

**CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y FAMILIAR FRENTE AL
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES
COLOMBIA**

Ana María Báez Luna

Itzel Sofia Falla Moran

Laura Belén García Hernández

Nathalia Alejandra Giraldo Torres

Daniel Alejandro Romero Sánchez

Universidad El Bosque

Facultad de Medicina

Pregrado Medicina

Bogotá

2019

**CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y FAMILIAR FRENTE AL
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES
COLOMBIA**

Ana María Báez Luna

Itzel Sofía Falla Moran

Laura Belén García Hernández

Nathalia Alejandra Giraldo Torres

Daniel Alejandro Romero Sánchez

Directora: Arlin Martha Bibiana Pérez Hernández

Trabajo de Grado para Optar por el Título de Médico Cirujano

Universidad El Bosque

Facultad de Medicina

Pregrado Medicina

Bogotá

2019



La Universidad EL BOSQUE no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia.

Agradecimientos

En primer lugar, un agradecimiento especial a nuestra tutora Bibiana Pérez, por la dirección, orientación y atención a nuestras dudas sobre la metodología y sus sugerencias para la realización de este trabajo.

Asimismo, a la Universidad El Bosque por darnos las bases, el apoyo y la oportunidad de estar en diversos sitios de rotación en donde pudimos aprender y relacionarnos con diferentes personas, a ser más humanos y tomar conciencia de la realidad social de nuestro país.

A los protagonistas de nuestra tesis; a los niños y adolescentes con los que tuvimos contacto durante las diferentes prácticas de rotación y durante toda nuestra carrera; por ustedes y por la idea de que tengan un mundo mejor es este trabajo de investigación.

Finalmente, y sin restar importancia, gracias a nuestras familias, padres, hermanos y hermanas por el apoyo, el amor y la energía que siempre nos brindan, son el motor de nuestras vidas.

Tabla de contenido

Resumen.....	1
Introducción.....	3
Objetivos.....	7
General.....	7
Específicos.....	7
Marco teórico.....	8
Caracterización general de las sustancias psicoactivas.....	8
Alcohol.....	8
Tabaco.....	10
Marihuana.....	11
Heroína.....	12
Cocaína.....	12
Éxtasis.....	13
Hongos alucinógenos.....	14
Inhalantes.....	15
Uso de sustancias psicoactivas y factores psicosociales.....	16
Funcionalidad familiar y consumo de sustancias psicoactivas.....	20
Metodología.....	24
Tipo de estudio.....	24
Población y variables de estudio.....	24
Aspectos éticos.....	26
Resultados.....	27
Discusión.....	40
Conclusiones.....	42
Bibliografía.....	43

Resumen

El consumo de sustancias psicoactivas es una problemática creciente a lo largo del mundo y particularmente en Colombia, donde se evidencia el creciente consumo a edades cada vez más tempranas convirtiéndose en un problema de salud pública. El objetivo de este estudio es identificar la asociación entre el consumo de sustancias psicoactivas, el nivel de funcionamiento familiar y variables sociodemográficas en escolares entre los 12 y 17 años en Colombia. Mediante la realización de un estudio descriptivo y de corte transversal a partir de la Encuesta Nacional de Salud Mental del año 2015, la cual contó con un diseño muestral probabilístico, estratificado por edad y polietápico con representatividad nacional y regional. Los resultados obtenidos demuestran que las principales variables sociodemográficas asociadas con la mayor prevalencia de consumo de sustancia fueron: Las zonas urbanizadas y el hecho estar escolarizado. Adicionalmente se identifica una asociación entre la edad y el consumo, puesto que, a mayor edad, mayor es el consumo de sustancias. Teniendo en cuenta esto, se observa una discrepancia entre lo propuesto por la literatura tradicional contrastado con lo observado en el presente estudio, se plantea como necesidades futuras de investigación la realización de estudios de tipo analítico y longitudinal con el fin de observar el comportamiento de las variables asociadas en los individuos a través de los años, y definir si en aquellas personas en quienes se identificaron factores de riesgo, a lo largo de los años, persisten o varían.

Palabras Clave

Sustancias psicoactivas, consumo, adolescentes, niños, funcionalidad familiar, escolaridad, factores de riesgo, relaciones familiares, APGAR familiar, pobreza.

The consumption of psychoactive substances is a growing problem throughout the world and particularly in Colombia, where the increasing consumption is evident at increasingly younger ages, becoming a public health problem. The objective of this study is to identify the association between the consumption of psychoactive substances, the level of family functioning and sociodemographic variables in schoolchildren between 12 and 17 years of age in Colombia. By carrying out a descriptive and cross-sectional study based on the results of the 2015 National Mental Health Survey, which had a probabilistic sample design, stratified by age and multi-stage with national and regional representativeness. The results obtained demonstrated that the main sociodemographic variables associated with the highest prevalence of substance use were: Urbanized areas and the fact of being in school. Additionally, an association between age and consumption is identified, since the older, the greater the consumption of substances. A discrepancy is observed between what is proposed by the traditional literature contrasted with that observed in the present study. It is considered a future research needs to carry out analytical and longitudinal studies in order to observe the behavior of associated variables in individuals over the years, and to define whether in those people in whom risk factors were identified, over the years, they persist or vary.

Key words

Psychoactive Substances, substance use, adolescents, children, family functionality, schooling, risk factors, family relations, family APGAR, poverty.

Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en población escolar entre 12 y 17 años se ha convertido en una problemática de salud pública debido a su incremento en la última década en Colombia.¹

Según datos de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC) (2015) se estimó que la prevalencia mundial de consumo de sustancias psicoactivas en población general fue 3,8% para marihuana, cocaína 0,35%, opioides 0,73%, anfetaminas 0,77% y éxtasis 0,45%.^{2,3}

UNODC (2017) estimó que la magnitud global del daño provocado por el consumo de drogas se evidencia por los 28 millones de años de vida perdidos por discapacidad (AVAD) en el 2015, de los cuales se atribuyen 10 millones de AVAD a la discapacidad ocasionada por el consumo de drogas y 18 millones de años de vida perdidos debido a la mortalidad prematura consecuencia del consumo.²

Los opioides son las sustancias más perjudiciales para la salud dado su asociación con el riesgo de sobredosis fatales y no fatales, así como el riesgo aumentado de contraer enfermedades infecciosas. La asociación de enfermedades infecciosas y el consumo de SPA se explica en los casi 12 millones de personas consumidoras de drogas por inyección de las cuales 1,6 millones tiene VIH y más de la mitad con el virus de hepatitis C. En general, la población pierde más AVAD por hepatitis C que por VIH. Se calcula que la tuberculosis es más común en personas consumidoras de SPA (8%) que en la población general (0,6%).³

Con relación al consumo de SPA, en población escolar de la región de las Américas, la Comisión interamericana para el control del abuso de drogas CICAD (2011), evidenció que los países con mayor prevalencia de consumo de alcohol en el último mes fueron Santa Lucía (63,77%) y Colombia (50,30%)

mientras que el Salvador obtuvo la menor prevalencia (11,5%). Con respecto al consumo de cannabis, el país de mayor prevalencia en el último año fue Canadá con 24% y Haití el de menor con 0,7%. Mientras que el consumo de tabaco muestra una razón de prevalencia 7:1 en comparación con el uso de marihuana. Con respecto al uso de sustancias inhalables en estudiantes de secundaria se encontró en el último mes mayor prevalencia en Brasil 14,34% y la menor en República Dominicana con 0,50%. Por último, se estima que los países con más alta prevalencia de consumo de cocaína en el último mes fueron Guyana 1,78% y Chile 1,70%.⁴

Con respecto al consumo de SPA en Colombia, según el Estudio Nacional De Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar, Colombia (2011) se evidenciaron factores predisponentes al consumo como la edad, el grado escolar, la naturaleza jurídica del establecimiento estudiantil y el sitio demográfico donde habita el estudiante.⁵

En relación a la edad y el grado escolar, se demostró que los estudiantes de edades entre 16 y 18 años, que cursan grados superiores alcanzaron una prevalencia de consumo de 17,4% de cigarrillo, 58,16% de alcohol, 10,10% de marihuana y 4,03% de cocaína, en comparación con los estudiantes de cursos inferiores de edades entre 11 y 12 años que mostraron prevalencias más bajas, 2,8% para tabaquismo, 19,48% de alcohol, 1,27% de marihuana y 0,38% de cocaína.⁵

La naturaleza jurídica del establecimiento estudiantil arrojó que los establecimientos privados demostraron mayor prevalencia de consumo, siendo 10,82% de tabaquismo, 44,13% de alcohol, 5,63% de marihuana y 2,14% de cocaína, en comparación a los colegios públicos que obtuvieron prevalencias de 9,44% de tabaquismo, 38,39% de alcohol, 5,09% de marihuana y 1,78% de Cocaína.⁵

En relación con el lugar de residencia del estudiante se dedujo que en departamentos más urbanizados hay mayor consumo de sustancias. Por ejemplo, en Cundinamarca se encontraron prevalencias de consumo de 11,27% de tabaquismo, 48,02% de alcohol, 4,24% de marihuana y 1,31% de cocaína, en comparación con el departamento del Chocó donde se presentaron cifras de prevalencia de 1,12% de tabaquismo, 35,04% de alcohol, 0,95% de marihuana y 0,56% de cocaína.⁵

