

Evolución de las funciones ejecutivas en los adolescentes farmacodependientes que se encuentran en el proceso de rehabilitación en la Unidad Clínica del Sistema Nervioso Ltda.

Eileen Yisett Castro Gutiérrez

Heidy Johanna Vargas

Manuel María Chima Guerrero

Paula Andrea Zapata Sierra

Fundación Universitaria Luis Amigó

Especialización en Adicciones

Villavicencio

2017

Evolución de las funciones ejecutivas en los adolescentes farmacodependientes que se encuentran en el proceso de rehabilitación en la Unidad Clínica del Sistema Nervioso Ltda.

Eileen Yisett Castro Gutiérrez

Heidy Johanna Vargas

Manuel María Chima Guerrero

Paula Andrea Zapata Sierra

Trabajo como requisito en el curso investigación y trabajo de grado

Docente área

Olena Klimenko

Fundación Universitaria Luis Amigó

Especialización en Adicciones

Villavicencio

2017

Contenido

Resumen	8
Abstract	9
Introducción.....	10
1. Planteamiento del problema	11
2. Antecedentes.....	13
3. Justificación.....	16
4. Objetivos.....	18
4.1 Objetivo general.....	18
4.2 Objetivos específicos	18
5. Marco teórico.....	19
5.1 Marco legal.....	54
5.2 Marco geográfico	58
5.2.1 Departamento del Meta.	58
5.2.2 Municipio de Villavicencio.	59
5.3 Marco institucional	65
5.3.1 Estructura organizacional.	75
5.4 Consideraciones éticas	76
6. Diseño metodológico	77
6.1 Enfoque de la investigación.....	77
6.2 Tipo de investigación	77
6.3 Población y muestra	77
6.4 Método de estudio	78
6.5 Técnicas e instrumentos de recolección de la información	78
6.6 Procedimientos.....	78
7. Informe de valoración neuropsicológica – adolescentes en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas	80
7.1 Definición de las funciones ejecutivas	80
7.1.1 Grupo 1. Adolescentes en proceso de rehabilitación – fase inicial.....	84
7.1.2 Grupo 2. Adolescentes en proceso de rehabilitación – fase intermedia.....	88

7.1.3	Grupo 3. Adolescentes en proceso de rehabilitación – fase final.	92
7.1.4	Graficas de los parámetros de calificación general obtenidos por los sujetos evaluados en relación a cada grupo en la evaluación neuropsicológica.	97
8.	Conclusiones.....	101
9.	Recomendaciones	104
	Bibliografía.....	107
	Anexos.....	110

Lista de tablas

Tabla 1.	Características generales de la población estudiada.....	81
Tabla 2.	Frecuencia de los parámetros de calificación obtenidos por los adolescentes del grupo 1 en fase inicial de tratamiento en la evaluación neuropsicológica.....	84
Tabla 3.	Frecuencia de los parámetros de calificación obtenidos por los adolescentes del grupo 2 en fase intermedia de tratamiento en la evaluación neuropsicológica.....	88
Tabla 4.	Frecuencias de los parámetros de calificación obtenidos por los adolescentes del grupo 3 en fase final de tratamiento en la evaluación neuropsicológica.	92

Lista de figuras

Figura 1.	Educación básica familiar.	38
Figura 2.	Significado de adolescencia.	48
Figura 3.	La autoestima y los hijos adolescentes.....	50
Figura 4.	El valor de la inteligencia emocional en el liderazgo.	52
Figura 5.	Generalidades y mapa político departamento del Meta.	58
Figura 6.	Panorámica de Villavicencio.	65
Figura 7.	Tomas fotográficas instalaciones Clínica Renovar Ltda.....	66
Figura 8.	Talento humano Clínica Renovar Ltda	69
Figura 9.	Atención psicosocial.	69
Figura 10.	Centro Especialista en la Salud Mental.	71
Figura 11.	Organigrama Clínica Renovar Ltda.	75
Figura 12.	Funciones ejecutivas.	85
Figura 13.	Curva de memoria auditiva.	86
Figura 14.	Curva de memoria visual.....	86
Figura 15.	Escala de evaluación de la planificación y toma de decisiones.....	87
Figura 16.	Funciones ejecutivas.	89
Figura 17.	Curva de memoria auditiva-verbal.....	89
Figura 18.	Curva de memoria visual.....	90
Figura 19.	Escala de evaluación de la planificación y toma de decisiones.....	91
Figura 20.	Funciones ejecutivas	93
Figura 21.	Curva de memoria auditiva-verbal.....	94
Figura 22.	Curva de memoria visual.....	95
Figura 23.	Escala de evaluación de la planificación y toma de decisiones.....	96
Figura 24.	Funciones ejecutivas.	97
Figura 25.	Curva de memoria verbal – auditiva.	98
Figura 26.	Curva de memoria visual.....	99
Figura 27.	Escala de evaluación de la planificación y toma de decisiones.....	100

Lista de anexos

Anexo 1.	Glosario de términos.	111
Anexo 2.	Cartilla sobre las sustancias psicoactivas.	115
Anexo 3.	Tomas fotográficas socializado con los adolescentes hospitalizados.	124
Anexo 4.	Jóvenes de Villavicencio, en riesgo de adicción a sustancias.	126

Resumen

La actividad de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes tiene efectos nocivos en la maduración de procesos cerebrales superiores, afectando el desarrollo de áreas corticales fundamentales para el desempeño cognitivo. La debilidad funcional de estos sectores cerebrales tiene un efecto sistémico sobre la actividad del adolescente y en general, sobre el desarrollo de todas las esferas de la vida psíquica, cognitiva, afectivo, emocional, motivacional y de la personalidad. La metodología, presentó un enfoque cuantitativo, una investigación exploratorio – descriptivo. La población correspondió a 40 adolescentes hospitalarios en la Unidad Clínica del Sistema Nervioso Ltda., en edades de 12 y 16 años, estrato socioeconómico 1, 2 y 3; pertenecientes a familias (monoparentales, compuesta, nuclear y extensa). El método de estudio fue de carácter inductivo. Se aplicaron instrumentos de recolección de la información (pruebas psicométricas y test para medir la toma de decisiones). El desarrollo de la investigación consideró aspectos legales y éticos del Código Deontológico y Bioético del Psicólogo (Ley 1090 de 2006).

Palabras clave: funciones ejecutivas, adolescentes, farmacodependientes, rehabilitación, clínica Renovar, pruebas psicométricas.

Abstract

The activity of psychoactive in adolescent substance has harmful effects in the maturation of brain processes higher, affecting the development of cortical areas fundamental to cognitive performance. Functional weakness of these brain areas has a systemic effect on the activity of adolescents and in general, on the development of all spheres of life mental, cognitive, affective, emotional, motivational and personality. The methodology, introduced a quantitative approach, research exploratory - descriptive. The population corresponded to 40 hospital adolescent unit clinic the system nervous Ltda., in the ages of 12 and 16 years, socioeconomic level 1, 2 and 3; families (single-parent, compound, nuclear, and extensive). The method of study was of inductive character. Applied instruments of data collection (tests psychometric and test to measure decision-making). The development of research considered legal and ethical aspects of the code of ethics and bioethics of the psychologist (law 1090 in 2006).

Keywords: functions Executive, adolescents, drug-dependent, rehabilitation, clinical renew, psychometric tests.

Introducción

Abordar la temática que relaciona la evolución de las funciones ejecutivas en la adolescencia farmacodependientes que se encuentra en el proceso de rehabilitación con la Unidad Clínica del Sistema Nervioso Ltda., tiene como objetivo identificar cuáles funciones ejecutivas, continúan alteradas en post desintoxicación; diferenciar las funciones ejecutivas más deterioradas por consumo de sustancias psicoactivas; cuantificar la conducta inhibitoria que presentan los adolescentes de la Unidad Clínica del Sistema Nervioso Ltda.

La metodología presentó un enfoque cuantitativo, investigación exploratoria – descriptiva y el método inductivo. Los resultados permiten establecer que la actividad de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes tiene efectos nocivos en la maduración de procesos cerebrales superiores, afectando el desarrollo de áreas corticales fundamentales para el desempeño cognitivo. La debilidad funcional de estos sectores cerebrales tiene un efecto sistémico sobre la actividad del adolescente y en general sobre el desarrollo de todas las esferas de la vida psíquica, afectivo, emocional, motivacional y de la personalidad.

La estructura del trabajo, en su contenido permite cumplir con los requerimientos exigidos por la Fundación Universitaria Luis Amigó, con respecto a la presentación del trabajo.

1. Planteamiento del problema

Es importante indicar que la Clínica del Sistema Nervioso Renovar Ltda., se encuentra ubicada en la ciudad de Villavicencio, departamento del Mea. Creada en 1997 como solución sentida por el conjunto de la población con enfermedades mentales. Su misión conlleva a establecer la prestación de servicios de salud, ofreciendo atención especializada en psiquiatría, áreas ambulatorias y hospitalización. Su visión es propender por mantener un desarrollo técnico científico, acorde con los avances actuales a nivel psicofarmacológico y psicoterapéutico con énfasis en el desarrollo del ser humano. Sus valores corporativos establecen confianza, pertenencia, honestidad, compromiso, respeto, paciencia y calidez humana. La estructura organizacional presenta cuatro áreas de gestión (administrativa, personal, control de calidad, enfermería y área financiera).

Actualmente, presenta limitaciones en la medición del deterioro de las funciones ejecutivas en los adolescentes farmacodependientes hospitalizados en la institución. Eventos que vienen presentando un problema social que si bien puede afectar a toda la población en general, los adolescentes son los más propensos a caer en manos de ella, es decir, son los más vulnerables a ser farmacodependientes debido a los diversos cambios y situaciones que experimentan en esa etapa de su vida. Por consiguiente, está en manos de los padres crear un ambiente familiar, lleno de confianza y seguridad con el fin de crear una buena autoestima y relación con sus hijos. Así mismo, la participación activa y dinámica de las instituciones educativas, para lograr minimizar el consumo excesivo de algunas sustancias sin importar los riesgos que se corran, al tener dicha dependencia.

En este contexto, la farmacodependencia que presentan los adolescentes de la Unidad del Sistema Nervioso Ltda., viene generando un problema social y de salud que aqueja actualmente a los adolescentes farmacodependientes. No sobra resaltar que las adicciones son un problema condicionado y la mayoría son determinadas por factores externos como la familia, las relaciones con los amigos, las diferentes circunstancias de trabajo y de vida. Aspectos todos estos que pueden afectar por igual a hombres y a mujeres, a personas de cualquier edad, nivel de educación o clase social. Sin embargo, los adolescentes, en su etapa están más expuestos a situaciones de riesgo que puedan inducirlo a la farmacodependencia.

Por otra parte, los factores que influyen para que los adolescentes caigan en la farmacodependencia conllevan a: curiosidad, insistencia de los amigos, rebeldía, evasión, pobre asertividad emocional, baja autoestima, falta de afectividad a nivel familiar, entre otros. En este escenario, estudiar la problemática farmacodependiente que presentan los adolescentes en la Unidad Clínica del Sistema Nervioso Ltda., es importante si se tiene en cuenta que evidenciar el comportamiento de las funciones ejecutivas mediante la aplicación de instrumentos evaluativos en etapa inicial, intermedia y final, permitirá procesos de rehabilitación con la participación de un grupo interdisciplinario de profesionales que propenden por una mejor calidad de vida y desarrollo del ser humano.

En este sentido, surge la siguiente pregunta ¿Se presenta la evolución en las funciones ejecutivas en los adolescentes farmacodependientes durante el proceso de rehabilitación en la Unidad Clínica del Sistema Nervioso Ltda.?

2. Antecedentes

Mariño (2012), señala en un artículo realizado por psicólogos de la Universidad Manuela Beltrán de la Universidad de Bogotá, sobre las alteraciones en funciones ejecutivas en policonsumidores de sustancias psicoactivas. Aplicando para ello pruebas neuropsicológicas que permitieron la comparación en el desempeño de tareas de funcionamiento ejecutivo. Los resultados evidenciaron bajo desempeño en las funciones ejecutivas, lo que conllevó a la necesidad de incluir rehabilitación neuropsicológica con miras a reducir los déficits ejecutivos como producto del consumo.

Escobar (2009), realizó el estudio sobre vivencias de los familiares de adolescentes consumidores de sustancias ilícitas, con el propósito de conocer los efectos que tienen en la vida de los adolescentes y a su vez en las familias, con la finalidad de cambiar ciertas conductas adquirir una nueva responsabilidad frente a la realidad que enfrentan sus hijos adolescentes en la ciudad de Bogotá. A su vez se busca identificar los saberes, pensares que tienen los familiares antes de enterarse del consumo de sustancias ilícitas por parte de los adolescentes, el durante, donde se describen los sentires, actuares y padeceres que genera el consumo de los adolescentes de sustancias ilícitas en la familia y por último el después, donde se busca reconocer en los familiares la opinión, planes y enseñanzas que surgieron a través del consumo de dichas sustancias.

En este orden de ideas, las familias resaltaron la gran importancia de trabajar sobre el consumo, debido al desconocimiento que tienen sobre la problemática, afirmando que la comprensión y el apoyo por parte de los padres, la familia y la comunidad, son la solución más

importante del problema sin dejar a un lado, el apoyo por parte del gobierno para la creación de espacios dirigidos al deporte, recreación, educación, más el control de las autoridades competentes. Así mismo, buscar alternativas de solución a través de lineamientos psicopedagógicos y terapéuticos para minimizar los efectos a que están expuestos durante las funciones ejecutivas.

Por otra parte, los autores Castaño, Morales, Arango, Montoya y Rodríguez (2013), diseñaron una guía para la prevención en la adolescencia, sexo y consumo de drogas en adolescentes entre los 14 y 17 años de la ciudad de Medellín. La investigación se llevó a cabo en colegios públicos y privados de la ciudad de Medellín, durante el año 2011, donde surgió un diálogo interdisciplinario de la psicología, la sociología, la farmacodependencia, el desarrollo familiar, el trabajo social y la pedagogía reeducativa; con el fin de generar una comprensión y un abordaje integral a tan compleja problemática social.

Según los resultados descritos, existe una relación significativa entre los adolescentes que consumen alcohol y drogas y realizan prácticas sexuales inseguras que conllevan a riesgos en la salud física y reproductiva. Donde el 78% de los adolescentes ha consumido sustancias psicoactivas, siendo las de mayor consumo el alcohol, marihuana y cocaína.

Finalmente, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y la Organización Internacional para las Migraciones 2008, elaboraron herramientas de orientación y apoyo para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas desde alcohol y tabaco en niños, niñas y adolescentes en clubes prejuveniles y juveniles. La propuesta permitió materializar la necesidad sentida a través de los diferentes niveles del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, con respecto

a la elaboración de principios orientadores, la prevención y atención de un fenómeno cada vez más creciente como lo es el consumo de sustancias psicoactivas por parte de la población vulnerable. Buscando con ello trascender el cumplimiento de un proceso netamente institucional a la generación de nuevas propuestas desde contextos sociocomunitarios más cercanos a las redes sociales y vinculares de los niños, niñas y adolescentes.

Dicho material se convierte en una herramienta valiosa, estableciendo entre las poblaciones de mayor vulnerabilidad para el consumo de sustancias psicoactivas, y lograr con ello realizar un trabajo interdisciplinario, donde el desafío está en poder generar alternativas, desde los contextos sociocomunitarios para que los niños, niñas, adolescentes y familiares, logren experimentar aprendiendo de los aciertos y fracasos, fortaleciendo paralelamente nuevas redes afectivas con otros en similares condiciones, donde la solidaridad, el apoyo y el acompañamiento sean la fuerza que dinamice el cambio.

3. Justificación

La rehabilitación de las funciones ejecutivas significa en la actualidad un reto donde generar un cambio es de relevancia, ya que el déficit de estas, afecta la capacidad del individuo para gobernar su vida y atender la exigencia de la sociedad, lo cual le impide la inclusión social adecuada y satisfactoria como mecanismo protector ante las posibilidades de recaída.

Se realizó una investigación de corte científico mediante la cual se utilizarán instrumentos evaluativos, con la finalidad de la obtención de evidencia del comportamiento de procesos en lóbulos pre-frontales en los individuos adolescentes en condición de farmacodependencia en proceso intrahospitalario de rehabilitación de la Unidad del Sistema Nervioso Ltda. De la ciudad de Villavicencio.

La importancia de esta investigación radica en que se ha observado en la población juvenil farmacodependiente, alteraciones propias de tipo conductual y cognitivo, con relación a la normalidad del resto de habitantes del entorno; basados en la tasa promedio de pacientes adolescentes en la Unidad del Sistema Nervioso Ltda. Se busca proyectar una visión a futuro, incursionar en la mejor prestación de servicios integrales a los pacientes, se pretende que el estudio que se realizara impacte de manera asertiva en el tratamiento de los pacientes, puesto que centrados en la evidencia, se asignaran la metodología y recursos para beneficiar el tratamiento desde lo interdisciplinario.

La investigación se realizó con los pacientes en proceso de rehabilitación de la sede de adolescentes de la Unidad Del Sistema Nervioso Ltda. de Villavicencio, dentro de los instrumentos igualmente se diligenciará un formato individual de las tres esferas mentales en las fases inicial, intermedia y final del tratamiento para cada paciente de la población objeto de estudio, con el fin de contrastar las diferencias, se realizará una tabla de contenidos de las diferencias y variables encontradas.

La necesidad del estudio es evidente, puesto que existe un vacío en los protocolos establecidos en la sugerencia científica de la Unidad Del Sistema Nervioso Ltda., en cuanto a seguimiento y estudios realizados que los lineamientos requieren, se trata de resolver un problema existente, en cuanto a la proyección que el modelo de tratamiento perfila, dando importancia a la correlación de los modelos de prevención y tratamiento en la Unidad del Sistema Nervioso Ltda., de Villavicencio.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Identificar la presencia de cambios en el estado de las funciones ejecutivas en los adolescentes farmacodependientes de la Unidad Clínica del Sistema Nervioso Ltda., durante el proceso de rehabilitación.

4.2 Objetivos específicos

- a) Identificar cuáles funciones ejecutivas, continúan alteradas en postdesintoxicación.
- b) Diferenciar las funciones ejecutivas más deterioradas por consumo de sustancias psicoactivas.
- c) Cuantificar la conducta inhibitoria que presentan los adolescentes de la Unidad Clínica del Sistema Nervioso Ltda.

5. Marco teórico

Para poder explicar el fenómeno de las drogas conviene tener en cuenta ciertos conceptos fundamentales, así como la terminología usada, tanto por los profesionales, como por los consumidores de drogas (Guardía, 1997).

Concepto de droga o sustancia psicoactiva. Se entiende por droga toda sustancia, farmacológicamente activa sobre el sistema nervioso que, introducida en un organismo vivo, puede llegar a producir un estado de dependencia (Lucena, 2012).

A partir de esta definición se puede deducir que determinados medicamentos, con efectos sobre el sistema nervioso, o determinadas sustancias de uso legal, como el tabaco o las bebidas alcohólicas, entran también en el concepto de droga. En efecto, son sustancias activas sobre el sistema nervioso, y son capaces de producir dependencia.

Concepto de dependencia. Es un estado psicológico en el cual existe un impulso repetitivo, que lleva a la persona hacia la administración periódica o continuada de una droga, para sentir efectos agradables, o para evitar el padecer otros desagradables.

En las primeras etapas de la dependencia, la sensación subjetiva puede ser de satisfacción. Se trataría de una situación transitoria que conduce, progresivamente, a un sentimiento de insatisfacción y a unos trastornos de conducta, que son cada vez más acentuados.

Dependencia física. En la dependencia física existe ya una clara vinculación metabólica entre la persona y la droga. Este “enganche” se pone de manifiesto cuando, al interrumpir o disminuir considerablemente las dosis habituales de droga, aparecen intensos trastornos físicos y psicológicos que denominamos síndrome de abstinencia.

Síndrome de abstinencia. Es el conjunto de sensaciones (subjetivas) y signos (objetivables) que presenta la persona con dependencia física, tras la disminución o supresión brusca, de la droga que tomaba habitualmente. Es distinto para cada grupo de drogas. Y a partir de las características del mismo se han clasificado las drogas en grupos distintos. Por ejemplo: así como el síndrome de abstinencia por heroína es muy aparatoso pero rara vez lleva a la muerte, el producido por las bebidas alcohólicas o barbitúricos, puede ser más insidioso en su inicio pero puede llegar a ser grave, e incluso mortal, si no se realiza el tratamiento correcto.

Dependencia psicológica. Todas las drogas (por definición) pueden producir dependencia física y la psicológica. En la dependencia psicológica, la supresión brusca no produciría síndrome de abstinencia, mientras que en la dependencia física, sí. De hecho, con frecuencia, la dependencia física no es más que un paso adelante en la evolución de determinadas drogodependencias. (Guardía, 1997).

Tolerancia. Es el estado de adaptación del organismo a la administración repetida de determinada droga. Se caracteriza por la disminución de la respuesta de dicho organismo ante una misma cantidad de droga. O, lo que es lo mismo, la necesidad de auto administrarse cantidades de

droga progresivamente mayores, para poder seguir obteniendo los mismos efectos. (Guardía, 1997).

Este es un concepto muy importante ya que el estado de tolerancia es la puerta de entrada al estado de dependencia. Generalmente la gente cree que la persona que se embriaga con cantidades moderadas de alcohol tiene poca fortaleza física. Mientras que la que es capaz de beber grandes cantidades sin embriagarse, sería la más saludable. Y, sin embargo, lo que ocurre es que esta persona no se embriaga porque ha adquirido una gran tolerancia y puede que se encuentre ya en el umbral de la dependencia. Mientras que la otra persona, puede que no tenga por costumbre ingerir bebidas alcohólicas, no haya desarrollado esta tolerancia, y por tanto, no tenga riesgo de adquirir dependencia de las bebidas alcohólicas.

Drogodependencia. Es el estado psicológico y a veces físico, causado por la relación recíproca entre una droga y un organismo vivo, que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por un impulso repetitivo a tomar esta droga (de manera continuada o periódica) a fin de experimentar sus efectos psicológicos y, a veces, para evitar el malestar producido por su privación (Guardía, 1997).

Esta dependencia puede ir acompañada de tolerancia. Una persona puede haber adquirido dependencia de varias drogas, de manera simultánea o consecutiva. El hecho de que una persona adquiera dependencia de una droga, depende de la acción conjugada de tres factores:

- a) Sus características personales y sus antecedentes.
- b) La naturaleza de su medio socio-cultural general y del más inmediato.

- c) Las características farmacológicas de la droga en cuestión, teniendo en cuenta: las cantidades utilizadas, la frecuencia de uso, y la vía de administración (ingestión, inhalación o inyección). (Kramer & Cameron, 1975).

La acción conjugada de estos tres factores: el personal, el social y las características de la propia droga; hacen que el fenómeno de la drogodependencia sea complejo y difícil de comprender en su globalidad. Si se hace una comprensión simplista de las drogodependencias, las estrategias de prevención o de tratamiento pueden quedar reducidas a un abordaje parcial del problema.

Abuso de drogas. Es un término que se encuentra en discusión. La conclusión de que una persona abusa de determinada droga, depende de la valoración subjetiva que puede efectuar otra persona, comparándola con lo que, a su criterio o en su medio socio-cultural, se suele considerar “normativo” (Guardia, 1997).

Se están abandonando otros términos como “toxicomanía” o “habituación” y se utilizan cada vez más, los términos drogodependencia o simplemente dependencia, ya que (a partir de la citada definición) resultan más objetivables. Lo cierto es que hay determinadas situaciones de uso inadecuado, inapropiado o incorrecto de drogas y sustancias psicoactivas, tales como:

- a) La intoxicación aguda por una dosis excesiva de una droga.
- b) La ingestión de una droga, incluso en pequeñas dosis en una situación de especial riesgo. Por ejemplo: un conductor o una mujer embarazada que ingieran bebidas alcohólicas.
- c) La ingestión simultánea de dos o más drogas que aumenta el riesgo de intoxicación, aunque las cantidades de cada una de ellas sean moderadas. Por ejemplo: medicamentos tranquilizantes con bebidas alcohólicas, que pueden producir un estado de embriaguez con riesgo de enlentecimiento del corazón y de la respiración.

Y, en general, cualquier forma de consumo de drogas, en el cual el riesgo que corre la persona (o las personas del entorno que pueden resultar afectadas en caso de agresión, accidente, etc.) sea superiores al beneficio que le pueda reportar a la persona que lo toma. Para estos casos, el término «abuso de drogas» conserva su utilidad. En todo caso, habría que pensar en otro parecido, del tipo “mal uso”, “uso inapropiado”, etc.

Drogodependiente. Este término vendría a englobar a todas aquellas personas que se encuentran en una situación de dependencia, de una o varias drogas (Guardia, 1997).

Este término pretende sustituir a los de:

- a) “Toxicómano” que se reservaba para la persona que tomaba drogas ilegales.
- b) “Drogadicto” que se refería a la persona que había adquirido ya dependencia física de una determinada droga, generalmente por vía intravenosa.
- c) “Alcohólico”. Término que conserva su vigencia y se refiere a la persona que tiene dependencia de las bebidas alcohólicas.

Con esta nueva denominación de drogodependiente se designaría igualmente a las personas que tienen dependencia (física o psicológica); de las bebidas alcohólicas, del tabaco, de la heroína, etc. Es decir, sin tener en cuenta, el tipo de droga o drogas, de las que tenga dependencia, ni la vía de administración que utilice habitualmente.

Clasificación de las drogas. Ha habido muchos intentos de sistematizar las drogas, con arreglo a distintos criterios. Tal vez la más simple es la que atiende a los efectos que producen estas sustancias sobre el sistema nervioso central. Esta clasificación, como todas, tiene inconvenientes.

Al tratar de generalizar, no permite reflejar determinadas particularidades de cada sustancia, pero facilita la comprensión global de los efectos de cada grupo de drogas (Guardia, 1997).

Drogas depresoras

- a) Tranquilizantes
- b) Barbitúricos, sedativos e hipnóticos.
- c) Bebidas alcohólicas (alcohol etílico).
- d) Opiáceos y analgésicos potentes (morfina, heroína, codeína, metadona, etc.).
- e) Disolventes volátiles (colas de impacto, disolventes orgánicos y derivados volátiles del petróleo).

Drogas estimulantes:

- a) Café, bebidas de cola, té, chocolate (xantinas).
- b) Tabaco.
- c) Anfetaminas y derivados.
- d) Cocaína.

Drogas psico-dislépticas:

- a) L.S.D.
- b) Mescalina.
- c) Psilocibina.
- d) Anfetaminas alucinógenas y otros alucinógenos sintéticos.
- e) Fencididina (o “polvo de ángel”).
- f) Derivados del cáñamo (háschís, marihuana, grifa, kiffi, aceite de haschís, etc.).

Características de las drogas de uso ilegal. Las drogas de uso ilegal, por el mismo hecho de serlo, tienen ya ciertos aspectos diferenciales con las demás. El hecho de probar una determinada droga, prohibida por la ley, puede ir unido a una cierta intención de situarse “fuera de la ley”. Es decir, la persona que conoce la ley y desea mantenerse dentro del marco que esta delimita, es probable que, de entrada, sienta cierto rechazo por una determinada sustancia que la ley prohíbe. Generalmente, el nivel de información respecto a la legalidad o ilegalidad de determinadas drogas es bueno. Se podría preguntar entonces por qué los jóvenes (y otros no tan jóvenes), toman drogas ilegales (Guardia, 1997).

