



CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA ZONA NOROCCIDENTAL MEDELLÍN 2010.

Henry Eliecer Díaz Soracá

Estudiante de Admón en salud: con énfasis en Gestión de Servicios de Salud

Asesores:

Ramón Eugenio Paniagua Suarez

Carlos Mauricio González Posada

Grupo de Investigación en Salud Mental. Línea Psicosocial

Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez".

Universidad de Antioquia

Medellín 2011.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El consumo de SPA se considera un grave problema de salud pública mundial, que repercute tanto en el sector social, económico, político como indudablemente en el de salud de las naciones (1).

Según estudios de la Organización Mundial de la Salud OMS, **las tendencias reflejan un aumento general del uso de drogas ilícitas y adictivas**, de alcohol así como un inquietante incremento del uso de drogas entre los sectores **más jóvenes de la población mundial (3)**. Se calcula que entre 172 y 250 millones de personas en todo el mundo utilizaron una droga el año pasado, lo que esa estimación no revela es que los índices de uso de drogas varían mucho según la clase de sustancia, la región, el grupo de edad y el género (4).



1. Londoño BE. Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados de la zona nororiental Medellín 2006. [Trabajo de grado] Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública, "Héctor Abad Gómez" de la Universidad de Antioquia; 2006.
3. Organización Panamericana de la Salud OPS, ¿Por qué el problema del consumo de drogas sigue creciendo en América? [Página de Internet]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dpi/100/100feature24.htm> [Acceso en agosto 16 de 2009]
4. Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito ONUDD, Informe mundial sobre las drogas 2009 [Sitio de internet]. Disponible en: http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/Executive_summary_Spanish.pdf [consulta: 20 de octubre de 2009].

PROBLEMÁTICA EN EL SGSSS EN COLOMBIA

•La Ley 100 de 1993 de Seguridad Social Integral de Colombia **no considera esta problemática dentro de sus posibilidades de intervención y exonera a las Empresas Promotoras de Salud, EPS, de la responsabilidad**, sobre todo en la rehabilitación (7); en general, una persona con cualquier trastorno por drogas se demora entre 8 y 11 años en buscar tratamiento especializado, y la mayoría no tiene acceso al tratamiento (6).

•La oferta de servicios de salud se encuentra limitada por **un hecho fundamental: no está reconocido como evento del proceso salud-enfermedad** que debe ser incluido en el Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (7).



6. Dávila C, Rojas J. Moreno M. Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en Colombia y la formación en psiquiatría. Rev. Colomb. Psiquiat, 2008; 30(4):538-563.)

7. García N. Proyecto de Acuerdo, por medio del cual se establecen los lineamientos para la política pública de prevención y atención del consumo de tabaco, de alcohol y de otras sustancias psicoactivas en el municipio de Santiago de Cali desde un enfoque de inclusión social del consumidor de SPA. Santiago de Cali: el Concejo; 2008.

PROBLEMÁTICA DE SALUD MENTAL EN COLOMBIA

Es evidente que existen **dificultades en la salud mental del adolescente** en Colombia y en la ciudad de Medellín. El impacto de la violencia, el consumo de SPA y el deterioro de la calidad de vida, hacen que esta realidad se haya complejizado aún más (8).

Según el Estudio Nacional de Salud Mental realizado en Colombia en 2003, aparece como preocupante que **dos de cada cinco colombianos han presentado algún trastorno de salud mental** por lo menos una vez en su vida, y que la etapa entre los 14 y los 27 años, es el momento más frecuente de aparición de los mismos (9). Además, y esto es posiblemente el elemento que mayor preocupación conlleva, sólo **una de cada diez personas que presentó algún trastorno mental recibió algún tipo de atención** (10).



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

9. Ministerio de la Protección Social, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Organización Mundial de la Salud, Universidad de Harvard, Fundación FES-Social. Estudio Nacional de Salud Mental [sitio de Internet]. Colombia: Ministerio de la protección social; 2003 Disponible en:

[http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=14822&](http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=14822&IDCompany=3)

[IDCompany=3](http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=14822&IDCompany=3) [acceso 13 de noviembre de 2009].

10. Torres Y, Posada J, Calderón H. Primer estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. Bogotá: Ministerio de salud; 1993.

PROBLEMÁTICA DE CONSUMO DE SPA EN COLOMBIA

Según el estudio más reciente que diagnostica el problema de consumo de SPA en el país, el **Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia ENCSPA 2008**, cerca del 45% de las personas encuestadas declararon haber consumido tabaco (cigarrillo) alguna vez en la vida (56% en hombres y 34% en mujeres); esta cifra equivale a 3,3 millones de fumadores en el país. En cuanto al alcohol, 86% de los encuestados declararon haberlo consumido alguna vez en la vida, y 35% dicen haberlo consumido en los últimos 30 días (esto equivale a 6,9 millones de personas). Con relación al uso de sustancias ilícitas, se encontró que 9.1% de las personas encuestadas han usado alguna droga ilícita al menos una vez en su vida, (14.4% en hombres y 4.5% en mujeres) (12).



PROBLEMÁTICA DE CONSUMO DE SPA EN MEDELLÍN

Según una investigación realizada por la Secretaria de Salud de Medellín en 2004-2005, la prevalencia de alcoholismo era de 6 %, y la de dependencia a sustancias psicoactivas de 10.5%, la edad de inicio de consumo de alcohol en esta ciudad era en promedio 12.5 años; la de cigarrillo era 12.8 para ambos sexos y todos los niveles, y de 13.8 para otras sustancias psicoactivas (14).

Según la investigación “consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados de la zona nororiental en el año 2006”, existe asociación entre el nivel de suicidio y el consumo de SPA en hombres y mujeres; la relación del consumo de SPA (Alto, moderado y bajo) muestra que son estadísticamente dependientes, el rango de edad de los 15 a los 19 años el 67.7% consumen y están dentro de los niveles de riesgo de suicidio, mientras que por otro lado los que no consumen SPA presentan unos niveles más bajos de riesgo de suicidio, con respecto al rango de edad de los 11 a los 14 años al tener presente el consumo de SPA por los niveles alto y moderado de riesgo de suicidio dá como resultado 33.3% cifra superior al rango de edad de los 15 a 19, lo que quiere decir que los menores de 14 años que consuman SPA tienen más probabilidades de suicidarse (1).



1. Londoño BE. Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados de la zona nororiental Medellín 2006. [Trabajo de grado] Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública, “Héctor Abad Gómez” de la Universidad de Antioquia; 2006.

14. Secretaria de Salud de Medellín. Prevalencia de embarazo adolescente, síntomas sugestivos de ITS, consumo y adicción a sustancias psicoactivas, comportamientos violentos y factores relacionados, en jóvenes escolarizados de 14 a 19 años. Medellín. 2004-2005.

PROBLEMÁTICA DE CONSUMO DE SPA EN MEDELLÍN

Según el último estudio realizado a nivel de ciudad. El segundo estudio de salud mental del adolescente Medellín – 2009 para las bebidas alcohólicas. Entre las drogas denominadas “legales” por su libre comercio, pero enfatizando que bajo la legislación vigente son ilegales para los menores de 18 años, las bebidas alcohólicas ocupan el primer lugar presentando un incremento significativo entre los dos estudios, la prevalencia anual pasó de 39.9% en el 2006 a 47.2% en el 2009. Su edad de inicio fue de 13.1 años para el 2009.

Se debe monitorizar el avance de la problemática, a través de investigaciones comparativas, que puedan diagnosticar cambios o nuevas tendencias en el tema y permitan ajustes, para intervenir la nueva realidad que se presente. Para este estudio se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas y oferta de servicios de salud mental en adolescentes escolarizados de la zona noroccidental de Medellín, 2010?