Con respecto a la producción científica, se encuentra que las condiciones que hacen presente el consumo de sustancias son: mayor estrés familiar, abandono y fallas en la comunicación familiar.⁶ La falta de calidez parental condiciona directamente al inicio del consumo de sustancias.^{7,8} Los vínculos débiles entre padres e hijos y las relaciones de insatisfacción son fuertes factores de riesgo a tener en cuenta, ya que son de los que más influencia tienen sobre los niños.^{9,10} Adicionalmente las disputas y divorcio entre padres, violencia doméstica son fuertes predisponentes al consumo en adolescentes.^{11,12}

Los principales factores de riesgo que influyen en el consumo de sustancias en la población joven están asociados con la dinámica familiar y la personalidad del individuo, la influencia social y la carencia de apoyo.^{13,14,15} Así mismo, la prevalencia del consumo está relacionada en un 30% por el consumo concomitante de la figura paterna, en un 5% con el antecedente materno y 14% con el consumo entre hermanos.^{16,17,18,19} El uso de sustancias en jóvenes afecta directamente las redes neuronales con repercusión en las funciones cognitivas como el aprendizaje, disminución del coeficiente intelectual, la memoria, motivación, afectación visual, pérdida de autocontrol, de la regulación en el estado de ánimo y de la capacidad para ejecuciones finas.^{16,17,18,19, 20}

El consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes es un problema de salud pública por la cantidad de menores que cada vez se suman al consumo y las edades de inicio son cada vez más tempranas. La necesidad de la realización del estudio subyace en la realización de producción científica que integre la

asociación del consumo de sustancias con los factores familiares y sociodemográficos a nivel poblacional en Colombia. Por tanto, el desarrollo de este estudio contribuye a entender cuál es la asociación que existe entre los factores anteriormente nombrados (consumo de SPA, el funcionamiento familiar y las características sociodemográficas) de los adolescentes colombianos, con el fin de poder identificar a las poblaciones vulnerables y así mismo, contribuir para el desarrollo de nuevas políticas preventivas que impacten sobre los factores de riesgo.

Se propone el desarrollo de un estudio descriptivo que permita identificar variables asociadas con el consumo de SPA en escolares, entre los 12 y 17 años a partir de la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores de carácter familiar y sociodemográfico que predisponen a los escolares de 12 a 17 años al inicio de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia?

Objetivos

General

Evaluar la asociación entre el consumo de sustancias psicoactivas, el nivel de funcionamiento familiar y variables sociodemográficas en escolares entre los 12 y 17 años en Colombia a partir de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015.

Específicos

1. Describir la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en la población de 12 a 17 años en Colombia.
2. Caracterizar el consumo de sustancias psicoactivas en la población de 12 a 17 años en Colombia con el grado de funcionalidad familiar a través de la encuesta APGAR.
3. Describir las variables sociodemográficas en el consumo de SPA en la población de 12 a 17 años en Colombia.
4. Determinar la relación entre la prevalencia del consumo, la funcionalidad familiar y las variables demográficas de SPA en la población escolar en Colombia.

Marco teórico

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en la población escolar de edades comprendidas entre los 12 y 17 años se ha convertido en un problema grave de salud pública debido al incremento en el consumo de estas de los jóvenes en el intervalo de edad ya mencionada. Adicionalmente, se ha demostrado que varios factores psicosociales y económicos aumentan el consumo de sustancias en este grupo etario, como la relación familiar, entre otras. ^{2, 6, 16, 17, 18}

A continuación, haremos una revisión de las generalidades de las sustancias psicoactivas que son usadas más frecuentemente; como el alcohol, tabaco, marihuana, heroína, cocaína, éxtasis, hongos alucinógenos y los inhalantes. Adicionalmente, se hablará sobre la relación que existe entre el consumo de estas sustancias y las características tanto sociodemográficas como de funcionalidad familiar a la cual pertenecen los usuarios de estas drogas.

Caracterización general de las sustancias psicoactivas

Alcohol

El consumo de bebidas alcohólicas se remonta a los orígenes del ser humano y ha sido ampliamente utilizada con una inmensa aceptación social por diversas civilizaciones a lo largo de la historia. Las bebidas con contenido alcohólico se obtienen a partir de 2 procesos diferentes conocidos como la fermentación y la destilación, el resultado de ellos es lo que le da el grado a la bebida, entiéndase grado como el porcentaje de alcohol que tiene la misma. ²⁴

El alcohol etílico es un depresor del sistema nervioso central que es ingerido por vía oral, a través de determinadas bebidas que lo contienen en unos porcentajes variables. Los retardos en el vaciado gástrico causados, por ejemplo, por la presencia de alimentos hacen más lenta su absorción. El metabolismo

primario por el alcohol deshidrogenasa gástrico y posteriormente hepático disminuye la biodisponibilidad del etanol en tanto que las diversidades de géneros y genéticas pueden explicar las diferencias individuales en los niveles de alcohol en la sangre. ²⁴

El etanol tiene efectos conductuales bifásicos. En dosis bajas, los primeros efectos que se observan son desinhibición y una mayor actividad; en cambio, en dosis más elevadas disminuyen las funciones cognitivas, perceptivas y motoras. Los efectos sobre el estado de ánimo y las emociones varían mucho de una persona a otra. ²⁵

Cuando el alcohol llega a la sangre (entre 30 y 90 minutos después de ser ingerido) se produce una disminución de los azúcares presentes en la circulación sanguínea, lo que provoca una sensación de debilidad y agotamiento físico. Lo anterior es debido a que el alcohol acelera la transformación de glucógeno en glucosa y ésta se elimina de forma más rápida. ²⁵

Dosis elevadas sobre el tubo digestivo dan lugar a trastornos de la motilidad esofágica, aparición de reflujo gastroesofágico con todas sus posibles consecuencias, gastritis, trastornos del vaciado gástrico y diarrea. A nivel cardiovascular el consumo agudo da lugar a una reducción aguda de la función contráctil del corazón y a la aparición de arritmias cardíacas. Las alteraciones agudas de la función contráctil del corazón se deben a un efecto inotrópico negativo del etanol sobre el músculo cardíaco, pero este efecto suele quedar enmascarado por un efecto indirecto cronotrópico e inotrópico positivo secundario a la liberación de catecolaminas. ²⁶

El consumo crónico de alcohol puede inducir alteraciones neurocognitivas en una gran proporción de los sistemas y estructuras cerebrales. Ocurren alteraciones específicas en la función y morfología del

diencéfalo, las estructuras de los glóbulos medios temporales, lóbulo frontal basal, corteza frontal y cerebelo, en tanto que otras estructuras subcorticales, como el núcleo caudado, parecen quedar relativamente intactas. Las alteraciones neuropatológicas en las estructuras mesencefálicas y corticales se correlacionan con deficiencias en los procesos cognitivos. En personas dependientes del alcohol, la corteza prefrontal parece particularmente vulnerable a los efectos del etanol. Debido a la función de las estructuras corticales en las funciones cognitivas y en el control de la conducta motivada, las alteraciones funcionales en esta zona cerebral pueden desempeñar un importante papel en el inicio y desarrollo de la dependencia del alcohol. ²⁷

Tabaco

Es una planta originaria de América cuyo principio activo es la nicotina la cual tiene una gran variedad de efectos complejos y a veces impredecibles, tanto en la mente como en el cuerpo ya que es la responsable de la adicción al tabaco. Además de la nicotina, el humo del tabaco contiene más de 4.000 compuestos químicos, entre los que se encuentran el alquitrán y el monóxido de carbono, que pueden actuar como reforzadores de la adicción y causar diversos problemas en el organismo. ²⁸

En el caso del alquitrán este compuesto es el responsable de la mayoría de cánceres inducidos por el consumo de tabaco tales como cáncer de pulmón, de cavidad oral, faringe, laringe, entre otros. Por otro lado, el monóxido de carbono impide un adecuado abastecimiento de oxígeno a las células del organismo por su acción que desplaza al oxígeno de los hematíes al formar el complejo carboxihemoglobina junto con la hemoglobina. ²⁸

El tabaco, es una droga psicoactiva y altera fácilmente la conducta capaz de producir severa dependencia química en el consumidor. La nicotina se absorbe rápidamente y llega al cerebro al cabo de unos 7 a 10

segundos. Ejerce su acción sobre el sistema nervioso central, así como también en el sistema nervioso autónomo. La nicotina produce efectos somáticos tales como elevación de la frecuencia cardíaca y la presión arterial. El efecto en el cerebro es paradójico, causando una estimulación inicial y luego depresión.²⁸

Estos efectos son mediados por receptores nicotínicos y son dependientes de la dosis. La nicotina produce estados de ánimo similares a los producidos por estimulantes psicomotores como las anfetaminas y la cocaína. Las personas que consumen nicotina lo hacen buscando el efecto placentero proveniente de la estimulación del sistema nervioso central, o su efecto relajante proveniente de la depresión de este.²⁸

Marihuana

Los cannabinoides generalmente se inhalan fumándose, aunque a veces también se ingieren, estos permanecen en el cuerpo durante periodos prolongados y se acumulan tras su uso repetido. Existen varios estudios que han demostrado sus efectos terapéuticos, por ejemplo, ayudan a controlar náuseas y vómitos en algunos pacientes oncológicos; sin embargo, en la mayoría de los adolescentes son usados con fines recreativos.²⁹

En cuanto a los efectos de los cannabinoides se encuentran efectos sobre la conducta ya que cuando hay consumo la percepción del tiempo se hace más lenta y hay una sensación de relajación y de conciencia sensorial aguda. Los derivados del cannabis producen reacciones de tipo motivación en los humanos, lo que conduce a comportamientos de búsqueda de drogas y uso repetido.²⁹