Puede haber un factor psicológico personal, una cierta anti-normatividad. Este hecho es frecuente en el joven. No suele estar de acuerdo con una sociedad de la que no se siente partícipe y que ve totalmente en manos de los mayores. Esta postura le hace situarse un poco al margen de la sociedad, y por tanto también, un poco al margen de la ley. Pero conviene tener en cuenta también, los factores sociales y las características de la propia droga.

El entorno social juega un papel importante. Cuando el adolescente pertenece a un grupo o pandilla y en este grupo se crea un clima a favor de tomar determinadas drogas, resulta difícil substraerse a hacerlo. Este hecho estaría en función del poder de persuasión de quienes ya las toman, y de la capacidad de autodeterminación del que todavía no las ha tomado.

Las expectativas, respecto a los efectos que puede producir determinada droga, pueden actuar como un atractivo más. Existe todo un montaje propagandístico de seducción que vendría a encajar con ciertas fantasías individuales. Las primeras experiencias con una droga pueden ser

anodinas o incluso desagradables pero la inducción del grupo, por un lado y la capacidad adictiva de cada droga, por otro, hace que la persona siga probando, hasta que empieza a percibir los efectos que sus compañeros le habían anticipado. El lapsus que media entre este momento y la adquisición de esta vinculación patológica a la droga, que denominamos dependencia, depende también de todos estos factores personales, sociales y farmacológicos (de la propia droga). La heroína y la cocaína, sobre todo, cuando son administradas por vía intravenosa, son drogas capaces de producir un elevado nivel de dependencia, en un corto espacio de tiempo.

Una vez adquirida la dependencia, el hecho de ser drogas ilegales, que hay que adquirir en ambientes marginales, que conllevan unos gastos, que sólo se pueden satisfacer con actividades delictivas, etc., hacen que el drogodependiente se vaya situando, cada vez más, al margen de la ley y de la sociedad. Y se pone en marcha un proceso de desestructuración social y de marginación, que después va a dificultar la recuperación. Aparte de las características generales de las drogas ilegales, cada grupo de drogas tiene unas particularidades que resultan decisivas para la comprensión de las distintas drogodependencias.

Autoestima. La autoestima es un sentimiento de valoración y aceptación de la propia manera de ser, se desarrolla desde la infancia, a partir de su interacción con los demás. También se puede decir que es un estado mental. Es el sentimiento o concepto valorativo, se aprende, cambia y mejora. Se basa en todos los pensamientos, sentimientos que se han ido recogiendo, asimilando e interiorizando durante la vida. (Pereira del Valle, 2011).

Es lo más profundo de nuestro ser existente, una imagen que se ha creado, refleja la idea que ha forjado de quienes son como personas (identidad). Se corresponda o no a la realidad, esta imagen es nuestro punto de referencia, nuestra base para tomar decisiones, y nuestra guía para todo lo relacionado con nuestro diario vivir. La persona va creciendo y formando su personalidad dentro del ambiente familiar, donde incorpora valores, reglas, costumbres que han de ser los aspectos que formarán parte de su personalidad.

La autoestima. Cuan afectuosos y amorosos nos sentimos realmente con nosotros mismos, sobre la base de nuestro sentido individual de valor e importancia. (Pereira del Valle, 2011).

Un sentimiento que comienza en la niñez y que es continuamente reforzado por los demás. La aceptación incondicional de nosotros mismos como innatamente valiosos e importantes, a pesar de errores, derrotas y fracasos. Un sentimiento que afecta nuestra percepción del ambiente, nuestras reacciones emocionales, nuestros estados de ánimo, nuestras relaciones con los demás.

No es la autoestima. Amor a uno mismo en un sentido egoísta; el auto elogio y el alarde son síntomas de una baja autoestima, porque si verdaderamente nuestra valía es importante, no tendremos necesidad de hacer alarde para impresionar a los demás con nuestras habilidades. Un inventario intelectual de nuestros talentos y habilidades, a los ojos de los demás podemos ser personas importantes y de éxito y aun así, tener autoestima baja. No está basada en una evaluación intelectual de nuestro carácter, personalidad, logros, sino que es un sentimiento profundo y generoso y la mayoría de las personas no es consciente de cómo se sienten con respecto a ellas mismas (Pereira del Valle, 2011).

El término Inteligencia Emocional, se refiere a la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos, los sentimientos de los demás, motivarnos y manejar adecuadamente las relaciones que sostenemos con los otros y con nosotros mismos. La inteligencia emocional engloba habilidades muy distintas aunque complementarias a la inteligencia académica, o a la capacidad del cociente intelectual (Pereira del Valle, 2011).

El desarrollo de la inteligencia emocional conlleva relacionar la actividad del hemisferio izquierdo con la dinámica del hemisferio derecho que incluye emoción, intuición y creatividad es hoy fundamental como personas para convertirnos en buenos líderes en donde nos toque serlo. Hay que conocer los beneficios de poder contar con una forma inteligentemente social que involucre la habilidad de detectar las emociones propias y las ajenas para emplearlas como guía de pensamiento y acción.

Afortunadamente la inteligencia emocional puede ser desarrollada durante toda la vida, se incrementa en las personas con la edad, por la madurez y la experiencia. El grado de inteligencia emocional no se encuentra condicionado por factores de género.

Para Pereira del Valle (2011) las habilidades prácticas de la Inteligencia Emocional:

Autoconocimiento o Autoconciencia. Significa tener un profundo entendimiento de las emociones, estados internos, preferencias, recursos, intuiciones, fortalezas, debilidades, necesidades e impulsos. Las personas con una fuerte autoconciencia no son demasiado críticas ni tampoco tienen esperanzas irreales. Más bien son honestas consigo mismas y con los demás.

Ejemplo: Una persona autoconsciente que sabe que las fechas límite despiertan lo peor de sí misma, planea su tiempo cuidadosamente y realiza o prepara su trabajo o tarea con anterioridad.

Esta habilidad facilita o ayuda:

- a) Conciencia emocional: a reconocer nuestras emociones y sus defectos.
- b) Valoración adecuada de uno mismo: conocer nuestras fortalezas y debilidades.
- c) Confianza en uno mismo: seguridad en la valoración adecuada que hacemos sobre nosotros mismos y sobre nuestras capacidades.

Autorregulación-Autocontrol. Es como una conversación interna continuada, es el componente de la inteligencia emocional que nos libera de ser prisioneros de nuestros sentimientos. Quienes están comprometidos con esta conversación sienten como cualquiera mal humor e impulsos emocionales, pero encuentran la manera de controlarlos y canalizarlos en forma útil (Pereira del Valle, 2011).

Las personas que están en control de sus estados, recursos internos, sentimientos e impulsos, son razonables y capaces de crear un ambiente de confianza, equidad (bondadosa, templanza habitual, igualdad de ánimo) y equilibrio. En este tipo de ambiente las peleas, discusiones, politiquería se reducen drásticamente, y la productividad aumenta. La autorregulación tiene un efecto multiplicador hacia abajo (efecto descender). Nadie quiere ser reconocido como alguien exaltado y de mal genio, menos, de mal humor en la casa, trabajo, u otra organización. Quienes logran dominar sus emociones pueden manejar los cambios y situaciones complicadas del diario vivir.

Motivación. Según Pereira del Valle (2011), muchas personas son motivadas por factores externos, como un salario alto, una nueva casa, el estatus resultante de tener una posición con un título llamativo, o formar parte de una gran empresa.

En contraste, quienes tienen potencial y poseen una motivación acertada, tienen un deseo profundo enraizado en tener logros, por el hecho mismo de alcanzarlos. Son capaces de encontrar fuentes y tendencias emocionales que puedan guiar o facilitar la obtención de sus objetivos.

La primera señal que se verá en estas personas es una señal de pasión por lo que hacen, buscan desafíos nuevos, son emprendedoras, les encanta aprender, se enorgullecen por el trabajo bien hecho, despliegan una incansable energía para hacer mejor las cosas, buscan nuevos logros.

Dos cualidades comunes de estas personas son que quieren incrementar su nivel de desempeño y tener registro (evaluación) de ese nivel.

Nos facilita o ayuda:

- a) Motivación al logro: esforzarse por mejorar y satisfacer un determinado criterio de excelencia.
- b) Compromiso: secundar y aliarse a las metas de un grupo u organización.
- c) Iniciativa: disposición para aprovechar las oportunidades que se presenten y actuar con prontitud cuando se presenten.
- d) Optimismo: tenacidad para consecuciones de los objetivos a pesar de los obstáculos y contratiempos que tengan que enfrentarse.

Diez atributos de la Inteligencia Emocional, según Pereira del Valle (2011):

- a) **La actitud libre de juicio de valor:** sacar lo mejor de los demás. Aceptar a cada persona sobre la base de lo que ésta ofrece en el momento presente, y no en función de lo que piensen los demás que pueda haber sucedido en el pasado.
- b) **La perceptividad:** ayudar a los demás a que se comprendan a sí mismos. Comprender a los demás y, con la sabiduría que les otorga su experiencia, ayudarles a comprenderse a sí mismos, haciendo que se sientan valorados.
- c) **La sinceridad:** fomentar la honradez genuina. Significa expresar con honradez los sentimientos e intenciones propios.
- d) **La presencia:** asumir la responsabilidad personal. Se identifica como la "apertura" ante cualquier hecho o sentimiento que se presente en un momento dado, ocuparse personalmente de los problemas que corresponden a sus responsabilidades y establecer un contacto directo con los más afectados.
- e) **La relevancia:** apoyar la verdad. Se refiere a la capacidad de abordar el qué, el cuándo, el porqué, el quién, y el cómo de cualquier situación: los datos concretos que describen los objetivos, los problemas y las soluciones. Con la mayor objetividad y no subjetividad (opinión propia).
- f) **La expresividad:** producir comunicaciones regulares. Ser abierto y directo, aunque con sentido claro de la oportunidad, midiendo constantemente el efecto que tiene su expresión personal sobre el público. El propósito no es encontrar un público que preste atención a nuestras ideas, sino más bien, animar a los demás a alcanzar niveles más elevados de energía y dedicación.
- g) **El apoyo a los demás:** fomentar la lealtad y un sentimiento de aportar algo. Además de compartir sus sentimientos y opiniones personales, hacer que las personas sientan que son algo más que adecuadas, que son individuos singulares (no hay otro como ellos, son particulares, necesarios e importantes) que están realizando una labor y aporte significativo a la causa.
- h) **La audacia:** resolver pronto los conflictos. Está relacionada con el hecho de adoptar una postura de desafío sincero cuando resulta adecuado, sin ser violento (ponzoñoso, maligno). Puede resultar necesario cuando existen discrepancias claras entre los requisitos de un puesto, ya sea de trabajo, en la asociación, club o cualquier otro ámbito de actuación. Asumir la

discrepancia antes de que otros a hayan observado, escuchar sin prejuicio los datos relevantes. Reaccionar con calma ante los intentos de engaño y de evasivas.

- i) **El celo:** presentar modelos de liderazgo efectivo. Enfrentar los conflictos y problemas en el primer momento en que es posible. Capacidad de ver las situaciones desde diferentes puntos de vista, animar a los demás a que tengan amplitud de miras. No mezclar los sentimientos.
- j) **La confianza en sí mismo.** Esto posibilita que los demás se sientan tranquilos y seguros en sus papeles, animándolos más a que profundicen en sus recursos personales para llevar a cabo la tarea.

Los valores hoy. Desde el momento en que un niño nace, hace su ingreso a un mundo al desconocer, este periodo de crecimiento será donde establecerá lazos muy fuertes con sus padres, el afecto de su familia, los gestos de cariño, el ambiente que lo rodea, los mimos, las esperas, la satisfacción de sus deseos, las luces, la forma en que el alimento llega... a través de esos canales, el niño irá advirtiendo el funcionamiento de un sistema: "de un conjunto de valores determinado". Los padres cuando con frecuencia sueñan con las vidas futuras de sus hijos, suelen pensarlos llevando adelante metas de los que "puedan enorgullecerse"; éstos casi siempre tienen carácter solidario, caritativo, altruista; alineados en la posibilidad de compartir, rechazando las injusticias y perseverando en el respeto y la dignidad. Es decir, en una serie de actitudes positivas y deseables cercanas a los ideales y esperan, a su vez, que estos principios también sean transmitidos a los hijos de sus hijos el día de mañana. En otras palabras: que sigan siendo valoradas aquellas cuestiones que hoy consideramos deseables y se transmitan a los demás para mejorar relaciones interpersonales (Aguilar, 2007).

La formación de los seres humanos no sería completa si no se incluyera en ella una verdadera y sistemática educación en valores, que comienza en el seno de la familia pero que luego

debe necesariamente extenderse a la etapa escolar, como parte de un programa explícito y transversal, que cruce de lado a lado las temáticas previstas.

Ideales vs universalidad. se cree que es importante destacar que no hay un modelo de persona "ideal", como tampoco existe una sociedad perfecta... se considera deseable, o mejor dicho el modelo de sociedad a la que se aspira es una sociedad plural donde puedan convivir las diferencias, donde haya quienes se animen a alejarse de las "medias y los grises" sin temor a ser juzgados siguiendo su corazón, porque justamente ellos serán los que realicen la diferencia los que salgan del promedio esperable y puedan sorprender (Aguilar, 2007).

Se tratará entonces de enseñar valores conjuntamente con actitudes fundamentales que serán las bases para construir sociedades de indagación, sembrar inquietudes y fomentar la toma de decisiones. No se puede reproducir artificialmente todas las situaciones por las que las personas atravesarán a lo largo de su vida y definir de antemano, cuál será la decisión correcta en cada caso; pero sí podemos educar para la autonomía en la toma de estas decisiones, educar en la posibilidad de indagar, recoger información, compartirla, comunicarla, responsabilizarse por los propios actos, etc. La sociedad persigue valores universales, estos son en sí: abstractos y valiosos, siempre en cualquier parte del mundo. Los valores universales son deseables y entendidos por todos y todas las personas en cualquier tierra y cultura.

Por ejemplo, cuando un joven cae en el mundo del consumo de sustancias psicoactivas pierden metas propuestas para el futuro de igual forma su percepción de la vida se limita solo a deambular por las calles buscando refugio en donde realmente no lo encontrara.

Los valores no son ni más ni menos que aquello que vale; que es valioso, y nada tiene que ver con lo material sino con lo espiritual como decían los cuentos orientales de Nasrudín (2006): "...es tuyo de verdad todo aquello que no puedas perder en un naufragio".

Los aspectos anteriormente mencionados relacionan las emociones como parte esencial de la vida. Es así como en la toma diaria de decisiones pueden ser que pesen más que la inteligencia o el raciocinio. Son el hilo que teje las relaciones sociales. Son universales. De ahí, que la inteligencia emocional conlleva a motores para actuar, planes instantáneos para enfrenar a la vida, mueven hacia la acción proactividad y asertividad. Es por ello que conocer y aprender a dominar las emociones ayuda a desarrollar plenamente (autoconocimiento, autogobierno, empatía, automotivación y habilidades sociales). En cuanto a los valores conlleva a reflexionar que el sentido de valor como persona no tiene similitud con nadie, el valor justamente es lo que distingue a cada uno de los otros.

Es relevante indicar que los integrantes del núcleo familiar, quienes colaboran en el proceso de crianza se deben convertir en guías, dinamizadores, amigos, orientadores de las mejores costumbres, autoestima, valores humanos, mediante la ética y responsabilidad, ya que los infantes los perciben como un guía o conductor de su propia vida.

Según Aguilar (2007), establece por qué educar en valores. Los humanos somos seres gregarios, sociales; quienes desde el principio de los tiempos hemos ido construyendo grupos, tribus, sociedades. Desde el mismo momento que se nace se crea la necesidad del acompañamiento –en este caso de la madre- para que de esta manera se pueda satisfacer las necesidades más básicas, ya que es

esos momentos de la vida empieza un ser en formación él necesita de cuidados y formación en valores tanto éticos como morales ya que se llega al mundo sin ningún conocimiento interiorizado.

Un bebé, luego del parto, no podría conseguir el alimento para su subsistencia si no fuera por su madre. En otras palabras cuando un neonato llega al mundo, los nueve meses que llevaron su gestación fueron insuficientes para prepararlos para enfrentar su vida en la Tierra de manera que para alcanzar un desarrollo que le permita cierta autonomía en sus movimientos y la autosatisfacción de necesidades básicas tales como conseguir su propio alimento va a depender de alguien más, que en general tomará estas tareas con amor y entrega, como un plus de cariño y afecto que pronto también se le tornará imprescindible y que tendrá que ver con el transcurso del tiempo con los valores y principios a los cuales el sujeto atiende a lo largo de su vida. Así es como el ser humano se enfrenta desde el principio de su vida con la necesidad de contar con otras personas para cubrir sus necesidades físicas y afectivas.

Los nueve meses en los que él bebe se encuentra en el vientre le sirve de refugio el cual lo protege y preparará para sus experiencias fuera en el ambiente. La familia actúa como un colchón un lugar seguro donde puede ir ensayando formas de establecer lazos afectivos y sociales, un lugar para ir aprendiendo las normas y reglas de la sociedad para después interactuar con ellas, que al principio parece tan ajeno... pero que con el devenir de la vida llega el momento de llevarlos a la vida personal.

Se necesita aprendizaje y entrenamiento para socializar en diferentes grupos, y en estos actos se producen tensiones de fuerza, de personalidad por hacer de nuestras ideas: las dominantes de la situación. Tratamos de convencer a todos para que individualmente los pensamientos y

apreciaciones estén por encima de los otros para que de esta manera las creencias de cada uno sean aceptadas. Se debe aprender a vivir en sociedad ya que la sociedad es un grupo de personas que aceptan y están sujetas a las mismas normas y leyes dirigidas por una autoridad con el fin de lograr un objetivo determinado, que tiende a ser el bien común (Aguilar, 2007).

Para formar parte de una sociedad, son necesarias una serie de normas, leyes basadas en acuerdos que implican la idea de compartir ciertos valores y principios. La vida se organiza sobre la base de una ética, en una relación; en principio con nosotros mismos y nuestra conciencia; sobre esta línea construimos y/o adherimos a unas reglas, necesarias para vivir en libertad, para formar parte de un sistema democrático. Esto forma parte de los derechos universales, que a su vez están emparentados con los deberes particulares y observarlos y cumplirlos son un síntoma de madurez civil. Los espacios privilegiados para llevar adelante estas formaciones son la familia y la escuela.

Comenzando desde la más tierna infancia, ya que un niño que aprende a escuchar mejora la comunicación en su entorno; un niño que aprende a respetar a sus pares llevará una relación menos conflictiva con sus hermanos y viceversa; un niño que aprende a compartir será generoso con su prójimo y su próximo (a quien tenga cerca) más allá de credos y etnias. Y así se generará la posibilidad de dar vuelta la rueda y transformar los vínculos en círculos virtuosos que se retroalimenten de manera positiva.

Rol de la familia. La familia es la más antigua y a la vez más espontánea forma de sociedad; es el origen y la raíz de todas las agrupaciones humanas. Se remonta al inicio mismo de la especie. Podemos decir que la familia constituye la primera y elemental unión social entre todos

los seres en la historia de la humanidad, en la existencia del reino humano sobre nuestro planeta tierra (Aguilar, 2007).

Los seres humanos no pueden vivir solos, fue demostrado a través de la historia misma en infinidad de ejemplos; para lograr un fin determinado los seres humanos se agruparon como sociedad detrás de normas, de pautas y de leyes dirigidas por una autoridad, tras un objetivo común. La humanidad se fue agrupando naturalmente para diferentes logros. La familia es el eje vertebral y la más importante sociedad de nuestras vidas. Desde siempre se transforma para las personas, cumpliendo funciones de cuna, porque en ella iniciamos la vida; de escuela porque en ella formamos a nuestros hijos; y de descanso y reposo porque en ella podemos satisfacer nuestras necesidades tanto espirituales como físicas. La naturaleza se encarga de que se cumplan estas premisas desde el principio de la humanidad misma. Las bases en que se sustenta la familia contienen variables definidas, éstas deben ser sólidas. Poseen caracteres biológicos, afectivos, jurídicos y religiosos (Aguilar, 2007).

Se dice que son biológicos porque se trata de una agrupación natural, ya que como muestra de amor y estructura toda pareja que inicia una vida familiar tiene como objetivo tratar de llegar a una unión feliz, a una convivencia de acuerdos y respeto y prolongarse en un hijo. Son afectivas porque es el amor el que predomina y produce un andamiaje en todas las obligaciones, transformándolas y recreándolas para hacerlas más placenteras y no verlas como una carga difícil de sobrellevar.

Jurídicas porque interviene el Estado, ya que es éste el que la rodea de un cuerpo de leyes que sirven de protección a las funciones importantes propias de la familia. Es primordial el papel

del Estado y el accionar de sus gobernantes para brindar a la institución familiar la protección adecuada y la contención precisa. Por último, se considera la base religiosa desde el punto de vista de la misma Historia, ya que es la que transmite y nos muestra la importancia en todo pueblo y el peso fundamental de las familias como primera sociedad, y como iniciadora de vida.

La educación básica familiar es aquella que brindan los padres, es aquella que no tiene necesidad de estudios previos, es la que se funda en el amor y el respeto en la solidaridad, en los derechos nuestros y de los otros, es la que nos obliga a pensar y reflexionar sobre cada uno de los actos y nuestras acciones, que nos enseña permanentemente normas y sanas costumbres, que desarrollan un sentido de moral criterioso. En esta tarea educativa de nuestros padres, en su ayuda permanente se centra la educación básica familiar como delicada tarea de cada uno de ellos (Aguilar, 2007).

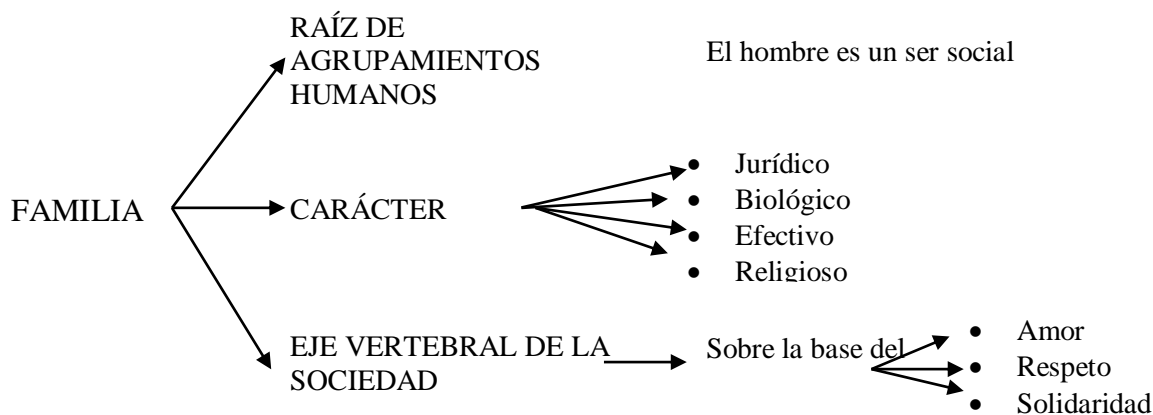


Figura 1. Educación básica familiar.

Fuente: (Aguilar, 2007).

El valor de ser yo. Los avances que se presentan en el desarrollo cognoscitivo y afectivo, hacen que los adolescentes manifiesten una necesidad de autonomía, que se traduce en su mayor capacidad para participar y tomar decisiones en los ámbitos familiar, escolar y social. De esta

manera, los adolescentes emprenden un camino no solo hacia su autonomía, sino hacia la adquisición de habilidades para enfrentar la vida de manera independiente y construir desde sus capacidades, ideales y valores un proyecto de vida, de acuerdo a la cultura en la cual se desarrollan (Grano de Arena Familiar, 2008, p. 76).

En este periodo, los adolescentes se deben enfrentar a un problema de identidad, que los lleva a oponerse de manera explícita con los adultos, como resultado de una lucha por defender su proceso de independencia, en donde los adultos no están preparados para asumir los cambios de los adolescentes y la toma de decisiones; sin embargo, estos problemas son el resultado de la conjunción de las características de éstos con su entorno familiar y contextual.

En este proceso de independencia, los adolescentes presentan problemas en nuestra cultura, los cuales están relacionados con el funcionamiento social y económico de ésta, debido a que la creciente necesidad de autonomía de los adolescentes se ve frenada por la estructura cultural, económica y social de un país. En donde, las nuevas herramientas diseñadas por la cultura, hacen más largo el proceso de aprendizaje, donde el acceder a altos niveles de formación se dificulta, lo cual hace que los adolescentes se encuentren carentes de expectativas y metas a corto y mediano plazo y no tengan tampoco responsabilidades y dejen de interesarse por aquellos aspectos, como los estudios, que más preocupan a los adultos, pero cabe señalar que tampoco los padres o los maestros parecen haber encontrado fórmulas para abordar la relación con los adolescentes.

Es así como los adolescentes de hoy día se enfrentan no solo a una serie de cambios biológicos y hormonales, sino a cambios sociales y económicos que colocan en riesgo sus anhelos

y proyectos de vida. Lo cual, hace que su desarrollo y progreso hacia la adultez sea cada vez más demorado, alejándolos de su deseo de ser más autónomos e independientes (Grano de Arena Familiar, 2008, p. 76).

Esta etapa del ciclo vital, es fundamental en el desarrollo de una cultura y de una sociedad, ya que desde allí es donde se construyen los cambios y avances de una sociedad, ante esto la UNICEF señala en su informe del año 2004, afirma:

Se ha de prestar atención a esta etapa de la vida, ya que constituyen un enorme potencial para cambiar el curso del desarrollo humano, la posición de la UNICEF, sobre las necesidades de la adolescencia se refiere a la convención sobre los derechos del niño, reconoce los derechos de los niños hasta la edad de los 18 años, pero los adolescentes ya no son niños en el sentido tradicional aun cuando tampoco son todavía adultos; un adolescente que debe trabajar para mantener a su familia a menudo comprueba que tiene que valerse por sí mismo, en ausencia de una voz política y sin la base del apoyo de la familia y la comunidad con que contaba cuando era más pequeño, es una tragedia humana que va en contra de los derechos humanos, llevar a los niños hasta la edad adulta para luego negarles la oportunidad de plasmar plenamente su potencial. Los adolescentes necesitan y merecen la oportunidad de finalizar sus estudios y participar en actividades con otros jóvenes de la misma edad, necesitan y merecen contar con lugares seguros como escuelas, institutos de formación profesional y centros de la juventud donde desarrollan las actitudes necesarias para abordar las situaciones de la vida. Y necesitan y merecen servicios apoyados por los adultos que se preocupen por ellos, donde se ofrezcan conexiones con la familia y la comunidad. (Unicef, 2004).

Es así, como a nivel internacional se reconoce el rol fundamental que cumplen los adolescentes en el desarrollo de una cultura, por lo tanto, el valor del sí mismo y de la construcción de una identidad en la etapa de la adolescencia, se sobreentiende como uno de los más importantes aspectos para la generación de cambios dentro de una sociedad que cada vez genera mayores conflictos a nivel social.

Pero el resultado del desarrollo en la actualidad, no solo obedece a la falta de oportunidades que un adolescente tiene dentro de un país determinado, sino también se relaciona con los cambios que han ocurrido dentro del eje central de la sociedad que es la familia, en donde, los padres aun no encuentran la manera de abordar los problemas de los adolescentes y no saben cómo enfrentar el desarrollo que han tenido en los últimos años, relacionados con su manera de enfrentar la vida, en donde van adquiriendo comportamientos cada vez más complejos, que se salen de cualquier regla o norma que los padres hayan querido imponer (Grano de Arena Familiar, 2008, p. 78).