JUSTIFICACIÓN

- Los problemas de salud asociados al consumo de sustancias psicoactivas demandan mayor atención por parte de los trabajadores de la salud y solicitan respuestas y políticas públicas apropiadas que propongan resolver o al menos minimizar el problema (16), permitiendo el favorecimiento la oferta de los servicios de salud mental.
- La problemática de consumo de spa es un desafío continuo que exige una atención y una acción constantes. La prevención del uso indebido de drogas es una cuestión fundamental de salud pública. Las actividades de prevención deberían integrarse en los programas de salud pública, de promoción de la salud y de desarrollo del adolescente (17).
- Es un requerimiento esencial el diversificar la oferta de tratamientos e innovar las prácticas con sustento técnico científico, que partiendo de este reconocimiento del consumidor de SPA como sujeto de derechos le dé el lugar de protagonista de su propio proceso de cambio. En este mismo sentido se hace necesario brindar formación calificada a todos los actores sociales e institucionales que han asumido la atención y la prevención en diversos contextos sociales y comunitarios (5).
- La presente investigación hace parte del proyecto que observará el comportamiento de los adolescentes con cinco indicadores de salud mental: riesgo de suicidio, funcionamiento familiar, vulnerabilidad familiar, depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados pertenecientes a la zona noroccidental de Medellín (18). Los resultados de la investigación señalarán la necesidad de comparar los mismos e incorporarlos en proyectos y programas educativos institucionales que articulen acciones curriculares y extracurriculares en desarrollo de la prevención del consumo de SPA.

OBJETIVOS

3. Objetivo General

Determinar la prevalencia del consumo de SPA y oferta de servicios de salud mental en adolescentes escolarizados de la zona noroccidental de Medellín, 2010, con el fin de mejorar el acceso a servicios de salud mental en la población adolescente de esta zona de la ciudad.

3.1 Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas de una muestra de adolescentes escolarizados de la zona noroccidental de Medellín en el 2010.
2. Determinar la prevalencia de consumo de SPA por sexo, por grupo etáreo (11-14 y 15-19) y por comuna en una muestra aleatoria de adolescentes.
3. Comparar los resultados del estudio de prevalencia de consumo de SPA de los adolescentes escolarizados en la zona nororiental de Medellín en el 2006 con los adolescentes escolarizados en la zona noroccidental de Medellín en el 2010, con el fin de establecer una tendencia.
4. Identificar la percepción de la oferta de servicios de salud mental para adolescentes de la zona noroccidental de Medellín en el 2010.

MARCO TEÓRICO

Salud, lo psicosocial en la salud pública y la atención primaria en salud.

-**Salud** no es solo la ausencia de enfermedad, si no también es el estado de **bienestar somático, psicológico y social del individuo y la colectividad** (OMS) (19).

-Al nivel internacional, **la salud** se considera un **derecho fundamental** porque es un puente hacia otros derechos.

-**La salud pública**, en los momentos actuales, tiene que **ofrecer respuestas diferentes** a las que tradicionalmente ha organizado. Edmundo Granda (44)

- **Convergencia** entre la salud publica, la atención primaria en salud y lo psicosocial (47).

-**Lo psicosocial es un concepto que esta en construcción**, se debe recurrir a 10 escuelas y 40 enfoques teóricos aproximadamente que existen en psicología para llegar a tener una noción del mismo. Lo psicosocial es un campo de acción pero no se sabe que es. Lo psicosocial son las relaciones conflictivas entre el individuo y el estado (somos todos) en lo psicológico y el poder .

-La globalización está afectando la cohesión social de muchos países, y no cabe duda de que los sistemas de salud, elementos fundamentales de la estructura de las sociedades contemporáneas, no están funcionando tan bien como podrían y deberían. La gente está cada vez más descontenta frente a la incapacidad de los servicios de salud para proporcionar un nivel de cobertura nacional que **satisfaga la demanda y las nuevas necesidades** y también ante el hecho de que los **servicios prestados no son acordes con sus expectativas**. Es difícilmente rebatible que los sistemas de salud tienen que **responder mejor y con mayor rapidez a los desafíos de un mundo en transformación**. Y la estrategia de atención primaria de salud **APS** ,puede afrontar esos desafíos (55).

19. University of Virginia Health System, La Medicina del adolescente [Internet]. Disponible en: http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds_adolescent_sp/suicide.cfm [Consulta: el 10 de noviembre de 2009].

44. Edmundo G. U. La salud y la vida. OPS (Organización Panamericana de la Salud), 2009. 2 v. (231 p., 256 p.).

47. Eugenio P, Carlos G. Lo psicosocial en salud pública y la atención primaria en salud: un dialogo de convergencia e inclusión.

55. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención Primaria de Salud más necesaria que nunca Ginebra OMS, 2008. [Internet]. Disponible en: <http://www.mspbs.gov.py/archivos/varios/oms.pdf> [Consulta: el 5 de Agosto de 2010].

MARCO TEÓRICO

Salud mental es la capacidad de todas las personas y los grupos para interactuar entre si y con el medio ambiente de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso optimo de las potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales para el logro de las **metas individuales y colectivas** en concordancia con la justicia y el bien común. (Construido por el Ministerio de Salud de Canadá y avalado por el Ministerio de Protección Social de Colombia) (22).

Adolescencia y salud.

- La adolescencia constituye una etapa **biopsicosocial** en el desarrollo humano. Es el conjunto biopsicosocial de la transición de la niñez a la adultez. El uso y los significados de los términos “jóvenes”, “juventud”, y “adolescentes” varían en diferentes sociedades del mundo, en **función del contexto político, económico y sociocultural**. De acuerdo con los conceptos convencionales aceptados por la OMS la adolescencia es la etapa que transcurre de los 10 a los 19 años, con dos fases adolescencia temprana de 10 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años (19).
- Los principales factores de riesgo para el **intento de suicidio** en los jóvenes son la depresión, **el abuso de sustancias** y los comportamientos agresivos o perturbadores (53).
- **La morbilidad** en adolescentes se da principalmente por problemas psicosociales, e incluso la mayoría de enfermedades físicas tienen un impacto psicológico en ellos, porque toda la enfermedad debe **tratarse con enfoque integral, biopsicosocial** (58).
- La OMS considera que durante muchos años **se ha prestado poca atención a la salud de los adolescentes**, esta etapa de la vida es considerada como un **periodo crítico de desarrollo**, representa una etapa de tensiones particulares en la misma sociedad una paradoja es que **los adolescentes están mejor provistos de salud pero es menos reconocida su morbimortalidad específica** (52).

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

53. University of Virginia Health System, La Medicina del adolescente [Internet]. Disponible en:

http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds_adolescent_sp/suicide.cfm [Consulta: el 10 de noviembre de 2009].

58. December 2010-Vol.28, No.6: www.paho.org/journal/. Rev Panam Salud Pública. 2010; 28 (6).

MARCO TEÓRICO

Relación de la oferta de servicios de salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes, del concepto a la praxis.

- La salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas **son temas estrechamente ligados a la problemática de salud pública** de la comunidad nacional e internacional (54).
- La plataforma conceptual demuestra las continuas reflexiones que se han construido sobre la salud mental y alertan sobre **las complejidades que conlleva abordar el tema**, trasciende explicaciones unicasales individualistas y llevan la reflexión **al plano de lo psicosocial**, presentando desde éste las articulaciones teóricas que han logrado dar sentido a un enfoque propio y particular para comprender e **intervenir la salud mental (57)**.
- Los pacientes con problemas de salud mental y de **abuso de sustancias** comparten el estigma y la discriminación asociados con sus padecimientos, y **su acceso a los servicios de salud es igualmente limitado (18)**.
- La atención del adolescente debe ser provista en múltiples niveles**. Teniendo en cuenta que el adolescente es reacio a la visita médica, que se siente intimidado y con temor a la crítica en las secciones de adultos e irritado en las salas de espera pediátricas, **es necesario crear un espacio para adolescentes**. Y este espacio de asistencia de adolescentes debe contar con profesionales de diversas áreas, pero que además sean capaces de ejercer la interdisciplina para asegurar **la asistencia integral** de sus pacientes (59).
- **Las sustancias psicoactivas y sus efectos.**
- **Factores de riesgo y protectores frente al consumo de SPA en adolescentes. El propio hecho de ser joven constituye un factor de riesgo.**

54. Organización Mundial de la Salud OMS. Invertir en salud mental. [Internet]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf [Consulta: el 10 de noviembre de 2009].