Se ha demostrado que los efectos de la marihuana están íntimamente relacionados con los diferentes receptores cannabinoides; en el cerebro estos receptores se encuentran en altas concentraciones en áreas

que afectan el placer, la memoria, el pensamiento, la concentración, así como la percepción sensorial, el apetito, el dolor y la coordinación motora. Esta es la razón por la que la marihuana puede tener grandes efectos como lo es el deterioro de la memoria a corto plazo (memoria de acontecimientos recientes), dificulta el aprendizaje y retención de información, disminución de la coordinación motora, alteración del juicio y la toma de decisiones, entre otros. ³⁰

Heroína

La heroína es una droga obtenida de la morfina la cual proviene del opio de la amapola, con propiedades analgésicas y euforizantes. Se puede administrar por vía nasal, aspirando su vapor o inyectada. Se dice que es la búsqueda de la sensación de bienestar y placer que se siente al inicio la que lleva a las personas a consumir esta droga a pesar de los riesgos y efectos que esta ocasiona, como las náuseas, el vómito, mareo, estreñimiento y purito. ³¹

Como efectos a largo plazo generados por un consumo continuo de heroína se encuentra la tolerancia y dependencia física y psicológica. Adicionalmente, se puede presentar un síndrome de abstinencia secundario al cese brusco de la droga. Cuando la droga es aplicada de manera inyectada, la población consumidora se hace más vulnerable al VIH y Sida y a otras enfermedades infecciosas como la hepatitis B y C. ³¹

Cocaína

La cocaína es un alcaloide obtenido de las hojas del arbusto *Erythroxylon coca*, estas contienen distintos componentes como taninos, aceites vegetales y alcaloides. Cuando la cocaína pasa a la sangre se distribuye en el organismo teniendo mayor afinidad con el cerebro, debido a la alta liposolubilidad puede atravesar la barrera hematoencefálica y la feto placentaria. ³²

Tiene un gran efecto a nivel comportamental y emocional, su acción sobre los centros de recompensa permite que sea altamente adictiva. Dentro de los efectos que genera se encuentran estados de depresión, grandiosidad, ansiedad, episodios de paranoia y trastornos afectivos. Además, genera sensación de bienestar y disminuye la sensación fatiga, adicionalmente está relacionada con arritmias, infarto de miocardio, insuficiencia respiratoria, alteraciones cerebrovasculares, convulsiones, anorexia, desnutrición, las cuales son algunas de las consecuencias a mediano y largo plazo que se pueden generar por el consumo de la cocaína. ³²

Cuando es administrada por vía intranasal puede ocasionar perforación del tabique, epistaxis, anosmia, disfonía y alteraciones en la deglución. Su administración por vía oral puede ocasionar isquemia intestinal y cuando es usada por vía intravenosa puede contribuir al contagio de infecciones como VIH y hepatitis. ^{32,33}

Éxtasis

La 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA), también conocida como molly, éxtasis o X, es un tipo de estimulador que pertenece al mismo grupo de la cocaína y las anfetaminas, pues muchos de sus efectos agudos son similares a los de estas sustancias psicoactivas. El consumo de esta sustancia se usa a menudo por la sensación de bienestar, estimulación y distorsión de la percepción del tiempo y del espacio que genera. ³⁴

Esta sustancia se consume por vía oral, aunque también puede llegar a inyectarse o inhalarse. Dentro de sus efectos a corto plazo puede inducir al organismo a ignorar síntomas como la deshidratación, mareos y/o agotamiento, quien la consume puede experimentar los efectos alrededor de 45 minutos después de

tomar una sola dosis, los efectos inmediatos incluyen la sensación de bienestar, mayor extroversión, calidez emocional, empatía hacia otros y la capacidad de conversar con gran carga emocional. ³⁴

El éxtasis puede causar efectos secundarios agudos que pueden poner en riesgo la vida como convulsiones, aumento de la presión arterial, entre otros. A largo plazo su consumo puede dañar determinadas zonas cerebrales, lo que puede llevar a grandes depresiones, pérdida de memoria y disminución en la capacidad de aprendizaje. ²⁹

Hongos alucinógenos

Los dos grandes componentes de los hongos alucinógenos son la psilocibina y la psilocina, ambos triptófanos alcaloides agonistas de los receptores 5-hydroxytryptamine (5-HT)_{2A} clásicamente conocidos como receptores de serotonina. Los efectos están relacionados, en bajas dosis con alteración de la percepción de la realidad de la persona, la mayoría de veces de forma impredecible, dado a cambios en el estado de ánimo con causa o no de estimulación psicomotriz, depresión y privación del estado de alerta, memoria y orientación. ³⁵

Así como alteración en la sensopercepción del individuo dado a distorsiones visuales, auditivas, gustativas y olfatoria en forma conjunta que se conocen con el término semiológico de sinestesia. Se les conoce con el nombre alucinógenos por la propiedad de crear la sensación de manifestaciones que realmente no existen, pero este síntoma durante el consumo puede no estar presente y los síntomas psicodélicos y psicomiméticos son los preferiblemente referidos. Sin embargo, a diferencia de las otras sustancias psicoactivas estas no generan dependencia y no suelen ser usadas por largos períodos ya que no interfieren con la vía mesolímbica de la recompensa. ³⁵

La concentración de los componentes psilocibina y la psilocina depende del origen, especie y las condiciones del ambiente de los hongos, adicionalmente, ambos pueden ser químicamente elaborados. Se considera que generan poca toxicidad ya que una persona tendría que consumir por lo menos 1,7 kg de hongos para que alcance las dosis máximas tóxicas. Entre sus efectos en órganos blanco podemos encontrar taquicardia, hipertensión/hipotensión, cefalea, confusión, euforia, debilidad muscular, alucinaciones, ataques de pánico, ilusiones, disestesias, convulsiones, alteración del estado de conciencia, vértigo, ansiedad, agitación, tolerancia a la sustancia, hipoxemia, náuseas, enfermedad renal aguda, midriasis. No se dispone de un antídoto específico en el mercado. ³⁵

Adicionalmente, la mayoría de los hongos alucinógenos que están siendo consumidos en un lapso de tiempo por lo general no producen mayor cantidad de síntomas tóxicos, entre ellos se han descrito los de origen gastrointestinales, sin embargo, se ha descrito que pueden producir enfermedad hepática aguda fulminante dado a necrosis severa con la consecuente necesidad de trasplante hepático. ³⁶

Inhalantes

El Popper, es el nombre genérico por el cual se conoce a un tipo de drogas consumidas por inhalación, compuestas en su mayoría de nitritos de alquilo como el nitrito de isopropilo, el 2-propil nitrito y el nitrito de isobutilo, además del nitrito de amilo y el nitrito de butilo. Son líquidos amarillentos, casi transparente, altamente volátil, con un fuerte olor característico envasado en botes de cristal de 10 a 30 ml. Es una droga depresora del SNC, aunque su efecto inicial sea estimulante y con acción vasodilatador. El nombre “poppers” es onomatopéyico, derivado del ruido que se producía al romper la ampollita que contenía el amil-nitrito. Inicialmente, fue usado como vasodilatador inhalado para aliviar la angina de pecho, según

los estudios de Lauder Brunton en 1857, pero luego de eso empezaron a consumirse en discotecas en los años 1970. ³⁷

Los efectos se producen muy rápido, y su duración es muy breve, entre 15 segundos y 2 minutos. Dilata los vasos sanguíneos (que causa una disminución repentina en la presión arterial), aumenta el ritmo cardíaco, y produce una sensación de calor y de euforia, que dura generalmente un par de minutos, con posterioridad produce depresión y agotamiento. La inhalación de los nitritos relaja los músculos, como los del esfínter del ano y de la vagina, por lo que a menudo es empleado en el acto sexual, ya que al tener propiedades vasodilatadoras uno de sus principales efectos es el de potenciar la erección, aunque también puede acarrear su pérdida a altas y prolongadas dosis. ³⁸

Las consecuencias del consumo de Popper incluyen aumento de la presión intracraneal, taquicardia, mareos, debilidad, palidez, cefalea, náusea, vómito, quemaduras alrededor de la mucosa de los labios, mejillas y nariz y dermatitis. Entre los efectos más graves se encuentran el desarrollo de neumonía lipoidea. El uso a largo plazo produce efectos serios, dadas las altas concentraciones de metahemoglobina circulante que genera una hipoxia tisular, la cual sumada a la vasodilatación generada prevalece la micro ruptura de capilares cerebrales y el colapso cardiovascular. ³⁸

Uso de sustancias psicoactivas y factores psicosociales

Se conoce que el consumo de las sustancias psicoactivas en general, causan una gran repercusión en la morbimortalidad. Así como se han identificado distintos factores relacionados con el inicio temprano del consumo dados básicamente por la influencia social y el entorno de los pares en donde se desarrolla el adolescente. ³⁹

El período de riesgo de inicio de consumo se concentra en la adolescencia, dado por el uso primario de sustancias legales y el consecuente uso de sustancias ilegales con un alto riesgo de consumo regular tras los primeros 3 años de experimentación. El uso de sustancias psicoactivas en edades más tempranas está relacionado con un elevado riesgo de desorden orgánico o mental relacionado con el uso de sustancias.

