

Artículo original

Consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas de los adolescentes de un territorio indígena en la Amazonía colombiana^{☆,☆☆}



Adriana Pedroza-Buitrago^a, Adriana Pulido-Reynel^a, Adriana Ardila-Sierra^{a,*},
Silvia Mora Villa-Roel^a, Patricia González^b, Levinson Niño^a y César Piñeros^a

^a Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS), Bogotá, Colombia

^b Nuevo Hospital Manuel Elkin Patarroyo, Inírida, Guainía, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 25 de marzo de 2019

Aceptado el 4 de junio de 2019

On-line el 29 de julio de 2019

Palabras clave:

Adolescente

Bebidas alcohólicas

Tabaco

Psicotrópicos

Población indígena

R E S U M E N

Introducción: Existen muy pocos estudios sobre el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en jóvenes de territorios indígenas y en estudiantes semipresenciales o nocturnos. En Inírida, municipio de la Amazonía colombiana, preocupaba un posible problema de consumo nunca caracterizado.

Objetivo: Caracterizar el consumo de alcohol, tabaco y SPA en adolescentes de Inírida escolarizados en jornada nocturna y semipresencial.

Métodos: Encuesta CICAD/SIDUC, ajustada al contexto cultural, al 95% de los 284 estudiantes de la jornada elegida (n = 262). Se utilizó estadística descriptiva y análisis de correspondencias múltiples.

Resultados: Actualmente consume alcohol el 59%; cigarrillo, el 28%; marihuana, el 21%; basuco, el 3%; éxtasis, el 1%; cocaína, el 1%, e inhalables, el 1%. El 61% considera que en el colegio y alrededores hay disponibilidad de drogas y es fácil conseguir marihuana (62%) y basuco (35%). Se ofrecen drogas con mayor frecuencia en el barrio (56%) y las fiestas (30%). Las personas que más les ofrecen drogas son conocidos (35%) y amigos (29%). El 51% manifiesta haber recibido actividades de prevención del consumo.

Conclusiones: La población presenta mayor consumo de las sustancias estudiadas que el referente nacional y de la Orinoquía y Amazonía, excepto en cocaína e inhalables. Se corrobora la situación de consumo y se proponen acciones participativas.

© 2019 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

[☆] Tesis de grado: esta investigación corresponde al trabajo de grado de la Especialización en Medicina Familiar de las autoras Pedroza-Buitrago y Pulido-Reynel, titulado «Consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados en jornada semipresencial y nocturna en una institución de Inírida, Guainía». Aprobado en 2018 en la Fundación la Universitaria de Ciencias de la Salud – FUCS.

^{☆☆} Este trabajo fue presentado en la modalidad de póster en la XXVII Jornada de Investigación Posgrado de Medicina, celebrada en Bogotá D.C., el 25 de enero de 2019. El título del póster fue: «Consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados en jornada semipresencial y nocturna de una institución de Inírida – Guainía».

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: amardila@fucsalud.edu.co (A. Ardila-Sierra).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.06.002>

0034-7450/© 2019 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Consumption of Alcohol, Tobacco and Psychoactive Substances in Adolescents from an Indigenous Territory in the Colombian Amazon

A B S T R A C T

Keywords:

Adolescent
Alcoholic beverages
Tobacco
Psychotropic drugs
Indigenous population

Introduction: There are very few studies on the consumption of psychoactive substances (PAS) among young people from indigenous territories and evening or blended learning students. In Inírida, a municipality in the Colombian Amazon, there were concerns about a possible consumption issue that had never been characterised before.

Objective: To characterise the consumption of alcohol, tobacco and PAS in Inírida among teenage evening and blended learning students.

Methods: The Inter-American Uniform Drug Use Data System (SIDUC) survey developed by the Inter-American Drug Abuse Control Commission (CICAD) was adapted to the cultural context and carried out on 95% of 284 evening and blended learning students (262). Descriptive statistics and multiple correspondence analyses were used.

Results: Currently, 59% consume alcohol; 28% tobacco; 21% marijuana; 3% cocaine paste; 1% ecstasy (MDMA); 1% cocaine; and 1% inhalants. Also, 61% believe that drugs are available inside and around the vicinity of their school, and that marijuana (62%) and cocaine paste (35%) are easily acquired. Drugs are most commonly offered in neighbourhoods (56%) and at parties (30%). Those offering the highest quantity of drugs are acquaintances (35%) and friends (29%). And 51% stated that they had participated in preventive activities related to consumption.

Conclusions: The population has a higher consumption of the substances studied in comparison with the national reference, that of Orinoquía and Amazonía, with the exception of cocaine and inhalants. The consumption situation was confirmed, so participatory actions are proposed.

© 2019 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Guainía es un departamento pluriétnico y multifronterizo de la Amazonía colombiana, con procesos acelerados de occidentalización desde mediados del siglo xxy con un 83% de población indígena, en su mayoría de las etnias Puinave, Curripaco, Sikuaní y Piapoco¹.