57. Hacia una propuesta de intervención integral en salud mental para las poblaciones de Antioquia. Gobernación de Antioquia. [Sitio de Internet]. Disponible en: <http://saludmentalantioquia.blogspot.com/> [Consulta: el 5 de Agosto de 2010].

59. Servicio de atención de salud del adolescente. [Sitio de Internet]. Disponible en: <http://www.asesp.com.uy/content.asp?type=43>

MARCO TEÓRICO

Contexto del consumo de sustancias psicoactivas a nivel nacional y local.

En el panorama del consumo de drogas psicoactivas a nivel nacional, **Colombia asiste progresivamente a un cambio en el que el asunto de las drogas ha venido ampliando los escenarios**, no sólo frente a la producción y el tráfico de sustancias sino también al consumo, la problemática del consumo, se ha convertido **en un problema de Salud Pública** por las proporciones que ha ido tomando y por las consecuencias que trae **en el aspecto individual, familiar y social**⁶², por tanto, el consumo abarca un espectro amplio de problemáticas que van desde lo individual hasta lo social y cultural incidiendo desfavorablemente con **la salud, economía y bienestar de la población**, por esto el problema de las drogas no se puede presentar desde una causa común; **es comprendiendo su multicausalidad** como puede pensarse el abordaje de otras problemáticas socialmente relevantes relacionadas con el narcotráfico y el consumo de sustancias psicoactivas (62)

La situación del consumo local, en particular de la ciudad de Medellín, ha estado atravesando por **el fenómeno del narcotráfico; los referentes valorativos de los (as) jóvenes asociados a la idealización del estilo de vida de las personas dedicadas al narcotráfico**, han ido transformando las prácticas juveniles, encontrándose una frecuente asociación entre consumo de drogas y actividades delictivas (63).

En Medellín no sólo la población joven es vulnerable, los niños y adolescentes presentan una alta vulnerabilidad frente al consumo de sustancias, debido no sólo a la representaciones sociales que lo favorecen sino a una condición de inequidad social, económica y cultural, donde el consumo de drogas también puede constituirse en una expresión de malestar social. Los jóvenes de la ciudad participan de una serie de prácticas culturales propias en las que los lenguajes, la religión, la sexualidad, el uso de los espacios, la diversión, el ingreso a grupos adquieren formas particulares y en muchas de ellas, el consumo de sustancias psicoactivas entra a ocupar un lugar de mediación, el cual puede tener connotaciones problemáticas (64).

62 Corrales S, Montoya A. Prevalencia y factores asociados al consumo de psicoactivos en estudiantes de secundaria municipio de Guatapé Antioquia 2005. Trabajo de Grado (Gerencia en Sistemas de Información en Salud). Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud.

63 Colombia. Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional de Salud Mental 2003. Bogota 2003.

64 Surgir. Informe Línea de orientación sobre alcohol y drogas. Medellín, 2002 En Redescubrirte: Enhebrando saberes en salud y juventud, proyecto Red de jóvenes para la prevención de la fármaco dependencia, la sexualidad insegura y la violencia. Etapa II. Modulo II. Medellín 2005.

MARCO LEGAL

- Política Nacional de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, 2007.
- Decreto 3039 del 10 de agosto de 2007 (Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010).
- Ley 1122 enero 9 de 2007 (Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones).
- Decreto 3042 de 2007 que regula la disposición de recursos en los Planes Territoriales de Salud.
- Hacia un Modelo de Inclusión Social para Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas 2007 – Ministerio de la Protección Social.
- Resolución 0425 11 de febrero de 2008 (Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales).
- Plan Nacional de Reducción del Consumo de SPA 2009 – 2010.
- Sentencia T-814 de la Corte Constitucional de Colombia, de agosto de 2008.
- Ley 1098 del 2008 (Ley de infancia y Adolescencia).
- La nueva reforma a la salud; ley 1438 de 2011 tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud.

MARCO PROGRAMÁTICO

Actualmente para la atención de los adictos a las drogas existen aproximadamente **282 instituciones y 357 programas de atención**, que ofrecen algunos de los siguientes servicios: urgencias toxicológicas, desintoxicación farmacológica, tratamiento y rehabilitación, reincorporación socio-laboral, refugio, albergue, hogar de paso, reeducación o protección. **La insuficiencia de la oferta de servicios para la atención de la adicción y su alto costo está implícitamente reconocida en el Plan Nacional de Reducción del Consumo de Drogas 2009 – 2010.** Dicho plan establece como tercer objetivo estratégico la superación de la dependencia y prevé las siguientes metas estratégicas:

Meta 3.1.1. A 2010 el 100% de las entidades territoriales del orden departamental cuentan al menos con un Centro de Atención en Drogadicción o alguna otra modalidad de atención para la atención de la dependencia.

Meta 3.1.2. A 2010 el 30% de las entidades territoriales, departamentales y distritales cuentan con una oferta de servicios acorde con la demanda diferencial según su perfil territorial de consumo de sustancias psicoactivas o psicoadictivas.

Meta 3.1.3. A 2010 el país contará con al menos 15 UAICAS (Unidad de Atención Integral para Conductas Adictivas) en igual número de entidades territoriales.

Meta 3.1.4. A 2010 el Plan Obligatorio de Salud incluirá la atención integral del consumo de sustancias psicoactivas o psicoadictivas.

MARCO GEODEMOGRÁFICO

Zona Noroccidental.

Habitada por 509.996 personas

- Robledo 33.89%
- Castilla 28.78%
- Doce de octubre 37.33%

Esta zona tiene en total 48 barrios.

En relación con el estrato socioeconómico:

Se ubica en el

- Estrato 1 2.9%
- Estrato 2 29.3%
- Estrato 3 51.8%

Esta zona cuenta con un total de 52 IPS.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: estudio descriptivo, transversal que utiliza un método mixto, fundamentado en un diseño de investigación multimétodo por componentes (60); el instrumento cuantitativo fue dirigido a adolescentes matriculados en básica secundaria y media vocacional, en instituciones tanto públicas como privadas, mientras el cualitativo fue dirigido a profesionales de salud de cargos directivos.

Muestra: cada comuna de la zona noroccidental se considera un estrato desde el punto de vista administrativo y en él se toma una muestra aleatoria de 200 estudiantes, para un total de 605 encuestas para la zona noroccidental.

- El instrumento de aplicación para el consumo de sustancias psicoactivas que se utilizó es una adaptación correspondiente al tema en el CIDI II (Composite Internacional Diagnostic Interview; Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta)²⁴. El CIDI II es una entrevista desarrollada por la Organización Mundial de la Salud; ésta genera diagnósticos psiquiátricos de acuerdo con las definiciones y los criterios del CIE-10 y del DSM-IV, se incluyeron las secciones B, J y L, el cual indaga sobre el consumo de cigarrillo, alcohol, marihuana, cocaína, heroína, inhalantes entre otras sustancia psicoactivas **validada para Colombia en el estudio Nacional de Salud Mental 1992 y 2003.**

60. Denise P, Bernadette P. Investigación científica en ciencias de la salud (256 p., 257 p.).

METODOLOGÍA

Entrevista no estandarizada: En ésta, ni las preguntas ni las respuestas del sujeto están predeterminadas, con el fin de permitir que las respuestas del entrevistado sean más espontáneas, más profundas y concretas, más personales y auto-reveladoras

Pasos para el proceso de codificación

Transcripción detallada y fiel de la entrevista o las observaciones (si ha lugar a ello). Preguntarse por los aspectos que se encuentran sobresaliendo en el texto transcrito.

