado por el Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional, (MSPS), la UNODC, la CICAD la OEA, (2011) muestran que “Un 12,1% de los estudiantes de Colombia declaran haber consumido al menos una sustancia ilícita o de uso indebido alguna vez en la vida, con un 14% entre los hombres y un 10,3% de las mujeres”(p. 20).

Rico y Col. (1993) determinaron en la investigación de nombre *Tipología Regional de la Problemática Familiar y Factores Socioculturales Asociados – Análisis de las Historias Integrales Socio familiares del ICBF* que:

El consumo de alcohol es la sustancia de uso más generalizada, con la mayor tasa de prevalencia láctica (ha consumido alguna vez en la vida), 9 de cada 10 individuos y el consumo en el último año fue de 75%. Además, su consumo se inicia en edades tempranas, un 66% de la población entre los 12 y 17 lo había consumido. Entre las sustancias psicoactivas ilegales, la de uso más difundido es la marihuana, seguida de la cocaína y el bazuco. Entre 6 y 11 de cada mil colombianos consumieron marihuana, 3 de cada mil cocaína (especialmente entre los universitarios, grupo de mayor riesgo) y entre 1 y 3 bazuco. Igualmente, se identificó el problema de los inhalantes, estimándose en un 3.8%, equivalentes a 860 mil consumidores de los cuales 318 mil están entre los 12 y los 17 años. Hay que resaltar que en esta encuesta no se incluyó a la población marginada que deambula por las calles, típica consumidora de inhalantes. (p. 274)

#### 2.2.4. En Antioquia y Medellín

En Vegachí, Antioquia, De Bedout (2011) en la investigación de nombre *Asociación entre consumo de sustancias y relaciones sexuales en adolescentes estudiantes en Vegachí, Antioquia, Colombia* encontró que “Los adolescentes del municipio de Vegachí, Antioquia tienden a tener relaciones sexuales a una temprana edad. Así mismo, existe cierto grado de relación entre el consumo de sustancias y la práctica de conductas sexuales”. (p.31)

De acuerdo con Rondón y Velásquez (2015) en la investigación de nombre *Consumo de drogas y factores asociados en adolescentes escolarizados del municipio de Envigado, Antioquia* es uno de los departamentos con mayor consumo de sustancias psicoactivas, tanto lícitas como ilícitas”. (p. 16). Igualmente indican que “Dentro de las sustancias que más consumen los adolescentes en Medellín se encuentra el alcohol, el cigarrillo y la marihuana”. (p. 17).

En Medellín y el área metropolitana presentaron la mayor prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas ilegales, alcanzando el 6,3%, Antioquia, de acuerdo con la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC) y el Ministerio de Justicia y del Derecho Colombia. (2014), se tiene que:

Alcanzó sólo un 1,6%, encontrándose un poco por debajo de la media nacional; la marihuana era consumida ese año por el 5,3% en el área metropolitana, más del doble del porcentaje nacional que era de 2,3%. Para las sustancias cocaína, heroína, tranquilizantes y éxtasis, las prevalencias fueron del 2,1%, tres veces el valor del promedio nacional. Ahora bien, los datos anteriores no necesariamente corresponden a la situación actual, dada la gran importancia que esta problemática ha tenido en la agenda departamental durante los últimos años. No obstante, cifras recientes aportadas por la Gobernación de Antioquia indican que el consumo de cocaína, marihuana y alcohol en el Área Metropolitana y Medellín está

hasta tres veces por encima de la media nacional, y el consumo se inicia a edades muy tempranas (p. 9).

Arango y Vanegas (2014) en la investigación de nombre *Efectos del consumo de alcohol vía vaginal en adolescentes en cuatro colegios de la ciudad de Medellín, Colombia* encontraron que, en Medellín, el consumo de alcohol en las adolescentes escolarizadas es frecuente tanto vía oral como vaginal en un 59,2% y 1,7% respectivamente. (p. 283)

### **2.3 El problema como tal**

Desde finales del año 2014, los profesores, directivos, padres de familia, autoridades municipales y población en general percibieron un aumento del consumo de drogas y sustancias psicoactivas en los estudiantes del bachillerato de la Institución Educativa del Municipio de Gómez Plata, Antioquia. Esa percepción social generó que la Secretaria de Salud y Protección Social desarrollara un proyecto de “salud mental y reducción de sustancias psicoactivas” en el marco del Plan de salud territorial de intervenciones colectivas firmando con ello el Convenio de Salud Publica No. 08 de 2015 suscrito con la E.S.E Hospital Santa Isabel a principios del año 2015 buscando intervenir a los adolescentes con charlas y talleres enfocados en los efectos nocivos del consumo de sustancias psicoactivas.

El programa fue implementado en la Institución educativa Gómez Plata en los grados de sexto hasta undécimo de bachillerato por un grupo interdisciplinario de profesionales en el área de psicología, trabajo social y enfermería, encargados de ejecutar las charlas en dicha institución.

Esta es una institución pública a cargo del Departamento de Antioquia - Secretaria de educación- en secundaria cuenta con 435 estudiantes, ubicados en el Bloque 1.

Infortunadamente, se percibió por parte de los directivos y comunidad en general del Municipio de Gómez Plata un aumento en el consumo posterior a la intervención estatal principalmente en los adolescentes escolarizados del casco urbano y surge una primera

pregunta ¿Es real el aumento del consumo en adolescentes, o simplemente es una percepción general del entorno social?

Pero las percepciones sociales son importantes, pero no suficientes para la implementación de planes de salud por eso surge esta investigación sobre “Determinación del Consumo de Sustancias Psicoactivas en la Institución Educativa Gómez Plata. Antioquia. 2016”, que permitió, por primera vez en el municipio, obtener datos reales sobre consumo en sustancias psicoactivas en los adolescentes de Gómez Plata. Convirtiéndose en el primer paso para darle norte al gasto público en el sector salud y futuros proyectos de salud mental.

### **2.3.1 Formulación del problema**

¿Cuál es la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales en los bachilleres de la Institución Educativa Gómez Plata en el año 2016?

### 3. JUSTIFICACIÓN

Determinar el Universo del Consumo de Sustancias Psicoactivas en adolescentes en edad escolar en la Institución Educativa Gómez Plata del Municipio del mismo nombre en el Departamento de Antioquia, es primordial para establecer las líneas de abordaje certeras en los Programas de Salud Pública, tanto municipales, departamentales como nacionales buscando a mediano y largo plazo, la disminución en la deserción escolar, el descenso en adolescentes involucrados en actos delictivos, la caída porcentual en tasa de morbilidad y mortalidad asociadas al consumo de sustancias psicoactivas entre otros. Sin ese conocimiento, sólo estaremos dando golpes a ciegas.

El Departamento de Antioquia y las autoridades de salud y educativas han hecho grandes esfuerzos por implementar estrategias que permitan la reducción a corto y largo plazo de acuerdo a estudios realizados en el uso de drogas, nuevas formas de consumo en adolescentes escolarizados, como identificar los más importantes riesgos personales y sociales asociados a esta problemática que se ha venido incrementando en las instituciones educativas del departamento, volviéndose trascendental esta evaluación la cual guiará futuros proyectos de salud mental y reducción del consumo de sustancias psicoactivas en pro de mejoramiento continuo de la calidad de vida de nuestros adolescentes escolarizados, serviría de referente regional, pues son muy pocos los trabajos investigativos enfocados en evaluar proyectos en programas de salud pública implementados en los colegios.

Determinar el consumo de sustancias psicoactivas en población adolescente escolarizada en los grados de bachillerato, es ir en búsqueda de la mejoría constante.

Se evitarían realizar malos procedimientos o repetir los mismos errores los cuales generan gastos innecesarios al erario público de las administraciones gubernamentales locales y nacionales. Adicionalmente el desgaste de dependencias y autoridades; mala administración del recurso humano y de los financieros que podrán ser invertidos en programas de

mejoramiento en la calidad de la educación, infraestructura y restaurantes escolares de las Instituciones Educativas.

Este trabajo es el primer escalón en la búsqueda de resultados positivos en tres principales frentes: Disminución de la deserción escolar, el descenso en adolescentes involucrados en actos delictivos y la caída porcentual en tasa de morbilidad y mortalidad asociadas al consumo de sustancias psicoactivas entre otros para el Municipio de Gómez Plata a corto, mediano y largo plazo, cumpliéndoles un derecho fundamental a los adolescentes. Desde la academia se daría un lineamiento, guía o base para referencias futuras de evaluación a proyectos de salud mental y reducción de sustancias psicoactivas en los colegios del departamento o la nación en el marco de programas de salud pública, fortaleciendo la investigación científica y aportando al desempeño eficiente y eficaz de las administraciones públicas regionales y locales.

Igualmente se fortalecería la gestión de los gerentes de hospitales encargados de firmar convenios de salud pública con las alcaldías locales para ejecutar proyectos específicos de mitigación al consumo de sustancias psicoactivas, pues el aporte al desarrollo del convenio y ejecución por el precedente evaluativo daría pautas más precisas para mejorar las estrategias de prevención al consumo de drogas.

El resultado de esta investigación permitirá a los entes encargados de la toma de decisiones de la creación de proyectos preventivos, orienten dicha propuesta hacia generación un impacto positivo que disminuya el consumo de sustancias psicoactivas, legales o ilegales en la población escolar.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo General**

Determinación del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes de Bachillerato de la Institución Educativa Gómez Plata. Antioquia. 2016.

### **4.2. Objetivos específicos**

- Determinar las variables socios demográficas tales como edad, sexo, nivel educativo de la población objeto de estudio.
- Establecer cuantitativamente el Consumo de Sustancias Psicoactivas con la aplicación de encuesta estructurada de parámetro cerrado.
- Realizar las recomendaciones necesarias y suficientes, tanto a la institución educativa como al municipio de Gómez Plata que se desprendan de los resultados obtenidos

## 5. MARCO TEÓRICO

### 5.1. Marco conceptual

#### 5.1.1 ¿Qué es una sustancia psicoactiva?

Greenfacts (2012) elabora un resumen fiel del destacado informe investigativo de consenso científico publicado en 2004 por la Organización Mundial de la salud (OMS)

“Neuroscience of psychoactive substance use and dependence” define las sustancias psicoactivas como:

Aquellas cuyo consumo puede alterar los estados de conciencia, de ánimo y de pensamiento. Son sustancias psicoactivas, por ejemplo, el tabaco, el alcohol, el cannabis, las anfetaminas, el éxtasis, la cocaína y la heroína. (p. 12)

Según la Organización Mundial de la Salud OMS (2000) “es cualquier sustancia que, cuando se la introduce en un organismo viviente es capaz de modificar una o más de sus funciones”

El Consejo Nacional Contra las Adicciones de México (1994) en su *Guía para el diseño y desarrollo de programas preventivos en materia de adicciones* nos trae algunos conceptos generales relativos al consumo de sustancias psicoactivas, para saber la diferencia y significados de varios términos:

¿Qué es una droga?, en el sentido más amplio es cualquier sustancia química o mezcla de sustancias distintas, que en condiciones normales son necesarias para la conservación de la salud, cuya administración modifica las funciones biológicas y, posiblemente, también la estructura del organismo. De forma resumida, también se le define como cualquier sustancia que introducida en un organismo vivo puede modificar una o más de sus funciones, por lo tanto, el alcohol etílico, la nicotina del

tabaco y las demás drogas de diferentes tipos constituyen esta clase de sustancias que también se les suele llamar psicoactivas. ¿Qué es una droga adictiva?, es una sustancia capaz de interactuar con un organismo vivo, de tal forma que produce un estado de dependencia psíquica, física o ambas. ¿Qué es una droga psicoactiva?, es una sustancia que altera el funcionamiento mental (pensamiento, juicio, razonamiento, memoria, etc.). ¿Qué es una adicción?, es el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, caracterizado por la modificación del comportamiento y otras reacciones, generalmente a causa de un impulso irreprimible por consumir un fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y en ocasiones para evitar el malestar producido por la privación de este, o el llamado síndrome de abstinencia. En este sentido se denomina alcoholismo a la adicción al alcohol, tabaquismo a la adicción a la nicotina del tabaco, y farmacodependencia al hábito de consumir drogas medicas: anfetaminas, algunos estimulantes y tranquilizantes, así como a las drogas ilícitas: marihuana, cocaína, heroína y alucinógenos, o los solventes que son de uso industrial. (p. 13)

Por lo anterior podemos decir que las sustancias psicoactivas (drogas) son sustancias naturales o químicas que afectan el cuerpo, la mente y la conducta del ser humano ocasionando alteraciones a su sistema nervioso, promoviendo la euforia, la alteración, la adrenalina o la depresión. En Colombia tenemos drogas legales, es decir las aceptadas socialmente como el Licor, el Cigarrillo, los tranquilizantes y el café; las ilegales, las no aceptadas socialmente: Morfina – Heroína, Marihuana, la coca: Bazuca- Cocaína, las anfetaminas, pegantes – Combustibles y hasta los hongos.

Para caer en el consumo de sustancias psicoactivas deben existir unos factores de riesgos, los cuales van desde la sociedad, el gobierno, la familia, factores individuales, de protección y de la escuela, este último como indicativo de riesgo según el Consejo Nacional Contra las Adicciones de México (1994) en su *Guía para el diseño y desarrollo de programas preventivos en materia de adicciones* nos habla de dos factores:

El primero es que el fracaso escolar puede pronosticar la frecuencia y el nivel del uso de las drogas, sobre todo si este ocurre en los últimos años de la educación elemental, lo que agudiza la probabilidad de un comportamiento antisocial temprano y el segundo es que el desinterés en el desarrollo escolar, a través de inasistencias prolongadas a clases, repudio a la permanencia en la escuela y la disminución del tiempo que dedica el alumno a sus tareas. (p. 18)

Igualmente la misma obra mencionada anteriormente, nos trae los niveles en que se debe aplicar los programas preventivos al consumo de sustancias psicoactivas, las cuales deben darse en tres niveles: primario, secundario y terciario, de acuerdo a este esquema, todo programa debe definir con precisión el tipo de actividad que corresponde de acuerdo con el grado de capacitación del personal y los recursos con los que se dispone, el lugar en donde llevará a cabo sus acciones, los grupos a quienes dirigirá los mensajes, la presencia de adicción a diversas drogas y la manifestación de diferentes rangos de consumo:

Prevención primaria: es el conjunto de actividades encaminadas a evitar que se presenten nuevos casos de una enfermedad. Prevención secundaria: se orienta al diagnóstico oportuno de un padecimiento, con el fin de proporcionar el tratamiento temprano y completo y evitar la aparición de complicaciones, incapacidad y/o muerte y la Prevención terciaria: se destina a aquellos enfermos que ya son farmacodependientes a través del tratamiento, la limitación del daño, la rehabilitación y la readaptación social, es necesario que en este nivel se involucre la familia del paciente con el fin de que apoye y participe en este proceso, facilitando así la rehabilitación. (p. 25)

Para que una sustancia sea considerada droga en la actualidad según Gómez V., Antonia (1994) *La droga un juego peligroso* debe cumplir las siguientes condiciones:

Deseo imperioso, tendencia a aumentar la dosis, dependencia, síndrome de abstinencia y ser nocivo para el consumidor. (p. 17)

Para la realización de la presente investigación nos centraremos exclusivamente en las siguientes sustancias psicoactivas, las más comunes en el consumo de los escolares (bachilleres): Alcohol, Cigarrillo (tabaco), Marihuana (cannabis), la Cocaína/ Bazuca, las anfetaminas, inhalantes y tranquilizantes.

Por lo anterior definiremos cada sustancia según el glosario de términos establecido por la Organización Mundial de la salud OMS (1994). *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*:

**Alcohol (alcohol)** En terminología química, los alcoholes constituyen un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos hidroxilo (-OH). El etanol (C<sub>2</sub>H<sub>5</sub>OH, alcohol etílico) es uno de los compuestos de este grupo y es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas. Por extensión, el término “alcohol” se utiliza también para referirse a las **bebidas alcohólicas**. El etanol se obtiene a partir de la fermentación del azúcar por la levadura. En condiciones normales, las bebidas elaboradas por fermentación tienen una concentración de alcohol que no supera el 14%. En la producción de bebidas espirituosas obtenidas mediante destilación, el etanol se evapora por ebullición de la mezcla fermentada y se recoge luego en forma condensada casi pura. Además de usarse para el consumo humano, el etanol se utiliza como combustible, como disolvente y en la industria química (véase **alcohol, no apto para el consumo**). El **alcohol absoluto** (etanol anhidro) es el etanol que contiene una cantidad de agua inferior o igual al 1% en peso. En las estadísticas sobre la producción o el consumo de alcohol, el alcohol absoluto indica el contenido de alcohol (como etanol al 100%) de las bebidas alcohólicas. El metanol (CH<sub>3</sub> OH), denominado también alcohol metílico y alcohol de madera, es el alcohol que tiene la fórmula química más sencilla. Se emplea como disolvente industrial y también como adulterante para desnaturalizar el etanol lo que hace que no sea apto para el

consumo (bebidas alcohólicas metiladas). El metanol es sumamente tóxico; dependiendo de la cantidad consumida, puede producir visión borrosa, ceguera, coma y la muerte. Otros alcoholes no aptos para el consumo que se beben en ocasiones y que pueden tener efectos nocivos son el isopropanol (alcohol isopropílico, frecuente en el alcohol sanitario) y el etilenglicol (usado como anticongelante para automóviles). El alcohol es un **sedante/hipnótico** con efectos parecidos a los de los **barbitúricos**. Además de los efectos sociales de su consumo, la **intoxicación** alcohólica puede causar **envenenamiento** o incluso la muerte; el consumo intenso y prolongado origina en ocasiones **dependencia** o un gran número de trastornos mentales, físicos y orgánicos. En la CIE-10 (ICD-10), los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol (F10) se clasifican dentro de los **trastornos por consumo de sustancias psicoactivas** (F10-F19). (p. 15)

**Tabaco (tobacco)** Preparado de las hojas de *Nicotiana tabacum*, una planta originaria de América de la familia de las Solanáceas. Su principal ingrediente psicoactivo es la **nicotina**. (p. 60)

**Nicotina (nicotina)** Alcaloide que constituye la principal sustancia psicoactiva presente en el tabaco. Tiene efectos **estimulantes** y relajantes. Produce un efecto de alerta en el electroencefalograma y, en algunas personas, eleva la capacidad de concentración. En otras, reduce la ansiedad y la irritabilidad. La nicotina se consume en forma de humo de tabaco inhalado, “tabaco sin humo” (como el de mascar), rapé o chicles de nicotina. Cada calada de humo de tabaco contiene nicotina que se absorbe rápidamente a través de los pulmones y llega al cerebro en cuestión de segundos. La nicotina desarrolla **tolerancia** y **dependencia** considerables. Debido a su rápido metabolismo, la concentración cerebral de nicotina disminuye con rapidez y el fumador siente ganas de encender otro cigarrillo de 30 a 40 minutos después de apagar el anterior. Los consumidores de nicotina que han desarrollado dependencia física presentan un **síndrome de abstinencia** unas horas después de la última dosis que consiste en: ansia de fumar, irritabilidad, ansiedad, enfado, alteración de la

concentración, aumento del apetito, reducción de la frecuencia cardíaca y, en ocasiones, cefaleas y trastornos del sueño. El ansia alcanza su grado máximo al cabo de 24 horas y disminuye después a lo largo de varias semanas, aunque los estímulos asociados a los hábitos previos de tabaquismo pueden provocarla nuevamente. El tabaco contiene otros muchos ingredientes además de la nicotina. El consumo prolongado de tabaco puede causar cáncer de pulmón, de cabeza o de cuello, enfermedades cardíacas, bronquitis crónica, enfisema y otros trastornos físicos. La dependencia de la nicotina (F17.2) se clasifica dentro de los trastornos debidos al consumo de tabaco, en los **trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas** de la CIE-10 (ICD-10). (p. 46)

**Cannabis (Cannabis)** Término genérico empleado para designar los diversos preparados psicoactivos de la planta de la marihuana (cáñamo), Cannabis sativa. Estos preparados son: hojas de marihuana (en la jerga de la calle: hierba, maría, porro, canuto...), bhang, ganja o hachís (derivado de la resina de los ápices florales de la planta) y aceite de hachís. En el **Convenio** Único de 1961 sobre Estupefacientes, el cannabis se define como “los brotes floridos o con fruto, del cannabis (excepto las semillas y las hojas no unidas a las sumidades) de las cuales no se ha extraído la resina”, mientras que la resina de cannabis es “la resina separada, en bruto o purificada, obtenida de la planta del cannabis”. Las definiciones se basan en los términos indios tradicionales ganja (cannabis) y charas (resina). El otro término indio, bhang, hace referencia a las hojas. El aceite de cannabis (aceite de hachís, cannabis líquido, hachís líquido) es un concentrado de cannabis que se obtiene por extracción, a menudo con un aceite vegetal. El término marihuana es de origen mexicano. Utilizado en un principio para designar el tabaco barato (a veces mezclado con cannabis), se ha convertido en un vocablo general para referirse a las hojas del cannabis o al propio cannabis en muchos países. El hachís, que antiguamente era un término general para llamar al cannabis en la cuenca del Mediterráneo oriental, se aplica hoy a la resina del cannabis. El cannabis contiene al menos 60 cannabinoides, algunos de los cuales tienen actividad

biológica. El componente más activo es el  $\Delta$ 9-tetrahidrocannabinol (THC), que puede detectarse en la orina junto con sus metabolitos varias semanas después del consumo de cannabis (habitualmente fumado). La **intoxicación** por cannabis produce una sensación de euforia, ligereza de las extremidades y, a menudo, retraimiento social. Altera la capacidad de conducción y la ejecución de otras actividades complejas y que exigen destreza; afecta a las siguientes esferas: memoria inmediata, capacidad de atención, tiempo de reacción, capacidad de aprendizaje, coordinación motriz, percepción de la profundidad, visión periférica, sentido del tiempo (es habitual que el sujeto tenga la sensación de que el tiempo se ralentiza) y detección de señales. Otros signos de intoxicación que pueden manifestarse son ansiedad excesiva, desconfianza o ideas paranoides en algunos casos y euforia o apatía en otros, alteración del juicio, hiperemia conjuntival, aumento del apetito, sequedad de boca y taquicardia. El cannabis se consume a veces con **alcohol**, una combinación que tiene efectos psicomotores aditivos. Se han descrito casos de consumo de cannabis que han precipitado una recidiva de la esquizofrenia. Debido a intoxicación por cannabis, se han comunicado estados agudos de ansiedad y de angustia, así como estados delirantes agudos que suelen remitir en unos días. Los cannabinoides se emplean en ocasiones con fines terapéuticos para el glaucoma y para contrarrestar las náuseas en la quimioterapia oncológica. Los trastornos por el consumo de cannabinoides se clasifican dentro de los **trastornos por consumo de sustancias psicoactivas** en la CIE-10 (ICD-10) (F12). (p. 24)