Inírida es el único municipio y capital de Guainía; en 2017 tenía 20.100 habitantes, el 60,3% indígenas, con predominio de población joven²; recibe migrantes por desplazamiento interno forzado y procedentes de Venezuela. Sus niveles de desempleo y de necesidades básicas insatisfechas son altos³, lo cual obliga a las cabezas de los hogares a dedicar la mayor parte de su tiempo a empleos informales y mal remunerados, fuera de casa, o ausentarse del municipio por periodos prolongados para trabajar en las minas de oro, principalmente la de Yacapana en Venezuela, dejando a sus hijos al cuidado de terceros o sin acompañamiento adulto. Hacia 2016, el personal sanitario había identificado un problema de consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en jóvenes que nunca se había caracterizado. También se detectó un aumento de expendedores de SPA y ausencia de políticas públicas fuertes encaminadas al control del microtráfico; en los alrededores de las instituciones educativas del municipio se ofrecen SPA a precios mínimos (0,3 dólares por dosis en 2018).

Los patrones de consumo de alcohol, tabaco y SPA son de carácter multidimensional, y las condiciones difíciles a las

que se enfrentan los adolescentes indígenas del mundo, de pobreza, marginación y baja presencia del Estado, los convierte en un grupo vulnerable para el desarrollo de consumo problemático⁴⁻⁷.

En Colombia existe un estudio nacional sobre el consumo de SPA en escolares, con datos de la Orinoquía y Amazonía, cuya muestra no incluyó a jóvenes de Guainía⁸. Para contar con un diagnóstico claro de la situación de consumo a escala municipal que permitiera propiciar intervenciones eficaces, se buscó identificar las frecuencias de consumo de alcohol, cigarrillo y SPA, caracterizar las condiciones escolares, familiares, sociales y económicas que en la literatura se han descrito como relacionadas con dicho consumo, caracterizar el acceso, la percepción de riesgo, la exposición a riesgos y la participación en programas de prevención o tratamiento en adolescentes escolarizados en jornada nocturna y semipresencial en Inírida.

Métodos

Estudio descriptivo de corte trasversal, tipo encuesta anónima autoaplicada. Se utilizó la encuesta CICAD/SIDUC⁹, que se ha usado en estudiantes de secundaria de la región. Se hizo la adaptación cultural recomendada por el CICAD/SIDUC y, por recomendación del comité de ética, se suprimieron algunas preguntas para no agobiar a estudiantes cuya lengua materna no es necesariamente el español y para no promocionar indi-

rectamente otras SPA. En el caso del tabaco, solo se indagó por el consumo de cigarrillo.

La encuesta ajustada se realizó sin presencia de docentes y guardando la confidencialidad. De los 284 estudiantes, el 100% de los matriculados en jornada semipresencial y nocturna en Inírida, se encuestó a los 262 (95%) que se encontraban en el colegio en las fechas del estudio (fines de 2017), con edades entre 10 y 19 años. Se eligió esta jornada porque el gobierno municipal planeaba encuestar los colegios de jornada diurna. Criterios de exclusión: personas que no desearan participar en el estudio y personas que no estuvieran en condiciones mentales o físicas de autoaplicarse la encuesta.

Se entendió por consumo el uso de las sustancias lícitas e ilícitas, una o más veces, en un periodo específico. Consumo en el último mes o consumo actual: uso de determinada sustancia una o más veces durante los últimos 30 días. Consumo en el último año o consumo reciente: una o más veces durante los últimos 12 meses. Consumo alguna vez en la vida: una o más veces en cualquier periodo de su vida¹⁰.

Las variables cuantitativas se resumieron con medidas de tendencia central y de dispersión y las variables cualitativas, con frecuencias absolutas y relativas. Se realizó un análisis de correspondencias múltiples para caracterizar el consumo. El análisis estadístico de la información se realizó en Stata 13 y SPAD 7.3.

El estudio fue aprobado por la Secretaria de Educación departamental, las directivas de la institución educativa, la asociación de padres de familia, y por un Comité de Ética que lo consideró de riesgo mínimo.

Resultados

De los 262 participantes, el 60% eran mujeres. La edad promedio era $17,3 \pm 1,56$ años; eran naturales de Inírida el 62%; mestizo o colono, el 35%; Puinave, el 23%; Curripaco, el 16%, y el 26% restante se distribuye entre las etnias Sicuani, Piapoco, Cubeo y Yeral. La mayoría se encontraba cursando décimo grado (tabla 1).

Consumo de cigarrillo

El consumo actual de cigarrillo fue del 28%; alguna vez en la vida, el 55% (varones el 30% y mujeres el 25%). La edad promedio del primer uso fue 14 años. La mayoría de quienes han consumido cigarrillo alguna vez en la vida se encuentran en grado décimo (30%), seguido por el grado octavo (19%). El mayor consumo se registra a los 18 años (39%).

Entre quienes consumen cigarrillo actualmente, se encontraron algunas características como tener en la vivienda a alguien que fuma, no haber hablado con los padres sobre el peligro de consumir drogas, haber participado en actividades de prevención de consumo pero no estar a gusto con ellas, tener una situación económica normal o regular y padres que no fuman (fig. 1).