Galeano, M, María E. Op cit, , p 40.

Categorización: se entiende por categorizar a los procesos de obtener unos ordenadores epistemológicos, campos de agrupación temática. Es en esencia, la agrupación de los datos que comportan significados similares, es decir, “es poner juntas las cosas que van juntas”.

PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Análisis de la información obtenida de fuentes secundarias sobre el tema de consumo de SPA, el cual se desarrollo permanentemente durante el estudio.

Se realizo una convocatoria, selección, capacitación y contratación de encuestadores (3) y digitador (1).

Para el proceso de sensibilización del estudio y solicitud de permisos para la aplicación de la encuesta en la zona se logro por medio de entrevistas personales y contactos telefónicos con los directivos docentes y directivos de las instituciones de salud.

Recolección de información mediante la aplicación de las 605 encuestas, 200 para cada comuna distribuidas proporcionalmente en las instituciones de acuerdo al número de estudiantes en secundaria.

Sobre la oferta de servicios de salud mental, se recolecto información mediante la aplicación de 5 entrevistas las Empresas Sociales del Estado E.S.E de la zona y a la Secretaria de Salud de Medellín (Departamento de Salud Mental), se utilizo como herramienta una grabadora, para luego poder transcribir las entrevistas.

Finalmente se digitaron las encuestas aplicadas en la zona, al igual que las entrevistas realizadas.

PLAN DE ANÁLISIS

Los datos obtenidos fueron digitados en el software Access 2003 y con el paquete estadístico SPSS versión 17.0 se realizaron las cruces de variables y elaboración de tablas y también se utilizó el Epiinfo versión 6.0 para el análisis de las variables.

Se inició con un análisis univariado en cada comuna en el cual para las variables cualitativas se construyeron cuadros o tablas con su respectivo título y con las siguientes columnas: categoría de la variable, frecuencia, porcentaje; para las variables cuantitativas se hizo un análisis de los estadísticos de resumen dependiendo de si se ajusta o no a una distribución normal. Se tomaron primero las variables de persona, lugar y tiempo y luego las variables del cuestionario.

Se continuó con un análisis bivariado utilizando tablas de contingencia o tablas cruzadas en cada comuna entre cada una de las variables: sexo, estrato socioeconómico, grupos de edad de 11- 14 y 15-19 años y las variables más importantes de cada indicador de salud mental que reflejan el nivel de bienestar de los adolescentes.

RESULTADOS

Distribución de la prevalencia de consumo para cada una de las sustancias psicoactivas en consideración en la muestra de adolescentes de la zona noroccidental de Medellín en el 2010.

Tabla 9. Distribución de frecuencia del consumo de alguna sustancia psicoactiva en la vida por parte del adolescente escolarizado en la muestra de adolescentes de la zona noroccidental de Medellín, 2010.

	Porcentaje	Total, A
Sí	71,0	30730
No	29,0	12533
Total	100	43263

La tabla muestra que el 71% de los adolescentes encuestados declararon haber consumido alguna sustancia en la vida, para la población de 30730 estudiantes, este porcentaje varía entre 67% y 75% con un 95% de confianza. De otra parte el 29% declararon no haber consumido.

RESULTADOS

Tabla 10. Distribución de frecuencia del consumo de la primera sustancia psicoactiva en la vida por parte del adolescente escolarizado en la muestra de adolescentes de la zona noroccidental de Medellín, 2010.

	Porcentaje	Total, A
Cigarrillo	15,2	6571
Bebidas alcohólicas	52,5	22730
Marihuana	2,1	889
Tranquilizantes	0,2	66
Cocaína	0,9	395
Bazuco	0	0
Inhalantes	0	0
Éxtasis	0	0
Heroína	0	0
Poper	0,2	87
Ninguna	29,0	12533
Total	100	43263

La tabla muestra que más de la mitad de los adolescentes declararon haber consumido las bebidas alcohólicas como la primera sustancia consumida en la vida representada en una población de 22730 adolescentes, el cigarrillo en 15,2%, seguida de la marihuana 2,1%, la cocaína 0,9%, tranquilizantes 0,2% y el popper en un 0,2%.

RESULTADOS

Tabla 11-12-13-14. Prevalencia del día anterior, semana anterior, último mes, último año de la sustancia psicoactiva consumida por parte del adolescente escolarizado en la muestra de adolescentes de la zona noroccidental de Medellín, 2010.

	Día anterior	Semana pasada	Último mes	Último año
	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Cigarrillo	7,6	4,0	8,1	9,1
Bebidas				
alcohólicas	5,2	32,6	21,6	19,0
Marihuana	3,1	2,5	4,1	7,4
Tranquilizantes	0,4	0,0	0,8	1,3
Cocaína	0,0	0,5	0,4	0,8
Bazuco	0,0	0,0	0,0	0,2
Inhalantes	0,0	0,0	1,2	0,9
Éxtasis	0,0	0,0	0,4	1,4
Heroína	0,0	0,0	0,0	0,2
Poper	0,2	0,0	0,3	0,8

RESULTADOS

Tabla 17. Edad media de inicio en el consumo de alguna sustancia psicoactiva por parte del adolescente escolarizado en la muestra de adolescentes de la zona noroccidental de Medellín, 2010.

	Media	Desviac.estándar
Cigarrillo	12,20	2,42
Bebidas alcohólicas	12,11	2,39
Marihuana	14,10	1,57
Tranquilizantes	13,69	1,75
Cocaína	12,96	1,92
Bazuco	16,00	0,00
Éxtasis	14,17	0,80
Heroína	14,62	0,49
Popper	14,26	1,50

La tabla muestra que la edad la media de inicio en el consumo de sustancias legales como bebidas alcohólicas y cigarrillo es a los 12,11 y 12,20 años respectivamente. Sustancia ilegal como la cocaína es a los 12,96 años. La edad media de inicio en el consumo más alta es el bazuco a los 16 años.

RESULTADOS

Determinar la prevalencia de consumo de alguna sustancia psicoactiva por sexo, grupo etáreo (10-14 y 15-19) y por comuna en una muestra de adolescentes en la zona noroccidental de Medellín en el 2010.

Tabla 27. Cruce del consumo alguna sustancia psicoactiva por sexo del adolescente en la muestra de adolescentes de la zona noroccidental de Medellín, 2010.

		Hombre	Mujer	Total
Sí	Total, A	15649	15090	30729
	% del total	72,2	69,9	71,0
No	Total, A	6026	6498	12534
	% del total	27,8	30,1	29,0
Total	Total, A	21675	21588	43263
	% total	100	100	100

Es mayor la proporción de consumo de SPA en el hombre que en la mujer. El 71%, 30729 adolescentes hombre y mujer consumen alguna sustancia psicoactiva.

RESULTADOS

Tabla 28. Cruce del consumo alguna sustancia psicoactiva por el grupo de edad del adolescente en la muestra de adolescentes de la zona noroccidental de Medellín, 2010.

		11-14	15-19	
		años	años	Total
Sí	Total, A	14719	15934	30682
	% del total	59,0	87,0	70,9
No	Total, A	10229	2381	12581
	% del total	41,0	13,0	29,1
Total	Total, A	24948	18315	43263
	% total	100	100	100

Es mayor la proporción de consumo en el grupo de edad de 15-19 años, que de 11-14 años.