**Cocaína (cocaine)** Alcaloide que se obtiene de las hojas de la coca o que se sintetiza a partir de la ecgonina o sus derivados. El hidrocloreto de cocaína se utilizaba a menudo como anestésico local en odontología, oftalmología y cirugía otorrinolaringológica por su potente actividad vasoconstrictora, que ayuda a reducir la hemorragia local. La cocaína es un potente **estimulante** del sistema nervioso central que se emplea con fines no médicos para producir euforia o insomnio; el

consumo repetido provoca **dependencia**. La cocaína, o “coca”, suele venderse en copos blancos, translúcidos, cristalinos o en polvo (“polvo blanco”, en inglés: “snuff” o “nieve”), a menudo adulterada con distintos azúcares o anestésicos locales. El polvo se aspira (“se esnifa”) y produce efectos en 1-3 minutos, que duran aproximadamente media hora. La cocaína también puede ingerirse por vía oral, frecuentemente junto con alcohol, y los consumidores de opiáceos y cocaína tienden a inyectársela por vía intravenosa. Un procedimiento para aumentar la potencia de la cocaína es el “freebasing”, que consiste en extraer la cocaína pura (la base libre) e inhalar los vapores emitidos al calentarla a través de un cigarrillo o una pipa de agua. Se mezcla una solución acuosa de la sal de cocaína con un álcali (como el bicarbonato) y después se extrae la base libre en un disolvente orgánico como éter o hexano. Este procedimiento es peligroso, ya que la mezcla es explosiva y muy inflamable. Una técnica más sencilla, que evita el empleo de disolventes orgánicos, consiste en calentar la sal de cocaína con bicarbonato; el producto obtenido se denomina “crack”. El “crack” o “rock” es el alcaloide de la cocaína (base libre), un compuesto amorfo que puede contener cristales de cloruro sódico. Es de color beige. El nombre de “crack” deriva del sonido que hace el compuesto al calentarse. Cuatro o seis segundos después de inhalar el crack, se produce un “subidón” intenso; se experimenta una sensación inmediata de euforia o la desaparición de la ansiedad, junto con sentimientos exagerados de confianza y autoestima. También se produce una alteración del juicio y, por tanto, el consumidor tiende a emprender actividades irresponsables, ilegales o peligrosas sin pensar en las consecuencias. El habla se acelera y a veces es incoherente y deslavazada. Los efectos placenteros duran sólo 5-7 minutos, tras los cuales el estado de ánimo desciende con rapidez hasta un estado de disforia, y el consumidor se siente obligado a repetir el proceso para recuperar la excitación y la euforia del “subidón”. Parece que las **sobredosis** son más frecuentes con el crack que con las demás formas de cocaína. La administración repetida de cocaína, conocida en inglés, como un “run” va seguida normalmente de un “bajón”, cuando se interrumpe el consumo. El “bajón” puede considerarse un **síndrome de abstinencia** durante el cual la euforia es reemplazada

por aprensión, depresión profunda, somnolencia y apatía. Tanto las personas que experimentan con la cocaína por primera vez como los consumidores crónicos pueden sufrir reacciones tóxicas agudas. Consisten en un **delirio** parecido al pánico, hiperpirexia, hipertensión (a veces con hemorragia subdural o subaracnoidea), arritmias cardíacas, infarto de miocardio, colapso cardiovascular, crisis convulsivas, estado epiléptico y la muerte. Otras secuelas neuropsiquiátricas son un síndrome psicótico con delirios paranoides, alucinaciones auditivas y visuales e ideas de referencia. La terminología utilizada para describir las alucinaciones o ilusiones paranoides que recuerdan al centelleo de la luz del sol sobre los cristales de nieve se denomina “luces de nieve”. Se han descrito efectos teratógenos, incluso anomalías del tracto urinario y deformidades de las extremidades. Los trastornos por el consumo de cocaína se clasifican dentro de los **trastornos por consumo de sustancias psicoactivas** en la CIE-10 (ICD10) (F14). (p. 25)

**Pasta de coca (coca paste)** Producto obtenido de las **hojas de la coca** durante el primer paso del proceso de extracción de la **cocaína**. Contiene sulfato de cocaína al 50%-90% e impurezas tóxicas, tales como queroseno y ácido sulfúrico. Se fuma en Sudamérica con **marihuana**, con tabaco o sola. La pasta de coca mezclada con marihuana y/o con tabaco se denomina pitillo en Bolivia y bazuco en Colombia. (p. 48)

**Anfetamina (amphetamine)** Tipo de amina simpaticomimética con una potente actividad **estimulante** sobre el sistema nervioso central. En este grupo se encuentran la anfetamina, la dexanfetamina y la metanfetamina. Entre las sustancias relacionadas desde el punto de vista farmacológico están el metilfenidato, la fenmetrazina y la anfepranoma (dietilpropión). En el lenguaje de la calle, las anfetaminas se llaman a menudo “anfetas” o “speed”. Los signos y síntomas que indican una **intoxicación** por anfetaminas u otros simpaticomiméticos de acción parecida son: taquicardia, dilatación de las pupilas, aumento de la tensión arterial, hiperreflexia, sudor, escalofríos, anorexia, náuseas o vómitos, insomnio y

alteraciones del comportamiento, tales como agresividad, delirios de grandeza, hipervigilancia, agitación y alteración del juicio. En casos raros, se produce delirio en las 24 horas siguientes al consumo. El uso crónico induce a menudo a cambios de la personalidad y del comportamiento como impulsividad, agresividad, irritabilidad, desconfianza y psicosis paranoide (véase **psicosis por anfetaminas**). Cuando dejan de tomarse anfetaminas después de un consumo prolongado o abusivo, se puede producir una reacción de abstinencia, que consiste en estado de ánimo deprimido, fatiga, hiperfagia, trastornos del sueño y aumento de la ensoñación. Actualmente, la prescripción de anfetaminas y otras sustancias relacionadas se limita principalmente al tratamiento de la narcolepsia y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Se desaconseja el empleo de estas sustancias como **anorexígenos** en el tratamiento de la obesidad. (p. 20).

**Sustancias volátiles (volatile substances) ò inhalantes** Sustancias que se transforman en vapor a temperatura ambiente. Las sustancias volátiles que se inhalan para obtener efectos psicoactivos (también llamadas inhalantes) son los disolventes orgánicos presentes en numerosos productos de uso doméstico e industrial (como pegamento, aerosoles, pinturas, disolventes industriales, quitaesmaltes, gasolina y líquidos de limpieza) y los nitritos alifáticos, como el **nitrito de amilo**. Algunas sustancias son directamente tóxicas para el hígado, el riñón o el corazón y algunas producen **neuropatía periférica** o degeneración cerebral progresiva. Los consumidores más frecuentes de estas sustancias son los adolescentes y los niños de la calle. Por lo general, el consumidor empapa un trapo con el inhalante y se lo coloca sobre la boca y la nariz o bien vierte el inhalante en una bolsa de plástico o de papel que después se coloca en la cara (lo que induce anoxia además de **intoxicación**). Los signos de intoxicación son agresividad, beligerancia, letargo, alteración psicomotriz, euforia, alteración del juicio, mareo, nistagmo, visión borrosa o diplopía, habla farfullante, temblor, marcha inestable, hiperreflexia, debilidad muscular, estupor o coma. (p. 60)

**Tranquilizante (Tranquillizer)** Medicamento con efectos calmantes; término general que designa varios grupos de medicamentos empleados en el tratamiento sintomático de diversos trastornos mentales. El término puede usarse para diferenciar entre estos medicamentos y los **sedantes/hipnóticos**: los tranquilizantes tienen un efecto calmante o amortiguador sobre los procesos psicomotores sin afectar —excepto cuando se usan en dosis altas— a la conciencia ni al pensamiento. El término tranquilizante se usa hoy en día para referirse sobre todo a los medicamentos utilizados para tratar los trastornos de ansiedad, como sinónimo de “tranquilizantes menores”. Este último término se introdujo para distinguir a estos medicamentos de los “tranquilizantes mayores” (**neurolépticos**), empleados para el tratamiento de los trastornos psicóticos. No obstante, se ha dado por supuesto, incorrectamente, que el término “tranquilizantes menores” indica la ausencia de efectos nocivos importantes. Lo mejor es evitar el uso de éste término, dado el **potencial de dependencia** de estos medicamentos. (p. 62)

## **5.1.2. Consumo de sustancias psicoactivas**

### **5.1.2.1. Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes**

El consumo de sustancias psicoactivas amenaza la población juvenil, es por ello que existe la necesidad de reconocer e identificar los diferentes factores que pueden interferir en el estado de salud de los jóvenes, por el grado de importancia que tiene esto para el avance, progreso y desarrollo social y de productividad en las sociedades.

Zapata V., Mario A. (2007) en su investigación comparativa del Consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados del departamento de Antioquia nos dice que:

Es la adolescencia la etapa clave del desarrollo humano, en la cual se debe garantizar un ambiente propicio para la formación de una apropiada estructura de personalidad, que les permita a los jóvenes enfrentar con criterio estructurado

amenazas del entorno como el consumo de drogas. Cerca de 1.773 millones de personas, lo cual corresponde al 27% del total de la población mundial, está compuesta por adolescentes (10 a 19 años de edad) y jóvenes (15 a 24 años de edad) y una importante porción de los mismos experimentan alguna vez en el consumo de drogas. Afortunadamente, la mayoría de ellos suspenden rápidamente su consumo, pero algunos tienen el riesgo de mantenerse como consumidores ocasionales o por recreación y en el peor de los casos, otros pueden convertirse en consumidores habituales y, llegar a una indeseable situación de dependencia psicológica, física o a ambas (p. 16 -17)

Son muchos los motivos para consumir drogas: curiosidad, diversión, buscar aceptación, rebelarse, tener aventuras, olvidar preocupaciones, evitar tensiones o desinhibirse por eso la red de formación de educadores para la prevención del consumo indebido de drogas hicieron una compilación con la fundación SURGIR (1997), donde se obtiene un material informativo sobre drogas en el medio escolar, dándonos una clasificación del consumidor bachiller en 5 pasos, en donde a medida que aumenta la frecuencia, la dosis y según el tipo de drogas que consume avanza en cada paso o escala:

Primer paso: EXPERIMENTADOR, por curiosidad o por acceder a un grupo, USADOR SOCIAL. Segundo paso: consumo asociado a actividades de grupo, BUSCADOR. Tercer paso: siente que la droga es necesaria para su vida, DISFUNCIONAL. Cuarto paso: Presenta deterioro físico y psicosocial, DESTRUCTIVO, y Quinto paso: Se hace daño y agrede a otros. (p.57).

Las drogas que producen dependencia según compilación hecha por SURGIR (1997) para informar al medio escolar en bachilleres se clasifican en:

DEPRESORAS, las que disminuyen el ritmo del sistema nervioso: Alcohol, Opiáceos, Barbitúricos, Hipnóticos y tranquilizantes. ESTIMULANTES, las que aceleran el sistema nervioso: anfetaminas, cocaína, bazuca. ALUCINOGENOS, las

que producen cambios en la percepción y en el conocimiento: Marihuana, Hongos, Ácidos. VOLÁTILES, las que inhiben el sistema nervioso: pegantes y solventes y los combustibles. (p. 58)

Según SURGIR (1997) El consumo de sustancias psicoactivas trae unas consecuencias en los escolares o bachilleres y son:

Alteraciones de la salud física y mental, deterioro en el funcionamiento social, problemas laborales y académicos, dificultad en la vida familiar, alteraciones de la conducta moral y legal, muerte por intoxicación y sobredosis o por síndrome de abstinencia. (p. 59)

La organización Mundial de la Salud OMS, indica cinco características de la toxicomanía en los adolescentes, es decir, jóvenes escolares que ya estén inmersos en el consumo de alguna sustancia psicoactiva (que sean dependientes) y son:

1. Un deseo o necesidad imperiosos de seguir tomando droga y de obtenerla por cualquier medio.
2. Una tendencia a aumentar progresivamente la cantidad de droga consumida.
3. Una dependencia psíquica y, generalmente, física de los efectos de la droga.
4. La aparición del denominado “síndrome de abstinencia” cuando, por cualquier motivo, se interrumpe el uso de la droga.
5. La aparición de efectos nocivos para el individuo y su entorno.

#### **5.1.2.2. El consumo del alcohol**

La investigación social de la última década ha resaltado la necesidad de describir, explicar y prevenir el fenómeno del abuso de bebidas alcohólicas entre los jóvenes y adolescentes. Hasta hace pocos años, los científicos que abordaban el problema del consumo de alcohol provenían

básicamente de la comunidad médica, y el interés de su trabajo se focalizaba, sobre todo, en los aspectos clínicos y terapéuticos relacionados con el alcohol dependencia. Sin embargo, los cambios sociales acontecidos en las últimas décadas, y especialmente aquellos reflejados en la conducta de los jóvenes, han contribuido a la aparición de un nuevo tipo de “abusador del alcohol”. La figura del alcohólico solitario -ubicado en aquella “estética de la derrota” que describieron tantos creadores de nuestro siglo desde diferentes medios expresivos- tiene su contrapunto en la imagen del joven bebedor grupal -más que social- de fin de semana. El joven abusador de bebidas alcohólicas se encuentra perfectamente integrado en el paisaje de la sociedad urbana de finales de siglo. Forma parte de la sociedad del ocio, el marketing y la desocupación. Es un elemento más de ella, como lo son la copa que tiene en la mano o el anuncio televisivo que le recordó la necesidad de su consumo. (p. 13).

Y como lo dice reppetto, Dr C. y M en su obra Toxicología de la Drogadicción (1985):

Desde que el hombre aprendió a aprovecharse de la fermentación, produce bebidas alcohólicas, de tal manera que el alcohol va unido íntimamente con la civilización, quizás como un medio de búsqueda de la felicidad no alcanzada en la vida ordinaria (p. 12).

El consumo de alcohol fue aceptado con indiferencia y no constituía, en la mayoría de los casos, una plaga social, sino de círculos determinados (p.14)

En la actualidad el consumo de alcohol ha ido aumentando en forma discriminada en la sociedad colombiana, más específicamente en la antioqueña, donde nos identificamos de ser paisas alegres, fiesteros y rumberos, donde el consumir alcohol es una costumbre de alto orgullo, ejemplo que se visibiliza en las Instituciones

Educativas, convirtiéndose esto en un problema de salud pública para los gobiernos locales, donde los principales consumidores son los adolescentes afectándose su integridad física y emocional, además de estar expuestos a accidentes de tránsito, riñas y peleas que en ultimas terminan con problemas en el núcleo familia, íntimo y social, como lesiones graves permanentes en el cuerpo y hasta la muerte misma.

### **5.1.2.3. El consumo de tabaco**

Según Cano Zapata, Omar Orlando (2008) *Factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes entre 12 a 18 años de edad del Colegio Guillermo Taborda Restrepo*. Medellín, en su trabajo de tesis definen el concepto de tabaco y su consumo como:

Un producto vegetal obtenido de las hojas de varias plantas del genero Nicotina, en concreto nicotina tabaco. Se consume de varias formas, siendo la principal la fumada, su particular contenido en nicotina la convierte en adictiva. Se comercializa legalmente en todo el mundo, aunque tiene numerosas restricciones para ser fumada en muchos países ya que posee efectos adversos para la salud pública. Su composición está formada por el alcaloide nicotina, que se encuentra en las hojas en proporciones variables (desde menos del 1% hasta el 12%). El resto es el llamado alquitrán, una sustancia oscura y resinosa compuesta por varios agentes químicos, muchos de los cuales se generan como resultado de la combustión (cianuro de hidrogeno, monóxido de carbono, dióxido de carbono, óxido de nitrógeno, amoniaco, etc.). Según un estudio de la E.S.E CARISMA (2007) indica, que el consumo de tabaco en el departamento de Antioquia en los jóvenes escolarizados fue de 24.4% (p. 11).

El tabaco o el cigarrillo como sustancia legal ha sido la más consumida en las últimas décadas por los adolescentes, factores como la moda, la curiosidad o encajar en el grupo hacen que esta población escolarizada caiga en el consumo, la Asociación Española de

toxicología en su libro Toxicología de la Drogadicción (1985) coordinado por Manuel Repetto, Dr C. y M nos dice que:

El tabaco es la droga más consumida del mundo. Anualmente se producen entre cuatro millones de toneladas, y la tasa de aumento es superior a la expansión demográfica pues se ha triplicado en un siglo. Los principales países productores para el consumo son Estados Unidos, China, India y Japón. Ochocientas mil toneladas de la producción mundial son consumidas por los países no productores. El número de cigarrillos que se consumen en el mundo se encuentra entre los 2.500. a 3.000 billones, que sale a una media de 600 a 800 cigarrillos por habitante. A esta cantidad hay que sumar la correspondiente al cigarro “habano” y al de pipa. (p. 22)

#### **5.1.2.4. El consumo de marihuana/ Cannabis**

La Oficina de las Naciones Unidas contra las drogas y el delito refiere que:

El consumo mundial de cannabis parece haberse reducido, lo que refleja en lo esencial una disminución de las estimaciones sobre su consumo comunicadas por varios países de Europa occidental y central. Sin embargo, en los Estados Unidos la impresión de que el consumo de cannabis no es tan peligroso ha conducido al aumento de dicho consumo. Al mismo tiempo, cada año hay un mayor número de consumidores de cannabis que se acogen a tratamiento (UNDOC, 2014, p 6)

Manuel Repetto (1985) nos dice que:

En la actualidad los preparados de cannabis, sea en forma de hierba o su resina para su consumo, constituyen el principal agente ilegal de drogofilia en el mundo, por el extenso consumo de que son objeto, especialmente, por los jóvenes. (p. 18)

En este orden de ideas, por ser la droga más consumida en el mundo, la Oficina de las Naciones Unidas contra las drogas y el delito UNODC (2014) en el resumen de su informe ejecutivo Mundial sobre las drogas nos dice que:

A nivel mundial, se calcula que en 2012 entre 162 y 324 millones de personas, es decir del 3,5% al 7,0% de la población de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una vez alguna droga ilícita, principalmente sustancias del grupo del cannabis..., Aunque el público en general tal vez considere que el cannabis es la menos dañina de las drogas ilícitas, en el último decenio ha aumentado notoriamente el número de personas que se somete a tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de esa sustancia, especialmente en América, Oceanía y Europa. (p.2)

#### **4.1.2.5 El Consumo de coca**

Con respecto al consumo de esta sustancia la UNODC (2014) Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito en su informe mundial sobre las Drogas nos dice que:

El consumo de cocaína todavía se concentra más en América, Europa y Oceanía, en tanto que prácticamente toda la producción mundial se realiza en tres países de América del Sur. Aunque no hay datos concluyentes sobre el alcance del consumo de esa droga en África y Asia, los expertos consideran que en esas dos regiones puede haber zonas de consumo incipiente, cuya aparición está ligada al aumento del tráfico por África y al aumento de la prosperidad en ambos continentes. El consumo de cocaína más problemático se registra en América. En América del Norte ha disminuido desde 2006, debido en parte a una persistente escasez. Sin embargo, más recientemente se ha observado un leve aumento de la prevalencia en los Estados Unidos, así como un aumento de las incautaciones marítimas. En América del Sur, el consumo y el tráfico de cocaína se han hecho más notorios, especialmente en el Brasil (por factores como su ubicación geográfica y su

numerosa población urbana). En Europa occidental y central, segundo mercado en importancia después de América, los indicadores de la oferta global hacen pensar que posiblemente ha repuntado la disponibilidad de cocaína; en algunos países con mercados de consumo importantes se ha incrementado la pureza de la droga que se vende al por menor. En cambio, en esos países no ha aumentado la demanda. Incluso se ha registrado una disminución del consumo en algunos de los países en que este era más elevado. En Oceanía se ha extendido el mercado en los últimos años, pero la pauta de consumo de esa región es distinta de la de otros mercados de consumo porque hay un gran número de consumidores (prevalencia elevada) que consumen la cocaína con poca frecuencia, tal vez debido a su alto costo. (p. 5)

Es algo notorio y según lo anterior, Colombia hace parte de los tres países de América del sur en la producción mundial de cocaína, es altamente pura y factores como el narcotráfico hacen que nuestro país sea uno de los que más exportan esta sustancia en el mundo para el consumo.

#### **5.1.2.6 El consumo de Popper**

El Ministerio de Sanidad y Consumo de España desarrolló una Guía sobre drogas (2007), donde nos dicen que:

Los poppers se incluyen en el grupo de los inhalantes. Están compuestos en su mayoría por nitritos de amilo, butilo o isobutilo. Son líquidos incoloros e inodoros que se venden en pequeños botes de cristal para inhalar. El nitrato de amilo es una sustancia muy volátil e inflamatoria y nunca ha de ser ingerida porque puede ser mortal. Producen un efecto estimulante y vasodilatador que se percibe a los pocos segundos de inhalar la sustancia, con sensación de euforia, ligereza, aumento del deseo sexual... aunque estos efectos desaparecen rápidamente y dan paso a una sensación de agotamiento. Los efectos adversos producidos son enrojecimiento de la cara y el cuello, dolor de cabeza, náuseas, vómitos, aumento de la frecuencia

cardiaca e hipotensión. Los poppers crean tolerancia, lo que, unido a la breve duración de sus efectos, lo convierte en una droga peligrosa, con un elevado riesgo de intoxicación por sobredosis. (p. 66-67)

El Popper en Colombia se ha convertido en una sustancia de moda, para jóvenes y adolescentes que entran al mundo de la promiscuidad sexual o la diversión, en los colegios se ha vuelto viral esta sustancia siendo consumida en gran parte por los estudiantes de los grados superiores, según el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia (2011) realizado por el Ministerio de Justicia y del Derecho y el Ministerio de Educación nos dice que:

En cuanto al uso de *popper*, éste también está asociado principalmente a estudiantes hombres (1,5%), de 16 a 18 años (2,1%), tanto de colegios públicos como privados, y fundamentalmente de los grados octavo a undécimo. (p 82)

En la subregión norte del Departamento de Antioquia el consumo de esta sustancia se ha vuelto más común en adolescentes estudiantes de los colegios públicos, situación que la corrobora el anterior estudio, pues nos dice que:

En el departamento de Antioquia, donde el uso de cualquier sustancia *alguna vez en la vida* llega al 19,5%, predomina fuertemente el uso de marihuana con un 14,5% seguido de *popper* con 5,6%, y *dick* con 5,1%. (p 86)

Seguidamente nos dice también que:

... el 64,7% de los estudiantes del país declararon haber usado alguna sustancia *alguna vez en la vida*, un 58% usó en el último año y un 41,3% en el último mes. Claramente, la sustancia de mayor uso entre los escolares es el alcohol, seguida de tabaco. Si se considera la prevalencia de último año como indicador, a

las dos anteriores le siguen marihuana, *dick*, cocaína, pegantes y/o solventes, *popper*, alucinógenos y éxtasis. (p. 92)

El uso de sustancias inhalables entre los estudiantes del país habría aumentado si se consideran el *dick* y el *popper* dentro de esta categoría. No obstante, esta categoría tiene complejidades de medición importantes, debido a la amplia gama de sustancias que pueden ser inhaladas y que a su vez corresponden a circunstancias de consumo muy diversas entre sí, que hacen dudoso el que se mantenga una categoría por la vía de administración. Por ejemplo, es muy diferente el perfil del consumidor de pegante al perfil del consumidor de *poppers*. (p. 152)

En los colegios el consumo por inhalación de pegantes es menos común, prevaleciendo más el consumo inhalante del *Popper* entre los estudiantes de grados superiores.

#### **5.1.2.7 El consumo de Éxtasis**

Según el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia (2011) realizado por el Ministerio de Justicia y del Derecho y el Ministerio de Educación nos dice en relación al consumo de éxtasis entre escolares que:

Entre 23 mil y 30 mil escolares de Colombia consumieron éxtasis al menos una vez en el último año, con cifras relativas y absolutas significativamente superiores entre los hombres respecto de las mujeres. En relación con la edad de los estudiantes, el uso se concentra muy fuertemente en el grupo de 16 a 18 años con una prevalencia de último año de 1,4%, significativamente mayor que en los otros dos grupos de edad. En términos del grado de los estudiantes, la situación es un poco menos clara, ya que hay un aumento sistemático hasta el décimo grado y luego un descenso en el último grado. Las cifras para el sexto y séptimo grado son muy similares, luego hay un aumento significativo hasta el décimo grado. Esto podría

obedecer a que el éxtasis es una droga más nueva, con relación a otras, y que se ha empezado a introducir en el mercado entre los estudiantes más jóvenes. Un estudio de caracterización de drogas realizado por la DNE de Colombia demostró que las sustancias vendidas como éxtasis tienen una composición química muy heterogénea, con componentes altamente peligrosos para los consumidores. La edad de primer uso de éxtasis muestra que el promedio, entre los estudiantes que han usado éxtasis alguna vez en la vida, es de aproximadamente 14 años con cifras casi idénticas en hombres y mujeres. El mayor uso de esta sustancia es entre los estudiantes de Quindío, con una prevalencia de último año de 1,7%, seguido de Caldas, Bogotá, Antioquia y Risaralda con cifras entre 1,1% y 1,3%. (p. 73-75)

### **5.1.1.3. Vías utilizadas para el consumo**

De acuerdo con Arango y Vanegas (2014) “Debido a las restricciones que tiene la ley frente al consumo de alcohol en menores de edad, además, también debido al rechazo que tiene la sociedad de ver a una mujer con una copa en la mano, las adolescentes crearon la vía vaginal como una alternativa nueva de consumo”. (p. 284).