40

Los adolescentes que residen en ciudades grandes tienden a exponerse a la delincuencia con más facilidad que aquellos que residen en pequeños pueblos, lo que podría estar relacionado con un mayor consumo de sustancias. ⁴¹

Se han propuesto múltiples razones que propician el consumo de sustancias, aunque la mayoría de los escolares no pueden explicar una razón específica para el inicio del consumo. Se ha demostrado que las características específicas de la personalidad de los adolescentes pueden estar relacionadas con el consumo, así como situaciones evocadas en el ambiente de desarrollo como el estrés, la ansiedad y la incertidumbre. ⁴¹

Respecto al consumo de bebidas alcohólicas se conoce que se da principalmente en 2 contextos, con propósitos religiosos y con propósitos recreativos. En adolescentes respectivamente, se ha demostrado que existe una relación entre las características propias de la persona y el aumento del consumo de sustancias psicoactivas, ya que aquellos con baja autoestima, aislamiento social e infelicidad tienden a tener un mayor riesgo de consumo de esta sustancia. Así mismo, los factores sociodemográficos pueden influenciar el consumo. Las poblaciones que se hayan en mayor riesgo son aquellas en condiciones de

pobreza porque por el hecho de vivir en un nivel socioeconómico más bajo tienden a tener peor autoestima y bienestar.⁴²

El uso de tabaco y marihuana es muy popular entre los adolescentes y existe una alta tasa de comorbilidad entre ellos e incluso en los adultos jóvenes. Destaca el hecho de que existen factores protectores que pueden evitar el consumo de sustancias entre ellos los personales como las expectativas que cada individuo tiene para su vida, así como los valores éticos y el conocimiento acerca del consumo de la sustancia, correlacionado directamente con la familia, la escuela y el grupo de pares.⁴³

Los adolescentes pueden ser más vulnerables a la adicción a la nicotina, dado al proceso vigente de la maduración cerebral, pueden estar más expuestos y suelen tener más sensibilidad a la nicotina. Así mismo, la nicotina tiene un papel importante en la memoria de trabajo, atención y el control de los impulsos.⁴⁴

Las percepciones de los adolescentes pueden influenciar el consumo de cigarrillo y aumentar el riesgo adicción. Los adolescentes con poca conciencia sobre los riesgos de la nicotina adquieren más dificultad para el cese del hábito de fumar.⁴⁵

Preocupa el hecho que el consumo de drogas ilícitas, en especial el consumo de cannabis, puede causar problemas psicológicos y sociales. Se ha podido observar que el consumo de cannabis está relacionado con problemas de salud de tipo psicológicos, con el consumo de otras drogas ilícitas, con el absentismo escolar, y con la conducta antisocial. Las personas adictas a la marihuana con frecuencia sufren otros trastornos mentales asociados. Estudios de población revelan la existencia de una asociación entre el consumo de cannabis y un mayor riesgo de esquizofrenia y en menor medida depresión y ansiedad.⁴⁶

Con respecto al consumo de tabaco, se ha demostrado que los adolescentes que empiezan el hábito de fumar en edades más tempranas se convierten más dependientes y encuentran más difícil dejar el hábito de fumar durante su vida. Adicionalmente, parece haber una relación entre el consumo de cigarrillo y el inicio del consumo de sustancias psicoactivas de carácter ilegal, ya que están en mayor riesgo de consumo concomitante de éstas sustancias. ⁴⁷

Se ha descrito que existen ciertos factores que pueden potenciar la dificultad para la cesación del hábito por ejemplo la historia de problemas de conducta en la niñez o depresión mayor. Los problemas de conducta están relacionados con el inicio temprano del consumo de sustancias y la dependencia del consumo, al igual que la depresión mayor se ha relacionado con una mayor dependencia de nicotina. ^{48, 49}

La cesación del consumo de cigarrillo es más fácil en las personas que empezaron después de los 13 años de edad. Los fumadores que empiezan el consumo a los 17 años o más tienen 2 veces más facilidad para el cese del hábito que aquellos empiezan a los 14 y 16 años de edad. Adicionalmente, se demostró que el predictor más fuerte para el cese del hábito fue un mayor nivel de educación, con una estimación de 2,5 más veces en las personas que completaron sus estudios comparado con aquellos que no terminaban sus estudios. ⁵⁰

Según una investigación publicada en 2015 por los centros para la prevención y el control de enfermedades (CDC) los factores de riesgo principales asociados al uso de heroína fueron: uso de otras drogas en el último año, ser de raza blanca (no hispanos), género masculino, edad entre los 18 y 25 años, con ingresos anuales bajos y sin seguro en salud. También, existe un riesgo alto de desarrollar

dependencia a la heroína en las personas dependientes a otras sustancias como analgésicos opioides, cocaína, marihuana y alcohol. ³¹

Ser hombre, la presión social, la presencia de algún trastorno psicológico o enfermedad mental, debilidad o ausencia de apoyo familiar, desórdenes de conducta en la infancia, causas genéticas (quienes tienen familiares en primer grado dependientes aumentan riesgo de uso, abuso o dependencia), físicas y medioambientales son algunos de los factores de riesgo que se han identificado en la dependencia a la heroína. ³¹

El consumo de cocaína se asocia con factores como: facilidad de acceso, baja percepción de riesgo, la presión de los pares, un control conductual escaso y la baja adherencia escolar. Adicionalmente, el concepto negativo de la familia, de las relaciones interpersonales y de sí mismo influyen como factores de riesgo para el consumo de esta droga, se asocian, además: antecedentes de violencia física, emocional y sexual; insatisfacción en las necesidades básicas de seguridad como la confianza, la seguridad emocional y la tranquilidad. ³³

Funcionalidad familiar y consumo de sustancias psicoactivas

Desde la perspectiva sistémica, la familia es definida como un conjunto organizado e interdependiente de unidades ligadas entre sí, en constante interacción entre ellas y en intercambio permanente con el exterior. Según el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (Unicef), la familia “es y seguirá siendo la red básica de relaciones sociales y elemento fundamental de cohesión social”; independientemente cómo esté conformada o estructurada, su labor es “irreemplazable en las funciones de socialización

temprana, de desarrollo de la afectividad, de transmisión de valores, de fijación de pautas de comportamiento y de satisfacción de las necesidades básicas de los seres humano. ⁵¹

Así mismo, la familia cumple con un papel fundamental y primordial, como lo es el brindar el medio propicio para el crecimiento y bienestar de todos sus miembros, principalmente, el de los niños, por tal razón, la familia debe garantizar; el desarrollo armónico de los niños y velar por la protección integral, así como el cumplimiento de sus derechos como lo es la educación. ^{51,52}

El funcionamiento familiar ha sido definido como “aquel conjunto de atributos que caracterizan a la familia como sistema y que explican las regularidades encontradas en la forma como el sistema familiar opera, evalúa o se comporta”⁵²; los principales aspectos que se evalúa son: afectivos, de socialización, de cuidado de la salud, de la reproducción y económicos. Según lo anterior, la funcionalidad familiar se fundamenta, en la implementación de procesos que faciliten la capacidad de asimilación y adaptación a sucesos estresantes asociados a cambios según el ciclo vital por lo que se requiere una “transformación constante de las interacciones y de las reglas familiares capaces de mantener la continuidad de la familia y permitir el crecimiento de sus miembros”. ^{52,53}

Cuando en la familia no es posible la asimilación y adaptación a los cambios y sucesos estresantes, los incidentes eventualmente conducirán a la aparición de disfunciones y con esto a la facilidad de poner en riesgo el bienestar de todos los miembros de la familia, especialmente el de los más vulnerables; los niños. Por lo anterior, se ha asociado la disfunción familiar con resultados negativos durante la adolescencia, como consumo de sustancias, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, trastornos depresivos, entre otros. ⁵³

Los instrumentos de atención integral a la familia son útiles en la identificación del cumplimiento de las funciones básicas de la misma y permiten desarrollar una visión integrada de las interacciones, evaluando puntos débiles y fuertes de todos los integrantes. En pocas palabras, evalúan el funcionamiento familiar, percibido por un integrante de la familia, en un momento determinado. ⁵⁴

Existen varios instrumentos disponibles para evaluar el funcionamiento familiar, el APGAR familiar es uno de los más utilizados. El APGAR familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia; la adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive. La adaptabilidad es definida como la utilización de recursos intra y extra familiares para resolver problemas, cooperación se define como la participación de cada integrante en la toma de decisiones y responsabilidades. El desarrollo, está relacionado con la posibilidad de maduración tanto física como emocional y a la realización de cada miembro de la familia. La afectividad se define como la relación amorosa entre cada uno de ellos y la capacidad resolutive hace relación a la entrega, compromiso y dedicación hacia los demás integrantes de la familia. ⁵⁴

Sin embargo, estudios han demostrado que la influencia de los padres se relaciona con el consumo de sustancias, ya que muchas de las características de la identidad adquiridas en la etapa de la adolescencia está vinculado con la conformación familiar y por motivo de convivencia dado a que la mayoría de los adolescentes vive con sus padres. ⁴³

Se categoriza como factores de riesgo para el consumo de sustancias, la ausencia de modelos definidos de autoridad y afecto y padres autocráticos. Así como la ausencia de la figura paterna en el hogar o padres demasiado permisivos o desinteresados. La familia puede influir en el consumo de sustancias

psicoactivas, ya que la ausencia de los padres o la probabilidad de que uno de los padres se vuelva a casar puede influir en el consumo de sustancias.⁵⁴

Metodología

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo y de corte transversal, para describir la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas, el nivel de funcionamiento familiar y las variables sociodemográficas en adolescentes de Colombia, a partir de la Encuesta Nacional de Salud Mental del año 2015.^{22,23}

Población y variables de estudio

Se utilizó la Encuesta Nacional de Salud Mental del año 2015, que contó con un diseño muestral probabilístico, estratificado por edad y polietápico con representatividad nacional y regional.⁵⁵

La población de este estudio corresponde a los adolescentes entre 12 y 17 años entrevistados para la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 que, de acuerdo con los criterios de inclusión, son personas no institucionalizadas, residentes en Colombia en el área urbana o rural dispersa. El total de sujetos disponibles para este estudio fue de 1752 adolescentes entre 12 y 17 años

Las variables sociodemográfica analizada fueron: el nivel de pobreza de los encuestados (hogar en estado de pobreza/no pobreza), el área a la que pertenecía el hogar (rural/urbana), la edad del encuestado (de 12 a 17 años), el sexo (hombre/mujer); la escolaridad (encuestados escolarizados/no escolarizados), nivel educativo (ninguno/primaria/secundaria), la funcionalidad familiar se cuantificó mediante el APGAR que tuvo un puntaje de 1 a 20, el cual fue categorizado para los análisis en: la buena función familiar (puntaje de 18 a 20), disfuncionalidad familiar leve (17 a 14), moderada (13 a 10) y severa (9 o menos). Adicionalmente, para evaluar el consumo de sustancias psicoactivas, se analizaron las variables: ¿Ha consumido alguna vez alguna SPA?, ¿con qué frecuencia?, ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses? (ver anexo 1).