RESULTADOS

Tabla 29. Cruce del consumo alguna sustancia psicoactiva por la comuna donde está el colegio del adolescente en la muestra de adolescentes de la zona noroccidental de Medellín, 2010.

		Castilla	Doce de octubre	Robledo
Sí	Total, A	11836	7771	11106
	% del total	<u>74,7</u>	64,0	72,7
No	Total, A	4009	4371	4170
	% del total	25,3	36,0	27,3
Total	Total, A	15845	12142	15276
	% total	100	100	100

La mayor proporción de consumo es en la comuna de Castilla 27,4% 11844 adolescentes, seguida la comuna de Robledo 25,7% 11111 adolescentes y la comuna Doce de Octubre 18% 7773 adolescentes.

RESULTADOS

Comparación de resultados del estudio de prevalencia de consumo de SPA de los adolescentes escolarizados en la zona nororiental de Medellín en el 2006 con los adolescentes escolarizados en la zona noroccidental de Medellín en el 2010. **Edad media de inicio en el consumo de alguna sustancia psicoactiva.**

Zona Noroccidental		Zona Nororiental	
2010	Media	2006	Media
Bebidas alcohólicas	12,11	Bebidas alcohólicas	12.6
Cigarrillo	12,20	Cigarrillo	12.3
Marihuana	14,10	Marihuana	13.7
Tranquilizantes	13,69	Tranquilizantes	15.0
Cocaína	12,96	Cocaína	14.75
Éxtasis	14,17	Éxtasis	13.6
Heroína	14,62	Heroína	14.2

RESULTADOS. ENTREVISTAS.

Para Identificar la percepción de la oferta de servicios de salud mental para adolescentes de la noroccidental de Medellín en el 2010, se aplicaron 5 entrevistas semiestructuradas; 1 (una) a la Secretaría de Salud de Medellín, 4 (cuatro) a Empresas Sociales del Estado E.S.E en la Zona Noroccidental de la ciudad de Medellín, luego de haber identificado las reflexiones y opiniones se delimitaron 7 categorías de análisis, los cuales arrojaron los siguientes resultados:

Categoría 1. Oferta de servicios en salud mental para jóvenes de la zona noroccidental de Medellín.

Categoría 2. Capacitación en el modelo atención primaria en salud mental en la zona noroccidental de Medellín.

Categoría 3. Proceso de referencia y contrarreferencia de la Instituciones.

Categoría 4. Talento Humano en Salud Mental.

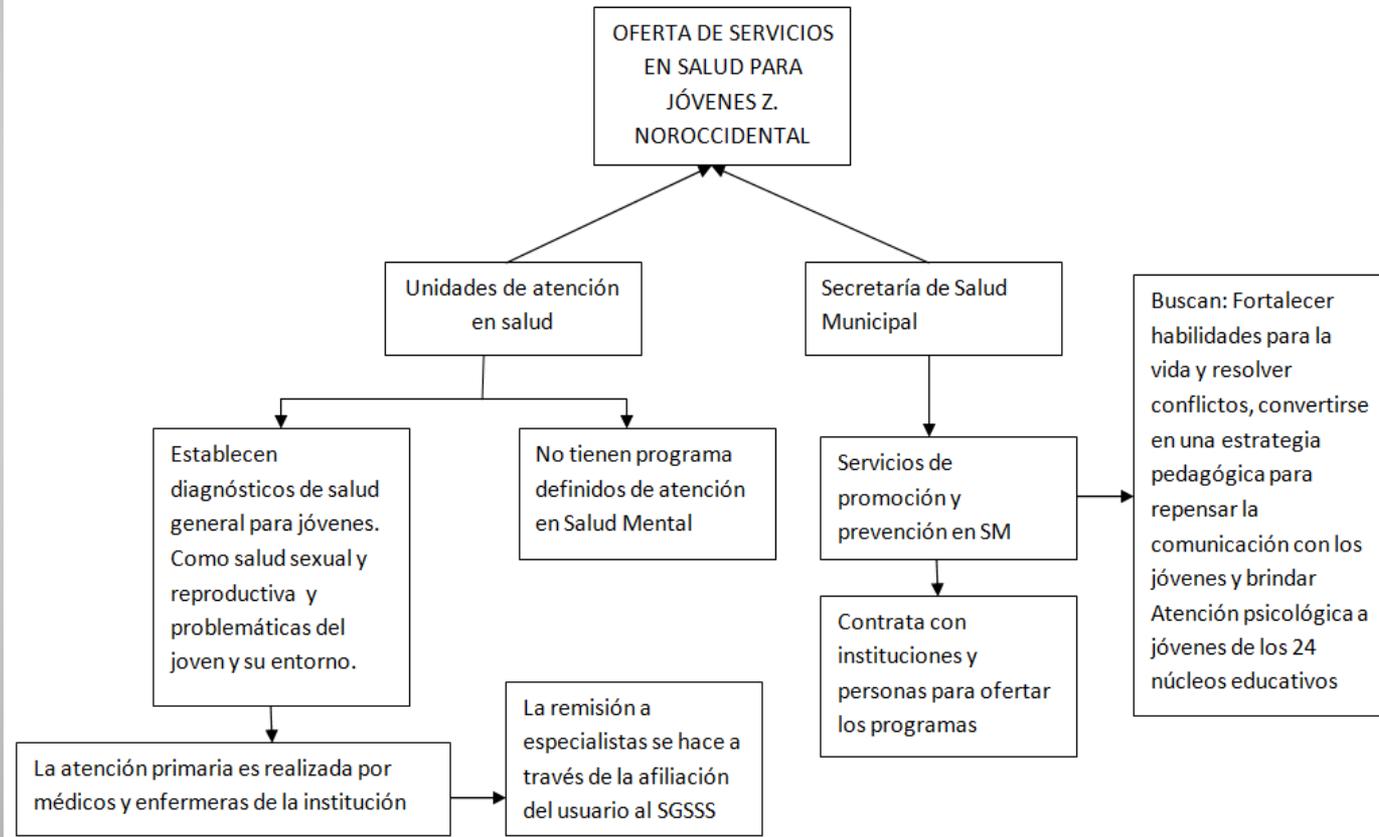
Categoría 5. Percepción de demanda insatisfecha en la oferta de servicios de salud mental.

Categoría 6. Fortalecimiento de los programas de PYP y la oferta de servicios de salud para jóvenes de la zona noroccidental de Medellín.

Categoría 7. Evaluación de los programas en salud para adolescentes.

RESULTADOS. OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

OFERTA DE SERVICIOS EN SALUD PARA JÓVENES DE LA ZONA NOROCCIDENTAL DE MEDELLÍN, 2010



RESULTADOS. Oferta de S.S. Mental

La primera categoría que se analizó fue acerca de **oferta de servicios en salud mental para jóvenes de la Zona Noroccidental**; se encontró que la secretaria de Salud a través de su Departamento de Salud Mental ofrece servicios de promoción y prevención enfocando el consumo de sustancias psicoactivas, contrata con instituciones de servicios sociales y profesionales de salud. Ofrecen servicios con **tres programas los cuales son: Cine- Enseñanza, Retomemos y Red Unires**, esta última brindada en los 24 núcleos educativos de la ciudad. **Para las E.S.E la oferta de servicios de centra en tres programas específicos Servicios Amigables para Jóvenes, Joven Sano, Consulta del Joven. Las E.S.E de la zona, no tienen definido programa de salud mental, se capta al joven a través de la consulta y se establecen diagnósticos de salud general.** En caso de requerir remisión se realiza por medio de la seguridad social del paciente. Y los programas de promoción y prevención que se manejan son dirigidos a la planificación familiar, crecimiento y desarrollo, control de diabetes y de hipertensión.