Tabla 1 – Características sociodemográficas de los estudiantes

| | |
|-------------------------------------|-----------------|
| Sexo | |
| Varones | 107 (40) |
| Mujeres | 155 (60) |
| Edad | |
| 10 a 19 años | $17,3 \pm 1,56$ |
| Curso | |
| Tercero | 4 (2) |
| Sexto | 22 (9) |
| Séptimo | 35 (14) |
| Octavo | 44 (17) |
| Noveno | 42 (16) |
| Décimo | 69 (27) |
| Once | 39 (15) |
| Procedencia | |
| Inírida | 160 (62) |
| Otro/Guainía | 22 (8) |
| Otro/Colombia | 62 (24) |
| Sin dato | 18 (6) |
| Vive con | |
| Padre y madre | 123 (47) |
| Solo con la madre | 56 (21) |
| Con ninguno de los dos | 44 (17) |
| Madre y pareja | 25 (10) |
| Solo con el padre | 6 (2) |
| Padre y pareja | 5 (2) |
| Sin dato | 3 (1) |
| Ingresos familiares en SMMLV | |
| 1 | 113 (43) |
| 2 | 99 (38) |
| 3 | 19 (7) |
| > 3 | 15 (6) |
| Sin dato | 16 (6) |

Los valores expresan n (%) o media \pm desviación estándar.

Consumo de alcohol

Los estudiantes que han consumido alcohol en los últimos 12 meses son el 68%; en los últimos 30 días, el 59%, y alguna vez en la vida, el 85%, estos con una ligera mayoría femenina, del 58 frente al 42%. El 43% dijo no haber consumido bebidas alcohólicas en las últimas 2 semanas.

Al discriminar por curso, el 28% eran de grado décimo; el 19%, de grado octavo; el 17% de grado once y el 16%, de grado noveno. El 51% inició el consumo de alcohol entre los 13 y los 16 años, seguidos de los grupos de 10-12 años (21%), 17-20 años (13%) y menores de 10 años (1%).

El licor consumido más frecuentemente fue la cerveza (33%) los fines de semana, seguido por licores fuertes (29%); whisky, vodka, aguardiente, ron.

El 19% afirmó que todos o casi todos sus amigos consumen alcohol los fines de semana, y el 18% refiere que la mitad de sus amigos lo hace. Que el padre consuma alcohol se da en el 32%; ambos padres, el 11% y la madre, el 4%.

De los estudiantes que actualmente consumen alcohol, el 14% tiene problemas familiares, el 11,5% tiene mal

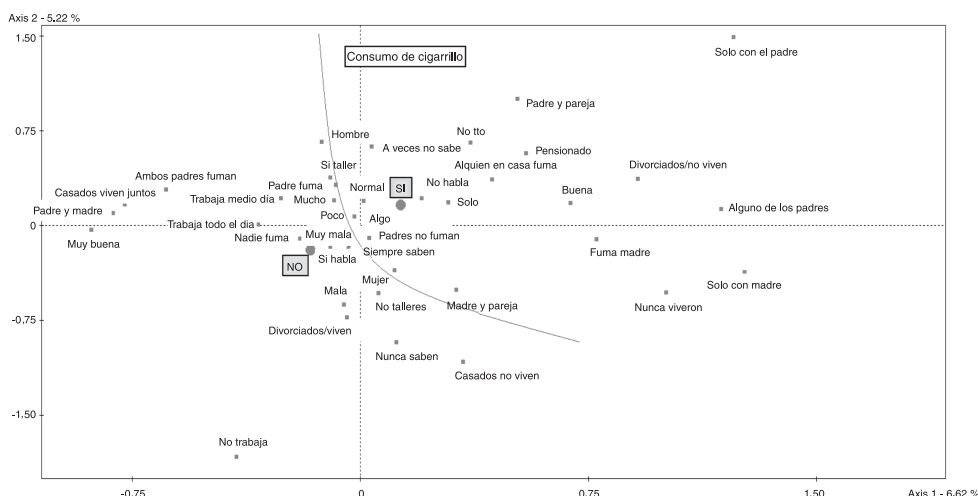


Figura 1 – Plano factorial de la caracterización del consumo de cigarrillo.



Figura 2 – Plano factorial de la caracterización del consumo de alcohol.

rendimiento en una prueba y el 4,72% tiene problemas con la policía.

El consumo actual de alcohol fue más frecuente en mujeres que en varones, nunca o casi nunca los padres saben dónde están, no han hablado con sus padres sobre el peligro de consumir drogas, alguno de los padres consume también bebidas alcohólicas, viven solo con 1 de los padres, tienen algún miembro de la familia que consume algún tipo de sustancia, casi todos o por lo menos la mitad de sus amigos consumen alcohol los fines de semana, perciben su situación económica como buena, no han recibido talleres para prevenir el consumo ni tratamiento, y consideran poco probable el ingreso a la universidad (fig. 2).

Consumo de marihuana

Se encontró un consumo de marihuana en los últimos 12 meses del 16%; actual, del 21%, y alguna vez en la vida, del 37%

(el 22% varones y el 15% mujeres). Entre quienes habían consumido marihuana alguna vez en la vida, el 21% pertenecía a grado octavo; el 16%, a grado séptimo y el 15%, a grado décimo.