Los adolescentes en este sentido, obligan a los padres a buscar nuevas alternativas para lograr acceder a una comunicación directa, a una relación en donde prevalezca el respeto y los vínculos afectivos, los cuales cada vez más se van desdibujando y pasan a un segundo plano, en la vida de un adolescente, cuando se trata de defender sus deseos y sus comportamientos.

Se observa cómo se transforman algunos valores relacionados con el desarrollo del sí mismo, de esa autonomía enmarcada dentro de unas responsabilidades y que colocan en riesgo la integridad y la vida de muchos adolescentes. Se observan prácticas que culturalmente empiezan a ser aceptadas, como son, las relaciones sexuales indiscriminadas, en donde son vivenciadas y

mantenidas, desde una postura hedonista , olvidando todo el significado de la relación de pareja, la etapa del enamoramiento, la interacción con el otro, el cuidado del cuerpo, el significado de la extensión del yo, entre otros aspectos, relacionados con el desarrollo de la sexualidad de un ser humano, así mismo, se intensifica el consumo de SPA, lo cual a diferencia de hace algunos años, ya no se considera letal para el ser humano, sino empieza a ser parte de una cultura, situaciones que generan una desconcertante sensación de falta de sentido, incrementando los índices de suicidio en los adolescente o la adquisición de patrones de comportamiento inadecuados que colocan en riesgo la vida de muchos adolescentes y por lo tanto obstaculizan la evolución de su propio yo (Grano de Arena Familiar, 2008, p. 78).

Actualmente, el desarrollo de esa identidad se ve afectada por la cultura, por el desarrollo de creencias, prácticas y costumbres, que se van manteniendo dentro de un grupo y van adquiriendo mayor fuerza dentro de una sociedad, gracias a las representaciones sociales que conducen al sostenimiento y al incremento de conductas por parte de los adolescentes que solo reflejan la inestabilidad emocional y las consecuencias de los conflictos a nivel socioeconómico y familiar, en donde éstas instancias se han debilitado cada vez más, y han venido generando confusión y patrones culturales que no muestran adecuados conceptos, ni estereotipos para que los adolescentes puedan desarrollarse dentro de parámetros adecuados que posibiliten una mejor calidad de vida.

Rasgos significativos en la adolescencia:

Cambios biológicos: durante esta etapa se producen una serie de cambios biológicos que hacen que la apariencia de los niños y de las niñas cambie de forma drástica para asemejarse a la

de los adultos de su mismo sexo. Estos cambios en términos genéricos se denominan pubertad, los cuales constituyen una fase universal en el desarrollo. De acuerdo al documento escrito por la UNICEF, 2004, describen una serie de necesidades de salud física para la pubertad y la adolescencia que son importantes tenerlas en cuenta para lograr un mayor entendimiento de los rasgos significativos de ésta etapa del desarrollo humano (Grano de Arena Familiar, 2008, p. 80).

Se hace énfasis en la importancia que adquiere la salud física en esta etapa, debido a los cambios biológicos que se producen tanto en mujeres como en hombres. Dentro de la evolución física la talla puede aumentar entre 5 a 10 centímetros al año, además la influencia de hormonas hace que la estructura corporal de los niños y niñas cambie notablemente, lo que les hace adquirir características similares a las de un adulto de su mismo sexo biológico. En los hombres, se produce un aumento de vello corporal y un crecimiento del pene y de los testículos, a su vez que su cuerpo adquiere una forma más atlética y musculosa. Así mismo, se comienzan a producir espermatozoides lo que da lugar a las primeras eyaculaciones. En las mujeres, aumenta el tamaño del pecho, el útero, la vagina y el pubis; las caderas se redondean, crece la proporción de grasa corporal, aparece el vello púbico y axilar y finalmente se produce la menarquia, lo cual marca el inicio de la madurez sexual, además estos cambios hormonales, los cuales pueden permitir a los adolescentes tener un comportamiento sexual semejante al de los adultos. En las niñas los cambios puberales son más precoces, iniciándose alrededor de los 10 años y terminándose a los 16 años. En los hombres suelen iniciarse hacia los 13 años y concluir sobre los 18 años (Grano de Arena Familiar, 2008, p. 81).

Cambios Psicológicos: hacen referencia a como la adolescencia, se prolonga algunos años después de la pubertad y conlleva a una forma diferente de pensar, de sentir y de relacionarse con el mundo. Pero a diferencia de la pubertad la adolescencia no puede entenderse de forma clara como periodo universal del desarrollo, ya que se trata de un concepto muy relacionado con la historia de la humanidad y va estrechamente ligado a la cultura occidental. No obstante, existen diferencias individuales y contextuales, debidas a factores como el clima, la alimentación, las cuales deben ser tenidas en cuenta por el efecto que en ocasiones tienen sobre los cambios psicológicos, con relación a esto son bastantes los estudios que han analizado los efectos psicológicos que tiene la pubertad precoz y la pubertad tardía (Grano de Arena Familiar, 2008, p. 82).

Estos estudios concluyen que la pubertad precoz tiene un efecto más negativo para las mujeres que para los hombres, ya que las adolescentes que maduran precozmente se muestran menos satisfechas con su cuerpo, tienen una imagen peor de sí mismas y sufren de estado emocionales negativos y más trastornos de la alimentación, igualmente presentan más problemas conductuales y anticipan el comienzo de sus relaciones sexuales. En el caso de los hombres el efecto es diferente, puesto que estos aceptan con agrado el poseer mayor fuerza física o una apariencia más atlética que el resto de compañeros de su edad. En cuanto a la pubertad tardía la situación se invierte, ya que son los hombres que maduran más tarde, son lo que presentan más problemas. La gran cantidad de cambios físicos que se producen durante la pubertad hacen necesario, que se dedique una atención especial a la alimentación durante este periodo del desarrollo (Grano de Arena Familiar, 2008, p. 82).

Conformación de Grupos: las relaciones con los iguales ganan en intensidad y estabilidad, convirtiendo el grupo de iguales en un contexto de enorme influencia. En esta etapa del desarrollo, los amigos son más estables o permanentes, aunque físicamente estén separados existe una fuerte conexión entre éstos. Las relaciones dentro de estos grupos, están marcadas por la reciprocidad, el conocimiento profundo, en donde se comparten pensamientos, sentimientos y expectativas del futuro, los cuales constituyen una de las experiencias más gratificantes para el adolescente. A lo largo de esta etapa, el amigo íntimo va tomando mayor importancia sobre otras figuras de apego, convirtiéndose en la figura principal (Grano de Arena Familiar, 2008, p. 83).

Algunos autores afirman que la secuencia y evolución de los grupos pasan por cuatro etapas:

- a) Pandillas unisexuales: es la continuidad de los grupos que se originan en el colegio o en el barrio. Es un grupo cerrado, poco permeable; éste grupo proporciona la seguridad para el adolescente para relacionarse con el sexo opuesto.
- b) El segundo grupo, se constituye por las personas de diferente sexo que comparten los fines de semana o las actividades como reuniones, fiestas, entre otras.
- c) La pandilla mixta: las relaciones son menos íntimas, permite que se regulen y estructuren las relaciones sociales, teniendo en cuenta ambos géneros.
- d) La pandilla se desintegra: ya que se establecen las relaciones de pareja, estas primeras relaciones son muy importantes, debido a que establecen ajustes socio emocionales, así como contribuyen a desarrollar relaciones de apego y apoyo mutuo.

Crítica a la figura de autoridad: los adolescentes tienen una capacidad nueva para imaginar y percibir un mundo ideal. Se da un proceso en donde las personas que eran importantes para ellos y que las mantenían en un alto concepto y un lugar dentro de sus vidas privilegiado, ya no lo son, lo que coloca a algunos padres en una situación difícil, ya que los adolescentes, le manifiestan a sus padres que ya no ocupan ese primer lugar en sus vidas. Aunque existen algunos padres que comprenden que esto hace parte del desarrollo cognoscitivo, social y afectivo de un adolescente y lo toman de manera natural y como parte de su evolución (Grano de Arena Familiar, 2008, p. 84).

Tendencia a discutir: los adolescentes quieren practicar su nueva capacidad para percibir los más leves matices de un evento y con frecuencia lo hacen, a través de la discusión.

Autoconciencia: los adolescentes mantienen una exagerada autoconciencia, la cual tiene que ver con lo que David Elkind, 1984, denominó la audiencia imaginaria, en donde existe un observador que solo existe en la mente de un adolescente, quien está tan preocupado como ellos de su conducta y de sus pensamientos. Esto hace que logren colocarse en la mente de otras personas, pensando en los pensamientos que pueden llegar a tener otras personas sobre ellos mismos, suponen que cualquiera piensa lo mismo que ellos piensan. A causa de que esta clase de autoconciencia es angustiosa para los adolescentes, se recomienda a los adultos evitar criticar o ridiculizar en público a los jóvenes adolescentes (Papalia, 2005).

Concentración en sí mismos: en relación a este aspecto prevale el egocentrismo del adolescente, la cual es responsable de una serie de conductas autodestructivas que están

mágicamente protegidos contra cualquier daño. Por ejemplo, una joven piensa que no puede quedar embarazada, un joven piensa que él no puede morir en la autopista, los que experimentan con drogas, piensan que ellos no pueden convertirse en adictos, piensan: “esas cosas suceden solo a otras personas no a mí” (Grano de Arena Familiar, 2008, p. 85).

Irresolución: los adolescentes tienen problemas en decidirse aun acerca de las cosas más simples, porque se dan cuenta de las muchas posibilidades que hay en la vida.

Relación con los padres: durante la adolescencia se suele producir un empeoramiento de la comunicación y un aumento de los conflictos entre padres e hijos. Este incremento en la dificultad de la relación parece tener un mayor impacto emocional y afectar negativamente a los padres que a los propios hijos, probablemente porque el significado de los conflictos es diferente para unos y para otros. Las relaciones en ese momento están protagonizadas por las riñas y las discusiones leves, pudiendo percibirse bastante continuidad respecto a la infancia. Las investigaciones han puesto de manifiesto que la familia sigue siendo un contexto fundamental para el desarrollo positivo y armónico de los adolescentes, destacándose como claves para un clima familiar saludable, el afecto y el apoyo, sumando a un control y monitoreo adecuados con la edad del joven y a unas actitudes que fomenten el desarrollo de su autonomía. Las relaciones fundamentalmente, se caracterizan por mantener una comunicación positiva, en donde los padres establecen límites y jerarquías adecuadas, garantizando mayores espacios de autonomía y libertad para que los hijos puedan tomar sus propias decisiones (Grano de Arena Familiar, 2008, p. 85).

Liderazgo del yo. ¿Qué es un adolescente?:

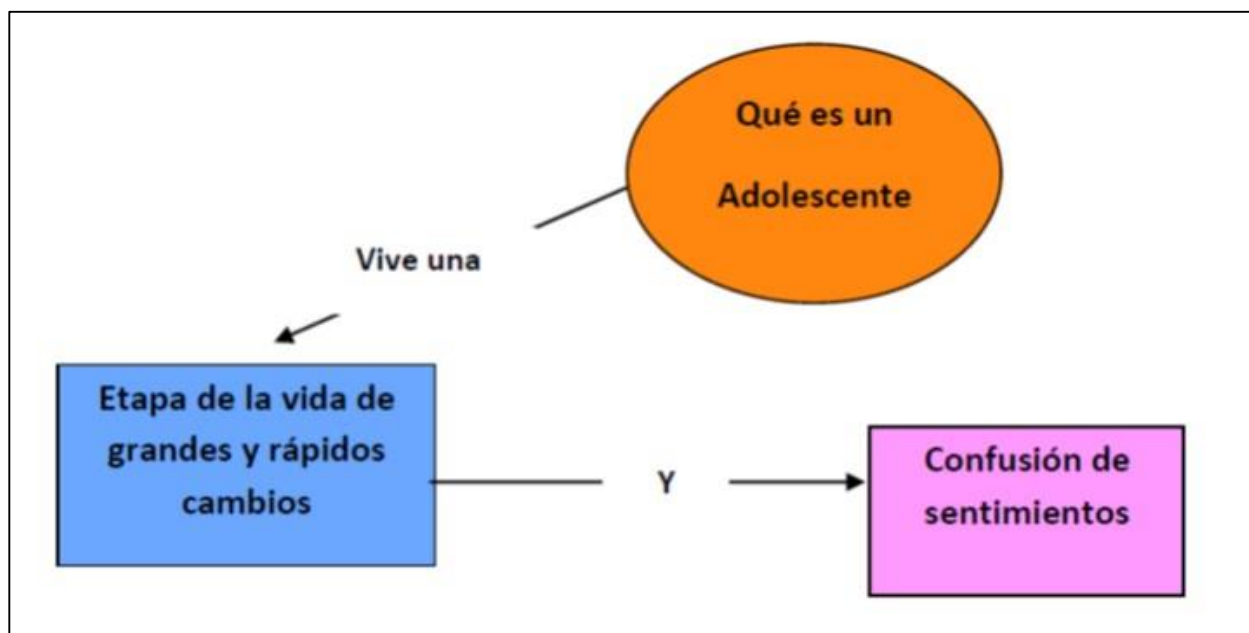


Figura 2. Significado de adolescencia.
Fuente: (Grano de Arena Familiar, 2008b, p. 30).

La adolescencia es una de las etapas de la vida que más cambios tiene y más rápidamente se suceden en la persona, que con independencia de lo que desee forzosamente ha de crecer, desarrollarse y cambiar. Como toda etapa de transición, en que son muy fuertes y rápidos los cambios que se producen, el adolescente ha de adaptarse a ellos, lo que no resulta nada fácil.

Es característico de la vida del adolescente, las luces y las sombras; la fanfarronería y exhibición de su fuerza y los sentimientos de inutilidad más profundas; la ternura del impetuoso amor a sus padres al mismo tiempo que el inconformismo, la rebeldía, el espíritu de contradicción y el afán de discusión; el descubrimiento fascinante de su propia libertad y la inseguridad acerca de ellos mismos; el considerarse el ombligo del mundo, a la vez que sentirse una basura y desear no haber nacido; la concepción de grandes ideales para su vida y el continuo hundimiento como

consecuencia de su escasa capacidad de auto-control; el amor desgarrado por la injusticia universal y e tomar conciencia de su impotencia y de que ellos mismos se comportan injustamente con quienes les rodean; el hambre de verdad que ellos describen como autenticidad, y el frecuente uso de las pequeñas mentiras para escapar de cuanto les pueda comprometer y no enfrentarse así a la realidad; la nobleza de la compasión por los que sufren, a la vez, el replegamiento más insólito en su individualismo (Grano de Arena Familiar, 2008b, p. 31).

El adolescente se avergüenza de sí mismo, de ser quien es, de su origen y de sus padres. Pero al mismo tiempo sueña y se imagina a sí mismo en toda su grandeza, en el esplendor más fastuoso de la vida adulta repleta de éxitos, popularidad, dinero, amistades. De aquí que experimente una gran admiración por su persona y simultáneamente la más profunda denigración. En el orden de las creencias religiosas puede pasar de las más altas cumbres de la mística a la más tozuda convicción de un militante.

Este relativo desgarramiento les hace más sensibles y vulnerables. El adolescente está abriéndose al conocimiento de un mundo que también cambia de forma incesante, de ahí su inquietud y la avidez de sus dispersos intereses por todas las cosas. El analfabetismo emocional que suele caracterizar la vida de los adolescentes en esta etapa, dificulta todavía más la adaptación a la realidad (Grano de Arena Familiar, 2008b, p. 31).

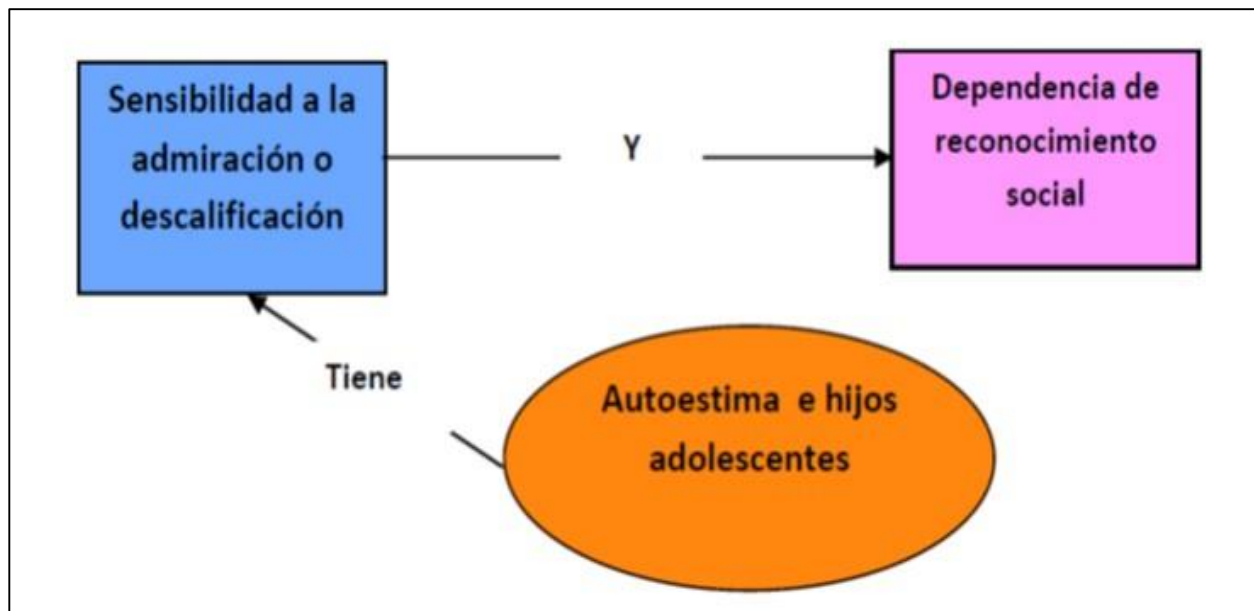


Figura 3. La autoestima y los hijos adolescentes.

Fuente: (Grano de Arena Familiar, 2008b, p. 32).

Es probable, que desde la perspectiva de la autoestima, entre los conflictos más hondos y frecuentes que impactan en el talante afectivo de los adolescentes, se encuentre el de ser admirados o descalificados, el de la dependencia o independencia afectiva, y el de querer o ser queridos (Grano de Arena Familiar, 2008b, p. 31).

A las personas no les basta con ser conocidas socialmente, es preciso que además se les reconozca, es decir, que se les conozca como los autores de las acciones que han realizado, de los servicios prestados, de los méritos acumulados. El reconocimiento social es una exigencia del respeto que a las personas les es debido; la búsqueda de ese reconocimiento, el deseo de ser, es algo exigido por la dignidad de la persona (Grano de Arena Familiar, 2008b, p. 32).

Esto pone de manifiesto que su afectividad es dependiente de los afectos de los demás, y por consiguiente muy vulnerables. Se diría que muchos adolescentes desean más ser amados que

amar y hacen todo lo posible por conseguir lo primero sin plantearse lo segundo, es por eso que se comportan como personas reactivas a las situaciones en que viven. Han formateado su afectividad erróneamente haciéndola depender de la estimación de valor que los demás le atribuyen.

El adolescente por lo general se quiere a sí mismo, quiere querer a los demás y quiere que lo quieran. En otras ocasiones el rechazo que experimentan por ellos mismos, es tan intenso que puede hablarse de una profunda crisis vital. Si se estableciese un balance entre querer y ser querido o se enfrentara a una y otra operación como excluyentes y contrarias entre sí, muchos de ellos elegirían el segundo término, es decir, optarían por ser queridos.

Al adolescente le afecta la aceptación social de su grupo de pertenencia, pero casi siempre su sensibilidad es transitoria, por eso cambian de grupo de pertenencia con tanta frecuencia. El adolescente experimenta la necesidad de ser el mismo, de hacer oír su voz y por eso, enfatiza lo que afirma con la exagerada energía de quien sale de la clandestinidad.

La afirmación adolescente exige la comparecencia de otra persona, que por su afirmación propia es casi siempre reactiva. Implica conocerle muy bien para luego develar rasgos valiosos de que dispone y hacérselos creer. Una educación así entendida evitaría muchos de los problemas del adolescente que ponen en riesgo su identidad personal (Grano de Arena Familiar, 2008b, p. 32).

Autoestima y libertad: autoestimarse y estimar a los demás es apenas una manifestación del modo de quererse y querer a los otros. La libertad reside precisamente en esa capacidad para salir

de sí y auto-destinarse mediante el regalo de la propia vida, deviniendo en conductas altruistas y continuadas dentro de una apertura existencial (Grano de Arena Familiar, 2008b, p. 33).

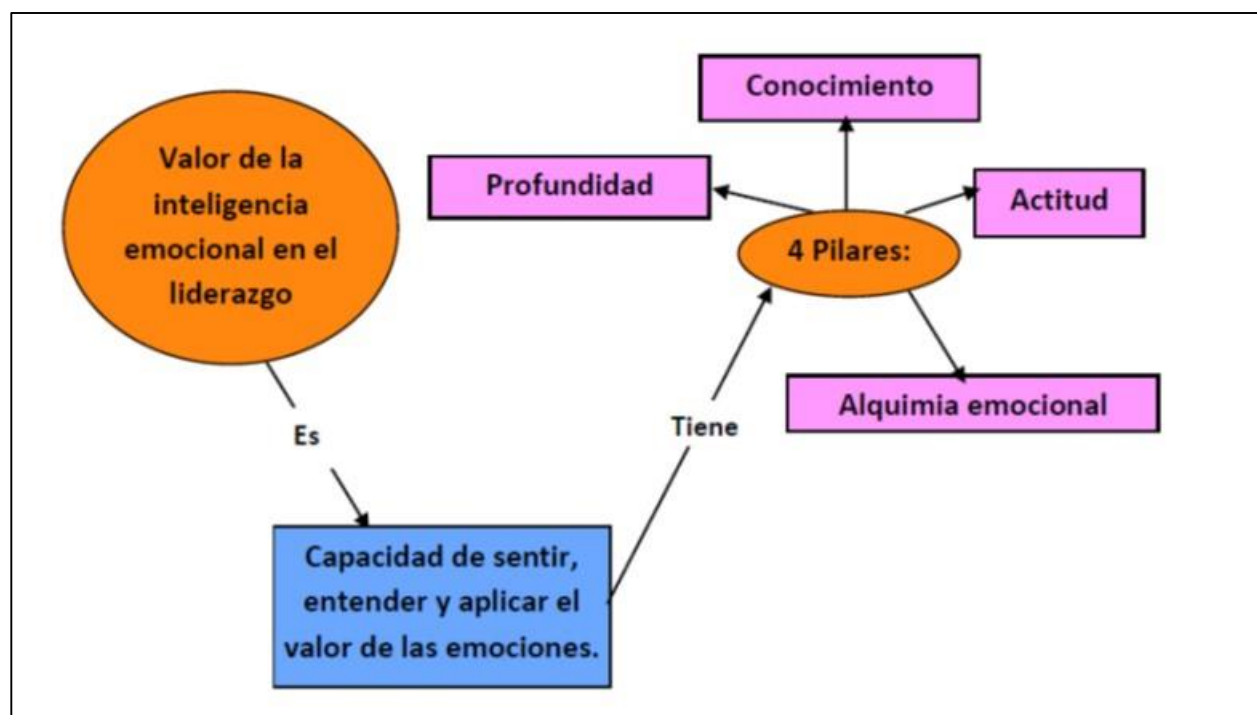


Figura 4. El valor de la inteligencia emocional en el liderazgo.

Fuente: (Grano de Arena Familiar, 2008b, p. 33).

Al contrario de lo que se cree, las emociones no son en sí mismas ni positivas ni negativas; más bien actúan como la más poderosa fuente de energía humana de autenticidad y empuje, y ofrecen un manantial de sabiduría intuitiva. En efecto las sensaciones nos suministran información vital y potencialmente provechosa todos los minutos del día. Esta retroinformación es lo que enciende el genio creador, mantiene al individuo honrado consigo mismo, forma relaciones de confianza, ofrece una brújula interna para la vida (Grano de Arena Familiar, 2008b, p. 33).

No basta con tener sensaciones. La inteligencia emocional requiere que aprendamos a reconocerlas y a valorarlas en nosotros mismos y en los demás y que respondamos apropiadamente

a ellas, aplicando eficazmente la información y energía de las emociones en nuestra vida diaria. La inteligencia emocional es la capacidad de sentir, entender y aplicar eficazmente el poder y la agudeza de las emociones como fuente de energía humana, información, conexión e influencia (Grano de Arena Familiar, 2008b, p. 34).

Cuando se pone en juego no solamente la mente analítica, sino también las emociones y la intuición, los sentidos y la inteligencia emocional lo capacitan para recorrer en un instante centenares de posibilidades y alternativas para llegar a una mejor solución en segundos en lugar de horas. Las emociones no son unas intrusas en nuestra vida; son inteligentes, sensibles, beneficiosas y hasta sabias. Son la fuente primaria de motivación, información (retroinformación), poder personal, innovación e influencia. En la mayoría de los casos no están reñidas con el buen sentido y la razón, sino más bien inspiran y vitalizan el buen sentido, la razón y se relacionan con el éxito y la rentabilidad.

En el modelo de los cuatro pilares, Gardner saca la inteligencia emocional del campo del análisis psicológico y las teorías filosóficas y lo coloca en el terreno del conocimiento directo, el estudio y su aplicación. Empieza con el pilar del conocimiento emocional, que crea un espacio de eficiencia personal y confianza mediante honestidad emocional, energía, conciencia, retroinformación, intuición, responsabilidad y conexión.

El segundo pilar, actitud emocional, forma la autenticidad del individuo, su credibilidad y flexibilidad, ampliando su círculo de confianza y capacidad de escucha, manejo de conflictos y saca el mejor partido del descontento constructivo. Como tercer pilar en la profundidad emocional

uno explora de conformar la vida y el trabajo con su potencial único y de propósito, respalda esto con integridad, compromiso y responsabilidad, que a su vez aumenta su influencia sin autoridad.

El cuarto pilar, alquimia emocional, por la cual se extiende su instinto creador y capacidad de fluir con los problemas y presiones y de competir por el futuro construyendo sus capacidades de percibir y tener acceso a soluciones ocultas y nuevas oportunidades (Grano de Arena Familiar, 2008b, p. 34).

Las emociones despiertan la intuición y la curiosidad y contribuyen a prever el futuro incierto y planear nuestras acciones de conformidad. Cuando las emociones se reconocen y se guían en forma constructiva, refuerzan el rendimiento intelectual.

5.1 Marco legal

Organización Mundial de la Salud. La OMS es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. Es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales.

Ministerio de Comunicaciones. Dirección Nacional de Estupefacientes. Naciones Unidas. UNDCP. Misión: asesorar, coordinar y ejecutar dentro de su competencia, la política del Gobierno Nacional enfocada al control y disminución de la producción, tráfico y consumo de

drogas psicoactivas. Visión: en el año 2019 la Dirección Nacional de Estupefacientes, con un capital humano óptimo, (es, fue o habrá sido) parte significativa en la política, planes y programas del Gobierno Nacional que hizo de Colombia un país libre de drogas ilícitas.

Constitución Política de Colombia 1991. Artículo 44. Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.

La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás. Artículo 45. 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.