RESULTADOS. OFERTA DE S.S MENTAL

Entrevistas

Categoría 1. Oferta de servicios en salud mental para jóvenes de la zona noroccidental de Medellín.

1... “tengo la consulta del joven”... “Si, es decir todo se nos lleva hipertensión y diabetes, si, control prenatal y crecimiento y desarrollo, consulta del joven a pesar de que uno le dice al que llega aquí, lo capta uno, ... si consumen, pues vicio si tienen, ¿cierto?, ¿a qué edad empezaron su vida sexual activa ?, ¿si actualmente tienen?, ¿si son promiscuos?...”

2... “Nosotros directamente como servicio de salud mental no lo prestamos, si, sino que está inmerso dentro de otros programas. servicios amigables para jóvenes, ese programa de servicio amigables para jóvenes están digamos como objetivo primordial... uno de los parámetros importante es el perfil biopsicosocial de los usuarios y dentro de ese perfil bio- psicosocial de los usuarios se empieza a interrogar sobre el estado de salud mental, sobre los hábitos... y se interroga sobre la adicción de los adolescentes, porque entre otras cosas, por eso era que yo le preguntaba en que rango de edad están ustedes manejando y el rango de edad para ese programa o de ese programa es de 10 a 19 años, entonces, uno de los servicios que estamos ofertando para digamos diagnosticar y focalizar posibles jóvenes con hábitos de farmacodependencia están el de servicios amigables...”

3... Si, aquí si hay el programa de servicios amigables, una enfermera pues que, básicamente pues, encabeza este programa... se apoya un poquito esa parte como de salud mental... pero es como apoyo, pero si vamos a decir que hay programa establecido o servicios de salud mental como tal no, no lo hay... porque por decir algo aquí llegan intentos de suicidio, o enfermos mentales que a los médicos y a la trabajadora social, les corresponde hacer ese abordaje inicial y...

RESULTADOS. CAPACITACIÓN EN APS

Secretaría de Salud Municipal

Desde 2010 Capacitación en las E.S.E

Médicos en atención con medicamentos.

Médicos capacitados en atención de problemáticas psicosociales

Médicos hacen pasantías y tiene consulta de capacitación psiquiátrica.

E.S.E s

1. No tiempo.

2. Talleres en el Hospital Mental.

3. La Alcaldía de Medellín capacita Unidades de Metrosalud pero aquí no.

2. La atención y la administración de medicamentos va a ser otro nivel de atención.

2. Se hace seguimiento y se remite

3. Un equipo interdisciplinario. Talleres de capacitación.

2. Un paciente con drogadicción y depresión mayor, es para un segundo nivel de atención.

RESULTADOS. CAPACITACIÓN EN APS

La categoría 2 que se analizó fue acerca de **la capacitación del Modelo de Atención Primaria en Salud** y resultado significativo encontrar a partir de 2010 desde la Secretaria de Salud están capacitando a las E.S.E de la ciudad; se capacitan a los médicos en: atención de problemáticas psicosociales, consultas psiquiátricas, atención con medicamentos y pasantías. Las E.S.E tienen diferentes experiencias con la implementación: E.S.E 1. Manifiesta no tener tiempo. E.S.E 2 Manifiesta haber asistido a capacitaciones en el Hospital Mental de Antioquia y E.S.E 3. Manifiesta conocer de las capacitaciones de la Secretaria de Salud a otros Centro de Salud pero aún no haberla recibido.

Entrevista categoría 2.

Secretaria de Salud... **Modelo de APS en Salud Mental**, el primero que lo presentamos... apenas llevamos un año con él, un modelo que investigamos en varias partes, miramos lo que había en diferentes partes de Colombia y inclusive a través del Departamento , y Envigado, y en base a eso pensábamos y se suscribió cual sería el modelo para Medellín, **el modelo no se ha terminado, el modelo dinámico, todos los días son conocimientos nuevos**, y como tal estamos mejorando mucho en él, se está capacitando médicos, se están capacitando docentes, se están capacitando lideres para poder dar respuesta a todo esto, entonces **es una gran parte que está en construcción y que todos los días vamos yendo mejorando.**

RESULTADOS. EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS EN SALUD PARA ADOLESCENTES

EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS EN SALUD PARA ADOLESCENTES Z. NOROCCIDENTAL

E.S.E s

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

FORTALEZAS

PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD

TERCER NIVEL DE COMPLEJIDAD

FORTALEZAS

FORTALEZAS

-MÁS PARTICIPACIÓN DE LOS JOVENES EN EL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.
-HA INFLUENCIADO PROYECTOS DE VIDA

-LA PSICOLOGIA COMO PARTE DEL EQUIPO DE SALUD HA SIDO BÁSICO, MEJORA TANTO LA CALIDAD COMO LA OPORTUNIDAD DEL SERVICIO.

-PROGRAMAS PARA LA POBLACION EN GENERAL.
-RETOMEMOS= 200 INSTITUCIONES EDUCATIVAS INTERVENIDAS.
- UNIRES = PSICÓLOGO EN TODAS LAS ENTIDADES EDUCATIVAS OFICIALES, EN DIFERENTES JORNADAS.
-ALIANZAS COMO GOBIERNOS DE CANTABRIA Y ONG ESPAÑOLA, PARA TRATAR DE DIVERSIFICAR ESTRATEGIAS.

DEBILIDADES

DEBILIDADES

-POCA COBERTURA DE ADOLESCENTES DEL BARRIO.
-JOVENES RENUENTES A CONSULTAR.

-FALTA DE CREDIBILIDAD EN LOS PSICOLOGOS POR QUE LOS MEDICOS GENERALES NO VEN LA NECESIDAD.

- LISTA DE ESPERA GRANDE, POR LA DEUDA QUE SE HA TENIDO CON ESTA PROBLEMÁTICA DE SALUD MENTAL.
- POCO TRABAJO CON LOS INDIGENTES Y DESPLAZADOS.
- FALTA TRABAJAR MÁS EL TEMA DE SUICIDIO. RECURSOS.

RESULTADOS. EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS EN SALUD PARA ADOLESCENTES

La categoría 7 surge de la pregunta de la evaluación de los programas en salud mental para adolescentes, la secretaria de Salud manifiesta que **las fortalezas** son que para -programas son para la población en general. Retomemos= 200 instituciones educativas intervenidas. Unires: psicólogo en todas las entidades educativas oficiales, en diferentes jornadas. Se desarrollan alianzas como gobiernos de Cantabria y ONGs españolas, para tratar de diversificar estrategias. **Las debilidades** se expresan en la lista de espera grande, por la deuda que se ha tenido con esta problemática de salud mental, poco trabajo con los indigentes y desplazados y la falta trabajar más el tema de suicidio. La inversión de recursos. **Las fortaleza en la E.S.E 1-2-3 se identifican** en que hay más participación de los jóvenes en el programa de planificación familiar, esto ha influenciado los proyectos de vida. **Las debilidades en que hay poca cobertura de adolescentes** del barrio y los jóvenes renuentes a consultar. En la E.S.E 4 la psicología como parte del equipo de salud ha sido básico, mejoraría tanto la calidad como la oportunidad del servicio. **La debilidad es falta de credibilidad en los psicólogos** por que los médicos generales no ven la necesidad de la remisión.

DISCUSIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados y la oferta de servicios de salud mental en la zona noroccidental de Medellín, **son temas interrelacionados que deben ser abordados desde una perspectiva de salud pública integral. Una salud pública práctica** con visión de integración de los diferentes escenarios y realidades específicas del contexto que aborde las nuevas realidades de consumo en adolescentes, **haciendo mejor uso de la estrategia de Atención Primaria en Salud APS, con sistemas de información** que monitoreen la situación de las problemáticas con indicadores específicos y evaluaciones de programas de salud mental, que contribuyan al desarrollo de nuevas intervenciones cada vez más pertinentes de acuerdo a las necesidades y siendo **costo efectivas** en el manejo de los recursos y en el **impacto de la salud** principalmente.