Se calcularon prevalencias de consumo para las diferentes sustancias psicoactivas, a partir de la información de consumo en los últimos doce meses y alguna vez en la vida en la población de 12 a 17 años, según la Encuesta de Salud Mental Colombia 2015. En el anexo 2 se presenta la definición de los indicadores calculados.

Para el análisis descriptivo de las variables seleccionadas se obtuvieron frecuencias y proporciones. Para evaluar la asociación entre las prevalencias de consumo y las variables sociodemográficas y el funcionamiento familiar, se realizaron análisis bivariados y se calculó la prueba estadística χ^2 Chi-cuadrado con ajuste de Yates o la prueba exacta de Fisher según el caso. El nivel de significancia se definió como un $\alpha \leq 0,05$. Los análisis se realizaron en el programa estadístico SPSS versión 22.[B1]

Aspectos éticos

De acuerdo con los principios en la Resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y según el artículo 11, se considera una investigación sin riesgo, obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud Mental del 2015 son anónimos, por lo tanto, los sujetos que participan en el estudio no podrán ser identificados y su información tampoco será modificada.

Resultados

Características sociodemográficas de los adolescentes de 12 a 17 años

En la tabla 1, se observó la distribución de las características sociodemográficas de los adolescentes encuestados. Se hizo una división de la edad en 2 grupos siendo así el primero con edades comprendidas entre los 12 a 14 años, y el segundo con edades comprendidas entre los 15 a los 17 años, un 50,3% de encuestados tenían edades entre los 15 a 17 años, frente a un 49,7% de encuestados con edades entre los 12 a 14 años. Se observó que el 85,7% de los encuestados se encontraban escolarizados, donde el mayor porcentaje correspondía al de los hombres (88,3%) con respecto al de las mujeres (83,4%), en el porcentaje restante, es decir, los adolescentes no escolarizados (14,3%), se observó un 16,6% en el grupo de las mujeres y 11,7% en el de los hombres, sin embargo, con respecto al nivel educativo, se observó que el mayor número (63,6%) de encuestados se encuentran en el nivel más bajo, que corresponde a ninguno/primaria. Adicionalmente, se concluyó que éste grupo estaba conformado en mayor proporción por hombres (67,2%) que por mujeres (60,3%) y en los estudiantes que se encontraban cursando secundaria se encontró que había mayor cantidad de mujeres (39,7%) con respecto al valor de hombres (39,7%).

Como se describió anteriormente, la funcionalidad familiar se categorizó en: buena función familiar, donde sólo el 35,3% de encuestados correspondían a dicho grupo, encontrándose mayor porcentaje de mujeres (37,8%) con respecto a los hombres (32,7%). Según el nivel de disfunción familiar se observó que un alto porcentaje de adolescentes (45,9%) se encontraban en el nivel de disfunción severo, más predominantemente en hombres (47,3%) que en mujeres (44,5%), seguido por el grado de disfunción leve (12,9%) donde al igual que el anterior, se encontró en mayor cantidad en los adolescentes hombres; por último, en el grado moderado (5,8%), se observó igual porcentaje (5,8%) tanto en hombres como en mujeres.

Adicionalmente, pudimos observar que la mayoría de encuestados se encuentran en situación de no pobreza (60,3%) y residiendo en zonas urbanas (77,7%), sin embargo, se concluyó que a pesar de que prevalece la no pobreza; la población en situación de pobreza corresponde a casi un cuarto de la población total, lo cual es realmente significativo.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adolescentes de 12 a 17 años, por sexo. Colombia, 2015.

Características	Total (n=1754)		Hombres (n=847)		Mujeres (n=907)		P
	n	%	n	%	n	%	
Edad, años							
12 a 14	871	49,7	407	48,1	464	51,2	0,194
15 a 17	883	50,3	440	51,9	443	48,8	
Escolarizado							
Si	1.504	85,7	748	88,3	756	83,4	<0,005
No	250	14,3	99	11,7	151	16,6	
Nivel Educativo							
Primaria o menos	1.116	63,6	569	67,2	547	60,3	<0,005
Secundaria	638	36,4	278	32,8	360	39,7	
Función familiar							
Buena	620	35,3	277	32,7	343	37,8	0,117
Disfunción Leve	227	12,9	120	14,2	107	11,8	
Disfunción Moderada	102	5,8	49	5,8	53	5,8	
Disfunción Severa	805	45,9	401	47,3	404	44,5	
Pobreza							
Si	696	39,7	330	39	366	40,4	0,552
No	1.058	60,3	517	61	541	59,6	
Zona de Residencia							
Urbano	1.362	77,7	643	75,9	719	79,3	0,092
Rural	392	22,3	204	24,1	188	20,7	

Fuente: Encuesta de Salud Mental, Colombia, 2015. Porcentajes sin datos expandidos.

En la tabla 2 se realizó una distribución entre las variables de consumo de alcohol, tabaco y marihuana alguna vez en la vida y el consumo de estas en los últimos 12 meses por sexo. Con respecto al consumo alguna vez en la vida se puede observar que la sustancia más consumida por ambos sexos es el alcohol con un 21,1%; así mismo, los hombres son quienes más consumen esta sustancia (26,1%) con respecto a las mujeres; la sustancia menos consumida en esta categoría tanto por hombres como mujeres es la marihuana con un (2,8%). En cuanto al consumo en los últimos 12 meses el alcohol sigue siendo la sustancia más consumida por ambos sexos (17,7%) con respecto al tabaco y la marihuana. Así mismo, puede observarse que el consumo de marihuana en los últimos 12 meses incrementó en hombres (4%) y mujeres (1,9%) en comparación con la distribución de consumo de estas sustancias alguna vez en la vida.

Tabla 2. Prevalencia de consumo de SPA alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses por sexo, Colombia, 2015.

Características	Total		Hombres		Mujeres		P
	n	%	n	%	N	%	
Consumo alguna vez en la vida							
Alcohol	370	21,1	221	26,1	149	16,4	<,005
Tabaco	94	5,4	58	6,8	36	4	<0,010
Marihuana	72	2,8	37	4,4	25	2,8	0,068
Consumo en los últimos 12 meses							
Alcohol	311	17,7	189	22,3	122	13,5	0,348
Tabaco	34	1,9	22	2,6	12	1,3	0,44
Marihuana	52	2,9	35	4	17	1,9	0,213

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud Mental Colombia 2015. Porcentajes con datos expandidos.

En la tabla 3 se pone en manifiesto el consumo de sustancias psicoactivas por alguna vez en la vida, según el sexo y la edad. De acuerdo a lo observado se puede observar un aumento exponencial del consumo a medida que se va incrementando la edad de los encuestados, con una mayor prevalencia de consumo en adolescentes con edades comprendidas entre los 16 y 17 años, así mismo, se evidenció que los hombres admitieron en mayor cantidad haber consumido una SPA alguna vez en la vida frente a las mujeres. Se analizó que la sustancia más consumida en menores de 17 años es el tabaco, teniendo un consumo en hombres de un 39,6%, siendo contrariamente la sustancia más consumida por el sexo opuesto de la misma edad con un consumo de 20,4%. Llama la atención que la única sustancia cuya prevalencia de consumo no es directamente proporcional a la edad es en el caso de la marihuana, donde se evidenció un mayor consumo en individuos de 16 años, frente a aquellos de otros grupos de edades, siendo especialmente consumida en este grupo de edad, reportando la mayor prevalencia de consumo para ambos sexos con una prevalencia de consumo de 41,2% para los hombres y de un 45,4% en el caso de las mujeres. El valor de p menor a 0,05 indica que los resultados son estadísticamente significativos, y que la prevalencia de consumo de SPA en los adolescentes depende del sexo y de la edad.

Tabla 3. Prevalencia de consumo de SPA alguna vez en la vida según sexo y edad, Colombia, 2015.