Según la Página de salud pública del ayuntamiento de Madrid (2011). Nos define las Vías de administración de las distintas drogas:

Son las que hacen referencia al lugar por donde entra la sustancia en el organismo, o bien a como se toman las drogas. -Oral-digestiva: Las drogas se toman generalmente en forma de pastillas, cápsulas, polvo o líquido. Cuando una sustancia se toma por vía oral, llega al estómago y se absorbe principalmente en el intestino delgado. Por esta vía la absorción de la droga en la sangre es más lenta que por otras vías, por eso no se sienten sus efectos inmediatamente, lo que no quiere decir que no se tenga la sustancia en el organismo y que no vaya a hacer efecto. Una vez en la sangre la sustancia pasa por el hígado en su camino hacia el cerebro. Como el hígado es el mayor filtro que tenemos en el cuerpo, sólo una parte de la dosis

ingerida va a llegar al cerebro, por lo tanto, el efecto que hará la sustancia será menor por esta vía que por otras. -Inyectada: Tres de las vías más comunes de administración de drogas implican a la inyección. Las sustancias se disuelven en una solución antes de ser inyectada. Es una vía que supone un peligro adicional, porque se traspasa la piel que protege al cuerpo de los microorganismos. La inyección puede ser: **Subcutánea:** Es la inyección debajo de la piel y la más fácil de realizar. Es una vía relativamente lenta (aunque menos que la oral) y con una tasa de absorción constante. Hay dos razones para no utilizar drogas por esta vía, una de ellas es que a veces las drogas irritan los tejidos celulares y además que las cantidades de solución a inyectar no pueden ser muy grandes. **Intramuscular:** Es la inyección en el músculo. Requiere una penetración más profunda que la subcutánea y está asociada a una tasa de absorción rápida. La tasa de absorción depende del flujo de sangre en el músculo en el que se inyecte y del tipo de solución que se inyecte. Muchas veces supone dolor en el punto de la inyección. Las drogas inyectadas a nivel intramuscular por una persona no entrenada tienen altos riesgos de enquistamiento, infección y daño de los tejidos. **Endovenosa:** Es la inyección directamente en las venas, eliminando los problemas de retraso de absorción. Los efectos son inmediatos, por lo tanto, es la administración ideal para las urgencias. Por otro lado, los vasos son relativamente insensibles al dolor. Es una vía que se utiliza para la inyección de sustancias irritantes que son rápidamente disueltas en la sangre. No obstante, es la vía más asociada con complicaciones, porque la droga llega muy rápidamente al órgano diana, pudiendo ocurrir sobredosis letales. - Inhalatoria: En esta vía la droga se absorbe por vía respiratoria a través de los alvéolos pulmonares alcanzando la circulación rápidamente (la nicotina de un cigarro hace su acción en unos ocho segundos tras la inhalación. En muchas ocasiones será el tabaco el vehículo de transporte de la sustancia activa (nicotina, cannabis, cocaína, heroína, etc.). En otras ocasiones las sustancias se inhalan sin mezclar con tabaco (“chinos”). - Intranasal: Es la vía de transmisión de una droga en polvo por la nariz (heroína, cocaína, tabaco en polvo, etc.). La absorción ocurre en la mucosa de la nariz y en los senos nasales. Cuando una droga es liposoluble,

esnifarla es una manera rápida y efectiva de absorberla, pero por esta vía, la droga es irritante y altera el flujo sanguíneo causando daños. - Sublingual: En esta vía, una tableta se introduce debajo de la lengua y se disuelve en la saliva. La droga se absorbe por la mucosa de la boca. Es una vía rápida y más eficiente que la oral, al evitar el paso hepático previo al efecto (llega toda la sustancia al sistema nervioso central sin ser metabolizada). También es preferida para drogas que irritan el estómago y que causan vómitos. Puede ser una vía para casi cualquier droga en forma de píldora, aunque no se utiliza mucho debido al desagradable sabor de muchas sustancias. La irritación y daños en los tejidos por el uso repetido de esta vía son similares a los de la vía intranasal u otras vías que utilizan las mucosas como lugar de absorción (vagina, recto, etc.) - Transdérmica: En esta vía la droga se absorbe a través de la piel (parches de nicotina, parches de hormonas, etc.). Puede usarse para evitar efectos gastrointestinales de algunas sustancias. Si la zona de utilización tiene un buen riego sanguíneo o la piel es porosa (axilas), la absorción es más rápida y existe riesgo de intoxicación. (p. 1)

La Organización Mundial de la Salud OMS (1994) en su glosario de términos adoptado por el Gobierno de España y el Ministerio de Sanidad y Consumo también nos menciona las vías de consumo:

**Administración, vía de (administration, method of)** Modo o forma de administración, es decir, la manera en la que se introduce una sustancia en el organismo. Son las siguientes: vía oral; inyección intravenosa (IV), subcutánea o intramuscular; inhalación; fumada, o por absorción a través de la piel o la superficie de las mucosas, como las encías, el recto o los genitales. **Véase también:** UDVP (IDU). (p. 14)

#### **5.1.1.4. Los programas de salud mental y el consumo**

La ley 1616 del año 2013 por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones tiene como objeto:

Garantizar 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, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital. (p. 1)

Teniendo en cuenta la priorización que esta ley hace en nuestros adolescentes al derecho que tienen a la salud mental, también nos trae en su artículo 8 el tema del consumo de sustancias psicoactivas y la responsabilidad de los Colegios con la promoción de la salud mental:

**Artículo 8. Acciones de Promoción.** El Ministerio de Salud y Protección Social dirigirá las acciones de promoción en salud mental a afectar positivamente los determinantes de la salud mental e involucran: inclusión social, eliminación del estigma y la discriminación, buen trato y prevención de las violencias, las prácticas de hostigamiento, acoso o matoneo escolar, prevención del suicidio prevención del consumo de sustancias psicoactivas, participación social y seguridad económica y alimentaria, entre otras. Estas acciones incluyen todas las etapas del ciclo vital en los distintos ámbitos de la vida cotidiana, priorizando niños, niñas y adolescentes y personas mayores; y estarán articuladas a las políticas públicas vigentes. El Ministerio

de Educación Nacional en articulación con el Ministerio de salud y Protección Social, diseñarán acciones intersectoriales para que, a través de los proyectos pedagógicos, fomenten en los estudiantes competencias para su desempeño como ciudadanos respetuosos de sí mismos, de los demás y de lo público, que ejerzan los derechos humanos y fomenten la convivencia escolar haciendo énfasis en la promoción de la Salud Mental. (p. 5)

Todos los programas de salud mental enfocados al consumo de sustancias psicoactivas están regulados y direccionados por esta ley, por ende, ella misma crea una instancia encargada de vigilar dichos programas en su cumplimiento, verificación y evaluación, por ello su artículo 29 nos preceptúa lo siguiente:

**Artículo 29. Consejo Nacional de Salud Mental.** La instancia especializada creada en el artículo 10 de la ley 1566 de 2012 se denominará CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL Y será la instancia responsable de hacer el seguimiento y evaluación a las ordenes consignadas en la ley 1566 de 2012 y la presente ley, Política Nacional de Salud Mental, Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas y su impacto, Política Pública Nacional de Prevención y Atención a la adicción de sustancias psicoactivas y el Plan Decenal para la Salud pública en lo relativo a la salud mental. (p. 11).

Precisamente para estar actualizados con la situación real al consumo de sustancias psicoactivas en el país, el observatorio nacional de salud estará al tanto, por mandato de esta ley en su artículo 32, deberá entonces el observatorio:

**ARTICULO 32. OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD.** Sin perjuicio de lo preceptuado en los artículos 8 y 9 de la ley 1438 de 2011, el Observatorio Nacional de Salud Organizará un área clave de trabajo en Salud Mental

y Consumo de Sustancias psicoactivas y específicamente en esta área deberá: 1. Organizar un área clave de trabajo en Salud Mental y Consumo de Sustancias psicoactivas. 2. Generar información actualizada, válida, confiable y oportuna para la formulación de políticas y la orientación de intervenciones en el área de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. 3. Permitir el diagnóstico de la situación de salud mental de la población colombiana a través del examen y evaluación de las tendencias y distribución de los indicadores de Salud Mental y de sus efectos sobre la salud y el desarrollo general del país. 4. Generar una plataforma tecnológica para la formación continua del talento humano en salud mental, el registro de indicadores y cifras en tiempo real, entre otras aplicaciones. (p. 13)

El plan decenal de salud pública 2012 – 2021 de la Republica de Colombia, Ministerio de salud y Protección Social, en su línea Convivencia social y salud mental, define esta como:

Espacio de acción transectorial y comunitario que, mediante la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia; contribuya al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del curso de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos y Tiene como objetivos: a) Contribuir al desarrollo de oportunidades y capacidades de la población que permitan el disfrute de la vida y el despliegue de las potencialidades individuales y colectivas para el fortalecimiento de la salud mental, la convivencia y el desarrollo humano y social. b) Contribuir a la gestión integral de los riesgos asociados a la salud mental y la convivencia social. c) Disminuir el impacto de la carga de enfermedad generada por los eventos, problemas y trastornos mentales y las distintas formas de violencia. (p 98).

Seguidamente en su componente de Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y las diferentes formas de la violencia el cual contempla las estrategias dirigidas a la prevención y atención integral de aquellos

estados temporales o permanentes identificables por el individuo y/o por otras personas en los que las emociones, pensamientos, percepciones o comportamientos afectan o ponen en riesgo el estado de bienestar o la relación consigo mismo, con la comunidad y el entorno y alteran las habilidades de las personas para identificar sus propias capacidades, afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y contribuir a su comunidad; igualmente incluye la prevención de las violencias en entornos familiares, escolares, comunitarios y laborales y la atención del impacto de las diferentes formas de la violencia sobre la salud mental. (p. 101)

El anterior componente tiene unos objetivos claros y es el de fortalecer la gestión institucional y comunitaria para garantizar la atención integral de los problemas y trastornos mentales y los eventos asociados, incluyendo el consumo de sustancias psicoactivas, entre otros en población general y poblaciones e individuos en riesgos específicos, mantener por debajo de 6,8% la prevalencia año del consumo de marihuana en población escolar y aumentar la edad promedio de inicio de consumo de drogas lícitas e ilícitas a 14,5 años, para lograr esto, dicho plan cuenta con unas estrategias como: Participación social y comunitaria para la prevención, atención y mitigación de los problemas, Información, Educación y Comunicación, Políticas públicas de desarme, implementación de una Estrategia Nacional frente al consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas y el Mejoramiento de la atención en salud.

Seguimos entonces por tener en cuenta los lineamientos de política de salud mental para Colombia, en donde El Ministerio de la Protección Social, con el apoyo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y, mediante convenios de cooperación con la Organización Mundial de la Salud, la Universidad de Harvard y la Fundación FES –Social, durante los años 2003-2004 desarrolló el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003, y una propuesta de lineamientos de política para salud mental para Colombia, en la parte que nos ocupa, que es el consumo de sustancias psicoactivas mostro que:

Los resultados de la encuesta muestran que alrededor de ocho de cada 20 colombianos, tres de cada 20 y uno de cada 14 presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, respectivamente. Por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (19.3% alguna vez), seguidos por los del estado de ánimo (15%) y los de uso de sustancias (10.6%). La prevalencia de vida de trastornos por consumo de sustancias es de 10.6% en el país. El consumo de alcohol es el principal problema. La prevalencia de vida para abuso de esta sustancia es de 6.7%, lo que nos indica que uno de cada 15 colombianos abusa del alcohol. La diferencia por sexo es marcada, si tenemos en cuenta que uno de cada 10 hombres abusa del alcohol comparado con una de cada 80 mujeres. Estos resultados fueron tenidos en cuenta en la definición de los lineamientos para una política de salud mental en Colombia. En este proceso se siguieron los pasos fundamentales que la OMS ha indicado para el diseño de políticas de salud mental, en los cuales se tiene en cuenta las necesidades de la población, la búsqueda de evidencias de políticas efectivas, las consultas con diferentes sectores y el establecimiento de objetivos y áreas estratégicas de intervención. (p. 7).

Según la encuesta nacional de salud mental (2015) realizada por el ministerio de salud y protección social, Colciencias y la Pontificia Universidad Javeriana mostro que los adolescentes en edades de 12 a 17 años tienen un problema con el consumo de alcohol en exceso de un 5.2% y abuso de 2.8%, por eso sirvió de actualización en la Detección temprana y atención oportuna de consumo de alcohol y otras drogas en nuestros adolescentes.

Mediante la resolución número 2358 de 1998 por la cual se adopta la política nacional de salud mental contenida en documento que hace parte integral de dicha resolución, nos trae los resultados de las investigaciones en salud mental en el consumo de sustancias psicoactivas diciendo que:

Con respecto al consumo de sustancias psicoactivas, actualmente se cuenta además del Segundo Estudio Nacional, el Segundo Estudio de la Dirección Nacional de Estupeficientes, realizado en 1996 (DNE) y que permiten contar con datos muy completos sobre la situación del consumo de sustancias psicoactivas en el país. De acuerdo con el Segundo Estudio Nacional de Salud Mental, el consumo de alcohol presenta un incremento en la proporción de prevalencia del 18.7% entre 1987 y 1997, señalando una prevalencia del consumo de alcohol en el país del 85.8%. El mayor incremento en el consumo de alcohol se ha producido en las mujeres, con una diferencia de proporciones de 27.1% entre 1987 y 1997, lo cual permite expresar que por cada mujer con problemas de alcohol en el estudio de 1987 se encontraron 6 en 1997. En general, la prevalencia del alcoholismo es del 12%. El Segundo Estudio de Salud Mental indica también una tendencia en la disminución del consumo actual de tabaco, la cual es más fuerte en hombres que en mujeres, pasando de 29.7% en 1987 a 22.2% en 1997. El Segundo Estudio de Consumo de la DNE estima el incremento en el número de nuevos consumidores de tabaco en el país en 1.3%. Los datos presentados por el Segundo Estudio de Consumo de la Dirección Nacional de Estupeficientes, DNE, señalan una prevalencia de vida del consumo global del 6.5%, que corresponde aproximadamente a 1.674.510 consumidores, la mayor parte de los cuales es de sexo masculino. Comparando dichas cifras con el estudio realizado en 1992 se obtiene un incremento del consumo global del 0.6%. El consumo en el último año para al menos una sustancia psicoactiva es de 1.6% correspondiente a 400.768 personas. El aumento en el consumo de marihuana entre 1992 y 1996 es, de acuerdo con el estudio de la DNE, del 0.1%, siendo proporcional al aumento poblacional. Con respecto a la cocaína, el estudio de la DNE reporta una prevalencia para 1996 similar a la encontrada en 1992, señalando aproximadamente 400.000 consumidores de cocaína y un aumento de 60.000 casos. Para el bazuco, se considera que existen en el país aproximadamente 385.000 consumidores. Para la heroína se señala una prevalencia de vida de 12.566. El Segundo Estudio Nacional de Salud Mental encontró un incremento en el consumo de heroína en el grupo de 12 a 15 años. El

incremento en el consumo de esta sustancia de acuerdo con tal estudio es de aproximadamente el 5%. La prevalencia anual de consumo de tranquilizantes menores es de 5.7% y 10.2% para prevalencia de vida, mientras el 1.5% reportó consumo de anfetaminas alguna vez en la vida, con una prevalencia anual de 0.5%. El consumo de inhalantes señaló una tasa de prevalencia anual del 1%, y una prevalencia de vida del 1.6%. Los estudios realizados en 1996 no incluyeron población de la calle ni institucionalizada, por lo cual podría suponerse que la prevalencia en el consumo de inhalantes es superior a la registrada en los estudios. La prevalencia en el consumo de alcohol del estudio de la DNE de 1996, señala un consumo en el último año de 59.8% y de 35% en el último mes. (p. 14 -15)

#### **5.1.1.4.1. El programa de salud mental del municipio de Gómez plata.**

El Municipio de Gómez Plata, contó con el programa “mejoramiento de la salud mental y prevención de las lesiones evitables de la población”, donde básicamente consistió en desarrollar las siguientes actividades durante el año 2015 para tratar de mitigar y reducir el consumo de sustancias psicoactivas: 1. Fomentar entornos protectores de la salud mental: 70 procesos Educativas, realizados 60. Con resultados favorecedores en la calificación como excelente y oportuna- 2. Operativizar el grupo base en salud mental y prevención de consumo de sustancias psicoactivas: 10 reuniones del grupo base en salud mental, realizadas las 10 reuniones. 3. Diseño, producción y distribución con formación educativa de plegable sobre prevención del consumo de sustancias psicoactivas: 1000 plegables entregados en todo el año 2015 a la comunidad estudiantil (I.E Gómez Plata e I.E.R el Salto). (POAI 2015, p. 2)

El anterior programa estuvo bajo el marco del proyecto con referencia Numero 2015-05-310-M-057 de ejecución del plan de salud territorial de intervenciones colectivas del municipio de Gómez Plata, Antioquia, año 2015 el cual tuvo como objeto:

Mejorar las condiciones de salud, que contribuyan al desarrollo humano integral de la población y Garantizar a cabalidad las condiciones de salud de

nuestra población, que contribuyan al desarrollo humano integral de la población, mejorando los entornos psicosociales, lograr estilos y comportamientos de vida saludables; realizar seguimiento, vigilancia y control a las condiciones sanitarias que afectan la salud de la población; trabajar en el acceso y la calidad de los servicios de salud, con el objeto de fortalecer la salud infantil, la salud sexual y reproductiva, la salud mental, por medio de la disminución de las enfermedades transmisibles, las enfermedades crónicas no transmisibles, las discapacidades e incrementar la situación nutricional de la población principalmente la materno-infantil en aras a mejorar continuamente la calidad de vida. (p. 13).

El cual tenía como actividad principal el de la “Promoción y prevención en salud mental a la población de Gómez Plata – Violencia intrafamiliar, intento de suicidio, trastornos mentales y del comportamiento – Consumo de Sustancias psicoactivas (p.6)

El Plan Municipal de Familia e Infancia del municipio de Gómez Plata (2015), liderado por la Comisaria de familia y la secretaria General y de gobierno, tenía 2 objetivos y unas actuaciones con respecto al consumo de sustancias psicoactivas:

**Objetivo Específico nº 18:** “Prevención de comportamientos pre delictivos o antisociales mediante una labor de vigilancia y control en centros educativos”.

Actuaciones: Llevar a la práctica un servicio presencial en los Centros Escolares en determinadas horas críticas (entrada, salida y descansos). Prevención de conflictos escolares interviniendo como mediadores ante enfrentamientos entre iguales o comportamientos agresivos u amenazantes detectados en estos entornos. Prevención de venta y consumo de estupefacientes en zonas próximas a dichos Centros.

**Objetivo Específico nº 19:** “Prevención del consumo precoz y abusivo de sustancias adictivas en menores de edad”. Actuaciones: Vigilancia preventiva del consumo de alcohol y sustancias estupefacientes entre menores de edad en parques públicos y zonas de ocio en franjas horarias de riesgo. Control de establecimientos expendedores de bebidas alcohólicas. (p. 12)

## 5.2. Marco contextual

### 5.2.1 Municipio de Gómez Plata

Información general	
Extensión (km <sup>2</sup> ) (F1)	364
Altura de la cabecera municipal sobre el nivel del mar (m) (F1)	1.800
Temperatura anual promedio °C (F2) (3)	20
Distancia aproximada a Medellín (km) (F3) (4)	81
Tiempo aproximado a Medellín (h) (F3) (4)	1 horas 56 minutos
Año de fundación (F4) (5)	1780
Año de erección (F4) (5)	1903
Número de corregimientos (F5)	0
Número de veredas (F5)	26
Población total (proyección 2015) (F6)	12.810
Población indígena total (F7) (6)	0
Total hombres indígenas	0
Total mujeres indígenas	0
Total familias indígenas	0
Total viviendas indígenas	0
Censo electoral (F8)	8.078
Total hombres	4.137
Total mujeres	3.941
Categoría municipal año 2013 (F9) (7)	6



FUENTE: Gobernación de Antioquia. Departamento Administrativo de Planeación. Dirección Sistemas de Indicadores, 2014.

#### Ilustración 1. Información general Municipio de Gómez Plata

Geografía:

Descripción Física, tomada de [http://gomezplata-antioquia.gov.co/informacion\\_general.shtml](http://gomezplata-antioquia.gov.co/informacion_general.shtml)

El Municipio de Gómez Plata Se ubica en uno de los ramales de las cordillera central y occidental, la cual posee un particular sistema escalonado de altiplanos muy extensos y laderas con escarpes sobre del cañón del río Cauca, comprendiendo los municipios de San Pedro, Belmira, Don Matías, Entreríos, Santa Rosa, Gómez Plata, Carolina, Angostura,

Guadalupe, Campamento, Yarumal, San José de la Montaña, San Andrés de Cuerquia, Toledo, Briceño, Ituango y Anorí.

El Municipio, geográficamente se sitúa a 6°, 40', 54" de latitud norte y 75°, 13', 05" de latitud oeste con base en el meridiano de Greenwich, posee tres pisos térmicos: 18km<sup>2</sup> en cálido, 266 km<sup>2</sup> templado y 76 km<sup>2</sup> frío, con diferencias de altura desde los 600 metros a orillas del río Porce y el Guadalupe, hasta 2300 metros en el Cerro de Mocerongo.

**Límites del municipio:** Se determinan para el municipio de Gómez Plata, los mismos límites que determinó la Ordenanza número 26 del 20 de mayo de 1903, al momento de ser erigido como Municipio, así: Limita con los municipios de Guadalupe y Amalfi al norte, con los municipios de Santa Rosa y Yolombó al sur, con los municipios de Amalfi y Yolombó al oriente; y con los municipios de Carolina del Príncipe y Guadalupe al Occidente. Sus límites físicos los definen al oriente y al norte el Río Porce, al occidente y al norte el Río Guadalupe, al sur y en dirección este –oeste lo determinan la quebrada Guanacas, la divisoria de aguas por encima de la cota 2000 y que pasa por el Alto El Morro, la quebrada La Morena hasta desembocar al río Porce. El área de esta delimitación es de 344 km<sup>2</sup>.

Ecología:

Gómez Plata cuenta con campos propicios para la agricultura y la ganadería. También cuenta con terrenos que producen metales preciosos. Las fuentes hidrográficas son numerosas.

Economía:

La base de la economía del municipio de Gómez Plata está representada en la caficultura, ganadería de doble propósito, la porcicultura y el cultivo de caña panelera.

- Agricultura: caña de azúcar, café, maíz, frutales, plátano, yuca.
- Ganadería: lechera, ceba.

- **Industria:** generación de energía eléctrica, minas de oro, comercio.

Se encuentra en crecimiento la actividad de cultivo de tomate bajo invernadero y la cunicultura (cultivo de conejos) y a menor escala las reforestaciones comerciales, los cultivos pancoger y la avicultura (galpones gallinas ponedoras).

Vías de comunicación:

**Aéreas:**

Para llegar al municipio de Gómez Plata sólo es posible por vía terrestre.

**Terrestres:**

**Para llegar a Gómez Plata** se deben tomar las siguientes vías:

- Medellín-Barbosa – Porce - Gómez Plata.
- Medellín- Santa Rosa - El Roble - Carolina del Príncipe - Gómez Plata
- Medellín – Barbosa - Puente Acacias - El Salto - Carolina del Príncipe - Gómez Plata
- Medellín- Barbosa –Porce - Puente Acacias - El Salto - La Arenera - El Guayabo - Gómez Plata.

### **5.2.2 Institución Educativa Gómez Plata**

La institución educativa Gómez Plata es un Institución oficial, de carácter laico y mixto regida por los lineamientos del Ministerio de Educación Nacional de la República de Colombia y la Secretaría de Educación para la Cultura de Antioquia, que presta su servicio educativo formal en los niveles de Preescolar, Básica (en los ciclos primaria y secundaria) y Media Académica. Su domicilio principal es la zona urbana del municipio de Gómez Plata; se ubica en la calle 48 No. 51-25.

Fundada en el año de 1961, hoy con 55 años ha trajinado un largo camino “formando Seres humanos” e identificándose con este eslogan.

A continuación, se integra la Misión y la Visión de la Institución Educativa Gómez Plata brindada directamente por las directivas del plantel:

<b>LA MISIÓN QUE QUEREMOS</b>
La Institución Educativa Gómez Plata, está comprometida con la formación integral de los estudiantes para que sean ciudadanos críticos, autónomos, responsables, respetuosos consigo mismos y su entorno. Competentes en la resolución de los problemas que afectan la sociedad en lo local, regional y nacional; mediante acciones pedagógicas que faciliten la formación en valores y habilidades científicas, sociales y actitudinales.
<b>LA VISIÓN QUE QUEREMOS</b>
Para el año 2025 la Institución Educativa Gómez Plata, contara con una infraestructura moderna de acuerdo con los avances científicos y tecnológicos, con un talento humano de profesionales idóneos a la vanguardia del mundo global; que ofrezca una formación humana y académica reconocida a nivel familiar, municipal, regional, departamental, nacional e internacional, garantizando seres humanos comprometidos con el cuidado del medio ambiente, la solidificación de sus proyectos de vida y la convivencia pacífica donde se desempeñen.