Ley 10 de 1990. Por medio de la cual se reorganizó el Ministerio de Salud, contempla entre sus fines unos que se relacionan directamente con el control, inspección y vigilancia de las personas e instituciones que prestan servicios de salud. Así: Adoptar el régimen, conforme al cual se debe

llevar un registro especial de las personas que presten servicios de salud, y efectuar su control, inspección y vigilancia. Establecer un sistema de fijación de normas de calidad de los servicios de salud y los mecanismos para controlar y vigilar su cumplimiento. Regular los procedimientos para autorizar a las entidades privadas la prestación de servicios de salud en los diferentes niveles y grados de complejidad.

Ley 115 de febrero 8 de 1994. Por el cual se establece la Ley General de Educación.

Artículo 13. Objetivos comunes de todos los niveles. Artículo 1º. Objeto de la Ley. La educación es un proceso de formación permanente, personal, cultural y social que se fundamenta en una concepción integral de la persona humana, de su dignidad, de sus derechos y de sus deberes. Artículo 13. Objetivos comunes. Es objetivo primordial de todos y cada uno de los niveles educativos el desarrollo integral de los educandos mediante acciones estructuradas encaminadas:

- a) Formar la personalidad y la capacidad de asumir con responsabilidad y autonomía sus derechos y deberes.
- b) Proporcionar una sólida formación ética y moral, y fomentar la práctica del respeto a los derechos humanos.
- c) Fomentar en la institución educativa, prácticas democráticas para el aprendizaje de los principios y valores de la participación y organización ciudadana y estimular la autonomía y la responsabilidad.
- d) Desarrollar una sana sexualidad que promueva el conocimiento de sí mismo y la autoestima, la construcción de la identidad sexual dentro del respeto por la equidad de los sexos, la afectividad, el respeto mutuo y prepararse para una vida familiar armónica y responsable.

- e) Crear y fomentar una conciencia de solidaridad internacional.
- f) Desarrollar acciones de orientación escolar, profesional y ocupacional.
- g) Formar una conciencia educativa para el esfuerzo y el trabajo, y
- h) Fomentar el interés y el respeto por la identidad cultural de los grupos étnicos.

Ley 30 de 1986. Estatuto Nacional de Estupefacientes. Capítulo VIII. Tratamiento y rehabilitación. Artículos 84-88.

Ley 1098 noviembre 8 de 2006. Código de la Infancia y la Adolescencia.

La Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. Congreso de Colombia, Derecho de la Salud Mental a la población Colombiana; en su sabiduría determinó que esta población de menores de edad requerían de un lugar específico para la atención de sus problemas mentales, propiciando así un margen de seguridad del paciente desde todos los aspectos de-garantía de la calidad en la atención. La Clínica Renovar, consecuente con la visión y misión que se plantea, instaló este centro para dar respuesta a este requerimiento y por primera vez en el Meta los niños, niñas y adolescentes tienen un sitio especial para su cuidado en el área de salud mental.

5.2 Marco geográfico

5.2.1 Departamento del Meta.

Está situado en la parte central del país, en la región de la Orinoquia, localizado entre los $04^{\circ}54'25''$ y los $01^{\circ}36'52''$ de latitud norte, y los $71^{\circ}4'38''$ y $74^{\circ}53'57''$ de longitud oeste. Cuenta con una superficie de 85.635 km lo que representa el 7.5% del territorio nacional. Limita por el Norte con el departamento de Cundinamarca y los ríos Upía y Meta que lo separan del departamento del Casanare; por el Este con Vichada, por el Sur con el departamento del Caquetá y el río Guaviare que lo separa del departamento de Guaviare; y por el Oeste con los departamentos de Huila y Cundinamarca (Gobernación del Meta, 2016).

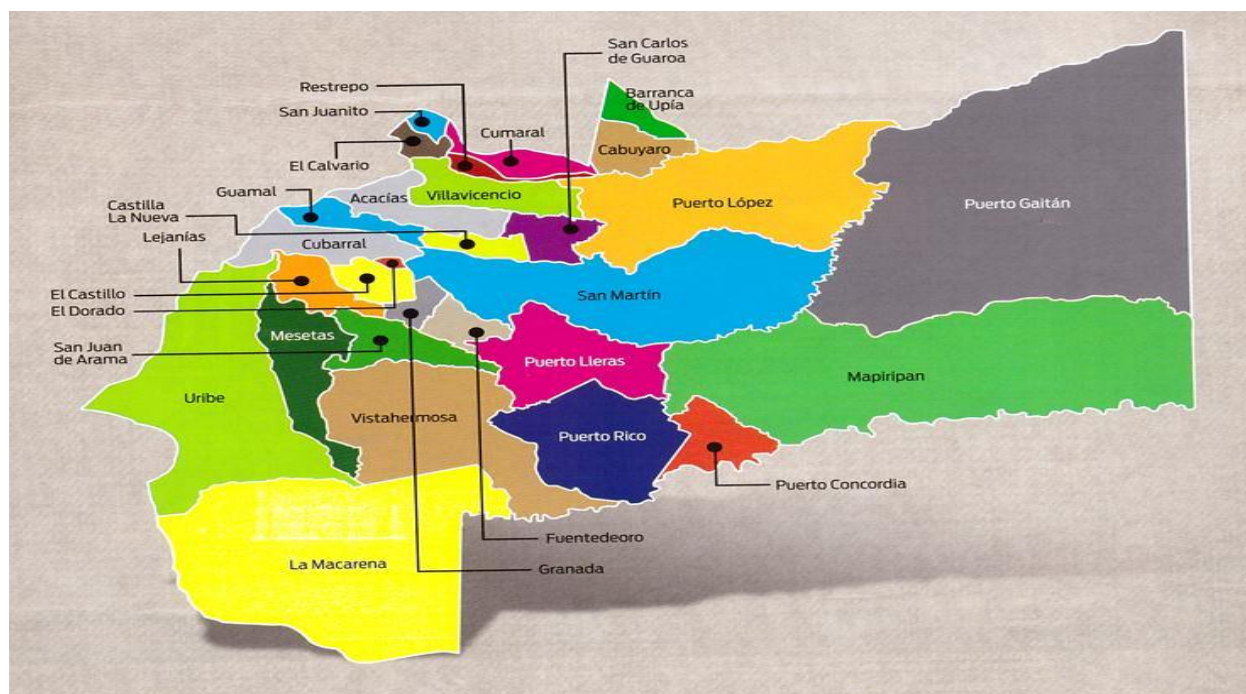


Figura 5. Generalidades y mapa político departamento del Meta.
Fuente: (Gobernación del Meta, 2016).

5.2.2 Municipio de Villavicencio.

Reseña histórica: En período sin determinar, de forma lenta y espontánea surgió un asentamiento humano a partir de una posada de paso en la que convergían los caminos ganaderos provenientes de San Martín y de Casanare, donde a su vez desembocaba una vía que en 1760 comunicó a Santafé con la región (Gobernación del Meta, 2016).

Dicho lugar se encontraba en cercanías del caño Gramalote -afluente que le dio origen a su primer nombre y de las estribaciones de la cordillera Oriental. Esta es la conclusión investigativa más reciente en torno a la manera como se inició la vida de la hoy capital del Meta.

Los registros históricos recuerdan a los siguientes ciudadanos entre los primeros habitantes del naciente caserío: Esteban Aguirre, Francisco Ruiz, Matea Fernández de Ruiz, Librado Hernández, Silvestre Velásquez y Francisco Ardua (Gobernación del Meta, 2016).

Fue en el año de 1850 cuando se produjo el primer acontecimiento de orden oficial conocido hasta el presente que vino a darle vida político-administrativa al poblado. Se trata de la promulgación de la Ordenanza 106 por la Cámara Provincial de Bogotá, el 21 de octubre, con la cual se le cambió de categoría y de nombre al corregimiento de Gramalote por el de Distrito Parroquial de Villavicencio; el contenido del documento no explica el porqué de dicho nombre.

En lo referente a datos poblacionales para aquellos tiempos se tienen los siguientes: 30 familias en 1846, 349 habitantes en 1850 y 341 en 1851. No obstante lo anterior, los apuntes

parroquiales de la localidad solo comenzaron el 29 de enero de 1852 con el registro de I, primera fe de bautismo, a nombre de la niña Andrea Re mero Rey, quien recibió este sacramento del sacerdote Manuel Antonio Martínez (Gobernación del Meta, 2016).

Diez años después, mediante la ley expedida el 7 de septiembre, el Gobierno creó el Distrito Notarial de Villavicencio, cuya jurisdicción abarcaba las poblaciones de San Martín, Concepción de Arama, Cumaral y Nuestra Señora de la Concepción de Giramena.

Hacia el año 1864 don Sergio Convers fundó la hacienda El Buque, ubicada en las cercanías de la localidad. Al plantó unas 70.000 matas de cafeto, cuya cosecha exportó tanto para el Interior del país, por el camino de herradura, como para el extranjero, a través del río Meta. Por este mismo tiempo, a su alrededor surgieron también, con fines agropecuarios, las propiedades La Esperanza, El Triunfo, La Vanguardia y El Cairo (Gobernación del Meta, 2016).

Transcurría el mes de enero del año 1890 cuando un incendio arrasó con el caserío cuyas viviendas, en cantidad aproximada a 200, habían sido construidas en su gran mayoría con madera y techadas con palmas. Esta contingencia obligó a la reconstrucción del poblado durante la última década de la misma centuria. Prueba única de estos acontecimientos es la placa de Diedra labrada que se encuentra en el costado izquierdo exterior de la puerta central de la iglesia catedral.

Durante la guerra de los Mil días, confrontación que se inició a finales de 1899, Villavicencio fue sede de algunos de esos sucesos violentos, que frenaron el apogeo de la hacienda El Buque, quizá la más tecnificada de la región.

Con la llegada del nuevo siglo se establecieron en el lugar las comunidades religiosas de los sacerdotes montfortianos, las hermanas de la Sabiduría y los hermanos de La Salle, que les dieron desarrollo espiritual, educativo y cultural a los moradores.

Cuando en 1906 se creó el Territorio Nacional del Meta, Villavicencio fue declarada su capital. Tres años después la denominaron Intendencia Nacional del Meta, y el caserío continuó con la misma categoría. Corrieron los años y el pueblo se consolidó en sus dimensiones sociales, económicas y urbanísticas. Su perímetro urbano tenía como límites naturales el cerro de Cristo Rey y los caños Gramalote y Parrado, el cual conservó hasta finales de los 50, cuando comenzó la transición de pueblo a ciudad que hoy continúa desarrollando (Gobernación del Meta, 2016).

Alcalde: Wilmar Orlando Barbosa Rozo.

Limites:

Norte: Restrepo y El Calvario.

Oriente: Puerto López.

Sur: Acacias y San Carlos de Guaroa.

Occidente: Acacias y el departamento de Cundinamarca.

Hidrografía: Entre los principales afluentes que riegan la jurisdicción de Villavicencio están los ríos Guatiquía, Guayuriba, Negro y Ocoa; así mismo, los caños Parrado, Gramalote, Maizaro,

quebrada La Unión, Grande, quebrada Honda, Buque, Rosablanca y La Cuerera, entre otros (Gobernación del Meta, 2016).

Vías de comunicación:

Aéreas: Aeropuerto comercia Vanguardia

Terrestres: Vías primarias: Bogotá, Acacias, Restrepo, Puerto López.

Capacidad hotelera: 8.517

Altitud: 467 m sobre el nivel del mar

Extensión territorial: 130.085 Ha.

Temperatura: 27°C

Población: 552.472 habitantes.

Posición astronómica: 4° 09'12" y 4° 17'33" de latitud norte y 73° 38' 06" y 73° 46'21" longitud oeste.

Distancia a la capital del país: 90 km.

División territorial:

Comunas: El municipio se encuentra dividido en 8 comunas, 235 barrios (de los cuales 32 son legalizados), 101 asentamientos, 2 zonas de invasión, 7 corregimientos y 61 veredas en total.

Comuna 1: barrios: Nueva Granada, Rondinela, Galán, Chapinerito Alto y Bajo, Los Cerezos, La Campiña, Catalana, El Poblado, Doce de Octubre, Santa Josefa, El Recuerdo, Manaure, Panorama, El Triunfo, Caudal, El Prado, Virrey, La Grama, El Rosal, Emporio y La Victoria.

Comuna 2: barrios Nueva Andalucía, Centro, La Salle, Las Colinas, Azotea, San Fernando, Barzal Alto y Bajo, Maizaro, Villaflores, Siete de Agosto, El Buque, Trapiche, Villa María, Villacentro, Camoa, Balate, Los Pinos, Bonanza, Villa Codem, San José, Balcones de Toledo, Sansoucí.

Comuna 3: barrios: Brisas del Guatiquía, Las Delicias, Villa Julia, San Isidro, Santa Inés, El Porvenir, San Gregorio, Gaitán, Veinte de Julio, Las Ferias, Antonio Ricaurte, industrial, La Vainilla, Santander, La Lambada.

Comuna 4: barrios: Villa Suárez, El Paraíso, Florencia, la Ceiba, Jordán, Santa Helena, El Bambú, Madrigal, La Bastilla, Seis de Abril, Santa Martha, Antonio Villavicencio, Morichal, San Luis, El Recreo, La Desmotadora, Prados de Siberia, Cedritos, Covisán, Calamar, El Cedral y Villa Fabiola.

Comuna 5: barrios: Popular, Dos Mil, Olímpico, Villa Ortiz, Camellas, Cataluña, Bello Horizonte, Nueva Floresta, Estero, Bochica, Macunaima, Ariguaní, Vizcaya, Hacaritama, Villa Mérida, Ciudadela San Antonio, Aguas Claras, Danubio, Doña Luz, Remanso, Menegua y Buenos Aires.

Comuna 6: barrios: Pastrana, Caney, Simón Bolívar, Macarena, Retiro, Amaral, Canaima, Nuevo Maizaro, Catatumbo, Nogal, San Benito, Guatiquía, Florida, Canta Rana, Nuevo Ricaurte, San Francisco, Brisas del Caney y Sausalito.

Comuna 7: barrios: La Esperanza, Paraíso, Cooperativo, Jardín, Cámbulos, La Serranía, La Vega, Comuneros, La Alborada, Villa Bolívar, Rosa Blanca, Villa Humberto, El Palmar, Los Centauros, La Rosita, Villa Claudia y Sesquicentenario.

Comuna 8: barrios: Araguaney, Ciudad Porfía, Las Américas, Playa Rica, Catumare, Guatapé, Álamos, Santa Rosa, Montecarlo, La Rochela, Villa Carola, Villa Lorena, El Refugio, Gualcaramo y San Jorge.

Salud: La ciudad dispone de cerca de 207 instituciones prestadoras de servicios de salud, en su gran mayoría de carácter privado. Se destacan el Hospital Departamental de Villavicencio, cuenta con unidades de cuidado intensivo (UCI), un banco de sangre de categoría A, con tecnología de punta, obtención y preparación de componentes sanguíneos y procedimiento de plaquetoféresis. También se destacan las clínicas de la Universidad Cooperativa de Colombia, Clínica Martha, actualmente de propiedad de Saludcoop EPS, y la Clínica del Meta, que es la única institución de carácter privado totalmente independiente y cuenta con servicios de cuarto nivel.



Figura 6. Panorámica de Villavicencio.

Fuente: (Gobernación del Meta, 2016).

5.3 Marco institucional

Reseña histórica Clínica del Sistema Nervioso Renovar Ltda. La clínica del sistema nervioso RENOVAR LTDA., se encuentra ubicada en la carrera 39 N° 32 – 25, Barrio Barzal, Villavicencio – Meta. Teléfono 6702458 – sede administrativa. El proyecto se desarrolló en el Centro de Orientación Juvenil. Clínica de Niños, Niñas y Adolescentes. Ubicada en el camellón 9, vereda de Apiay – Villavicencio – Meta. Móvil: 3107839625 (ver toma fotográfica fachada sede juvenil).



Figura 7. Tomas fotográficas instalaciones Clínica Renovar Ltda.

La Clínica del Sistema Nervioso, RENOVAR, nació en 1997, como solución a una carencia sentida por el conjunto de la población con enfermedad mental en el departamento del Meta y la Orinoquía que apremiaban ser atendidos en una atmósfera distinta a la habitual de los hospitales generales. Se crea, entonces, una Institución Prestadora de Servicios (IPS) privada que, desde su iniciación, tuvo como misión el cuidado médico con criterios de igualdad, oportunidad y suficiencia técnico científica, fundamentalmente humanizada, renovada e integradora a la familia y a la comunidad.

Durante estos 20 años de servicio ininterrumpido, la Clínica del Sistema Nervioso, RENOVAR LTDA., ha nutrido relaciones de orden contractual en salud con Empresa Prestadora de servicios (EPS) e IPS públicas y privadas, entre las cuales podemos citar: Instituto del Seguro Social, Caja de Previsión Social de Comunicaciones (Caprecom); Caja Nacional de Previsión Social, (Cajanal EPS); Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo (Saludcoop), Compañía de Seguros de la Fundación Social (Colmena Salud); Organización Sanitas Internacional

(EPS Sanitas); Cooperativa Médica del Valle y de los Profesionales de Colombia (Cooomeva); Entidad Promotora de Salud – Sociedad Anónima (Nueva EPS); Ejército Nacional de Colombia; Empresa Prestadora de Salud Distrital (Capital Salud EPS); Institución Prestadora de Servicios de Salud S.A. (Clínica Martha S.A); Institución Prestadora de Servicios de Salud a los Ciudadanos de Villavicencio y la Orinoquia (Clínica del Meta), entre otras.

Dentro de la revolución del mejoramiento en prestación de servicios técnico-asistencial de salud mental, se ofrenda a nuestros pacientes un ambiente familiar, ya que nos encontramos en una zona campestre, dotados de las comodidades y medios requeridos para obsequiar a nuestros pacientes la diversión, tranquilidad y armonía que ellos precisan.

Es importante subrayar que la Clínica del Sistema Nervioso, RENOVAR LTDA., ha liderado en la región la tarea de inspirar en la población la Comunicación No Violenta (CNV) por medio de talleres, conferencias radiales, escritos en periódicos de la región y, sobre todo, a través de más de 8.000 familiares de pacientes atendidos en nuestra institución.

Nuestro logo explica la filosofía de los servicios que ofrecemos: cuidar la mente de los pacientes siempre con el respaldo del grupo familiar al cual pertenece.



Figura 1. Toma fotográfica grupo terapéutico Clínica Renovar Ltda.

Visión. En la Clínica del Sistema Nervioso, RENOVAR LTDA., nos forjamos como una empresa de salud que propenderá por mantener un desarrollo técnico científico acorde a los avances del momento, a nivel psicofarmacológico y psicoterapéutico con énfasis en el desarrollo del ser humano.

Misión. RENOVAR LTDA., como IPS prestadora de servicio de salud, ofrece atención especializada en Psiquiatría, áreas ambulatorias y hospitalización, con criterios de oportunidad, racionalizada y suficiencia técnico científica, fundamentalmente humanizada, renovada e integradora a la familia y a la comunidad.



Figura 8. Talento humano Clínica Renovar

Servicio de consulta externa. La Clínica del Sistema Nervioso, Renovar Ltda., en su nueva y moderna sede del barrio El Barzal, ofrece además los servicios de consulta externa en:

- a) Psicoterapia individual por psiquiatra.
- b) Psicoterapia de pareja por psiquiatra.
- c) Psicoterapia de familia por psiquiatra.
- d) Psicoterapia de grupo por psiquiatra.
- e) Consulta de urgencias.
- f) Actividades de atención primaria en salud mental.



Figura 9. Atención psicosocial.

Gerencia y administración. La experiencia de 20 años de haber comenzado la difícil pero hermosa tarea de la atención en Salud Mental en el Meta, la Clínica RENOVAR ha implementado un sistema de garantía de calidad que le ha permitido tomar acciones en la puesta en marcha de varias sedes de atención diferencial y una nueva instalación de consulta externa y administración en el barrio El Barzal de Villavicencio. En el Meta y la Orinoquía, cuando se requiera de la atención en las distintas fases de problemas mentales y consumo de sustancias psicoactivas la Clínica RENOVAR continuará dando respuesta, como I.P.S especializada con los avances científicos, de la mano de una concepción humanista, igualitaria y de inclusión social. Las alteraciones de orden social, ambiental y económicas de nuestra sociedad hace que cada día más se agudicen los determinantes que aumentan la estadística de morbilidad mental y de consumo de sustancias psicoactivas.



Figura 2. Infraestructura física Clínica Renovar.



Figura 10. Centro Especialista en la Salud Mental.

Centro de orientación juvenil. Sede campestre para tratamiento de niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental y de consumo de sustancias psicoactivas.

Valores corporativos:

Confianza. Es la creencia en que una persona o grupo será capaz y deseará actuar de manera adecuada en una determinada situación y pensamientos. La confianza se verá más o menos reforzada en función de las acciones.

La Unidad Clínica del Sistema Nervioso Renovar Ltda. Conoce a sus funcionarios, y se busca que estos interactúen con el paciente para generar espacios de confianza que permitan el manejo adecuado de la patología y la evolución óptima de esta.

Pertenencia. Esta refleja actitud de amor y compromiso desinteresado a nuestra Unidad Clínica del Sistema Nervioso Renovar Ltda.

Todo el personal que labora en La Unidad Clínica del Sistema Nervioso RENOVAR LTDA., ama y cuida su lugar de trabajo viéndolo como un segundo hogar, lo que permite el trato amable a sus usuarios.

Honestidad. Actitud para comportarse y expresarse con coherencia y sinceridad (decir la verdad) y de acuerdo con los valores de verdad y justicia institucionales. Se trata de vivir de acuerdo a como se piensa y se siente. En su sentido más práctico, la honestidad puede entenderse como el simple respeto a la verdad en relación con el mundo, los hechos y las personas.

La Unidad Clínica del Sistema Nervioso RENOVAR LTDA., se preocupa por que todo el personal que labora dentro de la institución sean honestos, generen y defiendan este principio garantizando con ello el cumplimiento de otros valores corporativos como lo son el compromiso y la confianza.

Compromiso. Es el comportamiento encaminado al logro de los objetivos institucionales de manera oportuna, coherente y ordenada, generando no solo el cumplimiento de las funciones institucionales sino dando valor agregado al servicio prestado en la institución. En La Unidad Clínica del Sistema Nervioso Renovar Ltda., estamos comprometidos con el usuario desde su atención en consulta externa como en hospitalización para nosotros “Compromiso es lo que transforma una promesa en realidad”. El Compromiso en la Unidad Clínica del Sistema Nervioso

RENOVAR es el material con que se forja el carácter institucional para generar procesos de cambio que impacten en el usuario.

Respeto. Entendido como el reconocimiento de los intereses y sentimientos del usuario en la prestación de servicios de salud. En La Unidad Clínica del Sistema Nervioso Renovar estamos comprometidos a tratar con respeto, tanto al cliente externo como el interno, entendiendo así la diversidad de pensamientos, acciones, sentimientos y características que poseemos como seres humanos, más allá de la consideración simple a la diferencia, sino que implica un verdadero interés no egoísta por el otro más allá de las obligaciones explícitas que puedan existir.

Paciencia. Expresada como la virtud de mantener la calma ante situaciones no comunes o inesperadas lo cual permite encontrar las soluciones oportunas a estos momentos. El Talento humano de La Unidad Clínica del Sistema Nervioso Renovar vivencia constantemente este valor, lo que permite garantizar las condiciones de prestación de servicios bajo parámetros de humanización, calidez y calidad.

Calidez Humana. Afectividad, cariño y cordialidad capacidad de reacción de un sujeto ante los estímulos que provienen del medio interno o externo cuyas principales manifestaciones son de afecto. La Unidad Clínica del Sistema Nervioso Renovar trata a sus pacientes con calidez humana, haciendo menos tedioso su proceso de tratamiento, brindándoles el cariño y la afectuosidad.

Calidad. Entendida como la capacidad de "hacer las cosas bien desde el principio" es un motor que genera acciones de cambio interinstitucionales que superponen al usuario como eje central en la prestación de servicios de psiquiatría. La Unidad Clínica del Sistema Nervioso Renovar sobresale en la capital del Meta por su calidad en la prestación de los servicios en salud.

5.3.1 Estructura organizacional.

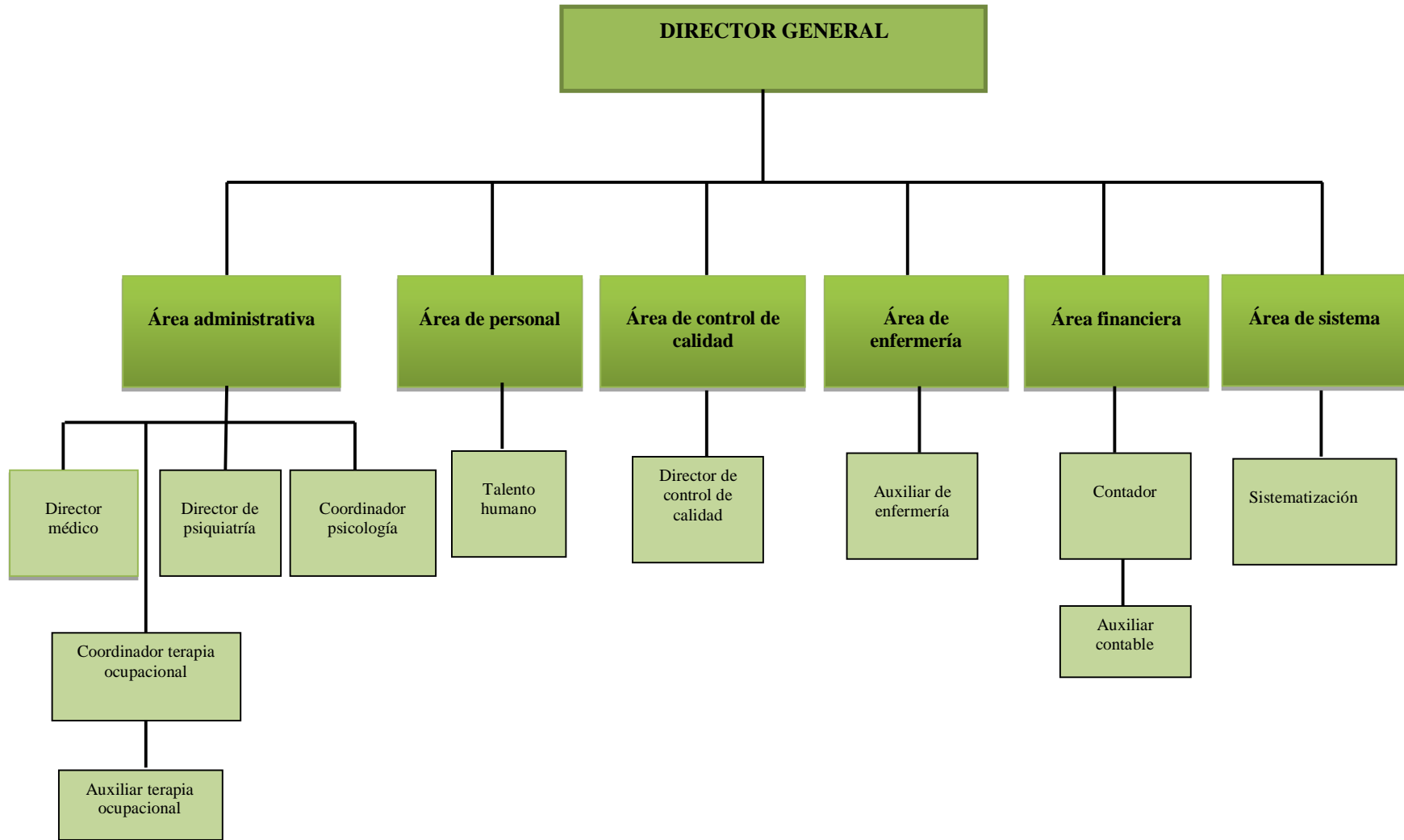


Figura 11. Organigrama Clínica Renovar Ltda.