Nos hemos preguntado ¿Cuál es la percepción del adolescente de la prestación de los servicios de salud? ¿Qué piensan los trabajadores de la salud sobre las formas de intervenir las problemáticas? ¿Está satisfecha la familia con el aseguramiento y prestación de los servicios de salud? ¿Están capacitadas las instituciones y los profesionales de la salud para prestar servicios de salud mental? ¿Cómo se prestan los servicios de salud mental? **¿Se deben ofertar servicios de salud mental enfocada a adolescentes?** ¿Si existen instituciones geriátricas y pediátricas y se plantea la posibilidad de la Clínica para la mujer en la ciudad de Medellín, porque no atender y entender la importancia de resolver las necesidades en salud del adolescente? Esta investigación propende por resaltar la visualización de los anteriores interrogantes.

DISCUSIÓN

- El Estado colombiano ha materializado **la ineficiencia de su sistema de salud continuamente** a través de las tutelas de los ciudadanos. A través de las tres ramas del poder público; en **el legislativo** con modificaciones de la ley 100 de 1993 que creó el SGSSS y su extensa normatividad, en el **poder judicial** con la Sentencia de la Corte Constitucional T-760 de 2008, **que obligó al Ejecutivo** reconocer la ineficiencia del sistema decretando la Emergencia Social.

- **La salud no se reconoce como derecho humano fundamental, y no se concibe el proceso salud - enfermedad, no está incluida en el POS.**

- **Se deben considerar los problemas psicosociales, deberían ser atendidos en el primer nivel de atención con programas de PYP eficientes y articulados con atención de redes sociales y no solo del sector salud, para la práctica integral de la salud pública.**

- **La perspectiva para la comprensión del campo de la salud mental inserta el elemento de la intervención de los problemas de salud mental no solo en cuanto al riesgo de enfermedad mental como último peldaño de lo no deseable e incluye los problemas psicosociales, aunque en este campo existe una discusión sobre las implicaciones de incluir estos problemas (comunes a todos los seres humanos) y considerarlos como **objeto de atención para el tratamiento y la rehabilitación en Sistema General de Seguridad Social en Salud**, sistema que opera actualmente en el país, ya que estas problemáticas no están incluidas obligatoriamente en los servicios de primer nivel de atención.**

DISCUSIÓN

El Sistema General de Seguridad Social en Salud es pobre en relación con la atención a los problemas de salud mental; es necesario incidir en las normativas que reglamentan la atención en cualquier nivel, principalmente en la Atención Primaria en Salud Mental. No se desconocen los esfuerzos con programas y proyectos, que pueden ser una estrategia poderosa, en la medida en la cual se evalúen en términos del impacto alcanzado por ellos. También es urgente el trabajo preventivo y de promoción de la salud mental con los grupos familiares, para mejorar los indicadores de buen funcionamiento familiar.

El sector público es quien tiene la intención de estudiar la problemática, **el sector privado y en especial las EPS privadas** no se preocupan por estos temas. Aunque es una limitación del estudio, no se incluyó el sector privado.

- Desarticulación de los centros de salud con la secretaria de Salud .
- La secretaria de salud está supliendo los programas que se deberían manejar desde los centros de Salud. Los programas no captan a la población con problemas psicosociales.
- **La prevalencia de el consumo de spa va en aumento, las cifras son preocupantes en la zona noroccidental de Medellín, Castilla tiene la mayor prevalencia, la edad de inicio de consumo es cada vez menor, las bebidas alcohólicas es la primera sustancia consumida en la vida.**
- **Hay demanda insatisfecha de servicios de salud desbordada, EL HOMO y CARISMA concentran la oferta de servicios de salud para los adolescentes con consumos problemáticos. No hay programas de salud mental sólidos y establecidos.**
- Los programas de servicios de salud que tienen no se pueden considerar como programas de salud mental, la cobertura es insuficiente. Las E.S.E, no están siendo planificando la oferta de servicios, no se cuenta con el talento humano necesario, la atención se da en la crisis, **no hay promoción de la salud mental, ni prevención de la enfermedad y problema psicosocial.**

REFERENCIAS

1. Londoño BE. Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados de la zona nororiental Medellín 2006. [Trabajo de grado] Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública, “Héctor Abad Gómez” de la Universidad de Antioquia; 2006.
2. Giraldo C. La dosis personal. Revista CES Medicina 2002; 16 (3:19-29.)
3. Organización Panamericana de la Salud OPS, ¿Por qué el problema del consumo de drogas sigue creciendo en América? [Página de Internet]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dpi/100/100feature24.htm> [Acceso en agosto 16 de 2009]
4. Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito ONUDD, Informe mundial sobre las drogas 2009 [Sitio de internet]. Disponible en: http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/Executive_summary_Spanish.pdf [consulta: 20 de octubre de 2009].
5. Bermúdez C. El consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados de la ciudad de Cali. [Sitio de internet]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos7/cica/cica.shtml> [Consulta: 20 de noviembre de 2009].
6. Dávila C, Rojas J. Moreno M. Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en Colombia y la formación en psiquiatría. Rev. Colomb. Psiquiat, 2008; 30(4:538-563.)
7. García N. Proyecto de Acuerdo, por medio del cual se establecen los lineamientos para la política pública de prevención y atención del consumo de tabaco, de alcohol y de otras sustancias psicoactivas en el municipio de Santiago de Cali desde un enfoque de inclusión social del consumidor de SPA. Santiago de Cali: el Concejo; 2008.
8. Torres Y. Salud mental del adolescente. Medellín: Universidad del CES; 2006.
9. Ministerio de la Protección Social, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Organización Mundial de la Salud, Universidad de Harvard, Fundación FES-Social. Estudio Nacional de Salud Mental [sitio de Internet]. Colombia: Ministerio de la protección social; 2003 Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=14822&IDCompany=3> [acceso 13 de noviembre de 2009].

REFERENCIAS

10. Torres Y, Posada J, Calderón H. Primer estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. Bogotá: Ministerio de salud; 1993.
11. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) - Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (OEA-CICAD). Jóvenes y drogas en países sudamericanos: un desafío para las políticas públicas. [Internet]. Disponible en: http://www.onudd.org.pe/pdf/publicaciones/_Estudio_Comparativo.pdf [Consulta: el 1 de noviembre de 2009].
12. República de Colombia, *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008*. [Sitio de Internet]. Disponible en: http://odc.dne.gov.co/IMG/pdf/Informe_Final_consumo_nal.pdf [Consulta: el 20 de agosto de 2009].
13. Torres Y. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados. Medellín: Departamento de Antioquia-Carisma; 2003.
14. Secretaria de Salud de Medellín. Prevalencia de embarazo adolescente, síntomas sugestivos de ITS, consumo y adicción a sustancias psicoactivas, comportamientos violentos y factores relacionados, en jóvenes escolarizados de 14 a 19 años. Medellín. 2004-2005.
15. Secretaria de salud de Medellín. Consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados del municipio de Medellín: Tendencias del consumo y comparación regional; Medellín 2007.
16. Costa I, Villar M. Uso de sustancias psicoactivas, un nuevo desafío [Sitio de internet]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12nspe/es_v12nspea01.pdf [consulta: 16 de agosto de 2009].
17. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes: Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2009. [Sitio de internet]. Disponible en: <http://www.cinu.org.mx/prensa/especiales/2009/informeanual/docs/informeanual.pdf> [Consulta: 25 de febrero de 2009].
18. Paniagua RE, González CM, Riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados de la zona noroccidental de Medellín 2010. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín; 2010.
19. University of Virginia Health System, La Medicina del adolescente [Internet]. Disponible en: http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds_adolescent_sp/suicide.cfm [Consulta: el 10 de noviembre de 2009].