Consumo alguna vez de alcohol					
Edad	Hombres (n=221)		Mujeres (n=149)		P
	n	%	n	%	
12	13	5,6	7	3,4	<0,005
13	20	9,2	15	9,1	
14	21	10,4	15	5,9	
15	45	15,7	27	28,3	
16	58	21,7	34	26,2	
17	64	37,4	51	27,2	

Consumo alguna vez de tabaco					
Edad	Hombres (n=58)		Mujeres (n=36)		P
	n	%	n	%	
12	1	1,6	2	4,9	<0,005
13	6	11,6	2	3,9	
14	6	13,8	4	16,7	
15	11	16,5	5	32,7	
16	13	16,9	7	21,4	
17	21	39,6	16	20,4	

Consumo alguna vez de marihuana					
Edad	Hombres (n=37)		Mujeres (n=25)		P
	n	%	n	%	
12	0		1	3,8	<0,005
13	1	4,7	0		
14	2	3,3	2	12,5	
15	5	12,2	2	4	
16	16	41,2	6	45,4	
17	13	38,6	14	34,3	

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud Mental Colombia 2015. Porcentajes con datos expandidos.

En la tabla 4 se analizó la prevalencia de consumo de SPA alguna vez en la vida según sexo y función familiar. Se observó un mayor consumo de alcohol en adolescentes que según la escala APGAR reportaban tener una buena funcionalidad familiar reportando un consumo de 60,6% en hombres y del 68,8% en mujeres, disminuyendo progresivamente la prevalencia de consumo a medida que empeora la funcionalidad familiar. Respecto al tabaco se observó que el mayor consumo fue en hombres con buena funcionalidad familiar (64,1%), frente al mayor consumo reportado en mujeres que correspondió a aquellas con disfunción familiar leve (46,6%). En el caso del consumo de marihuana se evidencia que la mayor prevalencia de consumo registrada corresponde a hombres con buena funcionalidad familiar (49,6%) y con disfunción familiar moderada (30,1%), sin embargo, esto no ocurre en el caso de las mujeres donde la mayor prevalencia de consumo corresponde a aquellas con disfunción familiar leve (41,8%) y severa (30,8%). El valor de p menor al 0,05 indica que los resultados fueron estadísticamente significativos, y que la prevalencia del consumo de SPA en adolescentes depende del nivel de función familiar.

Tabla 4: Prevalencia de consumo de SPA en adolescentes de 12 a 17 años, alguna vez en la vida, Colombia 2015, según sexo y función familiar.

Consumo alguna vez de alcohol					
Función familiar	Hombres (n=414)		Mujeres (n=527)		P
	n	%	n	%	
Buena	227	60,6	343	68,8	<0,005
Disfunción leve	120	25,2	107	18	
Disfunción moderada	49	10,9	53	8,5	
Disfunción severa	18	3,2	24	4,6	

Consumo alguna vez de tabaco					
Función familiar	Hombres (n=40)		Mujeres (n=24)		P
	n	%	n	%	
Buena	18	64,1	7	27,2	<0,005
Disfunción leve	12	20,9	11	46,6	
Disfunción moderada	6	11,8	4	9	
Disfunción severa	4	3,3	2	17,2	

Consumo alguna vez de marihuana					
Función familiar	Hombres (n=24)		Mujeres (n=16)		P
	n	%	n	%	
Buena	11	49,4	5	19	<0,005
Disfunción leve	4	14,8	7	41,8	
Disfunción moderada	5	30,1	1	8,4	
Disfunción severa	4	5,6	3	30,8	

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud Mental Colombia 2015. Porcentajes con datos expandidos.

En la tabla 5 se realizó la asociación entre el consumo de alcohol alguna vez en la vida y las diferentes variables sociodemográficas. Se pudo observar que la mayor parte de los encuestados se ubicaron en la variable de no consumo de alcohol alguna vez en la vida, con porcentajes de 56,8% para las edades de 12 a 14 años y 43,2% para 15 a 17 años. El mayor porcentaje de consumidores de alcohol para alguna vez en la vida se encontró en el sexo masculino con un porcentaje de 57,5%; de los cuales un 80,6% de los consumidores habitaba en la zona urbana. Así mismo, dentro de los jóvenes que consumían alcohol se observó que el 79,9% eran escolarizados y se encontraban en nivel educativo secundaria. En cuanto a la funcionalidad familiar de los jóvenes que respondieron afirmativamente a esta pregunta, la mayoría contaban con un nivel bueno (53,9%) y solo un 5,8% contaba con disfunción familiar severa. El valor de p menor al 0,05 indica que los resultados fueron estadísticamente significativos para la asociación de consumo de alcohol y las características sociodemográficas analizadas.

Tabla 5. Asociación entre consumo de alcohol alguna vez en la vida y las características sociodemográficas en adolescentes de 12 a 17 años, Colombia 2015.

Características	Si (n=370)	No (n=1384)	P
Edad			
12 a 14	22,3	56,8	<0,005
15 a 17	77,7	43,2	
Sexo			
Masculino	57,5	47,2	<0,005
Femenino	42,5	52,8	
Escolarizado			
Si	79,9	88,1	<0,005
No	20,1	11,9	
Nivel Educativo			
Primaria o menos	43	68,5	<0,005
Secundaria	57	31,5	
Función familiar			
Buena	53,9	67,8	<0,005
Disfunción Leve	29	19,5	
Disfunción Moderada	11,3	9,2	
Disfunción Severa	5,8	3,5	
Zona de Residencia			
Urbano	80,6	72,2	<0,005
Rural	19,4	27,8	

Fuente: Encuesta de Salud Mental, Colombia, 2015. Porcentajes con datos expandidos.

En la tabla 6 se analizó la asociación entre el consumo de tabaco alguna vez en la vida, con diferentes características sociodemográficas. Se evidenció una mayor prevalencia de consumo en edades comprendidas entre los 15 a 17 años de edad (73,7%), así como un mayor consumo de dicha sustancia entre el género masculino cuya prevalencia de consumo se sitúa en un (55,5%) frente a un (44,5%) de consumo en el género femenino. Respecto a la educación, se encontró que el mayor consumo se dio en población escolarizada (79,7%), y que dicho consumo fue mayor en población con nivel educativo primaria o menor (54,5%), frente a niveles de educación superiores. La funcionalidad familiar muestra que el consumo fue mayor en aquellas personas que reportaron tener una buena funcionalidad familiar (51,2%), y que a medida que empeoraba dicha funcionalidad decrecía el consumo de tabaco. Respecto al área de residencia se encontró una mayor prevalencia de consumo en el área urbana (78,7%), frente al consumo reportado en el área rural (21,3%). Los valores de p menor al 0,05 indican que los resultados fueron estadísticamente significativos para la asociación entre el consumo de tabaco y las características sociodemográficas analizadas.

Tabla 6. Asociación entre consumo de tabaco alguna vez en la vida y características sociodemográficas en adolescentes de 12 a 17 años, Colombia 2015.

Características	Si (n=94)	No (n=1660)	P
Edad			
12 a 14	26,3	50,8	<0,005
15 a 17	73,7	49,2	
Sexo			
Masculino	55,5	49,1	<0,010
Femenino	44,5	50,9	
Escolarizado			
Si	79,7	86,7	<0,005
No	20,3	13,3	
Nivel Educativo			
Primaria o menos	54,5	63,4	0,377
Secundaria	45,5	36,6	
Función familiar			
Buena	51,2	65,8	<0,005
Disfunción Leve	29,8	20,9	
Disfunción Moderada	10,8	9,6	
Disfunción Severa	8,1	3,7	
Zona de Residencia			
Urbano	78,7	73,7	0,022
Rural	21,3	26,3	

Fuente: Encuesta de Salud Mental, Colombia, 2015. Porcentajes con datos expandidos.

En la tabla 7 se observó que la gran mayoría de encuestados (1692) respondieron que nunca habían consumido marihuana y sólo 62 respondieron que sí lo habían hecho alguna vez en su vida, el grupo con mayor porcentaje (88,9%) de consumo de marihuana fue el de 15 a 17 años, del cual 62,7% fueron hombres frente a un 37,3% de mujeres, además, se observó que la mayoría de adolescentes que sí consumieron marihuana se encontraban en secundaria (53,4%) y residían en zona urbana. Con respecto a la funcionalidad familiar, el mayor porcentaje de encuestados (37,3%) estaban dentro de la categoría de buena función familiar y el 15,6% se encontraban en disfuncionalidad severa. Los valores de p menor al 0,05 indican que los resultados fueron estadísticamente significativos, para la asociación entre el consumo de marihuana y las características sociodemográficas analizadas.

Tabla 7. Asociación entre consumo de marihuana alguna vez en la vida y características sociodemográficas en adolescentes de 12 a 17 años, Colombia 2015.

Características	Si (n=62)	No (n=1692)	P
Edad			
12 a 14	11,1	50,8	<0,005
15 a 17	88,9	49,2	
Sexo			
Masculino	62,7	49	0,068
Femenino	37,3	51	
Escolarizado			
Si	46,6	63,5	0,056
No	53,4	36,3	
Nivel Educativo			
Primaria o menos	46,6	63,5	0,066
Secundaria	53,4	36,5	
Función familiar			
Buena	37,3	66,3	<0,005
Disfunción Leve	25,6	21,2	
Disfunción Moderada	21,5	9	
Disfunción Severa	15,6	3,4	
Zona de Residencia			
Urbano	90,6	73,4	<0,005
Rural	9,4	26,6	

Fuente: Encuesta de Salud Mental, Colombia, 2015. Porcentajes con datos expandidos.