5.4 Consideraciones éticas

En el desarrollo de la presente investigación se consideraron los aspectos legales y éticos del Código Deontológico y Bioético del Psicólogo, que propende por el bienestar y al respeto de la dignidad de los participantes (Ley 1090 del 2006). Se basó en principios éticos de respeto y dignidad y se salvaguardó el bienestar y los derechos de los participantes a través de la aplicación del consentimiento informado previo a la aplicación del instrumento; de modo que se garantizó la libre participación en el estudio. Tribunal Nacional Deontológico y Bioético de Psicología (2012).

Igualmente se contempló el principio de beneficencia el busca que se mantengan altos estándares de competencia al momento de realizar una intervención, ofreciendo el mayor beneficio posible al sujeto de estudio; así mismo, el principio de no maleficencia el cual busca evitar que se apliquen intervenciones en las cuales no esté probada su eficacia y sean nocivas para el sujeto. (Tribunal Nacional Deontológico y Bioético de Psicología, 2012).

6. Diseño metodológico

6.1 Enfoque de la investigación

Según Hernández, Fernández y Baptista (2013), la investigación es de carácter cuantitativo. Es decir, el enfoque cuantitativo es básicamente una construcción de conocimientos que ocurre sobre la base de conceptos y son precisamente los que permiten la necesaria reducción de la complejidad de la realidad social. Mediante el establecimiento de relaciones entre estos conceptos es que se genera la coherencia interna del proceso científico (Strauss y Corbin, 1990).

6.2 Tipo de investigación

Este estudio corresponde al tipo de investigación exploratorio – descriptivo, (Lerma, 2016). Su objetivo es reseñar el estado, las características, los factores y procedimientos presentes en fenómenos y hechos que ocurren en forma natural, sin explicar las relaciones que se identifiquen y a la vez familiariza al investigador con la temática de estudio.

6.3 Población y muestra

La población corresponde a cuarenta adolescentes hospitalizados en la Unidad Clínica del Sistema Nervioso Ltda., en edades entre 12 y 16 años y estratos socioeconómicos, equivalentes al 1, 2 y 3. Pertenecientes a familias monoparentales, compuesta, nuclear y extensa.

6.4 Método de estudio

Correspondió al método inductivo. Según Méndez (2013), es el proceso de conocimiento que se inicia por la observación del fenómeno particular con el propósito de llegar a conclusiones y premisas generales que pueden ser aplicadas a situaciones similares a la observada.

6.5 Técnicas e instrumentos de recolección de la información

- a) Pruebas psicométricas.
- b) Test para medir la toma de decisiones.

6.6 Procedimientos

El proceso investigativo establece los siguientes pasos o fases:

Fase 1: solicitud de permiso para realizar el trabajo de investigación a la coordinadora del programa de rehabilitación de la Unidad Clínica del Sistema Nervioso Ltda.

Fase 2: autorización por parte de la coordinadora del programa de rehabilitación de la Unidad Clínica del Sistema Nervioso Ltda.

Fase 3: visita preliminar por parte de las investigadoras, con el propósito de tener contacto con los adolescentes farmacodependientes.

Fase 4: aplicación de la prueba psicométrica (ENI).

Fase 5: Aplicación del test de medición para la toma de decisiones dirigida a los adolescentes farmacodependientes de la institución.

Fase 6: análisis e interpretación de los instrumentos.

Fase 7: informe final.

7. Informe de valoración neuropsicológica – adolescentes en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas

7.1 Definición de las funciones ejecutivas

Actualmente se han realizado numerosos estudios sobre las funciones ejecutivas, medición y actividad cerebral de las mismas, por lo cual se crea un paradigma sobre estas (Osaka et al., 2004 citado en Ardila 2008). La importancia de estas funciones radica en reconocerlas como el ejecutivo que monitorea o regula el comportamiento humano no sólo en el aspecto conductual, sino también cognitivo y hasta moral. Las funciones ejecutivas es una temática indispensable en el proceso de aprendizaje “.....debido a que un individuo aprende en tanto sus dispositivos básicos funcionen adecuadamente; por dispositivos se reconocen los procesos cognitivos relacionados primordialmente con las funciones ejecutivas”, (Vergara, 2008, p. 3). Recordando que un sujeto debe desarrollar estas funciones para lograr aprender todas las nociones, proposiciones y conceptos que le brinda el sistema educativo, alcanzar sus metas estudiantiles e interactuar en forma eficiente en el contexto sociocultural en que se desarrolle.

Entre algunas de las definiciones contemporáneas de las funciones ejecutivas se destaca el planteamiento de Ardila y Rosselli, (2007) los cuales la conceptualizan como: Los procesos cognitivos que permiten la organización y planeación, la flexibilidad cognoscitiva, la capacidad de filtrar interferencias, el control de las conductas dirigidas a una meta, la habilidad de anticipar las consecuencias de las conductas, el manejo simultaneo de diversos subsistemas necesarios para realizar una tarea; también incluye la moralidad, la conducta ética y la autoconciencia. (p. 188).

Las funciones ejecutivas son consideradas desde diversas perspectivas conceptuales como unas funciones cognitivas superiores encargadas de procesos cognitivos, conductuales y morales de un sujeto que conllevan la resolución de un problema, la consecución de metas académicas y la adaptación comportamental de un sujeto en un contexto sociocultural. A partir de los planteamientos de los diferentes autores expuestos, las funciones ejecutivas se inician desde el nacimiento y alcanzan su máximo desarrollo de los 6 a 8 años, pero sólo se alcanza un total desarrollo hasta los 16 años, dependiendo del desarrollo del lenguaje interior, la aparición de las operaciones formales y la madurez de la zona prefrontal del cerebro.

Introducción. El presente estudio tiene como objetivo describir y precisar las características neuropsicológicas relacionadas al funcionamiento ejecutivo de adolescentes con diagnóstico F 19.2 (Trastorno mental y del comportamiento por consumo de SPA) en proceso de rehabilitación. En el estudio participaron 15 jóvenes adolescentes en edades comprendidas entre 12 y 16 años todos ellos en proceso de rehabilitación en diversas fases de tratamiento.

El grupo muestra fue dividido en 3 grupos según tiempo de tratamiento: Grupo 1, integrado por 5 jóvenes en fase inicial de proceso de rehabilitación; grupo 2, con 5 adolescentes en fase Intermedia de tratamiento y grupo 3, lo integra 5 jóvenes en fase final de proceso.

Tabla 1. *Características generales de la población estudiada.*

Grupos	Edad Promedio	Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Adolescentes en fase Inicial	15-16	3	2	5
Adolescentes en fase Intermedia	12-16	3	2	5
Adolescentes en fase Final	12-16	4	1	5

Instrumentos aplicados:

- a) Evaluación Neuropsicológica Infantil ENI (Esmeralda Maute, Mónica Rosselli, Alfredo Ardila, Feggy Ostrosky- Solís 2009). De la cual se aplicaron dominio de funciones ejecutivas y curva de memoria verbal-auditiva y visual.
- b) Escala para la evaluación de la planificación y toma de decisiones.

Nombre de la escala: Problem- Solving/Decision-Making Skills Subscale.

- a) Autores: Adaptación española de la subescala Decision making/Problem solving del Life-skills Development Scale de Darden, Ginter y Gazda (1996).
- b) N° de ítems: 8.
- c) Aplicación: Se puede aplicar de forma individual o colectiva.
- d) Duración: 5 minutos
- e) Finalidad: Evaluar la percepción de los adolescentes sobre su propia habilidad para la planificación y la toma de decisiones.
- f) Tipificación: Baremación en centiles según el sexo y la edad.
- g) Material: Manual, escala y baremos.

Procedimiento: Se elaboró una historia clínica para cada uno de los adolescentes con el fin de establecer datos de identificación, historia familiar, medicamento administrado, tiempo en tratamiento, y criterios de inclusión al estudio. La valoración neuropsicológica se realizó en una sesión individual con una duración de 45 minutos.

Para el análisis cuantitativo las ejecuciones se calificaron con los siguientes parámetros: para reactivos de la ENI Dominio de funciones Ejecutivas con Puntuación escalar entre 8 y 12 para puntuación estándar de 90 – 110 siendo ésta la línea media promedio con resultados positivos. Para curva de memoria puntuación natural de 1 a 12 según estímulos recuperados tanto en orden verbal – auditivo como visual. Finalmente para Escala de evaluación de la planificación y toma de decisiones puntuación directa de 28 a 55 para centiles entre 40-50 siendo ésta la media promedio con resultados positivos.

Las ejecuciones de los adolescentes también se analizaron cualitativamente, con el objeto de relacionar sus características con el estado funcional de los mecanismos cerebrales. Las apreciaciones del estado funcional de los mecanismos cerebrales se realizan a partir del análisis cualitativo de errores y rasgos particulares que se observan durante la ejecución de las tareas de evaluación.

Resultados: El análisis cuantitativo reveló diferencias entre los grupos estudiados en la ejecución de algunas tareas, favorables al grupo 3 en fase final de tratamiento en relación al Grupo 1 en fase final de rehabilitación, observándose alcance positivo en los reactivos que evalúan funciones ejecutivas y memoria auditiva-verbal en los cuales se observa discrepancia significativa alcanzando puntuación estándar en la media promedio.

En los parámetros de calificación por grupos se observaron diferencias entre todos los jóvenes evaluados del Grupo 1 en la frecuencia de puntuaciones obtenidas, en las tareas de “fluidez verbal”, “fluidez grafica”, “flexibilidad cognoscitiva”, “planeación – organización” “Memoria

auditiva” y “toma de decisiones, en general con resultados por debajo de la media promedio especialmente para funciones ejecutivas. (Tabla 2).

7.1.1 Grupo 1. Adolescentes en proceso de rehabilitación – fase inicial.

Tabla 2. Frecuencia de los parámetros de calificación obtenidos por los adolescentes del grupo 1 en fase inicial de tratamiento en la evaluación neuropsicológica.

		P.Escalar	P.Estandar	P.Escalar	P.Estandar	P.Escalar	P. Estandar	P.Escalar	P.Estandar	P.Escalar	P.Estandar
Edad/Genero		15 Años/F	16 Años/M		16 Años/M		16 Años/F		16 Años/M		
funciones ejecutivas	Fluidez Verbal	10	100	9	95	5	75	9	95	4	70
	Fluidez Grafica	8	90	8	90	7	85	10	100	5	75
	Flexibilidad Cognoscitiva	7	85	6	80	8	90	5	75	6	80
	Planeacion y Organización	6	80	9	95	7	85	7	85	5	75
	Ensayo 1.	3		6		2		6		3	
Memoria Auditiva	Ensayo 2.	4		6		4		6		4	
	Ensayo 3.	7		8		5		10		3	
	Ensayo 4.	10		10		6		12		7	
	Ensayo 1.	6		4		5		6		5	
Memoria Visual	Ensayo 2.	6		7		8		8		7	
	Ensayo 3.	5		7		8		8		7	
	Ensayo 4.	7		8		8		12		7	
		P. Directa	Centiles	P. Directa	Centiles	P. Directa	Centiles	P. Directa	Centiles	P. Directa	Centiles
Edad/Genero		15 Años/F	16 Años/M		16 Años/M		16 Años/F		16 Años/M		
Escala -toma de		40	41	33	15	29	5	38	35	35	20

En azul las puntuaciones que alcanzan la media promedio en cada uno de los procesos evaluados, se evidencia imposibilidad de realizar la tarea de manera positiva para los reactivos que evalúan flexibilidad cognoscitiva, planeación-organización y toma de decisiones.

Análisis de cada prueba aplicada en el grupo 1. Fase inicial. El análisis cualitativo permitió identificar las ejecuciones en las cuales los adolescentes obtienen puntuaciones por debajo de la media en la fase inicial de tratamiento terapéutico.

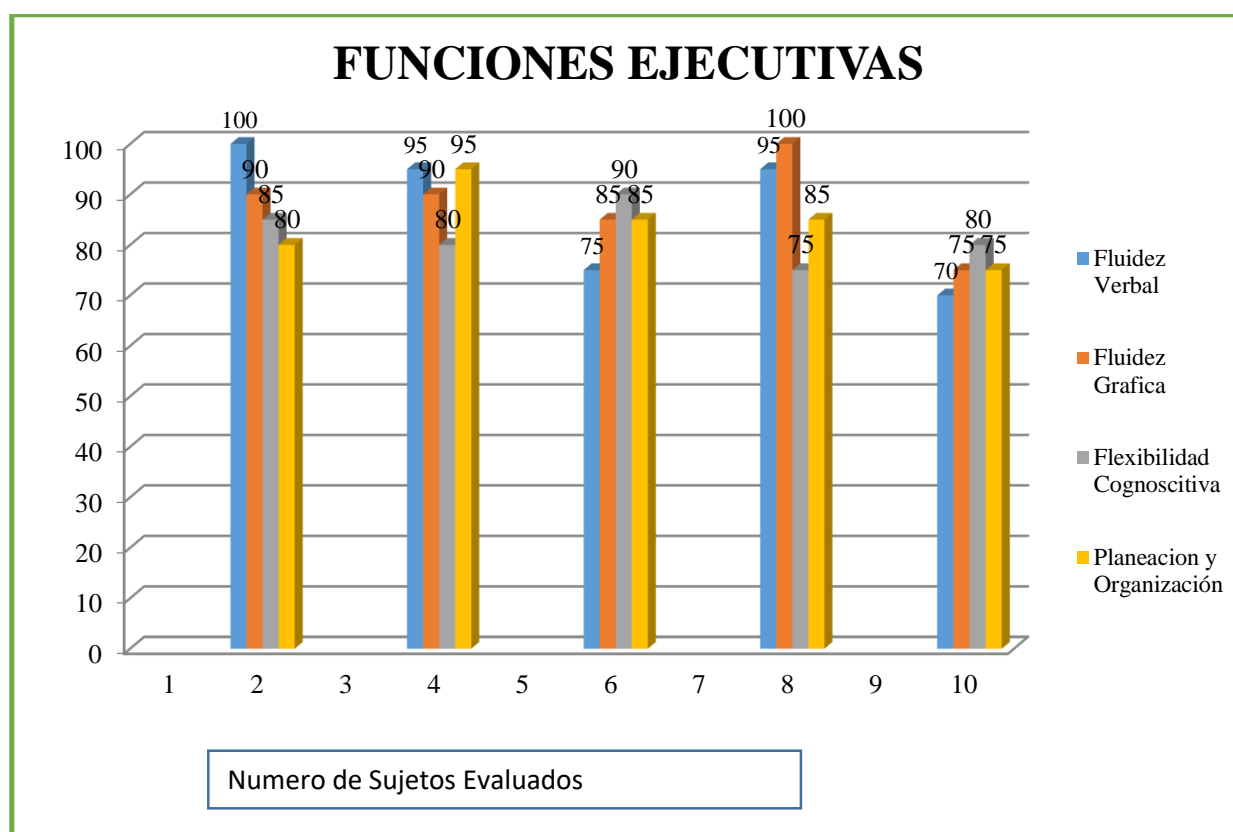


Figura 12. Funciones ejecutivas.

Se puede observar la discrepancia en relación a los reactivos aplicados, considerando que la media promedio es de 90 – 110 evidentemente pocos jóvenes alcanza la puntuación requerida, por tanto la imposibilidad de ejecución y bajas puntuaciones especialmente en tareas de flexibilidad cognoscitiva, planeación - organización, y fluidez grafica en las cuales se observa bajas puntuaciones.

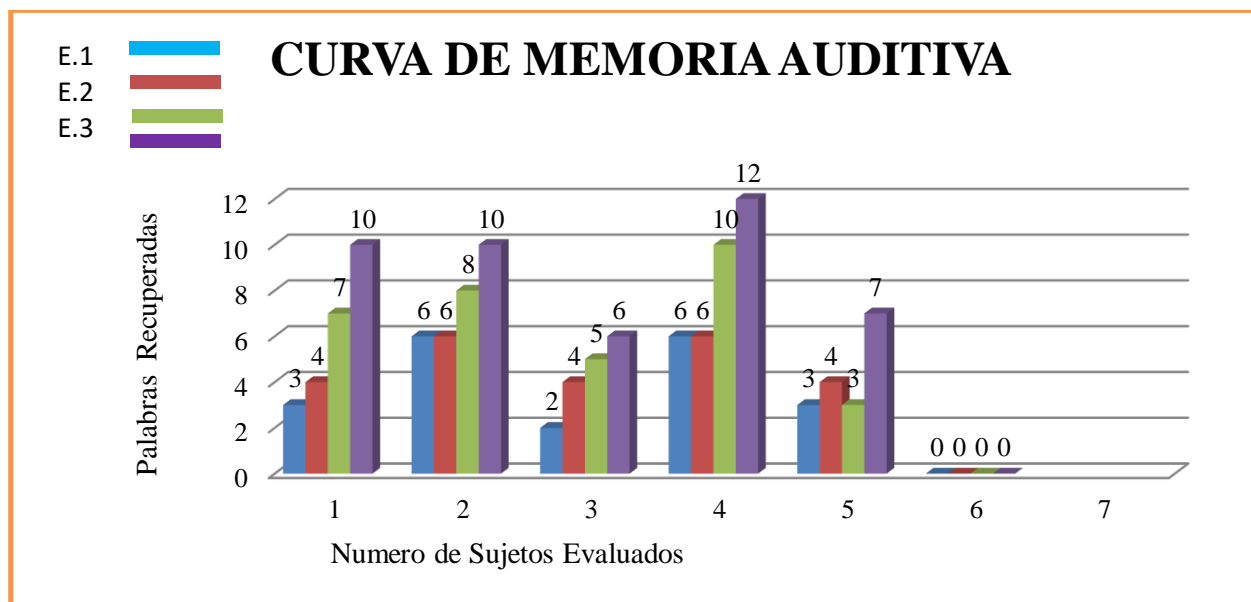


Figura 13. Curva de memoria auditiva.

En el análisis del grupo de estudio N.1 según resultados cuantitativos se puede observar la capacidad de recuperación en cada ensayo evidenciándose curva de memoria auditiva – verbal ascendente indicador de aprendizaje creciente y productivo gracias a la repetición de los estímulos alcanzando mayor recuperación en cada ensayo.

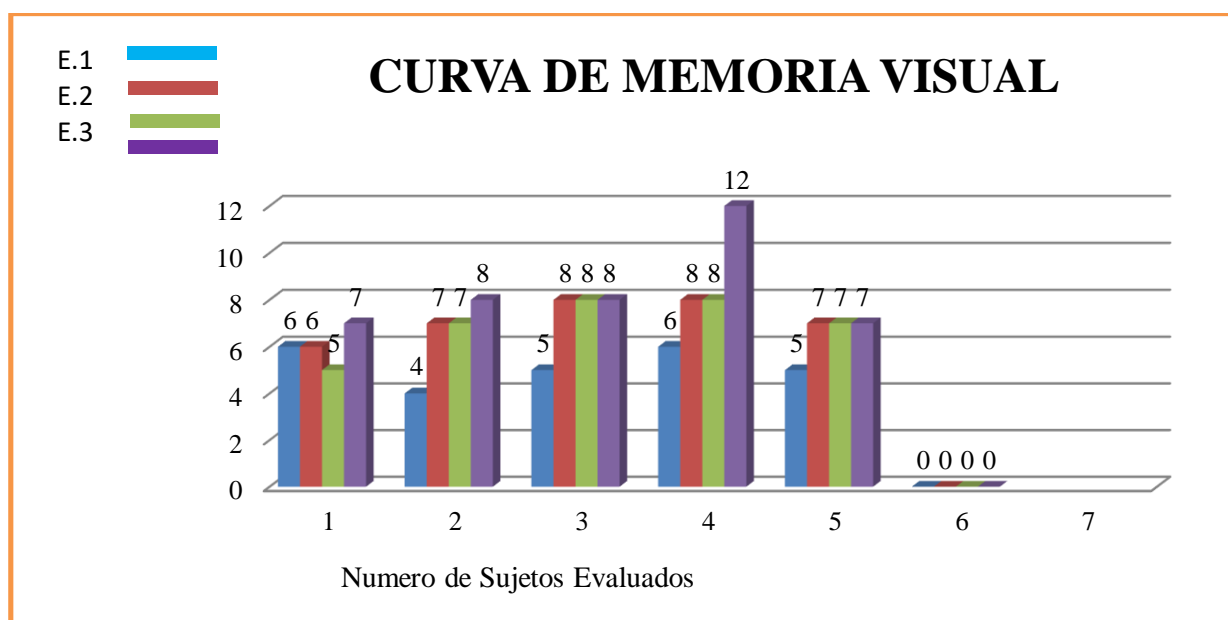


Figura 14. Curva de memoria visual.

En el análisis del grupo de estudio N.1 según resultados cuantitativos se puede observar baja capacidad de recuperación en cada ensayo, evidenciándose curva de memoria visual plana ascendente indicador de aprendizaje creciente gracias a la repetición de los estímulos alcanzando mayor recuperación en cada ensayo.

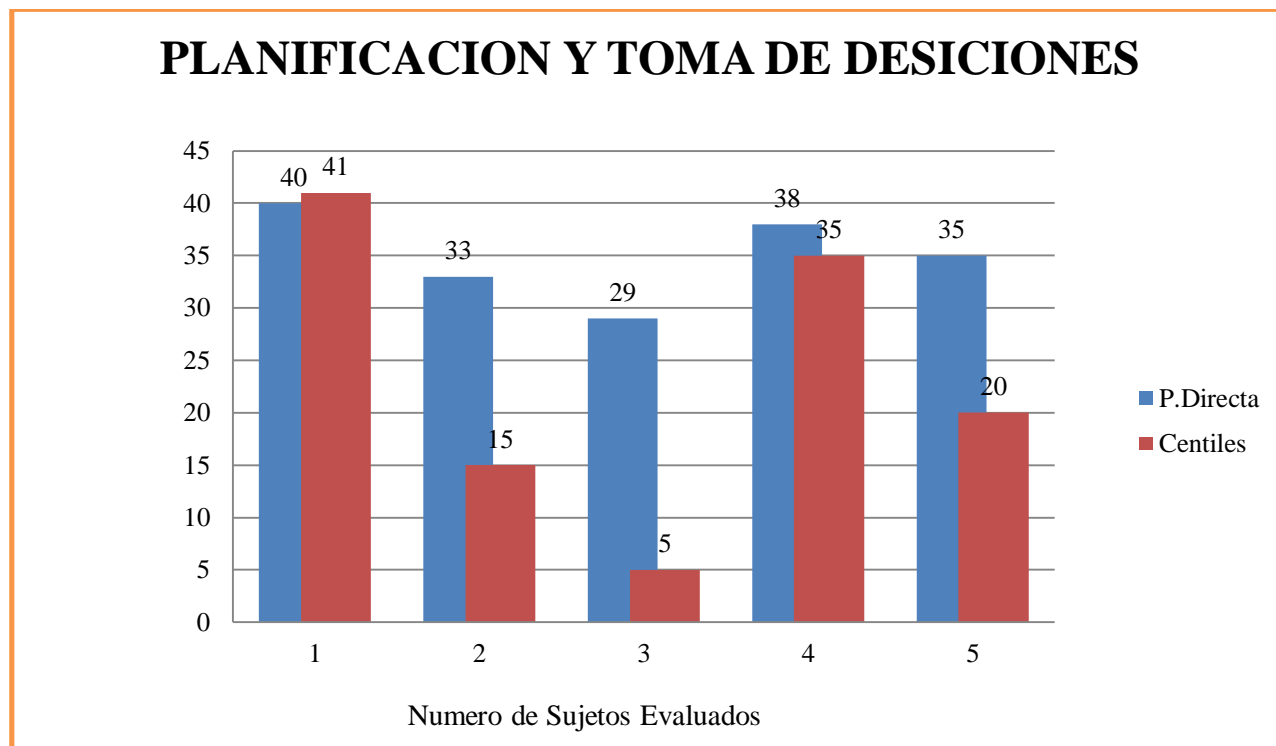


Figura 15. Escala de evaluación de la planificación y toma de decisiones.

El análisis de la Escala según los resultados cuantitativos obtenidos permite observar en los 5 sujetos evaluados en primera fase de tratamiento la incapacidad para planificar y tomar decisiones, puntuando por debajo de la media promedio (40- 50 en Cantiles), con solo un caso en rendimiento promedio.

7.1.2 Grupo 2. Adolescentes en proceso de rehabilitación – fase intermedia.

Tabla 3. Frecuencia de los parámetros de calificación obtenidos por los adolescentes del grupo 2 en fase intermedia de tratamiento en la evaluación neuropsicológica.

		P.Escalar	P.Estandar	P.Escalar	P.Estandar	P.Escalar	P. Estandar	P.Escalar	P.Estandar	P.Escalar	P.Estandar
Edad/Genero		12 Años/F		14 Años/M		14Años/M		15 Años/F		16 Años/M	
funciones ejecutivas	Fluidez Verbal	7	85	11	105	8	90	11	105	5	75
	Fluidez Grafica	6	80	8	90	7	85	8	90	7	85
	Flexibilidad Cognoscitiva	5	75	7	85	4	70	6	80	7	85
	Planeación y Organización	8	90	8	90	6	80	9	95	10	100
Memoria Auditiva	Ensayo 1.	4		3		4		5		4	
	Ensayo 2.	2		4		3		7		7	
	Ensayo 3.	3		6		7		10		6	
	Ensayo 4.	4		3		9		12		8	
Memoria Visual	Ensayo 1.	4		3		4		5		3	
	Ensayo 2.	6		6		7		7		6	
	Ensayo 3.	7		5		7		9		6	
	Ensayo 4.	6		8		7		10		5	
		P. Directa Centiles		P. Directa Centiles		P. Directa Centiles		P. Directa Centiles		P. Directa Centiles	
Edad/Genero		15 Años/F		16 Años/M		16 Años/M		16 Años/F		16 Años/M	
Escala -toma de		31	10	32	15	39	35	42	45	42	50

En azul las puntuaciones que alcanzan la media promedio en cada uno de los procesos evaluados, se evidencia mayor capacidad para realizar la tarea en los reactivos que evalúan planeación-organización y toma de decisiones en relación al Grupo 1. De la fase inicial alcanzando puntuaciones dentro de la media promedio.

Análisis de cada prueba aplicada en el grupo 2. Fase intermedia. El análisis cualitativo permitió identificar las ejecuciones en las cuales los Sujetos obtienen puntuaciones alcanzando la media promedio en relación a la fase inicial de tratamiento terapéutico.