**Tabla 1. Misión y Visión Institución Educativa Gómez Plata**

## COMITÉ DE CALIDAD INSTITUCIONAL

### VALORES INSTITUCIONALES

<b>LOS QUE ACORDAMOS</b>
<b><u>RESPONSABILIDAD.</u></b> Es la virtud que puede observarse en uno mismo o en sus compañeros; una persona es responsable cuando, consciente de sus actos, sabe que estos son causa directa o indirecta de un hecho, por el cual es necesario responder.
<b><u>RESPECTO.</u></b> Es una actitud ante la vida que implica aceptar y comprender al otro aun cuando su forma de expresarse y su pensamiento sean diferentes a los nuestros. Por consiguiente, cada uno de los miembros de la comunidad educativa debe practicar, la

prudencia, escucha, orden, equidad y dialogo garantizando una convivencia pacífica a través del respeto institucional.

**HONESTIDAD:** Valor o cualidad propio de los seres humanos que tiene una estrecha relación con los principios de verdad y justicia y con la integridad moral. Se procura siempre anteponer la verdad en sus pensamientos, expresiones y acciones; se es honesto consigo mismo cuando se tiene un grado de conciencia y es coherente con lo que piensa.

**AUTONOMÍA.** Característica de la persona que le permite libertad de opinión y decisión. Corresponde a la tarea que ejercen las colectividades y los individuos de definir su propio sentido dentro del respeto y límites pertinentes.

**TOLERANCIA.** Actitud o manera de actuar; una forma de ser que se basa en la idea de que todos los seres humanos somos iguales y que por lo tanto debemos respetarnos, protegernos y aceptarnos tal cual somos sin generar divisiones que nos enfrenten, sin agredir o discriminar. La tolerancia, la convivencia y la paz son la clave de armonía institucional.

**JUSTICIA.** Permite establecer reglas y normas que estipulan un escenario satisfactorio concerniente a las relaciones entre los individuos; la justicia nos permite formar seres humanos con la virtud de dar a cada uno lo que le pertenece a partir de la equidad y el respeto por el bien de todos.

**Tabla 2. Valores Institución Educativa Gómez Plata**

## **COMITÉ DE CALIDAD INSTITUCIONAL**

### **PRINCIPIOS INSTITUCIONALES**

<b>LOS QUE ACORDAMOS</b>
EDUCAR Y FORMAR PARA:
AUTONOMÍA

DIGNIDAD HUMANA

ORDEN

LIBERTAD

**AUTONOMÍA:** Capacidad que tiene el ser humano de actuar con independencia y libertad; siendo totalmente capaz de tomar decisiones que atañen sus intereses y permitan mejorar las condiciones de una comunidad.

**DIGNIDAD HUMANA:** Principio intrínseco y supremo que cualquier ser humano puede contribuir a desarrollar a través de sus acciones y comportamiento; Independientemente de la situación económica, social, cultural o ideológica que una persona presente. Para la dignidad humana no importa qué se piensa, sino más bien qué se hace con ese pensamiento.

**ORDEN:** Al interior de la Institución Educativa Gómez Plata, el orden hace referencia a la manera como se realizan los eventos, se disponen los lugares, se distribuyen las personas, y se ubican las cosas, de tal manera que no haya interferencias innecesarias, se disminuya el estrés y se genere un ambiente propicio para el aprendizaje y la vida misma. El orden garantiza eficiencia y efectividad en los procesos humanos.

**LIBERTAD:** Es la capacidad que tiene el sujeto humano para tomar todo tipo de decisiones en lo que respecta a su estilo de vida, a sus creencias, a sus valores y a sus modos de conocimiento. La libertad nunca debe afectar al otro ser humano.

**Tabla 3. Principios Institución Educativa Gómez Plata**

Cuenta actualmente con 1.103 estudiantes repartidos entre la Primaria (501) y Secundaria (435), cuenta además con tres Bloques (Bloque 1 – Grados desde sexto hasta once de bachillerato o secundaria, Bloque 2 – Grados de tercero hasta quinto de primaria y Bloque 3- Grados de preescolar hasta segundo de primaria) ambos con infraestructura propia y un coordinador por cada bloque o director de sección.

El bachillerato de educación formal dentro del nivel medio superior tiene como finalidad preparar a los estudiantes para incorporarse de manera eficiente a la vida social, a los estudios superiores y al ámbito productivo, para ello brinda una educación integral que trasciende la transmisión de conocimientos y hace participes activos del proceso educativo a los protagonistas principales: el educando y el profesor. Actualmente el Bachillerato cuenta con veintisiete docentes, un coordinador académico, un celador de planta, una persona para el aseo, dos asistentes administrativas (secretaria) y el rector (directivo), cuenta además con un laboratorio de Biología y otro de Química, además de contener una sala de computo o sala virtual, tableros inteligentes, una tienda, una cancha con techo para tres deportes (microfútbol, voleibol, baloncesto), un patio tipo cancha/patio para la reunión de todo el bachillerato a eventos cívicos, culturales o recreativos; además cuenta con zonas verdes en la parte oriental, en la parte sur esta una vía que comunica a una zona residencial y atraviesa el colegio separados ambos por un muro de malla que va hasta encontrarse con la zona verde la cual también es dividida, por el norte da a la entrada principal, calle de las escuelas y zonas residenciales, y occidente con el barrio obrero. (Entrevista, María Eugenia Acevedo Rojas –Coordinadora Académica)

### **5.3. Marco legal**

#### **5.3.1 Marco legal Internacional sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas**

Es importante precisar y reconocer que los avances internacionales en normatividad al consumo y control de sustancias psicoactivas les ha dado a muchos países las pautas y el direccionamiento para fijar sus políticas públicas en cuanto a su mitigación, haciéndose importante traer a colación los convenios y estrategias ratificados por los países que se han unido en la lucha contra el consumo de sustancias psicoactivas.

El convenio internacional del Opio. La Haya, 1912 fue el primer tratado internacional sobre el control de las drogas, estos países firmantes se comprometían a aunar esfuerzos para vigilar y reducir el consumo controlando la fabricación, importación, distribución y venta.

La UNODC (2012) Oficina contra las drogas y el delito de las Naciones Unidas ONU, hace un recuento cronológico de los últimos 100 años en cuanto al tema de fiscalización y control al consumo de las drogas:

En el año de 1914 La Primera Guerra Mundial determina que se produzca un rápido aumento en los niveles de consumo de drogas en varios países, entre 1919 y 1920 La Convención Internacional del Opio pasa a formar parte de los tratados de paz de la Primera Guerra Mundial, lo que fomenta su ratificación por muchos Estados y en ese último año se crea también la Sociedad de las Naciones, convirtiéndose esta en el custodio de la Convención del Opio. En 1925 Se aprueba una Convención Internacional del Opio mejorada, ampliando su ámbito de aplicación al cannabis y en 1931 la Convención para limitar la fabricación y reglamentar la distribución de estupefacientes procurando limitar la oferta de estupefacientes a las cantidades necesarias para fines médicos y científicos. En 1936 se aprueba la Convención para la supresión del tráfico ilícito de drogas nocivas convirtiéndose esta en el primer instrumento internacional que tipifica como delitos internacionales determinados delitos relacionados con drogas. En 1946 la fiscalización internacional de drogas se transfiere de la Sociedad de las Naciones a las recientemente creadas Naciones Unidas, el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas establece la Comisión de Estupefacientes como órgano central de las Naciones Unidas encargado de la formulación de políticas en cuestiones relacionadas con drogas. En 1948 el protocolo sobre estupefacientes sintéticos entra en vigor, sometiendo una serie de nuevas sustancias a fiscalización internacional. Ya en 1953 se firma el Protocolo sobre el opio, que limita la producción y el comercio del opio a fines médicos y científicos y en 1961 se aprueba la piedra angular del actual régimen de fiscalización internacional de drogas, la Convención Única de 1961 sobre estupefacientes, que consolida los acuerdos de fiscalización de drogas existentes. La Convención Única enumera todas las sustancias sometidas a fiscalización y crea la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE). En 1971 se aprueba el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas en respuesta

al aumento del consumo de tales drogas en varios países y en 1972 La Convención Única es enmendada por un protocolo para subrayar la necesidad de prestar servicios adecuados de prevención, tratamiento y rehabilitación. En 1988 Se aprueba la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas para hacer frente a la amenaza a la seguridad planteada por el tráfico de drogas en diversas regiones y en 1991 se establece en Viena el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID). En el año de 1998 Se celebra el vigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas para intensificar los esfuerzos de los Estados Miembros por reducir la demanda y la oferta de drogas. En el 2002 Entra en vigor la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional, que refuerza la capacidad internacional de luchar contra la delincuencia organizada, incluido el tráfico de drogas (p. 1-2).

### **5.3.2 Marco Legal en Colombia**

La normatividad colombiana es amplia en el tema de sustancias psicoactivas, más específicamente en su consumo, haciendo un recuento tenemos la ley 30 de (1986) “por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes y se dictan otras disposiciones” reglamentada por el Decreto nacional 3788 de 1986, esta ley se relaciona directamente con el consumo, incautación, distribución y porte de las sustancias psicoactivas. En su capítulo tercero nos habla de las campañas de prevención contra el consumo de alcohol y del tabaco (p. 4).

La Corte Constitucional en su sentencia C- 221/1994 cuyo magistrado ponente fue el Dr. Carlos Gaviria Díaz nos habla de la dosis mínima de estupefacientes y que no debe ser judicializada la persona por llevarla, pues se está atentando contra la libertad que se posee y el libre desarrollo de su personalidad, declarando inexecutable el artículo 51 de la ley 30 de 1986, habiendo un gran avance en el tema de judicialización con el porte de estas sustancias y en gran medida con la permisibilidad al consumo.

Más adelante se reglamentaría el porte y el consumo mediante el decreto 1108 de (1994) “Por el cual se sistematizan, coordinan y reglamentan algunas disposiciones en relación con el porte y consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas”, el cual tiene como objeto según predispone su artículo primero:

Sistematizar, coordinar y reglamentar algunas disposiciones de los Códigos del Menor, Nacional de Policía, Sanitario, Penitenciario y Carcelario, Sustantivo del Trabajo y Nacional de Tránsito Terrestre y otras normas que establecen limitaciones al porte y al consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas y fijar los criterios para adelantar programas educativos y de prevención sobre dicha materia (p. 1).

En especial, dicho decreto tiene disposiciones reglamentarias con el Código del Menor con el porte y consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas por parte de menores de edad.

Más adelante la ley 1098 de 2006 “Código de Infancia y Adolescencia” trae consigo el sistema de responsabilidad penal para adolescentes y el sistema nacional de bienestar familiar y políticas públicas; su finalidad y objeto es el de:

Garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna y su objeto el de establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes, garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades consagradas en los instrumentos internacionales de derechos humanos, en la constitución política y en las leyes, así como su restablecimiento. Dicha garantía y protección será obligación de la familia, la sociedad y el Estado. (p. 1)

El código de infancia y adolescente establece los derechos de los niños, niñas y adolescentes e involucra a la familia, fuerza pública, educadores y a la comunidad en general a su cuidado, custodia y protección, además a garantizar un desarrollo integral y al derecho a una justicia restaurativa y de rehabilitación en caso de haber infringido la ley, como a la tarea de todos los actores y sociedad en educar al joven en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, sus consecuencias y orientarlo a que desarrolle buenas prácticas de vida saludable , derechos que están impregnados en los artículos 19, artículo 20 en su numeral 2, artículo 39 en su numeral 14, artículo 44 en su numeral 7 y el artículo 89 numeral 3 así:

**Artículo 19.** *Derecho a la rehabilitación y la resocialización.* Los niños, las niñas y los adolescentes que hayan cometido una infracción a la ley tienen derecho a la rehabilitación y resocialización, mediante planes y programas garantizados por el Estado e implementados por las instituciones y organizaciones que este determine en desarrollo de las correspondientes políticas públicas. (p. 3) cambio de letra

**Artículo 20.** *Derechos de protección.* Los niños, las niñas y los adolescentes serán protegidos contra:

1. El consumo de tabaco, sustancias psicoactivas, estupefacientes o alcohólicas y la utilización, el reclutamiento o la oferta de menores en actividades de promoción, producción, recolección, tráfico, distribución y comercialización. (p. 4)

**Artículo 39.** *Obligaciones de la familia.* La familia tendrá la obligación de promover la igualdad de derechos, el afecto, la solidaridad y el respeto recíproco entre todos sus integrantes. Cualquier forma de violencia en la familia se considera destructiva de su armonía y unidad y debe ser sancionada. Son obligaciones de la familia para garantizar los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes:

14. Prevenirles y mantenerles informados sobre los efectos nocivos del uso y el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales. (p. 7)

**Artículo 44.** *Obligaciones complementarias de las instituciones educativas.* Los directivos y docentes de los establecimientos académicos y la comunidad educativa en general pondrán en marcha mecanismos para:

7. Prevenir el tráfico y consumo de todo tipo de sustancias psicoactivas que producen dependencia dentro de las instalaciones educativas y solicitar a las autoridades competentes acciones efectivas contra el tráfico, venta y consumo alrededor de las instalaciones educativas. (p. 11)

**Artículo 89.** *Funciones de la Policía Nacional para garantizar los Derechos de los Niños, las Niñas y los Adolescentes.* Sin perjuicio de las funciones atribuidas en otras leyes en relación con los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes, la Policía Nacional y en especial la Policía de Infancia y Adolescencia, tendrán las siguientes funciones:

2. Adelantar labores de vigilancia a fin de controlar e impedir el ingreso de los niños, las niñas y los adolescentes a los lugares de diversión destinados al consumo de bebidas alcohólicas y cigarrillos y hacer cumplir la prohibición de venta de estos productos. (p.21)

La Resolución 1956 de 2008 del Ministerio de Salud y Protección Social adopta las medidas en relación con el consumo de cigarrillo o de tabaco y reglamenta su consumo en establecimientos públicos y privados donde se prohíbe fumar, con el entendido de que se debe de respetar al tercero no fumador (pasivo) y preceptúa otros componentes al derecho de respetar y promover la Salud pública.

El acto legislativo No. 02 del año 2009 modificó el artículo 49 de la Constitución política, y básicamente buscó acomodar la realidad del país con la despenalización con el consumo y

porte de sustancias de estupefacientes, es decir, que no se penalizara, pero sí que se prohibiera el consume y el porte, pues una cosa es penalizar y otra cosa es prohibir, es decir el gobierno nacional con este proyecto de acto legislativo el cual fue aprobado por la gran mayoría del congreso en ambas cámaras prohíbe la DOSIS PERSONAL, pero no la penaliza.

Llega consigo la Ley 1335 del 21 de Julio de (2009), donde tiene disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana (p. 1), Diana E. Rivera Rodríguez, Alejandro Niño Bogoya en su texto ABC de la Ley Antitabaco nos muestran un panorama claro del objeto de esta ley y es el de:

Garantizar el derecho a la salud de la población, en especial de los niños, niñas y adolescentes, protegiéndolos de los efectos del consumo de tabaco y sus derivados, así como de la exposición al humo de cigarrillo. La ley pretende: Proteger la salud de la población de los efectos nocivos del tabaco. Proteger los derechos de los no fumadores a vivir y convivir en espacios 100% libres de humo de tabaco. Establecer las bases para la protección contra el humo de tabaco. Establecer las bases para el empaquetado y el etiquetado de los productos del tabaco. Regular la promoción, la publicidad, el patrocinio, la distribución, la venta, el consumo y el uso de los productos del tabaco. Contribuir con la disminución del consumo de tabaco en Colombia, mediante la creación de programas de salud y educación. Fomentar la promoción, la educación para la salud, así como la difusión del conocimiento de los riesgos atribuibles al consumo y a la exposición al humo de tabaco. Contribuir con el abandono de la dependencia del tabaco (p.2).

Igualmente enfatizan y dejan claro en su análisis de esta ley que no busca perseguir a los fumadores sino proteger contra los efectos del consumo de tabaco y contra la exposición al humo del cigarrillo y que La restricción del acceso de los jóvenes a la compra

de cigarrillos disminuye la cantidad de menores que comienzan a fumar, también Prohibir la publicidad del tabaco disminuye hasta en un 7% su consumo. (P. 3, 7)

ABC de la ley del tabaco (2010) nos puntualiza que La prohibición de las acciones de promoción y patrocinio de los productos de tabaco busca la defensa de bienes públicos como la salud de la población y la protección de los niños, las niñas y los adolescentes. La prohibición total de la promoción y el patrocinio de los productos de tabaco reduce el consumo de tabaco; las prohibiciones parciales producen efecto limitado (p. 8). También nos hace un acápite y contextualización de que está prohibido consumir o tener encendido cualquier producto del tabaco en los espacios 100% libres de humo de tabaco. Son Espacios 100% libres de humo de tabaco entre otros: Todas las áreas cerradas tanto lugares de trabajo como en lugares públicos; todos los vehículos de transporte de pasajeros; Otros lugares de acceso al público. No se puede fumar en Áreas cerradas y No está permitido adecuar espacios de fumadores en espacios cerrados. Área cerrada es TODO ESPACIO CUBIERTO POR UN TECHO Y CONFINADO POR PAREDES (así sea una), independientemente del material utilizado para el techo, las paredes o los muros y de que la estructura sea permanente o temporal. (p. 9)

Colombia es un Estado Social de derecho en donde se hace fundamental resaltar que el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes trae consigo una connotación importante y es de que están protegidos por un Estado que les hace prevalecer sus derechos y más que una justicia sancionatoria o condenatoria se trata más bien de una justicia restaurativa de sus derechos que les permita resocializarse con su familia y la sociedad, el estado lo debe garantizar.

Consignado en el Artículo 45 de la Constitución Política de Colombia (1991) así: “El adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral. El Estado y la sociedad garantizan la participación activa de los jóvenes en los organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, educación y progreso de la juventud”. (p. 10)

La Ley Colombiana realizó un avance trascendental al determinar el consumo de sustancias psicoactivas como enfermedad al decretarse la Ley 1566 del 31 de Julio de 2012 donde, en su artículo primero:

Reconoce 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 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. (p. 1).

Con la modificación del artículo 49 de la Constitución Política de 1991 mediante acto legislativo Número 02 del 2009, Colombia avanza a la garantía de la promoción, protección y recuperación de la salud de sus adolescentes dependientes y consumidores de sustancias psicoactivas, igualmente se despenaliza la dosis personal, pero se prohíbe su porte y consumo precisamente para no ser tan permisivos a una problemática latente y que deteriora la salud de nuestros jóvenes, pero es el Estado quien dará una atención integral al enfermo dependiente, dicho artículo preceptúa:

La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con

participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad. *El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas están prohibido, salvo prescripción médica.* Con fines preventivos y rehabilitadores la ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias. El sometimiento a esas medidas y tratamientos requiere el consentimiento informado del adicto. Así mismo el Estado dedicará especial atención al enfermo dependiente o adicto y a su familia para fortalecerla en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará en forma permanente campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacientes y en favor de la recuperación de los adictos. (p. 13-14)

#### **5.4. Marco Ético.**

El presente trabajo de investigación se ajusta a las recomendaciones éticas dadas por la Declaración de Helsinki para investigación en seres humanos. Por las características del trabajo, su metodología y teniendo en cuenta el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993, se clasifica como una investigación de riesgo mínimo, ya que los datos se obtendrán a través de encuesta, sin ningún tipo de intervención que ponga en riesgo la integridad física o mental de los adolescentes.

Se respetará por parte del equipo investigador la integridad de los adolescentes, y serán tratados por igual sin distinción de clase social, estrato o diferencias por naturaleza del colegio.

Los participantes en el estudio serán aquellos que tengan el consentimiento informado aprobado por el representante legal ante la Institución Educativa, en donde, de manera clara, se les detallará la naturaleza de la investigación, beneficios y riesgos a los que se someta el

menor. El consentimiento informado cumplirá con las especificaciones del artículo 15 de la resolución 8430 de 1993.

El consentimiento informado está enmarcado en el art 15 de la misma resolución así:

ARTICULO 15. El Consentimiento Informado deberá presentar la siguiente, información, la cual será explicada, en forma completa y clara al sujeto de investigación o, en su defecto, a su representante legal, en tal forma que puedan comprenderla. a) La justificación y los objetivos de la investigación. b) Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito incluyendo la identificación de aquellos que son experimentales. c) Las molestias o los riesgos esperados. d) Los beneficios que puedan obtenerse. e) Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto. f) La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto. g) La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento. h) La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad. i) El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando. j) La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución responsable de la investigación, en el caso de daños que le afecten directamente, causados por la investigación. k) En caso de que existan gastos adicionales, éstos serán cubiertos por el presupuesto de la investigación o de la institución responsable de la misma. (p. 3)

Debido a que el instrumento será aplicado en menores de edad, se hará firmar un consentimiento informado donde los investigadores aseguran la confidencialidad de los datos obtenidos e igualmente la autorización de sus padres.

El encuestador no debe pertenecer a la Institución educativa. Esto permite que los adolescentes encuestados sientan confianza en sus respuestas.

La encuesta no tendrá elementos que permitan determinar la identidad específica del sujeto encuestado.

Adicionalmente, deberá ser depositada en urna cerrada, no transparente.

Esta investigación está enmarcada, según el art 11 de la Resolución 8430 de 1993 expedida por el Ministerio de Salud de la República de Colombia, en la categoría “SIN RIESGO” así

ARTICULO 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías: a) Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. (p. 2).

## **6. METODOLOGÍA**

### **6.1. Tipo de estudio**

Es un estudio Cuantitativo no experimental, análisis descriptivo, con un tiempo de investigación de corte transversal, según el registro de la información es cronológica prospectivo.

### **6.2 Población de estudio**

435 estudiantes del Bloque 1 – Secundaria grados de 6 – 11 de la Institución Educativa Gómez plata, Antioquia – Colombia.

### **6.3 Unidad de análisis**

Cada estudiante del bachillerato.

### **6.4 Criterios de selección**

Criterios de inclusión:

- ✓ Estudiantes de bachillerato de la Institución Educativa Gómez Plata, Antioquia.
- ✓ Estudiantes de bachilleratos de la Institución Educativa Gómez Plata, Antioquia a quienes sus padres les firme el consentimiento informado
- ✓ Estudiantes de bachillerato de la Institución Educativa Gómez Plata que manifiesten que quiere participar en la investigación y que firme el asentamiento informado.

Criterios de exclusión:

- Estudiantes de primaria de la Institución Educativa Gómez Plata Bloque 2 y 3.

- Estudiantes de bachillerato de la Institución Educativa Gómez Plata que manifiesten que no desean participar en el proyecto.
- Docentes y personal administrativo y/o asistencial de la Institución Educativa Gómez Plata, Antioquia – Colombia.
- Estudiantes que no asistieron el día de la participación de la encuesta.
- Padres de familia o acudiente que no autorizaron al estudiante a participar de la encuesta

### **6.5 Fuentes de información**

La fuente de información es primaria, porque se va a obtener directamente de los encuestados, es decir es información nueva y original.

### **6.6 Instrumentos**

Para la realización de este proyecto se aplicó una encuesta cerrada, la encuesta constaba de 27 preguntas y su tiempo de llenado fue de 10 minutos (ver anexo3)

La Encuesta se le aplicó a los estudiantes y se les preguntó sobre el consumo de sustancias psicoactivas que hayan efectuado en los últimos 6 meses o 30 días según la sustancia o droga.

La encuesta fue realizada por un grupo experto en el tema de drogadicción y en la aplicación de encuestas los cuales fueron externos y ajenos a la Institución Educativa y al Municipio de Gómez Plata, todo ello para que los estudiantes sintieran más confianza al responder las preguntas, hubiera imparcialidad y objetividad.

Primero se hizo un programa de sensibilización con la ayuda del personero estudiantil y la coordinadora académica de la Institución donde se les explicó a los estudiantes de qué se trataba el proyecto y se les entregó el consentimiento informado para que fuera firmado por el padre de familia, mediante una circular adjunta enviada por la rectoría del colegio.

Después de que el padre de familia firmó el consentimiento informado, el estudiante firmaría el asentimiento informado antes de responder la encuesta. Luego se procedería a la realización de la encuesta.

La encuesta se realizó de forma presencial en las aulas del bloque 1 de la Institución educativa Gómez Plata a los grados sexto (6°) a once (11°) de bachillerato.