Discusión

De acuerdo con resultados presentados, las sustancias con mayor prevalencia de consumo por los adolescentes de 12 a 17 años son el alcohol, la marihuana y el cigarrillo, siendo el alcohol la sustancia más consumida por ambos sexos, las demás sustancias se deciden omitir dado que no fueron estadísticamente significativas; ya que generaron resultados iguales a 0 y por lo tanto no se consideró relevante su tabulación. En relación con la funcionalidad familiar se observa un mayor consumo en adolescentes que según la escala APGAR reportaban tener una buena funcionalidad familiar. Adicionalmente, se encuentra que para todas las sustancias se consume a mayor edad, así como los que residen en zonas urbanas y están escolarizados.

Según la literatura consultada, la ausencia de modelos definidos de autoridad y afecto, así como la disfuncionalidad familiar actúan como factor de riesgo para el consumo de sustancias.³¹ No obstante, lo que se observa en los resultados del estudio, es que el consumo más relevante de alcohol y tabaco en hombres se encuentra en adolescentes con buena funcionalidad familiar. En mujeres, por el contrario, el consumo de cigarrillo predomina en la categoría de disfunción familiar leve según el APGAR, el consumo de marihuana prima en aquellas familias con disfunción leve y severa y el consumo de alcohol se observa en jóvenes con buena funcionalidad familiar.

Dentro de los aspectos protectores para el no consumo de sustancias psicoactivas según la literatura, se encuentran la familia, la escuela y los grupos pares.⁴³ Sin embargo, en los resultados de la investigación se observa que quienes más consumen estas sustancias son aquellos jóvenes escolarizados.

Así mismo, según los autores consultados, aquellos jóvenes que residen en grandes ciudades están más expuestos al uso de sustancias psicoactivas y a la delincuencia con respecto a aquellos que residen en

pequeños pueblos ⁴¹, lo cual se relacionan con lo obtenido en los resultados del estudio quienes más consumen cualquiera de las tres sustancias (alcohol, cigarrillo y marihuana) pertenecen a zonas urbanas.

Dentro de las limitaciones del estudio se encuentra los datos faltantes en la variable de consumo dentro de los 12 meses, lo que impidió que se encontraran resultados estadísticamente significativos con las variables analizadas. Por otro lado, entre las principales fortalezas de este estudio está la calidad de las fuentes de información y las características de la muestra utilizada, que cuenta con representatividad nacional, y los resultados aportados que son de gran utilidad al relacionar simultáneamente variables familiares y sociales, lo cual contribuye a una mejor comprensión de la influencia del contexto familiar y social en el consumo de sustancias en esta población

Conclusiones

1. Se encontró que la sustancia de mayor consumo en población de 12 a 17 años a nivel nacional es el alcohol y es mayoritariamente consumida por hombres, seguida por el consumo de tabaco y de marihuana. Las demás sustancias no fueron significativas estadísticamente.
2. Las principales variables sociodemográficas asociadas con la mayor prevalencia de consumo de sustancia fueron: las zonas urbanizadas, el hecho estar escolarizado. Adicionalmente se identifica una asociación entre la edad y el consumo, puesto que, a mayor edad, mayor es el consumo de sustancias.
3. La disfuncionalidad familiar tiene débil asociación con el inicio de consumo de sustancias en la población encuestada.
4. Finalmente, como necesidades futuras de investigación es necesario realizar estudios de tipo analítico y longitudinales que permitan correlacionar el comportamiento de las variables asociadas a través de los años, así como la realización de éste tipo de análisis en grupos de edad mayores y definir si en aquellas personas en quienes se identificaron factores de riesgo, a lo largo de los años, persisten o varían.

Bibliografía

1. Situación del consumo de drogas [Internet]. OBSERVATORIO DE DROGAS DE COLOMBIA. 2017 [Citado 28 oct. 2017]. Disponible en: <http://www.odc.gov.co/problematica-drogas/consumo-drogas/situacion-consumo>
2. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). [Internet] Informe mundial sobre las drogas 2017. Naciones unidas: Mayo 2017. p 9-13. [Citado 13 nov. 2017]. Disponible en: https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf
3. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Informe mundial sobre las drogas. [Internet] Viena; 2015 my. [Citado 20 oct. 2017] Disponible en: https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015_Spanish_.pdf
4. Organización de los Estados Americanos. Informe del uso de drogas en las Américas 2011. [Internet] 2017 [Citado 20 oct. 2017]. Disponible en: http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/Uso_de_Drogas_en_Americas2011_Esp.pdf
5. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. [Internet]. Bogotá: 2013. p 13-173. [Citado 22 oct. 2017] Disponible en: https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf
6. Castillo I, Sanz M, Martínez A. Funcionamiento familiar y severidad de los problemas asociados a la adicción a drogas en personas que solicitan tratamiento. Adicciones. [Internet]. 2004 [Citado 13 nov. 2017];16(3):185-195. Disponible en: <http://adicciones.es/files/04.%20Iraurgi.pdf>
7. Díaz Morales K, Amaya Rey M. Factores familiares, individuales y ambientales en el consumo y no consumo de drogas en adolescente. Av.enferm [Internet]. 2012 [Citado 22 oct.

2017];30(1):37-59.

Disponible

en:

<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/39862/41790>

8. Estévez López E, Musitu Ochoa G, Herrero Olaizola J. El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud Mental* [Internet]. 2005 [Citado 13 nov. 2017];28(4):81-89. Disponible en: <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm2804/sm280481.pdf>
9. Protinsky A, Shilts J. Adolescent substance use and family cohesion. *Peer Reviewed Journal* [Internet]. 1990 [Citado 13 nov. 2017];17(2):173-175. Disponible en: <http://psycnet.apa.org/record/1991-10183-001>
10. Nieto C. Menores, jóvenes, educación, drogas y justicia. *Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales* [Internet]. 2012 [Citado 13 nov. 2017]. Disponible en: <https://revistabarataria.es/web/index.php/rb/article/view/98/97>
11. Carvalho V, Pinsky I, De Souza E Silva R, Carlini-Cotrim B. Drug and alcohol use and family characteristics: a study among Brazilian high-school students. *Addiction*. [Internet]. 1995 [Citado 13 nov. 2017];90(1):65-72. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7888981>
12. McQueen A, Getz J, Bray JH. J. Acculturation, substance use, and deviant behavior: examining separation and family conflict as mediators. *ADDICTION* [Internet]. 2003 [Citado 13 nov. 2017];74(6):1737-50. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14669893
13. Bjork J, Straub L, Provost R, Neale M. The ABCD Study of Neurodevelopment: Identifying Neurocircuit Targets for Prevention and Treatment of Adolescent Substance Abuse. *Current Treatment Options in Psychiatry* [Internet]. 2017 [Citado 22 oct. 2017];4(15):196–209. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40501-017-0108-y>
14. Bava, S., & Tapert, S. F. Adolescent Brain Development and the Risk for Alcohol and Other Drug Problems. *Neuropsychology Review*. [Internet]. 2010 [Citado 12 nov. 2017]; 20(4), 398–413. Disponible en: <http://doi.org/10.1007/s11065-010-9146-6>

15. Lisdahl M, Gilbert E. Wright, Natasha E. Shollenbarger S. Dare to Delay? The Impacts of Adolescent Alcohol and Marijuana Use Onset on Cognition, Brain Structure, and Function. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 2013 [Citado 12 nov. 2017]; 4(53): 1-19. Disponible en: <http://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00053>
16. Martínez C, Ocampo Y, Florez J. Factores Psicosociales asociados al Consumo de Sustancias Psicoactivas en jóvenes de 8° a 11° de una Comunidad Educativa [Internet]. UNAD. 2016 [Citado 14 nov. 2017]. Disponible en: <http://stadium.unad.edu.co/preview/UNAD.php?url=/bitstream/10596/8630/1/1091660374.pdf>
<http://stadium.unad.edu.co/preview/UNAD.php?url=/bitstream/10596/8630/1/1091660374.pdf>
17. Calderón A, Palencia A, Ramos E. Factores Psicosociales con mayor Prevalencia ante el Consumo de Sustancias Psicoactivas en adolescentes de 14 a 18 años de edad de dos Instituciones Educativas Públicas del Municipio de Arauca [Internet]. 2015 [Citado 13 nov. 2017]. Disponible en: <http://repository.ucc.edu.co/bitstream/ucc/179/1/Monografia%20final.pdf>
18. Cogollo Z, Arrieta K, Blanco S, Martínez L, Zapata K, Rodriguez Y. Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias en estudiantes de una universidad pública [Internet]. *Rev. salud pública*. 2011 [Citado 10 Nov. 2017]; 13(3):470-479. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v13n3/v13n3a09.pdf>
19. Gonzalez DM, Silva CA, Gonzalez J (dir), Vera A (dir). Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios de Bogotá. [tesis en Internet]. [Bogotá]: Universidad San Buenaventura; 2009 [Citado 13 nov. 2017]. Disponible en: <http://biblioteca.usbbog.edu.co:8080/Biblioteca/BDigital/65449.pdf>
20. Foro Nacional de Drogas. (2015). Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. [Internet] [Citado 13 nov. 2017]. Disponible en:

https://www.odc.gov.co/Portals/1/dialogo_nacional/docs/consumo-sustancias-psicoactivas-colombia-delia-hernandez.pdf