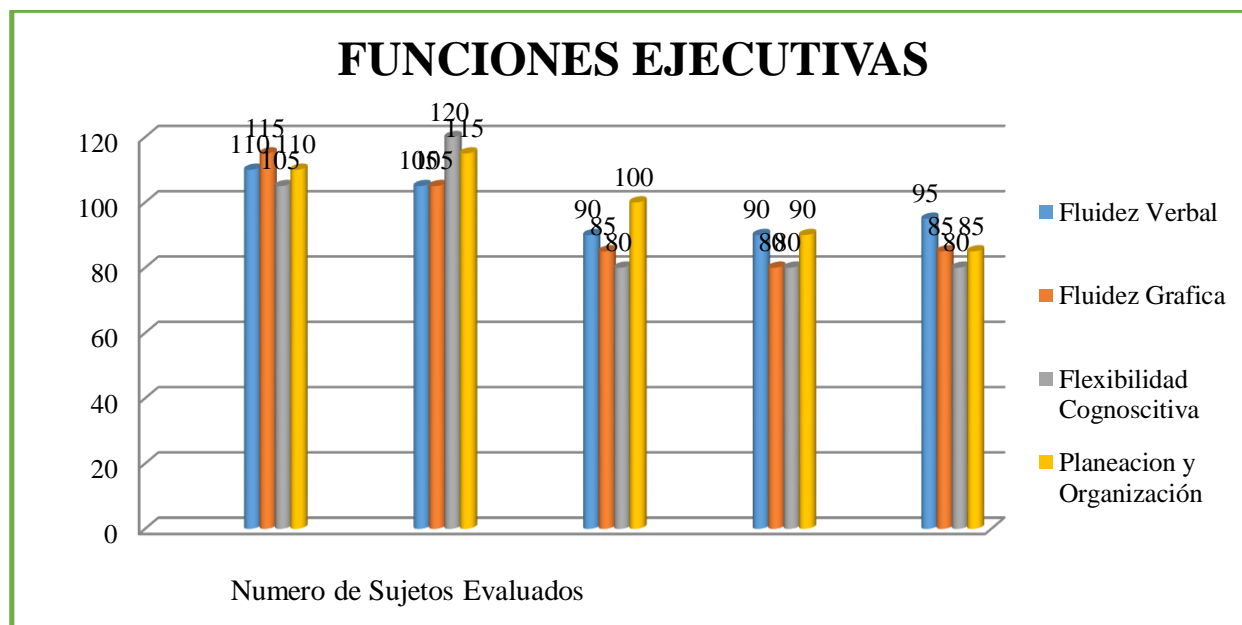


Figura 16. Funciones ejecutivas.

Se puede observar la discrepancia en relación a los reactivos aplicados, considerando que la media promedio es de 90 – 110 se evidencia mejora en la calidad de las ejecuciones para tareas que evalúan fluidez verbal alcanzando la puntuación requerida 3 sujetos de la totalidad evaluados. De la misma manera se observa altas puntuaciones en tareas de planeación - organización, ubicándose en la media promedio 4 sujetos de la muestra evaluada.

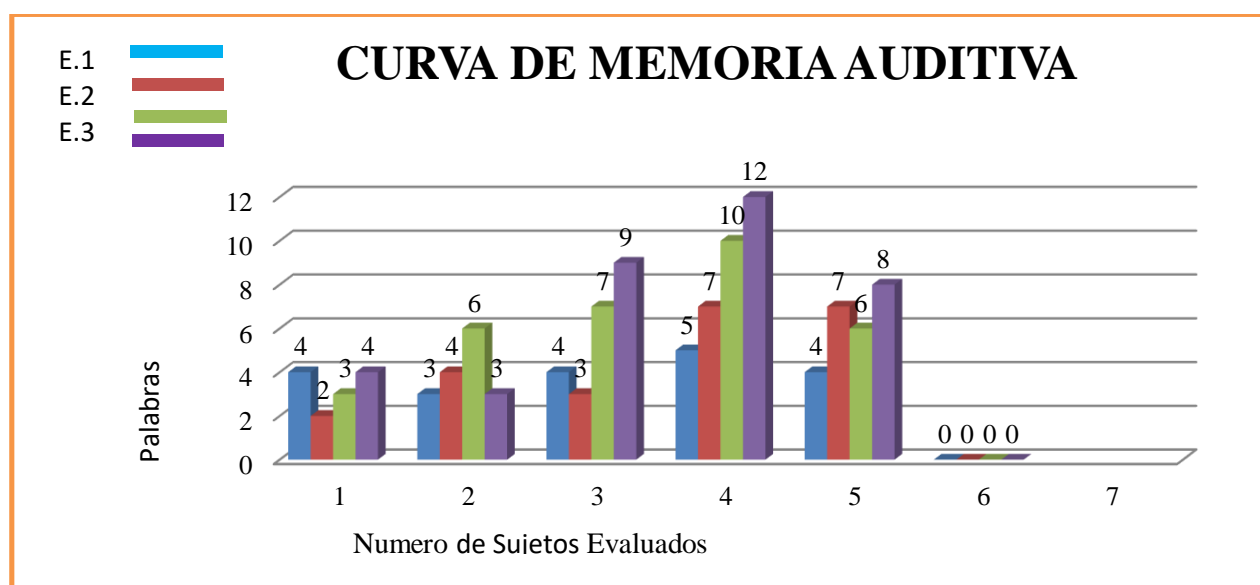


Figura 17. Curva de memoria auditiva-verbal.

En el análisis del grupo de estudio N.2 según resultados cuantitativos se puede observar la capacidad de recuperación en cada ensayo evidenciándose curva de memoria auditiva – verbal fluctuante con 2 sujetos de la población muestra con registro positivos indicador de aprendizaje creciente y productivo gracias a la repetición de los estímulos alcanzando mayor recuperación en cada ensayo.

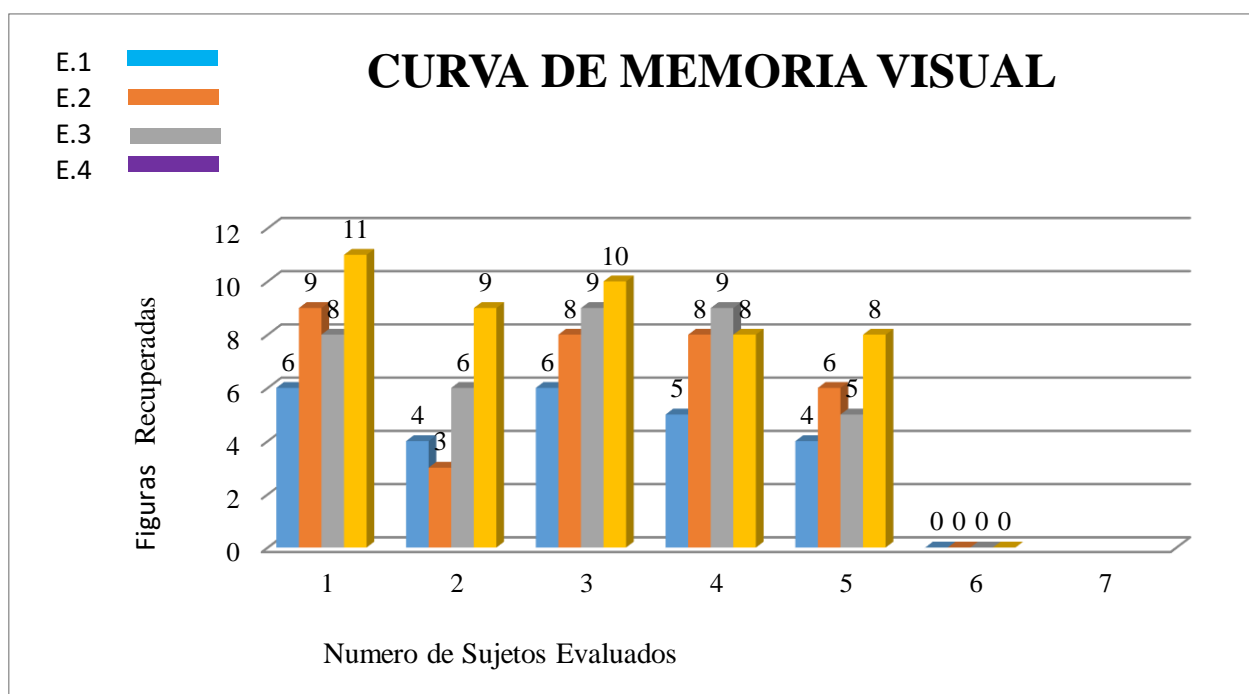


Figura 18. Curva de memoria visual.

En el análisis del grupo de estudio N.2 según resultados cuantitativos se puede observar mejor capacidad de recuperación en cada ensayo, en relación al G.1 evidenciándose curva de memoria visual plana ascendente indicador de aprendizaje creciente gracias a la repetición de los estímulos alcanzando mayor recuperación en cada ensayo.

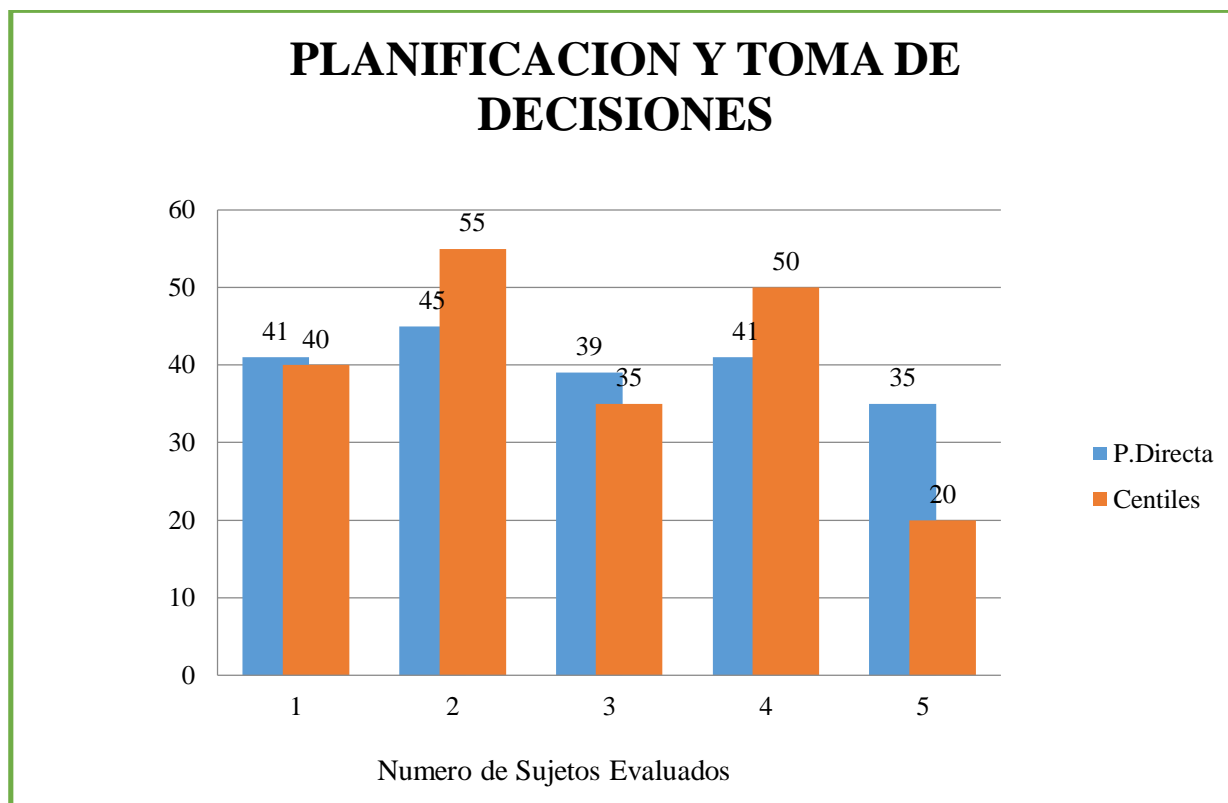


Figura 19. Escala de evaluación de la planificación y toma de decisiones.

El análisis de la Escala según los resultados cuantitativos obtenidos permite observar en los 5 sujetos evaluados del Grupo 2 en segunda fase de tratamiento una mejora en la capacidad para planificar y tomar decisiones, puntuando en la media promedio (40- 50 en Cantiles), 2 sujetos de la población muestra.

7.1.3 Grupo 3. Adolescentes en proceso de rehabilitación – fase final.

Tabla 4. Frecuencias de los parámetros de calificación obtenidos por los adolescentes del grupo 3 en fase final de tratamiento en la evaluación neuropsicológica.

	Edad/Genero	P.Escalar	P.Estandar	P.Escalar	P.Estandar	P.Escalar	P. Estandar	P.Escalar	P.Estandar	P.Escalar	P.Estandar
		12 Años/M	15 Años/F	15Años/M	16 Años/M	16 Años/M					
funciones ejecutivas	Fluidez Verbal	12	110	11	105	8	90	8	90	9	95
	Fluidez Grafica	13	115	11	105	7	85	6	80	7	85
	Flexibilidad										
	Cognoscitiva	11	105	14	120	6	80	7	80	6	80
	Planeacion y Organización	12	110	13	115	10	100	8	90	7	85
Memoria Auditiva	Ensayo 1.		3		5		3		5		7
	Ensayo 2.		5		6		6		5		7
	Ensayo 3.		8		8		8		7		8
	Ensayo 4.		7		11		7		10		9
Memoria Visual	Ensayo 1.		6		4		6		5		4
	Ensayo 2.		9		3		8		8		6
	Ensayo 3.		8		6		9		9		5
	Ensayo 4.		11		9		10		8		8
		P. Directa	Centiles	P. Directa	Centiles	P. Directa	Centiles	P. Directa	Centiles	P. Directa	Centiles
	Edad/Genero	15 Años/F		16 Años/M		16 Años/M		16 Años/F		16 Años/M	
Escala -toma de		41	40	45	55	39	35	41	50	35	20

En azul las puntuaciones que alcanzan la media promedio en cada uno de los procesos evaluados, se evidencia mayor capacidad para realizar la tarea en los reactivos que evalúan planeación-organización, flexibilidad cognoscitiva, memoria visual - auditiva y toma de decisiones en relación al Grupo 1. De la fase inicial alcanzando puntuaciones dentro de la media promedio.

Análisis de cada prueba aplicada en el grupo 3. Fase intermedia. El análisis cualitativo permitió identificar las ejecuciones en las cuales los Sujetos obtienen puntuaciones alcanzando la media promedio en relación a la fase inicial de tratamiento terapéutico.

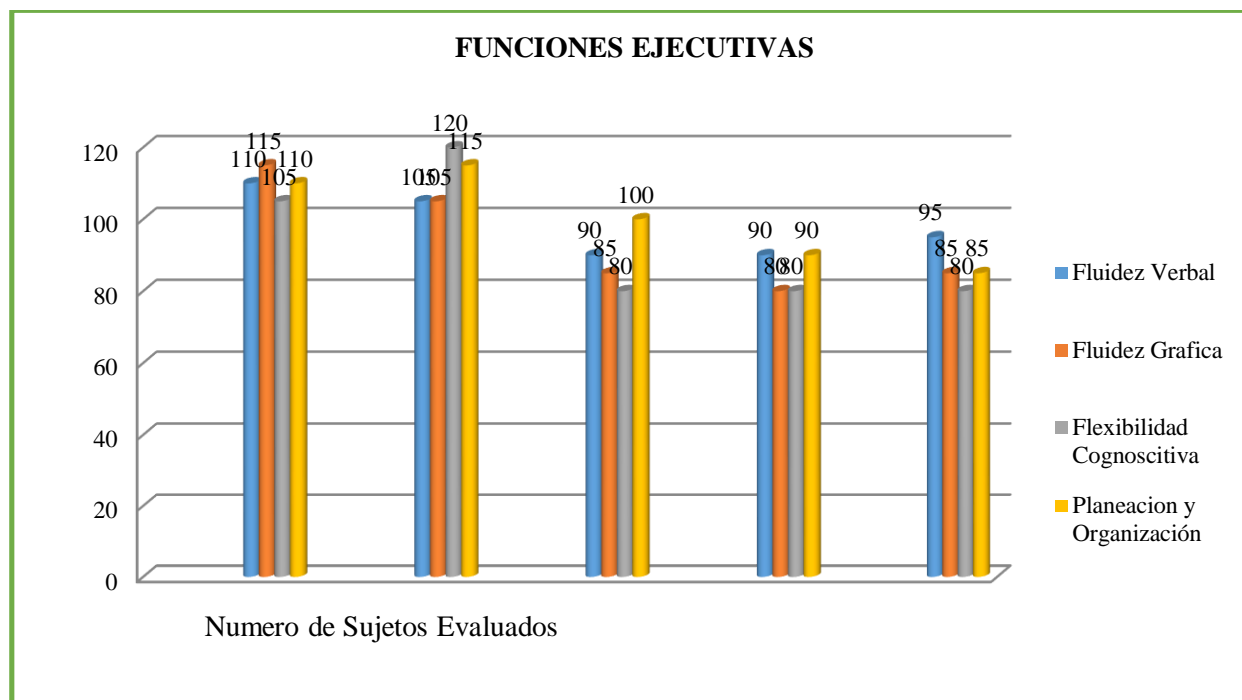


Figura 20. Funciones ejecutivas

Se puede observar la discrepancia en relación a los reactivos aplicados, considerando que la media promedio es de 90 – 110 se evidencia mejora en la calidad de las ejecuciones para tareas que evalúan fluidez verbal alcanzando la puntuación requerida la totalidad de sujetos evaluados. De la misma manera se observa altas puntuaciones en tareas de planeación - organización, ubicándose en la media promedio 3 sujetos de la muestra evaluada, en los referido a tareas de flexibilidad cognoscitiva se observa una mejora menos significativa con 2 sujetos de la muestra con puntuaciones dentro de la media promedio.

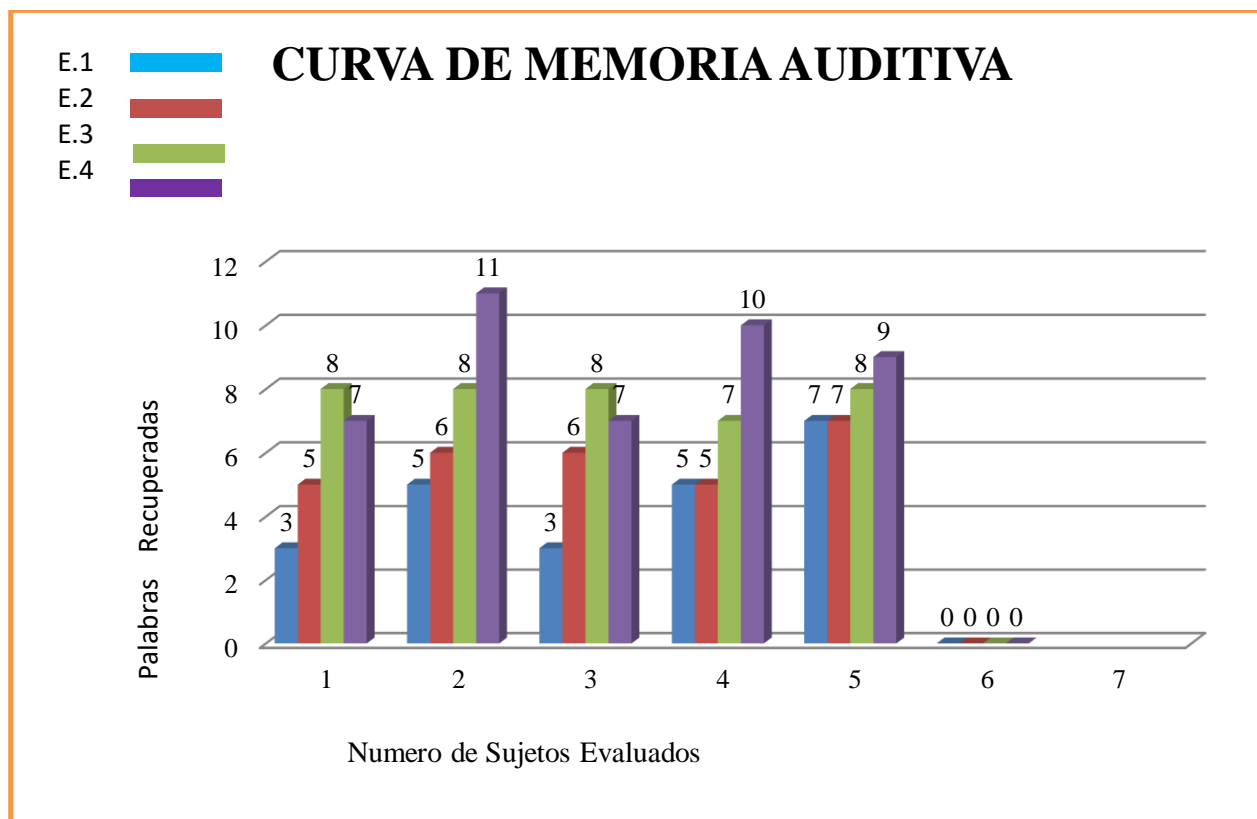


Figura 21. Curva de memoria auditiva-verbal.

En el análisis del grupo de estudio N.3 en fase final de tratamiento según resultados cuantitativos se puede observar la capacidad de recuperación en cada ensayo evidenciándose curva de memoria auditiva – verbal plana ascendente con 3 sujetos de la población muestra con registro positivo indicador de aprendizaje creciente y productivo gracias a la repetición de los estímulos alcanzando mayor recuperación en cada ensayo.

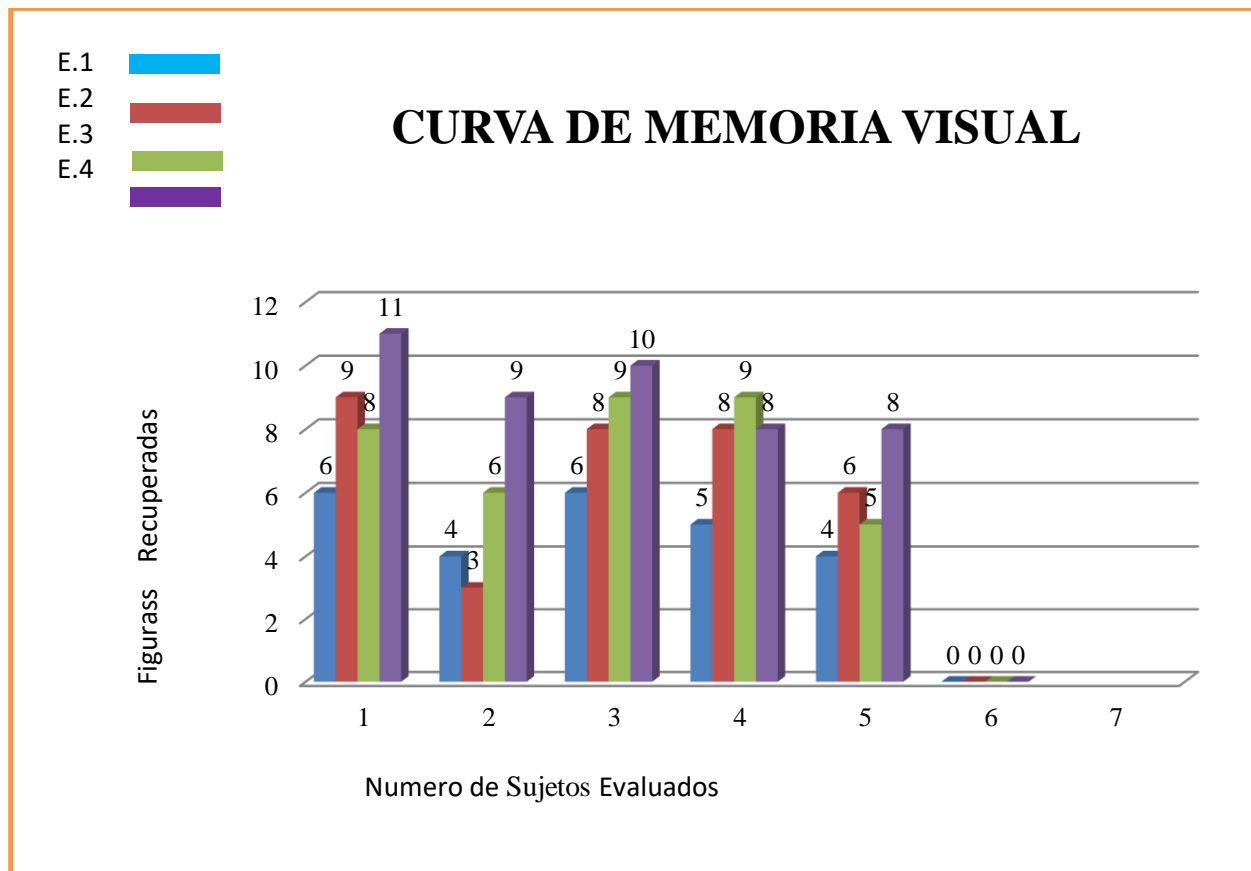


Figura 22. Curva de memoria visual.

En el análisis del grupo de estudio N.3 según resultados cuantitativos se puede observar mejor capacidad de recuperación en cada ensayo, en relación al G.1 en fase inicial, evidenciándose curva de memoria visual plana ascendente indicador de aprendizaje creciente gracias a la repetición de los estímulos alcanzando mayor recuperación en cada ensayo. Con 2 sujetos de la muestra con registro positivo.

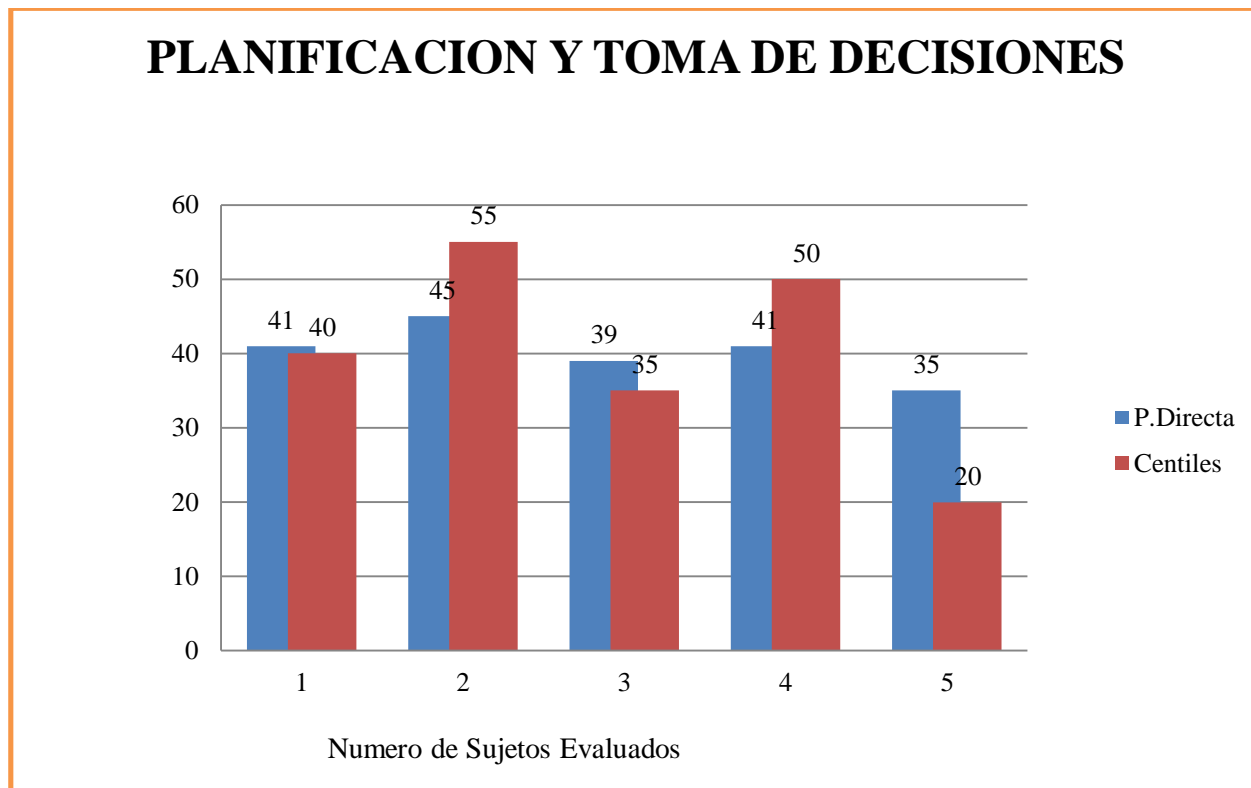


Figura 23. Escala de evaluación de la planificación y toma de decisiones.