Entre quienes consumen marihuana semanal o diariamente, el 17% tiene problemas familiares, el 52% tiene mal rendimiento en una prueba y el 12%, algún problema con la policía. El 19% de los encuestados afirma que menos de la mitad de sus amigos consumen marihuana y el 9%, la mitad.

Entre quienes informan consumo actual de marihuana se encontraron algunas características, como: la mayoría son varones, los padres nunca o casi nunca saben dónde están, no hablan con sus padres acerca del peligro de consumir sustancias, alguien en la familia consume sustancias, los padres trabajan todo el día, consideran que su situación económica es mala, la mayoría dice no haber recibido talleres de prevención, manuales, material para prevención de consumo ni tratamiento y consumen entre 1 y 5 cigarrillos de marihuana en cada salida de fiesta (fig. 3).

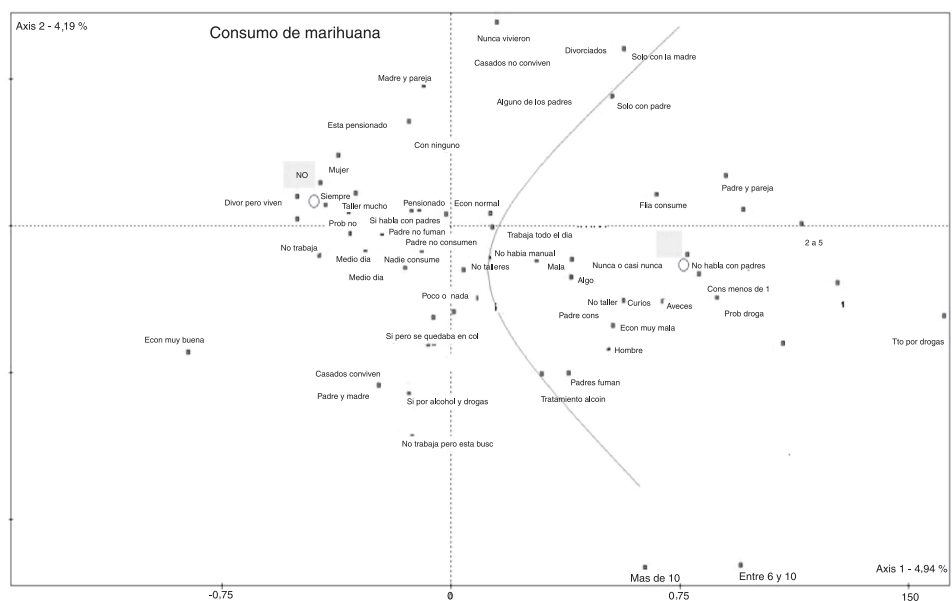


Figura 3 – Plano factorial de la caracterización del consumo de marihuana.

Consumo de basuco

Se encontró un consumo de basuco alguna vez en la vida en el 6% (mujeres el 3% y varones el 2,6%); en los últimos 12 meses, del 5% y en los últimos 30 días, del 3%. Entre quienes han consumido alguna vez en la vida, el 20% pertenece a grado octavo; el 15%, a noveno y el 10%, a séptimo.

Consumo de inhalables

Un 4% manifestó haber consumido inhalables alguna vez en la vida (mujeres el 2,57% y varones el 1,42%); en los últimos 12 meses, el 1% y en los últimos 30 días, el 1%. Quienes habían consumido se encontraban en grado octavo (20%), noveno (20%) y décimo (20%), sin evidencia de consumo en los grados sexto y once.

Consumo de éxtasis

Los estudiantes que manifestaron haber consumido éxtasis alguna vez en la vida fueron el 3% (varones el 2% y mujeres el 1%); en los últimos 12 meses, el 1% y en los últimos 30 días, el 1%.

Al discriminar por curso, quienes han consumido alguna vez en la vida son de grado octavo (35%), séptimo (25%) y décimo (25%).

Consumo de cocaína

Manifestaron haber consumido cocaína alguna vez en la vida el 2,36% (varones el 1,5% y mujeres el 0,86%); en los últimos 12 meses, el 1% y en los últimos 30 días, el 1%.

Policonsumo

El 31% de los adolescentes usan más de una sustancia simultáneamente. La combinación más común es alcohol más cigarrillo (17%), seguida de alcohol más marihuana y cigarrillo (5%) y alcohol más marihuana (2%). Casi la totalidad de los consumidores de cigarrillo consumen alguna otra sustancia. Del 69% restante, no consume ninguna sustancia el 33%, solo alcohol el 31%, solo cigarrillo el 4% y solo marihuana el 1%. El 2,3% ha recibido tratamiento alguna vez en la vida por alcohol, el 1% por drogas y el 1% por alcohol y drogas.

Otras condiciones del consumo

El 80% de los encuestados hablan con sus padres sobre el peligro de consumir drogas y el 19% tiene en casa algún hermano u otra persona que consume drogas.

Un 61% reconoce la presencia de SPA en el colegio y sus alrededores, el 50% ha presenciado consumo dentro o alrededor del colegio, el 37% ha presenciado venta de SPA dentro o alrededor del colegio y el 50% ha visto a algún alumno usando drogas en el colegio o alrededores. Las sustancias más fáciles de conseguir son la marihuana (62%), el basuco (35%), la cocaína (15%) y el éxtasis (9%). Pese a que algunas sustancias son difíciles de conseguir, todas están siendo ofrecidas a los estudiantes.