21. Daza G. Hernández D (dir). Caracterización de factores de tipo familiar y socioeconómico relacionados con conductas de riesgo para consumo de sustancias psicoactivas y actividad sexual en adolescentes escolarizados de Bucaramanga, año 2007. [tesis en Internet]. [Medellín]: Universidad de Antioquia; 2008 [Citado 13 Nov. 2017],p 1-100. Disponible en: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/442/1/CaracterizacionFactoresFamiliar.pdf>
22. Donis J. Tipos de diseños de los estudios clínicos y epidemiológicos. Tipos de diseños de los estudios clínicos y epidemiológicos. Avances en Biomedicina [Internet]. 2013 [Citado 17 abr. 2018]; 2(2),75-99. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3313/331327989005.pdf>
23. Iglesias, V. (2018). Diseño transversal. [Internet] Disponible en: http://www.bvsde.paho.org/cursoa_epi/e/pdf/modulo9.pdf [Citado 17 abr. 2018]
24. Pons J, Berjano E. El consumo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social. Obra Social Caja Madrid- Plan Nacional Sobre Drogas [Internet]. [citado 26 my. 2018];4. Disponible en: <http://www.cedro.sld.cu/bibli/a/a4.pdf>
25. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE. Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975–2008. [Internet]. Bethesda: National Institute on Drug Abuse; 2008 [citado 26 my. 2018]. Disponible en: http://www.monitoringthefuture.org/pubs/monographs/vol1_2008.pdf
26. Estruch R. Efectos del alcohol en la fisiología humana. ADICCIONES [Internet]. 2002 [Citado 26 my. 2018];14(1),43-61. Disponible en: <http://www.revistaamicac.com/efecto%20alcohol%20en%20el%20humano.pdf>

27. Hanson KL, Medina K, Padula CB, Tapert SF, Brown SA. Impact of Adolescent Alcohol and Drug Use on Neuropsychological Functioning in Young Adulthood: 10-Year Outcomes. NIHMS [Internet]. 2011 [Citado 18 oct. 2017]; 20(2):7-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3083020/pdf/nihms-274106.pdf>
28. Molero A, Muñoz J. Psicofarmacología de la nicotina y conducta adictiva. Trastornos adictivos. [Internet]. 2005 [Citado 15 my. 2018];7(3):137-152. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-psicofarmacologia-nicotina-conducta-adictiva-13081230>
29. Organización Panamericana de la Salud. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. [Internet]. Washington. 2005 [citado 19 febr. 2018]; Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf
30. Beverido P. Marijuana abuse and its impact on mental health and skills required for cognitive learning. Med Uv [Internet]. 2010 [citado 07 de my. 2018]; 50-53. Disponible en: https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol10_num2/articulos/ConsumoMariguana.pdf
31. Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia (ODC), La Heroína en Colombia, producción, uso e impacto en la salud pública - Análisis de la evidencia y recomendaciones de política. [Internet]. Bogotá; 2015. [Citado 01 my. 2018]. Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03132015-la_heroina_en_colombia_produccion_impacto_salud.pdf
32. Téllez J. Cote M. Efectos toxicológicos y neuropsiquiátricos producidos por consumo de cocaína. Rev Fac Med Univ Nac Colomb [Internet]. 2005. [Citado 18 my. 07]; Vol. 53(1):11-26. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v53n1/v53n1a03.pdf>

33. Bosque J, Fuentes A, Bruno S, Espínola M, González N, Loredó A, et al. La cocaína: consumo y consecuencias. *Salud mental*. [Internet]. 2014 .[Citado 07 my. 2018]; 37:381-389. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n5/v37n5a4.pdf>
34. National Institute on Drug Abuse (NIDA) Abuso de la MDMA (éxtasis) [Internet]. D14rmgtrwzf5a.cloudfront.net. 2017 [Citado 7 Mayo 2018]. Disponible en: <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/1182-abuso-de-la-mdma-xtasis>.
35. Danis Oliveira RJ. Metabolism of psilocybin and psilocin: clinical and forensic toxicological relevance. *Drug Metab Rev* [Internet]. 2017.[Citado 20 my. 2018];49(1):84-91. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28074670>
36. Bonacini M, Shelter K, Yu I, Osorio RC, Osorio RW. Features of Patients With Severe Hepatitis Due to Mushroom Poisoning and Factors Associated with Outcome. *Clin Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2017. [Citado 20 my. 2018]; 15(5):776-779. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28189696>
37. Ortiz Castro A, Meza Mercado DM, Martínez Martínez R. Poppers, una droga emergente: Resultados del Sistema de Reporte de Información en Drogas. *Salud Ment* [Internet]. 2014. [Citado 20 my. 2018] ; (3): 225-231. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000300006&lng=es.
38. National Institute on Drug Abuse. Drug facts: Inhalants. [Internet]. National Institute on Drug Abuse; National Institutes of Health; U.S. Department of Health and Human Services. 2017 [Citado 26 mayo. 2018]. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/inhalants>
39. Hernández T, Hernández J, Jiménez A, Mora C, Escarpa D, Pérez M. La Edad de Inicio en el Consumo de Drogas, un Indicador de Consumo Problemático. *Red de Revistas Científicas de*

- América Latina y el Caribe, España y Portugal [Internet]. 2009. [Citado 20 my. 2018]; 18(3): 199 - 13. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/1798/179814227002/>
40. Behrendt S, Wittchen H, Höfler M, Lieb R, Beesdo K. Transitions from first substance use to substance use disorders in adolescence: Is early onset associated with a rapid escalation?. Elsevier [Internet]. 2008. [Citado 20 my. 2018]; 99: 68–78. Disponible en: [https://www.drugandalcoholdependence.com/article/S0376-8716\(08\)00247-0/fulltext](https://www.drugandalcoholdependence.com/article/S0376-8716(08)00247-0/fulltext)
41. Ne'eman-Haviv V, Wilchek-Aviad Y. Differences in Psychoactive Substance Abuse Between Youths Residing in and Outside Conflict Zones as a Function of Level of Religiosity and Political Commitment. Taylor & Francis Group [Internet]. 2017 [Citado 20 my. 2018]; 52(10): 1247 - 8. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10826084.2016.1245344?journalCode=isum20>
42. Paulosson U, Edlund B, Stenhammar C, Westerling R. Psychosocial vulnerability underlying four common unhealthy behaviours in 15–16-year-old Swedish adolescents: a cross-sectional study. BMC Psychol [Internet]. 2017 [Citado 20 my. 2018]; 5: 39. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5732431/>
43. Borca G, Rabaglietti E, Roggero A, Keller P, Haak E, Begotti T. Personal Values as a Mediator of Relations Between Perceived Parental Support and Control and Youth Substance Use. Taylor & Francis Group [Internet]. 2017 [Citado 20 my. 2018]; 0 (0): 1-13. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10826084.2017.1293103?scroll=top&needAccess=true>
44. Owotomo O, Maslowsky J. Adolescent Smoking Susceptibility in the Current Tobacco Context: 2014-2016. Am J Health Behav [Internet]. 2018 [Citado 07 my. 2018]; 42(3):102-113. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29663985>

45. Halpern-Felsher B, Biehl M, Kropp R, Rubinstein M. Perceived risks and benefits of smoking: differences among adolescents with different smoking experiences and intentions. *Preventive Medicine* [Internet]. 2004 [Citado 25 My 2018];39(3):559-567. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743504000945?via%3Dihub>.
46. Macleod J, Oakes R, Copello A, Crome L. Consecuencias psicológicas y sociales del cannabis y otras drogas ilícitas consumidas por los jóvenes: informe sistemático de estudios longitudinales de la población general. *Revista de Toxicomanías* [Internet]. 2005 [Citado 22 oct. 2017];43:1-12. Disponible en : http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET43_2.pdf
47. Breslau N, Peterson L. Smoking Cessation in Young Adults: Age at Initiation of Cigarette Smoking and Other Suspected Influences. *American Journal of Public Health* [Internet]. 1996 [Citado 25 my. 2018]; 86 (2):214-220. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1380330/pdf/amjph00513-0072.pdf>
48. Breslau N, Fenn N, Peterson E. Early smoking initiation and nicotine dependence in a cohort of young adults. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 1993 [Citado 25 my. 2018]; 33(2): 129-37. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8261877>
49. Breslau N, Kilbey M, Andreski P. Nicotine dependence, major depression, and anxiety in young adults. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1991 [Citado 25 my. 2018]; 48(12): 1069 - 1074. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/495583>
50. Casallas N, Velásquez V. Efecto Programa de Cuidado Cultural en la Funcionalidad Familiar: Desde Personas Mayores con Discapacidad, Facatativá, Cundinamarca. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia* [Internet] 2017. [Citado 23 my. 2018]; 9: 50-64. Disponible en: http://vip.ucaldas.edu.co/revlatinofamilia/downloads/Rlef9_4.pdf

51. Eduardo O, Vera, V. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. Scielo [Internet]. 2014 [Citado 26 mayo. 2018]; 10(1):11-20. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>
52. Musitu G, Buelga S, Lila M, Cava M.J. Modelo de estrés familiar en la adolescencia (M.E.F.Ad). Justificación Teórica e Instrumentos De Evaluación. Familia y adolescencia [Internet]. 2003 [Citado 23 my. 2018]; 11,20. Disponible en :<https://www.uv.es/lisis/instrumen2000-3/instrumentos2000-2003.pdf>
53. Suárez A, Alcalá M. APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Revista médica [Internet]. 2014 [Citado 22 my. 2018]: 1-5. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1_a10.pdf
54. Aguirre N, Aldana O, Bonilla C. Factores familiares de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de una institucion de educacion media tecnica de Colombia. Consumo de sustancias psicoactivas. Rev. salud pública. [Internet]. 2017;19 [Citado 25 my. 2018]: Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42250687002>
55. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias (MINSALUD). Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. [Internet]. Bogotá: 2015 p 19 -141. [Citado 22 oct. 2017] Disponible en: http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Encuesta_Nacional_de_Salud_Mental_Tomo_I.pdf