### 6.7 Tablas de Variables:

<b>Variables</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Unidad de medida</b>
<b>Edad</b>	Cuantitativa	Razón	Años
<b>Sexo</b>	Cualitativa	Nominal – dicotómicas	1. Masculino 2. Femenino
<b>Estrato socioeconómico</b>	Cuantitativa	Ordinal	1. Estrato 1 2. Estrato 2 3. Estrato 3 4. Estrato 4
<b>Grado</b>	Cuantitativa	Ordinal	1. Sexto 2. Séptimo 3. Octavo 4. Noveno 5. Décimo 6. Undécimo
<b>Tipo de seguridad social</b>	Cuantitativa	Ordinal	1. Subsidiaria 2. Contributiva
<b>consumo de alcohol en los últimos 30 días</b>	Cuantitativa	Nominal categórica	1. Si 2. No

<b>consumo de cigarrillo en los últimos 30 días</b>	Cuantitativa	Nominal categórica	1. Si 2. No
<b>consumo de Marihuana en los últimos 6 meses</b>	Cuantitativa	Nominal categórica	1. Si 2. No
<b>consumo de éxtasis en los últimos 6 meses</b>	Cuantitativa	Nominal categórica	1. Si 2. No
<b>consumo (Popper) en los últimos 6 meses</b>	Cuantitativa	Nominal categórica	1. Si 2. No
<b>Consumo de bazuca en los últimos 6 meses</b>	Cuantitativa	Nominal categórica	1. Si 2. No
<b>consumo de coca en los últimos 6 meses</b>	Cuantitativa	Nominal categórica	3. Si 4. No
<b>Conocimiento de sustancias psicoactivas</b>	Cualitativa	Nominal categórica	1. Si 2. No 3. Cual

<b>Motivos que llevan a consumir drogas</b>	Cualitativa	Nominal categórica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Curiosidad</li> <li>2. Problemas</li> <li>3. Amigos</li> <li>4. Depresión</li> </ol>
<b>Actividades en tiempo libre</b>	Cualitativa	Nominal categórica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Deportes</li> <li>2. Hobby</li> <li>3. Cine</li> <li>4. Amigos</li> <li>5. Pareja</li> <li>6. otros</li> </ol>
<b>Como la ha usado</b>	Cualitativa	Nominal categórica	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. inyectada</li> <li>5. fumada</li> <li>6. inhalada</li> <li>7. aspirada</li> <li>8. tragada</li> <li>9. tomada</li> <li>10. untada</li> </ol>
<b>Frecuencia</b>	Cualitativa	Nominal categórica	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Una vez a la semana___</li> <li>b. Una vez al mes___</li> <li>c. Varias veces a la semana___</li> </ol>
<b>Conocimiento de programas de consumo en el colegio o municipio</b>	Cualitativa	Nominal categórica	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Si</li> <li>b. no</li> </ol>

**Tabla 4. Tabla de Variables**

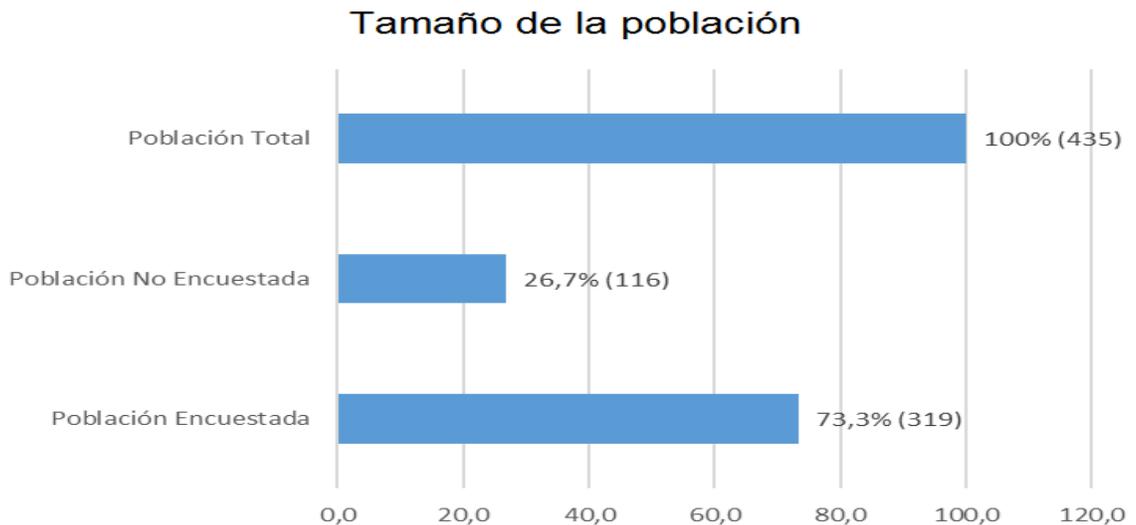
## 7. PLAN DE ANÁLISIS

Para la investigación se utilizó el software Excel, en el cual se digitaron los datos para el análisis de las variables y se realizaron gráficos para ilustrar los porcentajes respecto a la prevalencia en el consumo de Sustancias Psicoactivas.

## 8. RESULTADOS

Se dan a conocer los resultados de la encuesta que tuvo como objetivo determinar la prevalencia en el consumo de sustancias psicoactivas de los bachilleres de la Institución Educativa Gómez Plata, además de verificar el estado de concientización y conocimiento sobre el efecto del consumo de drogas tanto legales como ilegales y la de evaluar los programas de salud mental encaminados a mitigar y reducir el consumo desplegados en el Municipio de Gómez Plata.

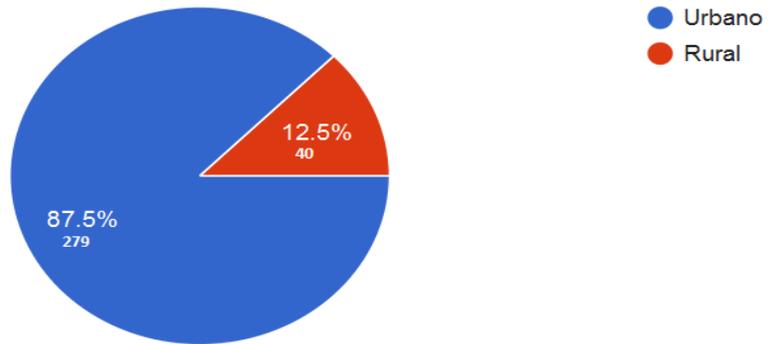
8.1 Distribución porcentual según el tamaño de la población encuestada de la I.E Gómez Plata. Antioquia. 2016



**Grafica 1. Porcentaje tamaño población de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia. 2016**

8.2. Distribución porcentual según el lugar de residencia de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016

Lugar de residencia (319 respuestas)

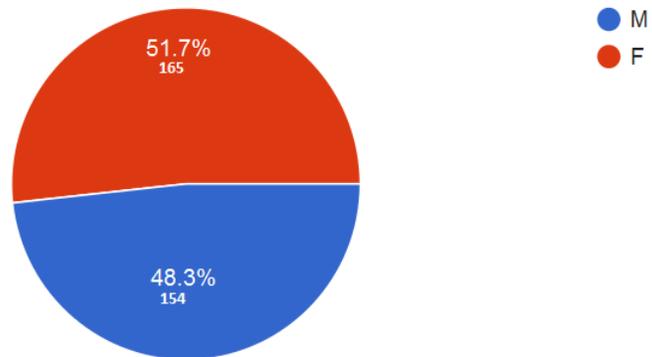


**Grafica 2. Distribución porcentual según el lugar de residencia, de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia. 2016**

El 87.5% de la población encuestada, es decir, 279 estudiantes residen en el area urbana del municipio de Gómez Plata, mientras que un 12.5% equivalentes a tan solo 40 estudiantes residen en el area rural, sobretodo en el corregimiento la Estrella, vereda Calderas, Angosturita, Claritas y San fernandito

8.3. Distribución porcentual según el sexo de los bachilleres de la I.E Gómez Plata.  
Antioquia. 2016

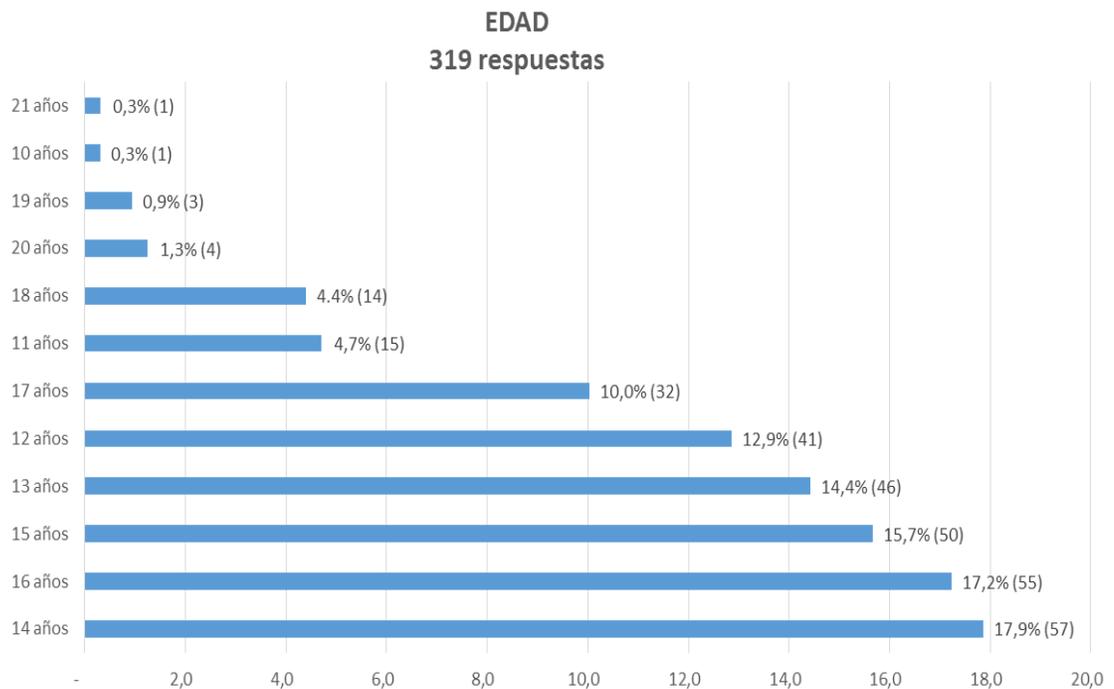
Sexo (319 respuestas)



**Grafica 3. Distribución porcentual según el sexo**

En relación al sexo masculino y femenino la Institución Educativa cuenta con 154 hombres y 165 mujeres, equivalentes al 48.3% y 51.7% respectivamente de 319 encuestados con predominio del 3.4% en el sexo femenino sobre el sexo masculino.

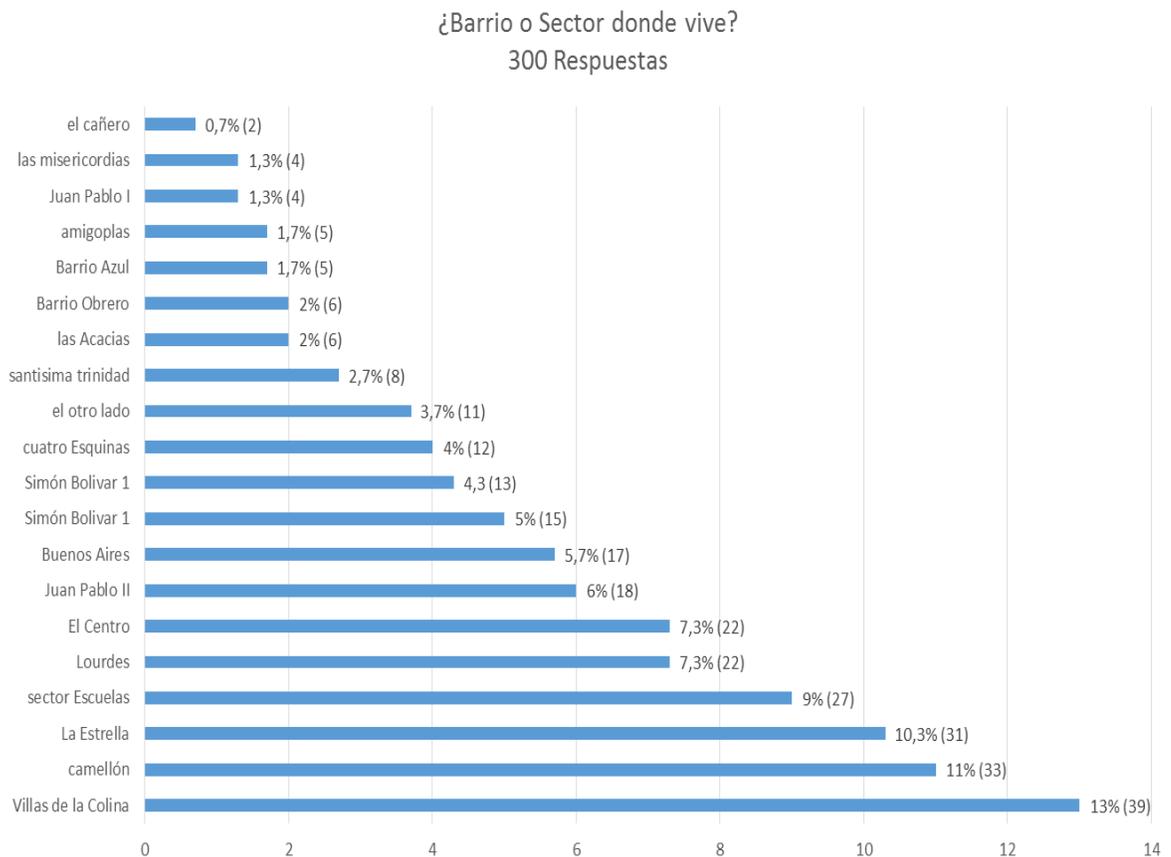
8.4. Distribución porcentual según la edad de los bachilleres de la I.E Gómez Plata.  
Antioquia. 2016



**Grafica 4. Distribución porcentual según la edad, Antioquia. 2016**

Con respecto a la edad, de los 319 encuestados el 17.9% dice tener 14 años, el 17.2% dice tener 16 años, mientras que el 15.7%, 14.4%, 12.9% y 10.0% respectivamente dicen tener edades entre 15, 13, 12 y 17 años. Solo el 4.7%, 4.4%, 1.3% conforman las edades entre 11, 18 y 20 años. Por lo tanto la edad que predominó en esta población fue la de 14 años.

8.5 Distribución porcentual según el barrio o sector de residencia de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016

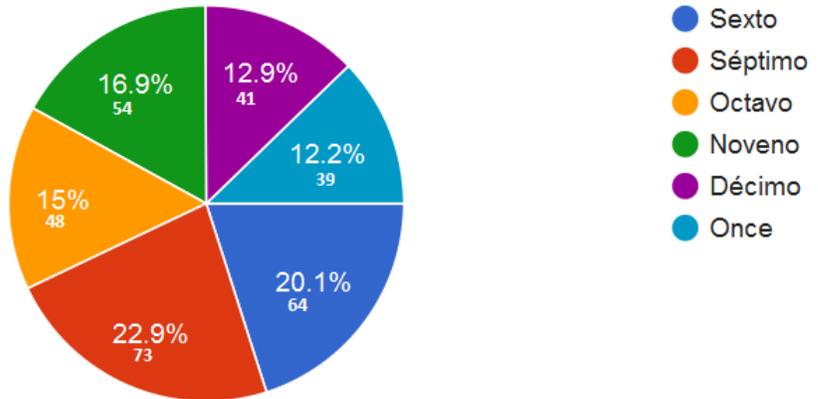


**Grafica 5. Distribución porcentual según el barrio o sector de residencia**

En el sector de Villas de la Colina residen 39 estudiantes 13% le siguen el sector el Camellón con 33 estudiantes (11%), el corregimiento la Estrella con 31 estudiantes (10.3%) y el sector Escuelas con 27 estudiantes (9%); en el sector Lourdes y el Centro radican de a 22 estudiantes respectivamente (7.3%), mientras que las Acacias, Santísima trinidad, el Cañero y las Misericordias viven un promedio de 6 a 4 estudiantes (1.6%). Por lo tanto la mayoría de los estudiantes de este colegio residen en el barrio Villas de la Colina.

8.6. Distribución porcentual según el grado cursado actualmente por los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016

### Grado que cursa actualmente (319 respuestas)

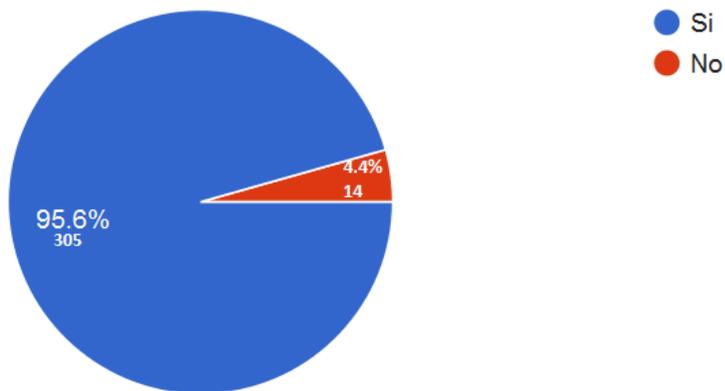


**Grafica 6. Distribución porcentual según el grado de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia. 2016**

El porcentaje de número de estudiantes por grado nos muestra que el grado séptimo es el que obtiene mayor números de estudiantes con un 22.9%, lo sigue los grados sextos con un 20.1%, mientras que los grados onces y décimos obtienen respectivamente un 12.2% y 12.9%, los grados octavo y noveno tienen un 15% y 16.9% del 100% de encuestados.

8.7. Distribución porcentual según afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud Colombiano de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia. 2016

¿Afiliado a algún sistema de salud? (319 respuestas)

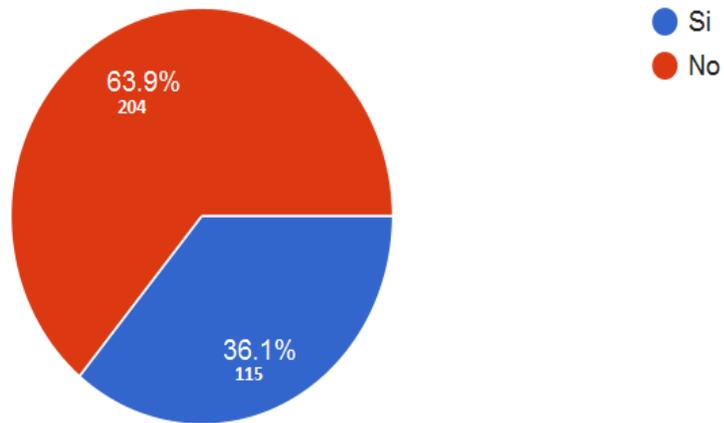


**Grafica 7. Distribución porcentual según la afiliación algún Sistema de Seguridad Social en Salud de los Bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016**

Con respecto a si están o no afiliados a algún sistema de salud sea régimen subsidiado, contributiva o vinculado, el 95.6% de los estudiantes encuestados afirmaron estar afiliados algún tipo de sistema de seguridad social en salud, mientras que el 4.4% afirman no estarlo.

8.8. Distribución porcentual según el consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016

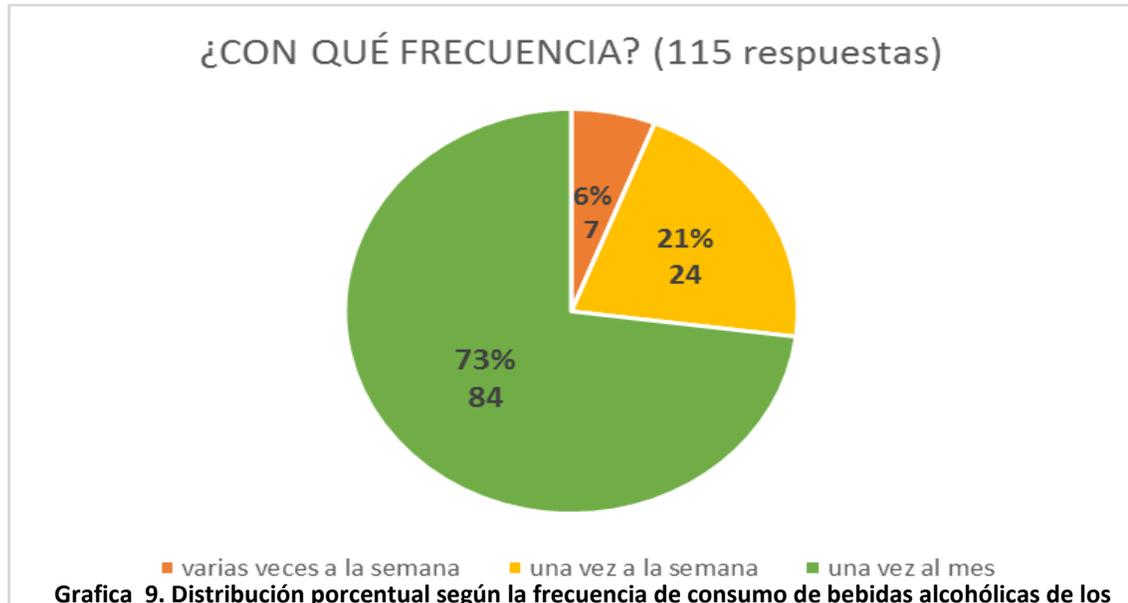
¿Ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días?  
(319 respuestas)



**Grafica 8. Distribución porcentual según consumo de bebidas alcohólicas de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016**

En lo que respecta a la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en el último mes el 36.1% (115 estudiantes) afirmaron SI haber consumido, mientras que el 63.9% (204 estudiantes) afirmaron NO haber consumido.

8.9. Distribución porcentual según la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016

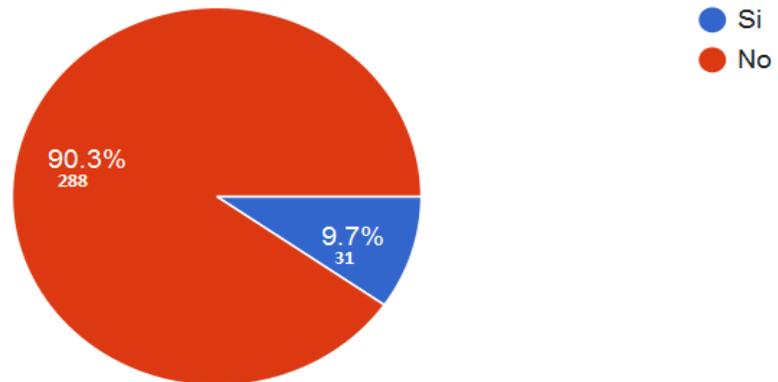


La frecuencia del consumo se ha dado una vez al mes con un 73% (84 estudiantes), mientras el 21% (24 estudiantes) afirmaron consumir solo una vez a la semana y el 6% (7 estudiantes) afirmó consumir varias veces a la semana. En relación con la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas se puede decir que es más recurrente por el fácil acceso que tienen los escolares a la compra, sumándole a la legalidad de la sustancia y a la cultura rumbera típica de los pueblos.

8.10. Distribución porcentual según el consumo de cigarrillo en los últimos 30 días de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016

### ¿Ha consumido cigarrillo en los últimos 30 días?

(319 respuestas)



**Gráfica 10. Distribución porcentual según consumo de cigarrillo de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia. 2016**

En lo que respecta a la prevalencia del consumo de cigarrillo en el último mes el 90% (288 estudiantes) afirmaron NO haber consumido, mientras que el 9.7% (31 estudiantes) afirmaron SI haber consumido.

8.11. Distribución porcentual según la frecuencia de consumo de cigarrillos en los últimos 30 días.

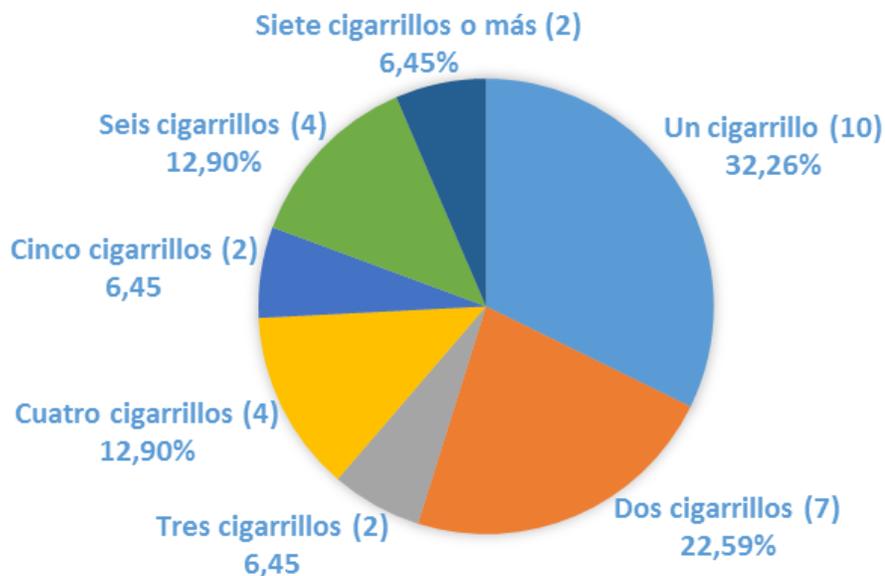


**Gráfica 11. Distribución porcentual según la frecuencia del consumo de cigarrillos de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016**

La frecuencia en el consumo de cigarrillo se ha dado una vez al mes con un 48.39% (15 estudiantes), mientras el 32.26% (10 estudiantes) afirmaron consumir solo una vez a la semana y el 19.35% (6 estudiantes) afirmó consumir varias veces a la semana. La percepción de riesgo frente al consumo frecuente de cigarrillo provoca dependencia y adicción a la nicotina, deteriorando gravemente la salud de los adolescentes y estimulando la aparición de nuevas enfermedades y malos hábitos.