El lugar donde más se ofreció marihuana fue el barrio (56%) y en las fiestas (30%). La marihuana es ofrecida por algún conocido (35%) y por amigos (29%); la cocaína es ofrecida por personas no conocidas (25%) o alguien conocido (14%); el basuco, por no conocidos (18%) y por amigos (15%); el éxtasis, por no conocidos (19%) y conocidos (7%).

Los encuestados refieren que, debido al consumo de alcohol o sustancias ilícitas, el 19% ha tenido problemas familiares; el

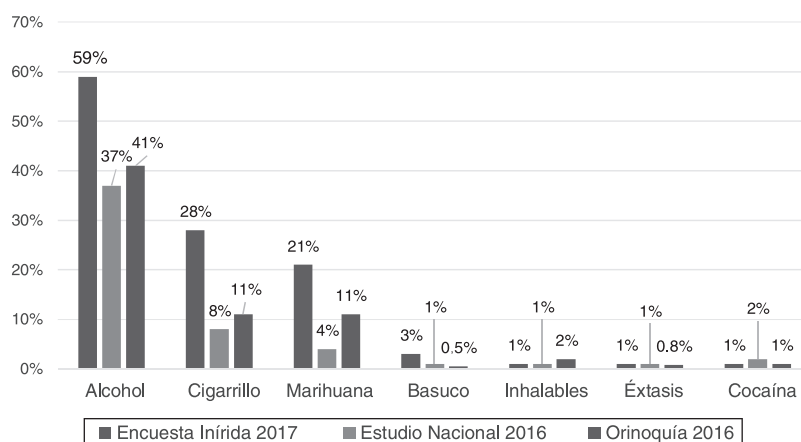


Figura 4 – Consumo actual en la población encuestada (2017) frente a datos nacionales y de Orinoquía-Amazonía (2016).

10%, mal rendimiento en una prueba; el 4%, problemas con la policía, y el 4%, una fuerte pelea. El 51% refiere haber participado en actividades de prevención de consumo realizadas en el colegio en el presente año.

Discusión

Los resultados obtenidos corresponden a estudiantes de jornada semipresencial y nocturna, por lo que no son extrapolables cabalmente a la población diurna o a la municipal, departamental o nacional. Sin embargo, los resultados son útiles para las autoridades locales porque permiten corroborar que el consumo de SPA existe y requiere intervenciones.

Se hará un balance de los hallazgos con referencia al estudio nacional de 2018, por ser el más similar, incluir datos para Orinoquía y Amazonía (OA) y usar el mismo instrumento de encuesta. Tanto para las sustancias lícitas como para las ilícitas, los consumos actual, anual y alguna vez en la vida del presente estudio son más altos que los del estudio nacional, tanto en general como en la OA⁸, como se describe a continuación (fig. 4).

El mayor consumo registrado es el de alcohol, igual que en los datos nacionales y de la OA, seguido por el consumo de cigarrillo, que en el presente estudio es más del doble que en la OA pese a los múltiples esfuerzos nacionales para el control del tabaco, con políticas públicas encaminadas a reducir dicho consumo, como el aumento del impuesto al tabaco, las campañas publicitarias masivas, ambientes cerrados libres de humo y restricción de la publicidad¹¹; teniendo en cuenta el carácter legal de ambas sustancias, cabe la posibilidad de preguntarse si es necesario reevaluar las medidas existentes o buscar estrategias alternativas para desestimular la demanda y el consumo mientras se realizan otras para reducir su oferta de manera efectiva.

También vale la pena preguntarse sobre la existencia de un *aval consuetudinario* en el consumo de dichas sustancias en el contexto familiar, de la comunidad educativa y en la generalidad de la población de Inírida que esté promoviendo la disponibilidad e interés en las sustancias pese a los controles. Cuando el consumo de una sustancia es habitual y ampliamente aceptado socialmente en un contexto

determinado, existe una gran posibilidad de que esta normatividad social se sobreponga a la jurídico-legal, lo que puede favorecer un cambio en la percepción de la sustancia y el riesgo y, por ende, posiblemente incida en la motivación del consumo¹².

En cuanto a marihuana, el consumo encontrado en el presente estudio (21%) es muy superior al del estudio nacional, en el país (4%) y en la OA (11,3%). Pero no se aleja de lo evidenciado en otros contextos escolares (de jornada diurna) en los que el consumo de esta sustancia predomina. No deja de ser llamativo que esté por encima de las cifras nacionales, pero es preciso indagar más a fondo los posibles factores que inciden en su difusión.

Sobre el consumo de basuco tanto alguna vez en la vida, como en los últimos 12 meses y el actual, se evidencia más del doble frente al nacional y el de la OA. Es importante que se abra la discusión sobre esa sustancia (pasta base de cocaína), independientemente de los valores obtenidos, teniendo en cuenta su relación con un mayor deterioro cognitivo y social y por ser una de las que conlleva una más alta estigmatización¹³⁻¹⁵.