El análisis de la Escala según los resultados cuantitativos obtenidos permite observar en los 5 sujetos evaluados del Grupo 3 en tercera fase de tratamiento una mejora en la capacidad para planificar y tomar decisiones, puntuando en la media promedio (40- 50 en Cantiles), 3 sujetos de la población muestra.

7.1.4 Graficas de los parámetros de calificación general obtenidos por los sujetos evaluados en relación a cada grupo en la evaluación neuropsicológica.

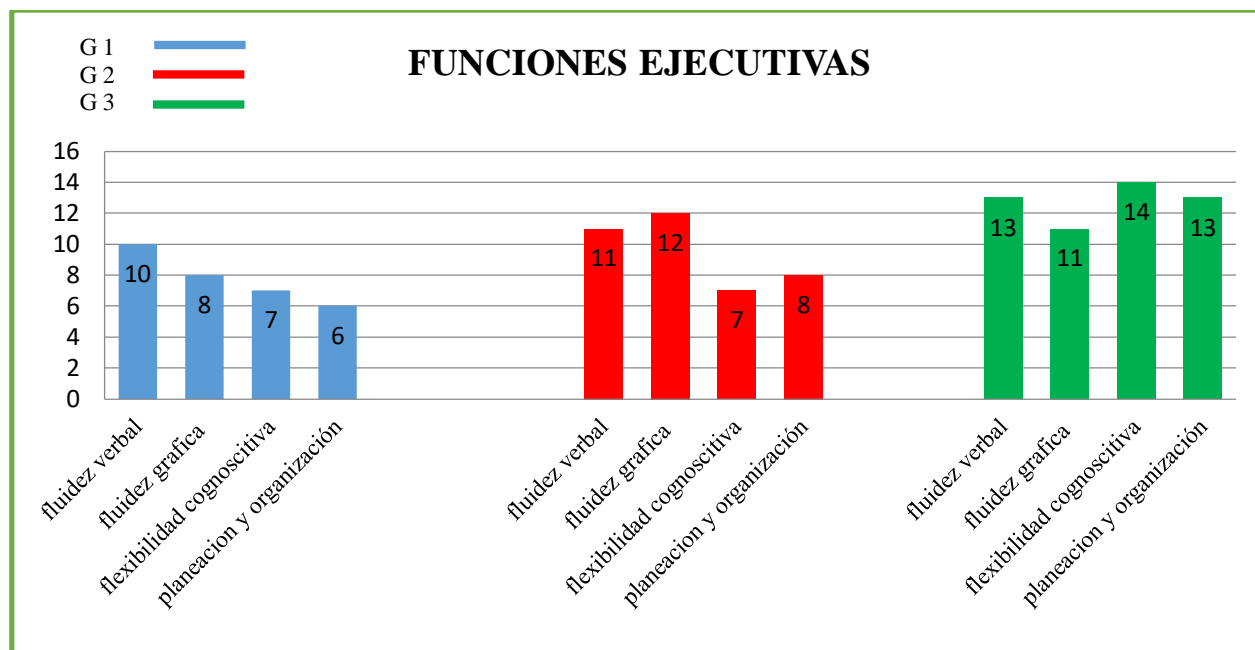


Figura 24. Funciones ejecutivas.

En el análisis cuantitativo general se puede observar una discrepancia significativa en relación al funcionamiento ejecutivo de los sujetos implicados en el estudio en relación a la fase inicial de tratamiento la fase intermedia y final. Se evidencia notable mejora en cuanto a dimensiones no verbales de su funcionamiento ejecutivo, en el G.3 con desempeño positivo alcanzando puntuaciones elevadas en tareas que implican planeación, organización y seguimiento de instrucciones sencillas. Se observa bajo desempeño en tareas que requieren de seleccionar nueva información, tareas en las cuales obtienen puntuaciones disminuidas. Área cerebral implica Zonas frontales.

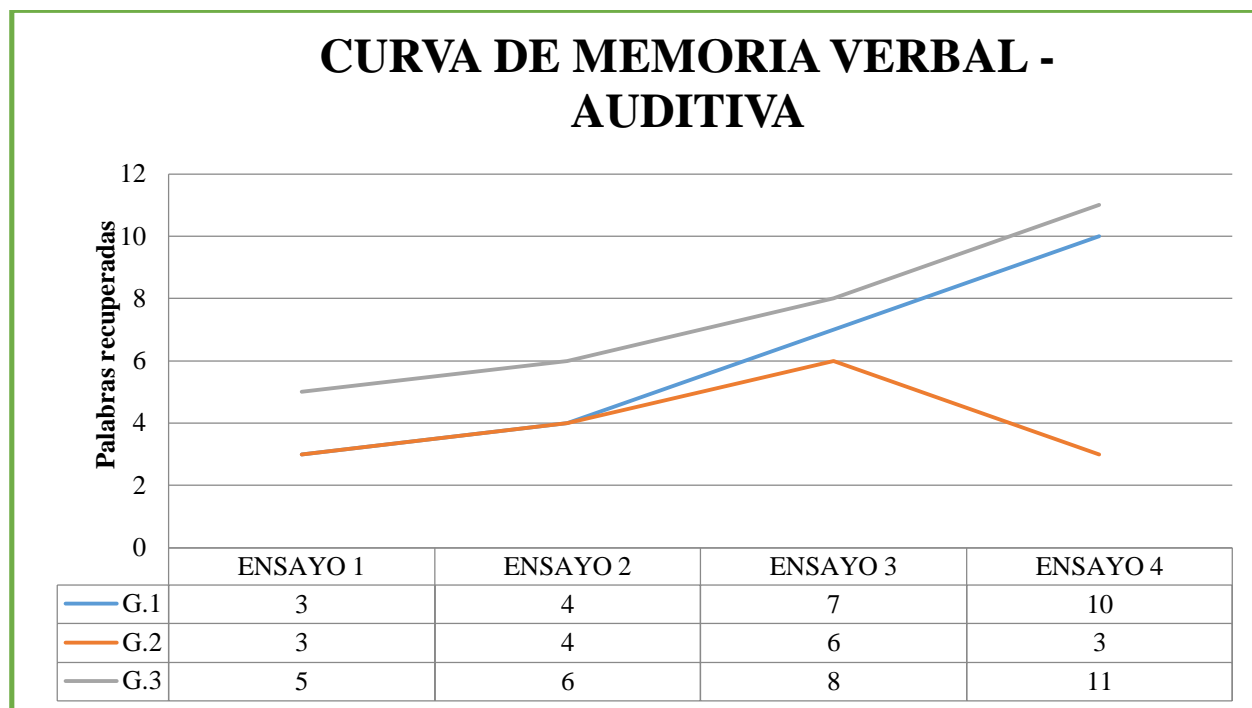


Figura 25. Curva de memoria verbal – auditiva.

El proceso de memoria auditiva en el análisis general presenta una discrepancia significativa en relación a la capacidad de registro para información verbal evidenciado en tareas de registro y evocación entre el G1-fase inicial y G.3 fase final. La curva de memoria muestra un volumen de retención promedio, con curva de forma ascendente indicador de aprendizaje creciente y productivo gracias a la repetición de los estímulos alcanzando mayor recuperación en cada ensayo. Se evidencia mayor capacidad de registro en el G3. Fase final de tratamiento. Es importante mencionar que de los sistemas de memoria (bucle fonológico, agenda viso espacial, sistema atencional y ejecutivo) se evidencia afectación en la integración de procesos fonológicos y ejecutivos. Factor Neuropsicológico presente Oído fonemático y Regulación y control, Áreas cerebrales en proceso de maduración.

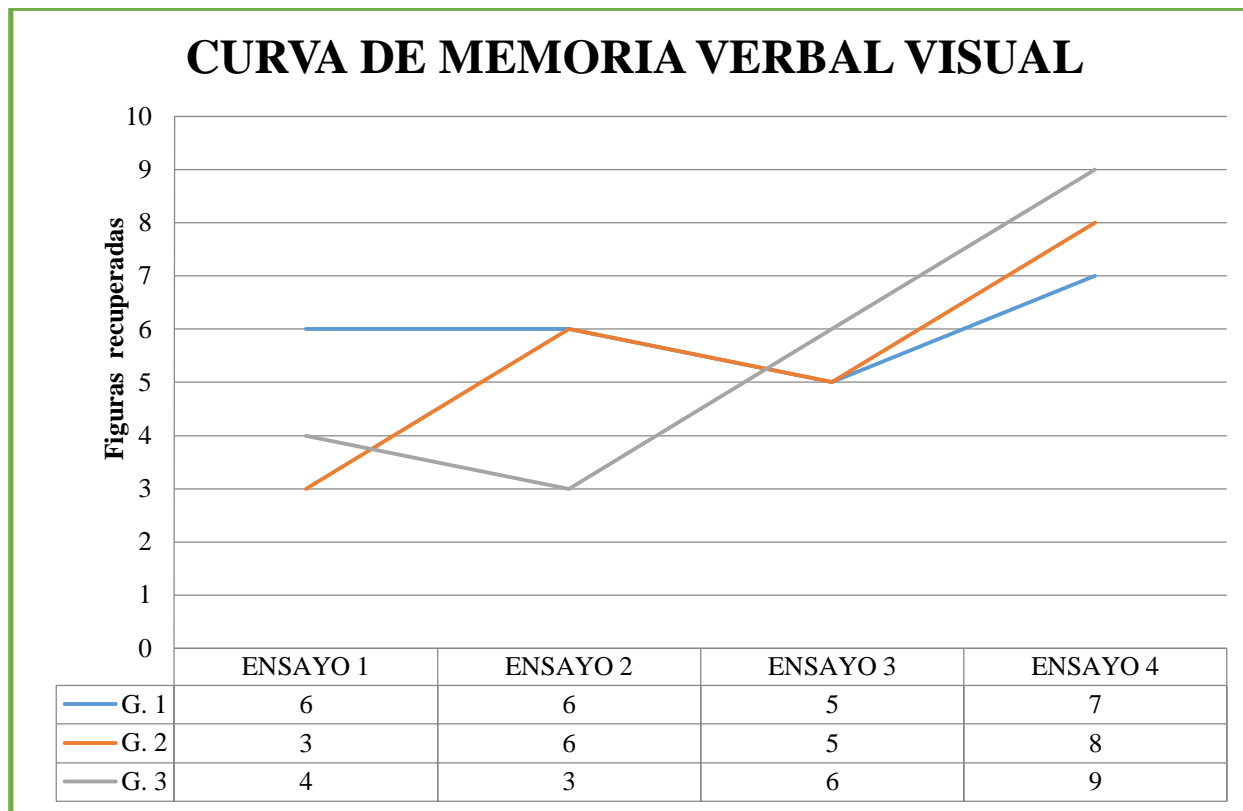


Figura 26. Curva de memoria visual.

El análisis de resultados generales permite observar menor capacidad amnésica para la modalidad visual en relación a una mayor recuperación de estímulos auditivos en los tres grupos de estudio. Es relevante que el G.2 logra una curva de memoria visual plana ascendente mejorando en algunos reactivos obteniendo puntuaciones dentro del promedio en dicha modalidad. El G.3 mejora las puntuaciones en los últimos ensayos y alcanza la media promedio. Zona cerebral implicada Lóbulo occipital y zona cortical frontal anterior.

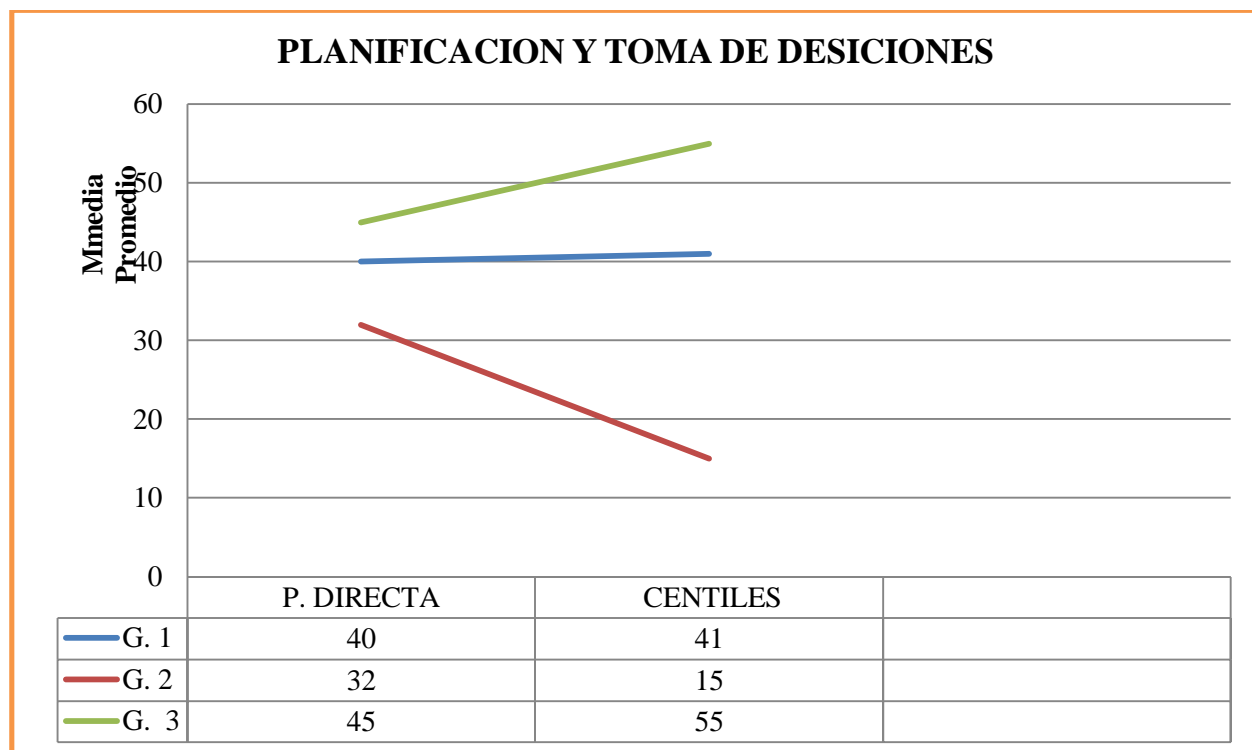


Figura 27. Escala de evaluación de la planificación y toma de decisiones.

En el análisis general de los resultados obtenidos por los 3 grupos de estudio en relación a la capacidad de planificación y toma de decisiones se observa mejora en las puntuaciones obtenidas por el G.3 en relación al G.2 alcanzando la media promedio.

En síntesis la actividad de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes tiene efectos nocivos en la maduración de procesos cerebrales superiores, afectando el desarrollo de áreas corticales fundamentales para el desempeño cognitivo. La debilidad funcional de estos sectores cerebrales tiene un efecto sistémico sobre la actividad del adolescente y, en general, sobre el desarrollo de todas las esferas de la vida psíquica, cognitiva, afectivo, emocional, motivacional y de la personalidad.

8. Conclusiones

Prevenir es anticiparse, adelantarse, actuar para evitar que ocurra algo que no queremos que pase, en este caso, que se consuman drogas. Pero, si ya se están tomando drogas, prevenir es intentar evitar que el problema vaya a más y, en caso de existir alguna situación de dependencia, ayudar a las personas a recibir tratamiento para superarla y a salir de ella.

La prevención es una labor de todos, no sólo de los expertos en drogas. Se compone de la suma de pequeñas aportaciones que cada uno podemos ofrecer desde el papel que desempeñamos y desde el lugar que ocupamos.

Se convierte en un gran reto profesional realizar esfuerzos para contribuir de manera pronta, oportuna y profesional sobre la problemática del consumo de sustancias psicoactivas que hoy viene padeciendo los niños, niñas y adolescentes en la ciudad de Villavicencio. De ahí, que se requiere un trabajo grande para prevenir el consumo de estas, no siempre se conseguirá que este aparezca. Por tanto, el consumo se puede dar por diferentes motivos y en cualquier momento de la vida. No es prioritario que la persona esté sufriendo graves dificultades de tipo emocional o físicas para que tome la decisión de acudir al uso de estas sustancias, también, en momentos de aparente calma podría iniciarse el consumo.

Por consiguiente, se busca hacer prevención del consumo de sustancias psicoactivas, mediante la explicación de los efectos negativos que conllevan al individuo como por ejemplo, los efectos crónicos que producen el cáncer de pulmón o de garganta, por fumar marihuana o cigarrillo,

o la depresión que puede aparecer luego de ingerir por algún tiempo anorexígenos para disminuir el apetito. Sin embargo, cabe resaltar que no todos los consumidores van a presentar los mismos efectos agudos o crónicos y no es fácil predecir cuándo, ni quienes los sufrirán. Por ello, resulta más correcto hablar de riesgos de sufrir tales consecuencias, teniendo en cuenta las variables personales, y la forma como se haga el consumo de estas sustancias.

Cabe indicar que hacer prevención del consumo de sustancias psicoactivas, conlleva a partir de los 6 años de edad, para alertar a los niños y niñas sobre los factores o circunstancias que van a generar dicho problema complejo en la sociedad. La prevención de consumo de drogas debe comenzar desde el momento inclusive en que se constituye la familia, si se tiene en cuenta que la familia no es un solo un vínculo de consanguinidad, sino que significa sobre todo un vínculo afectivo que lleva inmerso, comunicación, cariño, ternura, acompañamiento, apoyo y comprensión.

Por tanto, las mentiras, los engaños, el maltrato, el irrespeto, el consumo de sustancias psicoactivas y demás vivencias que se acepten en sus inicios serán luego difíciles de erradicar y con seguridad se van a transmitir a los niños y niñas que crecen en esas condiciones. Sin embargo, debe haber una amplia comunicación e interrelación entre la célula fundamental como es la familia y por ende la institución educativa donde los hijos van a recibir una formación de desarrollo integral humano y esta logre a través de ellos mismos formar hombre de bien, que participen y que su futuro sea más próspero y exitoso.

Entonces, estar alerta para detectar la forma temprana y manejar adecuadamente y en conjunto con la familia - escuela, los hábitos de consumo de drogas que puedan aparecer en el espacio escolar, serán las tareas complementarias a las acciones de prevención que se realicen.

9. Recomendaciones

- a) Enfatizar de manera constante campañas para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas por parte de las autoridades que tienen injerencia sobre la temática en estudio (Secretaría de Salud Municipal, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, organizaciones no gubernamentales e instituciones educativas).
- b) Adelantar sistemas de monitoreo para enriquecer la toma de decisiones y acciones
- c) Que la Unidad Clínica del Sistema Nervioso Ltda., evalúe si las medidas adoptadas han logrado el impacto esperado, con el propósito de reforzar estrategias de prevención o crear nuevos mecanismos.
- d) Desarrollar programas de prevención por ser conexo al comportamiento suicida.
- e) Ampliar oportunidades de recreación para evitar el consumo.
- f) Es importante que la infraestructura física ofrezca un ambiente propicio que contribuya a orientar, compartir y recrear a los adolescentes hospitalizados.
- g) Lo ideal es buscar la ocasión y generar en nuestros hijos el interés por estos temas, de manera que nos pregunten directamente sin sospechar que ha sido nosotros los que han suscitado en ellos dichas cuestiones. Se puede aprovechar momentos concretos (como una noticia en la televisión, una situación de consumo en casa o en la calle, etc.) que justifiquen nuestra intervención. Pero siempre procuraremos buscar tiempos idóneos, en un lugar adecuado, un clima en el que no haya tensiones y donde se piense que el destinatario (nuestro hijo) va a estar receptivo.
- h) En este sentido, es muy importante recordar que debemos responder siempre ante estas solicitudes por parte de los niños. Los padres tenemos que convertirnos en un referente de

primer orden en la obtención de información sobre drogas para contrarrestar otras fuentes de información, en ocasiones no adecuadas. Para ello debemos mostrar una total disponibilidad para atender cualquier pregunta o cuestión y no rechazarlas, incluso en situaciones comprometidas.

- i) Por otro lado, nunca se debe olvidar que la información y la comunicación sobre drogas siempre deben estar adaptadas a la edad, la capacidad de comprensión, la experiencia previa y las expectativas de cada uno de nuestros hijos.
- j) Dar amor, afecto y apoyo incondicionales y permanentes. Saber marcar y hacer respetar las normas y límites.
- k) Fomentar la comunicación y la confianza. Preparar para la vida, dar responsabilidades en función de las posibilidades de cada uno.
- l) Favorecer la cohesión familiar. Ser conscientes de la importancia de transmitir valores.
- m) Disfrutar de la familia en el tiempo libre, con actividades positivas.
- n) Participar activamente en el colegio y la comunidad. Informarse sobre el potencial preventivo como padres y madres.
- o) Saber actuar cuando exista un problema, buscando soluciones y no demorándolas.
- p) Transmitir valores y actitudes pro-sociales y positivas. Servir como ejemplo y modelo de salud.
- q) Crear un clima afectivo de reconocimiento y aprobación, que favorezca la estabilidad emocional.
- r) Promocionar la autoestima de nuestros hijos, enseñándoles a valorar adecuadamente sus cualidades y a sentirse capaces de afrontar dificultades.
- s) Definir y hacer respetar límites y normas que favorezcan el autocontrol de nuestros hijos.
- t) Responsabilizarles de tareas, como parte del desarrollo madurativo.

- u) Favorecer que los hijos sean menos dependientes de la aprobación de los demás y, por tanto, más autónomos.
- v) Comunicarnos con ellos y favorecer el Intercambio de sentimientos, emociones y experiencias.
- w) Los padres fomentando en sus hijos, desde pequeños, hábitos y costumbres saludables, acompañándoles y apoyándoles en su desarrollo personal como sujetos responsables, libres y maduros, e informando y dialogando con los hijos sobre las drogas.
- x) Los profesores inculcando la importancia de la salud, orientando sobre la manera de mantenerla y mejorarla, priorizando los aspectos educativos sobre los conocimientos y fomentando un clima de relaciones y un ambiente que contribuya a la evolución y a la madurez de sus alumnos.
- y) Los médicos y el personal sanitario promoviendo la mejora de la salud de la comunidad, informando objetivamente sobre los efectos y riesgos de las drogas y proporcionando tratamiento a los afectados por su consumo.
- z) Los policías y los jueces actuando fundamentalmente sobre la oferta y la disponibilidad de drogas, persiguiendo a los narcotraficantes, etc.
- aa) Los legisladores promulgando leyes que limiten la venta de drogas legales a menores y que sancionen los comportamientos ilícitos de producción y venta de drogas.
- bb) Los trabajadores sociales apoyando y orientando ante situaciones de desestructuración social y marginación que generan mayor debilidad ante las drogas en algunas familias, barrios, ciertos colectivos, etc.
- cc) Los mediadores y las asociaciones juveniles favoreciendo alternativas de ocio y tiempo libre saludables para los jóvenes, facilitando la formación de nuevos grupos de amigos, etc.

Bibliografía

- Aguilar, M. (2007). *Educando en valores. Cómo ayudar a las personas a lograr una buena formación personal*. Primera edición. Buenos Aires: Dos Editores.
- Ardilla, A. y Rosselli, M. (2007). Las Funciones Ejecutivas a través de la Vida. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*. 8 (1), pp. 23-46
- Castaño Pérez, G. A. Morales Mesa, S. A., Arango Tobón, O. E., Montoya Montoya, M. C. y Rodríguez Bustamante, A. (2013). *Adolescencia, sexo y consumo de drogas. Una guía para la prevención*. fundación Universitaria Luis Amigó. Medellín, Colombia: Editorial Funlam.
- Escobar Zarabanda, K. (2009). *Vivencias de los familiares de adolescentes consumidores de sustancias ilícitas en la ciudad de Bogotá*. Bogotá, D. C. Colombia. Universidad Javeriana. Facultad de enfermería.
- Gobernación del Meta (2016). El Meta y sus municipios. En: *Llano Siete Días*. Villavicencio.
- Grano de Arena Familiar (2008). *Desarrollo Personal en familia*. Tomo I. Bogotá, D.C. Colombia. Grupo Cree- Ser.
- Grano de Arena Familiar (2008b). *Liderazgo proactivo*. Tomo VIII. Bogotá, D.C. Colombia. Grupo Cree- Ser.

Guardia, L. (1997). *El diseño formativo. Un nuevo enfoque de diseño pedagógico de los materiales didácticos en soporte digital*. En aprender en la virtualidad. Barcelona: Editorial Gedisa.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Quinta edición. México: Editorial Mc Graw Hill.

Kramer, J. F. & Cameron, D. C. (1975). *Manual sobre dependencia de las drogas*. Ginebra. OMS.

Lerma González, H. D. (2016). *Metodología de la investigación*. Quinta edición. Bogotá, D.C. Colombia. Ecoe Ediciones.

Lucena Jurado, V. (2012). *Consumo de drogas, percepción de riesgo y adicciones sin sustancias en los jóvenes de la Provincia de Córdoba*. (tesis de doctorado). Córdoba: Universidad de Córdoba.

Llano Siete Días (2015). *Jóvenes de Villavicencio, en riesgo de adicción a sustancias*. Publicado en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16071136>

Mariño, N. (2011). *Funcionamiento ejecutivo en policonsumidores de sustancias psicoactivas*. Universidad Manuela Beltrán de la ciudad de Bogotá, D.C. Colombia.

Méndez, A. C. (2013). *Metodología*. Quinta edición. México, D.F.: Editorial Limusa.

Organización Internacional para las Migraciones (2008). *Herramienta de orientación y apoyo para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas desde alcohol y tabaco, en niños, niñas y adolescentes de clubes prejuveniles y juveniles*. Bogotá, D.C. Colombia. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

Papalia, D. (2005). *Psicología del desarrollo*. México: Editorial Mc Graw Hill.

Pereira Del Valle, M. (2011). *Desarrollo personal y autoestima. Guía práctica para construir una personalidad atractiva*. Bogotá, D.C.: Editorial Ediciones de la U

Strauss, A. y Corbin J. (1990). *Basles of qualitative research: grounded theory procedores and technioves*. Newbury Park. London – New Delhi: Sage.

Tribunal Nacional Deontológico y Bioético de Psicología, (2012). *Manual deontológico y bioético del Psicólogo*. Bogotá, D.C.: Colegio Colombiano de Psicólogos.

UNICEF (2004). *Infantes y Adolescentes*.

Vergara, C. (2008). El aprendizaje escolar y sus dificultades. Una lectura psicoanalítica, *Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis»* (16), 01-07.

Anexos

Anexo 1. Glosario de términos.

ABUSO DE DROGAS: es un término que se encuentra en discusión. La conclusión de que una persona abusa de determinada droga, depende de la valoración subjetiva que puede efectuar otra persona, comparándola con lo que, a su criterio o en su medio socio-cultural, se suele considerar normativo. De la misma manera se están abandonando otros términos como toxicomanía o habituación y se utilizan cada vez más, los términos drogodependencia o simplemente dependencia, ya que (a partir de la citada definición) resultan más objetivables (Guardia, 1997).

ANTECEDENTES HISTÓRICOS: antecedente es un término que proviene de un vocablo latino y sirve para referirse a aquello que antecede (que aparece delante de otra cosa en tiempo, orden o lugar) (Guardia, 1997).

ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS: son todos aquellos trabajos de investigación que otras personas han realizado y que tiene relación con el tema que se está investigando. El antecedente es el trabajo de investigación que precede al que se está realizando. Son los estudios o investigaciones realizados y que tienen relación directa con el objeto de estudio presente en la investigación que se está realizando. Fueron los trabajos que relacionan investigaciones, estudios, monografías similares a la investigación abordada (Guardia, 1997).