8.12. Distribución porcentual según la cantidad de cigarrillos consumidos de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016

### ¿QUÉ CANTIDAD DE CIGARRILLOS CONSUME? 31 RESPUESTAS



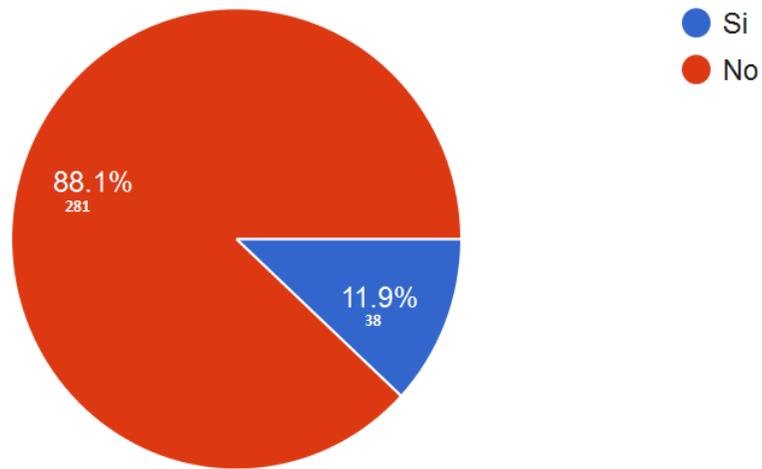
**Grafica 12. Distribución porcentual según la cantidad de cigarrillos consumidos de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016** de los

Con respecto a la cantidad de cigarrillos que consumen los encuestados nos refleja que el 32.26% afirmaron consumir solo un (1) cigarrillo una vez al mes, el 22.59% afirmaron consumir dos (02) cigarrillos una vez a la semana, mientras quienes consumen la cantidad de tres (03), cuatro (04), cinco (05), seis (06) y siete (07) cigarrillos lo hacen varias veces a la semana.

En relación con la cantidad de cigarrillos consumidos se puede decir que a mayor cantidad de cigarros consumidos, mayor va hacer la frecuencia de consumo.

8.13. Distribución porcentual según el consumo de marihuana en los últimos 6 meses de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016

### ¿Ha consumido marihuana en los últimos seis meses? (319 respuestas)



**Gráfica 13. Distribución porcentual según el consumo de marihuana de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016**

En lo que respecta a la prevalencia del consumo de marihuana en los últimos seis (06) meses el 88.1% (281 estudiantes) afirmaron NO haber consumido, mientras que el 11.9% (38 estudiantes) afirmaron SI haber consumido.

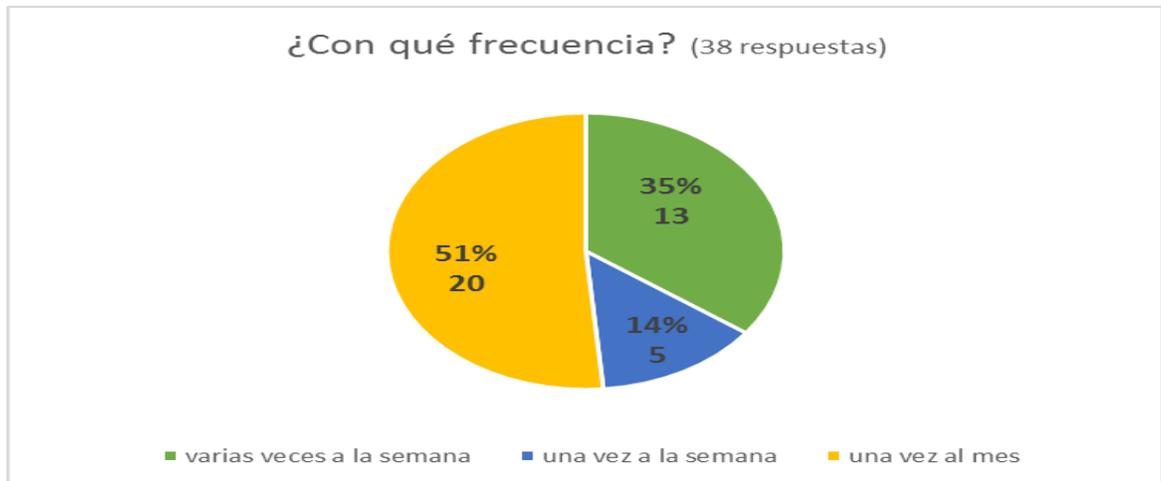
8.14. Distribución porcentual según las vías utilizadas para el consumo de marihuana



**Grafica 14. Distribución porcentual según las vías utilizadas para el consumo de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia. 2016**

Según las vías de consumo de la marihuana, el 91.18% de los encuestados afirman fumarla, mientras que el 5.88% la han tragado. En relación con la vía de consumo se puede decir que es mucho más común fumarla que tragarla.

8.15. Distribución porcentual según la frecuencia del consumo de marihuana en los últimos 6 meses de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016



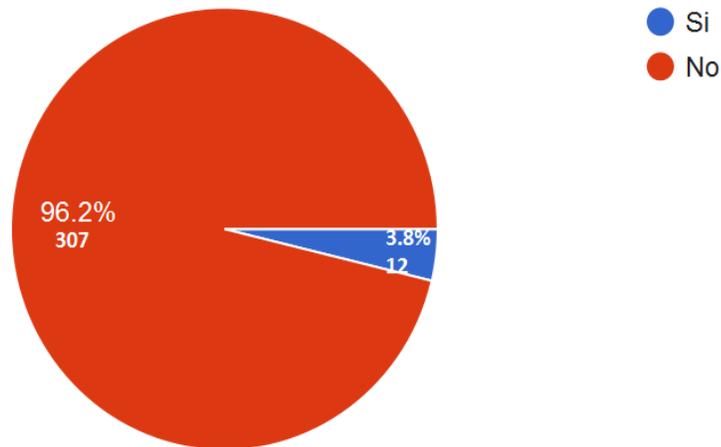
**Gráfica 15. Distribución porcentual según la frecuencia del consumo de marihuana de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016**

La frecuencia en el consumo de marihuana por parte de los estudiantes se ha dado una vez al mes con un 51.4% (19 estudiantes), mientras el 13.5% (5 estudiantes) afirmaron consumir solo una vez a la semana y el 35.1% (13 estudiantes) afirmó consumir varias veces a la semana.

En relación con la frecuencia del consumo de marihuana se hace más habitual por el fácil acceso por ser de costo bajo, por el incremento de las plazas de vicios y además por la posibilidad de producirla en huertas caseras del Municipio.

8.17. Distribución porcentual según el consumo de cocaína en los últimos 6 meses de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016

## ¿Ha consumido Cocaína en los últimos seis meses? (319 respuestas)

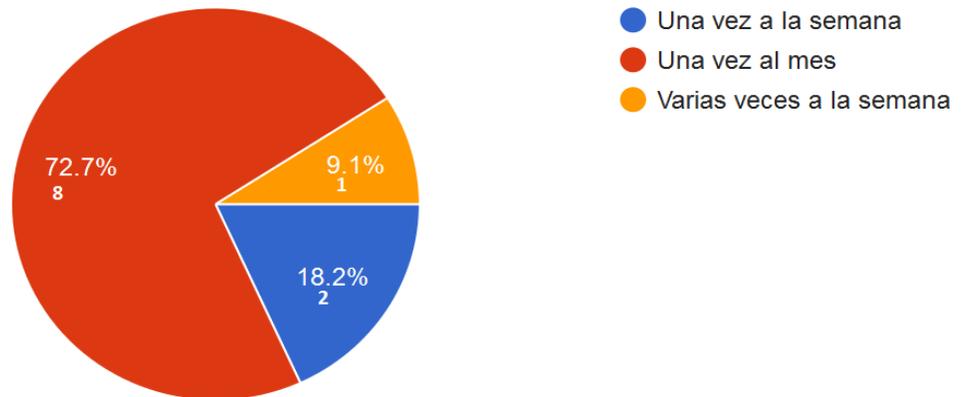


**Grafica 16. Distribución porcentual según el consumo de cocaína de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016**

En lo que respecta a la prevalencia del consumo de cocaína en los últimos seis (06) meses el 96.2% (307 estudiantes) afirmaron NO haber consumido, mientras que el 3.8% (12 estudiantes) afirmaron SI haber consumido.

8.17. Distribución porcentual según la frecuencia del consumo de cocaína.

¿Con qué frecuencia? (11 respuestas)



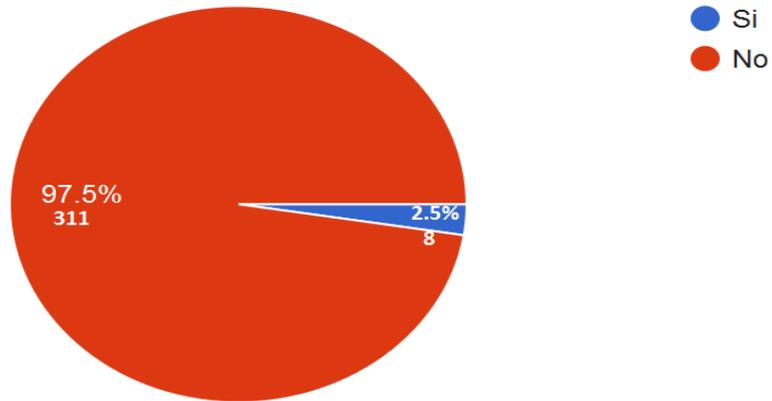
**Grafica 17. Distribución porcentual según la frecuencia del consumo de cocaína**

La frecuencia en el consumo de cocaína por parte de los estudiantes se ha dado una vez al mes con un 72.7% (8 estudiantes), mientras el 13.5% (5 estudiantes) afirmaron consumir solo una vez a la semana y el 35.1% (13 estudiantes) afirmó consumir varias veces a la semana.

En relación con la frecuencia del consumo de cocaína se puede decir que es poco recurrente por ser una droga ilegal costosa y de poco acceso a los estudiantes, a pesar de que otro sector de la población (adultos con capacidad de adquirirla) la comparte en fiestas y eventos con bachilleres, aunque son pocos los que la consumen (2.8%).

8.18. Distribución porcentual según el consumo de bazuca en los últimos 6 meses de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016

### ¿Ha consumido Bazuca en los últimos seis meses? (319 respuestas)

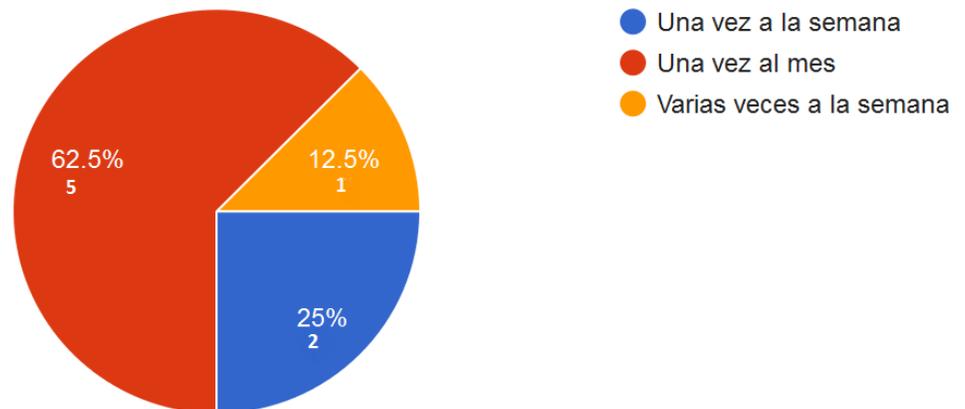


**Grafica 18. Distribución porcentual según consumo de bazuca de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia. 2016**

En lo que respecta a la prevalencia del consumo de bazuca en los últimos seis (06) meses el 97.5% (311 estudiantes) afirmaron NO haber consumido, mientras que el 2.5% (8 estudiantes) afirmaron SI haber consumido.

8.19. Distribución porcentual según la frecuencia del consumo de bazuca de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016

¿Con qué frecuencia? (8 respuestas)

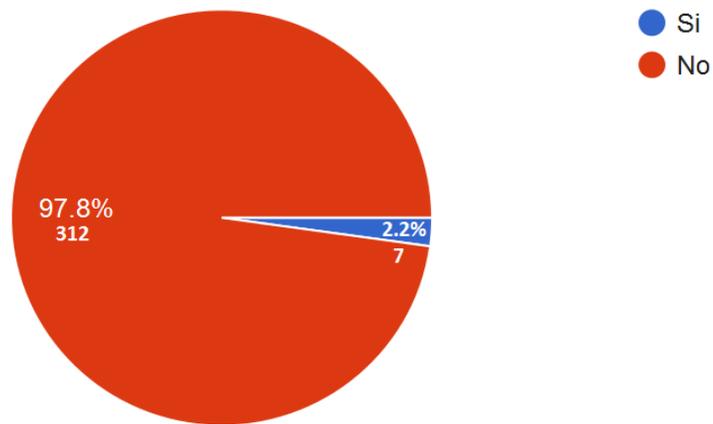


**Grafica 19. Distribución porcentual según la frecuencia del consumo de bazuca de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016**

La frecuencia en el consumo de bazuca por parte de los estudiantes se ha dado una vez al mes con un 62.5% (5 estudiantes), mientras el 12.5% (1 estudiantes) afirmaron consumir solo una vez a la semana y el 25% (2 estudiantes) afirmó consumir varias veces a la semana. En relación con la frecuencia del consumo de bazuca se puede decir que es poco frecuente, pues es una de las drogas a la que menos acuden los bachilleres por la percepción que tienen de la misma: Es la droga “para gente pobre” y de “calle”.

8.20. Distribución porcentual según el consumo de éxtasis en los últimos 6 meses de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016

### ¿Ha consumido Éxtasis en los últimos seis meses? (319 respuestas)

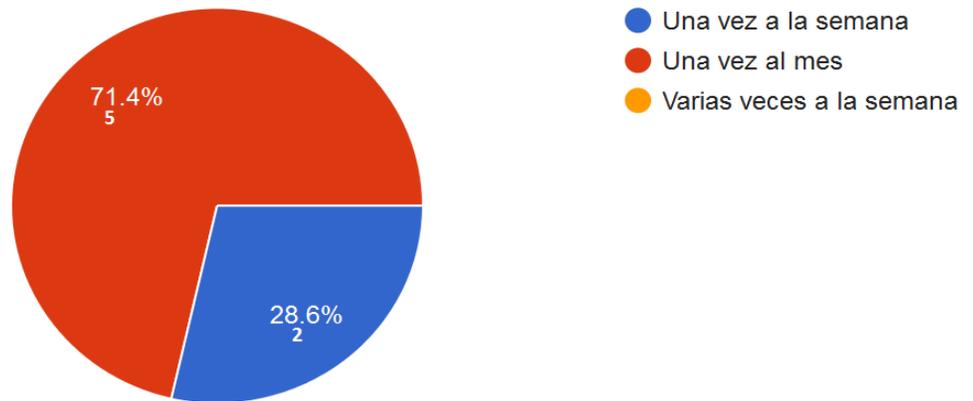


**Grafica 20. Distribución porcentual según el consumo de éxtasis de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016**

En lo que respecta a la prevalencia del consumo de Extasis en los ultimos seis (06) meses el 97.8% (312 estudiantes) afirmaron NO haber consumido, mientras que el 2.2% (7 estudiantes) afirmaron SI haber consumido.

8.21. Distribución porcentual según la frecuencia del consumo de éxtasis.

¿Con qué frecuencia? (7 respuestas)

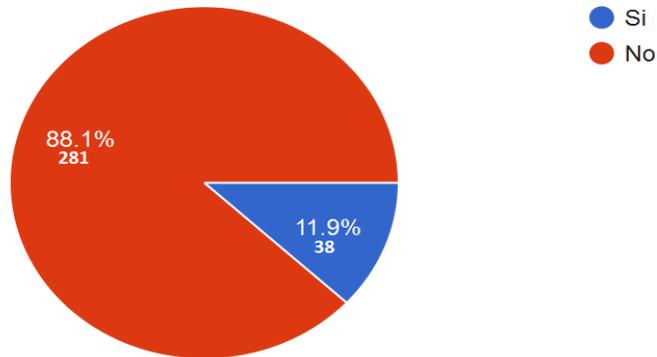


**Gráfica 21. Distribución porcentual según la frecuencia del consumo de éxtasis.**

La frecuencia en el consumo de Éxtasis por parte de los estudiantes se ha dado una vez al mes con un 71.4% (5 estudiantes), mientras el 28.6% (2 estudiantes) afirmaron consumir solo una vez a la semana. En relación con la frecuencia del consumo de éxtasis se puede decir que se ha dado con poca recurrencia por ser de poco acceso a los bachilleres debido a la falta de su comercialización en las plazas de vicios y rutas de tráfico.

8.22. Distribución porcentual según el consumo de Popper en los últimos 6 meses de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016

¿Ha consumido Popper en los últimos seis meses?  
(319 respuestas)

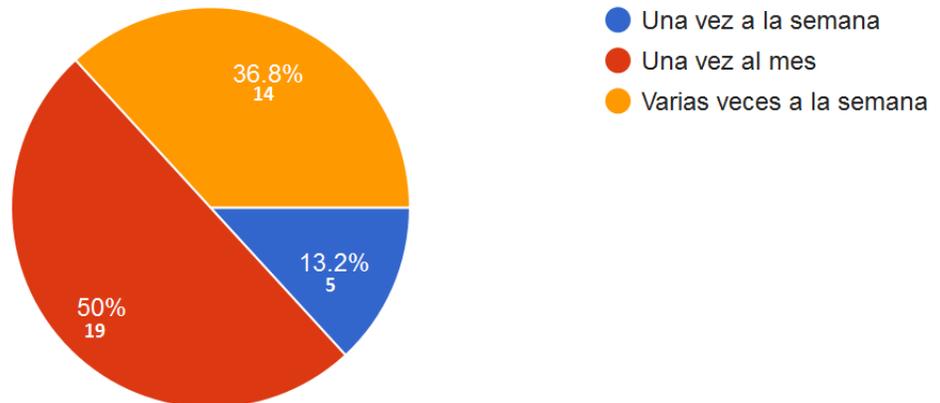


**Grafica 22. Distribución porcentual según el consumo de Popper de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia. 2016**

En lo que respecta a la prevalencia del consumo de Popper en los últimos seis (06) meses el 88.1% (281 estudiantes) afirmaron NO haber consumido, mientras que el 11.9% (38 estudiantes) afirmaron SI haber consumido.

8.23. Distribución porcentual según la frecuencia en el consumo de Popper de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016

¿Con qué frecuencia? (38 respuestas)



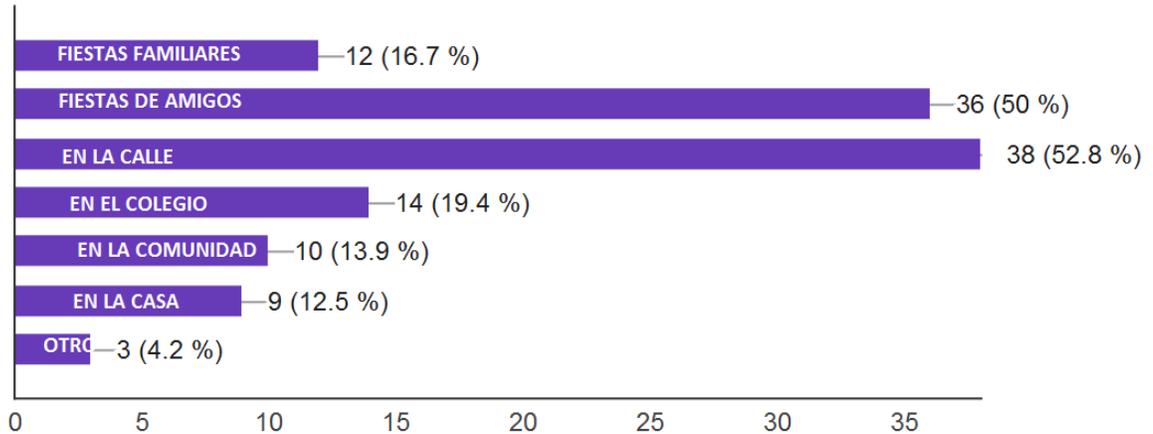
**Grafica 23. Distribución porcentual según la frecuencia en el consumo de Popper de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia. 2016**

La frecuencia en el consumo de Popper por parte de los estudiantes se ha dado una vez al mes con un 50% (19 estudiantes), mientras el 13.2% (5 estudiantes) afirmaron consumir solo una vez a la semana y el 36.8% (14 estudiantes) afirmaron consumir varias veces a la semana.

En relación con la frecuencia del consumo de Popper se puede decir que es muy recurrente, pues factores como la moda y la curiosidad llevan a los bachilleres a un consumo masivo y de más frecuencia, además por los placeres temporales y usos sexuales que ocasiona esta sustancia la vuelven más atractiva para su distribución y comercialización desde las rutas de tráfico procedentes del área metropolitana del valle de aburra en Antioquia, especialmente la ciudad de Medellín y el nordeste antioqueño.

8.24. Distribución porcentual según el sitio o lugar en donde se consume sustancias psicoactivas de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016

### ¿Dónde consume? (72 respuestas)

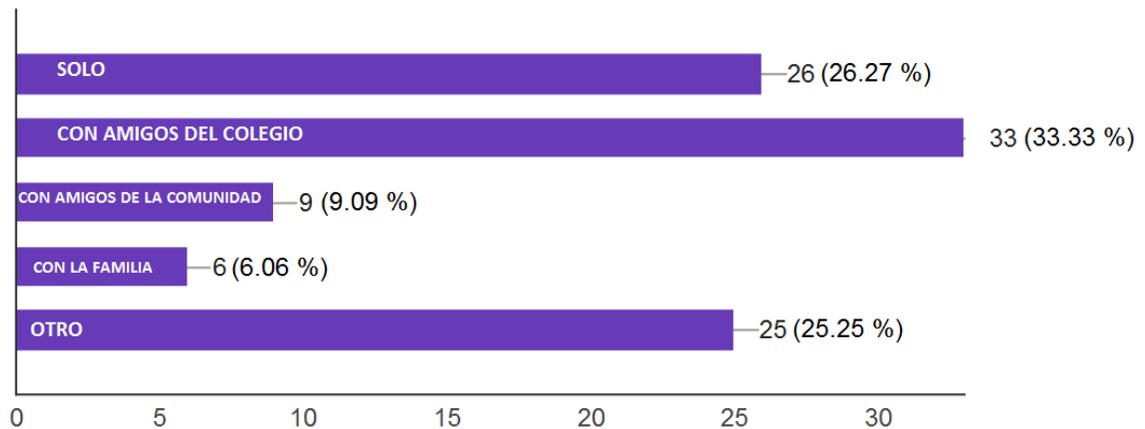


**Grafica 24. Distribución porcentual según el sitio o lugar de consumo de sustancias psicoactivas de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. antioquia.2016**

Según el sitio o lugar en donde se suele consumir sustancias psicoactivas es más común hacerlo en la calle (38 respuestas que equivalen al 52.8%), seguido en fiestas de amigos (36 respuestas equivalente al 50%), el consumo en el colegio (14 respuestas equivalentes al 19,4%), mientras que, en fiestas familiares, en la comunidad y en la casa se siguen. (12 respuestas, 16.7%. 10 respuestas, 13.9% y 9 respuestas con el 12.5% respectivamente)

8.25 Distribución porcentual según con quién se consume sustancias psicoactivas de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016

### ¿Con quién consume? (99 respuestas)

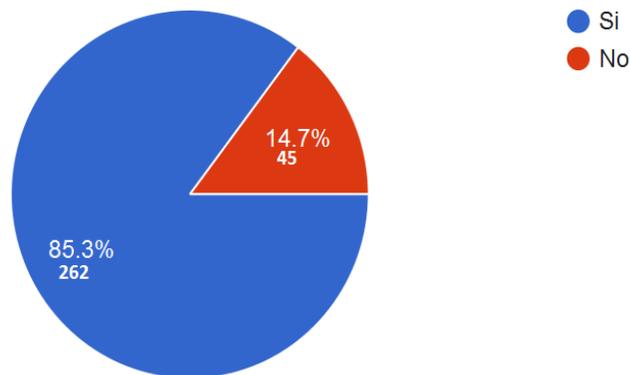


**Grafica 25. Distribución Porcentual según con quien se consume de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016**

El consumo de sustancias psicoactivas se efectúa con amigos del colegio con un 33.33% así lo indican los estudiantes, el 26.27% dicen consumir en soledad, mientras que el 9.09% dicen consumir con amigos de la comunidad y el otro 6.06% con algún miembro familiar. En relación con la persona que consume se puede decir que los estudiantes sienten más confianza y afección consumir sustancias psicoactivas entre los mismos compañeros del colegio.