El consumo de inhalables alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses fue inferior que el del estudio nacional y el consumo actual fue similar.

En cuanto al consumo de éxtasis alguna vez en la vida, fue superior al nacional, mientras que el de los últimos 12 meses y el actual fueron similares al nacional y de la OA. En ambos estudios hubo mayor consumo de éxtasis entre los varones que entre las mujeres.

Respecto al consumo de cocaína, se encontraron los mismos valores que en la OA y un menor consumo alguna vez, en los últimos 12 meses y actual respecto al nacional, con mayor consumo en los varones que en las mujeres, en ambos casos.

La mayoría de los estudiantes, tanto del presente estudio como del nacional, reconocen la presencia y la venta de SPA dentro del colegio y en los alrededores, así como consumo por los estudiantes. En ambos estudios que la sustancia más fácil de conseguir es la marihuana, seguida por el basuco; la de más difícil acceso es el éxtasis.

Respecto a otras sustancias ilegales, resalta la diversidad de sustancias encontradas. Teniendo en cuenta la proporción de consumo de inhalables encontrada, la no discriminación del tipo de inhalable y que en la adaptación cultural y ética del

instrumento se eliminaron ciertas sustancias, no se descarta que en Inírida o en Guainía esté en expansión un mercado de sustancias aún no detectado sobre el cual es preciso abrir diálogos entre actores comunitarios e instituciones estatales para indagar específicamente por inhalables del tipo pegamentos, *Popper, dick* (nitrito de isopropilo), *ladies* (cloruro de metileno) y muchos otros que vienen aumentando en el país¹⁶.

Habría que decir lo mismo sobre el posible consumo de otras drogas sintéticas, además del éxtasis; llama la atención que en estos adolescentes se haya encontrado consumo de éxtasis, droga reconocida tradicionalmente como urbana o metropolitana.

Esta situación también constituye un llamado para que los estudios futuros tengan en cuenta las desventajas de homogeneizar consumos a la hora de crear estrategias de intervenciones específicas y efectivas.

Existen otros estudios en Latinoamérica donde se ha caracterizado el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en adolescentes indígenas y no indígenas, como el estudio sobre patrones de consumo de SPA de la población indígena residente y originaria de la ciudad de México del 2015¹⁷, donde también se documentó el mayor consumo de alcohol (el 47,4% de los varones y el 49,4% de las mujeres), seguido del tabaco (22,9%, tanto mujeres como varones) y la marihuana (el 17,1% de los varones y el 13,1% de las mujeres), con resultados inferiores a los nuestros. Sí se evidenció un mayor consumo de inhalables, el 11,1% de los varones y el 13,1% de las mujeres.

Otro estudio realizado en 450 estudiantes de secundaria, indígenas y mestizos del cantón Saraguro en Loja Ecuador¹⁸ también encontró que las sustancias mayormente consumidas, tanto por los estudiantes indígenas como por los mestizos, fueron alcohol (el 62,3% de los varones y el 41,4% de las mujeres), seguida por la marihuana (el 17,1% de los varones y el 4,9% de las mujeres) y las demás sustancias inhalantes, pasta base, cocaína, heroína y éxtasis (con porcentajes < 1%).

No se comparó con otros estudios colombianos en jóvenes, por diferencias en la población o en el instrumento utilizado^{19,20}.

Esta contribución sería incompleta si no se ofrece a la sociedad guainarense al menos un esbozo de posibles intervenciones que acojan la evidencia actual; a ese fin se dedica el resto de esta sección.

Para el caso de intervenciones en el consumo de SPA con menores de edad, deben diseñarse metodologías en las que las sustancias no sean el centro de la atención, sino los aspectos contextuales del consumo. Incluso se propone que las menciones a las SPA sean mínimas o casi nulas, eso sí, sin desconocer su existencia en casos determinados ni cayendo en un ocultamiento de la realidad que pueda ser desfavorable para la intervención.

Se debe partir de una concepción del consumo de sustancias que se salga de las nociones de disfunción social (el consumidor como desviado de la norma social) o de patología física (el consumo como aspecto meramente toxicológico y ligado a la adicción), sobre las cuales ha girado gran parte de la literatura y de las políticas existentes, enfoques que han sido revaluados ampliamente por diversos estudios científicos transdisciplinarios que evidencian no solo su poca efectividad, sino que además crean daños mayores que los que se

pretende evitar²¹⁻²⁵. Debe entenderse el consumo de sustancias como la decisión de un individuo en un momento y un lugar determinados que nace de la confluencia de diversos factores (culturales, históricos, sociodemográficos, políticos, ambientales, psicológicos, biológicos, etc.) en su vida, lo que implica una lectura compleja, sin valoraciones maniqueas sobre lo bueno y lo malo, y alejada de actitudes polarizantes que impidan distinguir la amplia diversidad de matices que explican la aparición y evolución del fenómeno.

Además, por las características de Inírida y Guainía, en el diseño de estrategias de prevención debe existir un enfoque diferencial que tenga en cuenta las características de sus grupos étnicos (cosmogonía, perspectiva frente al consumo de SPA, abordajes realizados en las comunidades, etc.) y acciones diferenciadas para cada grupo poblacional, etario y comunitario.