AUTOESTIMA: la autoestima es la valoración, generalmente positiva, de uno mismo. Para la psicología, se trata de la opinión emocional que los individuos tienen de sí mismos y que supera en sus causas la racionalización y la lógica (Guardia, 1997).

CONCEPTO DE DEPENDENCIA: es un estado psicológico en el cual existe un impulso repetitivo, que lleva a la persona hacia la administración periódica o continuada de una droga, para sentir efectos agradables, o para evitar el padecer otros desagradables. En las primeras etapas de la dependencia, la sensación subjetiva puede ser de satisfacción (Guardia, 1997).

DEPENDENCIA PSICOLÓGICA: todas las drogas (por definición) pueden producir dependencia física y la psicológica. En la dependencia psicológica, la supresión brusca no produciría síndrome de abstinencia, mientras que en la dependencia física, sí. De hecho, con frecuencia, la dependencia física no es más que un paso adelante en la evolución de determinadas drogodependencias (Guardia, 1997).

DESARROLLO PERSONAL: es una experiencia de interacción individual y grupal a través de la cual los sujetos que participan en ellos, desarrollan u optimizan habilidades y destrezas para la comunicación abierta y directa, las relaciones interpersonales y la toma de decisiones, permitiéndole conocer un poco más de sí mismo y de sus compañeros de grupo, para crecer y ser más humano (Guardia, 1997).

DROGODEPENDENCIA: es el estado psicológico y a veces físico, causado por la relación recíproca entre una droga y un organismo vivo, que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por un impulso repetitivo a tomar esta droga (de manera continuada o periódica) a fin de experimentar sus efectos psicológicos y, a veces, para evitar el malestar producido por su privación (Guardia, 1997).

INTELIGENCIA EMOCIONAL: del latín *intelligentia*, la noción de inteligencia está vinculada a la capacidad para escoger las mejores opciones en la búsqueda de una solución. Es posible distinguir entre diversos tipos de inteligencia, según las habilidades que entran en juego. En cualquier caso, la inteligencia aparece relacionada con la capacidad de entender y elaborar información para usarla de manera adecuada (Guardia, 1997).

SÍNDROME DE ABSTINENCIA: es el conjunto de sensaciones (subjetivas) y signos (objetivables) que presenta la persona con dependencia física, tras la disminución o supresión brusca, de la droga que tomaba habitualmente. Es distinto para cada grupo de drogas. Y a partir de las características del mismo se han clasificado las drogas en grupos distintos. Por ejemplo: así como el síndrome de abstinencia por heroína es muy aparatoso pero rara vez lleva a la muerte, el producido por las bebidas alcohólicas o barbitúricos, puede ser más insidioso en su inicio pero puede llegar a ser grave, e incluso mortal, si no se realiza el tratamiento correcto (Guardia, 1997).

SUBSTANCIA PSICOACTIVA: se entiende por droga toda sustancia, farmacológicamente activa sobre el sistema nervioso que, introducida en un organismo vivo, puede llegar a producir un estado de dependencia. A partir de esta definición se puede deducir que determinados medicamentos, con efectos sobre el sistema nervioso, o determinadas sustancias de uso legal, como el tabaco o las bebidas alcohólicas, entran también en el concepto de droga. En efecto, son sustancias activas sobre el sistema nervioso, y son capaces de producir dependencia (Guardia, 1997).

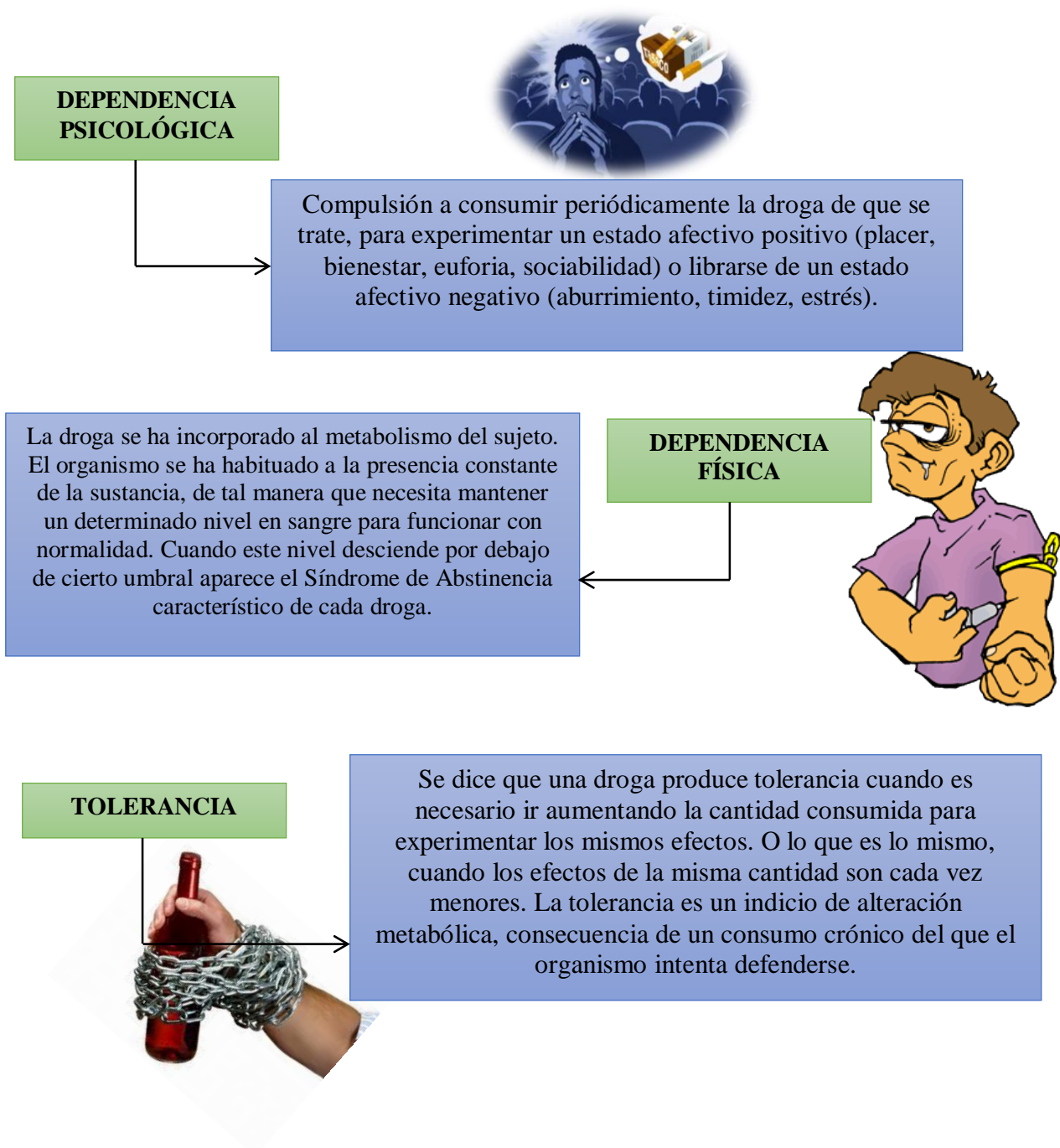
TOLERANCIA: es el estado de adaptación del organismo a la administración repetida de determinada droga. Se caracteriza por la disminución de la respuesta de dicho organismo ante una misma cantidad de droga. O, lo que es lo mismo, la necesidad de auto-administrarse cantidades de droga progresivamente mayores, para poder seguir obteniendo los mismos efectos. Este es un concepto muy importante ya que el estado de tolerancia es la puerta de entrada al estado de dependencia. Generalmente la gente cree que la persona que se embriaga con cantidades moderadas de alcohol tiene poca fortaleza física. Mientras que la que es capaz de beber grandes cantidades sin embriagarse, sería la más saludable (Guardia, 1997).

VALORES: los valores son convicciones profundas de los seres humanos que determinan su manera de ser y orientan su conducta. Los valores involucran nuestros sentimientos y emociones. Valores, actitudes y conducta están relacionados. Son creencias o convicciones de que algo es preferible y digno de aprecio. Una actitud es una disposición a actuar de acuerdo a determinadas creencias, sentimientos y valores (Guardia, 1997).

Anexo 2. Cartilla sobre las sustancias psicoactivas.

CARTILLA SOBRE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Teniendo en cuenta las consecuencias que ocasionan el consumo de sustancias psicoactivas en el desarrollo de la temprana edad.



DROGAS ESPECÍFICAS Y SUS EFECTOS

EL ALCOHOL

El alcohol se extrae de la fermentación de diversos frutos y plantas. Incluye el vino, cerveza, licores. El etanol es la sustancia química activa en el alcohol. Es una de las drogas de uso más antiguo y amplia aceptación en la cultura mediterránea. Por sus efectos, está clasificada como droga depresora del Sistema Nervioso Central.



A nivel comportamental el consumo de alcohol se ha comprobado que origina una gran violencia y agresividad que se manifiesta en riñas callejeras o en violencia intrafamiliar.

El consumo de alcohol está asociado a conducción temeraria e imprudente, por lo que muchos accidentes de tráfico se deben a que los conductores habían bebido por encima de los niveles tolerados por las leyes.



El alcohol es una droga con alto poder adictivo, si bien la amplia tolerancia social y su fácil adquisición la convierten en una sustancia 'doméstica', con presencia constante en nuestra cultura occidental. Legalmente no se puede vender bebidas alcohólicas a menores de 18 años.

El alcohol actúa "inhibiendo al inhibidor" de tal forma que cuando se actúa bajo sus efectos es muy probable que no se adopten las medidas preventivas al tener relaciones sexuales (uso de preservativo), con lo cual aumenta el riesgo de infección por el VIH.



EL TABACO

El tabaco se elabora a partir de las hojas secas de la planta del mismo nombre. El tabaco contiene varias sustancias, destacando la nicotina que es la responsable de generar dependencia. El tabaco suele consumirse en forma de cigarrillos, puros o tabaco de pipa.



Junto con el alcohol es la sustancia adictiva que más se consume y más problemas sanitarios acarrea. Es una droga legal; sin embargo, en la mayoría de los países no está permitida la venta de tabaco a menores de 16-18 años.

La nicotina es el producto activo más importante del tabaco (junto con el alquitrán). Es una droga estimulante, genera adicción y produce un incremento del pulso cardíaco y de la tensión arterial.

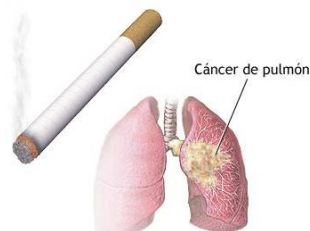
EFFECTOS DE LA NICOTINA

Su ingestión produce una descarga casi inmediata de epinefrina de la corteza suprarrenal. Esto estimula el sistema nervioso central y algunas glándulas endocrinas, lo que causa la liberación repentina de glucosa. El estímulo va seguido de depresión y fatiga, situación que lleva al toxicómano a buscar más nicotina.



La nicotina es extremadamente **adictiva**. Actúa como **estimulante** del sistema nervioso central

La persona que fuma cigarrillos corre el riesgo de contraer enfisema, cáncer del pulmón y otros problemas de salud. El humo de segunda mano (humo de un cigarrillo cercano) puede también contribuir a que se puedan contraer estas enfermedades, especialmente en los niños.

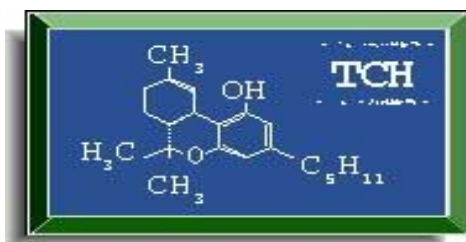


LA MARIHUANA



La marihuana hace referencia a la preparación derivada de una planta, el cannabis sativa. El compuesto de la preparación contiene diferentes cantidades de flores, tallos resinosos, hojas, semillas y secreciones de la planta.

Esta es la fórmula química del Tetrahydrocannabinol (TCH), el compuesto activo que produce varios tipos de efectos en el cuerpo humano.



La **marihuana** actúa sobre el hipotálamo. Este punto es el centro neurálgico que segrega hormonas a la hipófisis y controla el apetito. **Tetrahydro-cannabinol (THC)**: Activo químico que causa efectos psicológicos activando neuroreceptores del tipo de la dopamina que ponen en marcha en el sistema límbico respuestas cerebrales de las consideradas de recompensa.



LA COCAÍNA

La cocaína es una droga que se extrae de un arbusto que crece en Sudamérica llamado Eritroxilon coca. Pertenece a la familia de drogas estimulantes ya que actúa sobre el Sistema Nervioso Central activándolo.

La cocaína que se ve en la calle realmente es 'Clorhidrato de cocaína' y tiene forma de polvos blancos que se esnifan o inyectan. El gramo suele costar alrededor de 12.000 pts.

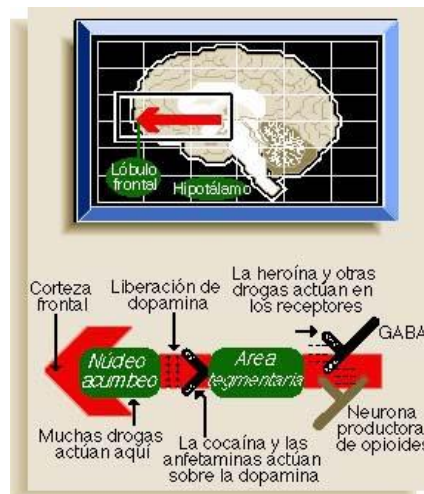
El **CRACK** es clorhidrato de cocaína alterado mediante un proceso químico sencillo para obtener una especie de cristales o 'rocas' que al calentarlas crepitan y permiten aspirar sus vapores o humos.

Tanto la cocaína como el crack son drogas que generan adicción. El crack, además produce comportamientos compulsivos para tomarlo ya que genera una gran necesidad en el organismo.



CUALES SON LOS RIESGOS – DAÑOS DEL USO DE COCAÍNA - CRACK

La cocaína llega rápidamente al cerebro y tras su consumo frecuente produce cambios graves en el funcionamiento cerebral. Tanto la cocaína como el crack (éste mucho más) produce dependencia y altera la personalidad del individuo. Puede aparecer paranoia, alucinaciones y psicosis (pérdida de contacto con la realidad).



¡DI NO A LAS DROGAS!



PREVENCIÓN CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

PROPÓSITO

- Evitar el inicio al consumo y o reducción del mismo.
- Que los niños y adolescentes tomen decisiones responsables.
- Brindar información veraz sobre las causas y las consecuencias del consumo.
- Promover el sentido de la dignidad humana.
- Mejorar los estilos de vida familiar y escolar, disminuir el índice de consumo que se presenta entre los niños y niñas.
- Prevenir es anticipar una acción frente a un riesgo de manera que lo evite o minimice el daño posible.
- La prevención se dirige principalmente para los menores de 18 años presumiendo que esta la población no ha consumido SPA.
- Población en situación de riesgo es aquella que tiene mayor exposición a las SPA, lo cual aumenta la probabilidad de iniciar su consumo.

Prevención del consumo

Estrategias de información, educación y comunicación para prevenir y mitigar (reducción de riesgos y daños) el consumo y expendio de sustancias psicoactivas legales e ilegales.

Control al expendio

Mitigación al consumo

PROGRAMAS ESCOLARES
DE PREVENCIÓN DEL
CONSUMO DE DROGAS



PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Acciones, procedimientos e interacciones orientadas a que la población mejore sus condiciones de vida y disfrute de una vida saludable.

SALUD

- Estado de completo bienestar tanto físico como mental.
- Salud no es solo la ausencia de enfermedad.

SALUD MENTAL

- Estado de desequilibrio de una persona y su entorno sociocultural.

INFLUENCIA DE LA PUBLICIDAD EN LA SALUD MENTAL

- La publicidad se utiliza de manera positiva y negativa.

FACTORES DE RIESGO

- Bajo nivel educativo.
- Alcoholismo y drogadicción.
- Trastorno mentales.
- Intolerancia a la indiferencia.

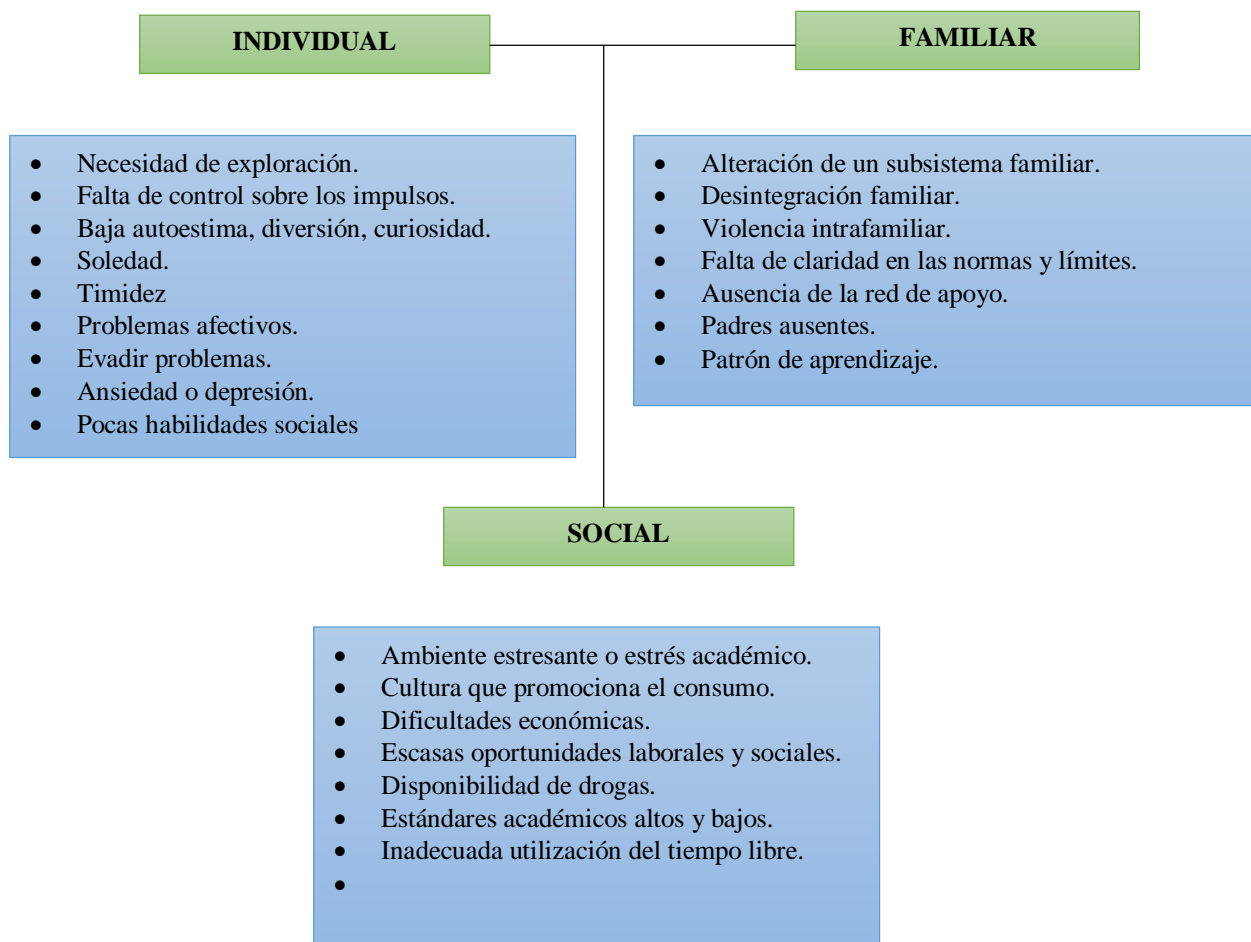
CONSECUENCIAS

- | | |
|-------------|------------------------|
| • Soledad | • Depresión psicología |
| • Estrés | • Esquizofrenia |
| • Mal genio | • Temor |
| • Miedo | • Inseguridad |

Son de euforia pasajera, desinhibición, extroversión, alejamiento de la realidad, incardinación motora, mitigando la ansiedad o induciendo al sueño.



MOTIVOS DE CONSUMO



Anexo 3. Tomas fotográficas socializando la temática con los adolescentes hospitalizados.





Anexo 4. Jóvenes de Villavicencio, en riesgo de adicción a sustancias.

Hombres con poco dinero y estudio son vulnerables a caer en consumo revela informe. (Llano Siete Días, 2015).

A los 14 años en promedio, un menor está accediendo a la drogadicción en Villavicencio. La preocupante conclusión hace parte de un informe de la Secretaría de Salud local, que permitió conocer que entre octubre de 2013 y enero de 2015 un total de 456 personas, con edad promedio de 20 años, tuvieron que ser atendidos por instituciones de salud para tratar problemas de adicción a las drogas. El Sistema Único de Indicadores de los Centros de Atención a Drogadicción (SUICAD) –insumo del informe– permitió establecer además que la mayoría de los afectados fueron hombres e incluso, determinar una especie de perfil de quienes se pueden convertir en presa fácil de los estupefacientes.

De estos casos reportados, el estudio permitió identificar que el 86% de los adictos son hombres, el 89,3% son solteros y el 72,7% se encuentran afiliados al régimen subsidiado de salud, es decir, hacen parte de la población de escasos recursos el 45% son desempleados. El precario nivel de escolaridad también, según el indicador del SUICAD, deja entrever que juega un papel preponderante entre los consumidores de alucinógenos, pues el 72% no terminó el bachillerato (e incluso primaria) y el 13,9% son habitantes de la calle.

Aunque en la actualidad el consumo de estupefacientes afecta tanto a jóvenes como a adultos, los esfuerzos de las autoridades de Villavicencio se están concentrando en la población

escolar, pues por las características sociológicas del consumidor, son los más vulnerables a enviarse (vea Estudiantes están en alto riesgo). (Llano Siete Días, 2015).

De hecho, hay factores externos que también incitan a este sector de la población a probar, no solo los estupefacientes convencionales, sino también narcóticos nuevos, lo cual las autoridades han tratado de contrarrestar (vea Acciones para frenar el consumo). Para el secretario de Salud, Jesús Emilio Rosado, el caso es tan delicado que una droga nueva denominada ‘Trips’ (que se pone en el ojo) ya cobró la vida de un menor de 17 años en el barrio El Darién en el 2014.

La marihuana (196 casos) es el alucinógeno que más consumen los jóvenes en Villavicencio, seguido del tabaco (145 casos), el alcohol (80 casos), basuco (30 casos), pegantes (24 casos) y cocaína (4 casos). En lo que va del 2015 la Secretaría de Salud local reportó que en total siete personas han resultado intoxicadas con sustancias psicoactivas en Villavicencio. (Llano Siete Días, 2015).

Estudiantes están en alto riesgo. Los menores entre 15 y 19 años (aún en etapa escolar) son el segundo rango de edad más susceptible a caer en la drogadicción, según el reporte de la Secretaría de Salud municipal.

Por esta razón, las estrategias de prevención están enfocadas principalmente a la prevención, no solo dentro de la comunidad académica sino también a los padres de familia. Para la psicóloga Andrea Pedraza, hay cambios físicos y de comportamiento para identificar a una persona que comienza a consumir estupefacientes.

Ojos rojos, dificultad para hablar, retraimiento, cambios bruscos de comportamiento y de forma de vestir, dijo a experta, están relacionados con una persona adicta.

También el entorno familiar es determinante, porque escenarios como la depresión, violencia intrafamiliar o abuso sexual se convierten en potencializadores para caer en el vicio.

También se llamó la atención del ‘chimó’ (brea artesanal para mascar muy conocida en esta región) pues aunque se considera inofensiva hay un caso reportado de intoxicación por esta sustancia. (Llano Siete Días, 2015).

Para evitar que a los estudiantes les ‘pique’ la curiosidad de probar, la Alcaldía adelanta una campaña para que los jóvenes conozcan en las aulas los narcóticos y su poder tóxico para evitar que los consuman. De hecho, el año pasado la Secretaría de Educación, priorizó 14 colegios de la ciudad que estaban acosados por las redes de microtráfico, incluso dentro del propio plantel. (Llano Siete Días, 2015).

Política pública: La Secretaría de Salud anunció que ya tiene un borrador de una política pública de prevención y consumo de sustancias psicoactivas en Villavicencio. Entrará en próximos días en etapa de ajustes y antes del finalizar el 2015 será presentado al Concejo para su posterior estudio y debate.

Acciones para frenar el consumo: La Secretaría de Gobierno de Villavicencio reportó que a la fecha han intervenido seis de las denominadas ‘ollas’, centros especializados en la venta y consumo de estupefacientes.

Sin embargo, ahora quienes viven de esta actividad ilícita crearon una especie de ‘red móvil’ en la cual quienes venden el alucinógeno, lo comercializan en moto o bicicleta en diferentes zonas, lo cual dificulta el rastreo o judicialización de los responsables. Para Fernando Sandoval, secretario de Gobierno, el tema va mucho más allá porque a nivel nacional está reglamentado el consumo pero no la venta, es decir, que si un adicto carga 20 gramos la Policía no lo puede judicializar porque porta su dosis personal.

También llamó la atención de los padres de familia porque el negocio de las fiestas clandestinas en las zonas periféricas de la ciudad, también permiten el consumo abierto de alcohol y alucinógenos. (Llano Siete Días, 2015).

“Hemos logrado frenar estas fiestas pero todavía las siguen haciendo aquí el llamado es a los padres de familia para que vigilen para donde van sus hijos, quienes son sus amigos y en qué se gastan el dinero que les dan ocasional o como mesada”, precisó Sandoval. (Llano Siete Días, 2015).

Coincidió con el Secretario de Salud en que la marihuana es la sustancia psicoactiva de mayor consumo por la juventud en la capital del Meta, porque aparte de ser la más económica, es la que se consigue con mayor facilidad. (Llano Siete Días, 2015).

No son solo drogas: También preocupa a las autoridades el consumo de tabaco y licor entre esta comunidad (incluso las bebidas energizantes), pues aunque tiene algunas restricciones para los menores de edad, es admitido por buena parte de la sociedad sin pensar que su consumo en exceso puede crear dependencia, igual que como pasa con los estupefacientes.

Qué hacer y qué no para ayudar a un adicto: Para la psicóloga Diana Pedroza, lo primero que se debe hacer cuando se descubre que un familiar, amigo o cercano se inició en el consumo de alucinógenos se debe brindar el mayor apoyo posible y de inmediato acudir al sistema de salud pues está contemplado dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS).

“El consumo tiene varias etapas, hay muchos jóvenes que creen que por solo probar no van a convertirse en adictos, de ahí la importancia de que la persona rechace de inmediato la dosis que le ofrezcan”. También recomendó a la familia que padezca esta situación buscar ayuda para no cometer errores y quizás empujar más al adicto hacia el consumo.

Por ejemplo, Si el afectado siente rechazo o aislamiento de su familia o cercanos puede aumentar su inestabilidad emocional y ansiedad y refugiarse en las sustancias psicoactivas. Al respecto, la epidemióloga Alexsy Ruiz, manifestó que este fenómeno ataca a todos los estratos de la ciudad, por lo que es necesario establecer un control sobre lo que hacen los hijos dentro y fuera del colegio. En el caso de los colegios recomendaron que cada plantel tenga un plan de manejo interno para poder brindar apoyo bajo criterios de confidencialidad para no generar estigmatización en el afectado. (Llano Siete Días, 2015).