8.26. Distribución porcentual según el conocimiento de los problemas personales, familiares y sociales que trae el consumo de sustancias psicoactivas de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016

¿Cree que el consumo de sustancias psicoactivas le trae problemas personales, familiares o sociales? (307 respuestas)



**Grafica 26. Distribución porcentual según el conocimiento de los problemas personales, familiares y sociales que trae el consumo de sustancias psicoactivas de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia. 2016**

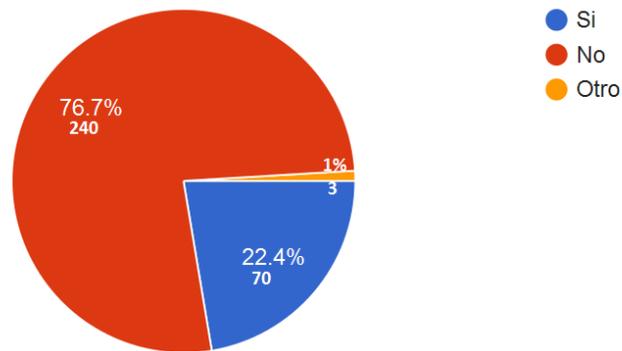
El 85.3% (262 estudiantes) creen que el consumo de sustancias psicoactivas SI les trae problemas personales, familiares y sociales; mientras que el 14.7% (45 estudiantes) aducen NO tener, ni presentárseles problema alguno.

En relación con esta pregunta, vemos una gran mayoría de estudiantes que si saben las consecuencias que trae consigo el consumo de sustancias psicoactivas, pero preocupa que un porcentaje menos pero llamativo de estudiantes vean normal el consumo de estas sustancias y que según ellos no trae problema alguno para su salud, su bienestar, su familia y sociedad en general.

8.27. Distribución porcentual según el conocimiento de programas o políticas de prevención al consumo de sustancias psicoactivas en el colegio o municipio de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016

¿Conoce usted si en su colegio o en el municipio existe un programa o política de prevención del consumo de sustancias psicoactivas?

(313 respuestas)

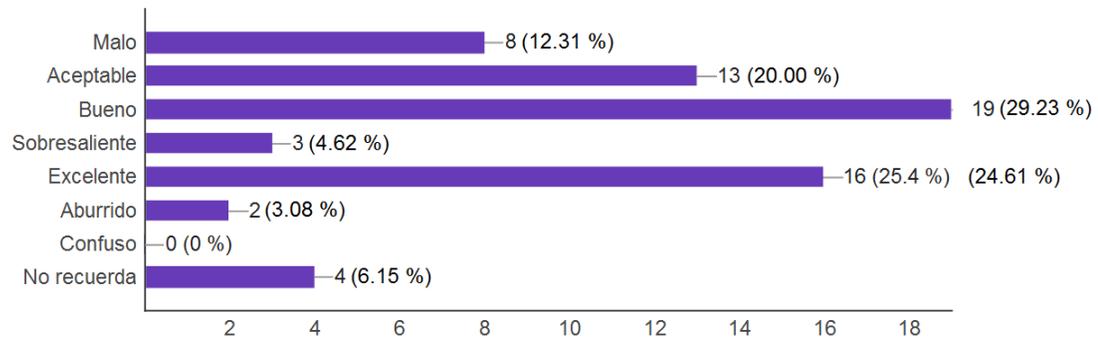


**Grafica 27. Distribución porcentual según conocimiento de programas o políticas de prevención al consumo de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016**

El 76.7% (240 estudiantes) dicen NO conocer programas o políticas de prevención al consumo de sustancias psicoactivas en el colegio y en el municipio, mientras que el 22.4% (70 estudiantes) aducen SI conocer algún programa de prevención.

8.28 Distribución porcentual según la calificación del programa de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016

Si participó de uno de esos programas, ¿Cómo le pareció el programa?  
(65 respuestas)

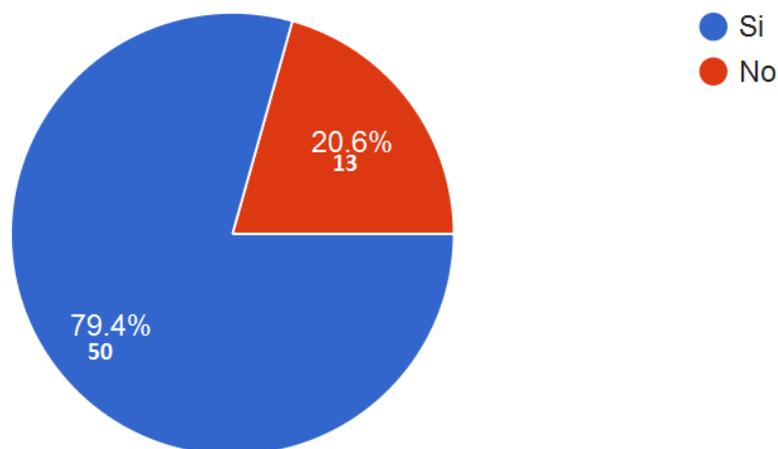


**Grafica 28. Distribución porcentual según la calificación del programa de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia. 2016**

De estos estudiantes los que participaron del proyecto de salud mental para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas aduce un 29.23% parecerles bueno en relación con sus contenidos y metodologías, un 24.61% excelente, un 20% aceptable, un 12.31% malo y un 4.62% sobresaliente; mientras que el 3.08% le pareció aburrido y el 6.15% no recuerda. En relación con el programa se puede decir que hay una buena aceptación por parte de los estudiantes con respecto a sus contenidos y metodologías.

8.29. Distribución porcentual según la motivación del programa al no consumo de sustancias psicoactivas de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016

¿Lo motivó ese programa a no consumir? (63 respuestas)



**Grafica 29. Distribución porcentual según la motivación del programa al no consumo de sustancias psicoactivas de los bachilleres de la I.E Gómez Plata. Antioquia.2016**

El 79.4% de los estudiantes encuestados afirman SI haberlos motivados los programas de prevención al no consumo de sustancias psicoactivas, mientras que el 20.6% aduce NO haberlos motivado a no consumir.

En relación con el programa y consumo entonces se ve reflejado un resultado positivo en la mitigación al consumo de sustancias psicoactivas, sin embargo aún quedan por realizar programas que aumenten en un 100% o cercano a este porcentaje la motivación al no consumo de sustancias psicoactivas por parte de los bachilleres de la I.E Gómez Plata.

### **En conclusión:**

El tamaño de la población encuestada fue de 319 estudiantes, es decir, el 73.3% del total de bachilleres de la Institución Educativa Gómez Plata que según el SIMAT (Sistema Integrado de matrícula) están conformados por 435 estudiantes, donde 116 estudiantes no fueron encuestados por diferentes razones y situaciones, es decir el 26.7% de estudiantes no participaron de la encuesta. De los 319 encuestados el 87.5%, es decir 279 estudiantes residen en el área urbana del municipio de Gómez plata, especialmente en el sector de villas de la colina con un 13%(39 estudiantes), seguido del barrio el camellón con el 11% (33 estudiantes) , mientras que el 12.5%, es decir 40 estudiantes hacen parte del área rural, especialmente del corregimiento de la Estrella con un 10.3% (31 estudiantes) ; con la distribución porcentual según el sexo tenemos un predominio de 3.4% del sexo femenino sobre el masculino, obteniendo 165 mujeres que equivalen al 51.7%, mientras que el sexo masculino está conformado por 154 hombres que equivalen al 48.3%; con respecto a la edad predominó en esta población los adolescentes en edad de 14 años con un 17.9%, (57 estudiantes) seguido de los de edades entre 16 y 15 años equivalentes al 17.2% (55 estudiantes) y 15.7% (50 estudiantes) respectivamente; con relación al grado que cursan actualmente tenemos que el grado con mayor número de estudiantes son los grados séptimos con 22.9% (73 estudiantes), seguido de los grados sextos con el 20.1% (64 estudiantes), mientras que los grados onces y décimos obtienen respectivamente un 12.9% (41 estudiantes) y 12.2% (39 estudiantes); el 95.6% (305 estudiantes) están afiliados a algún tipo de sistema de seguridad social en salud, mientras que el 4.4% (14 estudiantes) aducen no estarlo.

En el bachillerato de la Institución Educativa Gómez Plata el consumo de sustancias psicoactivas que más prevalecen son las bebidas alcoholicas con un 36.1%, seguido por el consumo de la marihuana y el popper ambos con un 11.9%, las frecuencias de ambas sustancias en su consumo se dan una vez al mes con un 50% y 51%, mientras que la frecuencia del consumo de alcohol tambien se da una vez al mes con un 73% por parte de

los estudiantes consumiendo más en compañía de sus amigos del colegio con un 33.33% y dicen hacerlo en la calle con un 52.8%, en fiestas de amigos con un 50% y de hacerlo también en el colegio con un 19.4%; el cigarrillo ocupa el tercer lugar en la sustancia que mas se consume con un 9.7%, seguido de la cocaína 3.8%, la bazuca con un 2.5% y el extasis con un 2.2% dándose con mas frecuencia una vez al mes el consumo de estas 4 sustancias con un promedio del 64%.

Para los estudiantes de esta institución el 85.3% creen que el consumo de sustancias psicoactivas traen problemas personales, familiares y sociales a pesar que solo el 22.4% de los encuestados dicen conocer algún programa de prevención al consumo de sustancias psicoactivas en su colegio o municipio, pareciéndoles dichos programas entre bueno con un 29.3, excelente con un 24.61%, aceptable 20% y malo 12.31% donde el 79.4% de los estudiantes aducen si haberlos motivado a no consumir frente a un 20.6% que aducen no haberlos motivado al consumo.

## 9. DISCUSIÓN

Hay que tener en cuenta que las sustancias psicoactivas son aquellas cuyo consumo puede alterar los estados de conciencia, de ánimo y de pensamiento (OMS, 2004, p 12), provocando en el adolescente comportamientos no aptos ni saludables para su desarrollo tanto físico como psicosocial, por eso el consumo de sustancias psicoactivas es considerado a nivel mundial como un problema de Salud Pública, en las investigaciones hechas por la Organización Mundial de la salud OMS (2002) se determina que, en todo el mundo, cerca de 200 millones de personas consumen algún tipo de droga, por lo general cannabis, pero también anfetaminas, opiáceos y cocaína. En los jóvenes el consumo de drogas ilegales es más habitual pero sobretodo en el uso de sustancias psicoactivas legales como lo es el consumo de bebidas alcohólicas y de tabaco, especialmente en los jóvenes de edades de 14 a 21 años (OMS, 2002, p 4). Según Zapata V., Mario A. (2007) en su investigación comparativa del Consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados del departamento de Antioquia la adolescencia es la etapa clave del desarrollo humano, en la cual se debe garantizar un ambiente propicio para la formación de una apropiada estructura de personalidad, que les permita a los jóvenes enfrentar con criterio estructurado amenazas del entorno como el consumo de drogas. Cerca de 1.773 millones de personas, lo cual corresponde al 27% del total de la población mundial, está compuesta por adolescentes (10 a 19 años de edad) y jóvenes (15 a 24 años de edad) y una importante porción de los mismos experimentan alguna vez en el consumo de drogas. Afortunadamente, la mayoría de ellos suspenden rápidamente su consumo, pero algunos tienen el riesgo de mantenerse como consumidores ocasionales o por recreación y en el peor de los casos, otros pueden convertirse en consumidores habituales y, llegar a una indeseable situación de dependencia psicológica, física o a ambas (p. 16 -17).

Por los preceptos antes mencionados y concordantes a la situación actual del colegio y el mandato mundial ratificado por Colombia, máxime que es un país golpeado por el narcotráfico y la violencia, los gobiernos locales se ven obligados a realizar programas de salud mental encaminados a mitigar y disminuir el consumo de sustancias psicoactivas.

En el caso del municipio de Gómez Plata para el año 2015 se firmó el convenio interadministrativo de salud pública No. 008 con la E.S.E Hospital Santa Isabel, el cual desarrolló el proyecto de salud mental No. 2015-05-310-M-057 y tuvo como objetivo principal crear conciencia en los educandos sobre los efectos nocivos del consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales en la salud humana. Contó con estrategias diseñadas e implementadas por un grupo interdisciplinario de profesionales (psicóloga, trabajadora social y enfermeras) que se encargarían de hacer las actividades didácticas y pedagógicas que ayudarían al desarrollo de los objetivos propuestos.

En relación con el uso y consumo de sustancias psicoactivas que más prevalece indiscutiblemente son las sustancias legales, que tienen aceptación por parte de la comunidad Gómezplatense como el alcohol con un 36.1% en el último mes, estando cerca al promedio del último Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia (2011) realizado por el Ministerio de Justicia y del Derecho y el Ministerio de Educación en donde de acuerdo con los resultados, 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%); mientras que el consumo de cigarrillo en la Institución Educativa Gómez Plata esta con un 9.7% en el último mes, estando por encima del promedio nacional, donde el consumo de cigarrillo último mes es del 9.4% en los colegios públicos del País. Es innegable que la publicidad y el fácil acceso al cigarrillo promueven el consumo de tabaco en la población adolescente, sobre todo si en los hogares sus familiares dan ese ejemplo, algo muy común en este municipio, pues aún conservan la creencia y tradición de que el fumar representa adultez, seriedad y estatus.

Con respecto al consumo de sustancias psicoactivas ilegales que más prevalece en estos bachilleres tenemos la marihuana con un 12% acercándose al promedio de consumo del departamento de Antioquia que según el estudio Nacional de consumo de droga en escolares (2011) predomina fuertemente con un 14,5% y lo sigue el consumo de *Popper* con un 5,6%; situación preocupante, pues los resultados de la investigación arrojó un

consumo de Popper en los bachilleres de este colegio del 12%, notándose un significativo aumento del 6.4%, el cual se debe muy probablemente a la expansión del Popper por factores como la moda y el placer temporal que ocasiona la sustancia en eventos, fiestas y relaciones sexuales, propagándose más su consumo, coincidiendo su comercialización desde la ciudad de Medellín, el municipio de Barbosa, el corregimiento de villa hermosa del municipio de Yolombó y llevado al municipio de Gómez Plata para su distribución entre escolares, se cree también que es distribuido desde el municipio de Amalfi por la vía del cañón de Porce; la marihuana es distribuida por estos mismos medios, sumándose las plazas organizadas que ya existen en el Municipio de Gómez Plata para el expendio de esta sustancia, sus cultivos caseros ilegales y además su bajo costo vuelven aún más fácil adquirir marihuana por parte de los estudiantes.

De acuerdo con la Oficina de las naciones Unidas contra la droga y el delito (UNODC) y el ministerio de justicia y del derecho de Colombia (2014) se tiene que para las sustancias como la cocaína, bazuca y éxtasis en el Departamento de Antioquia, específicamente en el área metropolitana y la ciudad de Medellín en ambientes escolares la prevalencia del consumo fue del 2.1%, tres veces el promedio nacional 0.7%; comparando los anteriores resultados con lo obtenido en el bachillerato de la institución educativa Gómez plata en donde la prevalencia del consumo de cocaína, bazuca y éxtasis fue del 0.6% en relación a la cantidad de estudiantes consumidores, se identifica que se inicia en edades muy tempranas (14 años en adelante) y que es casi equivalente al promedio nacional.

De acuerdo con Camacho (2005) en la investigación de nombre *Factores Psicosociales Relacionados con el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes de Secundaria* para Bogotá se encontró que el consumo de SPA tanto legal como ilegal, es decir el porcentaje de personas que han consumido por lo menos una de las SPA, fue de 67.4%. Se presentó una prevalencia del 53% para el consumo de alcohol, siendo la sustancia psicoactiva de mayor consumo dentro de la muestra, seguida por el cigarrillo con un 51.2%; otras sustancias con menor porcentaje de consumo fueron las ilegales como la marihuana con un 7.4%, entre otras. (p. 36). Rico y Col. (1993) determinaron en la investigación de nombre *Tipología Regional de la Problemática Familiar y Factores Socioculturales*

*Asociados – Análisis de las Historias Integrales Socio familiares del ICBF* que el consumo de alcohol es la sustancia de uso más generalizada, con la mayor tasa de prevalencia láctica (ha consumido alguna vez en la vida), 9 de cada 10 individuos y el consumo en el último año fue de 75%. Además, su consumo se inicia en edades tempranas, un 66% de la población entre los 12 y 17 lo había consumido. Entre las sustancias psicoactivas ilegales, la de uso más difundido es la marihuana, seguida de la cocaína y el bazuco (p. 274), diferente es lo que pasa en la Institución Educativa Gómez Plata que el consumo si bien está más difundido también en la marihuana no lo sigue en el consumo de cocaína y de bazuco, lo sigue el consumo de Popper concordando con el problema de los inhalantes respecto a la edad en dicha investigación, estimándose en un 3.8%, equivalentes a 860 mil consumidores de los cuales 318 mil están entre los 12 y los 17 años, la edad adolescente en donde se cursa bachillerato. En Vegachí, Antioquia, De Bedout (2011) en la investigación de nombre *Asociación entre consumo de sustancias y relaciones sexuales en adolescentes estudiantes en Vegachí, Antioquia, Colombia* encontró que “Los adolescentes del municipio de Vegachí, Antioquia tienden a tener relaciones sexuales a una temprana edad. Así mismo, existe cierto grado de relación entre el consumo de sustancias y la práctica de conductas sexuales”. (p.31), lo mismo sucede en la Institución Educativa Gómez Plata el consumo de Popper es utilizado como estimulante Sexual.

Al ser un estudio descriptivo de prevalencia no se puede establecer relaciones causales entre variables.

Las principales dificultades que se presentaron en la investigación fueron: la no firma del consentimiento informado de los padres de familia y la no firma del asentimiento informado por parte de los estudiantes para llenar la encuesta, como también se presentó la no asistencia de estudiantes en el día y la hora a encuestar.

Al ser esta la primera investigación que da a conocer la prevalencia y aumento del consumo de sustancias psicoactivas en la Institución educativa Gómez Plata, con resultados reales, se propone nuevas alternativas de investigación a futuro:

- Para los años venideros es muy conveniente hacer comparativos estadísticos sobre la prevalencia en el comportamiento del aumento o no del consumo de sustancias psicoactivas para adecuar y acomodar los programas de salud pública tendientes a mitigar y prevenir este problema social.
- Evaluar los proyectos referentes a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas efectuados por la administración municipal, Colegio, hospital u autoridades locales para poder ir siempre en búsqueda de una mejoría constante y minimización del gasto público.

## **10. CONCLUSIONES**

La institución educativa Gómez Plata es una Institución oficial, de carácter laico y mixto la cual presta su servicio educativo formal en los niveles de Preescolar, Básica (en los ciclos primaria y secundaria) y Media Académica. Tiene un total de 1.103 estudiantes matriculados en el año 2016; el bachillerato (grados sexto a once) lo conforman un total de 435 estudiantes de los cuales fueron encuestados 319, equivalentes al 100% de la población para la presente investigación; en donde el sexo femenino está conformado por un 51.7% predominando sobre el sexo masculino que está conformado por un 48.3%, con una pequeña diferencia del 3.4%; con respecto a la edad predominó en esta población los adolescentes en edades de 14 años con un 17.9%, le siguen edades de 16 y 15 años equivalentes al 17.2% y 15.7%; con relación al grado que cursan actualmente tenemos que el grado con mayor número de estudiantes son los grados séptimos 22.9%, seguido de los grados sextos 20.1% y los grados onces y décimos con un 12.9% y 12.2% respectivamente; el 87.5% viven en el área urbana y solo el 12.5% residen en el área rural del municipio de Gómez Plata, concentrándose más el consumo de sustancias psicoactivas en el área urbana que en el área rural. El 95.6% de los estudiantes encuestados están afiliados a algún tipo de sistema de seguridad social en salud, mientras que el 4.4% no lo

están, con esto se ratifica avances de cobertura, pero se hace necesario fortalecerlo para dar una total cobertura en salud a esta población.

Los datos de este estudio muestran que la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas, marihuana y Popper (16.7%); el alcohol (36.1%) se detecta más su consumo habitual en los grados superiores de noveno, decimo y once; mientras que el consumo de marihuana y Popper (12%) se identifica más en los grados inferiores de sexto, séptimos y octavos; le siguen otras sustancias como la cocaína, la bazuca y el éxtasis, presentándose el consumo de estas últimas en pocos estudiantes (2.8%).

Solo el 22.4% de los estudiantes conocieron el programa de salud Mental: Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas proyecto No. 2015-05-310-M-057 (pues fue el único en el municipio que desplegó toda actividad de prevención al consumo de sustancias psicoactivas), un dato alarmante y preocupante, pues es muestra clara que el mencionado proyecto no cubrió ni la mitad de la población encuestada, aunque del total de estudiantes que conocieron dicho programa el 79.4% aducen haber aprendido y haberse motivado al no consumo de sustancias psicoactivas, resultado algo esperanzador frente al 20.6% que aducen no haberlos motivado a consumir.

El 85.3% de los estudiantes encuestados del bachillerato creen que el consumo de sustancias psicoactivas les traen problemas personales, familiares y sociales, pero a pesar de esta creencia y concientización que se tiene sobre las consecuencias del consumo de drogas el 14.7% de los estudiantes creen que no traen problema alguno, una cifra que resalta el promedio de consumo de sustancias psicoactivas sobre todo las ilegales, es decir, la mayoría de estudiantes que son consumidores sienten tranquilidad al hacerlo, pues creen que no les traerá consecuencia alguna, lo hacen por diversión, moda y encaje social al grupo o aceptación de grupo (14.7%), por eso los estudiantes consumen más en agrupación con sus mismos compañeros del colegio, así lo indica los resultados con un 33.33%, en la calle y en fiestas de amigos con un 50% seguido de los sitios del colegio con un 19.4%.

## 11. RECOMENDACIONES

### 11.1 Para el Colegio:

Son muchos los motivos para consumir drogas: curiosidad, diversión, buscar aceptación, revelarse, tener aventuras, olvidar preocupaciones, evitar tensiones o desinhibirse, por eso se recomienda que en los proyectos próximos por quien dirija se debe utilizar con el equipo multidisciplinario de profesionales y docentes en general los pasos de identificación del estudiante consumidor compilados y adoptados por la fundación SURGIR (1997) donde se obtiene un material informativo sobre drogas en el medio escolar, dándonos una clasificación del consumidor bachiller en 5 pasos, en donde a medida que aumenta la frecuencia, la dosis y según el tipo de drogas que consume avanza en cada paso o escala: Primer paso: EXPERIMENTADOR, por curiosidad o por acceder a un grupo, USADOR SOCIAL. Segundo paso: consumo asociado a actividades de grupo, BUSCADOR. Tercer paso: siente que la droga es necesaria para su vida, DISFUNCIONAL. Cuarto paso: Presenta deterioro físico y psicosocial, DESTRUCTIVO, y Quinto paso: Se hace daño y agrede a otros.

Se recomienda entonces detectar el momento oportuno para intervenir al estudiante, y así se previene que continúe avanzando hacia el paso de hacerse daño, agredir a otros y empezar a delinquir por el afán y las ansias de consumir.

Recomiendo y enfatizo que el trabajo para este tipo de investigaciones deben ser desarrolladas por personal altamente calificado y con experiencia en encuestar a estudiantes o en este tipo de investigación, se debe hacer una introducción inicial que motive a contestar con la mayor sinceridad; la persona que realice la encuesta debe de ser objetiva e imparcial (no pertenecer al Municipio ni al colegio, no ser conocida en esa población, ni vista), esto dará más confianza y por ende al final se ganará certeza en los resultados obtenidos.