REFERENCIAS

20. Departamento de Antioquia. Elementos básicos para la atención del consumo de psicoactivos. Sección Salud Mental. Medellín; Servicio seccional de salud de Antioquia 1987. 131 p.
21. Ministerio de la Protección Social, Política Nacional para la Reducción del Consumo y su Impacto Psicoactivas [Internet]. Disponible en: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/documentos/Resumen%20Ejecutivo%20PNRCSPA.pdf> [Consulta: el 1 de noviembre de 2009].
22. Agudelo G. Información de salud, base para la acción. Situación de salud del municipio de Itagüí 2006-2007. Rev. Fac. Nac. Salud Pública; 2008, 26(1): 99-99
23. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia. Santa Fe Bogotá D. C.: La Asamblea; 1991.
24. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 100 de 1993, Diciembre 23, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 1993.
25. Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-102 de 1998, Marzo 24. Bogotá: Corte Constitucional; 1998.
26. Congreso de la Republica de Colombia. Resolución 2358, julio 13, Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. Bogotá: El Congreso; 1998.
27. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 30 de 1986, Enero 31, por la cual se adopta el estatuto nacional de estupefacientes y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 1986.
28. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 115 de 1994, Febrero 8, por la cual se expide la ley general de educación. Bogotá: El Congreso; 1994.

REFERENCIAS

29. Ministerio de Justicia y del Derecho. Decreto 1108 de 1994, Mayo 31, por el cual se sistematizan, coordinan y reglamentan algunas disposiciones en relación con el porte de estupefacientes y sustancias psicotrópicas. Bogotá: Ministerio de Justicia y del Derecho; 1994.
30. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 124 de 1994, Febrero 15, por la cual se prohíbe el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 1994.
31. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 375 de 1997, Julio 4, por la cual se crea la ley de la juventud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 1997.
32. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 745 de 2002, Julio 19, por la cual se tipifica como contravención el consumo y porte de dosis personal de estupefacientes o sustancias que produzcan dependencia, con peligro para los menores de edad y la familia. Bogotá: El Congreso; 2002.
33. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1098 de 2006, Noviembre 8, por la cual se expide el código de la infancia y la adolescencia. Bogotá: El Congreso; 2006.
34. Ministerio de la Protección Social. Resolución 3042 de 2007, Agosto 31, por la cual se reglamenta la organización de los Fondos de Salud de las Entidades Territoriales, la operación y registro de las cuentas maestras para el manejo de los recursos de los Fondos de Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2007.
35. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1122 de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 2006.
36. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007, Agosto 10, por el cual se adopta el plan nacional de salud pública 2007 - 2010. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2007.
37. Ministerio de la Protección Social. Resolución 0425 de 2008, Febrero 11 por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2007.
38. Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-814, Agosto 21. Bogotá: Corte Constitucional; 2008.
39. Municipio de Medellín. Encuesta Calidad de Vida 2006. [Sitio de internet]. Disponible en: http://portal.medellin.gov.co/irj/portal/anonymous?guest_user=ansite [Consulta: 20 de febrero de 2010].
40. Organización Mundial de la Salud OMS. Entrevista diagnóstica internacional compuesta-CIDI. Secciones B, J, L. Ginebra; 1997.

REFERENCIAS

41. Héctor A.G; Héctor A. F. Medellín: Manual de tolerancia; 1992.
42. Alberto V. U. Medellín. Enfermedad y sociedad; 1979.
43. María V. N. Montevideo. Análisis de situación de salud de los barrios el Dorado y Villa Floresti; 2007. [Internet]. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:TUUZg1dteWgJ:www.medfamco.fmed.edu.uy/Archivos/monografias/MonografiaAnSitSalBarr.PDF+El+Dorado+y+Villa+Foresti&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co&source=www.google.com.co> [Consulta: el 1 de junio de 2010].
44. Edmundo G. U. La salud y la vida. OPS (Organización Panamericana de la Salud), 2009. 2 v. (231 p., 256 p.).
45. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es la salud pública [Sitio de internet]. Disponible en: <http://www.whatispublichealth.org/espanol/what/index.html> [Consulta 6 de julio de 2010].
46. González ER. La salud pública como campo transdisciplinar. Rev Fac Nac Salud Pública. 2007; 25(1): 72-8.
47. Eugenio P, Carlos G. Lo psicosocial en salud pública y la atención primaria en salud: un dialogo de convergencia e inclusión...
48. Scheid, T. L., Greenberg, G. An organizational Analysis of Mental Health Care. In: Avison, W. R., McLeod, J. D., Pescolido, B. A. (eds). Mental Health, Social Mirror. USA: Springer Science + Business Media, pp. 379 – 406.
49. Pescosolido, B. Boyer, C. (2010) Understanding the context and dynamic social processes of mental health treatment. In: Scheid, T, Brown, Tony (eds). A handbook for the study of mental health: social contexts, theories, and systems. New York: Cambridge University Press.
50. Villalba R. Calidad en la atención primaria de la salud. Argentina. Rev Ele Sem de Enf.2007. [Sitio de internet]. Disponible en: <http://www.whatispublichealth.org/espanol/what/index.html> [Consulta 6 de julio de 2010].
52. Torres Y. Salud mental del adolescente. Medellín: Universidad del CES; 2006.

REFERENCIAS

53. University of Virginia Health System, La Medicina del adolescente [Internet]. Disponible en: http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds_adolescent_sp/suicide.cfm [Consulta: el 10 de noviembre de 2009].
54. Organización Mundial de la Salud OMS. Invertir en salud mental. [Internet]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf [Consulta: el 10 de noviembre de 2009].
55. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención Primaria de Salud más necesaria que nunca Ginebra OMS, 2008. [Internet]. Disponible en: <http://www.mspbs.gov.py/archivos/varios/oms.pdf> [Consulta: el 5 de Agosto de 2010].
56. Child and adolescent mental health in Latin America and the Caribbean: problems, progress, and policy research. Myron B, Luis R. [Internet]. Disponible en: <http://www.eutimia.com/ops/Child-and-adolescent-menta-health-in-Latin-America.pdf> [Consulta: el 5 de Agosto de 2010].
57. Hacia una propuesta de intervención integral en salud mental para las poblaciones de Antioquia. Gobernación de Antioquia. [Sitio de Internet]. Disponible en: <http://saludmentalantioquia.blogspot.com/> [Consulta: el 5 de Agosto de 2010].
58. *December 2010-Vol.28, No.6: www.paho.org/journal/. Rev Panam Salud Pública. 2010; 28 (6).*
59. Servicio de atención de salud del adolescente. [Sitio de Internet]. Disponible en: <http://www.asesp.com.uy/content.asp?type=43>
60. Denise P, Bernadette P. Investigación científica en ciencias de la salud (256 p., 257 p.).
61. Corrales S, Montoya A. Prevalencia y factores asociados al consumo de psicoactivos en estudiantes de secundaria municipio de Guatapé Antioquia 2005. Trabajo de Grado (Gerencia en Sistemas de Información en Salud). Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud.
62. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional de Salud Mental 2003. Bogotá 2003.
63. Surgir. Informe Línea de orientación sobre alcohol y drogas. Medellín, 2002 *En Redescubrirte: Enhebrando saberes en salud y juventud, proyecto Red de jóvenes para la prevención de la fármaco dependencia, la sexualidad insegura y la violencia. Etapa II. Modulo II. Medellín 2005.*

¡MUCHAS GRACIAS!