Deben tenerse en cuenta también las premisas de la participación comunitaria y de la construcción social, entendiendo estas como la implicación de los distintos actores sociales que se identifiquen como claves en el diseño, la ejecución y la evaluación de una estrategia integral para la prevención y la atención del consumo en el desarrollo de los consensos clave para que dicha estrategia funcione de manera integral y multisectorial.

Por ello se debe integrar a líderes indígenas y comunitarios, a diversas entidades estatales (de los sectores de educación, salud, recreación, cultura, policía, etc.) y a la población en general. En el caso de la comunidad escolar debe haber una participación ardua de estudiantes, profesores y padres de familia. Para estos últimos dos, a diferencia de lo dicho para estudiantes, las estrategias deben partir de información sobre las SPA, su consumo e implicaciones, esto con miras a ampliar el conocimiento y eliminar los imaginarios que puedan ser nocivos o conllevar a malas prácticas de atención y abordaje que tengan efectos contrarios a los esperados en los estudiantes.

De esta manera, ciñéndose a las características de intervenciones reconocidas internacionalmente por el desarrollo de buenas prácticas y según las indicaciones de los estudios nacionales, en resumen, la estrategia o conjunto de estrategias debe centrarse en estos aspectos puntuales²⁶:

1. Que tengan base en la escuela secundaria. No excluye actividades de fortalecimiento de capacidades para niños y niñas de primaria o primera infancia.
2. Que se dirijan con énfasis a la población de los grados en los que coincida el inicio del consumo de SPA.
3. Que incluyan actividades con los padres o adultos responsables (en el hogar).
4. Que utilicen un marco amplio de fortalecimiento de habilidades para la vida, en lugar de un marco restrictivo centrado únicamente en el asunto de las drogas.
5. Que se desarrollen con un esquema dinámico y participativo de actividades.
6. Que involucre actividades entre pares.
7. Que tenga en cuenta el entorno comunitario.
8. Que involucre a los maestros, teniendo en cuenta los aspectos diferenciales mencionados anteriormente.

9. Que incluya el uso de tecnologías de la comunicación (si las condiciones materiales del contexto y la comunidad así lo permiten).
10. Que tengan definido un proceso de evaluación.

Es necesario además un mapeo de las diferentes estrategias de prevención existentes en el municipio, para evaluar a la luz de estos criterios si se ajustan a lo esperado. De igual manera, es preciso que la comunidad en general evalúe la efectividad y la pertinencia de dichas estrategias.

Las estrategias deberían tener como fin último el fortalecimiento de los siguientes aspectos, identificados como clave para la generación de individuos autónomos con capacidad de gestionar el riesgo y tomar decisiones importantes sobre su vida:

- Fortalecimiento de potencialidades para la vida. Actividades que aporten en la construcción de individuos con habilidades para manejar el éxito, pero a la vez con capacidad de resiliencia para afrontar las inevitables dificultades de la vida, teniendo recursos propios para no quedar sometidos a situaciones particulares. Incluye también el fortalecimiento del pensamiento crítico y el conocimiento de los derechos y deberes ciudadanos, entre muchas otras actividades similares.
- Alternativas socioculturales y recreativas. Incluye todo tipo de actividades que permitan fortalecer la capacidad creadora y expresiva de los estudiantes, teniendo en cuenta la diversidad de inteligencias e intereses de cada uno de ellos. Manejo adecuado del tiempo libre, oferta de actividades culturales, lúdicas y deportivas estimulantes para el desarrollo personal.
- Movilización de redes sociales. Se busca estimular la sociabilidad y el fortalecimiento de los lazos sociales del estudiante en sus contextos familiares, comunitarios y de pares, favoreciendo la comunicación y la empatía como directrices.
- Trabajo en comunidad. Actividades que fortalezcan la idea de comunidad y la reconstrucción de los tejidos sociales, permitiendo entender la importancia del trabajo comunitario y de la participación y capacidad individual en diversas situaciones. Se ha identificado que la promoción de la individualidad y la búsqueda del éxito con base en fines pero no en procesos (como es el caso de las notas en los colegios) son factores que generan estrés y angustias, aspectos que a su vez pueden ser motivantes para el consumo de SPA.
- Ofertas en servicio de atención integral y diferencial. Aparte de la oferta de servicios y estrategias de los aspectos anteriormente mencionados, debe buscarse la generación de espacios que favorezcan la comunicación de situaciones potencialmente problemáticas que puedan o no motivar el consumo de SPA. Se propone revisar experiencias en torno a centros o zonas de escucha, procesos de acompañamiento psicológico, y similares.
- Además, en el caso de los estudiantes que llegasen a tener un consumo problemático de alguna sustancia y que por voluntad propia requieran apoyo para la deshabitación del consumo o intervenir en algún aspecto puntual de su vida que lo motive, deben existir servicios de tratamiento integral y hacer una revisión de su contexto de vida particular,

para garantizar la efectividad del tratamiento y evitar recaídas en el consumo problemático.