### **11.2 Para el Municipio:**

También se puede implementar el programa DARE (Educación para la Resistencia al abuso y uso de las drogas), esto con el fin de disminuir la presencia del microtráfico en el Colegio, dicho programa fue creado por el Área de Prevención y Educación Ciudadana (PRECI) de la Policía Nacional de Colombia y el cual tiene el objetivo de prevenir el uso y abuso de las drogas en jóvenes bachilleres, en donde se les proporciona a los estudiantes información necesaria que les permita llevar una vida sana y libre de drogas, alcoholismo y violencia esta información la pueden tomar de la página Web oficial de la Policía nacional [www.policia.gov.co](http://www.policia.gov.co), es un programa con una efectividad probada del 92.46%, además de estar implementado en 47 países de los cinco continentes ha dado los resultados esperados para mitigar y reducir el consumo de SA.

Tanto directivos como docentes del plantel y autoridades locales del Municipio de Gómez Plata deben propender por el constante seguimiento, control y evaluación del Consumo de sustancias psicoactivas por parte de los escolares; haciéndose importante realizar investigaciones futuras de tipo cuantitativas descriptivas de corte transversal para comparar la prevalencia realizando la investigación cada 3 años, como para determinar la variabilidad del consumo y tomar las acciones pertinentes o evaluar los proyectos de salud mental de cada año para corroborar si realmente están mitigando y disminuyendo el consumo.

### **11.3 Para la universidad Luis Amigo:**

La Universidad Luis Amigó desde la Academia puede seguir apoyando estas investigaciones, desde su centro de investigaciones tener muy presente los colegios de los municipios de Antioquia para intervenirlos y saber la realidad en la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas, dar las recomendaciones necesarias a los colegios y municipios para que diseñen los programas y proyectos acordes al presupuesto de inversión y necesidades del ente territorial o Colegio., además muchos estudiantes amigonianos son

de municipios antioqueños, la Universidad Luis Amigó ya hace parte de Antioquia y sus municipios, dándole un gran protagonismo a la FUNLAM en torno al tema de drogadicción del cual siempre ha sido pionera y reconocida por ir en una búsqueda constante de soluciones a estas problemáticas que afligen a la sociedad y carcomen el desarrollo tanto físico como psicosocial de los adolescentes, al hacer presencia en estos municipios con estas investigaciones de tipo sociales y que hacen parte del diario vivir aumentaría más su prestigio académico.

## 12. BIBLIOGRAFÍA

- Arango M, Adriana, & Vanegas M, Carla Valentina. (2014). Efectos del consumo de alcohol vía vaginal en adolescentes en cuatro colegios de la ciudad de Medellín, Colombia. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 79(4), 283-287. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262014000400006&lng=es&tlng=es.%2010.4067/S0717-75262014000400006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000400006&lng=es&tlng=es.%2010.4067/S0717-75262014000400006)
- Berruecos Villalobos, Luis. (2010). Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, confusiones y aclaraciones. *Cuicuilco*, 17(49), 61-81. Tomado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-16592010000200005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592010000200005&lng=es&tlng=es)
- Colciencias, Pontificia Universidad Javeriana. (2015). Ministerio de Salud y Protección Social. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/.../presentacion-encuesta-nacional-salud-mental-2015.pdf>
- Comisaria de Familia de Gómez Plata. (2015). Plan Municipal de Familia e Infancia. En M. d. Plata. Gómez Plata: Alcaldía Municipal.
- Congreso de la Republica de Colombia. (08 de Noviembre de 2006). Código de la infancia y adolescencia-OEI. Obtenido de [www.oei.es/quipu/colombia/codigo\\_infancia.pdf](http://www.oei.es/quipu/colombia/codigo_infancia.pdf)
- Congreso de la Republica de Colombia. (2009). UTP. Ley 1335 de 2009. Obtenido de <http://media.utp.edu.co/atencionalciudadano/archivos/Ley%201335%20de%202009.pdf>
- Congreso de la Republica de Colombia. (2012). Presidencia de la Republica. Ley 1566 de 2012. Obtenido de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley156631072012.pdf>
- Congreso de la Republica de Colombia. (2013). INS. Ley 1616 de 2013. Obtenido de [www.ins.gov.co:81/normatividad/Leyes/LEY%201616%20DE%202013.pdf](http://www.ins.gov.co:81/normatividad/Leyes/LEY%201616%20DE%202013.pdf)
- Congreso de la Republica de Colombia. Obtenido de [http://www.mintic.gov.co/portal/604/articles-3670\\_documento.pdf](http://www.mintic.gov.co/portal/604/articles-3670_documento.pdf)
- Corte Constitucional de Colombia. (1994). Corte Constitucional. Sentencia C-221 de 1994. Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/1994/C-221->

94.htm

- Camacho, Acero, I. (2005). Factores Psicosociales Relacionados con el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes de Secundaria. Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología. Volumen 5. Número 1. Tomado de [http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos\\_hispanoamericanos\\_psicologia/volumen5\\_numero1/articulo\\_3.pdf](http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen5_numero1/articulo_3.pdf)
- Cano Zapata, Omar Orlando (2008) Factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes entre 12 a 18 años de edad del Colegio Guillermo Taborda Restrepo. Medellín: Tesis [Especialista en Farmacodependencia] -- Universidad Católica Luis Amigó, 2008
- COMPILACIÓN SURGIR (1997). Corporación colombiana para la prevención del Alcoholismo y la farmacodependencia. Red de Formación de educadores para la prevención del uso indebido de drogas. Documento – 2- Material Informativo sobre drogas en el medio escolar. Aspectos metodológicos. Medellín.
- CONACE. (2001). Estudio Nacional de drogas en la población escolar de Chile, 2001. De octavo año básico a cuarto año medio. Tomado de <http://www.conacedrogas.cl>
- Constitución Política de la República de Colombia (1991). Tomado de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Documents/Constitucion-Politica-Colombia.pdf>
- De Bedout Hoyos, A. (2011). Asociación entre consumo de sustancias y relaciones sexuales en adolescentes estudiantes en Vegachí, Antioquia, Colombia. Tomado de <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/2231/1/Asociacion%20entre%20Consumo%20de%20Sustancias%20y%20Relaciones%20Sexuales%20en%20Adolescentes.pdf>
- Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects [Internet]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3>
- Fuentes Lerech, M M; Páez Cala, M L; Zuluaga García, L M; Castaño Castrillón, J J; Ocampo Campoalegre, P A; Hurtado Arias, C F; Pava Garzón, D M; González Arias, A F; (2009). Riesgo Suicida y Factores Relacionados en Estudiantes de 6° A 11° Grado en Colegios de la Ciudad de Manizales (Colombia). 2007-2008. Archivos

- de Medicina (Col), 9 110-122. Recuperado de  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273820455004>
- Gómez R., Dustin T., Gutiérrez H., Martha y Londoño Sandra P. (2013). Depresión y Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes en la Ciudad de Bogotá. Tomado de  
<http://revistas.usbbog.edu.co/index.php/Psychologia/article/viewFile/350/274>
- Gómez V., Antonia (1994) La droga un juego peligroso. Bilbao: Salingraf
- GREENFACTS (2012). Hechos sobre la Salud y el Medio ambiente. Tomado de  
<http://www.greenfacts.org/es/sustancias-psicoactivas/sustancias-psicoactivas-greenfacts.pdf>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2014) Comportamiento del suicidio. Colombia, 2014. Suicidios para la reflexión... suicidios para la prevención. Tomado de  
<http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/1656998/Forensis+Interactivo+2014.24-JULpdf.pdf/9085ad79-d2a9-4c0d-a17b-f845ab96534b>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2014). Forensis – 2014. Herramienta para la interpretación, intervención y prevención de lesiones de causa externa en Colombia. Tomado de  
<http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/1656998/Forensis+Interactivo+2014.24-JULpdf.pdf/9085ad79-d2a9-4c0d-a17b-f845ab96534b>
- Manuel Repetto, Dr. C. y M. (1985) Toxicología de la Drogadicción. Asociación española de Toxicología. Madrid, Barcelona.
- Masibo, R., Mndeme, E., & Nsimba, S. (2013). An assessment of knowledge, attitudes and practices of psychoactive substance use among secondary school students in Dodoma Municipality, Tanzania. *Am J Res Commun*, 1(4), 200-240. Tomado de  
[http://www.usa-journals.com/wp-content/uploads/2013/03/Masibo\\_Vol14.pdf](http://www.usa-journals.com/wp-content/uploads/2013/03/Masibo_Vol14.pdf)
- Ministerio de Justicia y del Derecho (Observatorio de Drogas de Colombia), Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), Oficina de las 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), y la Embajada de los Estados Unidos en Colombia. (2011). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia – 2011. Tomado de [https://www.unodc.org/documents/colombia/Documentostecnicos/Estudio\\_Consumo\\_Escolares.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/Documentostecnicos/Estudio_Consumo_Escolares.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Minsalud. Plan Decenal de Salud Publica 2012-2021. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%202012-2021.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (1998). Minsalud. Resolución 2358 de 1998. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/...Nuevo/RESOLUCIÓN%202358%20DE%201998.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo de España. (2007). Hablemos de Drogas. Obtenido de [www.hablemosdedrogas.org/system/application/views/.../data/pnsd\\_guia\\_drogas.pdf](http://www.hablemosdedrogas.org/system/application/views/.../data/pnsd_guia_drogas.pdf)
- Ministerio de Protección Social Colombia, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE). (2010). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes en Conflicto con la Ley en Colombia 2009. Tomado de [https://www.unodc.org/documents/colombia/2013/septiembre/Estudio\\_Consumo\\_Adolescentes\\_en\\_Conflicto\\_2009.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2013/septiembre/Estudio_Consumo_Adolescentes_en_Conflicto_2009.pdf)
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC), Ministerio de Justicia y del Derecho Colombia. (2014). Líneas base Departamentales Antioquia. Tomado de <http://www.odc.gov.co/portals/1/regionalizacion/caracterizacion/RE05072014-antioquia.pdf>
- Oficina de las Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito (UNODC) Informe Mundial Sobre las Drogas 2012. Tomado de [https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR\\_2012\\_Spanish\\_web.pdf](https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf)

- Organización de los Estados Americanos (OEA) (2014). El Informe de Drogas de la OEA: 16 meses de debates y consensos Tomado de  
<http://www.oas.org/docs/publications/layoutpubgagdrogas-esp-29-9.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (1994) Lexicon of Alcohol and Drug Terms. Glosario de términos de alcohol y drogas. Adoptado por el Gobierno español ministerio de sanidad y Consumo. Tomado de:  
[www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (WHO) (2004). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Tomado de  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/en/Neuroscience\\_S.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_S.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud (2007). Alcohol y Salud Pública en las Américas. Un Caso Para la Acción. Tomado de  
<http://www1.paho.org/Spanish/DD/PIN/A&SP.pdf>
- Pons Diez, J. y Berjano, Peirats, E. (1999). El Consumo Abusivo de Alcohol en la Adolescencia. Un Modelo Explicativo desde la Psicología Social. Tomado de  
<http://www.msssi.gob.es/alcoholJovenes/docs/consumoAbusivo.pdf>
- Presidencia de la Republica de Colombia. (1994). Descentraliza Drogas. Obtenido de  
[http://www.descentralizadrogas.gov.co//pdfs/politicas/nacionales/Decreto\\_1108\\_de\\_1994-Disposiciones\\_porte\\_y\\_consumo\\_SPA.pdf](http://www.descentralizadrogas.gov.co//pdfs/politicas/nacionales/Decreto_1108_de_1994-Disposiciones_porte_y_consumo_SPA.pdf)
- REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD RESOLUCION N° 008430 DE 1993 (4 DE OCTUBRE DE 1993) Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Tomado de  
[https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite\\_de\\_etica/Res\\_\\_8430\\_1993\\_-\\_Salud.pdf](https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf)
- Rico de Alonso, A., Gómez Eva I., Gutiérrez, Marta L. Ramírez, María H. y Castillo, Olga L. (1993). Tipología Regional de la Problemática Familiar y Factores Socioculturales Asociados – Análisis de las Historias Integrales Socio familiares del ICBF. Tomado de  
[https://observatoriodefamilia.dnp.gov.co/Portals/0/Documentos/Investigaciones/pdf\\_tipologia\\_regional.pdf](https://observatoriodefamilia.dnp.gov.co/Portals/0/Documentos/Investigaciones/pdf_tipologia_regional.pdf)

- Rivera-Rivera, Leonor, Rivera-Hernández, Paula, Pérez-Amezcu, Berenice, Leyva-López, Ahidé, & Castro, Filipa de. (2015). Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México. *Salud Pública de México*, 57(3), 219-226. Recuperado en 14 de abril de 2016, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342015000300010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000300010&lng=es&tlng=es)
- Rondón, G. y Gómez V. (2015). Consumo de drogas y factores asociados en adolescentes escolarizados del municipio de Envigado. Tomado de <http://www.envigado.gov.co/Secretarias/SecretariadeSalud/documentos/Sistemas%20de%20Informacion/publicacion%20de%20investigaciones/Prevalencia%20SPA.pdf>
- Rodríguez, D. E. (2010). Ministerio de Salud y Protección Social. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ABC%20DE%20LA%20LEY%20ANTITABACO.pdf>
- Salud Pública del ayuntamiento de Madrid España. (2011). Por una vida más Saludable. Madrid: MadridSalud.
- Secretaría de Salud de México. (1994). Guía para el diseño y desarrollo de programas de prevención en materia de adicciones. México DF: Consejo Nacional contra las Adicciones.
- Senado de la Republica de Colombia. (2009). Secretaría del Senado de la Republica. Obtenido de <http://www.secretariasenado.gov.co/index.php/antecedentes-de-acto-legislativo/23-antecedentes-de-acto-legislativo/278-acto-legislativo-2-del-2009>
- Unidad Coordinadora de Prevención Integral UCPI. (1998). Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados en tres localidades de santafé de Bogotá DC. Bogotá DC: Bgta.
- UNODC. (2012). Informe Mundial sobre el consumo de drogas. Obtenido de [http://www.unodc.org/documents/26june/26june08/timeline\\_S.pdf](http://www.unodc.org/documents/26june/26june08/timeline_S.pdf)
- UNODC. (2014). Informe Mundial sobre el consumo de drogas. Obtenido de [https://www.unodc.org/documents/wdr2014/V1403603\\_spanish.pdf](https://www.unodc.org/documents/wdr2014/V1403603_spanish.pdf)
- UNODC. (2015). Informe Mundial sobre el consumo de drogas. Obtenido de

<http://www.ipu.org/splz-e/unga16/drug-report-s.pdf>

Zapata V., Mario A. (2007) Consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados del departamento de Antioquia, investigación comparativa nuevas tendencias y comportamientos sociales asociados. Medellín: carisma

### 13. ANEXOS

#### 13.1 Anexo1: Cuestionario

**CUESTIONARIO ESTANDARIZADO PARA DETERMINAR EL CONSUMO DE  
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL BACHILLERATO DE LA INSTITUCION  
EDUCATIVA GOMEZ PLATA.**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LUIS AMIGÓ  
MEDELLÍN, ANTIOQUIA  
Código 001**

**Encuestador:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Objetivo:** Determinación del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes de Bachillerato de la Institución Educativa Gómez Plata. Antioquia. 2016.

A continuación, encontrará una serie de preguntas. Por favor marque con una x la respuesta indicada:

2. Lugar de residencia:

Urbana: \_\_\_ Rural: \_\_\_

3. Edad: \_\_\_\_\_

4. Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_

5. ¿Cuál es el barrio o sector dónde vives? \_\_\_\_\_

6. Grado que este cursando actualmente el estudiante: 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10 \_\_\_ 11 \_\_\_

7. ¿Se encuentra usted afiliado actualmente algún sistema de salud, EPS?

a. Si \_\_\_

b. No \_\_\_

**8. ¿Ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días?**

- a. Sí\_\_\_\_
- b. No\_\_\_\_

**9. ¿De ser afirmativa la anterior pregunta, con qué frecuencia?**

- a. Una vez a la semana\_\_\_\_
- b. Una vez al mes\_\_\_\_
- c. Varias veces a la semana\_\_\_\_

**10. ¿Ha consumido cigarrillos en los últimos 30 días?**

- a. Sí \_\_\_\_
- b. No\_\_\_\_

**11. ¿De ser afirmativa la anterior pregunta, con qué frecuencia?**

- a. Una vez a la semana\_\_\_\_
- b. Una vez al mes\_\_\_\_
- c. Varias veces a la semana\_\_\_\_

**12. ¿Qué cantidad de cigarrillos consume?**

- a. \_\_\_\_\_

**13. ¿Ha consumido marihuana en los últimos 6 meses?**

- a. Sí\_\_\_\_
- b. No\_\_\_\_

**14. ¿De ser afirmativa la anterior pregunta, con qué frecuencia?**

- a. Una vez a la semana\_\_\_\_
- b. Una vez al mes\_\_\_\_
- c. Varias veces a la semana\_\_\_\_

**15. ¿Cómo la ha usado?**

- a. Fumada\_\_\_
- b. Tragada\_\_\_\_\_
- c. Otros\_\_\_ Cual \_\_\_\_\_

**16. ¿Ha consumido Cocaína en los últimos 6 meses?**

- a. Sí\_\_\_
- b. No\_\_\_

**17. ¿De ser afirmativa la anterior pregunta, con qué frecuencia?**

- a. Una vez a la semana\_\_\_
- b. Una vez al mes\_\_\_
- c. Varias veces a la semana\_\_\_

**18. ¿ha consumido bazuca en los últimos 6 meses?**

- a. Si\_\_\_
- b. No\_\_\_\_\_

**19. ¿De ser afirmativa la anterior pregunta, con qué frecuencia?**

- a. Una vez a la semana\_\_\_
- b. Una vez al mes\_\_\_
- c. Varias veces a la semana\_\_\_

**20. ¿Ha consumido éxtasis en los últimos 6 meses?**

- a. Sí\_\_\_
- b. No\_\_\_

**21. ¿De ser afirmativa la anterior pregunta, con qué frecuencia?**

- a. Una vez a la semana\_\_\_
- b. Una vez al mes\_\_\_

c. Varias veces a la semana\_\_\_\_

**22. ¿Ha consumido Popper en los últimos 6 meses?**

a. Sí\_\_\_\_

b. No\_\_\_\_

**23. ¿De ser afirmativa la anterior pregunta, con qué frecuencia?**

a. Una vez a la semana\_\_\_\_

b. Una vez al mes\_\_\_\_

c. Varias veces a la semana\_\_\_\_

**24. ¿Dónde consume?**

a. En fiestas familiares\_\_\_\_

b. En fiestas de amigos\_\_\_\_

c. En la calle\_\_\_\_

d. En el Colegio\_\_\_\_

e. En la comunidad\_\_\_\_

f. En la casa\_\_\_\_

g. Otros. ¿Cuál? \_\_\_\_

**24. ¿Con quién consume?**

a. Solo\_\_\_\_

b. Con amigos del colegio\_\_\_\_

c. Amigos de la comunidad\_\_\_\_

d. Con la familia\_\_\_\_

e. Otros. ¿Cuál? \_\_\_\_

**25. ¿Cree que el consumo de alguna sustancia psicoactiva le trae problemas personales, familiares o sociales?**

a. si\_\_\_\_

b. no\_\_\_

**26. ¿Conoce usted si en su colegio o en el municipio existe un Programa o política de prevención del consumo de Sustancias psicoactivas?**

a. Si \_\_\_

b. No \_\_\_\_\_

c. Cuales conoce\_\_\_\_\_

**27. Si participo de uno de esos programas, ¿Cómo le pareció el programa?**

a. malo\_\_\_

b. aceptable\_\_\_

c. bueno\_\_\_

d. sobresaliente\_\_\_

e. excelente\_\_\_

f. aburrido\_\_\_

g. confuso\_\_\_

h. no recuerda\_\_\_

**28. ¿Lo motivó ese programa a no consumir?**

a. si\_\_\_

b. no\_\_\_\_\_

## 13.2 Anexo 2: Consentimiento Informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

DETERMINACIÓN DEL CONSUMO SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL  
BACHILLERATO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA GÓMEZ PLATA,  
ANTIOQUIA. 2016.

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LUIS AMIGÓ**  
**Medellín, Antioquia**

Cordial saludo,

Señores padres de familia o acudientes del estudiante de bachillerato de la Institución Educativa Gómez Plata.

La presente es para informales que la **UNIVERSIDAD CATÓLICA LUIS AMIGÓ** está realizando una investigación titulada: **Determinación del Consumo de Sustancias Psicoactivas en el bachillerato de la institución educativa Gómez Plata, Antioquia. 2016.** Que tiene como objetivo determinar el consumo de sustancias psicoactivas en el bachillerato del Colegio del Municipio de Gómez Plata.

Para cumplir con dicho objetivo se le realizará a su hijo una encuesta ANÓNIMA de preguntas cerradas sobre el consumo de sustancias psicoactivas (Alcohol, cigarrillo, marihuana, Popper, coca, éxtasis, tranquilizantes).

Lo anterior se debe a que tanto las directivas de la institución como la comunidad en general han percibido un aumento considerable en el consumo de sustancias psicoactivas, es por ello que surge la necesidad de hacer esta investigación para poder determinar si es o no real este aumento y poder dar las recomendaciones necesarias al colegio y al municipio para que realicen programas y actividades de prevención, promoción y de generación de estrategias más efectivas para mitigar y reducir el consumo de drogas que tanto daño le hacen a la integridad y salud de su hijo y poder así cooperar a su bienestar, mejoramiento continuo de

su calidad y proyecto de vida dándole los mecanismos necesarios y certeros para que genere hábitos de vida saludable y no caiga en el flagelo de la drogadicción. Agradecemos de antemano su autorización y consentimiento.

Usted como padre de familia o acudiente del estudiante tiene toda la libertad de decidir si el niño participa o no en el proyecto. Por la naturaleza del proyecto NO EXISTE algún riesgo. Por lo contrario, obtendrá beneficios para la salud mental y física del menor. La información recolectada es estrictamente CONFIDENCIAL.

Si está de acuerdo con la investigación marque con una X en “Acepto” de lo contrario si no está de acuerdo marque en “No acepto”. Por favor firmar al pie de la página con número de cedula.

Acepto\_\_

No acepto \_\_\_\_

Nombres y apellidos del estudiante:

---

Firma del padre o acudiente

---

CC. \_\_\_\_\_

Firma del investigador FUNLAM:

---

***Contacto: Para dudas e inquietudes puede ponerse en contacto con los investigadores del estudio comunicándose al teléfono celular 3147416035 y hablar con el investigador principal.***

### 13.3 Anexo 3: Asentimiento informado

#### **ASENTIMIENTO INFORMADO**

DETERMINACIÓN DEL CONSUMO SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL  
BACHILLERATO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA GÓMEZ PLATA,  
ANTIOQUIA. 2016.

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LUIS AMIGÓ**  
**Medellín, Antioquia**

Estimado estudiante, la presente es para informales que la **UNIVERSIDAD CATÓLICA LUIS AMIGÓ** está realizando una investigación titulada: **Determinación del Consumo de Sustancias Psicoactivas en el bachillerato de la institución educativa Gómez Plata, Antioquia. 2016.** Que tiene como objetivo determinar el consumo de sustancias psicoactivas en el bachillerato del Colegio del Municipio de Gómez Plata.

Para cumplir con dicho objetivo se le realizará este Cuestionario ANÓNIMO para elaborar el estudio en el escenario escolar, por lo que necesitamos de su respuesta. Desde ya, muchas gracias por su colaboración.

Lo anterior se debe a que tanto las directivas de la institución como la comunidad en general han percibido un aumento considerable en el consumo de sustancias psicoactivas, es por ello que surge la necesidad de hacer esta investigación para poder determinar si es o no real este aumento y poder dar las recomendaciones necesarias al colegio y al municipio para que realicen programas y actividades de prevención, promoción y de generación de estrategias más efectivas para mitigar y reducir el consumo de drogas que tanto daño hacen a su integridad y salud y poder así, cooperar a su bienestar, mejoramiento continuo de su calidad y proyecto de vida brindándole los mecanismos necesarios y certeros para que genere hábitos de vida saludable y no caiga en el flagelo de la drogadicción. Agradecemos de antemano su consentimiento.

Por la naturaleza del proyecto NO EXISTE algún riesgo. De lo contrario usted obtendrá beneficios para su salud mental y física.

Recuerde que la información recolectada es estrictamente CONFIDENCIAL.

Si está de acuerdo con la investigación marque con una X en “Acepto” de lo contrario si no está de acuerdo en marque en “No acepto”. Por favor firmar al pie de la página

Acepto\_\_

No acepto \_\_\_\_

Firma del estudiante:

---

Firma del investigador FUNLAM:

---

***Contacto: Para dudas e inquietudes puede ponerse en contacto con los investigadores del estudio comunicándose al teléfono celular 3147416035 y hablar con el investigador principal.***