Conclusiones

En la población encuestada, el consumo actual de las sustancias estudiadas es superior al referente nacional, excepto en cocaína, que es menor, e inhalables, que es similar. Son necesarios estudios afines en estudiantes de jornada diurna, pero se corrobora la existencia de una situación de consumo que amerita acciones, en lo posible participativas, intersectoriales y acordes con la cultural local.

Financiación

Esta investigación fue financiada por la convocatoria interna de la Fundación La Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS (163-8417-8) y por Colciencias (CT 748-2016).

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A las directivas, estudiantes y asociación de padres de la institución educativa y a la Secretaría de Educación Municipal de Inírida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS - Piloto de Implementación en los Departamentos con Poblaciones Dispersas, (2015).
2. Secretaría de Salud Municipal Inírida. Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud. 2017.
3. Universidad de los Andes, Ministerio de Salud y Protección Social, Inter-American Development Bank. Modelo piloto de prestación de servicios de salud en el Departamento del Guainía. 2013.
4. Lopera J, Jiménez S. Salud mental en poblaciones indígenas. Una aproximación a la problemática de salud pública. *Medicina UPB*. 2012;31:52.
5. Iglesias D. Desarrollo del adolescente, aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*. 2013;17.
6. Hidalgo M, Redondo A, Castellano G. Medicina de la adolescencia, atención integral. 2013. Disponible en: <http://bit.ly/2TFIWnP>.
7. Gómez-Restrepo C, Rincón CJ, Urrego-Mendoza Z. Salud mental, sufrimiento emocional, problemas y trastornos mentales de indígenas colombianos. Datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016;45:119-26.
8. Observatorio Interamericano de Drogas OAS -CICAD, Sistema Interamericano de datos uniformes, Ministerio de Justicia y derecho, Ministerio de Educación, Ministerio de salud y protección Social. Estudio Nacional de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar, Colombia-2016. 2018. Disponible en: <http://bit.ly/2u8PI6f>.

9. Observatorio Interamericano de Drogas OAS-CICAD, Sistema Interamericano de Datos uniformes, Ministerio de Justicia y Derecho, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud y Protección social. Protocolo de la encuesta sobre drogas en hogares. Instrumentos para la realización de los estudios nacionales de drogas en población escolar. Colombia. 2011. Disponible en: <http://bit.ly/2HotyFy>.
10. Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2013. Informe final. Colombia: 2014.
11. Herrera A, Corvalán M. Tabaquismo en el adolescente. *Rev Chil Enf Resp.* 2017;33:3.
12. Slapak S, Grigoravicius M. Consumo de drogas: la construcción de un problema social. Anuario de Investigaciones Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires. 2016;239. XIV.
13. Molina J, Niño L, Silva Y, Leyton J. Caracterización y aproximación etnográfica a las prácticas y materiales utilizados en el consumo de Bazuco, por parte de los ciudadanos de las localidades de los Mártires y Santafé en Bogotá. 2015.
14. Castaño G. Cocaínas fumables en Latinoamérica. *Adicciones.* 2000;12:541-50. Disponible en: <http://bit.ly/2TZf7he>.
15. Berbesi F, Segura A, Montoya L, Hernández M. Consumo de basuco en usuarios de drogas inyectables en Colombia. *Rev Cuba Salud Pública.* 2016;42:276-83.
16. Observatorio de Drogas del Eje Cafetero. Consumo de cloruro de metileno "Ladies" en escolares de Caldas y Risaralda. Informe Final. Colombia: Observatorio de drogas del eje cafetero; 2012. Disponible en: <http://bit.ly/2O7xk6N>.
17. Vega L, Villatoro J, Rendón A, Gutiérrez R. Estudio sobre patrones de consumo de sustancias psicoactivas en población indígena residente y originaria de la ciudad de México. México: INP-IAPA; 2015.
18. Cabrera León LK. Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en adolescentes mestizos e indígenas del cantón Saraguro, provincia de Loja. 2016.
19. Chavarriaga-Rios MC, Segura-Cardona ÁM. Consumo de sustancias psicoactivas y comportamientos violentos en estudiantes de 11 a 18 años. Itagüí, Colombia. *Rev Salud Pública.* 2015;17:655-66.
20. Gomez-Restrepo C, Rincon CJ, Urrego-Mendoza Z. Salud mental, sufrimiento emocional, problemas y trastornos mentales de indígenas colombianos. Datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2016;45 Suppl 1:119-26.
21. International Drug Policy Consortium. Guía sobre políticas de drogas del IDPC. 2016.
22. Pons X. Modelos interpretativos en el consumo de drogas. *Polis.* 2008;4:157-86.
23. Góngora A, Niño L. De Narcos, Chinos y Cólicos: La heroína inmersa en un continuo de violencias. Salud, capitalismo y normalización en Colombia. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2012. p. 299-336.
24. Bard N, Antunes B, Roos C, Olschowsky A, Pinho L. El estigma y el prejuicio: la experiencia de los consumidores de crack. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2016;24:7.
25. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Universidad de Buenos Aires. Salud y Bienestar de los adolescentes, Una mirada integral. Argentina: 2010.
26. Ministerio de Salud y Protección social. Plan Nacional Promoción de la salud, prevención y atención en consumo de SPA 2014-2021. Colombia. 2017. Disponible en: <http://bit.ly/2TEewlz>.